

پژوهش در
سلامت



طراحی بسته خدمات ارتقای سلامت

زنان سالمند و ما

مبتهی بر تحلیل وضعیت رفتارهای خودمراقبتی

فروردین ۱۴۰۰



معاونت امور اجتماعی و فرهنگی

الحمد لله
الرحمن الرحيم

طراحی بسته خدمات ارتقای رفتارهای خودمراقبتی
زنان یائسه و سالمند شهر تهران
مبتنی بر تحلیل وضعیت رفتارهای خودمراقبتی

فروردین ۱۴۰۰

به سفارش: اداره کل سلامت شهرداری تهران

ناظر علمی و اجرایی: زینب نصیری مدیر کل سلامت شهرداری تهران

مجری: دکتر معصومه سیمر، استاد بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مشاوران علمی:

- دکتر سهیلا نظریور، دانشیار گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی چالوس
- دکتر فرزانه رشیدی، استادیار گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
- دکتر زهرا کیانی، دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید علوی مجد، استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

همکاران اجرایی:

مهدی امیری، شکوفه اکبری، مریم کبیری، فرزانه هوشیار، ایلغار دانشور جامع، بهمن داودی
سید نوید موسوی

باتشکر از

شورای اسلامی شهر تهران:

- سرکار خانم ناهید خدا کرمی، رئیس کمیته سلامت شورای اسلامی شهر تهران
- سرکار خانم فاطمه کریمی کارشناس کمیته سلامت شورای اسلامی شهر تهران

مدیریت شهری:

- جناب آقای محمدرضا جوادی یگانه، معاون امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران
- جناب آقای آرش نصر اصفهانی مدیر کل مطالعات معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران

سازمان دولتی و غیر دولتی

- شورای پژوهش مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری
- کمیته تحقیقات دانشجویی مرکز تحقیقات مامایی
- معاونت فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مدیران سلامت مناطق ۲۲ گانه شهر تهران؛

- سرکار خانم دنیا بیات، مدیر سلامت منطقه ۱
- سرکار خانم صغری حاجیلو، مدیر سلامت منطقه ۲
- جناب آقای منصور دویده، مدیر سلامت منطقه ۳
- سرکار خانم زهرا علی اکبری، مدیر سلامت منطقه ۴
- سرکار خانم شهرزاد بدخش، مدیر سلامت منطقه ۵
- سرکار خانم نجمه اسماعیلی، مدیر سلامت منطقه ۶
- جناب آقای محمد حیدری، مدیر سلامت منطقه ۷
- جناب آقای محمد رضایاوری، مدیر سلامت منطقه ۸
- سرکار خانم عاطفه رزاق نیا، مدیر سلامت منطقه ۹
- سرکار خانم مریم حسنی، مدیر سلامت منطقه ۱۰
- جناب آقای بیژن عموئیان، مدیر سلامت منطقه ۱۱
- سرکار خانم سمیه منصوریان، مدیر سلامت منطقه ۱۲
- جناب آقای مهرداد احمدی شهبابی، مدیر سلامت منطقه ۱۳
- سرکار خانم لیلا اسمی، مدیر سلامت منطقه ۱۴
- سرکار خانم فرزانه رسام، مدیر سلامت منطقه ۱۵
- جناب آقای ابوذر اله کرمی، مدیر سلامت منطقه ۱۶
- جناب آقای صادق بیگدلی، مدیر سلامت منطقه ۱۷
- جناب آقای حسن رفیعی، مدیر سلامت منطقه ۱۸
- سرکار خانم فاطمه داداش زاده، مدیر سلامت منطقه ۱۹
- جناب آقای امین افصحی، مدیر سلامت منطقه ۲۰
- سرکار خانم الهام محمدی خجسته، مدیر سلامت منطقه ۲۱
- جناب آقای ایرج عظیمی، مدیر سلامت منطقه ۲۲

مسئولین خانه‌های سلامت محله‌های شهر تهران؛

- سرکار خانم فاطمه کرمی، مسئول خانه سلامت محله پونک
- سرکار خانم سمیه آریایی حاجی آقا، مسئول خانه سلامت محله دریا
- سرکار خانم فخرالسادات سلامت منش، مسئول خانه سلامت محله دریان نو
- سرکار خانم رزت آقاجوادی، مسئول خانه سلامت محله کاووسییه
- سرکار خانم آمنه مومنی کشتلی، مسئول خانه سلامت محله صدر
- سرکار خانم افسانه جنانی، مسئول خانه سلامت محله علم صنعت
- سرکار خانم فرحناز فضلی، مسئول خانه سلامت محله کوهسار
- سرکار خانم زهرا هفت لنگ، مسئول خانه سلامت محله قاسم آباد و ده نارمک
- سرکار خانم الهه مافی شورستانی، مسئول خانه سلامت محله جنت آباد شمالی
- سرکار خانم ژیلا دواساز ایرانی، مسئول خانه سلامت محله اندیشه
- سرکار خانم فاطمه قربانی، مسئول خانه سلامت محله کن
- سرکار خانم نرگس عزیزی، مسئول خانه سلامت محله جمالزاده
- سرکار خانم ماهروز حق شناس، مسئول خانه سلامت محله بهجت آباد
- سرکار خانم فاطمه شعبانی مقدم، مسئول خانه سلامت محله امجدیه خاقانی
- سرکار خانم یاسمن آخوندی، مسئول خانه سلامت محله نیلوفر
- سرکار خانم ساناز نوروزی، مسئول خانه سلامت محله هفت حوض
- سرکار خانم لیلا ثابت مقدم، مسئول خانه سلامت محله نارمک
- سرکار خانم مینا لشگری، مسئول خانه سلامت محله امامزاده عبدالله
- سرکار خانم شهلا ابراهیمی، مسئول خانه سلامت محله شهید دستغیب
- سرکار خانم نسرین حسونی، مسئول خانه سلامت محله بریانک
- سرکار خانم نسرین اجدادی، مسئول خانه سلامت محله جی
- سرکار خانم مونا مهدوی محمره، مسئول خانه سلامت محله انبار نفت
- سرکار خانم مولود مصطفی مقدم، مسئول خانه سلامت محله منیریه

- سرکار خانم الہام اقبالیان، مسئول خانہ سلامت محلہ قیام
- سرکار خانم شیدا خلیلی، مسئول خانہ سلامت محلہ سنگلج
- سرکار خانم الہام زندیہ، مسئول خانہ سلامت محلہ اشراقی
- سرکار خانم فریدہ ایمانیان، مسئول خانہ سلامت محلہ شہید اسدی
- سرکار خانم بہارہ فرنقی، مسئول خانہ سلامت محلہ شکوفہ
- سرکار خانم معصومہ خسروی نژاد، مسئول خانہ سلامت محلہ جوادیہ
- سرکار خانم زہرا مہری، مسئول خانہ سلامت محلہ افسریہ جنوبی
- سرکار خانم سمیہ بہمنی، مسئول خانہ سلامت محلہ شوش
- سرکار خانم منیرہ حسین زادہ، مسئول خانہ سلامت محلہ ہاشم آباد
- سرکار خانم سیمین عبدلی لیٹی، مسئول خانہ سلامت محلہ یاخچی آباد
- سرکار خانم فرنوش سرخیل، مسئول خانہ سلامت محلہ نازی آباد
- سرکار خانم سحر نصرتی، مسئول خانہ سلامت محلہ یافت آباد
- سرکار خانم معصومہ سعادت، مسئول خانہ سلامت محلہ ابوذر غربی
- سرکار خانم عاطفہ توحیدنژاد، مسئول خانہ سلامت محلہ خلیج فارس شمالی
- سرکار خانم گلرخ کاظم پور، مسئول خانہ سلامت محلہ شادآباد
- سرکار خانم فریبا فتحی ماہ آبادی، مسئول خانہ سلامت محلہ شریعتی جنوبی
- سرکار خانم زینب مرادی، مسئول خانہ سلامت محلہ خانی آباد شمالی
- سرکار خانم زہرا آقارضالو، مسئول خانہ سلامت محلہ ولی آباد
- سرکار خانم زہرا کمالی، مسئول خانہ سلامت محلہ ابن بابویہ - شہیدغیوری
- سرکار خانم زہرا علی زادہ، مسئول خانہ سلامت محلہ شہرک غزالی
- سرکار خانم منیژہ برند، مسئول خانہ سلامت محلہ وردآورد
- جناب آقای پندار امامی آل آقا، مسئول خانہ سلامت محلہ گلستان
- سرکار خانم سارا رنجبر جدی، مسئول خانہ سلامت محلہ دہکدہ المپیک

فهرست

۱۷	چکیده
۲۲	بیان مساله
۲۵	اهمیت پژوهش
۲۵	تعاریف عملیاتی مفاهیم اصلی
۲۶	بررسی متون
۲۸	اهداف پژوهش
۲۸	سوالات پژوهش
۲۸	روش پژوهش
۲۸	نوع و روش مطالعه
۲۸	جامعه و نمونه پژوهش
۲۹	جامعه پژوهش
۲۹	نمونه پژوهش
۲۹	مشخصات واحدهای مورد پژوهش
۲۹	معیارهای ورود به مطالعه
۲۹	معیار خروج از مطالعه
۲۹	محیط پژوهش
۳۰	حجم نمونه
۳۰	روش نمونه‌گیری
۳۱	ابزار پژوهش
۳۱	ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۳۲	روش طراحی و اعتبار یابی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۳۲	روش طراحی ابزار خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۳۵	مرور متون
۳۵	روش اعتبار یابی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان
۳۵	تعیین روایی ابزار
۳۶	ارزیابی روایی محتوا
۳۸	ارزیابی روایی صوری
۳۹	تعیین پایایی ابزار
۳۹	استخراج ابزار نهایی
۴۰	پرسشنامه بررسی مشخصات دموگرافیک
۴۰	متغیرهای پژوهش
۴۰	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۴۰	کد اخلاق پژوهش
۴۱	یافته‌ها

۴۲	یافته‌های بخش طراحی و اعتبار یابی ابزار سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند
۴۲	مفهوم خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۴۳	اهداف عملکردی
۴۵	نقشه اولیه
۴۵	اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۴۵	تعیین روایی پرسشنامه
۴۵	تعیین روایی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۴۶	نسبت روایی محتوای پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه
۴۷	شاخص روایی CVI پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۴۸	شاخص روایی محتوای پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۵۰	روایی صوری پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند
۵۱	نمره تاثیر عبارات در بررسی روایی صوری کمی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند
۵۳	تعیین پایایی ابزار سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند
۵۳	همسانی درونی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند
۵۳	میزان همسانی درونی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۵۳	ثبات پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند
۵۴	بررسی ثبات ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای
۵۴	مشخصات و میزان اعتبار و پایایی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۵۵	نحوه نمره دهی ابزار
۵۵	سوالات به تفکیک حیطه‌ها
۵۶	وضعیت خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
۵۶	توصیف وضعیت دموگرافیک زنان شرکت کننده در پژوهش
۶۹	فراوانی وضعیت خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند به تفکیک هر مراقبت
۱۰۷	میانگین نمره کل و هر حیطه خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند
۱۱۳	بررسی ارتباط نمره خودمراقبتی با عوامل دموگرافیک
۱۲۱	بحث
۱۳۳	طراحی برنامه ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران
۱۳۴	بسته راهکارهای برنامه ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران در حیطه‌های مختلف
۱۴۱	جمع‌بندی مدیریتی
۱۴۵	منابع
۱۶۱	پیوست

فهرست جداول

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش.....	۵۶
جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و نسبی زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مناطق ۲۲ گانه تهران.....	۵۷
جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک محلات تهران (تعداد=۴۸۶).....	۵۹
جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تاهل.....	۶۲
جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی.....	۶۳
جدول شماره ۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال.....	۶۴
جدول شماره ۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی همسر.....	۶۵
جدول شماره ۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال همسر.....	۶۶
جدول شماره ۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت در آمد خانواده.....	۶۷
جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت مسکن خانواده.....	۶۸
جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد شاخص توده بدنی (اندازه گیری قد و وزن).....	۶۹
جدول شماره ۱۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد تغذیه.....	۷۰
جدول شماره ۱۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد فعالیت فیزیکی.....	۷۱
جدول شماره ۱۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افسردگی.....	۷۲
جدول شماره ۱۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استرس و اضطراب.....	۷۳
جدول شماره ۱۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند ساله شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افکار خودکشی.....	۷۴
جدول شماره ۱۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد ارتباطات فردی و خانوادگی.....	۷۵

جدول شماره ۱۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد خشونت جسمی، جنسی و عاطفی.....	۷۶
جدول شماره ۱۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد استفاده ایمن از تلفن همراه و اینترنت.....	۷۷
جدول شماره ۲۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد جذب ویتامین د از نور خورشید.....	۷۸
جدول شماره ۲۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد بهداشت دهان و دندان.....	۷۹
جدول شماره ۲۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد سلامت چشم و بینایی.....	۸۰
جدول شماره ۲۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن با آزمایش‌های دوره ای.....	۸۱
جدول شماره ۲۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی و اجتناب از سیگار، الکل، تنباکو و مواد مخدر.....	۸۲
جدول شماره ۲۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با مصرف ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک.....	۸۳
جدول شماره ۲۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استفاده صحیح از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی.....	۸۴
جدول شماره ۲۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد اختلالات خواب.....	۸۵
جدول شماره ۲۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رضایت شغلی.....	۸۶
جدول شماره ۲۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سبک زندگی.....	۸۷
جدول شماره ۳۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رانندگی ایمن.....	۸۸
جدول شماره ۳۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از حوادث.....	۸۹
جدول شماره ۳۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد علائم و نشانه‌های یائسگی.....	۹۰
جدول شماره ۳۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد هورمون درمانی.....	۹۱
جدول شماره ۳۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سلامت و عملکرد جنسی.....	۹۲
جدول شماره ۳۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادراری.....	۹۳

جدول شماره ۳۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد اختلالات کف لگن.....	۹۴
جدول شماره ۳۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خود آزمایی پستان.....	۹۵
جدول شماره ۳۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام مراجعه برای معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در سه سال اخیر.....	۹۶
جدول شماره ۳۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام ماموگرافی.....	۹۷
جدول شماره ۴۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام پاپ اسمیر در سه سال اخیر.....	۹۸
جدول شماره ۴۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز.....	۹۹
جدول شماره ۴۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام غربالگری یا درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی.....	۱۰۰
جدول شماره ۴۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش ایدز.....	۱۰۱
جدول شماره ۴۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش مدفوع.....	۱۰۲
جدول شماره ۴۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش دیابت.....	۱۰۳
جدول شماره ۴۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش چربی خون.....	۱۰۴
جدول شماره ۴۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش تیروئید.....	۱۰۵
جدول شماره ۴۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش کولونوسکوپی.....	۱۰۶
جدول شماره ۴۹: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی و حیطه‌های آن زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش.....	۱۰۷
جدول شماره ۵۰: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک هر مراقبت در حیطه جسمی.....	۱۰۸
جدول شماره ۵۱: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مراقبت‌ها در حیطه سلامت روان اجتماعی.....	۱۰۹
جدول شماره ۵۲: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مراقبت‌ها در حیطه سلامت باروری-جنسی.....	۱۰۹
جدول شماره ۵۳: میانگین و انحراف معیار نمره خود مراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مراقبت‌ها در حیطه آزمایشات دوره ای.....	۱۱۰

جدول شماره ۵۴: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک هر مراقبت.....	۱۱۱
جدول شماره ۵۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مناطق ۲۲ گانه	۱۱۳
جدول شماره ۵۶: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک محلات تهران	۱۱۵
جدول شماره ۵۷: همبستگی بین نمره خودمراقبتی در زنا یائسه و سالمند شهر تهران با برخی مشخصات دموگرافیک	۱۱۸
جدول شماره ۵۸: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان در سنین باروری ساکن شهر تهران به تفکیک مشخصات دموگرافیک	۱۱۹
جدول شماره ۵۹: آزمون رگرسیون خطی عوامل احتمالی مرتبط با خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش	۱۲۰
جدول شماره ۶۰: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت روانی- اجتماعی به عنوان نیاز در اولویت اول برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران.....	۱۳۵
جدول شماره ۶۱: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری -جنسی به عنوان نیاز در اولویت دوم برای زنان یائسه و سالمند.....	۱۳۶
جدول شماره ۶۲: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت جسمانی به عنوان نیاز در اولویت سوم برای زنان یائسه و سالمند.....	۱۳۷
جدول شماره ۶۳: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه غربالگری و آزمایشات دوره‌ای به عنوان نیاز در اولویت چهارم برای زنان در یائسه و سالمند.....	۱۳۸
جدول شماره ۶۴: راهکارها برای ترویج خودمراقبتی مبتنی بر مناطق و محله‌های در اولویت برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران	۱۳۹
جدول شماره ۶۵: راهکارها برای ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند با مشخصات اقتصادی و اجتماعی خاص	۱۴۰
جدول شماره ۶۶: اقدامات در اولویت بر اساس اصول ترویج بهداشت برای برنامه ترویج خودمراقبتی سلامت زنان یائسه و سالمند شهر تهران	۱۴۱
جدول شماره ۶۷: خلاصه راهکارهای برنامه ترویج خودمراقبتی در زنان در سنین باروری شهروند تهران در سه سطح مدیریتی	۱۴۴
پیوست ها.....	۱۶۱

فهرست نمودارها

نمای شماتیک از مفهوم خودمراقبتی.....	۴۲
نمودار شماره ۱: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مناطق ۲۲گانه تهران (تعداد=۴۸۶).....	۵۸
نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک محلات تهران (تعداد=۴۸۶).....	۶۱
نمودار شماره ۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تاهل.....	۶۲
نمودار شماره ۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی.....	۶۳
نمودار شماره ۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال.....	۶۴
نمودار شماره ۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی همسر.....	۶۵
نمودار شماره ۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال همسر.....	۶۶
نمودار شماره ۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت درآمد خانواده.....	۶۷
نمودار شماره ۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت مسکن خانواده.....	۶۸
نمودار شماره ۱۰: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد شاخص توده بدنی (اندازه گیری قد و وزن).....	۶۹
نمودار شماره ۱۱: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد تغذیه.....	۷۰
نمودار شماره ۱۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد فعالیت فیزیکی.....	۷۱
نمودار شماره ۱۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افسردگی.....	۷۲
نمودار شماره ۱۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استرس و اضطراب.....	۷۳
نمودار شماره ۱۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افکار خودکشی.....	۷۴
نمودار شماره ۱۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد ارتباطات فردی و خانوادگی.....	۷۵

نمودار شماره ۱۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد خشونت جسمی، جنسی و عاطفی.....	۷۶
نمودار شماره ۱۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در استفاده ایمن از تلفن همراه و اینترنت	۷۷
نمودار شماره ۱۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد جذب ویتامین د از نور خورشید.....	۷۸
نمودار شماره ۲۰: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد بهداشت دهان و دندان	۷۹
نمودار شماره ۲۱: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در سلامت چشم و بینایی	۸۰
نمودار شماره ۲۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن با آزمایش‌های دوره ای	۸۱
نمودار شماره ۲۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی و اجتناب از سیگار، الکل، تنباکو و مواد مخدر.....	۸۲
نمودار شماره ۲۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با مصرف ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک	۸۳
نمودار شماره ۲۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استفاده صحیح از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی	۸۴
نمودار شماره ۲۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد اختلالات خواب.....	۸۵
نمودار شماره ۲۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رضایت شغلی	۸۶
نمودار شماره ۲۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سبک زندگی	۸۷
نمودار شماره ۲۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رانندگی ایمن.....	۸۸
نمودار شماره ۳۰: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از حوادث.....	۸۹
نمودار شماره ۳۱: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد علائم و نشانه‌های یائسگی	۹۰
نمودار شماره ۳۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد هورمون درمانی.....	۹۱
نمودار شماره ۳۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سلامت و عملکرد جنسی	۹۲
نمودار شماره ۳۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادرار.....	۹۳

نمودار شماره ۳۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادرار.....	۹۴
نمودار شماره ۳۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خود آزمایی پستان.....	۹۵
نمودار شماره ۳۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام مراجعه برای معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در سه سال اخیر.....	۹۶
نمودار شماره ۳۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام ماموگرافی.....	۹۷
نمودار شماره ۳۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام پاپ اسمیر در سه سال اخیر.....	۹۸
نمودار شماره ۴۰: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز.....	۹۹
نمودار شماره ۴۱: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام غربالگری یا درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی.....	۱۰۰
نمودار شماره ۴۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش ایدز.....	۱۰۱
نمودار شماره ۴۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش مدفوع.....	۱۰۲
نمودار شماره ۴۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش دیابت.....	۱۰۳
نمودار شماره ۴۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش چربی خون.....	۱۰۴
نمودار شماره ۴۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش تیروئید.....	۱۰۵
نمودار شماره ۴۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام کولونوسکوپی.....	۱۰۶
نمودار شماره ۴۸: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک هر مراقبت.....	۱۱۲
نمودار شماره ۴۹: میانگین نمره خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شهر تهران به تفکیک مناطق ۲۲ گانه به ترتیب بیشترین تا کمترین میزان خودمراقبتی.....	۱۱۴
نمودار شماره ۵۰: میانگین نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به ترتیب از کمترین به بیشترین به تفکیک محلات تهران.....	۱۱۷
نمودار شماره ۵۱: برنامه ترویج خودمراقبتی برای هر چهار حیطه با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و باروری- جنسی برای زنان در سنین باروری مبتنی بر اصول ترویج بهداشت.....	۱۴۳

چکیده

چکیده

مقدمه: با افزایش امید به زندگی، زنان مدت طولانی تری از عمر خود را در دوران یائسگی به سر می‌برند و بنابراین توصیه سازمان جهانی بهداشت نیازمند مراقبت‌های خاصی در این دوران از خود هستند. شهرداری تهران به عنوان یک نهاد خدمت رسان در حوزه‌های مختلف شهری در ابعاد مختلف از جمله در حوزه سلامت خدمت می‌کند. سلامت باروری به معنی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان از تولد تا مرگ در حوزه باروری است. سازمان بهداشت جهانی در تلاش است تا تمامی افراد در کشورها از خدمات بهداشت باروری و دانش در این زمینه بهره‌مند شوند. در این راستا، یکی از رویکردهای سازمان، مداخلات خودمراقبتی برای ایجاد سلامتی در افراد است. این سازمان خودمراقبتی را توانایی افراد برای ارتقاء و حفظ سلامتی خود، مراقبت از خود و جلوگیری از بیماری، سازگاری با بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند. خودمراقبتی در سلامت باروری به معنی این است که زنان قادر به شناسایی نیازهای بهداشتی خود، دسترسی به فن آوری‌های مناسب بهداشتی و مدیریت موثر شرایط بهداشتی خود بخصوص جستجوی خدمات و کمک‌های تخصصی سلامت باروری-جنسی خود باشند. سازمان بهداشت جهانی تاکید زیادی بر ترویج خودمراقبتی به خصوص در حیطه سلامت زنان در دوران پس از یائسگی دارد و کشورها را تشویق به طراحی و اجرای برنامه‌های خودمراقبتی می‌کند. از آنجایی که تا کنون مطالعه‌ای جامع که اساس برنامه ریزی مبتنی بر مستندات برای ارائه خدمات در شهر تهران برای ترویج خودمراقبتی در دوران پس از یائسگی انجام نشده است و با توجه به تنوع نیازهای زنان در مناطق و محله‌های مختلف تهران که از نظر بافت اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی متفاوت هستند، تحلیل وضعیت خودمراقبتی و نیاز سنجی با ابزاری روا و پایا، برای برنامه ریزی هزینه ی اثر بخش ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: هدف از این مطالعه تحلیل وضعیت خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند ساکن شهر تهران با استفاده از ابزاری معتبر و پایا جهت تعیین نیازهای سلامت زنان مبتنی بر راهنماهای جهانی سلامت زنان و ارائه استراتژی و راهکار ارائه خدمات و برنامه‌های ترویجی ویژه زنان یائسه و سالمند در کلانشهر تهران مبتنی بر نیازهای منطقه‌ای شهر تهران بود.

روش مطالعه: این مطالعه یک مطالعه توصیفی- مقطعی با هدف تحلیل وضعیت خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهروند تهران با ابزاری روا و پایا برای سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و

سالمند و ارائه بسته راهکارهای برنامه ترویج خودمراقبتی سلامت باروری زنان مبتنی بر نیازهای تعیین شده در تحلیل وضعیت است. نمونه‌ها شامل زنان یائسه و سالمند ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بودند که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند. حجم نمونه برای این مطالعه ۴۰۰ نفر بر آورد شده که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های دموگرافیک و پرسشنامه روا و پایای سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند بود که بر اساس راهنماهای جهانی طراحی و به طور جداگانه اعتبار سنجی شدند. برای تعیین روایی محتوا از بررسی کیفی و همچنین کمی با تعیین شاخص و نسبت روایی؛ بررسی روایی صوری به صورت کیفی و کمی با تعیین ضریب تاثیر؛ برای بررسی پایایی از بررسی همسانی درونی با تعیین ضریب آلفا کرونباخ و بررسی ثبات با تعیین ضریب درون خوشه‌ای استفاده شد. پرسشنامه دموگرافیک حاوی ۱۱ سوال در خصوص مشخصات اقتصادی و اجتماعی زنان بود. پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شامل ۳۸ سوال در حیطه‌های سلامت جسمی، روان اجتماعی، سلامت باروری-جنسی، غربالگری و آزمایشات دوره‌ای بود. پس از تهیه دستورالعمل نمونه‌گیری و تکمیل فرم و آموزش مسئولین خانه‌های سلامت همکار پژوهش در نمونه‌گیری در کارگاه آنلاین، فرم‌های طراحی شده در یک گوگل درایو به همراه لینک مربوط برای ارسال به زنان شرکت کننده در پژوهش برای نمونه‌گیری و تکمیل آنلاین ارسال گردید. اطلاعات موجود در فرم‌ها در برنامه اکسل تشکیل شده در گوگل درایو، در برنامه SPSS24 باز و توسط این نرم افزار تجزیه و تحلیل شد. برای آنالیز آماری برای داده‌های پارامتریک از آزمون همبستگی پیرسون و ANOVA و رگرسیون خطی و برای داده‌های نان پارامتریک از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. برای ترسیم نمودارها از هر دو نرم افزار اکسل و SPSS-V24 استفاده شد.

یافته‌ها: پس از طراحی پرسشنامه بر اساس مروری بر راهنماهای معتبر جهانی زنان، بررسی مشخصات روانسنجی پرسشنامه‌های خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند با شاخص روایی ۰,۹۹؛ نسبت روایی ۰,۸۳ تا ۱؛ پایایی شامل همسانی درونی با ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰,۸۹ و ثبات باز آزمون با میزان ضریب درون خوشه‌ای ۰,۹۲، روایی و پایایی ابزارهای طراحی شده را نشان داد.

در این مطالعه ۴۸۶ زن یائسه و سالمند شهروند تهران شرکت کردند. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی در زنان یائسه شهر تهران 44.62 ± 21.63 درصد است که به معنی این است که زنان یائسه در تهران نیمی از معیارهای توصیه شده توسط منابع معتبر زنان را برای مراقبت از خود انجام می‌دهند. کمترین نمره احراز شده در زنان یائسه شهر تهران مربوط به حیطه سلامت روان اجتماعی با میانگین نمره 25.12 ± 28.2 درصد بود. میانگین نمره سلامت باروری-جنسی زنان دومین چالش خودمراقبتی را نشان داد، به طوریکه نمره خودمراقبتی در زنان 36.53 ± 27.08 محاسبه شد. یافته‌ها حاکی از بهتر بودن وضعیت در خودمراقبتی در حیطه جسمانی بود. به طوریکه میانگین نمره خودمراقبتی در حیطه جسمانی 50.61 ± 24.40 درصد نشان داده شد. اگرچه میزان خودمراقبتی در حیطه جسمانی و از حیطه‌های دیگر بهتر بود، اما بازهم نشان دهنده خودمراقبتی متوسط زنان شهروند و چالش ۵۰ درصدی برای رسیدن به میزان مطلوب خودمراقبتی بود. میانگین نمره خودمراقبتی حیطه انجام غربالگری و آزمایشات دوره‌ای 66.34 ± 24.63 درصد نشان داده شد که نشانگر چالش ۳۴ درصدی خودمراقبتی در این حیطه بود. بیشترین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه در منطقه ۱ و ۲۲ و کمترین آن در منطقه ۱۸ شهرداری (29.9 ± 15.76) درصد بود. اگرچه تعداد محلات و تعداد نمونه به تفکیک محله اجازه انجام آزمون‌های آماری را نداد، اما بیشترین میزان خودمراقبتی در زنان در جنت آباد شمالی، شهید اسدی و سایر محلات منطقه ۲ مانند سعادت آباد و کمترین میزان خودمراقبتی در سایر محلات ۱۸ و ۱۶ مانند شهرک ولی عصر و ورد آورد نشان داده شد. آزمون همبستگی نشان داد که همبستگی مثبت معنی داری بین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند ساکن شهر تهران با سطح تحصیلات زن ($p < 0.01; r = 0.085$) و همچنین با سطح تحصیلات همسر ($p < 0.01; r = 0.204$) و همبستگی منفی معنی داری با تعداد فرزندان وجود دارد.

نتیجه گیری: یافته‌ها حاکی از چالش ۵۰ درصدی در رفتار خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهروند تهران بود. بیشترین چالش مربوط به خودمراقبتی در حیطه سلامت روان اجتماعی و

حیطه سلامت باروری-جنسی بود. بسته اقدامات برنامه ترویج سلامت باروری مبتنی بر نیاز در چهار حیطه خودمراقبتی سلامت جسمی، روانی اجتماعی، باروری-جنسی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای و با تاکید بر دو اولویت اول یعنی سلامت روانی-اجتماعی و سلامت باروری جنسی و همچنین با ذکر محلات و مناطق در اولویت ارائه شد. همچنین بسته راهکارها و اقدامات در سه سطح مدیریتی شامل شورای شهر، اداره کل سلامت و خانه‌های سلامت جمع‌بندی گردید. علاوه بر آن راهکارها بر اساس اصول ترویج بهداشت شامل: سیاستگذاری برای ترویج خودمراقبتی، ایجاد محیط حامی برای ترویج خودمراقبتی، همکاری بین بخشی برای ترویج خودمراقبتی، بازسازی خدمات خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی، ایجاد مهارت‌های فردی برای خودمراقبتی، تقویت فعالیت‌های جامعه برای ترویج خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران مطرح و ارائه گردید.

بیان مساله

با افزایش امید به زندگی زنان، جمعیت زنان یائسه رو به افزایش است و این زنان مدت طولانی تری از حیات خود را در دوران پس از یائسگی می‌گذرانند و توصیه‌های جهانی برای ترویج خودمراقبتی در این دوران مورد تاکید سازمان‌های بهداشت جهانی، زنان و مامایی است

(Nazarpour et al., 2020). به دنبال تغییرات هورمونی و بروز علائم و نشانگان یائسگی که نه تنها بر وضعیت جسمی، بلکه بر وضعیت روانی، کیفیت زندگی، عملکرد جنسی و تصویر بدنی موثر است، ترویج رفتارهای سالم و سبک زندگی در ترویج سلامت زنان یائسه مورد تاکید قرار گرفته است (Nazarpour et al., 2016, Nazarpour et al., 2018, Simbar et al., 2020). شهرداری‌ها به عنوان نهاد اجتماعی تامین، حفظ و ارتقای سلامت شهروندان است (al., 2015). اداره کل سلامت بخشی از معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران است که دارای دو معاونت پیشگیری و معاونت ارتقاء سلامت است و در همه مناطق ۲۲ گانه شهر تهران دارای زیر مجموعه است. از مهمترین وظایف اداره کل سلامت شهرداری، تلاش در جهت توانمندسازی شهروندان در تامین و حفظ سلامت خود و برنامه ریزی در جهت تامین دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و سلامت اجتماعی و توسعه آموزش‌های همگانی است. در این راستا بیش از ۳۵۰ خانه سلامت در سرای محله‌های شهر تهران تاسیس شده‌اند و دارای تاریخچه فعالیت حدود دو دهه در تهران هستند. خانه‌های سلامت با آرمان ارتقای سلامت شهروندان با ترویج رفتار سالم در شهروندان در جهت تهران سالم فعالیت می‌نمایند و دارای شرح وظایف مختلفی برای ارتقای سلامت مردم هر محل مبتنی بر نیازهای خاص همان محل، از جمله ارائه مشاوره در خصوص سلامت باروری می‌باشد (همشهری آنلاین ۱۳۹۰).

سلامت باروری به معنی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان از تولد تا مرگ در حوزه باروری است و در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه تعریف گردید (UNFPA, 1994). از آنجاییکه ۷ هدف از اهداف هشتگانه توسعه هزاره سوم مستقیم یا غیر مستقیم به سلامت باروری مرتبط است، باور بر این است که نیل به اهداف توسعه با ارتقای سلامت باروری امکان پذیر

است (Yamin et al, 2013). از مهمترین اهداف سلامت باروری می‌توان به سلامت زنان، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز، پیشگیری از سرطان‌های زنان، سلامت زنان در دوران پس از یائسگی و پیشگیری از خشونت اشاره کرد (UNFPA, 1994).

سازمان بهداشت جهانی در تلاش است تا تمامی افراد در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته از خدمات بهداشت باروری و دانش در این زمینه بهره‌مند شوند (WHO, 2019). در این راستا، یکی از رویکردهای سازمان بهداشت جهانی، مداخلات خودمراقبتی برای ایجاد سلامتی در افراد است (United nationUniversity 2020) این سازمان مراقبت از خود را توانایی افراد برای ارتقا و حفظ سلامتی خود، مراقبت از خود و جلوگیری از بیماری، سازگاری با بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند (WHO, 2019). از آنجاییکه زنان به لحاظ ویژگی‌های خاص باروری قشر آسیب پذیر تری در حوزه سلامت باروری هستند مورد تاکید ویژه قرار دارند و در استراتژی جهانی سلامت زنان، که توسط سازمان ملل برای سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ اعلام شده، تا سال ۲۰۳۰ همه زنان در هر کجای جهان باید به حقوق خود در حیطه‌های سلامت و رفاه جسمی و روانی برسند و در این راستا یکی از مهمترین اهداف حصول اطمینان از دستیابی همگانی به خدمات مراقبتی سلامت باروری-جنسی بیان شده است (WHO, 2016). بعلاوه، زنان در دوران زندگی خود تغییرات فیزیولوژیک متغیری را از زمان تولد تا مرگ تجربه می‌کنند و نیازمند خدمات سلامت باروری متفاوت از تولد تا مرگ هستند (MedlinePlus, 2019). زنان در دوران یائسگی نگرانی‌های زیادی را در خصوص سلامت خود درک می‌کنند و نیازمند مراقبت‌ها و خدمات ویژه و آموزش‌های خاصی برای ارتقای سلامت خود و تطابق با تغییرات دوران یائسگی هستند (Yazdkhasti et al., 2015, 2016, 2017). از طرفی ارائه خدمات در نظام سلامت پر هزینه است. سازمان بهداشت جهانی در سه دهه اخیر تاکید زیادی بر ترویج خودمراقبتی بخصوص در حیطه سلامت باروری به ویژه خودمراقبتی در زنان و بخصوص در دوران پس از یائسگی دارد و کشورها را تشویق به طراحی و اجرای برنامه‌های خودمراقبتی بخصوص در بخش‌های آسیب پذیر و در بحران‌ها می‌کند. (Tran et al., 2021)

خودمراقبتی به مفهوم توانایی افراد و جوامع در ترویج سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و حفظ سلامت و مقابله با بیماری و معلولیت بدون حمایت مراقبین بهداشتی است (WHO, 2018) و خودمراقبتی در سلامت باروری به معنی این است که زنان قادر به شناسایی نیازهای بهداشتی خود، دسترسی به فن‌آوری‌های مناسب بهداشتی و مدیریت موثر شرایط بهداشتی خود بخصوص جستجوی خدمات و کمک‌های تخصصی سلامت باروری-جنسی خود باشند (Narasimhan, et al, 2019). مهمترین حوزه‌های سلامت باروری و مراقبت از خود در سلامت باروری شامل سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی-اجتماعی، سلامت مادران، سلامت در دوران پس از یائسگی، تنظیم خانواده، ناباروری، سقط، بیماری‌های مقاربتی و ایدز، سرطان‌های سیستم باروری، بیماری‌های زنان و خشونت‌ها است (WHO, 2018).

استانداردها و راهنماهای خودمراقبتی زنان در کتب مرجع و یا توسط نهادهای معتبری همچون انجمن‌های زنان و مامایی و یا انجمن سرطان زنان ارائه گردیده‌اند (ACOG, 2019; CDC, 2019; ACS). این راهنماها می‌توانند اساس نیاز سنجی برای برنامه ریزی جهت ترویج خودمراقبتی زنان برای ارائه خدمت در خانه‌های سلامت شهرداری تهران برای ارائه خدمات کارآمد و موثر با هزینه-کارآمدی مناسب قرار گیرد. سازمان بهداشت جهانی بر این نکته اذعان دارد که راهنما و ابزارهای روا و پایا برای نیاز سنجی در حوزه خودمراقبتی سلامت باروری موجود نیست و بنابر این به نظر می‌رسد تدوین ابزاری روا و پایا برای تحلیل وضعیت خودمراقبتی نیز از چالش‌ها در حوزه سلامت باروری بخصوص سلامت زنان محسوب می‌شود (WHO, 2019).

از آنجایی که تا کنون مطالعه‌ای که اساس برنامه ریزی مبتنی بر مستندات به منظور ارائه خدمت برای ترویج خودمراقبتی در این شهر باشد انجام نشده است و با توجه به تنوع نیازهای زنان یائسه و سالمند در مناطق و محله‌های شهر تهران که از نظر بافت اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی متفاوت هستند، تحلیل وضعیت خودمراقبتی و نیاز سنجی با ابزاری روا و پایا برای برنامه ریزی هزینه اثر بخش ضروری به نظر می‌رسد.

اهمیت پژوهش

مطالعات حاضر نشان دهنده این است که تا کنون ابزاری برای نیاز سنجی خودمراقبتی در حوزه سلامت باروری که هم اکنون یکی از استراتژی‌های کلیدی سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2019) در ترویج سلامت باروری است وجود ندارد. از طرفی مروری بر متون موجود در حوزه سلامت باروری و خودمراقبتی نشان داد که مطالعه‌ای جامع برای شناسایی چالش‌های موجود در حوزه سلامت باروری بخصوص خودمراقبتی در حوزه سلامت زنان و باروری در سطح کلان شهر تهران که دارای بافت‌های اقتصادی، اجتماعی متفاوت در مناطق ۲۲ گانه است انجام نشده است. در حالیکه تحلیل این وضعیت و نیاز سنجی به برنامه ریزی مبتنی بر شواهد و هزینه اثر بخش برای طراحی مداخلات متناسب با نیاز، منطقه و محله ضروری است. از طرفی با توجه به روند پیر شدن جمعیت و افزایش جمعیت زنانی که در دوران پس از یائسگی به سر می‌برند و با توجه به عوارض ناشی از تغییرات هورمونی و سالمندی و نیاز به خودمراقبتی در این گروه از جمعیت، تحلیل وضعیت خودمراقبتی و برنامه ریزی برای ترویج مراقبت از خود در این گروه از زنان الزامی به نظر می‌رسد.

تعاریف عملیاتی مفاهیم اصلی

خودمراقبتی در سلامت باروری: منظور انجام مراقبت‌ها و غربالگری‌های مربوط به سلامت زنان و باروری شامل حیطه‌های سلامت جسمی، روانی-اجتماعی و باروری-جنسی از جمله پیشگیری از عوارض یائسگی، سالمندی و سرطانهای زنان می‌باشد که توسط ابزار روا و پایا سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند مورد اندازه گیری قرار می‌گیرد. این ابزار برای خود زنان یائسه و سالمند طراحی و روانسنجی شد.

زنان یائسه: زنانی که به طور طبیعی بیش از یکسال از قطع قاعدگی آنها گذشته باشد.

بسته خدمات خودمراقبتی: شامل مجموعه‌ای از راهکارها و اقدامات پیشنهادی مبتنی بر نیازهای استخراج شده از تحلیل وضعیت در مناطق و محله‌های شهر تهران جهت ارتقای سلامت زنان یائسه و سالمند شهروند تهرانی است.

بررسی متون

نظرپور و همکاران در سال ۲۰۱۷ در یک مطالعه مداخله‌ای به آموزش ورزش گلف برای خودمراقبتی جهت ارتقای عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان یائسه پرداختند و نشان دادند که آموزش تمرینات کف لگن برای تقویت عضلات پرینه در بهتر شدن عملکرد جنسی نسبت به آموزش‌های متداول موثرتر است و آن را به عنوان یک روش برای ترویج سلامت جنسی و کیفیت زندگی و ارتقای سلامت زنان در دوران پس از یائسگی پیشنهاد کردند. (Nazarpor et al., 2017)

اسکویی و همکاران در سال ۲۰۱۷ در مطالعه‌ای کیفی با عنوان موانع خودمراقبتی مبتلا به ایدز در سنین باروری با استفاده از رویکرد تئوری زمینه و مصاحبه با ۲۸ زن واجد شرایط نشان داد که موانع اصلی خودمراقبتی در این گروه از زنان استیگما، مشکلات روان، مشکلات مالی و عوارض دارویی هستند. آنها نتیجه گرفتند که برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در این زنان نیاز به بهبود سلامت روان، غلبه بر موانع مالی و اجتماعی و تسهیل دسترسی آنها به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت می‌باشد (Oskouei et al., 2017).

مطالعه‌ای توسط لوجی و همکاران در سال ۲۰۲۱ با هدف ارزیابی مداخلات برای تعیین چالش‌ها و راهکارهای آینده برای ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری-جنسی در منطقه مدیترانه شرقی انجام شد. این نظر سنجی آنلاین با استفاده از وب سایت‌های نظر سنجی بهداشت باروری در مورد مداخلات مربوطه بود. در این مطالعه ۵۳ پاسخ دهنده از ۱۴ کشور شرکت کردند. یافته‌ها در ۶ محور به شرح زیر خلاصه شد: (۱) مداخلات برای ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری موجب افزایش آگاهی و دسترسی به خدمت و پیامدهای سلامت باروری-جنسی می‌شود؛ (۲) نگرانی‌هایی در خصوص استفاده غلط و ایمنی وجود دارد؛ (۳) برای اجرای برنامه‌ها می‌توان از تلفن همراه و رابطین سلامت سود جست؛ (۳) آموزش بیشتر برای عملیاتی کردن مداخلات ضروری است؛ (۴) تحقیقات بیشتر روی موضوع و شناسایی موانع الزامی است. محققین نتیجه گرفتند که دانش بیشتر در این حوزه و آموزش ارائه دهندگان خدمات ترویج خودمراقبتی در منطقه مدیترانه شرقی حائز اهمیت فراوانی است. (Logie et al., 2021)

مطالعه‌ای مقطعی که توسط لوجی و همکاران در سال ۲۰۲۰ با هدف بررسی نظر سنجی آنلاین در مورد ارزش و ترجیحات در خصوص استفاده از اپلیکیشن‌های مبتنی بر تلفن همراه برای ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری-جنسی، روی ۸۲۵ ارائه دهنده خدمات بهداشت باروری-جنسی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که یک سوم شرکت کنندگان در پژوهش، اطلاعات را از طریق موبایل ارائه می‌دهند. ۴۱ درصد از ارائه دهندگان اطلاعات خود را کافی می‌دانستند و ۴۶ درصد نیاز به آموزش بیشتر را بیان می‌کردند. آنان نیاز به راز داری در ارائه این خدمات را ضروری می‌دانستند، ضمن اینکه ارائه چنین خدماتی را برای افراد نیازمند در مناطق دور از دسترس مانند جوانان و یا روستائیان، ترویج تعامل با جامعه و سایر مزایا برای ارتقای سلامت را ضروری بیان می‌کردند و در کل استفاده از تلفن همراه را برای ترویج سلامت باروری فرصتی مغتنم می‌دانستند (Logeie et al., 2020).

اهداف پژوهش

- طراحی و روانسنجی ابزار روا و پایا جهت سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند
- تعیین نیازهای خودمراقبتی سلامت زنان یائسه و سالمند شهر تهران
- تعیین اولویت‌های خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران
- ارائه راهکارهای ارتقای خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند زنان شهر تهران

سوالات پژوهش

- ویژگی‌های روانسنجی ابزار خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند چگونه است؟
 - نیازهای خودمراقبتی سلامت زنان یائسه و سالمند شهر تهران چیست؟
 - اولویت‌های خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران چیست؟
- راهکارهای مبتنی بر نیاز برای ارتقای خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران کدامند؟

روش پژوهش

نوع و روش مطالعه

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-مقطعی با هدف تحلیل وضعیت خودمراقبتی سلامت باروری زنان با ابزاری روا و پایا برای سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند، و ارائه بسته راهکارهای برنامه ترویج خودمراقبتی سلامت باروری زنان مبتنی بر نیازهای تعیین شده در تحلیل وضعیت بود.

جامعه و نمونه پژوهش

جامعه پژوهش تمام زنان ساکن شهر تهران بودند و نمونه‌ها شامل زنان یائسه و سالمند ساکن شهر تهران بودند که واجد شرایط پژوهش بودند و برای شرکت در مطالعه تمایل داشتند.

جامعه پژوهش

کلیه زنان یائسه و سالمند ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران

نمونه پژوهش

کلیه زنان یائسه و سالمند ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در سال ۱۳۹۹ که مشخصات واحد پژوهش را داشته باشند.

مشخصات واحدهای مورد پژوهش

معیارهای ورود به مطالعه

- دارای بیماری‌های طبی و روانی شناخته شده نباشند.
- بیش از یک سال از آخرین قطع قاعدگی آنها گذشته باشد.
- وضعیت روانی و ارتباط مناسب برای پر کردن پرسشنامه را داشته باشند.

معیار خروج از مطالعه

معیارهای خروج از مطالعه انصراف از ادامه شرکت در مطالعه خواهد بود.

محیط پژوهش

نمونه‌گیری در مناطق ۲۲ گانه تهران و خانه‌های سلامت شهرداری تهران با توزیع تصادفی از محلات مبتنی بر جمعیت و با استفاده از پرسشنامه آنلاین بود.

حجم نمونه

حداقل حجم نمونه با توجه به نبود اطلاعات کمی در زمینه خودمراقبتی باروری با استفاده از فرمول مطالعات توصیفی تعیین شد.

با کاربرد فرمول برآورد تعداد نمونه زیر و با توجه به برآورد نسبت (۵۰٪) زنانی که خودمراقبتی انجام نمی‌دهند جامعه و احتمال خطای برآورد ۰/۰۵ و حد اشتباه در برآورد ۰/۱، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۳۸۵ نفر محاسبه گردید.

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 (1-P)}{\varepsilon^2 P}$$

و با توجه به این که فرمول فوق حداقل حجم نمونه را محاسبه می‌کند حجم نمونه بیش از ۴۰۰ نمونه محاسبه گردید.

روش نمونه‌گیری

این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی در سرای محل مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انجام شد. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. ابتدا مناطق ۲۲ گانه به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. در مرحله اول مناطق فهرست و شماره‌گذاری شد و سپس با روش تصادفی ساده تعدادی از سراهای محله انتخاب شد و سپس حجم نمونه در داخل هر مرکز به روش سهمیه‌ای بر حسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز انتخاب شد و نهایتاً نمونه‌گیری در سرای محله یا مراکز تحت پوشش شهرداری تهران به شیوه‌ی در دسترس انجام شد. مسئول خانه سلامت هر محله و شماره تماس در اختیار محققین قرار گرفت. دستورالعمل نحوه نمونه‌گیری در اختیار مسئولین خانه‌های سلامت انتخاب شده قرار گرفت. در کارگاهی آنلاین با حضور همکاران تحقیق شامل مجری پژوهش و مدیر کل سلامت شهرداری تهران و (مسئولین خانه‌های سلامت) نحوه نمونه‌گیری آموزش داده شد و لینک پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. مقرر گردید تا هر مسئول خانه سلامت ۱۰ نمونه را از ساکنین منطقه انتخاب و با ارسال لینک پرسشنامه آنلاین مربوطه جمع‌آوری نماید. شماره تماس مجری جهت راهنمایی و پاسخ به سوالات احتمالی همکاران پرسشگر در طول مدت نمونه‌گیری در اختیار همکاران تحقیق قرار گرفت. دستورالعمل نمونه‌گیری و نامه‌های همکاری در فایل‌های پیوست موجود است.

ابزار پژوهش

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌های دموگرافیک و پرسشنامه روا و پایای سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند بود که بر اساس راهنماهای جهانی طراحی و به طور جداگانه اعتبار سنجی شد.

ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند به شرح زیر طراحی و روانسنجی گردید.

روش طراحی و اعتبار یابی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

روش طراحی ابزار خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

در این بخش به روش شناسی طراحی و اعتبار یابی «پرسشنامه خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند» پرداخته می‌شود. هدف از این بخش طراحی پرسشنامه‌ای معتبر و پایا جهت سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند می‌باشد. ابزار سازی به معنای طراحی پرسشنامه، همراه با به کار گیری قواعد خاص برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش است. پرسشنامه فرمی حاوی سوالات و روشی مستقیم جهت گردآوری داده‌ها است که پاسخ دهندگان به صورت خود گزارشی و مکتوب به آن پاسخ می‌دهند. پرسشنامه ممکن است نیمه ساختاریافته، و یا ساختاریافته باشد. در پرسشنامه‌های ساختاریافته تمامی گویه‌ها از پیش مشخص شده اند. گویه‌ها می‌توانند باز یا بسته و در برگیرنده انواع مختلفی از مقیاس‌ها مانند مقیاس لیکرت باشند (Waltz et al., 2017).

در این پژوهش ابتدا با استفاده از مرور متون مفهوم خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند تعریف و ابعاد آن مشخص شد. معمولاً پس از تعریف مفاهیم مورد نظر، لازم است تا عبارات مناسب جهت اندازه گیری، طراحی گردند. در این مرحله پژوهشگر تعداد زیادی از عبارات را که هر یک جنبه‌ای از سازه یا زیرسازه‌های مورد مطالعه را مورد توجه قرار می‌دهند، تدوین می‌کند. در ادامه تقلیل عبارت طراحی شده طبق فرایند روانسنجی ابزار صورت می‌گیرد. در پژوهش حاضر گام‌های طراحی ابزار بر اساس روش والتز (Waltz et al., 2017) اجرا شد.

مرحله اول: انتخاب مدل مفهومی

در این پژوهش ابتدا به تبیین مفهوم و ابعاد خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند پرداختیم. مفاهیم ابعاد مورد نظر در اندازه گیری پدیده‌ها را تعریف می‌کنند. پدیده واقعیات یا رویدادهای قابل مشاهده است. برای آنکه مفاهیم قابل اندازه گیری شوند باید به پدیده تبدیل و ابعاد این پدیده مشخص گردد. استفاده از یک مدل مفهومی به عنوان راهنمای روند اندازه گیری، این احتمال را افزایش می‌دهد که مفاهیم و متغیرهای مورد نظر تعیین و شفاف گردند. تعریف و بکارگیری یک مدل مفهومی در طراحی پرسشنامه برای شفاف ساختن این مطلب است که چه چیز باید اندازه گیری شود. همچنین به تفسیر نتایج اندازه گیری کمک می‌کند (Waltz et al., 2017).

در این پژوهش به منظور توصیف جنبه‌های مختلف خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند، مدل مفهومی با استفاده از رویکرد قیاسی استخراج گردید. به این ترتیب که آیتم‌های مرتبط با خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند به تفکیک گروه‌های سنی از راهنما و دستورالعمل‌های زنان و مامایی امریکا و راهنماهای مرتبط مرور متون استخراج شد.

مرحله دوم: تعیین اهداف عملکردی برای طراحی ابزار

دومین مرحله در طراحی ابزار، شفاف سازی هدف اندازه گیری است. وقتی یک مدل مفهومی برای ایجاد یک ابزار وجود داشته باشد، این مرحله به آسانی اجرا می‌گردد. در این مرحله تعاریف عملی براساس یافته‌های پژوهش برای واژه‌ها ارائه گشت. بر اساس تعاریف عملی و نظری، اهداف عملکردی مطالعه مشخص می‌گردد و با در اختیار داشتن اهداف عملکردی، فرآیند تبیین عبارت‌ها و عناوین محتوا تسهیل می‌شود (Waltz et al., 2017).

مرحله سوم: طراحی نقشه اولیه

در این مرحله، نقشه عملیاتی بر اساس اهداف عملکردی تدوین می‌گردد. داشتن این نقشه به پژوهشگر کمک می‌کند تا تعداد احتمالی عبارت‌ها را متناسب با ابعاد و زیر ابعاد مفهوم مورد نظر، برآورد کرده و هر گونه تعبیر و تفسیر متفاوت را به حداقل رسانده و احتمال داشتن یک ابزار روا و پایا را افزایش دهد (Waltz et al., 2017). در پژوهش حاضر نیز نقشه عملیاتی بر اساس اهداف عملکردی، فرآیند تبیین گویه‌ها نمایان شد.

مرحله چهارم: ایجاد ساختار اندازه گیری

اندازه گیری‌های خود گزارشی غالب ترین رویکرد مستقیم در اندازه گیری و سنجش می‌باشد. سنجش‌های خود ارزیابی به منظور تعیین درک افراد از میزان دستیابی به اهداف انجام می‌شود. در این نوع اندازه گیری از مشارکت کنندگان خواسته می‌شود، شناخت، نگرش و رفتارهایشان را بیان کنند. بر اساس مستندات موجود به نظر می‌رسد که خود گزارشی معتبرترین روش گردآوری داده‌ها است. روش‌های مختلفی برای نمره دهی در مقیاس‌ها بکار می‌رود که شامل عدد، درصد، درجه موافقت یا عدم موافقت، صفات (بد بودن، ارزشمند بودن) و مواردی از این قبیل است (Waltz et al., 2017). ابزار خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند در این پژوهش به شکل پرسشنامه خود گزارشی حاوی سوالات بسته طراحی گردید. در پرسشنامه حاضر از آنجایی که خودمراقبتی یک رفتار است از پاسخ سه حالتی گزینه‌های ابزار شامل "خیر انجام نداده ام، بلی تا حدودی/ قصد انجام دارم، و بلی، انجام دادم" با نمرات به ترتیب ۱ تا ۳، استفاده شد. محاسبه امتیاز هر سازه با محاسبه میانگین نمرات گویه‌های آن سازه به دست آمد. نمره کل پرسشنامه با محاسبه میانگین نمرات کل گویه‌ها تعیین شد. سپس امتیازهای اخذ شده در محدوده صفر تا صد محاسبه شدند. به این صورت میزان خودمراقبتی تعیین گردید. نمرات بالاتر حاصل از پرسشنامه نشان دهنده رفتار خودمراقبتی بهتر زنان است.

محاسبه نمره هر حیطه و کل با فرمول زیر بر مبنای صد محاسبه و اعلام گردید.

$$(X - \text{Min Score} / \text{Max} - \text{Min Score}) \times 100$$

مرور متون

در این پژوهش نیز پژوهشگر با جستجو در سایت‌های معتبر سلامت باروری مانند سازمان بهداشت جهانی، انجمن زنان و مامایی امریکا، مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، وزارت بهداشت و بانک‌های اطلاعاتی زیر پرداخته شد: PubMed, Medline, Proquest, Science Direct, Google Scholar, Scopus. مستندات و مقالات مرتبط از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت. در دسترس بودن متن کامل پرسشنامه یا مقاله به زبان فارسی و یا انگلیسی از معیارهای ورود به مطالعه بودند. در نهایت آیتم‌های مناسب برای سنجش رفتارهای خودمراقبتی سلامت زنان یائسه و سالمند مشخص گردید. آیتم‌های لازم برای غربالگری‌های زنان استخراج شده از مرور متون و راهنمای موجود به عنوان گویه و طبقات آن به عنوان مقیاس‌های ابزار پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پس از چندین بار بازخوانی و اصلاح، پرسشنامه اولیه طراحی و جهت بررسی ویژگی‌های اعتبار یابی آماده شد.

روش اعتبار یابی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان

در مطالعه حاضر ابزار طراحی شده مورد روانسنجی قرار گرفت. ابتدا بررسی روایی صوری^۱ (کیفی و کمی) و روایی محتوا^۲ (کیفی و کمی) انجام شد، سپس پایایی ابزار با محاسبه همسانی درونی و ثبات آن مورد ارزیابی قرار گرفت که در ذیل به شرح مراحل آن پرداخته می‌شود.

تعیین روایی ابزار

یکی از ملاک‌های ارزشیابی ابزار، روایی آن است. روایی یک ابزار عبارت است از میزان توانایی ابزار برای اندازه‌گیری آنچه باید اندازه‌گیری کند. روایی ابزار از طریق شیوه‌های مختلفی سنجیده می‌شود (Waltz et al, 2017). در این مرحله برای کسب اطمینان کافی از وجود روایی ابزار، از دو شیوه ارزیابی روایی محتوی و روایی صوری استفاده گردید.

۱. Face Validity
۲. Content Validity

ارزیابی روایی محتوا

برای تعیین روایی محتوا از دو روش کمی و کیفی بر اساس شاخص اعتبار محتوی والتز که میزان مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر عبارت را بر اساس معیار نمره چهار قسمتی تعیین می‌نماید، استفاده گردید.

روایی محتوای کیفی: در این پژوهش به منظور بررسی کیفی روایی محتوا (رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتم‌ها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب) با ۱۲ نفر از متخصصین با تجربه در طراحی ابزار، بهداشت باروری، متخصصین زنان، و ماماها مشورت و از آنان درخواست شد تا پرسشنامه را ارزیابی نموده نظرات اصلاحی خود را ارائه نمایند.

روایی محتوای کمی: در این روش از محاسبه نسبت روایی محتوا (CVR)^۲ و شاخص روایی محتوا (CVI)^۴ استفاده گردید.

نسبت روایی محتوا (CVR): در این پژوهش از ۱۲ نفر از متخصصین زنان، متخصصین بهداشت باروری و ماماها خواسته شد تا هر عبارت را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است=۰، مهم است ولی ضروری نیست=۱، و ضرورتی ندارد=۲) بررسی نمایند. سپس پاسخ‌ها بر اساس فرمول زیر محاسبه شدند:

$$\frac{n_e - N/2}{N/2} = RVC$$

ne = تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب نموده اند

N = تعداد کل متخصصان ارزیابی کننده

سپس نمره حاصله طبق جدول لاوشه و با معیار موجود مقایسه گردید. در این مطالعه بر اساس جدول لاوشه^۵ و با توجه به تعداد متخصصین ارزیابی کننده، حداقل ارزش نسبت روایی محتوا ۰/۴۹ در نظر گرفته شده است. اگر عدد بدست آمده از آن بزرگتر باشد، بیانگر این است که وجود عبارت مربوطه با سطح معنی داری آماری قابل قبول ($P = 0.05$) در ابزار ضروری و مهم است (Polit & Beck 2014).

۲. Content Validity Ratio

۴. Content Validity Index

۵. Lawshe

شاخص روایی محتوا (CVI): سپس برای بررسی CVI، سه معیار سادگی، اختصاصی یا مرتبط بودن و وضوح به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از آیتم‌ها توسط ۱۲ نفر از متخصصین مورد بررسی قرار گرفت. شاخص روایی محتوا برای اطمینان یافتن از این نکته است که ابزار حاوی عباراتی است که هر سازه را به طور مناسبی اندازه گیری می‌کند (Polit & Beck 2014). در این پژوهش ۳ معیار سادگی، اختصاصی یا مرتبط بودن و وضوح برای هر یک از عبارات ابزار توسط ۱۲ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها و متخصصان دارای دانش و تجربه در طراحی ابزار، متخصص بهداشت باروری، متخصص زنان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفت تا بر پایه شاخص روایی محتوا، میزان سادگی، مربوط بودن، و واضح بودن هر یک از گویه‌های موجود ابزار را در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای تعیین نمایند. امتیاز شاخص روایی محتوا برای هر عبارت به وسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق برای عبارت با رتبه لیکرت ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان محاسبه می‌شود. بر پایه این شاخص ابتدا مربوط بودن همه عبارات سنجیده می‌شود. این شاخص در مقایسه با سایر روش‌های تعیین روایی از عینیت بالاتری برخوردار است. هر متخصص ۴ انتخاب دارد (۱- غیر مرتبط، ۲- تا حدودی مرتبط، ۳- ارتباط قابل قبول، ۴- کاملاً مرتبط). شاخص روایی با مقادیر ۰/۷۹ و بالاتر مناسب، بین ۰/۷ و ۰/۷۹ نیازمند اصلاح و بازنگری، و کمتر از ۰/۷ غیر قابل قبول در نظر گرفته شدند (Polit & Beck 2014).

در این مطالعه ۱۲ متخصص به بررسی روایی محتوا و صوری پرسشنامه‌ها پرداختند. بر اساس جدول لاوشه، در صورتی که تعداد متخصصین ۱۲ نفر باشند، گویه‌هایی که میزان عددی CVR آن‌ها از ۰/۵۶ بالاتر باشد، معنادار ارزیابی می‌شود (Lawshe, 1975). نتیجه حاصله پس از محاسبه با توجه به تعداد متخصصان مورد مقایسه قرار گرفت. در صورتی که عدد حاصله از عدد جدول بزرگتر بود، وجود گویه مربوطه با سطح معناداری آماری قابل قبول ($p \leq 0.05$) در این ابزار ضروری در نظر گرفته شد.

نمره CVI یا شاخص روایی محتوای تمام گویه‌ها بالاتر از ۰/۷۹ (مناسب) بود. معیار پذیرش S-CVI در بین ابزارسازان عدد ۰/۹ به عنوان معیار عالی است.

ارزیابی روایی صوری

روایی صوری به این پرسش «ظاهراً دارای روایی است یا خیر؟» پاسخ می‌دهد. غالباً با جابجایی کلمات یا عبارات به نحو مطلوب تر می‌توان روایی صوری را کسب کرد. در این پژوهش روایی صوری ابزار در دو بخش تعیین روایی صوری کیفی و روایی صوری کمی مورد ارزیابی قرار گرفت. تعداد مشارکت کنندگان در بررسی روایی صوری کیفی و کمی ابزار، ۱۲ نفر در زنان یائسه و سالمند ساکن شهر تهران بودند. انتخاب آنها بصورت در دسترس و از میان زنانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام شد.

روایی صوری کیفی: در این بخش با ۱۲ نفر از زنان یائسه و سالمند مصاحبه چهره به چهره انجام شد و سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام در گویه‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

روایی صوری کمی: در این بخش جهت تعیین اهمیت هر یک از عبارات از روش کمی تعیین تاثیر عبارت، استفاده شد. ابتدا برای هر یک از گویه‌های ابزار، طیف لیکرتی ۵ قسمتی کاملاً مهم است (امتیاز ۵)، تا اندازه‌ای مهم است (امتیاز ۴)، بطور متوسط مهم است (امتیاز ۳)، اندکی مهم است (امتیاز ۲) و اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱) در نظر گرفته شد. سپس ابزار جهت تعیین روایی صوری کمی در اختیار ۱۲ نفر از زنان واجد شرایط قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا به هر کدام از گویه‌های پرسشنامه امتیاز ۱ تا ۵ را اختصاص دهند. پس از اصلاح گویه‌های ابزار بر اساس نظرات مشارکت کنندگان، در گام بعدی جهت کاهش و حذف عبارات نامناسب^۶ و تعیین اهمیت کمی صوری از فرمول میزان تاثیر^۷ استفاده شد. بدین صورت که گویه‌هایی که نمره کمتر از ۱/۵ را کسب نمودند، حذف شدند.

فرمول میزان تاثیر: میزان تاثیر آیتم‌های با فرمول زیر محاسبه شد.

$$\text{نمره تاثیر}^8 = \text{فراوانی}^9 \times \text{میزان اهمیت}^{10}$$

فراوانی = درصد تعداد افرادی است که به گویه امتیاز ۴ و ۵ داده اند

میزان اهمیت = متوسط پاسخ مشارکت کنندگان به گزینه‌های مربوط به اهمیت هر عبارت

- ۶. Item Reduction
- ۷. Item Reduction
- ۸. Impact Score
- ۹. Frequency
- ۱۰. Importance

در این روش در صورتیکه نمره تاثیر مساوی و یا بیشتر از ۱/۵ باشد، عبارت برای تحلیل‌های بعدی مناسب است و حفظ می‌شود. تعیین معیار ۱/۵ بر اساس وجود نمره میانگین ۳ و میانگین فراوانی ۵۰ درصد صورت می‌گیرد (Waltz et al., 2017).

تعیین پایایی ابزار

پایایی ابزار یکی از مهمترین معیارهایی است که کیفیت یک ابزار را نشان می‌دهد. منظور از پایایی، درجه یکسانی نتایج در صورت تکرار یک روش اندازه‌گیری است. پایایی میزان همسانی درونی و ثبات یا پایداری یک ابزار است. همسانی درونی یک ابزار بدین معنی است که تا چه میزان، همه زیر مجموعه‌های آن ابزار می‌توانند بطور ثابت سازه مورد نظر را اندازه بگیرند و در واقع آزمون دارای همسانی درونی است. در حالیکه ثبات یا پایداری ابزار این است که هنگامیکه ابزار در یک گروه یکسان در دو زمان متفاوت استفاده شود، نتایج تقریباً یکسانی به دست آیند (Lobiondo-Wood & Haber 2014). در مطالعه حاضر جهت بررسی پایایی ابزار از روشهای تعیین همسانی درونی^{۱۱} و روش آزمون- باز آزمون^{۱۲} با تعیین ضریب آلفای کرونباخ^{۱۳} استفاده گردید. **بررسی همسانی درونی:** برای بررسی همسانی درونی ابزار از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

ثبات ابزار (آزمون- باز آزمون): ارزیابی ثبات روی ۱۵ زن یائسه و سالمند از طریق روش آزمون مجدد به فاصله دو هفته و تعیین ضریب همبستگی درون خوشه‌ای انجام گرفت. در روش آزمون مجدد همبستگی نمرات در دوبار انجام یک آزمون با فاصله زمانی مشخص در گروهی از مشارکت کنندگان محاسبه می‌شود. معیار قابل قبول برای پرسشنامه ضریب ۰/۷، و برای زیر طبقات ضریب بیش از ۰/۴ است (Polite & Beck 2014). برنز و گرو^{۱۴} بیان می‌کنند فاصله زمانی مناسب برای دو آزمون، دو هفته تا یک ماه است (Grove & Burns 2013). والتز بازآزمایی پرسشنامه را در یک گروه ۱۰ نفری مناسب می‌داند (Waltz et al., 2017).

۱۱. Importance.

۱۲. Test- Retest.

۱۳. Coefficient Alpha(Cronbach).

۱۴. Grove and Burns.

استخراج ابزار نهایی

پس از اعمال اصلاحات، ابزار به صورت فرمی که مخصوص پاسخگویان بود، طراحی گردید. در طراحی این فرم مشورت افراد با تجربه در زمینه ابزار سازی استفاده شد. سپس پرسشنامه‌ها به صورت فرم گوگل در ۶ گوگل درایو قرار گرفت.

پرسشنامه بررسی مشخصات دموگرافیک:

این پرسشنامه شامل ۱۱ سوال در خصوص مشخصات منطقه، محله، سن، وزن، قد، تحصیلات و شغل زن، وضعیت تاهل، شغل و تحصیل همسر در صورت تاهل، کفایت درآمد، وضعیت مسکن، تعداد فرزند و افراد خانوار، طول مدت ازدواج بود.

متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته شامل وضعیت خودمراقبتی زنان در حیطه‌های بهداشت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری‌های دوره‌ای توصیه شده توسط انجمن زنان و مامایی بود. متغیرهای زمینه‌ای و مداخله گر شامل جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و محل سکونت بود.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از تکمیل پرسشنامه‌های آنلاین که توسط گوگل فرم تهیه و لینک آنها در اختیار مسئولین خانه‌های سلامت قرار داده شده بود، اطلاعات وارد یک درایو ساخته شده برای پرسشنامه‌های سنجش خودمراقبتی زنان سالمند و یائسه شهر تهران شد. اطلاعات موجود در فرم‌ها در برنامه اکسل تشکیل شده در گوگل درایو در برنامه SPSS24 باز و توسط این نرم افزار تجزیه و تحلیل شد. برای آنالیز آماری برای داده‌های پارامتریک از آزمون همبستگی پیرسون و ANOVA و رگرسیون خطی و برای داده‌های نان پارامتریک از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. برای ترسیم نمودارها از هر دو نرم افزار اکسل و SPSS24 استفاده شد.

کد اخلاق پژوهش

در این مطالعه پس از توضیح در خصوص اهداف پژوهش، بدون نام بودن پرسشنامه‌ها، تعهد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، ارائه راهنمایی در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه و کسب مجوز از نمونه‌ها، لینک پرسشنامه برای زنان ارسال می‌گردید.

این مطالعه در شورای پژوهش مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی با عنوان «طراحی بسته خدمات ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان در سنین باروری تهران مبتنی بر تحلیل وضعیت» مورد تصویب قرار گرفت و سپس در کمیته اخلاق دانشکده‌های داروسازی، پرستاری و مامایی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1398.297 مورد تایید قرار گرفت. مجوز در پیوست موجود است.



یافته‌ها

یافته‌های بخش طراحی و اعتباریابی ابزار سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند

همانطور که در روش توضیح داده شد، مراحل ۴ گانه والتز جهت طراحی این ابزار به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت.

مفهوم خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

مفهوم خودمراقبتی سلامت باروری بر اساس مروری بر منابع معتبر زنان و مامایی انجام شد «فعالیت جهت گرفتن مشاوره و مراقبت از خود در حیطه‌های سلامت جسمی، روانی اجتماعی و باروری-جنسی و انجام غربالگری‌ها و آزمایشات دوره‌ای توصیه شده توسط منابع معتبر سلامت زنان برای زنان یائسه و سالمند» تعریف گردید.



نمای شماتیک از مفهوم خودمراقبتی

اهداف عملکردی

مفهوم خودمراقبتی در آنالیز محتوای حاصل از مرور متون در بخش قیاسی نشان دهنده ۴ بعد در مفهوم خودمراقبتی در سلامت زنان بود که شامل (۱) بعد سلامت جسمی، (۲) سلامت روانی-اجتماعی؛ (۳) سلامت باروری-جنسی و (۴) انجام غربالگری ها و آزمایشات دوره ای بود. بر این اساس نیاز به ابزار با ۴ سازه با اهداف عملکردی زیر با سازه های زیر برای اندازه گیری خودمراقبتی در حیطه های جسمی، روانی اجتماعی، سلامت باروری جنسی و انجام غربالگری ها و آزمایشات دوره ای بود.

خودمراقبتی در حیطه سلامت جسمی: این سازه با ۱۴ عبارت در خصوص اندازه گیری قد و وزن؛ وضعیت تغذیه؛ وضعیت فعالیت فیزیکی ایمنی در استفاده از اینترنت و تلفن همراه؛ قرار گرفتن پوست در معرض نور خورشید جهت جذب ویتامین دی؛ بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان و مصرف از فلوراید؛ آزمایش های دوره ای برای پیشگیری از خطر بیماری های مزمن (سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت و تیروئید)؛ اجتناب از مصرف الکل، سیگار، تنباکو و دریافت ویتامین و مواد معدنی (به طور خاص ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک؛ استفاده از داروهای مکمل و گیاهی؛ اختلالات خواب و سبک زندگی (ورزش، تغذیه خواب، استراحت و تفریح)؛ رانندگی ایمن (بستن کمربند ایمنی، عدم مصرف مواد و الکل و پیشگیری از حوادث (ایمنی ورزش، خطرات شغلی، حفاظت از شنوایی و...) که با مقیاس سه درجه ای انجام ندادم، تا حدودی انجام دادم/قصد انجام دارم، انجام دادم با نمره ۱ تا ۳ به ترتیب با دامنه نمره (۱۴ تا ۴۲) اندازه گیری می شود.

خودمراقبتی در حیطه سلامت روانی-اجتماعی: این سازه از ابزار با هدف اندازه گیری میزان خودمراقبتی در حیطه سلامت روانی اجتماعی با ۶ عبارت خودمراقبتی برای وضعیت افسردگی؛ وضعیت اضطراب و استرس؛ وضعیت افکار و اقدام به خودکشی؛ ارتباطات فردی و خانوادگی؛ خشونت جسمی، جنسی و عاطفی؛ و رضایت شغلی که با مقیاس سه درجه ای انجام ندادم، تا حدودی انجام دادم/قصد انجام دارم، انجام دادم با نمره ۱ تا ۳ به ترتیب با دامنه نمره (۶ تا ۱۸) اندازه گیری می شود.

خودمراقبتی در حیطه باروری-جنسی: این سازه با هدف اندازه گیری میزان خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری جنسی با ۱۲ عبارت خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شامل؛ خودمراقبتی برای علایم یائسگی، بررسی درمان های هورمونی؛ عملکرد و اختلالات جنسی؛ بررسی بی اختیاری ادرار و مدفوع؛ بررسی اختلالات کف لگن، خود آزمایی و معاینه پستان؛ معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در ۳ سال اخیر؛ ماموگرافی؛ پیشگیری از انتقال بیماری جنسی و ایدز؛ غربالگری و درمان ترشحات دستگاه تناسلی؛ انجام آزمایش ایدز؛ انجام غربالگری از دهانه رحم در ۳ سال اخیر؛ که با مقیاس سه درجه ای: انجام ندادم، تا حدودی انجام دادم/قصد انجام دارم، انجام دادم با نمره ۱ تا ۳ به ترتیب با دامنه نمره (۱۲ تا ۳۶) اندازه گیری می شود.

خودمراقبتی در حیطه غربالگری و آزمایشات دوره ای: این سازه با هدف اندازه گیری میزان خودمراقبتی در حیطه انجام آزمایشات دوره ای با ۶ عبارت شامل انجام آزمایشات دوره ای برای پیشگیری از بیماری های مزمن، آزمایش مدفوع؛ انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر؛ انجام غربالگری چربی خون در ۵ سال اخیر؛ انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر و انجام کولونوسکوپی در ۱۰ سال اخیر برای زنان یائسه اندازه گیری می شود.

نقشه اولیه

نقشه اولیه برای تهیه ابزار به شرح زیر ترسیم گردید:

دامنه نمره	تعداد عبارت	حیطه‌های خودمراقبتی
۱۴-۴۲	۱۴	سلامت جسمی
۶-۱۸	۶	روانی- اجتماعی
۱۲-۳۶	۱۲	باروری- جنسی
۱۸ تا ۶	۶	غربالگری و آزمایشات دوره ای

اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

از آنجایی که مراقبت‌ها در گروه‌های سنی مختلف زنان متفاوت بود، این پرسشنامه برای زنان یائسه و سالمند که در برخی از عبارات مراقبتی متفاوت بودند طراحی و مجزا اعتبار یابی شد که در اینجا روند اعتبار سنجی پرسشنامه خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند ارائه می‌شود.

برای تعیین روایی محتوای کمی پرسشنامه، از ۱۲ نفر از متخصصان درخواست شد تا نظر خود را در مورد ضرورت، ساده بودن هر یک از گویه‌های ابزار ارائه نمایند. سپس شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوای گویه‌ها و شاخص روایی محتوای کل پرسشنامه بر اساس نظر متخصصان، تعیین گردید.

تعیین روایی پرسشنامه

تعیین روایی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

پرسشنامه طراحی شده اولیه برای این گروه سنی حاوی ۴۲ عبارت بود. برای تعیین روایی محتوای کمی پرسشنامه، از ۱۲ نفر از متخصصان درخواست شد تا نظر خود را در مورد ضرورت، ساده بودن هر یک از گویه‌های ابزار ارائه نمایند. سپس شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوای گویه‌ها و شاخص روایی محتوای کل پرسشنامه بر اساس نظر متخصصان، تعیین گردید.

نسبت روایی محتوای CVR پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه

CVR از ۰/۸۳ تا ۱ متغیر بود.

نسبت روایی محتوای پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه

	n-Essential	2/N	CVR	
۱	۱۲	۶	۱	قد و وزن (شاخص توده بدنی)
۲	۱۲	۶	۱	وضعیت تغذیه و اختلالات خوردن
۳	۱۲	۶	۱	فعالیت فیزیکی
۴	۱۲	۶	۱	افسردگی
۵	۱۲	۶	۱	استرس
۶	۱۱	۶	۰,۸۳	اضطراب
۷	۱۱	۶	۰,۸۳	افکار و اقدام به خودکشی
۸	۱۲	۶	۱	بررسی ارتباطات فردی و خانوادگی
۹	۱۲	۶	۱	علائم خطر بیماری‌های مزمن (سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت و تیروئید)
۱۰	۱۱	۶	۰,۸۳	قرارگرفتن پوست در معرض اشعه ماوراء بنفش
۱۱	۱۲	۶	۱	سوء استفاده جسمی، جنسی و عاطفی
۱۲	۱۲	۶	۱	بهداشت دهان و دندان و استفاده از فلوراید
۱۳	۱۲	۶	۱	ایمنی اینترنت و تلفن همراه
۱۴	۱۲	۶	۱	دریافت ویتامین و مواد معدنی (به طور خاص ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک)
۱۵	۱۲	۶	۱	اجتناب از مصرف الکل، سیگار، تنباکو و ...
۱۶	۱۱	۶	۰,۸۳	رعایت بهداشت قاعدگی (استفاده از پدهای بهداشتی یک بار مصرف و ...)
۱۷	۱۱	۶	۰,۸۳	بررسی اختلالات خواب
۱۸	۱۱	۶	۰,۸۳	بررسی رضایت شغلی
۱۹	۱۱	۶	۰,۸۳۳	بررسی سبک زندگی
۲۰	۱۱	۶	۰,۸۳	بررسی رانندگی ایمن (بستن کمربند ایمنی، رانندگی با مصرف مواد و ..)
۲۱	۱۱	۶	۰,۸۳۳۳۳۳	بررسی آگاهی از پیشگیری از حوادث (ایمنی ورزش، خطرات شغلی، حفاظت از شنوایی و ...)

n-Essential	2/N	CVR		
۱۱	۶	۰,۸۳	بررسی استفاده از داروهای مکمل و گیاهی	۲۲
۱۲	۶	۱	خود آزمایی در مورد معاینه پستان	۲۳
۱۲	۶	۱	بررسی علایم یائسگی	۲۴
۱۲	۶	۱	بررسی درمان‌های هورمونی	۲۵
۱۲	۶	۱	عملکرد جنسی و اختلالات آن	۲۶
۱۲	۶	۱	بررسی بی اختیاری ادرار و مدفوع	۲۷
۱۲	۶	۱	بررسی اختلالات کف لگن	۲۸
۱۲	۶	۱	ماموگرافی	۲۹
۱۲	۶	۱	پیشگیری از انتقال بیماری جنسی و ایدز (مانند کاندوم) (در صورت رابطه جنسی)	۳۰
۱۲	۶	۱	غربالگری و درمان ترشحات دستگاه تناسلی (عفونت کلامیدیا و گنوره) در صورت فعال بودن از نظر جنسی	۳۱
۱۲	۶	۱	انجام آزمایش از نظر بررسی ایدز در صورت فعال بودن از نظر جنسی	۳۲
۱۲	۶	۱	آزمایش مدفوع	۳۳
۱۲	۶	۱	معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در ۳ سال اخیر	۳۴
۱۲	۶	۱	انجام تست پاپ اسمیر در ۳ سال اخیر	۳۵
۱۲	۶	۱	انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر	۳۶
۱۲	۶	۱	انجام غربالگری پروفایل چربی در ۵ سال اخیر	۳۷
۱۲	۶	۱	انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر	۳۸
۱۲	۶	۱	انجام کولونوسکوپی در ۱۰ سال اخیر	۳۹
۱۲	۶	۱	قد و وزن (شاخص توده بدنی)	۴۰
۱۲	۶	۱	وضعیت تغذیه و اختلالات خوردن	۴۱
۱۲	۶	۱	فعالیت فیزیکی	۴۲

شاخص روایی CVI پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

ایندکس روایی محتوا اصلاح شده ($I-CVI(K^*)$) کل گویه‌ها از ۰/۹۱ تا یک و نمره S-CVI/Ave ۰/۹۹ محاسبه شد.

شاخص روایی محتوای پرسشنامه سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

Number of Rater	Number of Agreement	I-CVI	Pc	K*		
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	قد و وزن (شاخص توده بدنی)	۱
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	وضعیت تغذیه و اختلالات خوردن	۲
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	فعالیت فیزیکی	۳
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	افسردگی	۴
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	استرس	۵
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	اضطراب	۶
۱۲	۱۱	۰,۹۱	۰,۰۰	۰,۹۱	افکار و اقدام به خودکشی	۷
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی ارتباطات فردی و خانوادگی	۸
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	علائم خطر بیماری‌های مزمن (سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت و تیروئید)	۹
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	قرارگرفتن پوست در معرض اشعه ماوای بنفش	۱۰
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	سوء استفاده جسمی، جنسی و عاطفی	۱۱
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بهداشت دهان و دندان و استفاده از فلوراید	۱۲
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	ایمنی اینترنت و تلفن همراه	۱۳
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	دریافت ویتامین و مواد معدنی (به طور خاص ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک)	۱۴
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	اجتناب از مصرف الکل، سیگار، تنباکو و ...	۱۵
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی اختلالات خواب	۱۶
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی رضایت شغلی	۱۷
۱۲	۱۱	۰,۹۱	۰,۰۰	۰,۹۱	بررسی سبک زندگی	۱۸
۱۲	۱۱	۰,۹۱	۰,۰۰	۰,۹۱	بررسی رانندگی ایمن (بستن کمربند ایمنی، رانندگی با مصرف مواد و ..)	۱۹
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی آگاهی از پیشگیری از حوادث (ایمنی ورزش، خطرات شغلی، حفاظت از شنوایی و...)	۲۰

Number of Rater	Number of Agreement	I-CVI	Pc	K*		
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی استفاده از داروهای مکمل و گیاهی	۲۱
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	خود آزمایی در مورد معاینه پستان	۲۲
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی علایم یائسگی	۲۳
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی درمان های هورمونی	۲۴
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰۱	۱	عملکرد جنسی و اختلالات آن	۲۵
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	بررسی بی اختیاری ادرار و مدفوع	۲۶
۱۲	۱۱	۰,۹۱	۰,۰۰	۰,۹۱	بررسی اختلالات کف لگن	۲۷
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	ماموگرافی	۲۸
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	پیشگیری از انتقال بیماری جنسی و ایدز (مانند کاندوم) (در صورت رابطه جنسی)	۲۹
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	غربالگری و درمان ترشحات دستگاه تناسلی (عفونت کلامیدیا و گنوره) در صورت فعال بودن از نظر جنسی	۳۰
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	انجام آزمایش از نظر بررسی ایدز در صورت فعال بودن از نظر جنسی	۳۱
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	آزمایش مدفوع	۳۲
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در ۳ سال اخیر	۳۳
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	انجام تست پاپ اسمیر در ۳ سال اخیر	۳۴
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر	۳۵
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	انجام غربالگری پروفایل چربی در ۵ سال اخیر	۳۶
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰۱	۱	انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر	۳۷
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	انجام کولونوسکوپی در ۱۰ سال اخیر	۳۸
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	قد و وزن (شاخص توده بدنی)	۳۹
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	وضعیت تغذیه و اختلالات خوردن	۴۰
۱۲	۱۲	۱	۰,۰۰	۱	فعالیت فیزیکی	۴۱

S-CVI/Ave	۰,۹۹
Total Agreement	۳۷
S-CVI/UA	۲,۸۴

روایی صوری پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند

جهت کاهش عبارت ها، حذف عبارت های نامناسب^{۱۵} و تعیین اهمیت هر یک از عبارت ها از روش کمی ضریب تاثیر آیتم^{۱۶}، استفاده شد. با استفاده از فرمول $\text{Impact Score} = \text{Frequency (\%)} \times \text{Importance}$ محاسبه گردید. منظور از (Frequency) بر حسب درصد، تعداد افرادی بودند که به گویه امتیاز ۵ و ۴ داده بودند. منظور از اهمیت (Importance) میانگین نمره اهمیت بر اساس طیف لیکرت ذکر شده بود. چنانچه این شاخص مساوی یا بیشتر از ۱/۵ بود، آیتم برای تحلیل های بعدی مناسب تشخیص داده می شد.

پس از انجام محاسبات حداکثر نمره تاثیر ۴/۵۸ و حداقل آن ۰/۴۷ بدست آمد. ۴ گویه های پرسشنامه امتیاز تاثیر کمتر از ۱/۵ داشته، یعنی از نظر مشارکت کنندگان مهم تشخیص داده نشدند.

۱۵. Item Reduction
۱۶. Item Impact Score

نمره تاثیر عبارات در بررسی روایی صوری کمی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند

عبارت	نتیجه	نمره تاثیر
۱ قد و وزن (شاخص توده بدنی)	Revise	۰,۴۷۵
۲ وضعیت تغذیه و اختلالات خوردن	Good	۳,۸۶۷۵
۳ فعالیت فیزیکی	Good	۳,۸۲۵
۴ افسردگی	Good	۴,۰۵
۵ استرس	Good	۴,۸۵
۶ اضطراب	Good	۴,۵۶
۷ افکار و اقدام به خودکشی	Good	۴,۵۶
۸ بررسی ارتباطات فردی و خانوادگی	Good	۳,۶
۹ علائم خطر بیماری های مزمن (سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت و تیروئید)	Good	۴,۲۷۵
۱۰ قرارگرفتن پوست در معرض اشعه ماوراء بنفش	Good	۴,۱۸۵
۱۱ سوء استفاده جسمی، جنسی و عاطفی	Good	۳,۴۸
۱۲ بهداشت دهان و دندان و استفاده از فلوراید	Good	۲,۶۲۵
۱۳ ایمنی اینترنت و تلفن همراه	Revise	۰,۹۲
۱۴ دریافت ویتامین و مواد معدنی (به طور خاص ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک)	Good	۴,۰۰۵
۱۵ اجتناب از مصرف الکل، سیگار، تنباکو و ...	Good	۳,۸۲۵
۱۶ بررسی اختلالات خواب	Good	۴,۵۶
۱۷ بررسی رضایت شغلی	Good	۴,۱۴
۱۸ بررسی سبک زندگی	Good	۴,۶۵۵
۱۹ بررسی رانندگی ایمن (بستن کمربند ایمنی، رانندگی با مصرف مواد و ..)	Good	۴,۱۸۵
۲۰ بررسی آگاهی از پیشگیری از حوادث (ایمنی ورزش، خطرات شغلی، حفاظت از شنوایی و...)	Good	۴,۸
۲۱ بررسی استفاده از داروهای مکمل و گیاهی	Good	۳,۸۲۵

عبارت	نتیجه	نمره تاثیر
۲۲ خود آزمایی در مورد معاینه پستان	Revise	۰,۹۵
۲۳ بررسی علایم یائسگی	Good	۳,۸۶۷۵
۲۴ بررسی درمان‌های هورمونی	Good	۳,۸۲۵
۲۵ عملکرد جنسی و اختلالات آن	Good	۴,۰۵
۲۶ بررسی بی اختیاری ادرار و مدفوع	Good	۴,۸۵
۲۷ بررسی اختلالات کف لگن	Good	۴,۵۶
۲۸ ماموگرافی	Good	۴,۵۶
۲۹ پیشگیری از انتقال بیماری جنسی و ایدز (مانند کاندوم) (در صورت رابطه جنسی)	Good	۳,۶
۳۰ غربالگری و درمان ترشحات دستگاه تناسلی (عفونت کلامیدیا و گنوره) در صورت فعال بودن از نظر جنسی	Good	۴,۲۷۵
۳۱ انجام آزمایش از نظر بررسی ایدز در صورت فعال بودن از نظر جنسی	Good	۴,۱۸۵
۳۲ آزمایش مدفوع	Good	۳,۴۸
۳۳ معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در ۳ سال اخیر	Good	۳,۳۷۵
۳۴ انجام تست پاپ اسمیر در ۳ سال اخیر	Revise	۰,۹۲
۳۵ انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر	Good	۴,۰۰۵
۳۶ انجام غربالگری پروفایل چربی در ۵ سال اخیر	Good	۳,۸۲۵
۳۷ انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر		
۳۸ انجام کولونوسکوپی در ۱۰ سال اخیر		
۳۹ قد و وزن (شاخص توده بدنی)		
۴۰ وضعیت تغذیه و اختلالات خوردن		
۴۱ فعالیت فیزیکی		

در عبارت اول قد و وزن (شاخص توده بدنی) در هم پرسشنامه‌های باروری اصلاح گردید و شاخص توده بدنی به علت قابلیت فهم کم احتمالی توسط نمونه‌ها حذف گردید. دو عبارت اضطراب و افسردگی نیز در هم ادغام گردیدند و دو سوال مربوط به بارداری حذف گردیدند و تعداد عبارات در پرسشنامه نهایی به ۳۸ عبارت تقلیل یافت.

تعیین پایایی^{۱۷} ابزار سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند

در این مطالعه برای بررسی پایایی ابزار از دو روش بررسی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و بررسی ثبات از طریق آزمون باز آزمون با محاسبه ضریب همبستگی درون خوشه‌ای استفاده شد.

همسانی درونی پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند

همسانی درونی کل ابزار با آلفای کرونباخ ۰,۸۹ محاسبه شد و بیشترین آلفای کرونباخ مربوط حیطه جسمی بود.

میزان همسانی درونی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

حیطه خودمراقبتی	تعداد گویه ها	میزان آلفای کرونباخ
سلامت جسمی	۱۴	۰,۹۳
سلامت روانی اجتماعی	۶	۰,۸۸
سلامت باروری-جنسی	۱۲	۰,۸۴
آزمایشات و غربالگری های دوره‌ای	۶	۰,۹۲
کل ابزار	۳۸	۰,۸۹

ثبات پرسشنامه سنجش خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زنان یائسه و سالمند

بررسی ثبات ابزار با تعیین ضریب همبستگی درون خوشه‌ای انجام شد و ICC کل ابزار ۰,۹۲۵ محاسبه شد.

بررسی ثبات ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای

حیطه خودمراقبتی	تعداد گویه‌ها	ضریب همبستگی درون خوشه‌ای	فاصله اطمینان
سلامت جسمی	۱۴	۰,۹۲	۰,۹۴-۰,۸۸
سلامت روانی اجتماعی	۶	۰,۹۴	۰,۹۸-۰,۹۰
سلامت باروری-جنسی	۱۲	۰,۸۷	۰,۹۸-۰,۹۲
آزمایشات و غربالگری‌های دوره‌ای	۶	۰,۹۷	۰,۹۸-۰,۹۲
کل ابزار	۳۸	۰,۹۲۵	۰,۹۸-۰,۸۸

مشخصات و ویژگی‌های روانسنجی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند در زیر خلاصه شده است.

مشخصات و میزان اعتبار و پایایی ابزار سنجش خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

نام پرسشنامه فارسی	نام پرسشنامه انگلیسی	تعداد سوال بخش‌های پرسشنامه	میانگین شاخص روایی محتوا	میانگین نسبت روایی محتوا	روایی صوری (نمره تاثیر)	همسانی درونی	ثبات
سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه	Menopausal Women Sexual Reproductive Health Self Care Assessment	۳۸ سوال شامل سوالات: ۱۴ عبارت برای خودمراقبتی سلامت جسمی (دامنه نمره ۴۲-۱۴) ۶ عبارت خودمراقبتی برای سلامت روانی اجتماعی (دامنه نمره ۱۸-۶) ۱۲ عبارت خودمراقبتی برای سلامت باروری-جنسی (دامنه نمره ۳۶-۱۲) ۶ عبارت آزمایشات دوره‌ای (دامنه نمره ۱۸-۶) کل (دامنه نمره ۱۱۴-۳۸) نمرات بر مبنای صد محاسبه و اعلام می‌گردند.	۰,۹۹	۰,۸۳-۱	حداکثر نمره ۴,۵۸ و حداقل آن ۰,۴۷ و ۴ گویه کمتر از ۱/۵	۰,۸۹	۰,۹۲

نحوه نمره دهی ابزار

سوالات به تفکیک حیطه ها

۱۴ عبارت برای خودمراقبتی سلامت جسمی (دامنه نمره ۱۴-۴۲) شامل عبارات ۱ تا ۱۴

۶ عبارت خودمراقبتی برای سلامت روانی اجتماعی (دامنه نمره ۶-۱۸) شامل عبارات ۱۵ تا ۲۰

۱۲ عبارت خودمراقبتی برای سلامت باروری-جنسی (دامنه نمره ۱۲-۳۶)

۶ عبارت آزمایشات دوره ای (دامنه نمره ۶-۱۸)

کل (دامنه نمره ۳۸-۱۱۴)

نمره دهی ۱ تا ۳ برای انتخاب گزینه های: خیر، انجام ندادم؛ بلی تا حدودی/قصد انجام دارم؛ بلی، انجام دادم در نظر گرفته شد. جمع نمره کل و یا برای هر حیطه محاسبه و سپس برای استاندارد سازی نمره بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ بر اساس فرمول زیر محاسبه می شد.

$$(X - \text{Min Score} / \text{Max} - \text{MinScore}) \times 100$$

پرسشنامه های نهایی در بخش پیوست ضمیمه گردیده اند و نحوه نمره دهی آنها نیز ارائه شده است.

وضعیت خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند

یافته‌های این پژوهش نیز در ۴ بخش ارائه می‌شود:

- (۱) توصیف وضعیت دموگرافیک زنان شرکت کننده در پژوهش
- (۲) فراوانی وضعیت خودمراقبتی به تفکیک هر مراقبت در زنان شرکت کننده در پژوهش
- (۳) میانگین نمره کل و هر حیطه خودمراقبتی در زنان شرکت کننده در پژوهش
- (۴) بررسی ارتباط وضعیت خودمراقبتی زنان شرکت کننده در پژوهش با عوامل دموگرافیک

توصیف وضعیت دموگرافیک زنان شرکت کننده در پژوهش

در این مطالعه ۴۸۶ زن یائسه و سالمند با میانگین سن ۶۲،۵۷ سال، سن یائسگی ۵۰،۸۸ سال، وزن ۷۱،۲۵ کیلوگرم، قد ۱۶۲،۹۹ سانتی متر و طول مدت ازدواج ۳۷،۷۹ سال، تعداد فرزندان ۱،۶ بعد خانوار ۲،۷ شرکت کردند. توضیحات بیشتر در مورد مشخصات دموگرافیک زنان شرکت کننده در پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

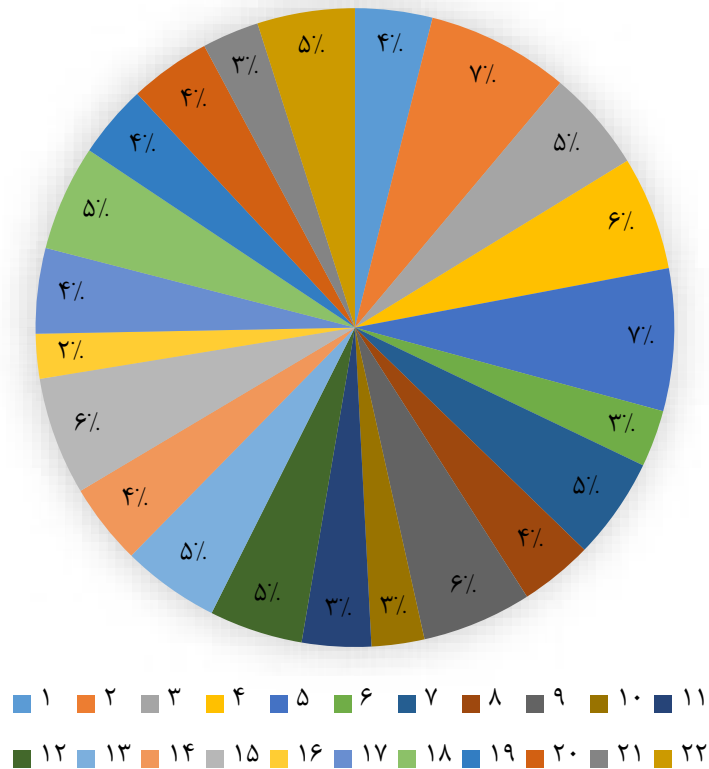
جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش

مشخصات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن (سال)	۴۸۶	۶۲،۵۷۸	۷،۷۵۲۲	۴۶،۰	۸۵،۰
سن یائسگی	۴۸۶	۵۰،۸۸	۴،۱۱	۳۹،۰	۶۲،۰
وزن (کیلوگرم)	۴۸۶	۷۱،۲۵۸	۱۲،۳۱۵۱	۴۳،۰	۱۲۵،۰
قد (سانتی متر)	۴۸۶	۱۵۹،۳۸۵	۶،۱۲۴۷	۱۴۰،۰	۱۸۵،۰
شاخص توده بدنی	۴۸۶	۲۸،۰۳۷۶	۴،۵۲۶۱۴	۱۶،۹۰	۴۵،۹۱
طول مدت ازدواج	۴۱۵	۳۷،۷۹	۱۱،۷۴	۰	۶۵
سن یائسگی	۴۸۶	۵۰،۸۸	۴،۱۱	۳۹	۶۲
تعداد فرزندان	۴۸۶	۳،۴۶۵	۱،۶۷۰۲	۰	۹،۰
بعد خانوار	۴۸۶	۲،۷۳۰	۱،۲۹۰۵	۰	۸،۰

بیشترین شرکت کنندگان در این پژوهش ۷،۲ درصد از منطقه ۲ و ۵ و کمترین شرکت کنندگان ۲،۳ درصد از منطقه ۱۶ بودند. لازم به ذکر است نحوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای و بر اساس جمعیت منطقه تعیین گردیده بود (جدول ۲ و نمودار ۱).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و نسبی زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مناطق ۲۲ گانه تهران

منطقه	تعداد	درصد
۱	۱۹	۳,۹
۲	۳۵	۷,۲
۳	۲۵	۵,۱
۴	۲۸	۵,۸
۵	۳۵	۷,۲
۶	۱۴	۲,۹
۷	۲۵	۵,۱
۸	۱۸	۳,۷
۹	۲۷	۵,۶
۱۰	۱۳	۲,۷
۱۱	۱۷	۳,۵
۱۲	۲۳	۴,۷
۱۳	۲۴	۴,۹
۱۴	۲۰	۴,۱
۱۵	۲۹	۶,۰
۱۶	۱۱	۲,۳
۱۷	۲۱	۴,۳
۱۸	۲۶	۵,۳
۱۹	۱۸	۳,۷
۲۰	۲۰	۴,۱
۲۱	۱۴	۲,۹
۲۲	۲۴	۴,۹
کل	۴۸۶	۱۰۰



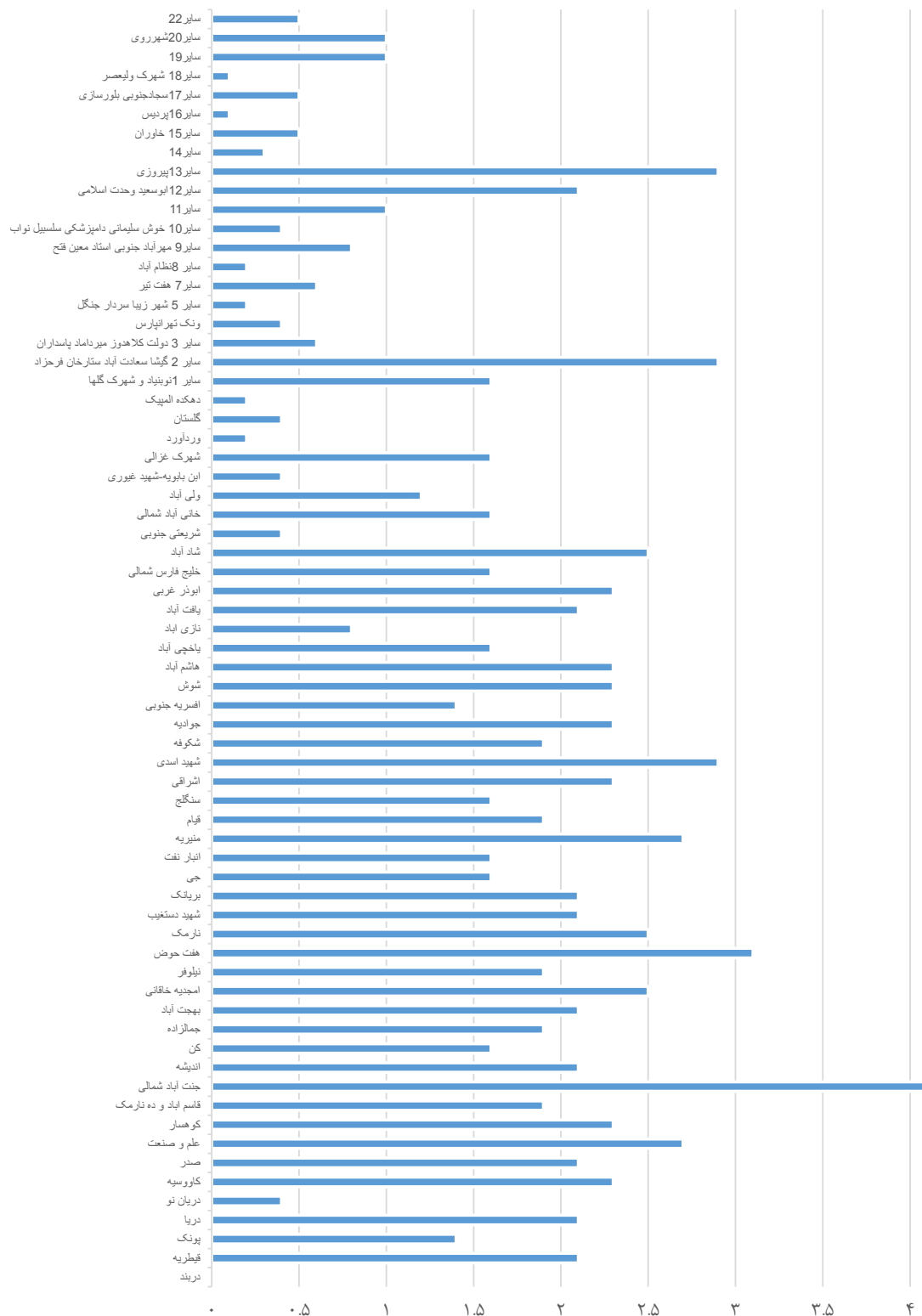
نمودار شماره ۱: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مناطق ۲۲ گانه تهران (تعداد=۴۸۶)

زنان شرکت کننده در پژوهش به روش همه شماری از همه مناطق ۲۲ گانه تهران و تعداد نمونه به صورت سهمیه‌ای بر اساس جمعیت منطقه انتخاب شدند. سپس با استفاده از گزینه انتخاب تصادفی نرم افزار اکسل در مناطق پر جمعیت ۳ محله و در مناطق کم جمعیت ۲ محله انتخاب شدند (جدول ۳ و نمودار ۲).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک محلات تهران (تعداد=۴۸۶)

درصد	تعداد	محله
۴,۱	۲۰	قیطریه
۱,۶	۸	دریوند
۲,۵	۱۲	پونک
۱,۹	۹	دریا
۲,۵	۱۲	دریان نو
۲,۹	۱۴	کاووسییه
۰,۸	۴	صدر
۲,۱	۱۰	علم و صنعت
۲,۹	۱۴	کوهسار
۲,۱	۱۰	جنت آباد شمالی
۱,۴	۷	اندیشه
۲,۱	۱۰	کن
۰,۴	۲	جمالزاده
۲,۳	۱۱	بهجت آباد
۲,۱	۱۰	امجدیه خاقانی
۲,۷	۱۳	نبیوفر
۲,۳	۱۱	هفت حوض
۱,۹	۹	نارمک
۲,۱	۱۰	جی
۱,۶	۸	انبار نفت
۱,۹	۹	منیریه
۲,۱	۱۰	قیام
۲,۵	۱۲	سنگلج
۱,۹	۹	اشراقی
۳,۱	۱۵	شهید اسدی
۲,۱	۱۰	شکوفه
۲,۱	۱۰	جوادیه
۱,۶	۸	افسریه جنوبی
۱,۶	۸	شوش

محلّه	تعداد	درصد
هاشم آباد	۱۳	۲,۷
نازی آباد	۹	۱,۹
یافت آباد	۸	۱,۶
ابوذر غربی	۱۱	۲,۳
خلیج فارس شمالی	۱۴	۲,۹
شاد آباد	۱۱	۲,۳
شریعتی جنوبی	۷	۱,۴
خانی آباد شمالی	۱۱	۲,۳
ولی آباد	۱۱	۲,۳
ابن بابویه-شهید غیوری	۸	۱,۶
شهرک غزالی	۴	۰,۸
ورداورد	۱۰	۲,۱
گلستان	۱۱	۲,۳
دهکده المپیک	۸	۱,۶
سایر ۱: نوینیاد و شهرک گلها	۲	۴,۰
سایر ۲: گیشا سعادت آباد ستارخان فرحزاد	۸	۱,۶
سایر ۳: دولت کلاهدوز میرداماد پاسداران	۶	۱,۲
ونک تهرانپارس	۲	۰,۴
سایر ۵: شهر زیبا سردار جنگل	۸	۱,۶
سایر ۶	۱	۰,۲
سایر ۷: هفت تیر	۲	۰,۴
سایر ۸: نظام آباد	۱	۰,۲
سایر ۹: مهرآباد جنوبی استاد معین فتح	۸	۱,۶
سایر ۱۰: خوش سلیمانی دامپزشکی سلسبیل نواب	۳	۰,۶
سایر ۱۲: ابوسعید وحدت اسلامی	۲	۰,۴
سایر ۱۶: پردیس	۱	۰,۲
سایر ۱۷: سجاد جنوبی بلورسازی	۳	۰,۶
سایر ۱۸: شهرک ولیعصر	۱	۰,۲
سایر ۲۰: شهرروی	۲	۰,۴
سایر ۲۲	۵	۱,۰
مجموع	۴۸۶	۱۰۰,۰

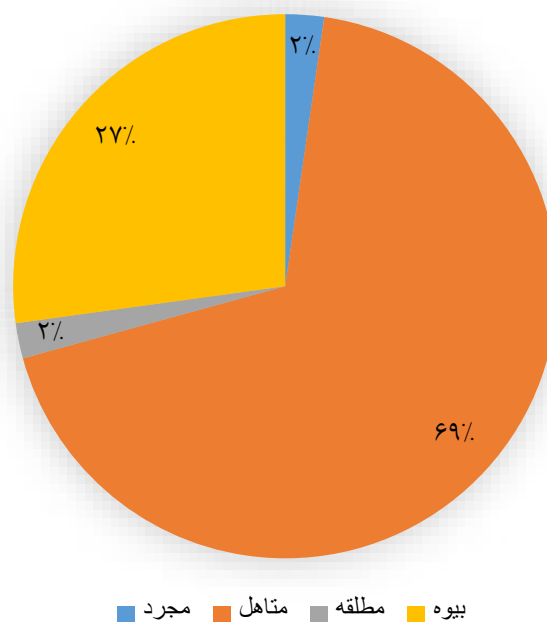


نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک محلات تهران (تعداد=۴۸۶)

بیشترین زنان یائسه شرکت کننده در پژوهش، متاهل (۶۸,۵ درصد) و کمترین آنان (۱۱ درصد) مجرد بودند (جدول ۴ و نمودار ۳).

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	تعداد	درصد
مجرد	۱۱	۲,۳
متاهل	۳۳۳	۶۸,۵
مطلقه	۱۰	۲,۱
بیوه	۱۳۲	۲۷,۲
کل	۴۸۶	۱۰۰



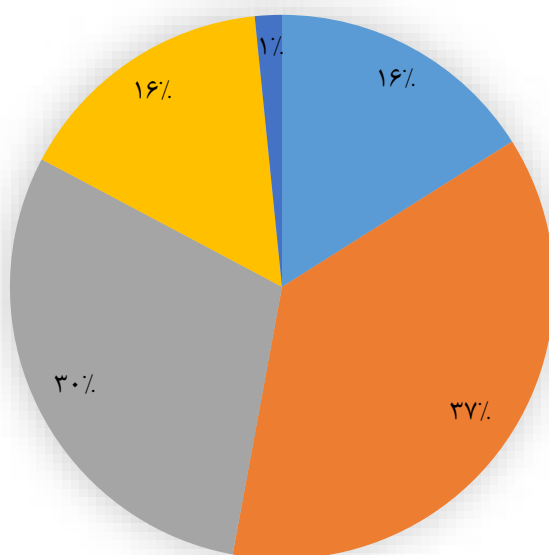
نمودار شماره ۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تاهل

بیشترین مشارکت کنندگان در پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی (۳۶,۸ درصد) بودند و کمترین آنان

دارای تحصیلات دانشگاهی در حد ارشد و دکترا بودند (جدول ۵ و نمودار ۴)

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی

وضعیت تحصیل زن	تعداد	درصد
بیسواد	۷۸	۱۶,۰
ابتدایی	۱۷۹	۳۶,۸
دبیرستان	۱۴۵	۲۹,۸
دانشگاهی (فوق دیپلم . لیسانس)	۷۶	۱۵,۶
دانشگاهی (فوق لیسانس، دکترا)	۸	۱,۶
کل	۴۸۶	۱۰۰



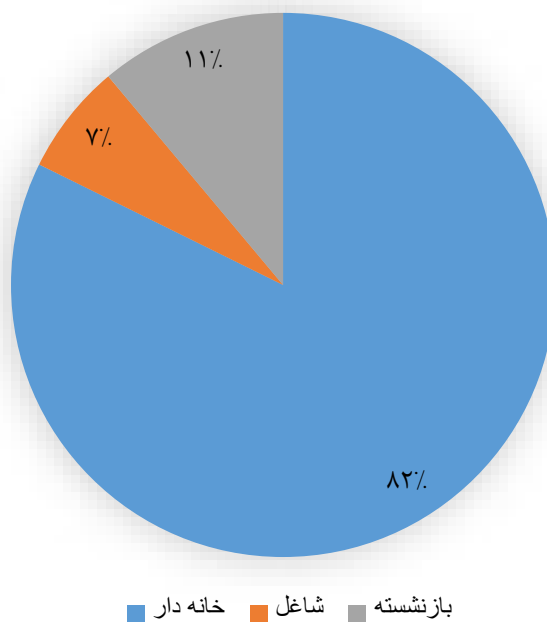
■ دانشگاهی (فوق لیسانس، دکترا) ■ دانشگاهی (فوق دیپلم . لیسانس) ■ دبیرستان ■ ابتدایی ■ بیسواد

نمودار شماره ۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی

بیشترین مشارکت کنندگان در پژوهش خانه دار (۸۲,۳ درصد) و کمترین آنان (۶,۶ درصد) آنان شاغل بودند (جدول ۶ و نمودار ۵).

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	تعداد	درصد
خانه دار	۴۰۰	۸۲,۳
شاغل	۳۲	۶,۶
بازنشسته	۵۴	۱۱,۱
کل	۴۸۶	۱۰۰



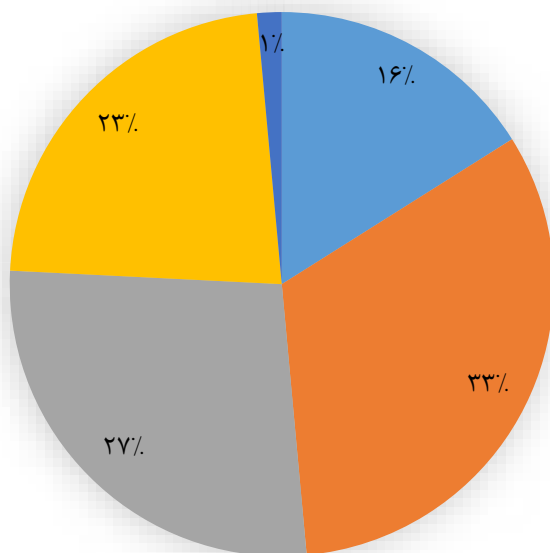
نمودار شماره ۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال

بیشترین مشارکت کنندگان متأهل در پژوهش دارای همسر با تحصیلات ابتدایی بودند و کمترین

آنها دارای همسر دانشگاهی در حد فوق لیسانس و دکترا بودند (جدول ۷ و نمودار ۶)

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی همسر

وضعیت تحصیل همسر	تعداد	درصد
بیسواد	۶۴	۱۳,۲
ابتدایی	۱۳۰	۲۶,۷
دبیرستان	۱۰۹	۲۲,۴
دانشگاهی (فوق دیپلم . لیسانس)	۹۱	۱۸,۷
دانشگاهی (فوق لیسانس، دکترا)	۶	۱,۲
کل	۴۰۰	۱۰۰



■ دانشگاهی (فوق لیسانس، دکترا) ■ دانشگاهی (فوق دیپلم . لیسانس) ■ دبیرستان ■ ابتدایی ■ بیسواد

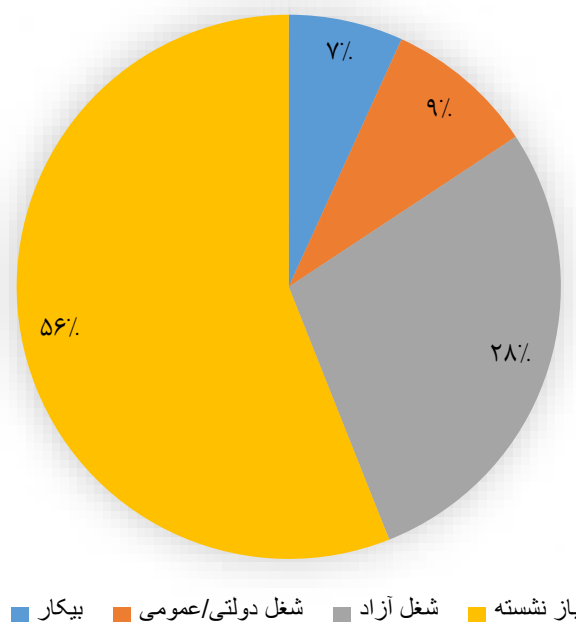
نمودار شماره ۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت تحصیلی همسر

بیشترین مشارکت کنندگان متاهل در پژوهش دارای همسر بازنشسته (۵۶,۱ درصد) و کمترین آنها

دارای همسر بیکار (۶,۶ درصد) بودند (جدول ۸ و نمودار ۷)

جدول شماره ۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال همسر

وضعیت تحصیل	تعداد	درصد
بیکار	۲۶	۶,۶
شغل دولتی/عمومی	۳۴	۸,۹
شغل آزاد	۱۰۸	۲۸,۴
بازنشسته	۲۱۴	۵۶,۱
کل	۳۸۲	۱۰۰

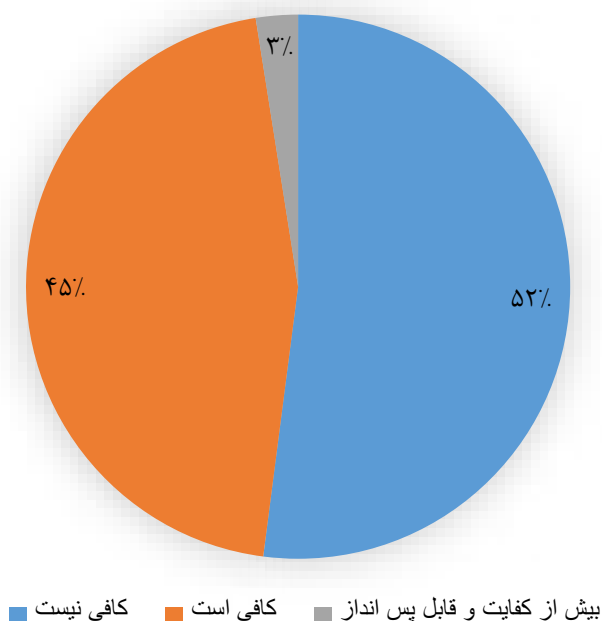


نمودار شماره ۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت اشتغال همسر

بیشترین مشارکت کنندگان در پژوهش، در آمد خانواده را ناکافی (۵۲,۱ درصد) و کمترین آنان در آمد را بیش از کفایت و قابل پس انداز (۲,۵ درصد) گزارش نمودند (جدول ۹ و نمودار ۸).

جدول شماره ۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت در آمد خانواده

کفایت در آمد	تعداد	درصد
کافی نیست	۲۵۳	۵۲,۱
کافی است	۲۲۱	۴۵,۵
بیش از کفایت و قابل پس انداز	۱۲	۲,۵
کل	۴۸۶	۱۰۰

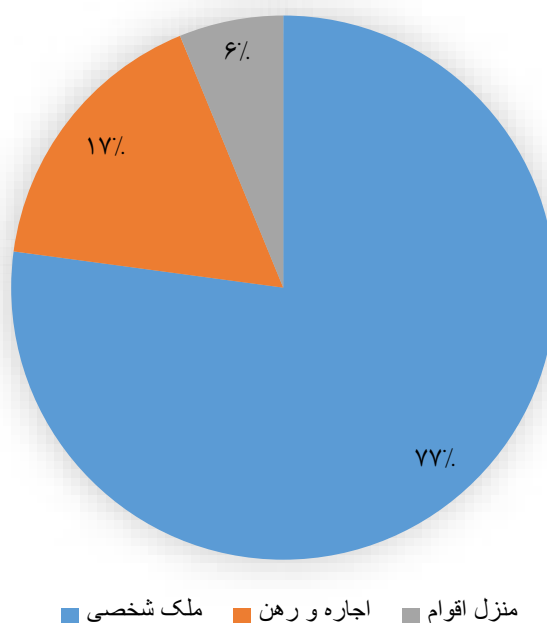


نمودار شماره ۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت درآمد خانواده

بیشتر مشارکت کنندگان در پژوهش دارای ملک شخصی (۷۷,۲ درصد) و اقلیتی از آنان در منزل اقوام (۶,۲ درصد) زندگی می کردند (جدول ۱۰ و نمودار ۹).

جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت مسکن خانواده

وضعیت مسکن	تعداد	درصد
ملک شخصی	۳۷۵	۷۷,۲
اجاره و رهن	۸۱	۱۶,۷
منزل اقوام	۳۰	۶,۲
کل	۴۸۶	۱۰۰



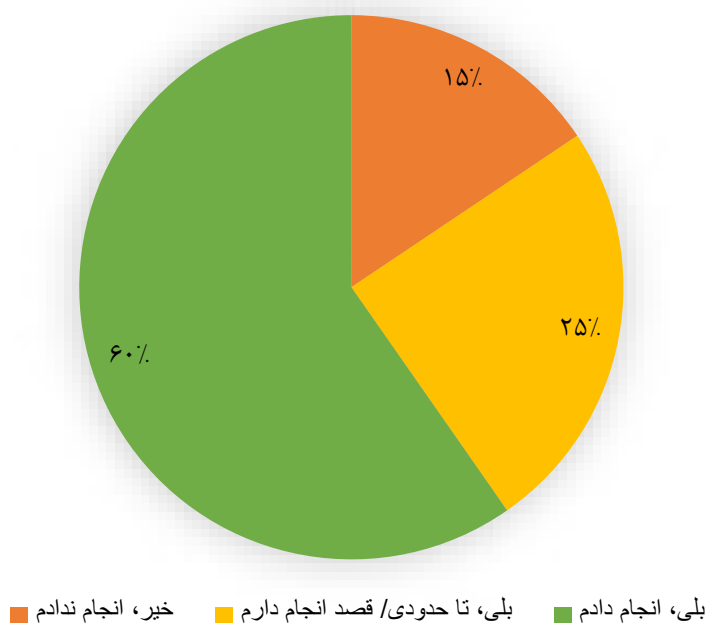
نمودار شماره ۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت مسکن خانواده

فراوانی وضعیت خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند به تفکیک هر مراقبت

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثریت زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش (۵۹,۷ درصد) در مورد اندازه گیری قد و وزن و شاخص توده بدنی مشاوره و مراقبت انجام داده‌اند (جدول ۱۱ و نمودار ۱۰).

جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد شاخص توده بدنی (اندازه گیری قد و وزن)

مراقبت از شاخص توده بدنی (اندازه گیری قد و وزن)	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۷۶	۱۵,۶
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۲۰	۲۴,۷
بلی، انجام دادم	۲۹۰	۵۹,۷
کل	۴۸۶	۱۰۰

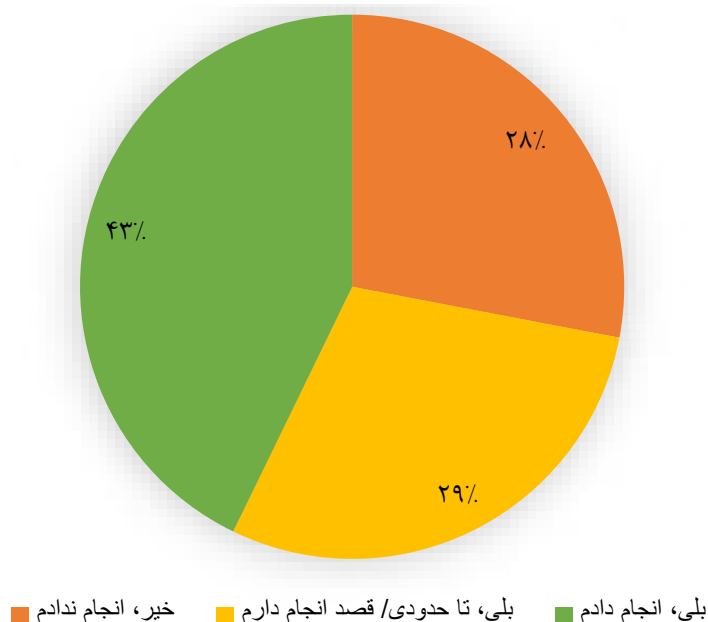


نمودار شماره ۱۰: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد شاخص توده بدنی (اندازه گیری قد و وزن)

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۴۲,۸ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد تغذیه خود مشاوره و مراقبت انجام داده‌اند (جدول ۱۲ و نمودار ۱۱).

جدول شماره ۱۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد تغذیه

مراقبت در مورد تغذیه	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۳۶	۲۸,۰
بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم	۱۴۲	۲۹,۲
بلی، انجام دادم	۲۰۸	۴۲,۸
کل	۴۸۶	۱۰۰

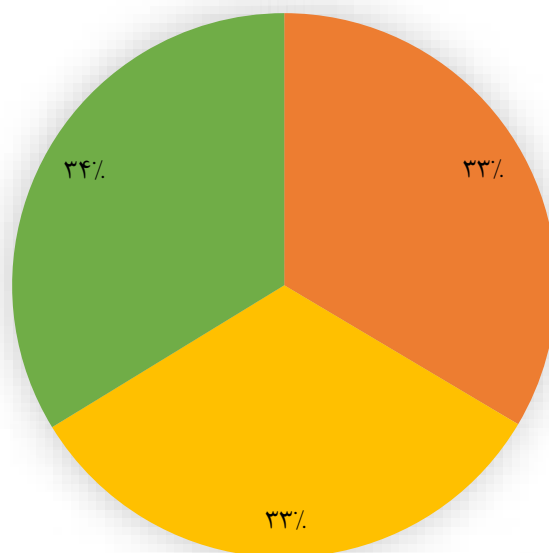


نمودار شماره ۱۱: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد تغذیه

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۳۳,۷ درصد از زنان یائسه و سالمند شهر شرکت کننده در پژوهش در مورد فعالیت فیزیکی خود مشاوره و مراقبت انجام داده‌اند (جدول ۱۳ و نمودار ۱۲).

جدول شماره ۱۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد فعالیت فیزیکی

مراقبت در مورد فعالیت فیزیکی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۶۳	۳۳,۵
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۵۹	۳۲,۷
بلی، انجام دادم	۱۶۴	۳۳,۷
کل	۴۸۶	۱۰۰



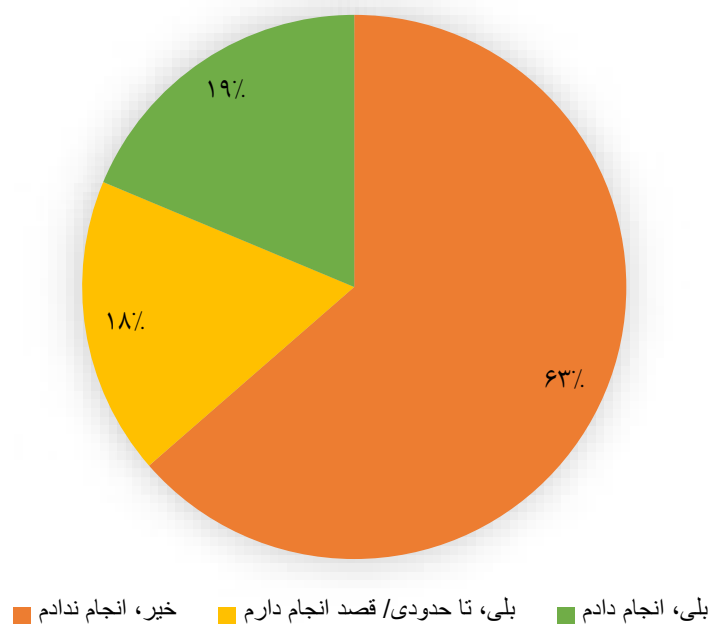
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۱۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد فعالیت فیزیکی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که فقط ۱۸,۷ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در مورد افسردگی مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۱۴ و نمودار ۱۳).

جدول شماره ۱۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افسردگی

مراقبت در مورد افسردگی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۳۰۹	۶۳,۶
بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم	۸۶	۱۷,۷
بلی، انجام دادم	۹۱	۱۸,۷
کل	۴۸۶	۱۰۰

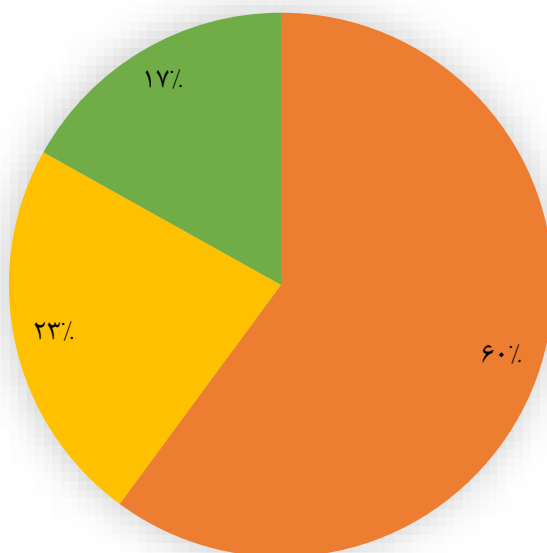


نمودار شماره ۱۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افسردگی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۱۶,۹ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد مقابله با استرس و اضطراب مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۱۵ و نمودار ۱۴).

جدول شماره ۱۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استرس و اضطراب

مراقبت در مورد مقابله با استرس و اضطراب	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۹۲	۶۰,۱
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۱۲	۲۳,۰
بلی، انجام دادم	۸۲	۱۶,۹
کل	۴۸۶	۱۰۰



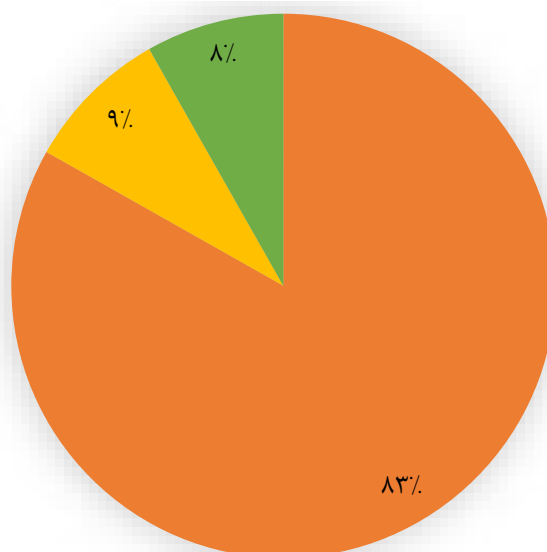
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۱۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استرس و اضطراب

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که فقط ۸,۲ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد افکار خودکشی، مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۱۶ و نمودار ۱۵).

جدول شماره ۱۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند ساله شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افکار خودکشی

مراقبت در مورد افکار خودکشی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۴۰۴	۸۳,۱
بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم	۴۲	۸,۶
بلی، انجام دادم	۴۰	۸,۲
کل	۴۸۶	۱۰۰



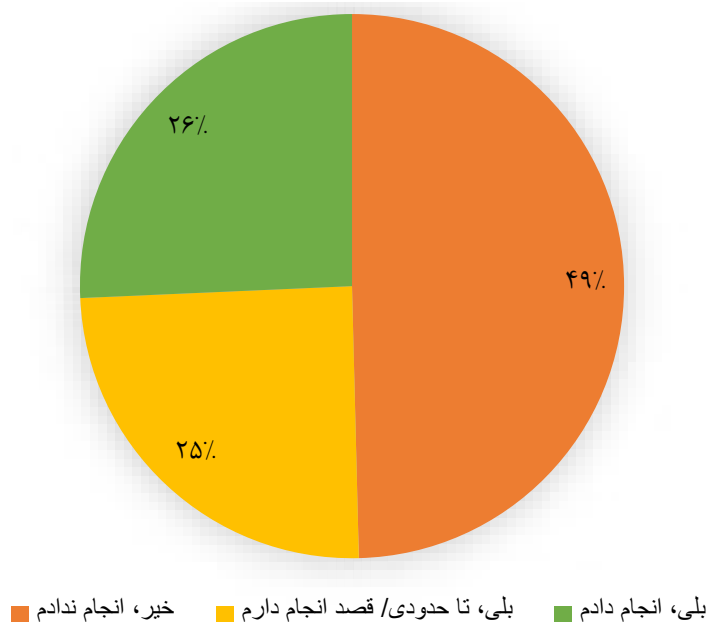
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۱۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد افکار خودکشی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۵,۷ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد ارتباطات فردی و خانوادگی مشاوره و مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۱۷ و نمودار ۱۶).

جدول شماره ۱۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد ارتباطات فردی و خانوادگی

مراقبت در مورد ارتباطات فردی و خانوادگی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۴۱	۴۹,۶
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۲۰	۲۴,۷
بلی، انجام دادم	۱۲۵	۲۵,۷
کل	۴۸۶	۱۰۰

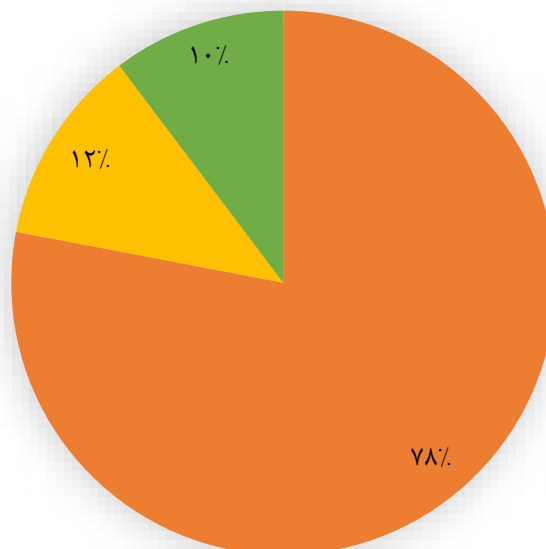


نمودار شماره ۱۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد ارتباطات فردی و خانوادگی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۱۰,۳ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد خشونت جسمی، جنسی و عاطفی مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۱۸ و نمودار ۱۷).

جدول شماره ۱۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد خشونت جسمی، جنسی و عاطفی

مراقبت در مورد خشونت جسمی، جنسی و عاطفی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۳۷۹	۷۸,۰
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۵۷	۱۱,۷
بلی، انجام دادم	۵۰	۱۰,۳
کل	۴۸۶	۱۰۰



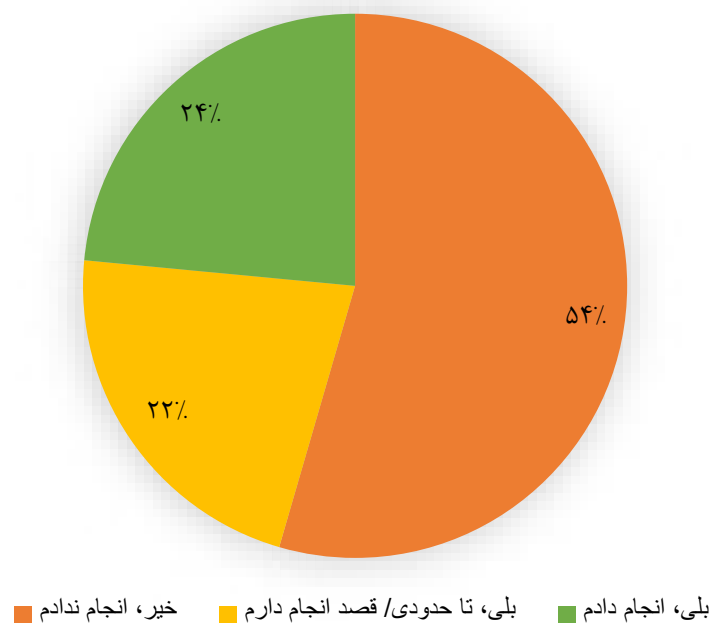
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۱۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد خشونت جسمی، جنسی و عاطفی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۳,۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد استفاده ایمن از تلفن همراه و اینترنت مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۱۹ و نمودار ۱۸).

جدول شماره ۱۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد استفاده ایمن از تلفن همراه و اینترنت

مراقبت در مورد استفاده ایمن از تلفن همراه و اینترنت	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۶۵	۵۴,۵
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۰۷	۲۲,۰
بلی، انجام دادم	۱۱۴	۲۳,۵
کل	۴۸۶	۱۰۰

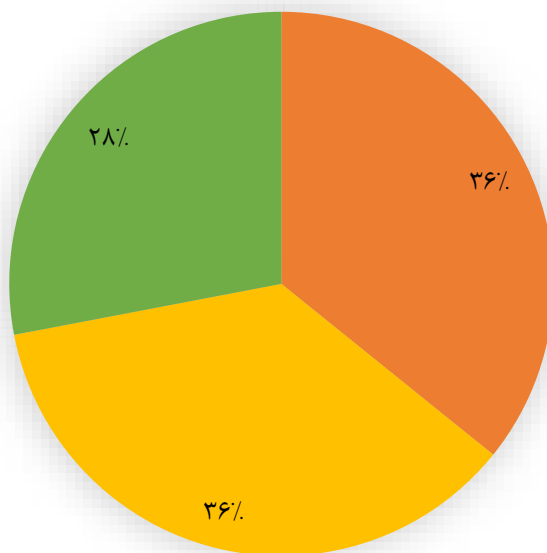


نمودار شماره ۱۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد استفاده ایمن از تلفن همراه و اینترنت

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۸ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش برای جذب ویتامین د از نور خورشید مراقبت از خود انجام داده‌اند (جدول ۲۰ و نمودار ۱۹).

جدول شماره ۲۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد جذب ویتامین د از نور خورشید

مراقبت از طریق جذب ویتامین د از نور خورشید	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۷۴	۳۵,۸
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۷۶	۳۶,۲
بلی، انجام دادم	۱۳۶	۲۸,۰
کل	۴۸۶	۱۰۰



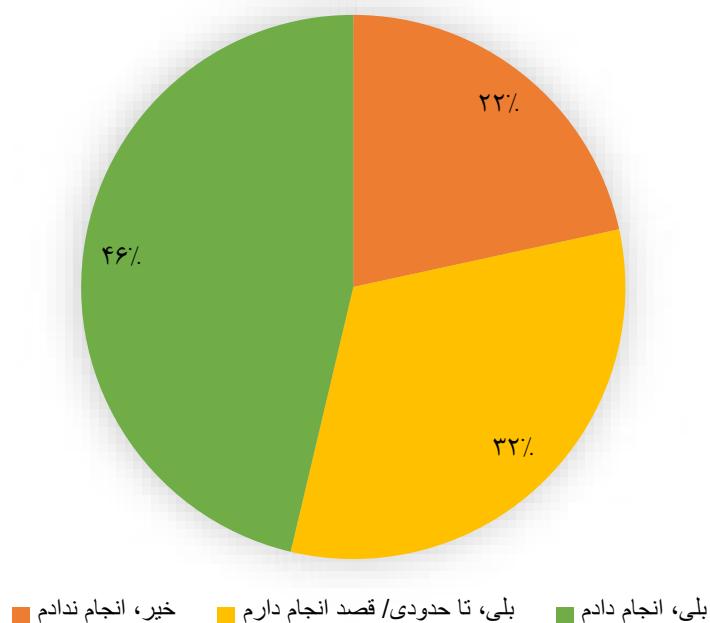
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۱۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد جذب ویتامین د از نور خورشید

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۴۶,۳ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش جهت بهداشت دهان و دندان خودمراقبتی انجام داده‌اند (جدول ۲۱ و نمودار ۲۰).

جدول شماره ۲۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد بهداشت دهان و دندان

بهداشت دهان و دندان	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۰۵	۲۱,۶
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۵۶	۳۲,۱
بلی، انجام دادم	۲۲۵	۴۶,۳
کل	۴۸۶	۱۰۰

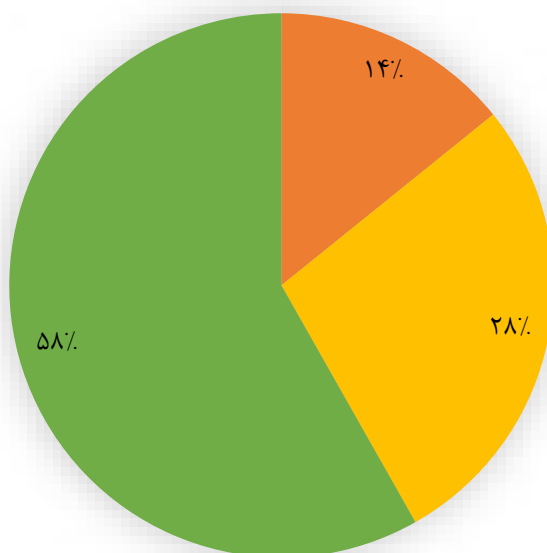


نمودار شماره ۲۰: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد بهداشت دهان و دندان

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۵۸,۲ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش جهت سلامت بینایی مشاوره و مراقبت داشته‌اند (جدول ۲۲ و نمودار ۲۱).

جدول شماره ۲۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد سلامت چشم و بینایی

درصد	تعداد	سلامت چشم و بینایی
۱۴,۲	۶۹	خیر، انجام ندادم
۲۷,۶	۱۳۴	بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم
۵۸,۲	۲۸۳	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



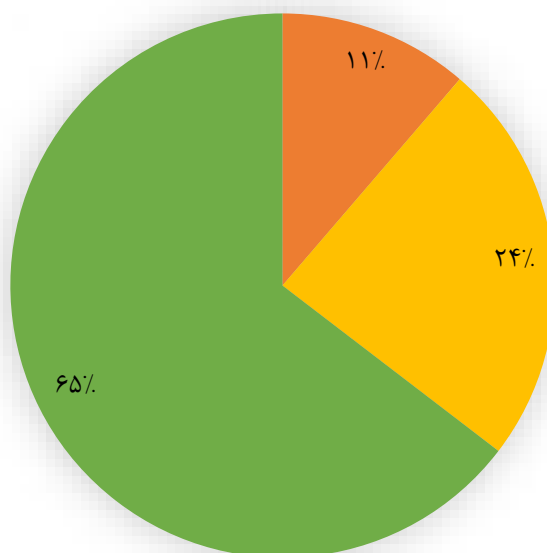
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۲۱: توزیع نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در سلامت چشم و بینایی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۶۴,۶ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش آزمایش‌های دوره‌ای را برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن (شامل بررسی فشار خون بالا، کلسترول، چاقی، دیابت و تیروئید) انجام داده‌اند (جدول ۲۳ و نمودار ۲۲).

جدول شماره ۲۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن با آزمایش‌های دوره‌ای

درصد	تعداد	آزمایش‌های دوره‌ای را برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن
۱۱,۳	۵۵	خیر، انجام ندادم
۲۴,۱	۱۱۷	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۶۴,۶	۳۱۴	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



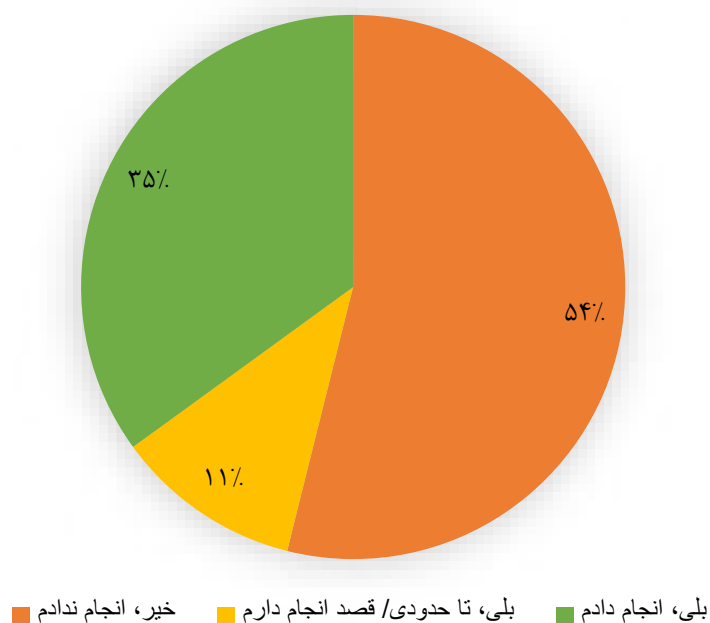
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۲۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن با آزمایش‌های دوره‌ای

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد ۳۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش از سیگار، الکل، تنباکو و مواد مخدر اجتناب می‌کنند (جدول ۲۴ و نمودار ۲۳).

جدول شماره ۲۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی و اجتناب از سیگار، الکل، تنباکو و مواد مخدر

اجتناب از سیگار، الکل، تنباکو و مواد مخدر	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۶۲	۵۳٫۹
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۵۴	۱۱٫۱
بلی، انجام دادم	۱۷۰	۳۵٫۰
کل	۴۸۶	۱۰۰



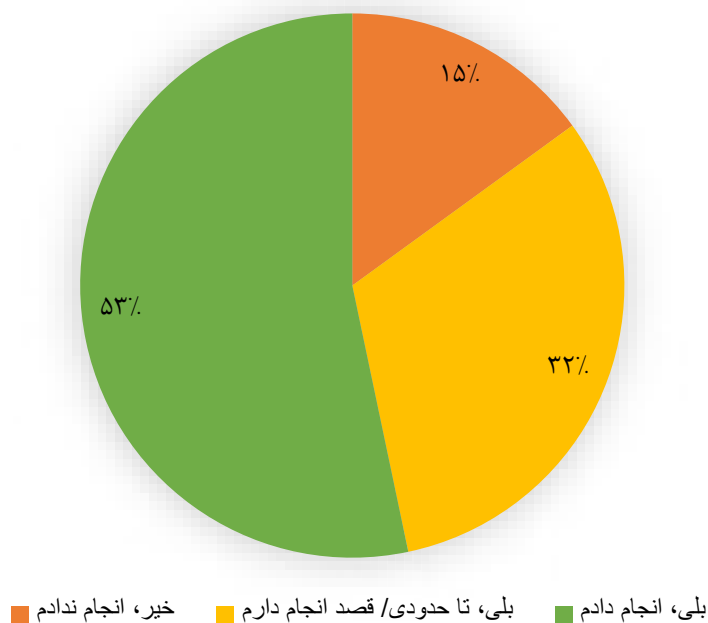
نمودار شماره ۲۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی و اجتناب از سیگار، الکل، تنباکو و مواد مخدر

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۵۳,۳ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش با مصرف ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک از خود مراقبت می‌کنند (جدول ۲۵ و نمودار ۲۴).

جدول شماره ۲۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با مصرف ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک

مصرف ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۷۳	۱۵,۰
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۵۴	۳۱,۷
بلی، انجام دادم	۲۵۹	۵۳,۳
کل	۴۸۶	۱۰۰

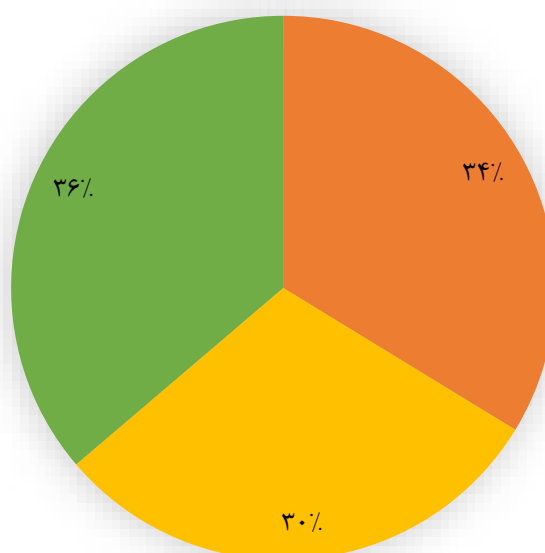
نمودار شماره ۲۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با مصرف ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک



یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۳۶,۲ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش با استفاده صحیح از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی از خود مراقبت می‌کنند (جدول ۲۶ و نمودار ۲۵).

جدول شماره ۲۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استفاده صحیح از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی

درصد	تعداد	استفاده صحیح از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی
۳۳,۷	۱۶۴	خیر، انجام ندادم
۳۰,۰	۱۴۶	بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم
۳۶,۲	۱۷۶	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



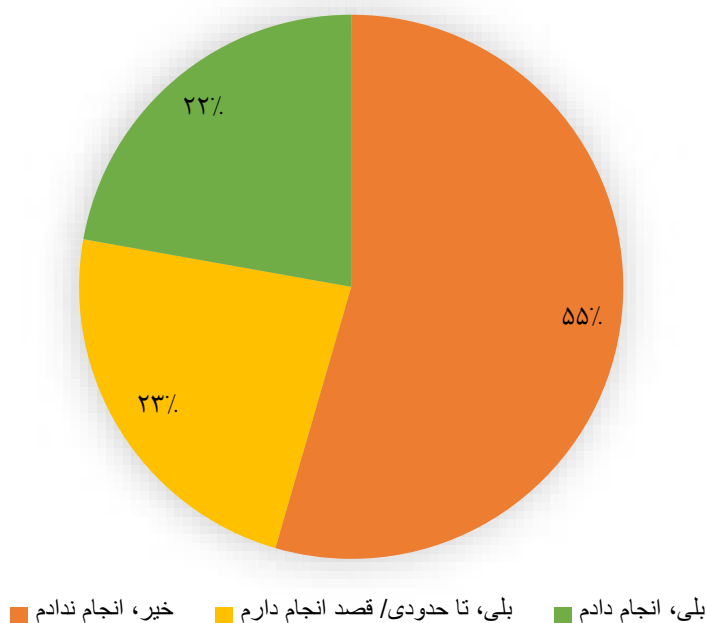
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۲۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی با استفاده صحیح از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۲,۲ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد اختلالات خواب از خود مراقبت می‌کنند (جدول ۲۷ و نمودار ۲۶).

جدول شماره ۲۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد اختلالات خواب

مشاوره و مراقبت در مورد اختلالات خواب	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۶۵	۵۴,۵
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۱۳	۲۳,۳
بلی، انجام دادم	۱۰۸	۲۲,۲
کل	۴۸۶	۱۰۰

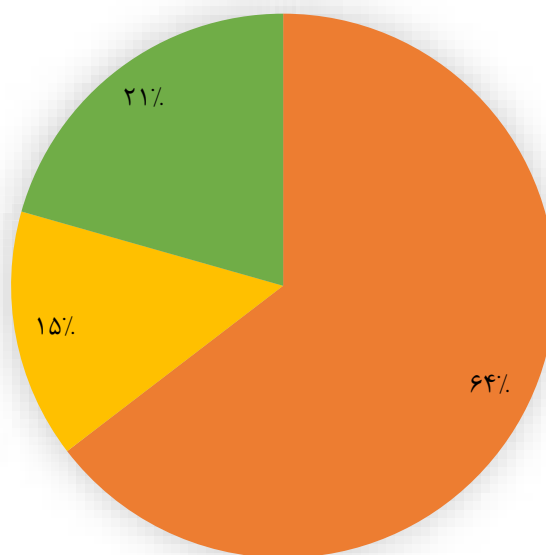


نمودار شماره ۲۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک وضعیت انجام خودمراقبتی در مورد اختلالات خواب

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۰,۶ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد رضایت شغلی مشاوره و مراقبت انجام می‌دهند (جدول ۲۸ و نمودار ۲۷).

جدول شماره ۲۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رضایت شغلی

درصد	تعداد	مشاوره و مراقبت در مورد رضایت شغلی
۶۴,۶	۳۱۴	خیر، انجام ندادم
۱۴,۸	۷۲	بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم
۲۰,۶	۱۰۰	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



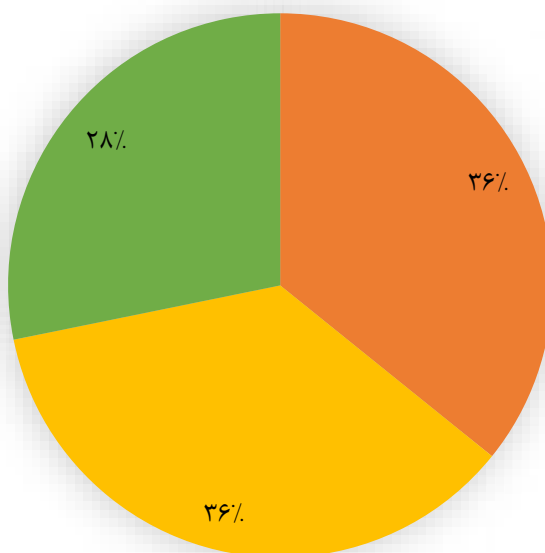
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۲۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رضایت شغلی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۸,۲ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش در مورد سبک زندگی خود شامل تغذیه، ورزش، خواب و استراحت انجام می‌دهند (جدول ۲۹ و نمودار ۲۸).

جدول شماره ۲۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سبک زندگی

خودمراقبتی در مورد سبک زندگی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۷۴	۳۵,۸
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۷۵	۳۶,۰
بلی، انجام دادم	۱۳۷	۲۸,۲
کل	۴۸۶	۱۰۰



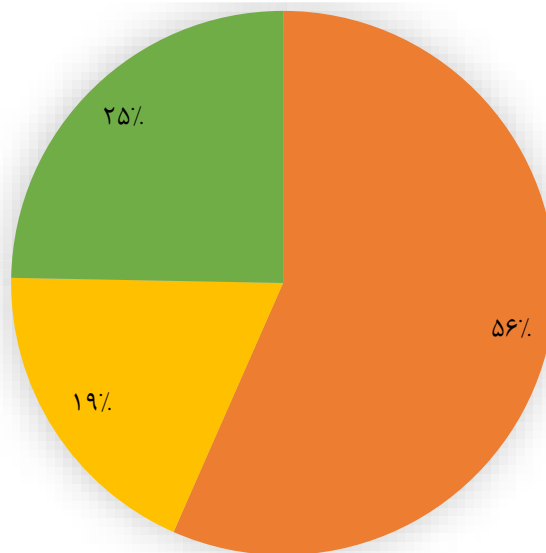
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۲۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سبک زندگی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۴,۷ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش مراقبت برای رانندگی ایمن انجام می‌دهند (جدول ۳۰ و نمودار ۲۹).

جدول شماره ۳۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رانندگی ایمن

خودمراقبتی در مورد رانندگی ایمن	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۷۵	۵۶,۶
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۹۱	۱۸,۷
بلی، انجام دادم	۱۲۰	۲۴,۷
کل	۴۸۶	۱۰۰



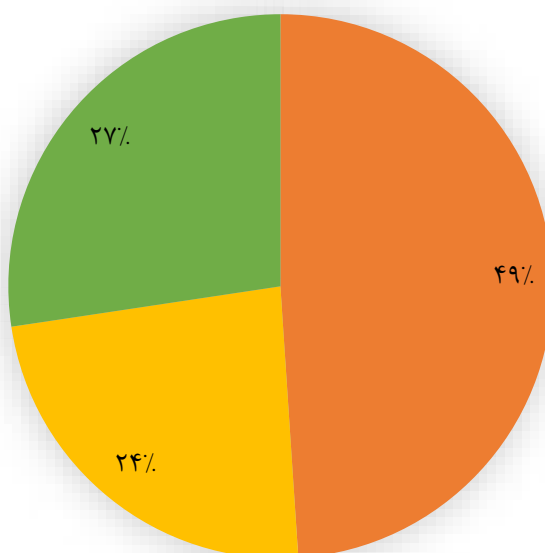
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۲۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد رانندگی ایمن

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۷,۴ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش خودمراقبتی برای پیشگیری از حوادث مانند حوادث شغلی، تروما، ورزش و یا برای حفاظت شنوایی انجام می‌دهند (جدول ۳۱ و نمودار ۳۰).

جدول شماره ۳۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از حوادث

خودمراقبتی برای پیشگیری از حوادث	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۳۸	۴۹,۰
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۱۵	۲۳,۷
بلی، انجام دادم	۱۳۳	۲۷,۴
کل	۴۸۶	۱۰۰



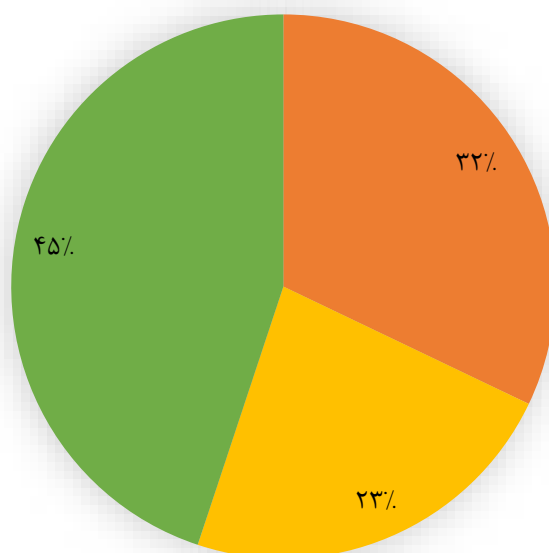
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۳۰: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از حوادث

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۴۴,۹ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش خودمراقبتی در مورد علایم و نشانه‌های یائسگی دارند (جدول ۳۲ و نمودار ۳۱).

جدول شماره ۳۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد علایم و نشانه‌های یائسگی

خودمراقبتی در مورد علایم و نشانه‌های یائسگی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۵۶	۳۲,۱
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۱۲	۲۳,۰
بلی، انجام دادم	۲۱۸	۴۴,۹
کل	۴۸۶	۱۰۰



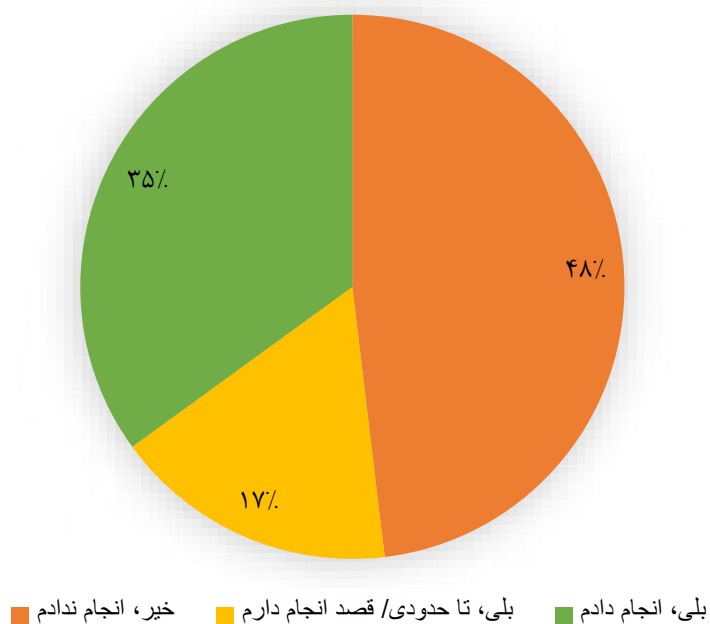
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۳۱: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد علایم و نشانه‌های یائسگی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۳۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش مشاوره و مراقبت در مورد هورمون درمانی دارند (جدول ۳۳ و نمودار ۳۲).

جدول شماره ۳۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد هورمون درمانی

خودمراقبتی در مورد هورمون درمانی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۳۴	۴۸,۱
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۸۲	۱۶,۹
بلی، انجام دادم	۱۷۰	۳۵,۰
کل	۴۸۶	۱۰۰



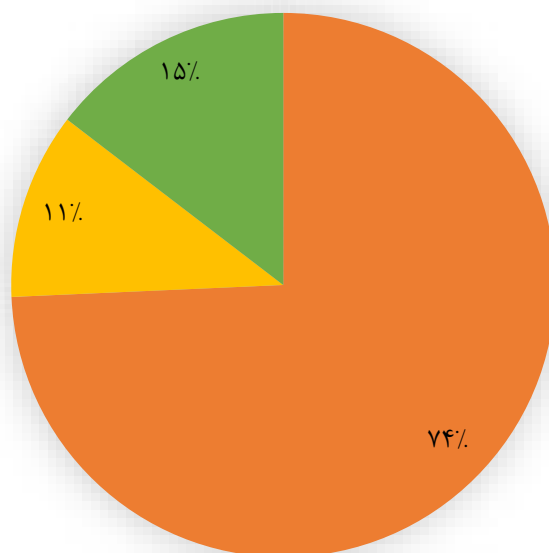
نمودار شماره ۳۲: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد هورمون درمانی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۱۴,۶ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در

پژوهش خودمراقبتی در مورد سلامت و عملکرد جنسی داشته‌اند (جدول ۳۴ و نمودار ۳۳)

جدول شماره ۳۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سلامت و عملکرد جنسی

درصد	تعداد	خودمراقبتی در سلامت و عملکرد جنسی
۷۴,۳	۳۶۱	خیر، انجام ندادم
۱۱,۱	۵۴	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۱۴,۶	۷۱	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

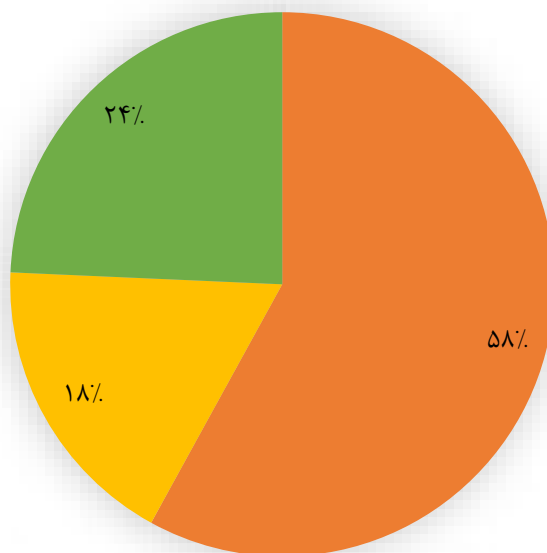
نمودار شماره ۳۳: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد سلامت و عملکرد جنسی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۴,۳ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در

پژوهش خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادرار دارند (جدول ۳۵ و نمودار ۳۴)

جدول شماره ۳۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادرار

خودمراقبتی در مورد پیشگیری از بی اختیاری ادراری	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۸۲	۵۸,۰
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۸۶	۱۷,۷
بلی، انجام دادم	۱۱۸	۲۴,۳
کل	۴۸۶	۱۰۰



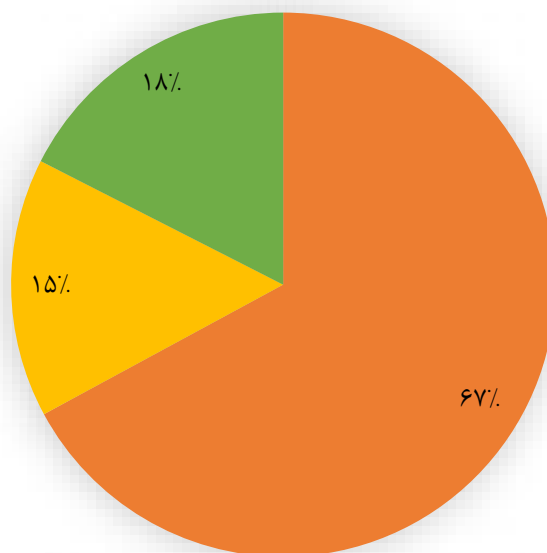
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۳۴: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادرار

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۱۷,۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش خودمراقبتی در مورد اختلالات کف لگن دارند (جدول ۳۶ و نمودار ۳۵).

جدول شماره ۳۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد اختلالات کف لگن

درصد	تعداد	خودمراقبتی در مورد اختلالات کف لگن
۶۷,۱	۳۲۶	خیر، انجام ندادم
۱۵,۴	۷۵	بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم
۱۷,۵	۸۵	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



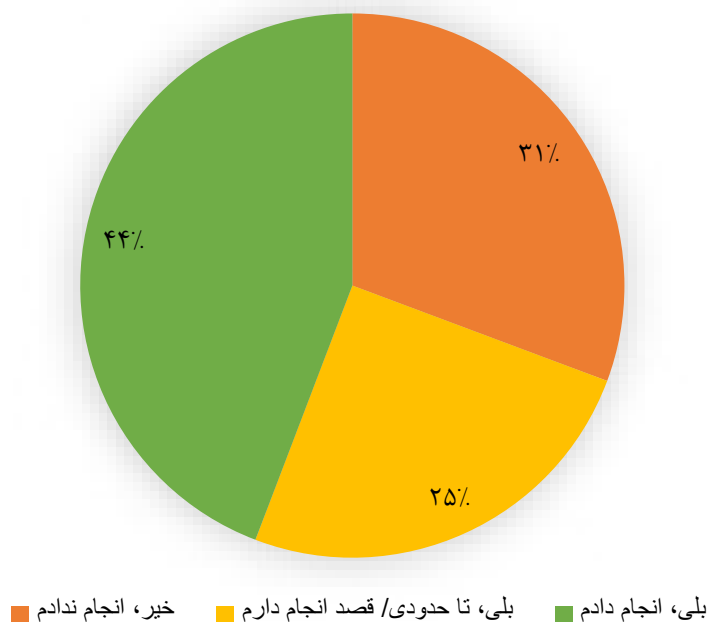
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۳۵: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی در مورد بی اختیاری ادرار

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد ه ۴۲,۲ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش خود آزمایی پستان را انجام می‌دهند (جدول ۳۷ و نمودار ۳۶).

جدول شماره ۳۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خود آزمایی پستان

درصد	تعداد	انجام خود آزمایی پستان
۳۰,۷	۱۴۹	خیر، انجام ندادم
۲۵,۱	۱۲۲	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۴۴,۲	۲۱۵	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل

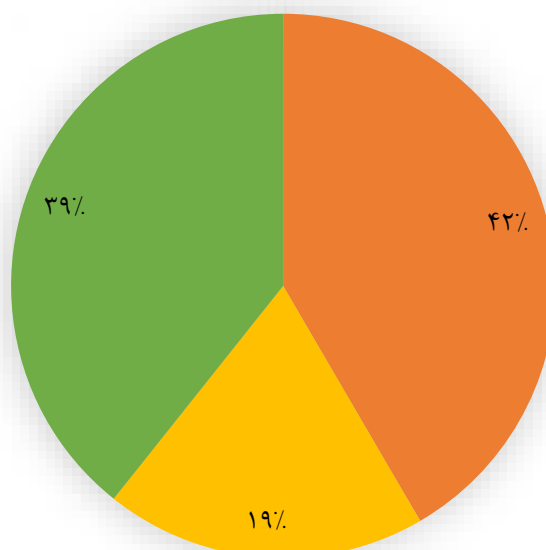


نمودار شماره ۳۶: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خود آزمایی پستان

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۳۹,۳ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش برای معاینه پستان به پرسنل بهداشتی در سه سال اخیر مراجعه کرده‌اند (جدول ۳۸ و نمودار ۳۷).

جدول شماره ۳۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام مراجعه برای معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در سه سال اخیر

معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در سه سال اخیر	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۲۰۲	۴۱,۶
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۹۳	۱۹,۱
بلی، انجام دادم	۱۹۱	۳۹,۳
کل	۴۸۶	۱۰۰



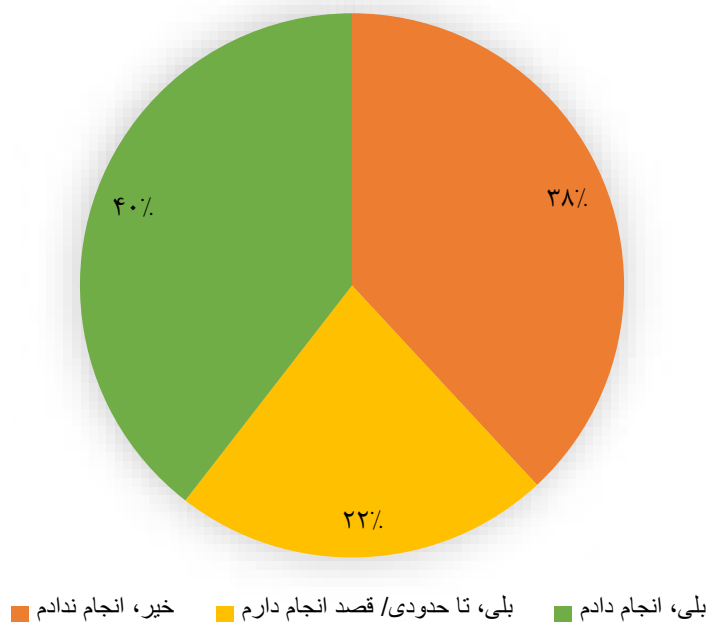
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۳۷: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام مراجعه برای معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در سه سال اخیر

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۳۹,۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش ماموگرافی انجام داده‌اند (جدول ۳۹ و نمودار ۳۸).

جدول شماره ۳۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام ماموگرافی

ماموگرافی	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۱۸۵	۳۸,۱
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۱۰۹	۲۲,۴
بلی، انجام دادم	۱۹۲	۳۹,۵
کل	۴۸۶	۱۰۰



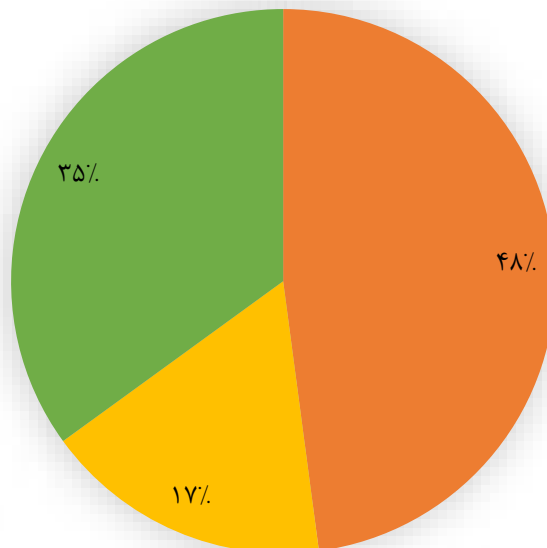
نمودار شماره ۳۸: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام ماموگرافی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۳۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در

پژوهش پاپ اسمیر در سه سال اخیر انجام داده‌اند (جدول ۴۰ و نمودار ۳۹).

جدول شماره ۴۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام پاپ اسمیر در سه سال اخیر

درصد	تعداد	انجام پاپ اسمیر در سه سال اخیر
۴۷,۹	۲۳۳	خیر، انجام ندادم
۱۷,۱	۸۳	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۳۵,۰	۱۷۰	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



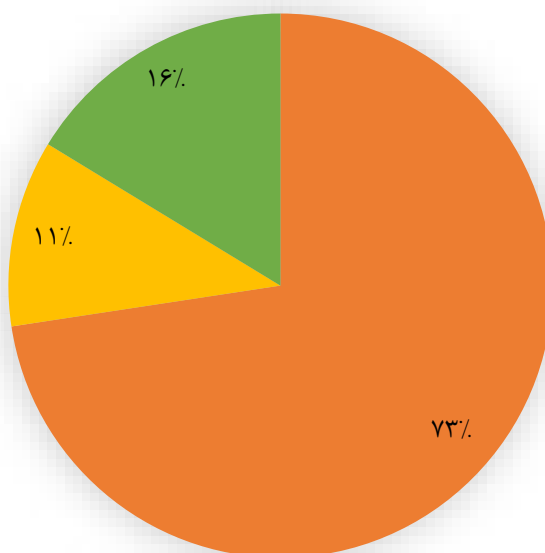
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۳۹: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام پاپ اسمیر در سه سال اخیر

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان ۱۶,۳ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش برای پیشگیری از انتقال بیماری‌های مقاربتی و ایدز خودمراقبتی انجام داده‌اند (جدول ۴۱ و نمودار ۴۰).

جدول شماره ۴۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز

خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۳۵۳	۷۲,۶
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۵۴	۱۱,۱
بلی، انجام دادم	۷۹	۱۶,۳
کل	۴۸۶	۱۰۰



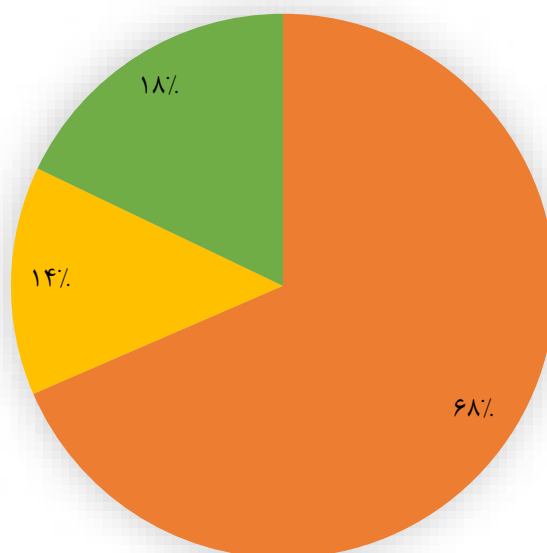
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۰: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۱۷,۹ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش غربالگری و یا درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی مانند کلامیدیا، زگیل و تب خال تناسلی، سوزاک یا سفلیس را انجام داده‌اند (جدول ۴۲ و نمودار ۴۱).

جدول شماره ۴۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام غربالگری یا درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی

درصد	تعداد	انجام غربالگری یا درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی
۶۸,۵	۳۳۳	خیر، انجام ندادم
۱۳,۶	۶۶	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۱۷,۹	۸۷	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



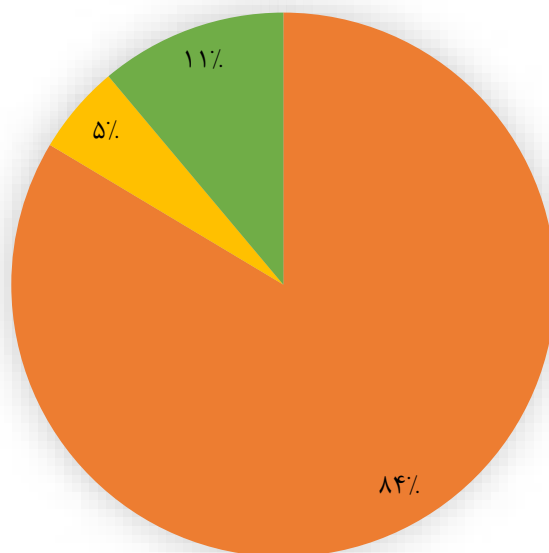
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۱: توزیع فراوانی نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام غربالگری یا درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۱۱,۱ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش آزمایش ایدز را انجام داده‌اند (جدول ۴۳ و نمودار ۴۲).

جدول شماره ۴۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش ایدز

درصد	تعداد	انجام آزمایش ایدز
۸۳,۵	۴۰۶	خیر، انجام ندادم
۵,۳	۲۶	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۱۱,۱	۵۴	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



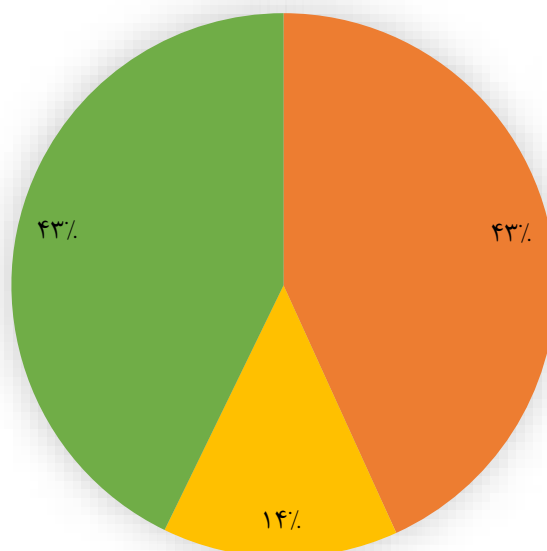
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش ایدز

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۴۲٫۸ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش آزمایش مدفوع را انجام داده‌اند (جدول ۴۴ و نمودار ۴۳).

جدول شماره ۴۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش مدفوع

درصد	تعداد	انجام آزمایش مدفوع
۴۳٫۲	۲۱۰	خیر، انجام ندادم
۱۴٫۰	۶۸	بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم
۴۲٫۸	۲۰۸	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



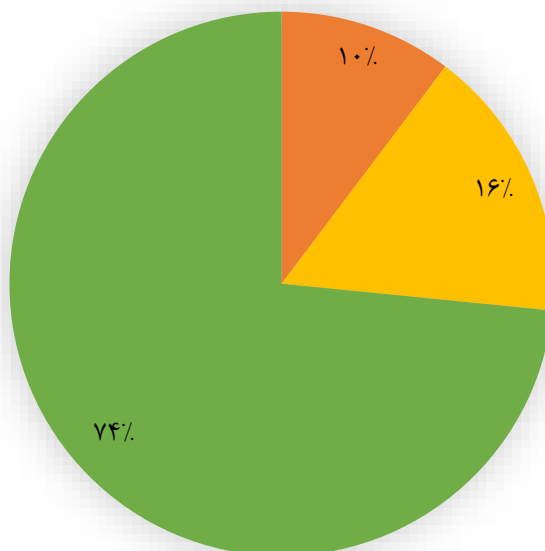
بلی، انجام دادم ■ بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم ■ خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش مدفوع

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۷۳,۵ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش آزمایش دیابت را انجام داده‌اند (جدول ۴۵ و نمودار ۴۴).

جدول شماره ۴۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش دیابت

درصد	تعداد	انجام آزمایش دیابت
۱۰,۳	۵۰	خیر، انجام ندادم
۱۶,۳	۷۹	بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم
۷۳,۵	۳۵۷	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



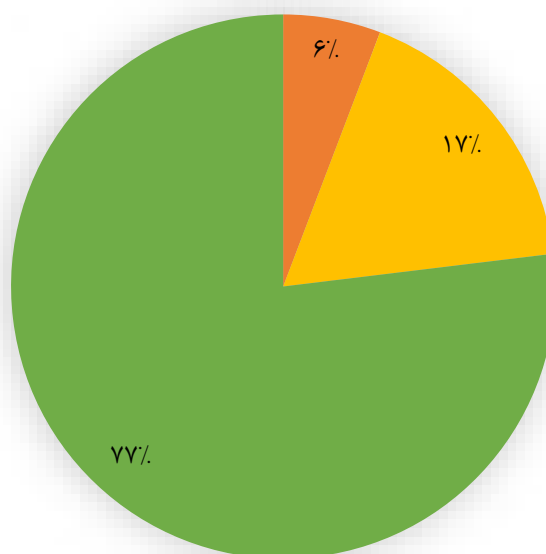
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش دیابت

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۷۷ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش آزمایش چربی خون را انجام داده‌اند (جدول ۴۶ و نمودار ۴۵).

جدول شماره ۴۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش چربی خون

درصد	تعداد	انجام آزمایش چربی خون
۵,۸	۲۸	خیر، انجام ندادم
۱۷,۳	۸۴	بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم
۷۷,۰	۳۷۴	بلی، انجام دادم
۱۰۰	۴۸۶	کل



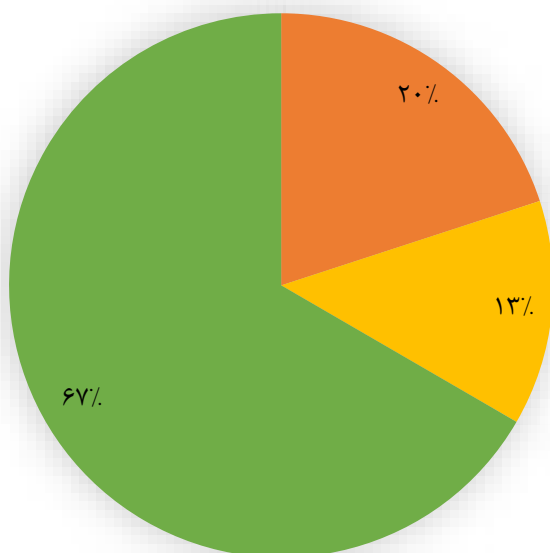
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی / قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش چربی خون

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۶۶,۷ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش آزمایش تیروئید را انجام داده‌اند (جدول ۴۷ و نمودار ۴۶).

جدول شماره ۴۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش تیروئید

انجام آزمایش ایدز	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۹۷	۲۰,۰
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۶۵	۱۳,۴
بلی، انجام دادم	۳۲۴	۶۶,۷
کل	۴۸۶	۱۰۰



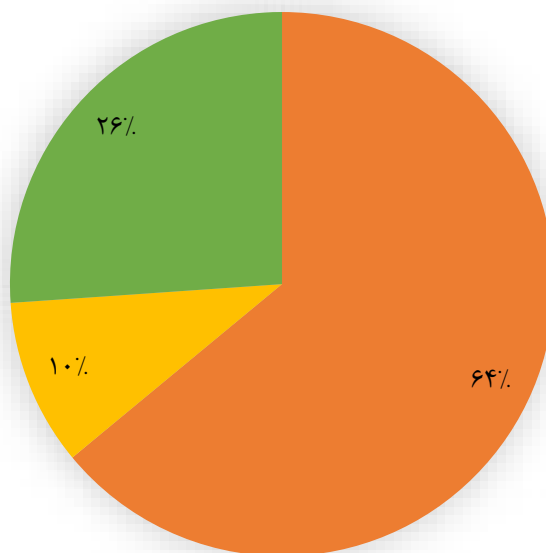
بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش تیروئید

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۶,۱ درصد از زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش کولونوسکوپی را انجام داده‌اند (جدول ۴۸ و نمودار ۴۷).

جدول شماره ۴۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام آزمایش کولونوسکوپی

انجام آزمایش ایدز	تعداد	درصد
خیر، انجام ندادم	۳۱۱	۶۴,۰
بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم	۴۸	۹,۹
بلی، انجام دادم	۱۲۷	۲۶,۱
کل	۴۸۶	۱۰۰



بلی، انجام دادم بلی، تا حدودی/ قصد انجام دارم خیر، انجام ندادم

نمودار شماره ۴۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک انجام کولونوسکوپی

میانگین نمره کل هر حیطه خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند

یافته‌ها نشان داد که زنان یائسه و سالمند دارای بالاترین میانگین نمره خودمراقبتی در حیطه انجام آزمایشات دوره‌ای و پایین ترین نمره خودمراقبتی در حیطه سلامت روانی- اجتماعی هستند (جدول ۴۹).

جدول شماره ۴۹: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی و حیطه‌های آن زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش

حیطه خودمراقبتی	میانگین نمره	انحراف معیار
جسمانی	۵۰,۶۱۷۳	۲۴,۴۰۵۱۳
روانی- اجتماعی	۲۵,۱۲۰۰	۲۸,۲۰۷۴۷
باروری-جنسی	۳۶,۵۳۹۸	۲۷,۰۸۱۳۱
آزمایشات و معاینات دوره ای	۶۶,۳۴۰۹	۲۵,۱۸۶۱۸
کل	۴۴,۶۲۸۵	۲۱,۶۳۷۵۲

بررسی میانگین نمره خودمراقبتی در حیطه جسمانی نشان داد که بالاترین میزان خودمراقبتی مربوط به اندازه گیری قد و وزن و مراقبت از سلامت چشم و بینایی است و پایین ترین نمره خودمراقبتی مربوط به اختلالات خواب و رانندگی ایمن است (جدول ۵۰).

جدول شماره ۵۰: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک هر مراقبت در حیطه جسمی

خودمراقبتی	میانگین نمره	انحراف معیار
اندازه گیری قد و وزن	۲,۴۴	۰,۷۴۹
سلامت چشم و بینایی	۲,۴۴	۰,۷۲۹
دریافت ویتامین و مواد معدنی	۲,۳۸	۰,۷۳۳
بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان و مصرف فلوراید	۲,۲۵	۰,۷۸۷
وضعیت تغذیه	۲,۱۵	۰,۸۲۹
استفاده از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی	۲,۰۲	۰,۸۳۷
فعالیت فیزیکی	۲,۰۰	۰,۸۲۱
نور خورشید جهت جذب ویتامین دی	۱,۹۲	۰,۷۹۶
سبک زندگی	۱,۹۲	۰,۷۹۷
اجتناب از مصرف سیگار، الکل، تنباکو مواد مخدر	۱,۸۱	۰,۹۲۵
پیشگیری از حوادث	۱,۷۸	۰,۸۴۷
ایمنی در مورد استفاده از تلفن همراه و اینترنت	۱,۶۹	۰,۸۲۷
اختلالات خواب	۱,۶۸	۰,۸۱۵
رانندگی ایمن	۱,۶۸	۰,۸۴۴

بررسی میانگین نمره خودمراقبتی در حیطه روانی- اجتماعی نشان داد که بالاترین میزان خودمراقبتی مربوط به ارتباطات فردی و خانوادگی است و پایین ترین نمره خودمراقبتی مربوط به افکار و اقدام خودکشی است (جدول ۵۱).

جدول شماره ۵۱: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مراقبت‌ها در حیطه سلامت روان اجتماعی

خودمراقبتی	میانگین نمره	انحراف معیار
ارتباطات فردی و خانوادگی	۱,۷۶	۰,۸۳۵
اضطراب و استرس	۱,۵۷	۰,۷۶۴
رضایت شغلی	۱,۵۶	۰,۸۱۲
افسردگی	۱,۵۵	۰,۷۸۹
وضعیت خشونت جسمی، جنسی و عاطفی	۱,۳۲	۰,۶۵۲
افکار و اقدام به خودکشی	۱,۲۵	۰,۵۹۴

بررسی میانگین نمره خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری-جنسی نشان داد که بالاترین میزان خودمراقبتی مربوط به خود آزمایی پستان است و پایین ترین نمره خودمراقبتی مربوط به آزمایش ایدز در افراد پر خطر است (جدول ۵۲).

جدول شماره ۵۲: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مراقبت‌ها در حیطه سلامت باروری-جنسی

خودمراقبتی	میانگین نمره	انحراف معیار
انجام غربالگری چربی خون در ۵ سال اخیر	۲,۷۱۲	۰,۵۶۶۵
انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر	۲,۶۳۲	۰,۶۶۲۸
آزمایش‌های دوره‌ای برای پیشگیری از خطر بیماری‌های مزمن	۲,۵۳	۰,۶۹۰
انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر	۲,۴۶۷	۰,۸۰۵۹
آزمایش مدفوع	۱,۹۹۶	۰,۹۲۸۴
عکس برداری از روده‌ها (کولونوسکوپی) در ۱۰ سال اخیر	۱,۶۲۱	۰,۸۷۱۵
فعالیت فیزیکی	۲,۰۰	۰,۸۲۱
نور خورشید جهت جذب ویتامین دی	۱,۹۲	۰,۷۹۶
سبک زندگی	۱,۹۲	۰,۷۹۷
اجتناب از مصرف سیگار، الکل، تنباکو مواد مخدر	۱,۸۱	۰,۹۲۵
پیشگیری از حوادث	۱,۷۸	۰,۸۴۷
ایمنی در مورد استفاده از تلفن همراه و اینترنت	۱,۶۹	۰,۸۲۷

بررسی میانگین نمره خود مراقبتی در حیطه انجام آزمایشات دوره ای نشان داد که بالاترین میزان خود مراقبتی مربوط به خود غربالگری چربی خون است و پایین ترین نمره خود مراقبتی مربوط به کولونوسکوپی است (جدول ۵۳).

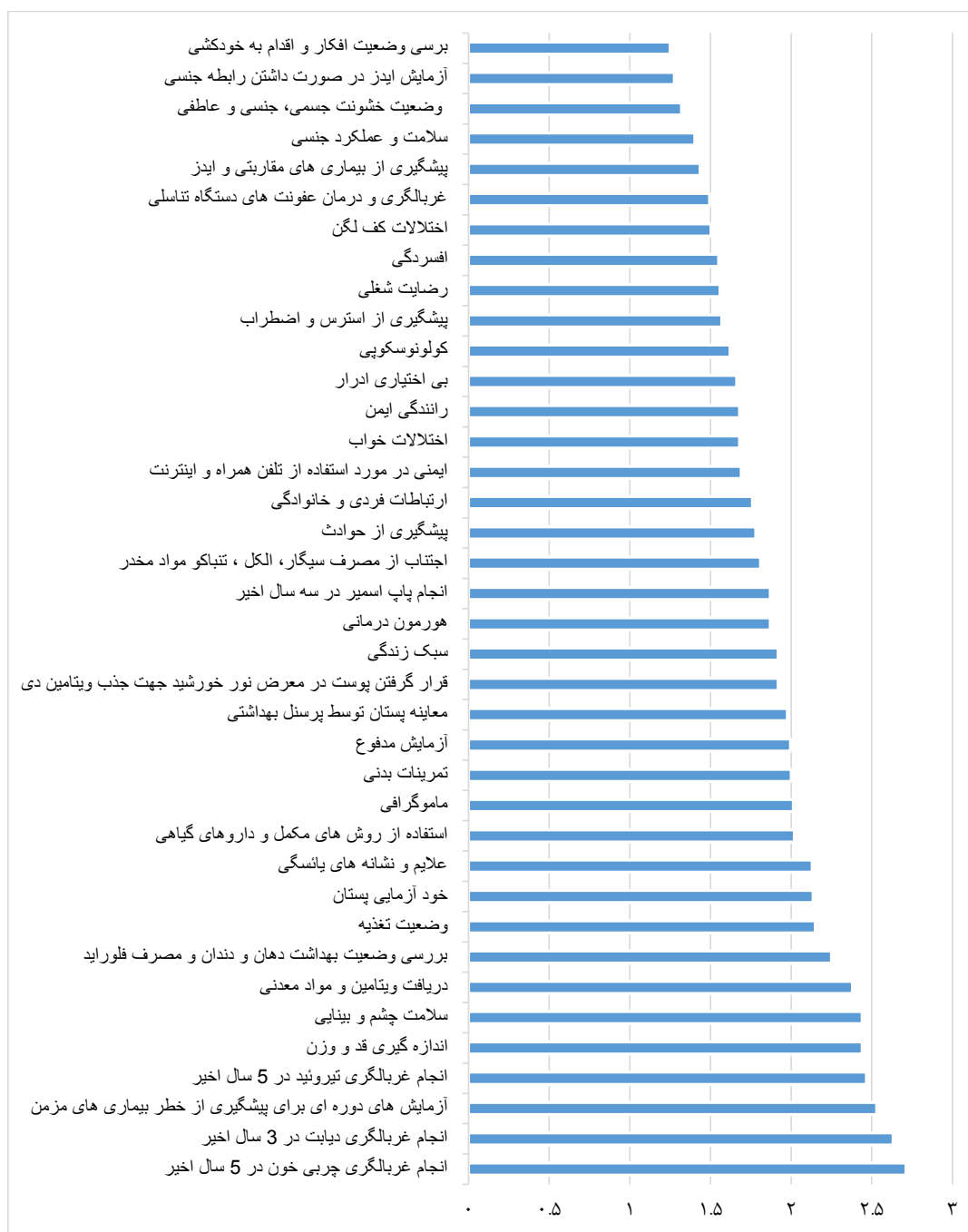
جدول شماره ۵۳: میانگین و انحراف معیار نمره خود مراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مراقبت ها در حیطه آزمایشات دوره ای

خود مراقبتی	میانگین نمره	انحراف معیار
انجام غربالگری چربی خون در ۵ سال اخیر	۲,۷۱۲	۵۶۶۵.
انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر	۲,۶۳۲	۶۶۲۸.
آزمایش های دوره ای برای پیشگیری از خطر بیماری های مزمن	۲,۵۳	۶۹۰.
انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر	۲,۴۶۷	۸۰۵۹.
آزمایش مدفوع	۱,۹۹۶	۹۲۸۴.
عکس برداری از روده ها (کولونوسکوپی) در ۱۰ سال اخیر	۱,۶۲۱	۸۷۱۵.

بررسی میانگین نمره خودمراقبتی در کل نشان داد که بالاترین میزان خودمراقبتی مربوط به انجام آزمایش چرب است و پایین ترین نمره خودمراقبتی مربوط به بررسی خطر خودکشی است (جدول ۵۴ و نمودار ۴۸).

جدول شماره ۵۴: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک هر مراقبت

حیطه مراقبت	میانگین (۱-۳)	انحراف معیار
انجام غربالگری چربی خون در ۵ سال اخیر	۲,۷۱۲	۰,۵۶۶۵
انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر	۲,۶۳۲	۰,۶۶۲۸
آزمایش‌های دوره‌ای برای پیشگیری از خطر بیماری‌های مزمن	۲,۵۳	۰,۶۹۰
انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر	۲,۴۶۷	۰,۸۰۵۹
اندازه گیری قد و وزن	۲,۴۴	۰,۷۴۹
سلامت چشم و بینایی	۲,۴۴	۰,۷۲۹
دریافت ویتامین و مواد معدنی	۲,۳۸	۰,۷۳۳
بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان و مصرف فلوراید	۲,۲۵	۰,۷۸۷
وضعیت تغذیه	۲,۱۵	۰,۸۲۹
خود آزمایشی پستان	۲,۱۳۶	۰,۸۵۵۶
علائم و نشانه‌های یائسگی	۲,۱۳	۰,۸۶۹
استفاده از روش‌های مکمل و داروهای گیاهی	۲,۰۲	۰,۸۳۷
ماموگرافی	۲,۰۱۴	۰,۸۸۱۵
تمرینات بدنی	۲,۰۰	۰,۸۲۱
آزمایش مدفوع	۱,۹۹۶	۰,۹۲۸۴
معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی	۱,۹۷۷	۰,۸۹۹۹
قرارگرفتن پوست در معرض نور خورشید جهت جذب ویتامین دی	۱,۹۲	۰,۷۹۶
سبک زندگی	۱,۹۲	۰,۷۹۷
هورمون درمانی	۱,۸۷	۰,۹۰۳
انجام پاپ اسمیر در سه سال اخیر	۱,۸۷۰	۰,۹۰۲۳
اجتناب از مصرف سیگار، الکل، تنباکو مواد مخدر	۱,۸۱	۰,۹۲۵
پیشگیری از حوادث	۱,۷۸	۰,۸۴۷
ارتباطات فردی و خانوادگی	۱,۷۶	۰,۸۳۵
ایمنی در مورد استفاده از تلفن همراه و اینترنت	۱,۶۹	۰,۸۲۷
اختلالات خواب	۱,۶۸	۰,۸۱۵
رانندگی ایمن	۱,۶۸	۰,۸۴۴
بی اختیاری ادرار	۱,۶۶۳	۰,۸۴۳۰
کولونوسکوپی	۱,۶۲۱	۰,۸۷۱۵
پیشگیری از استرس و اضطراب	۱,۵۷	۰,۷۶۴
رضایت شغلی	۱,۵۶	۰,۸۱۲
افسردگی	۱,۵۵	۰,۷۸۹
اختلالات کف لگن	۱,۵۰۴	۰,۷۷۵۳
غربالگری و درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی	۱,۴۹۴	۰,۷۸۰۵
پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز	۱,۴۳۶	۰,۷۵۶۴
سلامت و عملکرد جنسی	۱,۴۰۳	۰,۷۳۰۷
وضعیت خشونت جسمی، جنسی و عاطفی	۱,۳۲	۰,۶۵۲
آزمایش ایدز در صورت داشتن رابطه جنسی	۱,۲۷۶	۰,۶۵۰۲
بررسی وضعیت افکار و اقدام به خودکشی	۱,۲۵	۰,۵۹۴



نمودار شماره ۴۸: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک هر مراقبت

بررسی ارتباط نمره خودمراقبتی با عوامل دموگرافیک

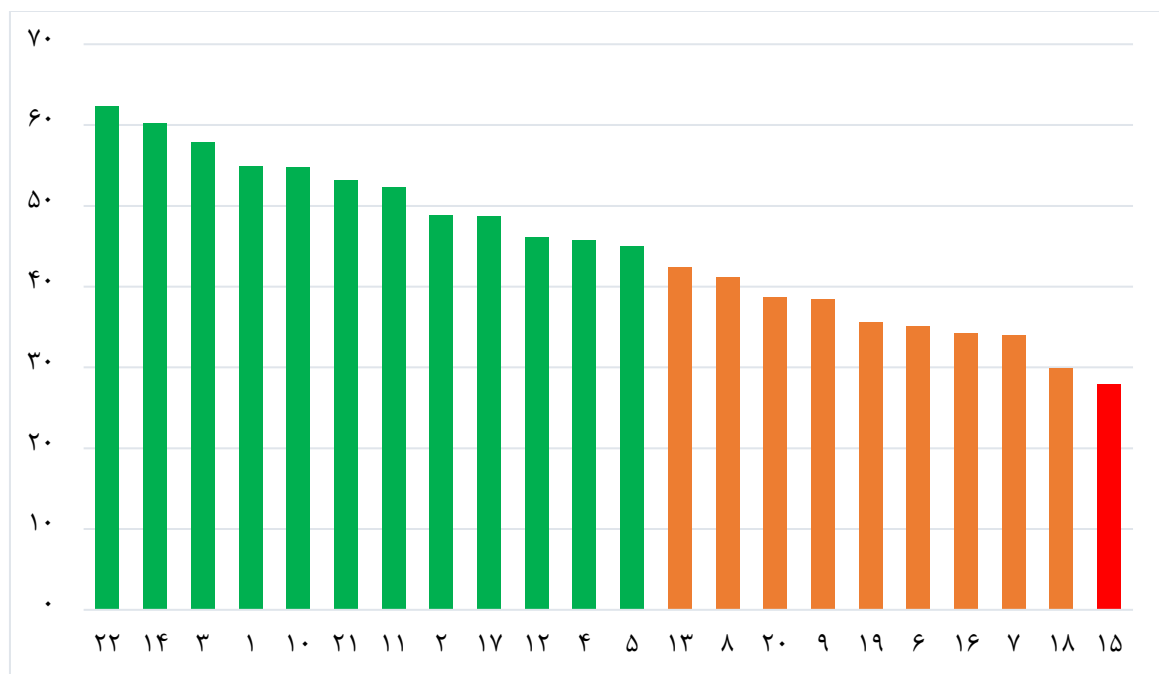
یافته‌ها نشان داد بیشترین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شهر تهران در منطقه

۲۲ شهر تهران و کمترین میزان خودمراقبتی در زنان منطقه ۱۸ می‌شود (جدول ۵۵).

جدول شماره ۵۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک مناطق ۲۲ گانه

منطقه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار	نتیجه تست تعقیبی توکی
۱	۱۹	۵۴,۹۱۶۹	۲۱,۶۰۲۱۲	۱ با ۱۵ و ۱۸
۲	۳۵	۴۸,۸۳۴۶	۱۹,۱۰۹۶۷	۲ با ۱۵ و ۱۸
۳	۲۵	۵۷,۸۴۲۱	۲۹,۹۵۰۴۲	۳ با ۷ و ۱۸ و ۱۹
۴	۲۸	۴۵,۶۷۶۷	۲۳,۲۴۶۶۰	
۵	۳۵	۴۴,۹۶۲۴	۲۵,۰۱۳۲۱	
۶	۱۴	۳۵,۰۵۶۴	۱۵,۹۲۰۵۷	۶ با ۱۴ و ۲۲
۷	۲۵	۳۴,۰۰۰۰	۱۶,۸۹۵۹۹	۷ با ۳ و ۱۴ و ۲۲
۸	۱۸	۴۱,۱۵۵۰	۲۰,۹۶۹۲۹	
۹	۲۷	۳۸,۴۵۰۳	۲۰,۴۴۷۱۸	۹ با ۲۲
۱۰	۱۳	۵۴,۷۵۷۱	۱۵,۸۷۶۳۹	۱۰ با ۱۵ و ۱۸
۱۱	۱۷	۵۲,۲۴۴۶	۲۲,۶۷۹۵۵	۱۱ با ۱۵ و ۱۸
۱۲	۲۳	۴۶,۱۰۹۸	۱۳,۷۶۲۸۸	
۱۳	۲۴	۴۲,۳۷۹۴	۱۵,۸۴۶۴۸	۱۳ با ۱۵ و ۱۸ و ۱۹
۱۴	۲۰	۶۰,۱۹۷۴	۱۶,۷۰۸۴۵	۱۴ با ۱ و ۱۸
۱۵	۲۹	۲۷,۹۰۳۸	۱۹,۰۳۳۱۳	۱۵ با ۱-۲-۳-۱۰-۱۱-۱۴-۱۷-۲۱ و ۲۲
۱۶	۱۱	۳۴,۲۱۰۵	۱۳,۶۸۶۷۴	۱۶ با ۱۵
۱۷	۲۱	۴۸,۷۴۶۹	۱۴,۲۲۳۱۷	۱۷ با ۱۵
۱۸	۲۶	۲۹,۹۰۸۹	۱۵,۷۶۹۹۸	۱۸ با ۱-۲-۳-۱۰-۱۱-۱۴-
۱۹	۱۸	۳۵,۵۲۶۳	۱۳,۰۸۰۲۷	۱۹ با ۳-۱۴ و ۲۲
۲۰	۲۰	۳۸,۶۱۸۴	۲۰,۲۸۶۷۸	۲۰ با ۲۲
۲۱	۱۴	۵۳,۱۰۱۵	۱۷,۱۴۴۹۸	۲۱ با ۱۵
۲۲	۲۴	۶۲,۲۸۰۷	۲۲,۱۸۶۵۲	۲۲ با ۶-۷-۹-۱۵-۱۶-۱۸-۲۰-
مجموع	۴۸۶	۴۴,۶۲۸۵	۲۱,۶۳۷۵۲	
AVONA;df=21;P<0.0001;F=5.57				نتیجه آزمون

آنالیز واریانس با آزمون ANOVA نشان داد که میانگین نمره خودمراقبتی به طور معنی داری در مناطق مختلف شهر تهران متفاوت است. بیشترین میزان خودمراقبتی در منطقه ۲۲ و کمترین میزان در منطقه ۱۸ بود. نتایج آزمون تعقیبی توکی ($p > 0.05$) در جدول فوق نشان داده شده است و نمودار زیر میزان خودمراقبتی را در مناطق مختلف تهران از بیشترین تا کمترین میزان در زنان یائسه و سالمند شهر تهران نشان می‌دهد (نمودار ۴۹).



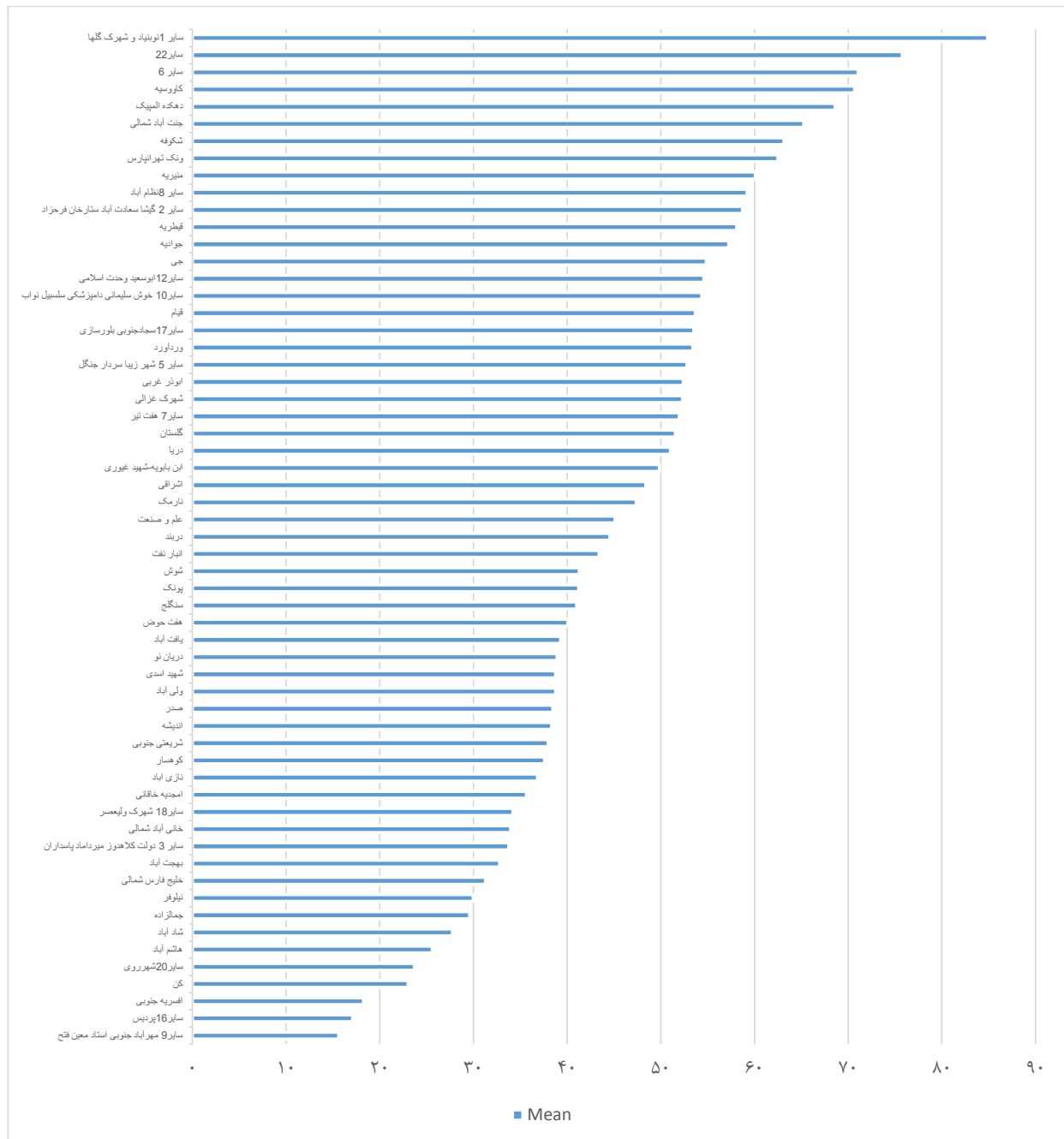
نمودار شماره ۴۹: میانگین نمره خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شهر تهران به تفکیک مناطق ۲۲ گانه به ترتیب بیشترین تا کمترین میزان خودمراقبتی

یافته‌ها نشان داد بیشترین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شهر تهران توسط زنان محله منطقه ۱ شامل نوبنیاد و شهرک گلها و کمترین میزان خودمراقبتی در زنان محلات منطقه ۹ مهرآباد انجام می‌شود (جدول ۵۶ و نمودار ۵۰).

جدول شماره ۵۶: میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک محلات تهران

محلّه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار
دربند	۸	۴۴,۵۷۲۴	۱۵,۸۱۱۹۷
قیطریه	۲۰	۵۸,۰۹۲۱	۱۲,۸۳۷۳۳
پونک	۱۲	۴۱,۲۲۸۱	۱۵,۹۲۱۸۳
دریا	۹	۵۱,۰۲۳۴	۱۳,۷۳۳۷۴
دریان نو	۱۲	۳۸,۹۲۵۴	۲۰,۵۷۹۷۵
کاووسیه	۱۴	۷۰,۶۷۶۷	۲۳,۱۵۷۸۳
صدر	۴	۳۸,۴۸۶۸	۸,۴۱۶۶۰
علم و صنعت	۱۰	۴۵,۱۳۱۶	۲۶,۱۹۱۵۹
کوهسار	۱۴	۳۷,۵۹۴۰	۱۵,۲۹۸۶۷
جنت آباد شمالی	۱۰	۶۵,۲۶۳۲	۲۰,۶۲۹۸۹
اندیشه	۷	۳۸,۳۴۵۹	۱۰,۸۶۱۶۷
کن	۱۰	۲۳,۰۲۶۳	۱۶,۳۴۳۲۴
جمالزاده	۲	۲۹,۶۰۵۳	۲۳,۲۶۰۰۹
بهجت آباد	۱۱	۳۲,۷۷۵۱	۱۱,۵۸۲۷۵
امجدیه خاقانی	۱۰	۳۵,۶۵۷۹	۱۶,۵۰۹۵۳
نیلوفر	۱۳	۲۹,۹۵۹۵	۱۰,۹۳۱۸۰
هفت حوض	۱۱	۴۰,۰۷۱۸	۲۲,۸۰۸۰۹
نارمک	۹	۴۷,۳۶۸۴	۲۹,۷۰۰۱۴
جی	۱۰	۵۴,۸۶۸۴	۱۵,۹۷۱۷۸
انبار نفت	۸	۴۳,۴۲۱۱	۵,۱۶۸۳۲
منیریه	۹	۶۰,۰۸۷۷	۲۹,۲۹۶۶۴
قیام	۱۰	۵۳,۶۸۴۲	۱۰,۳۰۰۹۵
سنگلج	۱۲	۴۱,۰۰۸۸	۱۳,۸۶۶۴۹
اشراقی	۹	۴۸,۳۹۱۸	۱۷,۸۰۹۱۲
شهید اسدی	۱۵	۳۸,۷۷۱۹	۱۳,۹۳۲۷۰
شکوفه	۱۰	۶۳,۱۵۷۹	۲۲,۶۵۴۶۹
جوادیه	۱۰	۵۷,۲۳۶۸	۷,۵۲۶۷۶
افسریه جنوبی	۸	۱۸,۲۵۶۶	۸,۵۶۸۸۸
شوش	۸	۴۱,۲۸۲۹	۳۰,۶۸۸۷۲

محلّه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار
هاشم آباد	۱۳	۲۵,۶۰۷۳	۸,۱۲۲۰۱
نازی آباد	۹	۳۶,۸۴۲۱	۱۳,۵۷۸۷۹
یافت آباد	۸	۳۹,۳۰۹۲	۱۶,۸۴۲۰۷
ابوذر غربی	۱۱	۵۲,۳۹۲۳	۱۱,۸۶۸۶۶
خلیج فارس شمالی	۱۴	۳۱,۲۹۷۰	۱۲,۵۸۰۲۲
شاد آباد	۱۱	۲۷,۷۵۱۲	۲۰,۱۵۷۴۰
شریعتی جنوبی	۷	۳۷,۹۶۹۹	۱۳,۴۹۲۰۰
خانی آباد شمالی	۱۱	۳۳,۹۷۱۳	۱۳,۲۲۱۱۴
ولی آباد	۱۱	۳۸,۷۵۶۰	۱۱,۶۴۱۰۴
ابن بابویه-شهید غیوری	۸	۴۹,۸۳۵۵	۳۵,۳۸۶۳۷
شهرک غزالی	۴	۵۲,۳۰۲۶	۱۹,۹۹۴۶۶
ورداورد	۱۰	۵۳,۴۲۱۱	۱۷,۰۵۶۸۴
گلستان	۱۱	۵۱,۵۵۵۰	۲۷,۳۴۷۰۲
دهکده المپیک	۸	۶۸,۵۸۵۵	۱۳,۰۳۳۹۶
سایر ۱ نوبنیاد و شهرک گلها	۲	۸۴,۸۶۸۴	۱۵,۸۱۶۸۶
سایر ۲ گیشا سعادت آباد ستارخان فرحزاد	۸	۵۸,۷۱۷۱	۱۸,۳۵۲۹۶
سایر ۳ دولت کلاهدوز میرداماد پاسداران	۶	۳۳,۷۷۱۹	۳۲,۵۱۵۳۶
ونک تهرانپارس	۲	۶۲,۵۰۰۰	۱۵,۸۱۶۸۶
سایر ۵ شهر زیبا سردار جنگل	۸	۵۲,۷۹۶۱	۲۵,۶۳۴۳۹
سایر ۶	۱	۷۱,۰۵۲۶	.
سایر ۷ هفت تیر	۲	۵۱,۹۷۳۷	۴۵,۵۸۹۷۸
سایر ۸ نظام آباد	۱	۵۹,۲۱۰۵	.
سایر ۹ مهرآباد جنوبی استاد معین فتح	۸	۱۵,۶۲۵۰	۸,۲۷۵۲۱
سایر ۱۰ خوش سلیمانی دامپزشکی سلسبیل نواب	۳	۵۴,۳۸۶۰	۱۹,۰۸۲۷۳
سایر ۱۱ ابوسعید وحدت اسلامی	۲	۵۴,۶۰۵۳	۳۲,۵۶۴۱۳
سایر ۱۶ پردیس	۱	۱۷,۱۰۵۳	.
سایر ۱۷ سجاد جنوبی بلور سازی	۳	۵۳,۵۰۸۸	۹,۲۴۱۸۰
سایر ۱۸ شهرک ولیعصر	۱	۳۴,۲۱۰۵	.
سایر ۲۰ سهرروی	۲	۲۳,۶۸۴۲	۳,۷۲۱۶۱
سایر ۲۲	۵	۷۵,۷۸۹۵	۶,۲۸۲۸۱
مجموع	۴۸۶	۴۴,۶۲۸۵	۲۱,۶۳۷۵۲



نمودار شماره ۵۰: میانگین نمره خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند شهر تهران شرکت کننده در پژوهش به ترتیب از کمترین به بیشترین به تفکیک محلات تهران

آزمون همبستگی نشان داد که همبستگی مثبت معنی داری بین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند ساکن شهر تهران با سطح تحصیلات زن ($r=0.085$; $p>0.01$) و همچنین با سطح تحصیلات همسر ($r=0.204$; $p>0.01$) و همبستگی منفی معنی داری با تعداد فرزندان وجود دارد. جدول شماره ۵۷: همبستگی بین نمره خودمراقبتی در زنا یائسه و سالمند شهر تهران با برخی مشخصات دموگرافیک

Test	P	میزان همبستگی r	تعداد نمونه	مشخصات
Pearson	۰,۸۷	۰,۵۶	۴۸۶	سن
Pearson	۰,۲۷۱	۰,۰۵۰	۴۸۶	BMI
Spearman	۰,۰۰۱	-۰,۱۹۶	۴۸۶	تعداد فرزند
Spearman	۰,۱۰۳	-۰,۰۷۴	۴۸۶	بعد خانوار
Pearson	۰,۰۸۱	-۰,۰۸۶	۴۸۶	مدت تاهل
Pearson	۰,۷۱۸	-۰,۰۱۶	۴۸۶	سن یائسگی
Spearman	۰,۰۰۲	۰,۱۳۹	۴۸۶	کفایت در آمد
Spearman	۰,۵۲۱	۰,۰۲۹	۴۸۶	وضعیت مسکن
Spearman	۰,۰۰۱	۰,۲۸۱	۴۸۶	سطح تحصیلات زن
Spearman	۰,۰۰۱	۰,۲۵۰	۳۷۶	سطح تحصیلات همسر

آزمون ANOVA نشان داد که میزان خودمراقبتی در گروه‌های مختلف شغلی زن و یا همسر و همچنین سطح تحصیلات زن و همسر و نیز کفایت در آمد وجود دارد (جدول ۵۸) ($p > 0.01$).

جدول شماره ۵۸: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان در سنین باروری ساکن شهر تهران به تفکیک مشخصات دموگرافیک

نتیجه آزمون ANOVA و تعقیبی توکی	انحراف معیار	میانگین	تعداد	مشخصات	
df=3; ANOVA F=7.942; 0.05<p	۱۶,۹۲۶۷۵	۵۰,۱۱۹۶	۱۱	مجرد	وضعیت تاهل
	۲۱,۷۶۷۸۳	۴۶,۰۸۸۲	۳۳۳	متاهل	
	۲۷,۶۵۶۲۸	۳۹,۰۷۸۹	۱۰	مطلقه	
	۲۰,۸۲۸۲۴	۴۰,۹۰۹۱	۱۳۲	بیوه	
ANOVA: df=4; F=11.27; p<0.00 P<0.05 ;Tukey بیسود متفاوت از همه ابتدایی متفاوت با دانشگاهی	۱۶,۲۰۹۳۴	۳۲,۷۹۳۵	۷۸	بیسود	تحصیلات زن
	۲۱,۱۴۲۲۹	۴۳,۴۴۳۱	۱۷۹	ابتدایی	
	۲۱,۷۶۲۹۱	۴۶,۹۹۶۴	۱۴۵	دبیرستان	
	۲۰,۹۳۴۸۶	۵۴,۰۱۶۶	۷۶	دانشگاهی (فوق دیپلم و لیسانس)	
	۳۱,۰۳۳۳۳	۵۴,۴۴۰۸	۸	دانشگاهی (کارشناسی ارشد و دکترا)	
ANOVA: df=2; F=8.41; p<0.001 P<0.05 ;Tukey شاغل متفاوت از خانه دار	۱۴,۲۰۹۰۳	۵۶,۴۳۴۱	۲۵۸	خانه دار	وضعیت اشتغال
	۱۴,۰۱۱۷۱	۵۷,۹۴۵۷	۲۷۶	شاغل	
	۱۳,۴۳۵۰۳	۶۲,۵۰۰۰	۲	بازنشسته	
ANOVA: df=2; F=10.32; p<0.001 Tukey test; P<0.05 ناکافی متفاوت با کافی	۱۳,۶۷۸۲۹	۵۵,۸۷۲۵	۲۵۱	کمتر از حد کفایت	کفایت در آمد
	۱۴,۵۲۱۲۸	۵۸,۴۹۴۴	۲۶۷	در حد کفایت	
	۱۲,۵۱۴۵۷	۵۷,۵۵۵۶	۱۸	بیش از حد کفایت با پس انداز	
ANOVA: df=2; F=0.208; p=0.813	۲۳,۶۸۸۷۵	۵۶,۵۰۵۳	۲۸۳	شخصی	وضعیت مسکن
	۲۳,۲۸۵۰۹	۵۸,۲۲۹۷	۲۰۹	رهن و اجاره	
	۲۳,۲۷۶۰۱	۵۷,۲۰۴۵	۴۴	منزل بستگان یا فرزندان	
ANOVA: df=4; F=7.83; p<0.000 Tukey; P<0.05 تفاوت معنی‌دار در گروه دانشگاهی (فوق دیپلم و لیسانس) متفاوت با گروه‌های دیگر	۱۶,۴۲۴۵۸	۴۹,۱۶۶۷	۶	بیسود	تحصیلات همسر
	۱۱,۸۴۷۴۴	۵۸,۸۰۹۵	۲۱	ابتدایی	
	۱۳,۷۹۲۷۲	۵۳,۸۶۸۴	۱۱۴	دبیرستان	
	۱۳,۴۴۷۹۳	۶۲,۲۶۱۸	۱۹۱	دانشگاهی (فوق دیپلم و لیسانس)	
	۱۳,۹۸۹۷۳	۵۹,۹۰۹۱	۴۴	دانشگاهی (کارشناسی ارشد و دکترا)	
ANOVA: df=3; F=2.84; p<0.05 Tukey; P<0.05 تفاوت معنی‌دار در همسران بیکار با بقیه گروه‌ها	۱۰,۴۱۷۱۵	۴۱,۱۳۹۸	۱۴	بیکار	شغل همسر
	۱۲,۹۱۰۳۵	۵۲,۶۱۰۲	۱۲۶	شغل دولتی/عمومی	
	۱۳,۷۳۱۵۷	۵۰,۶۴۱۰	۲۲۴	شغل آزاد	
	۱۴,۱۸۶۲۱	۵۳,۳۰۴۶	۳	بازنشسته	

آزمون رگرسیون نشان داد که فقط سطح تحصیل همسر میزان خودمراقبتی در زنان یائسه را پیش بینی می‌کند (جدول ۵۹)

جدول شماره ۵۹: آزمون رگرسیون خطی عوامل احتمالی مرتبط با خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شرکت کننده در پژوهش

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
۰,۰۱۷	۲,۳۹۶		۱۶,۴۰۴	۳۹,۲۹۹	مقدار ثابت
۰,۳۸۳	-۰,۸۷۴	-۰,۰۵۹	۰,۱۹۸	-۰,۱۷۳	سن
۰,۷۳۷	-۰,۳۳۶	-۰,۰۱۷	۰,۲۶۰	-۰,۰۸۸	سن یائسگی
۰,۵۹۳	۰,۵۳۴	۰,۰۳۸	۰,۱۴۸	۰,۰۷۹	مدت تاهل
۰,۶۱۳	۰,۵۰۶	۰,۰۳۶	۰,۹۸۰	۰,۴۹۶	تعداد فرزندان
۰,۰۲۳	-۲,۲۷۸	-۰,۱۲۱	۰,۹۰۰	-۲,۰۵۰	بعد خانوار
۰,۶۶۵	۰,۴۳۳	۰,۰۲۳	۲,۰۲۲	۸۷۵.	کفایت در آمد
۰,۰۳۱	۲,۱۷۰	۰,۱۷۳	۱,۶۳۳	۳,۵۴۳	سطح تحصیل همسر
۰,۱۵۹	۱,۴۱۰	۰,۰۷۲	۱,۹۱۵	۲,۷۰۰	وضعیت مسکن
۰,۵۹۶	۰,۵۳۰	۰,۰۲۸	۱,۸۵۵	۰,۹۸۴	شغل همسر
۰,۷۲۳	-۰,۳۵۵	-۰,۰۲۰	۱,۸۷۸	-۰,۶۶۷	شغل زن
۰,۰۸۹	۱,۷۰۸	۱۴۷.	۱,۸۴۰	۳,۱۴۲	سطح تحصیل زن
a. Dependent Variable: PercentTotal Self Care					

بحث

بحث

این پژوهش برای اولین بار به تحلیل وضعیت خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند در کلانشهر تهران پرداخت. نشانگان یائسگی به دنبال تغییرات فیزیولوژیک و روانی اجتماعی می‌تواند دارای شدت‌های مختلف باشد (Nazarpour et al., 2016). شدت این نشانگان می‌تواند با ترویج خودمراقبتی در زنان یائسه مانند تصحیح رژیم غذایی، استفاده از طب مکمل (Nahidi et al., 2012) و تمرینات بدنی (Nazarpour et al., 2015) بخصوص ورزش‌های خاص دوران یائسگی (2018) و آموزش مهارت‌های زندگی مانند (Yazkhasti et al., 2015) تخفیف یابد، و به دنبال آن پیامدهای مفیدی مانند افزایش کیفیت زندگی، بهتر شدن نگرش جنسی (2015) و عملکرد جنسی (Hashemi et al., 2018)، کاهش اضطراب و استرس و حتی بهتر شدن تصویر بدنی (Simbar et al., 2020) را به دنبال داشته باشد.

در این پژوهش برای ارائه برنامه ترویج خودمراقبتی، به تحلیل وضعیت خودمراقبتی با تعیین وضعیت مطلوب و شناسایی چالش بین وضعیت موجود با مطلوب پرداختیم، که به معنی همان نیاز سنجی است. نیاز سنجی و تحلیل وضعیت اولین گام در برنامه ریزی مبتنی بر شواهد است (Simbar et al., 2021).

این مطالعه دارای چند ویژگی برجسته است که آن را از سایر مطالعات برجسته می‌کند؛ از جمله

(۱) پرداختن به موضوع خودمراقبتی که از محورهای مهم سازمان بهداشت جهانی در سال‌های اخیر است (WHO 2019)؛

(۲) پرداختن به سلامت زنان که از الزامات برنامه توسعه می‌باشد (Rohani et al., 2018).

(۳) استفاده از ابزاری رو و پایا جهت نیاز سنجی خودمراقبتی که طراحی و اعتبار سنجی شد

(۴) مطالعه بر نمونه‌ای بزرگ مبتنی بر مناطق و محله‌های شهر تهران

(۵) ارائه راهکارها و اقدامات برنامه مبتنی بر تحلیل وضعیت و نیازهای مستند شده که برای برنامه ترویج سلامت باروری در کلانشهر تهران پیشنهاد شد.

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی در زنان یائسه شهر تهران 44.62 ± 21.63 درصد است که به معنی این است که زنان در دوران پس از یائسگی در تهران نیمی از معیارهای توصیه شده توسط منابع معتبر زنان را برای مراقبت از خود انجام می‌دهند. برای توانمند سازی و ترویج خودمراقبتی در میان زنان پس از یائسگی، استفاده از مدل‌های تغییر رفتار (Naz et al., 2018) و از طریق اصول ترویج سلامت مانند توانمند سازی زنان از طریق ارتقای سواد سلامت بخصوص در حیطه خودمراقبتی و سلامت باروری، مشارکت زنان از برنامه ریزی تا اجرا و ارزشیابی، حمایت و همکاری بین بخشی، باز سازی سیستم ارائه خدمات سلامت باروری-جنسی در یک محیط حامی از برنامه ترویج خودمراقبتی در کلانشهر تهران بهره جست (Kiani et al., 2015). ترویج خودمراقبتی در بسیاری از شهرهای مختلف دنیا انجام می‌شود (Boulos et al., 2015; Yumiong et al., 2017).

نتایج این مطالعه نشان داد که کمترین نمره احراز شده در زنان یائسه شهر تهران مربوط به حیطه سلامت روانی اجتماعی با میانگین نمره 28.2 ± 25.12 درصد می‌باشد. یائسگی پدیده‌ای بیولوژیک است اما تحت تاثیر عوامل فرهنگی اجتماعی قرار می‌گیرد که می‌تواند موجب تجارب و نگرانی‌های متفاوت در زنان با قومیت‌های متفاوت گردد. علائم و نشانه‌های یائسگی نیز می‌توانند موجب نگرش منفی و به نوبه خود شیوع بالاتر افسردگی و اضطراب شود (Shariat et al., 2018; Hakimi et al., 2014). سیمبر و همکاران نشان داده‌اند که نگرش منفی به یائسگی می‌تواند به اختلال در تصویر بدنی در زنان در دوران پس از یائسگی بیانجامد که به نوبه خود می‌تواند پیش بینی کننده بروز افسردگی و اضطراب در این زنان باشد (Simbar et al., 2020).

اگرچه میزان افسردگی، استرس، اضطراب، خشونت، خودکشی و نارضایتی‌های شغلی در جهان، کشور و در شهر تهران بالاست، اما به نظر می‌رسد این میزان پایین خودمراقبتی در بین زنان شهر تهران به دو دلیل باشد:

(۱) جستجوی مشاوره و درمان مشکلات روان به نوعی انگ اجتماعی محسوب می‌شود و

(۲) مشاوره‌های روانشناسی و روانپزشکی از مشاوره‌های گران قیمت می‌باشند

(Shahhosseini et al., 2012).

این در حالی است که غربالگری مشکلات روان از جمله افسردگی، اضطراب، استرس، خشونت از معیارهای توصیه شده توسط منابع معتبر جهانی برای زنان هستند (Lakkis & 2015, Mahmassani). این مشکلات به آسانی توسط پرسشنامه‌های استاندارد قابل غربالگری هستند و در صورت وجود همکاری بین بخشی بین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشت دارای خدمات مشاوره روانشناسی و روانپزشکی و در صورت نیاز ارجاع به سطوح تخصصی تر امکان پذیر است. ترویج سلامت روانی اجتماعی زنان بخصوص در حوزه سلامت زنان الزامی است، زیرا زنان به دلایل بیولوژیک و وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و کلیشه‌های جنسیتی نسبت به مردان بیشتر در معرض خطر هستند (Simbar et al, 2019). یکی از مهمترین سیاست‌های شهرداری‌ها در بسیاری از شهرهای جهان ترویج سلامت روان شهروندان است (Sarkar & Webster 2017). به نظر می‌رسد که امر غربالگری در خانه‌های سلامت با پرسشنامه‌های استاندارد انجام پذیر است و ارجاع به مراکز بهداشتی در قالب تفاهم نامه‌های اداره کل سلامت شهرداری شهر با دانشگاه‌های سطح تهران مانند دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ایران امکان پذیر است. همکاری خانه‌های سلامت با مراکز بهداشتی تحت پوشش این دانشگاه‌ها که برای همکاری با اداره کل سلامت شهرداری در مناطق خاص تعریف شده‌اند در قالب برنامه‌های عملیاتی تعریف شده به همراه شرح وظایف برای مسئولین خانه‌های سلامت و ارائه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی برای ارائه خدمات با کیفیت و ترویج سلامت زنان پیشنهاد می‌شود.

نمره سلامت باروری-جنسی زنان، دومین چالش خودمراقبتی را در زنان یائسه شهر تهران با میانگین نمره 36.53 ± 27.08 نشان داد. به عبارت دیگر زنان یائسه کمتر یک سوم معیارهای توصیه شده برای مراقبت از سلامت باروری-جنسی خود را انجام می‌دهند. این حیطه‌های مهم سلامت زنان شامل آیتم‌هایی مانند بررسی علایم یائسگی، هورمون درمانی، ماموگرافی و انجام غربالگری‌ها برای پیشگیری از سرطان‌های زنان همچون سرطان پستان، دهانه رحم، بیماری‌های مقاربتی و ایدز و بیماری‌های شایع و آزار دهنده‌ای مانند اختلالات کف لگن و مشاوره مراقبت از عملکرد جنسی است (ACOG 2019). کمترین نمره در این حیطه برای زنان در دوران پس از یائسگی به ترتیب مربوط به انجام آزمایش ایدز، سلامت و عملکرد جنسی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، ایدز و غربالگری بیماری‌های مقاربتی و بررسی اختلالات کف لگن بود. اگرچه به نظر می‌رسد که غربالگری‌های مربوط به بیماری‌های مقاربتی و ایدز و یا انجام غربالگری‌ها در این دوره به

واسطه بیوه بودن تعدادی از مشارکت کنندگان و عدم فعالیت جنسی شان باشد، اما به نظر می‌رسد تصورات غلط برخاسته از کلیشه‌های جنسیتی و وضعیت فرهنگی اجتماعی؛ مانند کمتر شدن فعالیت جنسی در دوران بعد از یائسگی، پذیرش مشکلات ناشی از اختلالات کف لگن مانند بی‌اختیاری ادرار به عنوان بخشی از تغییرات این دوران که نیاز به درمان ندارد

(Tehrani et al., 2016)، کمتر شدن عملکرد جنسی و در نتیجه مقبول نبودن مراجعه برای مشاوره‌ها و مراقبت‌های عملکرد جنسی و یا مربوط به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی از دلایل مراقبت کمتر در این زنان باشد (Tehrani et al., 2011; Hakimi et al., 2016). بعلاوه، نمره سایر مراقبت‌ها مانند انجام پاپ اسمیر و یا معاینه پستان توسط مراقبین بهداشتی و یا ماموگرافی نشان دهنده عملکرد ضعیف زنان یائسه در انجام غربالگری‌های مربوط به پیشگیری از سرطان‌های زنان بود. این در حالی است که سرطان پستان و سرطان سرویکس از کشنده ترین عوامل مرگ و میر زنان هستند. بعلاوه آمار رو به افزایش بیماری‌های مقاربتی و ایدز که از بیماری‌های رفتاری بوده و ناشی از گسترش رفتارهای پر خطر هستند می‌توانند با ترویج برنامه‌های پیشگیری قابل کنترل شوند. (WHO 2018). شهرداری تهران، کلینیک‌هایی را برای ارائه خدمت مشاوره و مراقبت تاسیس کرده است: مانند مرکز بهداشتی درمانی منطقه ۵ (وبگاه رسمی مرکز بهداشتی درمانی منطقه ۵، ۲۰۲۱). با گسترش چنین مراکزی و به کار گیری نیروی انسانی آموزش دیده در حیطه سلامت زنان بسیاری از غربالگری‌ها و مشاوره‌های پیشگیری را می‌توان به صورت ارزان و در دسترس ارائه داد. مسئولین خانه‌های سلامت می‌توانند با ارجاع مددجویان شناسایی شده در سطح شهر به پزشکان و ماما‌های ارائه دهنده خدمت در مراکز بهداشتی، شاخص انجام غربالگری‌های سرطان‌های زنان و بیماری‌های مقاربتی و پیشگیری از بارداری ناخواسته و سقط غیر ایمن را ارتقا دهند. غربالگری‌هایی مانند معاینات دوره‌ای پستان، پاپ اسمیر، مراقبت تنظیم باروری، غربالگری و درمان بیماری‌های مقاربتی، HIV Rapid تست و مشاوره‌های پیشگیری در حوزه بیماری‌های زنان و پیشگیری از رفتارهای پر خطر جنسی ضامن ارتقای سلامت باروری-جنسی زنان هستند (2016 Khaledi et al.). سیاستگذاری کشوری برای ترویج بیمارستان‌های مروج سلامت که در سطح بیمارستان‌های دولتی و چه بیمارستان‌های خصوصی می‌تواند در پیشبرد اهداف ترویج سلامت همگانی علی‌الخصوص سلامت زنان موثر باشند (وبگاه بیمارستان امام حسین ۲۰۲۱).

در ایران نیز برخی از بیمارستان‌ها با اتخاذ سیاست ارتقای سلامت از طریق اقداماتی مانند راه اندازی اپلیکیشن‌های ارتقای سلامت و یا ارائه خدمات مراقبتی در منزل و همچنین اپلیکیشن‌های آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش‌هایی مجزا برای ارتقای سلامت روان و همچنین جسمی، باروری-جنسی گام برداشته‌اند (وبگاه رسمی بیمارستان عرفان نیایش ۲۰۲۱). حتی سرویس انجام آزمایشات در منزل نیز انجام می‌شود. شهرداری تهران می‌تواند با سرمایه‌گذاری در راه اندازی اپلیکیشن‌ها برای تلفن هوشمند و استفاده از فضای مجازی برای ارائه مشاوره‌ها گام بزرگی در عصر حاضر برای ارتقای سلامت همگانی بخصوص سلامت باروری زنان بردارد.

یافته‌ها حاکی از بهتر بودن وضعیت در خودمراقبتی در حیطه جسمانی بود. به طوریکه میانگین نمره خودمراقبتی در حیطه جسمانی برای زنان یائسه شهر تهران، 50.61 ± 24.40 درصد نشان داده شد. اگرچه میزان خودمراقبتی در حیطه جسمانی و از حیطه‌های دیگر بهتر است و نشان دهنده توجه بیشتر مردم به تغذیه و ورزش و مصرف ویتامین، کنترل وزن و انجام آزمایشات و غربالگری‌ها هست، اما این میزان بازهم نشان دهنده خودمراقبتی متوسط زنان شهروند و چالش ۴۴ تا ۵۰ درصدی برای رسیدن به میزان مطلوب خودمراقبتی است. بنابر این ترویج خودمراقبتی بخصوص در همه آیتم‌ها بخصوص در آیتم‌هایی مانند اختلالات خواب، پیشگیری از حوادث، اجتناب از مصرف تنباکو، الکل و مواد مخدر؛ استفاده ایمن از تلفن همراه که کمترین میزان خودمراقبتی را نشان دادند، نیاز به تاکید بیشتری دارد. ضمن اینکه چالشی که در این حیطه‌ها وجود دارد با اطلاع رسانی و آموزش و مشاوره از طریق رسانه‌هایی که در اختیار شهر داری است به خوبی امکان پذیر است. به نظر می‌رسد ترویج سلامت جسمی که از حیطه‌های غیر حساس سلامت است از طریق بازار یابی اجتماعی با استفاده از رسانه‌های دسته جمعی به راحتی امکان پذیر باشد (Mehmet et al., 2020). حیطه‌هایی مانند سلامت باروری-جنسی از موضوعات حساس و شاید رسانه‌های دسته جمعی مانند استفاده از بیلبوردهای تبلیغاتی و یا در فضاهای عمومی مانند فروشگاه‌ها و میادین تره بار و پارک‌ها و سایر محیط‌های تحت پوشش به آسانی امکان پذیر نباشد، اما استفاده از رسانه‌هایی که تحت اختیار شهرداری است مانند بیلبورد و نصب پوسترها و پخش آگهی‌های‌ها برای ارتقای سلامت جسمانی به خوبی امکان پذیر باشد. بنابر این به نظر می‌رسد که با سرمایه‌گذاری شهرداری تهران از طریق تبلیغات و بازاریابی اجتماعی سلامت و اینفوگرافی بتوان به ترویج سلامت جسمانی و ارتقای شاخص‌های خودمراقبتی در آیتم‌های

مربوطه بخصوص حوزه‌هایی که زنان خودمراقبتی کمتری از خود نشان میدهند کمک شایانی نمود (Schillinger et al., 2020). سایت‌های منطقه نیز می‌توانند با تشکیل و یا حمایت از اتاق‌های گفت و گوی (چت روم) تیمی از مراقبین سلامت شهرداری با زنان شهروند پاسخگوی سوالات شهروندان در حیطه‌های مختلف سلامت باشند. چنین برنامه‌هایی در مطالعات پیشین و اخیر مورد استقبال هم مراقبین و هم شهروندان قرار گرفته است (McGloin & Eslami, 2015; Logie et al., 2021). این تیم از مشاورین می‌توانند مشاورین تغذیه و ورزش، پوست و مو، دندان، ایمنی و سایر موضوعات سلامت باشند.

یافته‌ها حاکی از وضعیت بهتر خودمراقبتی در انجام آزمایشات و غربالگری‌های دوره‌ای بود. به طوریکه میانگین نمره خودمراقبتی در زنان یائسه شهر تهران 66.34 ± 24.63 درصد نشان داده شد. اگر چه میزان خودمراقبتی در انجام غربالگری‌های و آزمایشات دوره‌ای بالاتر از حیطه‌های دیگر بود اما باز با چالش حدود ۳۴ درصدی مواجه بود. شهرداری تهران دارای کلینیک‌های بهداشتی-درمانی در سطح شهر است که می‌توانند خدمات آزمایشگاهی را به زنان مناطق و محلات محروم و پر خطر ارائه دهند. بعلاوه اینکه اداره کل سلامت شهرداری دارای تفاهم نامه‌ای با دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران برای همکاری با مراکز بهداشتی است که می‌توان با معرفی و ارجاع زنان محروم محل توسط مسئولین خانه سلامت به مراکز بهداشتی برای انجام آزمایشات و غربالگری‌های با قیمت مناسب، این آزمایشات و در صورت نیاز پی گیری‌های درمانی متعاقب آن را برای زنان نیازمند مراقبت انجام داد. تردیدی نیست که زنان در دوران پس از یائسگی نه تنها با عوارض این دوران، بلکه با مشکلات ناشی از سالمندی روبرو و نیازمند خدمات ویژه این دوران هستند که برنامه ترویج خودمراقبتی در زنان دوران پس از یائسگی از بالاترین اولویت‌ها برخوردار است.

بیشترین میزان خودمراقبتی به تفکیک مناطق در زنان یائسه در منطقه ۱ و ۲۲ و کمترین آن در منطقه ۱۸ شهرداری (29.9 ± 15.76) درصد بود. تست توکی نشان داد که در زنان یائسه و سالمند، خودمراقبتی به طور معنی داری با مناطق ۱۸ و ۱۵ متفاوت است.

بر اساس یافته‌های پژوهش منطقه ۱۸ نیازمند ترین منطقه از نظر ترویج خودمراقبتی در زنان یائسه بود. قابل ذکر است که مناطق ۱۵، ۱۶، ۷، ۹، ۱۲، ۶، ۱، ۲۲، ۸، ۱۹ و ۱۷ نیز پایین تر از ۵۰ درصد نمره خودمراقبتی را کسب کردند. منطقه ۱۸ شهرداری تهران یکی از مناطق شهری تهران است که در جنوب غربی این شهر واقع شده است. این منطقه از خیابان‌ها و محلات خلیج فارس شمالی و جنوبی، نوروزآباد، شادآباد، کوی ۱۷ شهرپور یا (کوی مهرزاد)، سعیدآباد، شمس‌آباد، تولید دارو، شهرک ولی عصر شمالی و جنوبی (شهرک ولیعهد سابق)، یافت آباد شمالی و جنوبی (تهرانیه)، ابراهیم‌آباد، ارشد آباد، ترک آباد، عرب آباد، شهرک قائم، شهرک صادقیه، شهرک صاحب الزمان، شهرک مسلمین، بهداشت، شهرک امام خمینی، بازار آهن، گلدسته، شهرک دانش و کوی فردوس تشکیل شده است. جمعیت این منطقه براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ ایران، ۳۹۱،۳۶۸ نفر (۱۱۵،۱۵۱ خانوار) شامل ۱۹۱،۷۴۵ زن می‌باشد (وبگاه رسمی منطقه ۱۸). با توجه به جمعیت زیاد منطقه به نظر می‌رسد که به طور خاص نیازمند ترویج خودمراقبتی در منطقه و محله‌های مربوطه هستند. در خبری در سایت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی درخصوص تفاهم نامه دانشگاه با اداره کل سلامت شهرداری اینگونه ذکر شده است که «ارتقای سلامتی شهر و شهروندان، فرهنگ سازی، آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم، ایجاد تعامل مثبت و اثربخش به منظور بهره‌مندی از ظرفیت‌های طرفین در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱، ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳ و برخی از نواحی منطقه ۱۵ شهرداری تهران از جمله اهداف تفاهم نامه است» (وبگاه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲۰۱۸). بنابر این، به نظر می‌رسد با تنظیم یک برنامه اقداماتی با همکاری اداره کل سلامت شهرداری با معاونت بهداشتی و معاونت درمان دانشگاه‌هایی که مراکز بهداشتی آنها موظف به همکاری با خانه‌های سلامت شهرداری شده‌اند بتوان به عملیاتی کردن این همکاری‌های برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان شهروند تهران کمک کرد.

اگر چه تعدد محلات و تعداد نمونه به تفکیک محله اجازه انجام آزمون‌های آماری را نداد، اما بیشترین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند، در جنت آباد شمالی، شهید اسدی و سایر محلات منطقه ۲ مانند سعادت آباد و کمترین میزان خودمراقبتی در سایر محلات ۱۸ و ۱۶ مانند شهرک ولی عصر و ورد آورد را نشان داده شد. به نظر می‌رسد که یکی از مهمترین رسالت‌های خانه‌های سلامت شهرداری استفاده از رابطین سلامت برای شناسایی زنان آسیب پذیر تر محلات فوق الذکر برای پی گیری فعال برای ارائه خدمات آموزشی و مراقبتی و آموزشی و یا ارجاع به مراکز بهداشتی مناطق باشد. قابل ذکر است که اپلیکیشن‌ها و لینک‌های اینترنتی (Brayboy et al., 2017) کلینیک‌های وابسته به موسسات خیریه نیز می‌توانند در اختیار مسئولین خانه‌های سلامت باشد تا در صورت نیاز به زنان با رفتارهای خودمراقبتی پایین معرفی و ارتقا رفتارهای آنان ارزیابی و مورد پیگیری فعالانه قرار گیرد.

آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که در زنان یائسه و سالمند، همبستگی مثبت معنی داری بین میزان خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند ساکن شهر تهران با سطح تحصیلات زن ($r=0.085$; $p>0.01$) و همچنین با سطح تحصیلات همسر ($r=0.204$; $p>0.01$) و همبستگی منفی معنی داری با تعداد فرزندان وجود دارد. این یافته‌ها حاکی از تاثیر سواد بر خودمراقبتی دارد که در بسیاری از مطالعات مربوط به رفتارهای سلامت تایید می‌شود. سطح تحصیلات با سواد و رفتارهای سالم ارتباط مثبت دارد (Pourmohsen et al., 2018). یونسکو آموزش را برای تحقق یافتن سلامت و زندگی پر بار می‌داند (UNESCO 2021). از آنجاییکه سطح پایین تحصیلات پیش بینی کننده خودمراقبتی کمتر است، می‌توان با مداخلاتی که سواد سلامت را ارتقا می‌دهند در افراد با سطح تحصیلات کمتر رفتارهای خودمراقبتی را ارتقا بخشید. این بدین معناست که این افراد نیاز بیشتری به آموزش در حیطه‌های سلامت و خودمراقبتی دارند.

اگرچه وزارت بهداشت خدماتی در نظام خدمات بهداشتی اولیه ارائه می‌دهد، اما خانه‌های سلامت نیز به صورت مکمل وظیفه ارتقای سلامت شهروندان را با ترویج رفتارهای سالم به عهده دارد (Hamshahri Online 2019). خانه‌های سلامت وابسته به اداره کل سلامت شهرداری تهران طی تفاهم نامه‌هایی با دانشگاه‌های علوم پزشکی مانند شهید بهشتی و ایران و تهران همکاری تنگاتنگی را با مراکز بهداشتی در مناطق مختلف تهران شروع کرده‌اند (دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۹۷؛ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). همچنین، این اداره کل در راستای نیل به هدف همکاری بین بخشی برای ترویج سلامت شهروندان و در تلاش برای رسیدن به اهداف سلامت، همکاری نزدیکی بین دفتر مطالعات شهرداری با مراکز تحقیقاتی دانشگاهی از جمله مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری که ترویج سلامت باروری علی‌الخصوص ارتقای سلامت زنان کشور را آرمان و تحقیقات در این زمینه را رسالت خود قرار داده و از مراکز تحقیقاتی جوان با رشد سریع و رتبه ممتاز بر اساس گزارش سامانه علم‌سنجی کشور در سال ۱۳۹۹ بوده، آغاز کرده است (MRHRC, 2021). بعلاوه، به نظر می‌رسد که آموزش مسئولین خانه‌های سلامت توسط متخصصین بهداشت باروری دانشگاه‌های علوم پزشکی چه به صورت حضوری و یا آنلاین می‌تواند در توانمندسازی کارکنان و مسئولین خانه‌های سلامت و کمک آنها بخصوص در غربالگری و ارجاع زنان بخصوص در حیطه روانی-اجتماعی و باروری-جنسی کمک شایانی نموده و به ارتقای کیفیت ارائه خدمات خانه‌های سلامت و در نهایت برنامه ترویج خودمراقبتی بسیار موثر باشد.

مروری بر برنامه‌های اخیر بخش سلامت شهرداری شهرهای پیشرفته جهان، حاکی از نقش برجسته شهرداری در ترویج سلامت شهروندان بخصوص اقشار آسیب است. تحقیقات و نیازسنجی برای شناسایی چالش‌های سلامت در حیطه‌های مختلف سلامت و در مناطق مختلف شهری لازمه رسیدن به سلامت مبتنی بر عدالت در شهرهای پیشرفته است (Lopez et al., 2015). در ایالت ویکتوریای استرالیا اهداف اداره سلامت شهرداری شامل بررسی داده‌ها در مورد وضعیت سلامت و عوامل تعیین کننده سلامت به تفکیک مناطق شهرداری، شناسایی اهداف و استراتژی‌ها بر اساس

شواهد موجود برای ایجاد یک جامعه محلی که در آن مردم بتوانند به حداکثر سلامتی و رفاه برسند؛ فراهم کردن مشارکت افراد جامعه محلی در توسعه، اجرا و ارزیابی برنامه بهداشت عمومی و رفاه و مشخص کردن نحوه کار شورا در مشارکت با وزارت بهداشت عنوان شده است (Municipal 2025:2020-2021 (public health and wellbeing planning, Victoria

همچنین از نقاط قوت این مطالعه را می‌توان استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد که در مرحله اول پژوهش تدوین و روانسنجی شد، دانست. پرسشنامه‌های خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند با شاخص روایی و پایایی بیش از ۰٫۹ (مشخصات سایکومتریک در پیوست موجود است) با استفاده از مروری بر مراقبت‌های توصیه شده توسط منابع معتبر مامایی و سلامت زنان مانند کالج زنان و مامایی طراحی گردید که (نمونه‌ای از مستندات مربوطه در پیوست موجود است) بررسی و تعیین روایی آن توسط تیمی خبره از متخصصان سلامت باروری انجام گردید. از نقاط قوت دیگر این پژوهش، نمونه‌ای بزرگ بود که با توزیع نرمال از سطح مناطق و محله‌های شهر تهران گرفته شد. که با دستورالعملی دقیق با هماهنگی اداره کل سلامت و با همکاری مسئولین خانه سلامت انجام گرفت (مستندات پیوست است).

از محدودیت‌های این مطالعه، محوریت بر سلامت زنان بود که به لحاظ اهمیت توانمندسازی زنان در حیطه سلامت پیشنهاد و اجرا شد. ضمن اینکه مجریان این پروژه اذعان دارند که افراد دارای معلولیت در حیطه سلامت باروری دارای نیازهای خاص در سلامت باروری-جنسی هستند. مطالعات پیشین نشان داده است که زنان با ضایعات نخاعی دارای نیازها و مشکلات عدیده و راهکارهایی خاص برای حل مسائل از جمله نامناسب بودن تردد شهری برای افراد دارای معلولیت و نامناسب بودن تجهیزات و امکانات مراکز بهداشتی و درمانی مربوط به سلامت از جمله سلامت باروری هستند و در نتیجه بسیاری از آنان توسط مدیریت شهری عملیاتی می‌شود (Amjadi et al., 2017). در این راستا، مدیرکل سلامت شهرداری تهران نیز از یکی محورهای فعالیت را ارتقای دسترسی‌پذیری امکانات شهری را برای شهروندان دارای معلولیت می‌داند و اجرای پروژه مناسب‌سازی فضاهای شهری را ضروری ذکر کرده است

(مرکز ارتباط بین الملل شهرداری تهران ۱۳۹۹). در همین راستا پیشنهاد می‌گردد در آینده پژوهش مجزایی در خصوص وضعیت خودمراقبتی زنان دارای معلولیت صورت گیرد. از محدودیت‌های دیگر پروژه استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی بود که نسبت به معاینه و بررسی مستندات از دقت کمتری برخوردار است که تلاش شد با آموزش و ارسال دستورالعمل برای همکاران نمونه گیر و زنان مشارکت کننده دقت تکمیل پرسشنامه‌ها افزایش یابد.

از مشکلات این پژوهش همزمان شدن اجرای پژوهش با پاندمی کرونا بود که احتمالاً می‌تواند بر تغییر برخی رفتارهای سلامت مانند مراجعه به مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها برای انجام معاینات و آزمایشات و مراقبت‌های دوره‌ای تاثیر گذار بوده باشد.

طراحی برنامه ترویج
خودمراقبتی برای زنان یائسه
و سالمند شهر تهران

طراحی برنامه ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران

در این مطالعه توصیفی مقطعی که بر روی ۴۸۶ زن یائسه و سالمند شهر تهران انجام شد، اقدامات ذیل صورت گرفت؛

- (۱) نیازهای خودمراقبتی زنان تعیین و به تفکیک منطقه و محله وضعیت اقتصادی و اجتماعی تحلیل گردید؛
- (۲) اولویت‌ها بر اساس نمره کسب شده در هر حیطه سلامت زنان (جسمی، روانی- اجتماعی، باروری-جنسی و غربالگری‌ها و آزمایشات دوره ای) تعیین و بر اساس آن؛
- (۳) راهکارهای برنامه در هر حیطه به ترتیب اولویت، بر اساس مروری بر مستندات در جداول زیر پیشنهاد گردید.

بسته راهکارهای برنامه ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران در حیطه‌های مختلف

پس از نیاز سنجی و اولویت بندی مشخص گردید که به ترتیب خودمراقبتی در زنان یائسه و سالمند شهر تهران در ابعاد سلامت روانی- اجتماعی با کسب ۲۵ درصد، باروری جنسی ۳۶ درصد، جسمی ۵۰ درصد و سپس غربالگری و آزمایشات دوره‌ای ۶۶ درصد، به ترتیب دارای اولویت بودند. به این دلیل راهکارها به ترتیب اولویت هر بعد جداگانه در جداول زیر ارائه می‌شوند و در انتها بسته ترویج خودمراقبتی زنان سنین باروری بر اساس اولویت‌های اقداماتی مبتنی بر اصول ترویج بهداشت یعنی سیاست‌گذاری، ایجاد محیط حامی، تقویت فعالیت‌های جامعه، توسعه مهارت‌های فردی و باز سازی خدمات (Thompson et al., 2018) برای ترویج خودمراقبتی سلامت زنان در سنین باروری ارائه می‌گردد.

اولین اولویت در حیطه‌های خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند، حیطه سلامت روانی- اجتماعی با کسب ۲۵ درصد امتیاز برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران بود که راهکارهای ارائه شده در جدول ۶۰ نشان داده شده‌اند.

جدول شماره ۶۰: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت روانی- اجتماعی به عنوان نیاز در اولویت اول برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران

نیازها	راهکارها
حیطه سلامت روانی - اجتماعی به ترتیب اولویت: - افکار و اقدام خودکشی - پیشگیری از خشونت جسمی، جنسی و عاطفی افسردگی، رضایت شغلی، اضطراب و استرس، - ارتباطات فردی و خانوادگی	< آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند در حیطه روان اجتماعی با اولویت پیشگیری از خشونت، افسردگی، اضطراب و استرس < آموزش مسئولین خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی غربالگری و مشاوره‌های خودمراقبتی و کمک به برنامه ترویج سلامت در حیطه روان اجتماعی < انجام غربالگری با پرسشنامه‌های استاندارد برای افسردگی، اضطراب، استرس و خشونت در خانه‌های سلامت یا به صورت آنلاین. < انجام غربالگری خودکشی برای افراد پرخطر (افسردگی شدید) در خانه‌های سلامت و یا آنلاین و یا در سایت شهرداری منطقه. < ایجاد و به کار گیری تیم رابطین سلامت محله برای کمک در غربالگری، آموزش و ترویج خودمراقبتی سلامت روان اجتماعی در محلات < ایجاد شبکه ارجاع مناسب و به موقع موارد غربال شده دارای مشکلات روان اجتماعی به سطوح بالاتر پیشگیری با همکاری بین بخشی بین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی < برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مدیریت استرس، همدلی، مدیریت هیجان، تفکر خلاق و نقدانه، حل مسئله، تصمیم گیری، نه گفتن، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های بین فردی) به صورت آنلاین، در سایت شهرداری و در سرای محل < آموزش همگانی و بازاریابی اجتماعی خودمراقبتی سلامت روانی اجتماعی و از بین بردن انگ مراجعه برای مشاوره روان از طریق موسسات و از طریق رسانه‌ها بخصوص رسانه‌های تحت پوشش شهرداری تهران < اقدامات عملیاتی برای گسترش خدمات مشاوره روان قابل پرداخت با همکاری بین بخشی اداره کل سلامت شهرداری تهران و دانشگاه‌های علوم پزشکی و بخش خصوصی < راه اندازی و حمایت از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره روان و خشونت با همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشگاه‌های علوم پزشکی < راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره روانشناسی و روانپزشکی برای شهروندان با هزینه متناسب با وضعیت اقتصادی محل، و با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکل روان همراه با نقشه و مسیر یابی و اطلاعات تماس، ساعات کار؛ با همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشکده‌های روانشناسی و علوم اجتماعی و کامپیوتر < راه اندازی و یا حمایت از اپلیکیشن‌های و خدمات کلینیک‌های روان با حمایت اداره کل سلامت و همکاری بین دانشکده‌های روانشناسی و دانشکده‌های علوم کامپیوتر < ارائه برنامه اقدام عملیاتی با تشکیل تیمی با تعریف مسئولیت و شرح وظایف همکاران توسط همکاری اداره کل سلامت و دانشکده‌های فوق الذکر < راه اندازی و حمایت از کلینیک‌های مشاوره روان به صورت خیریه و یا ارزان برای محلات و مناطق با میزان خودمراقبتی سلامت روان زیر ۵۰ درصد.

دومین اولویت در حیطه‌های خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند، حیطه سلامت باروری-جنسی با کسب امتیاز ۳۶ درصد، برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران بود که راهکارهای ارائه شده در جدول ۶۱ نشان داده شده اند.

جدول شماره ۶۱: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری-جنسی به عنوان نیاز در اولویت دوم برای زنان یائسه و سالمند

نیازها	راهکارها
حیطه سلامت باروری-جنسی اولویت‌ها به ترتیب: -آزمایش ایدز - سلامت و عملکرد جنسی - پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز - غربالگری و درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی - اختلالات کف لگن - بی اختیاری ادرار - انجام غربالگری از دهانه رحم در ۳ سال اخیر - هورمون درمانی - معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در ۳ سال اخیر - ماموگرافی - علایم و نشانه‌های یائسگی - خودآزمایی پستان	< آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی سلامت جنسی-باروری با اولویت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز؛ با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت و مراکز بهداشت < آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی سلامت جنسی-باروری با اولویت پیشگیری از سرطان‌های زنان با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت و مراکز بهداشت < جلب همکاری رهبران جامعه شامل رهبران سیاسی، بهداشتی و هنرمندان جهت ترویج خودمراقبتی زنان < هماهنگی با رسانه‌ها برای راه اندازی پوشش ترویج خودمراقبتی سلامت باروری جنسی زنان < ایجاد شبکه ارجاع مناسب و به موقع موارد غربال شده دارای مشکلات به سطوح بالاتر پیشگیری با همکاری بین بخشی بین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی < جلب همکاری و به کار گیری رابطین سلامت برای آموزش و ترویج خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی < متولی شدن شهرداری تهران برای ایجاد همکاری بین بخشی (وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی، بخش خصوصی و غیر دولتی برای ترویج خودمراقبتی سلامت باروری جنسی با اولویت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و سرطان‌های زنان) < انجام غربالگری با پرسشنامه خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی در خانه‌های سلامت یا آنلاین توسط مسئولین خانه‌های سلامت محلات و یا با همکاری مراکز بهداشتی در قالب تفاهم نامه‌های دانشگاه‌ها با اداره کل سلامت شهرداری تهران < پیگیری فعالانه زنان با میزان خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زیر ۵۰ درصد توسط مسئولین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی دانشگاه‌ها در قالب تفاهم نامه با ارائه برنامه عملیاتی < راه اندازی و حمایت از کلینیک‌های خیریه در مناطق با خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی زیر ۵۰ درصد < ارسال یاد آور آنلاین غربالگری‌های زنان از طریق خانه‌های بهداشت و خانه‌های سلامت شهر داری در قالب تفاهم نامه با ارائه برنامه عملیاتی < به کار گیری و استخدام ماماها جهت با شرح وظیفه غربالگری، معاینه، مشاوره و مراقبت‌های سلامت باروری-جنسی زنان در خانه‌های سلامت و در مراکز بهداشتی < اقدامات عملیاتی برای گسترش خدمات غربالگری، مشاوره، معاینه و مراقبت سلامت باروری-جنسی قابل پرداخت < راه اندازی و حمایت از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره سلامت باروری-جنسی آنلاین < راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره سلامت باروری-جنسی برای شهروندان به صورت مجانی و یا با هزینه متناسب با وضعیت اقتصادی محل < راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره سلامت باروری-جنسی با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکل و پرداخت آنلاین < راه اندازی و یا حمایت از اپلیکیشن‌های نقشه و مسیر یابی، اطلاعات تماس، ساعات کار و خدمات کلینیک‌های زنان < ارائه برنامه اقدام عملیاتی، با تشکیل تیمی با تعریف مسئولیت و شرح وظایف از مجریان پروژه اپلیکیشن سلامت باروری-جنسی شهرداری با همکاری تیمی از یک متخصص بهداشت باروری از دانشگاه علوم پزشکی و مهندس برنامه ریزی اپلیکیشن از دانشکده فنی با مدیریت اداره کل سلامت شهرداری < راه اندازی و حمایت از کلینیک‌های زنان به صورت خیریه در مناطق و محلات با میزان خودمراقبتی سلامت باروری جنسی زیر ۵۰ درصد. < آموزش مسئولین خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی غربالگری و مشاوره‌های خودمراقبتی و کمک به برنامه ترویج سلامت در حیطه باروری-جنسی

سومین اولویت در حیطه‌های خودمراقبتی برای یائسه و سالمند، حیطه سلامت جسمانی با کسب امتیاز ۵۰ درصد برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران بود که راهکارهای ارائه شده در جدول ۶۲ نشان داده شده‌اند.

جدول شماره ۶۲: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت جسمانی به عنوان نیاز در اولویت سوم برای زنان یائسه و سالمند

نیازها	راهکارها
حیطه سلامت جسمی و آزمایشات و غربالگری‌های دوره ای به ترتیب اولویت: - رانندگی ایمن - اختلالات خواب - ایمنی استفاده از تلفن همراه و اینترنت - پیشگیری از حوادث - اجتناب از مصرف سیگار، الکل، تنباکو - مواد مخدر - سبک زندگی - قرارگرفتن پوست در معرض نور خورشید - جهت جذب ویتامین دی - فعالیت فیزیکی	◀ آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی در حیطه سلامت جسمی با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت و مراکز بهداشت برنامه ریزی عملیاتی برای بازار یابی اجتماعی سلامت جسمانی با اولویت در خصوص ایمنی استفاده از تلفن همراه اجتناب از مصرف الکل و سیگار و مواد و پیشگیری از حوادث و استفاده از نور خورشید برای جذب ویتامین د ◀ استفاده از رسانه ها، بخصوص رسان‌های تحت پوشش شهرداری برای ترویج سبک زندگی سالم (تغذیه، ورزش، استراحت، خواب و تفریحات سالم) و اجتناب از رفتارهای پرخطر، خاص برای زنان یائسه و سالمند ◀ ایجاد شبکه ارجاع مناسب و به موقع موارد غربال شده دارای مشکلات جسمی به سطوح بالاتر پیشگیری با همکاری بین بخشی بین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی ◀ جلب همکاری و به کار گیری رابطین سلامت برای آموزش و ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت جسمی ◀ بهره مندی از فضاهای تحت پوشش شهرداری برای ترویج توصیه‌ها برای ارتقای سلامت جسمی و پیشگیری از بیماری‌های مزمن و واگیر برای زنان یائسه و سالمند ◀ ترویج و توجه به همه حیطه‌های سلامت جسمی اعم از بینایی، شنوایی، پوست، مو، دندان، قلب، گوارش، تنفسی، عضلانی اسکلتی و ... ◀ ارائه برنامه اقدامات عملیاتی برای گسترش خدمات غربالگری، مشاوره، معاینه و مراقبت سلامت جسمی و بیماری‌های مزمن، واگیر و رفتاری قابل پرداخت ◀ راه اندازی و حمایت از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره سلامت آنلاین ◀ راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره سلامت برای شهروندان به صورت مجانی و یا با هزینه قابل پرداخت برای زنان محله ◀ راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره سلامت با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکل و پرداخت با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشگاه‌های علوم پزشکی و مهندسی ◀ راه اندازی و یا حمایت از اپلیکیشن‌های نقشه و مسیر یابی، اطلاعات تماس، ساعات کار و خدمات کلینیک‌های سلامت حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشگاه‌های علوم پزشکی و مهندسی ◀ ارائه برنامه اقدام عملیاتی، با تشکیل تیمی با تعریف مسئولیت و شرح وظایف از مجریان پروژه اپلیکیشن سلامت جسمی در هر حیطه سلامت جسمی (از بینایی، شنوایی، پوست، مو، دندان، قلب، گوارش، تنفسی، عضلانی اسکلتی و ...) با همکاری تیمی از یک متخصص بهداشت باروری از دانشگاه علوم پزشکی و مهندس برنامه ریزی اپلیکیشن از دانشکده فنی با مدیریت اداره کل سلامت شهرداری ◀ آموزش مسئولین خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی غربالگری و مشاوره‌ها ی خودمراقبتی و کمک به برنامه ترویج سلامت در حیطه سلامت جسمی برای زنان یائسه و سالمند

چهارمین اولویت در حیطه‌های خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند، حیطه غربالگری و آزمایشات دوره‌های با کسب امتیاز ۶۶ درصد برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران بود که راهکارهای ارائه شده در جدول ۶۳ نشان داده شده اند.

جدول شماره ۶۳: راهکارهای در حیطه ترویج خودمراقبتی در حیطه غربالگری و آزمایشات دوره‌ای به عنوان نیاز در اولویت چهارم برای زنان در یائسه و سالمند

نیازها	راهکارها
حیطه غربالگری و آزمایشات دوره‌ای اولویت‌ها به ترتیب: - کولونوسکوپی - آزمایش مدفوع - انجام غربالگری تیروئید - آزمایشات دوره‌ای برای - پیشگیری از بیماری‌های مزمن - انجام غربالگری دیابت - انجام غربالگری چربی خون	◀ اطلاع رسانی در خصوص لزوم انجام تست مدفوع و کولونوسکوپی برای زنان یائسه و سالمند بخصوص افراد پر خطر ◀ آموزش حضوری و آنلاین غربالگری‌های و آزمایشات دوره‌ای توصیه شده برای زنان یائسه و سالمند ◀ استفاده از رسانه‌ها، بخصوص رسانه‌های تحت پوشش شهر داری برای ترویج معاینات و غربالگری‌های دوره‌ای برای زنان یائسه و سالمند ◀ جلب همکاری و به کار گیری رابطین سلامت برای غربالگری و آموزش و ترویج خودمراقبتی در حیطه خودمراقبتی با انجام غربالگری و آزمایشات دوره ای ◀ ارائه برنامه اقدامات عملیاتی برای گسترش خدمات غربالگری، آزمایشگاهی و معاینات قابل پرداخت برای زنان یائسه و سالمند ◀ راه اندازی و حمایت از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره سلامت آنلاین ◀ راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره سلامت برای شهروندان به صورت مجانی و یا با هزینه قابل پرداخت برای زنان یائسه و سالمند محله ◀ راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن‌های مشاوره سلامت با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکل و همراه با نقشه و مسیر یابی، اطلاعات تماس، ساعات کار و خدمات کلینیک‌های سلامت با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشگاه‌های علوم پزشکی و مهندسی ◀ راه اندازی و حمایت از کلینیک‌ها و آزمایشگاه‌ها به صورت خیریه در مناطق و محله‌های با میزان خودمراقبتی زیر ۵۰ درصد ◀ راه اندازی و حمایت از کلینیک‌های خیریه و یا ارزان قیمت برای انجام ماموگرافی و کولونوسکوپی با رایزنی با خیرین و موسسات بیمه، خاص برای زنان سالمند بیوه فاقد درآمد ◀ آموزش مسئولین خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی غربالگری و مشاوره‌های خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند و کمک به برنامه ترویج سلامت در حیطه غربالگری آزمایشات دوره ای

تحلیل داده‌ها نشان دهنده اولویت برخی مناطق و محله‌های شهر تهران برای ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه شهر تهران بود که راهکارهای ارائه شده برای ترویج خودمراقبتی برای این محلات در جدول ۶۴ نشان داده شده اند.

جدول شماره ۶۴: راهکارها برای ترویج خودمراقبتی مبتنی بر مناطق و محله‌های در اولویت برای زنان یائسه و سالمند شهر تهران

نیازها	راهکارها
اقدامات خاص برای مناطق و محلات با زنان با خودمراقبتی کم اولویت: مناطق ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۷	مناطق و محلات تبلیغات و بازار یابی برای ترویج خودمراقبتی توسط رسانه‌های جمعی منطقه و تحت پوشش شهرداری مناطق ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۷ با کمترین میزان خودمراقبتی و سایر مناطق با نمره کمتر از ۵۰ درصد ایجاد شبکه ارجاع مناسب و به موقع موارد غربال شده دارای مشکلات خودمراقبتی به سطوح بالاتر پیشگیری با همکاری بین بخشی بین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی جلب همکاری و به کار گیری رابطین سلامت برای آموزش و ترویج خودمراقبتی در مناطق نیازمند رایزنی با خیرین و بیمه برای ارائه خدمات خیریه و قابل پرداخت در مناطق فوق استقرار ماما و پرستار در خانه‌های سلامت محلات و مناطقی با میزان خودمراقبتی زیر ۵۰ درصد برای انجام غربالگری، مشاوره، معاینه و مراقبت. تدوین برنامه عملیاتی برای همکاری کارشناسان خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی مستقر در محلات در مناطق و محلات فوق ارزشیابی سالیانه برنامه، به صورت آنلاین از ارتقای خودمراقبتی زنان در محلات فوق به میزان حداقل ۲۰ درصد سالیانه.

یافته‌ها نشان دهنده اولویت زنان با تحصیلات کم و یا زنان با همسران با تحصیلات کم و در آمد کم بود که راهکارهای ارائه شده برای ترویج خودمراقبتی برای زنان در سنین باروری در جدول ۶۵ نشان داده شده اند.

جدول شماره ۶۵: راهکارها برای ترویج خودمراقبتی برای زنان یائسه و سالمند با مشخصات اقتصادی و اجتماعی خاص

نیازها	راهکارها
اولویت: زنان با تحصیلات کم و یا با همسران با تحصیلات کم و یا کم در آمد	◀ آموزش و مشاوره حضوری و در صورت امکان آنلاین در راستای ارتقای سواد سلامت زن و خانواده ◀ ایجاد شبکه ارجاع مناسب و به موقع موارد غربال شده دارای مشکلات خودمراقبتی به سطوح بالاتر پیشگیری با همکاری بین بخشی بین خانه‌های سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی ◀ جلب همکاری و به کار گیری رابطین سلامت محله برای آموزش و ترویج خودمراقبتی در همه حیطه‌های خودمراقبتی ◀ ترویج سواد سلامت، از طریق رسانه‌های جمعی و تحت پوشش شهرداری ◀ آموزش، مشاوره، غربالگری و مشاوره فعال، تلفنی یا در منزل

جمع بندی مدیریتی

جمع بندی مدیریتی بر اساس اولویت های اقداماتی مبتنی بر ۵ محور اقداماتی در برنامه ترویج بهداشت یعنی سیاستگذاری، ایجاد محیط حامی، همکاری بین بخشی، تقویت فعالیت های جامعه، توسعه مهارت های فردی و باز سازی خدمات (Thompson et al., 2018) برای ترویج سلامت، از جمله برنامه ترویج خودمراقبتی که در جداول فوق به ترتیب اولویت در هر حیطه خودمراقبتی زنان در سنین باروری بر اساس مستندات ارائه گردید، اولویت های اقداماتی مبتنی بر اصول ترویج بهداشت را برای اداره کل سلامت به می توان صورت زیر (جدول ۶۶ و نمودار ۵۱) خلاصه کرد:

جدول شماره ۶۶: اقدامات در اولویت بر اساس اصول ترویج بهداشت برای برنامه ترویج خودمراقبتی سلامت زنان یائسه و سالمند شهر تهران

برنامه ترویج خودمراقبتی	راهکارها
سیاستگذاری	جلب حمایت و همکاری رهبران، سیاسی، بهداشتی، مذهبی، هنرمندان و ورزشکاران برای ترویج خودمراقبتی زنان در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره ای (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی)
ایجاد محیط حامی	- هماهنگی با رسانه ها برای راه اندازی پویش ترویج خودمراقبتی در هر چهار حیطه زنان سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره ای با اولویت سلامت روان اجتماعی و سلامت باروری جنسی (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) - آموزش همگانی و بازاریابی اجتماعی خودمراقبتی در هر چهار حیطه - آموزش همگانی برای سلامت روانی- اجتماعی و از بین بردن انگ مراجعه برای مشاوره روان و باروری جنسی از طریق موسسات و از طریق رسانه ها بخصوص رسانه های تحت پوشش شهرداری تهران
همکاری بین بخشی	- ایجاد همکاری بین بخشی (وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی، بخش خصوصی و غیر دولتی برای ترویج خودمراقبتی سلامت باروری جنسی با اولویت پیشگیری از بیماری های مقاربتی و سرطان های زنان) - همکاری بین بخشی بین خانه های سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی ایجاد شبکه ارجاع مناسب و به موقع موارد غربال شده دارای مشکل در هر حیطه های سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره ای به سطوح بالاتر پیشگیری - همکاری بین بخشی اداره کل سلامت شهرداری تهران و دانشگاه های علوم پزشکی و بخش خصوصی برای اجرای برنامه عملیاتی برای گسترش خدمات مشاوره سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره ای قابل پرداخت (با اولویت سلامت روان اجتماعی و سلامت باروری جنسی) - همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشگاه های علوم پزشکی برای راه اندازی و حمایت از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره برای هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره ای (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) - همکاری بین بخشی اداره کل سلامت با دانشکده های روانشناسی و علوم اجتماعی و کامپیوتر برای راه اندازی و حمایت از اپلیکیشن های مشاوره خودمراقبتی برای هر چهار حیطه برای شهروندان با هزینه متناسب با وضعیت اقتصادی محل، و با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکل روان همراه با نقشه و مسیر یابی و اطلاعات تماس، ساعات کار (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) - همکاری بین بخشی برای آموزش حضوری و آنلاین مسئولین خانه های سلامت در مورد ترویج خودمراقبتی و انجام غربالگری و ارجاع

برنامه ترویج خودمراقبتی	راهکارها
توسعه مهارت‌های فردی	◀ آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی زنان در سنین باروری در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای (با اولویت سلامت روانی-اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ◀ برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مدیریت استرس، همدلی، مدیریت هیجان، تفکر خلاق و نقدانه، حل مسئله، تصمیم‌گیری، نه گفتن، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های بین فردی) با محور رفتارهای خودمراقبتی در هر چهار حیطه به صورت حضوری و آنلاین ◀ گسترش خدمات مشاوره در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای به صورت قابل پرداخت برای همه (با اولویت سلامت روانی-اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ◀ آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی سلامت جنسی-باروری با اولویت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز؛ و مشکلات روانی-اجتماعی ◀ آموزش حضوری و آنلاین خود غربالگری با پرسشنامه‌های استاندارد برای شناسایی مشکلات در حیطه‌های سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت و مراکز بهداشت ◀ گسترش استفاده از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره برای ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای (با اولویت سلامت روان اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ◀ گسترش استفاده از اپلیکیشن‌های مشاوره برای هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای برای شهروندان با هزینه متناسب با وضعیت اقتصادی محل، و با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکلات همراه با نقشه و مسیر یابی و اطلاعات تماس، ساعات کار
تقویت فعالیت‌های جامعه	◀ ایجاد و به کارگیری تیم رابطین سلامت محله برای کمک در غربالگری، آموزش و ترویج خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای در محلات ◀ جلب همکاری خیریه‌ها و سازمان‌های مردمی و غیردولتی برای حمایت از کلینیک‌های مشاوره سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای زنان به صورت مجانی یا ارزان برای محلات و مناطق با میزان خودمراقبتی زیر ۵۰ درصد. (با اولویت سلامت روانی-اجتماعی و سلامت باروری جنسی)
بازسازی خدمات	◀ ارائه برنامه اقدام عملیاتی با تشکیل تیمی با تعریف مسئولیت و شرح وظایف همکاران توسط اداره کل سلامت برای اجرای برنامه‌های ترویج خودمراقبتی زنان سنین باروری شهروند تهران ◀ تعریف مسئولیت و شرح وظایف برای مسئولین خانه‌های سلامت برای غربالگری با پرسشنامه‌های استاندارد برای مشکلات سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای به صورت حضوری آنلاین در خانه‌های سلامت یا به صورت آنلاین. ◀ تعریف مسئولیت و شرح وظایف انجام غربالگری خودکشی برای افراد پرخطر در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای در خانه‌های سلامت و یا آنلاین و یا در سایت شهرداری منطقه ◀ تعریف مسئولیت و شرح وظایف برای مسئولین خانه‌های سلامت برای ارسال یادآور آنلاین غربالگری‌های زنان از طریق خانه‌های بهداشت و خانه‌های سلامت شهرداری در قالب تفاهم نامه با ارائه برنامه عملیاتی ◀ به کارگیری و استخدام ماما جهت با شرح وظیفه غربالگری، معاینه، مشاوره و مراقبت‌های سلامت باروری-جنسی زنان در خانه‌های سلامت و در مراکز بهداشتی ◀ آموزش مسئولین خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی غربالگری و مشاوره‌های خودمراقبتی و کمک به برنامه ترویج سلامت

نمودار شماره ۵۱: برنامه ترویج خودمراقبتی برای هر چهار حیطه با اولویت سلامت روانی-اجتماعی و باروری-جنسی برای زنان در سنین باروری مبتنی بر اصول ترویج بهداشت



جمع بندی راهکارها برای سه سطح مدیریتی شورای اسلامی شهر تهران، اداره کل سلامت و خانه های سلامت

برای تسهیل روند مدیریتی برنامه ترویج خودمراقبتی در زنان در سنین باروری شهروند تهران راهکارها در سه سطح مدیریتی در جدول ۶۷ خلاصه گردید.

جدول شماره ۶۷: خلاصه راهکارهای برنامه ترویج خودمراقبتی در زنان در سنین باروری شهروند تهران در سه سطح مدیریتی

شورای اسلامی شهر تهران	اداره کل سلامت شهرداری تهران	خانه‌های سلامت
◀ جلب حمایت و همکاری رهبران، سیاسی، بهداشتی، مذهبی، هنرمندان و ورزشکاران برای ترویج خودمراقبتی زنان در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روان اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ▶ هماهنگی با رسانه‌ها برای راه اندازی پویش ترویج خودمراقبتی در هر چهار حیطه زنان سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای با اولویت سلامت روان اجتماعی و سلامت باروری جنسی (با اولویت سلامت باروری جنسی)	◀ ارائه برنامه اقدام عملیاتی با تشکیل تیمی با تعریف مسئولیت و شرح وظایف همکاران توسط اداره کل سلامت برای اجرای برنامه‌های ترویج خودمراقبتی زنان سنین باروری شهروند تهران ▶ تعریف مسئولیت و شرح وظایف برای مسئولین خانه‌های سلامت برای غربالگری با پرسشنامه‌های استاندارد برای مشکلات سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای به صورت حضوری آنلاین یا به صورت آنلاین. ▶ تعریف مسئولیت و شرح وظایف انجام غربالگری خودکشی برای افراد پرخطر در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای در خانه‌های سلامت و آنلاین و یا در سایت شهرداری منطقه ▶ تعریف مسئولیت و شرح وظایف برای مسئولین خانه‌های سلامت برای ارسال یاد آور آنلاین غربالگری‌های زنان از طریق خانه‌های بهداشت و خانه‌های سلامت شهر داری در قالب تفاهم نامه با ارائه برنامه عملیاتی	◀ آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی زنان در سنین باروری در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ▶ برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مدیریت استرس، همدلی، مدیریت هیجان، تفکر خلاق و نقدانه، حل مسئله، تصمیم‌گیری، نه گفتن، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های بین فردی) با محور رفتارهای خودمراقبتی در هر چهار حیطه به صورت حضوری و آنلاین ▶ گسترش خدمات مشاوره در هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای به صورت قابل پرداخت برای همه (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ▶ آموزش حضوری و آنلاین خودمراقبتی سلامت جنسی-باروری با اولویت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز؛ و مشکلات روانی- اجتماعی ▶ آموزش حضوری و آنلاین خود غربالگری با پرسشنامه‌های استاندارد برای شناسایی مشکلات در حیطه‌های سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای با حمایت و همکاری بین بخشی اداره کل سلامت و مراکز بهداشت
◀ آموزش همگانی و بازاریابی اجتماعی خودمراقبتی سلامت روان اجتماعی و از بین بردن انگ مراجعه برای مشاوره روان و باروری جنسی از طریق موسسات و از طریق رسانه‌ها بخصوص رسانه‌های تحت پوشش شهرداری تهران	◀ به کارگیری و استخدام ماما جهت با شرح وظیفه غربالگری، معاینه، مشاوره و مراقبت‌های سلامت باروری-جنسی زنان در خانه‌های سلامت و در مراکز بهداشتی ▶ جلب همکاری خیریه‌ها و سازمان‌های مردمی و غیر دولتی برای حمایت از کلینیک‌های مشاوره سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای زنان به صورت مجانی یا ارزان برای محلات و مناطق با میزان خودمراقبتی زیر ۵۰ درصد. (با اولویت سلامت روان اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ▶ آموزش مسئولین خانه‌های سلامت برای ترویج خودمراقبتی غربالگری و مشاوره‌های خودمراقبتی و کمک به برنامه ترویج سلامت	◀ گسترش استفاده از خطوط آنلاین و تلفنی مشاوره برای ترویج خودمراقبتی در حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای (با اولویت سلامت روانی- اجتماعی و سلامت باروری جنسی) ▶ گسترش استفاده از اپلیکیشن‌های مشاوره برای هر چهار حیطه سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای برای شهروندان با هزینه متناسب با وضعیت اقتصادی محل، و با قابلیت ثبت نام و ثبت مشکلات همراه با نقشه و مسیر یابی و اطلاعات تماس، ساعات کار ▶ ایجاد و به کارگیری تیم رابطین سلامت محله برای کمک در غربالگری، آموزش و ترویج خودمراقبتی سلامت باروری-جنسی، جسمی، روانی- اجتماعی و غربالگری و آزمایشات دوره‌ای در محلات

منابع

منابع

منابع انگلیسی

ACOG (2019); <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Deliveries-Before-39-Weeks/ACOG-Clinical-Guidelines?IsMobileSet=false>

ACOG (2021). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/your-sexual-health> 3.15.2021.

ACS (2019); <https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/cancer-screening-guidelines.html>

Alimoradi, Z., Kariman, N., Ahmadi, F. and Simbar, M., (2017). Preparation for sexual and reproductive self-care in Iranian adolescent girls: a qualitative study. *International journal of adolescent medicine and health*, 1)30).

Amjadi, M. A., Simbar, M., Hosseini, S. A., & Zayeri, F. (2017). The sexual health needs of women with spinal cord injury: a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 35(3) 330-313.

Brayboy, L. M., Sepolen, A., Mezoian, T., Schultz, L., Landgren-Mills, B. S., Spencer, N., ... & Clark, M. A. (2017). Girl Talk: a smartphone application to teach sexual health education to adolescent girls. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(1) 28-23.

Burns, C.M. and Inglis, A.D., (2007). Measuring food access in Melbourne: access to healthy and fast foods by car, bus and foot in an urban municipality in Melbourne. *Health & place*, 13(4), pp.885-877.

CDC 2019; https://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/tp_00828.html

<https://www.cdc.gov/features/perinatal-screening/index.html>

Damari B, Vosough Moghaddam A, Shadpoor K, Salarian Zadeh M, Moghimi M. An Urban Health Management Center in Cosmopolitan Tehran: A Participatory System To Promote Health Equity, Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research . 52-39 ,(4) 13..,

Elo, S & Kyngas, H (2008), «The qualitative content analysis process», J Adv Nurs, vol. 62, no. 1, pp. 15-107.

Graneheim, UH & Lundman, B (2004), «Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness», Nurse Educ Today, vol. 24, no. 2, pp. 12-105.

Grove, SK & Burns, N 2013. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7end, Saunders. Available from: <https://www.elsevier.com/books/the-practice-of-nursing-research/grove/22> .2-0736-4557-1-978 may 2019].

Hakimi, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2014). Perceived concerns of Azeri menopausal women in Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal, 5)16).

Hakimi, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., Zaiery, F., & Khatami, S. (2016). Women's perspectives toward menopause: A phenomenological study in Iran. Journal of women & aging, 89-80 ,(1)28.

Hamshahri On line 2021 , آشنایی با اداره کل سلامت شهرداری ;

<http://www.hamshahrionline.ir/news/140501/%D%A%2D%8B%4D%86%9D%8A7%DB8%C%DB8%C-%D%A%8D%8A%-7D%8A%7D%8AF%D%8A%7D%8B%1D-87%9%DA%A%9D%-84%9D%8B%3D%84%9D%8A%7D%85%9D%8AA>

Holloway I, Stephanie W. (2013). Qualitative research in nursing and healthcare. Oxfodr, John Wiley & Sons. 4rd Edition.

HUNGLER B, POLI T D. 1999. Nursing research principles and methods. Lippincott. Williams & Wilkins, New York. 6th Edition.

Kiani, Z., Simbar, M., Dolatian, M., & Zayeri, F. (2016). Correlation between social determinants of health and women's empowerment in reproductive decision-making among Iranian women. *Global journal of health science*, 312 ,(9)8.

Kuruville, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G.R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J. and Rasanathan, K., 2016. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2030–2016): a roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 5)94), p.398.

LINCOLN Y, GUBA EG. 1985. Establishing trustworthiness. *Naturalistic inquiry*, 331 ,289

Lakkis, N. A., & Mahmassani, D. M. (2015). Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. *Postgraduate medicine*, 106-99 ,(1)127.

LoBiondo-Wood, G & Haber, J 2014, *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 8 edn, Mosby Elsevier, St. Louis.

Logie, C. H., Abela, H., Turk, T., Parker, S., & Gholbzouri, K. (2021). Sexual and reproductive health self-care interventions in the Eastern Mediterranean Region: findings from a cross-sectional values and preferences survey to inform WHO normative guidance on self-care interventions. *Health research policy and systems*, 12-1 ,(1)19.

Lopez, P. M., Islam, N., Feinberg, A., Myers, C., Seidl, L., Drackett, E., ... & Thorpe, L. E. (2017). A place-based community health worker program: feasibility and early outcomes, *New York City*, 3)52 ,.2015), S-284S289.

McGloin, A. F., & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proceedings of the Nutrition Society*, 148-139 ,(2)74.

McMillan, SS, King, M & Tully, MP 2016, «How to use the nominal group and Delphi techniques», *Int J Clin Pharm*, vol. 38, no. 3, pp. 62-655.

Medlineplus 2019. Aging changes in the female reproductive System. <https://medlineplus.gov/ency/article/004016.htm>

Mehmet, M., Roberts, R., & Nayeem, T. (2020). Using digital and social media for health promotion: A social marketing approach for addressing co-morbid physical and mental health. *Australian Journal of Rural Health*, 158-149 ,(2)28.

Meskarpour-Amiri, M., Mehdizadeh, P., Barouni, M., Dopeykar, N., & Ramezani, M. (2014). Assessment the trend of inequality in the distribution of intensive care beds in Iran: using GINI index. *Global journal of health science*, 28 ,(6)6.

MRHRC, 2021. Strategic Plan <http://mrhrc.sbm.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=525&pageid=58725>.

Municipal public health and wellbeing planning 2025–2021 Advice Note 1 August 2020; available at: https://www.mav.asn.au/__data/assets/pdf_file/26254/0019/MPHWP-2025-2021-Advice-Note-1-August2020.pdf

Nahidi, F., Kariman, N., Simbar, M., & Mojab, F. (2012). The study on the effects of *Pimpinella anisum* on relief and recurrence of menopausal hot flashes. *Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR*, 1079 ,(4)11. Narasimhan, M. and Kapila, M., (2019). Implications of self-care for health service provision. *Bulletin of the World Health Organization*, 2)97), p.76.

Narasimhan, M., Allotey, P. and Hardon, A., (2019). Self Care Interventions for Sexual and Reproductive Health: Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. *The BMJ*, 36

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2020). Factors associated with quality of life of postmenopausal women living in Iran. *BMC Women's Health*, ,(1)20 9-1

Nazarpour, Soheila, Masoumeh Simbar, Fahimeh Ramezani Tehrani, and Hamid Alavi Majd. «The relationship between menopausal symptoms and sexual function.» *Women & health* 58, no. 1123-1112 :(2018) 10.

Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2015). Exercise and sexual dysfunction among postmenopausal women in Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 32-17 ,(1)13.

Nazarpour, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2016). Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, ,(4)55 487-480.

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2017). Effects of sex education and Kegel exercises on the sexual function of postmenopausal women: a randomized clinical trial. *The journal of sexual medicine*, 967-959 ,(7)14.

Nazarpour, S., Simbar, M., Majd, H. A., & Tehrani, F. R. (2018). Beneficial effects of pelvic floor muscle exercises on sexual function among postmenopausal women: a randomised clinical trial. *Sexual health*, 402-396 ,(5)15.

Naz, M. S. G., Simbar, M., Fakari, F. R., & Ghasemi, V. (2018). Effects of model-based interventions on breast cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2031 ,(8)19.

Nedjat, S., Hosseini-poor, A.R., Forouzanfar, M.H., Golestan, B. and Majdzadeh, R., (2012). Decomposing socioeconomic inequality in self-rated health in Tehran. *J Epidemiol Community Health*, 6(66), pp.500-495.

Oskouie, F., Kashefi, F., Rafii, F., & Gouya, M. M. (2017). Barriers to self-care in women of reproductive age with HIV/AIDS in Iran: a qualitative study. *The Pan African Medical Journal*, 28.

86. Pourmohsen, M Simbar, F Nahidi, F Fakor. HPV Risk Factors and Prevention Behaviours: A Review. *Journal Of Clinical & Diagnostic Research*, (12) 12 (2018)

Polit, DF & Beck, CT 2014, *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8 edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.138.

Rankin, NM, McGregor, D, Butow, PN, White, K, Phillips, JL, Young, JM, Pearson, SA, York, S & Shaw, T (2016), 'Adapting the nominal group technique for priority setting of evidence-practice gaps in implementation science', *BMC medical research methodology*, vol. 16, no. 1, pp. 110-110. Available from: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s917-0210-016-12874> [7-may 2018].

Rattray, J & Jones, MC 2007, 'Essential elements of questionnaire design and development', *J Clin Nurs*, vol. 16, no. 2, pp. 43-234.

Rohani, H. S., Ahmadvand, A., & Garmaroudi, G. (2018). The relationship between important reproductive health indices and human development index in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 54 ,32.

Sarkar, C., & Webster, C. (2017). Healthy cities of tomorrow: the case for large scale built environment–health studies. *Journal of Urban Health*, 19-4 ,(1)94.

Sadigh, S., Reimers, A., Andersson, R. and Laflamme, L., 2004. Falls and fall-related injuries among the elderly: a survey of residential-care facilities in a Swedish municipality. *Journal of community health*, 2(29), pp.140-129.

Schillinger, D., Chittamuru, D., & Ramírez, A. S. (2020). From “infodemics” to health promotion: A novel framework for the role of social media in public health. *American journal of public health*, 1396-1393 ,(9)110.

Shariat Moghani, S., Simbar, M., Rashidi Fakari, F., Ghasemi, V., Dolatian, M., Golmakani, N., & Nasiri, M. (2018). The Relationship Between Stress, Anxiety and Depression With Menopausal Women Experiences. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 340-333 ,(5)26.

Simbar, M., Nazarpour, S., Alavi Majd, H., Dodel Andarvar, K., Jafari Torkamani, Z., & Alsadat Rahnemaei, F. (2020). Is body image a predictor of women’s depression and anxiety in postmenopausal women?. *BMC psychiatry*, 8-1 ,20.

Simbar, M., Rahmanian, F., Nazarpour, S., Ramezankhani, A., & Zayeri, F. (2021). Needs for a gender-based perimarital couples’ counselling services in Iran. *Nursing Open*, 857-850 ,(2)8.

Simbar, M., Zare, E., & Shahhosseini, Z. (2019). Adolescent’s psychological health in Iran. *International journal of adolescent medicine and health*, 1(ahead-of-print).

Smith, J., Griffiths, K., Judd, J., Crawford, G., D’Antoine, H., Fisher, M., ... & Harris, P. (2018). Ten years on from the world health organization commission of social determinants of health: Progress or procrastination?. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 3 ,(1)29.

Tehrani, F. R., Hashemi, S., Simbar, M., & Shiva, N. (2011). Screening of the pelvic organ prolapse without a physical examination;(a community based study). *BMC women’s health*, 6-1 ,(1)11.

Tehrani, F. R., Simbar, M., & Abedini, M. (2011). Reproductive morbidity among Iranian women; issues often inappropriately addressed in health seeking behaviors. *BMC Public Health*, 8-1 ,(1)11.

Tran, N. T., Tappis, H., Moon, P., Christofield, M., & Dawson, A. (2021). Sexual and reproductive health self-care in humanitarian and fragile settings: where should we start?. *Conflict and Health*, 7-1 ,(1)15.

Taj, T., Malmqvist, E., Stroh, E., Oudin Åström, D., Jakobsson, K. and Oudin, A., (2017). Short-term associations between air pollution concentrations and respiratory health—Comparing primary health care visits, hospital admissions, and emergency department visits in a multi-municipality study. *International journal of environmental research and public health*, 6)14), p.587.

Tamanini, J.T.N., Lebrão, M.L., Duarte, Y.A., Santos, J.L. and Laurenti, R., (2009). Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cadernos de saude publica*, 25, pp.1762-1756.

UNFPA, International Conference of Population and Development, 1994, Cairo, Egypt.

Waltz, CF, Strickland, OL & Lenz, ER 2017, *Measurement in nursing and health research*, 5 edn, Springer. New York.

United Nations University W. Economic and financing considerations of self-care interventions for sexual and reproductive health and rights. (19-1:(2020.

Unesco 2021. <https://en.unesco.org/themes/education-health-and-well-being>

WHO 2016; The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2030–2016); <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>

WHO 2018; meeting on ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health; Summary report

WHO 2019; WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>

Wong, C. L., Ip, W. Y., Choi, K. C., & Lam, L. W. (2015). Examining self-care behaviors and their associated factors among adolescent girls with dysmenorrhea: An application of Orem's self-care deficit nursing theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 227-219, (3)47.

Yazdkhasti, M., Simbar, M., & Abdi, F. (2015). Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 3(17).

Yamin, A.E. and Boulanger, V.M., (2013). Embedding sexual and reproductive health and rights in a transformational development framework: lessons learned from the MDG targets and indicators. *Reproductive Health Matters*, 42(21), pp.85-74.

Yuming, W. A. N. G., Xinxin, W. A. N. G., & Fangxia, G. U. A. N. (2017). The beneficial evaluation of the healthy city construction in China. *Iranian journal of public health*, 843, (6)46.

منابع فارسی

دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۹۷؛ پایگاه اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دیدار معاون اجتماعی دانشگاه با رییس جدید اداره کل سلامت شهرداری تهران

<https://iums.ac.ir/content/65380>

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۹۷ اخبار دانشگاه، انعقاد تفاهم نامه بین اداره کل سلامت شهرداری تهران و دانشگاه.

<https://www.sbm.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=518&pageid=45166&newsview=68128>

حاجی زاده، ا و اصغری، م ۱۳۹۴، روش ها و تحلیل های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی، چاپ دوم، انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران.

سایت سازمان آمار، نتایج سرشماری. قابل دسترس از:

www.amar.org.ir/Portals/0/sarshomari90/Files/ABADY90-/os23.xls

مرکز ارتباط بین الملل شهرداری تهران ۱۳۹۹، برنامه های سلامت تهران در چارچوب دستورالعمل های سازمان جهانی بهداشت

Available at: <https://ccia.tehran.ir/default.aspx?tabid=101&ArticleId=9379>

وبگاه رسمی منطقه ۱ شهرداری تهران

<https://region1.tehran.ir/>

وبگاه رسمی شهرداری منطقه ۱۸ تهران

<https://region18.tehran.ir/>

وبگاه رسمی منطقه ۱۵ شهرداری تهران

<https://region15.tehran.ir/>

وبگاه رسمی مرکز بهداشتی درمانی منطقه ۵، ۲۰۲۱

<https://shahresalem.tehran.ir/Default.aspx?tabid=103>

وبگاه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<https://www.sbm.u.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=518&pageid=45166&newsview=68128>

وبگاه بیمارستان امام حسین تهران ۲۰۲۱

<https://www.ehmc.ir/news/>

عضویت در شبکه بین المللی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت

وبگاه بیمارستان عرفان نیایش

<http://niayeshhospital.ir/fa>

همشهری آنلاین ۱۳۹۰. آشنایی با اداره کل سلامت.

<https://www.hamshahrionline.ir/news/140501>

پیوست

پیوست‌ها

پیوست شماره ۱: «پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه»

مشخصات و دستورالعمل اجرا و نمره دهی

نام پرسشنامه فارسی	نام پرسشنامه انگلیسی	تعداد سوال بخش‌های پرسشنامه	میانگین شاخص روایی محتوا	میانگین نسبت روایی محتوا	روایی صوری (نمره تاثیر)	همسانی درونی	ثبات
سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند	Menopausal Women Reproductive Health Self Care Needs Assessment MRSH-SC	۳۸ سوال شامل سوالات: ۱۴ عبارت برای خودمراقبتی سلامت جسمی (دامنه نمره ۱۴-۴۲) ۶ عبارت خودمراقبتی برای سلامت روانی - اجتماعی (دامنه نمره ۶-۱۸) ۱۲ عبارت خودمراقبتی برای سلامت باروری - جنسی (دامنه نمره ۱۲-۳۶) ۶ عبارت آزمایشات دوره‌ای (دامنه نمره ۶-۱۸) کل (دامنه نمره ۳۸-۱۱۴) نمرات بر مبنای صد محاسبه و اعلام می‌گردند.	۰,۹۹	۱-۰,۸۳	حداکثر نمره ۴,۵۸ و حداقل آن ۰,۴۷ و ۴ گویه کمتر از ۱/۵	۰,۸۹	۰,۹۲

نحوه نمره دهی ابزار

نمره دهی ۱ تا ۳ برای انتخاب گزینه‌های: خیر، انجام ندادم؛ بلی تا حدودی/قصد انجام دارم؛ بلی، انجام دادم در نظر گرفته شد و جمع نمره کل و یا برای هر حیطه محاسبه و سپس برای استاندارد سازی نمره بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود.

$$(X - \text{Min Score} / \text{Max} - \text{MinScore}) \times 100$$

معیارهای ورود به مطالعه

۱. ساکن شهر تهران باشند.
۲. یائسه باشند.
۳. ۴۵ ساله و بیشتر باشند.
۴. وضعیت روانی و ارتباط مناسب برای پر کردن پرسشنامه را داشته باشند

«پرسشنامه طرح سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند»

شهروند محترم

با سلام و احترام،

مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با همکاری شهرداری تهران در نظر دارد طرحی را برای و ترویج خودمراقبتی و ارتقای سلامت باروری زنان شهروند تهران طراحی و اجرا نماید. در این راستا «پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه» در اختیارتان قرار گرفته است تا با پاسخگویی خود ما را در تحقق این هدف یاری نمایید. لازم به ذکر است که پرسشنامه بدون ذکر نام و اطلاعات آن کاملاً محرمانه و فقط در جهت اهداف پژوهش می‌باشد و شرکت شما در این پژوهش کاملاً اختیاری است. از اینکه ما را در تکمیل این پرسشنامه یاری می‌فرمایید صمیمانه از شما تشکر و قدردانی می‌کنیم.

«پرسشنامه دموگرافیک طرح سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه و سالمند»

۱. در کدام منطقه از تهران زندگی می‌کنید؟
۲. در کدام محله تهران زندگی می‌کنید:....
۳. چند سال دارید؟.....سال
۴. وزن شما چقدر استکیلوگرم
۵. قد شما چقدر است؟ سانتی متر
۶. وضعیت تأهل شما چگونه است؟
۱. مجرد ☐ ۲. متأهل ☐ ۳. مطلقه ☐ ۴. بیوه ☐
۷. در صورت تاهل، طول مدت ازدواج شما چقدر است؟..... سال
۸. چند سالگی یائسه شدید؟.....سالگی
۹. چند فرزند دارید؟.....
۱۰. افراد خانوار که در زیر یک سقف با هم زندگی می‌کنند، چند نفر هستند؟.....
۱۱. سطح تحصیلات شما چقدر است؟
۱. بیسواد ☐ ۲. ابتدایی ☐ ۳. دبیرستان ☐
۴. دانشگاهی (فوق دیپلم و لیسانس) ☐ ۵. دانشگاهی (کارشناسی ارشد و دکترا) ☐
۱۲. شغل شما چیست؟ ۱) خانه دار ☐ ۲) شاغل ☐ ۳) باز نشسته ☐
۱۳. میزان کفایت درآمد ماهیانه خانواده شما چقدر است؟
- ۱) در حد کفایت ☐ ۲) کمتر از حد کفایت ☐ ۳) بیش از حد کفایت با پس انداز ☐
۱۴. وضعیت محل سکونت شما چگونه است؟
- ۱) شخصی ☐ ۲) رهن و اجاره ☐ ۳) منزل بستگان یا فرزندان ☐
۱۵. در صورت تاهل، سطح تحصیلات همسر شما چگونه است؟
۱. بیسواد ☐ ۲. ابتدایی ☐ ۳. دبیرستان ☐
۴. دانشگاهی (فوق دیپلم و لیسانس) ☐ ۵. دانشگاهی (کارشناسی ارشد و دکترا) ☐
۱۶. در صورت تاهل، شغل همسر شما چیست؟
- ۱) بیکار ☐ ۲) شغل دولتی/عمومی ☐ ۳) شغل آزاد ☐ ۴) باز نشسته ☐

«پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه»

آیا مراقبت‌ها یا مشاوره‌های زیر را طی چند سال اخیر انجام داده اید؟

بررسی یا مشاوره	خیر انجام ندادم	بلی تا حدودی / قصد انجام دارم	بلی انجام دادم
۱ اندازه گیری قد و وزن			
۲ وضعیت تغذیه			
۳ وضعیت فعالیت فیزیکی			
۴ ایمنی در استفاده از اینترنت و تلفن همراه			
۵ قرارگرفتن پوست در معرض نور خورشید جهت جذب ویتامین دی			
۶ بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان و مصرف از فلوراید			
۷ وضعیت سلامت بینایی			
۸ اجتناب از مصرف الکل، سیگار، تنباکو و ...			
۹ دریافت ویتامین و مواد معدنی (به طور خاص ویتامین د، کلسیم و اسید فولیک)			
۱۰ استفاده از داروهای مکمل و گیاهی			
۱۱ اختلالات خواب			
۱۲ سبک زندگی (ورزش، تغذیه، خواب، استراحت و تفریح)			
۱۳ رانندگی ایمن (بستن کمربند ایمنی، عدم مصرف مواد و الکل..)			
۱۴ پیشگیری از حوادث (ایمنی ورزش، خطرات شغلی، حفاظت از شنوایی و...)			
۱۵ وضعیت افسردگی			
۱۶ وضعیت اضطراب و استرس			
۱۷ وضعیت افکار و اقدام به خودکشی			
۱۸ ارتباطات فردی و خانوادگی			

بررسی یا مشاوره	خیر انجام ندادم	بلی تا حدودی / قصد انجام دارم	بلی انجام دادم
۱۹			خشونت جسمی، جنسی و عاطفی
۲۰			رضایت شغلی
۲۱			بررسی علایم یائسگی
۲۲			بررسی درمان‌های هورمونی
۲۳			عملکرد و اختلالات جنسی
۲۴			بررسی بی اختیاری ادرار و مدفوع
۲۵			بررسی اختلالات کف لگن
۲۶			خود آزمایی و معاینه پستان
۲۷			معاینه پستان توسط پرسنل بهداشتی در ۳ سال اخیر
۲۸			ماموگرافی (عکس برداری از پستان‌ها)
۲۹			پیشگیری از انتقال بیماری جنسی و ایدز
۳۰			غربالگری و درمان ترشحات دستگاه تناسلی (عفونت کلامیدیا و گنوره) در صورت فعال بودن از نظر جنسی
۳۱			انجام آزمایش از نظر بررسی ایدز در صورت فعال بودن از نظر جنسی
۳۲			انجام غربالگری از دهانه رحم در ۳ سال اخیر
۳۳			آزمایش‌های دوره‌ای برای پیشگیری از خطر بیماری‌های مزمن (سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت و تیروئید)
۳۴			آزمایش مدفوع
۳۵			انجام غربالگری دیابت در ۳ سال اخیر
۳۶			انجام غربالگری چربی خون در ۵ سال اخیر
۳۷			انجام غربالگری تیروئید در ۵ سال اخیر
۳۸			عکس برداری از روده‌ها (کولونوسکوپی) در ۱۰ سال اخیر

پیوست شماره ۲: مکاتبات برای کسب مجوز، هماهنگی و ارسال دستورالعمل نمونه‌گیری



سرکار خانم دکتر خدا کرمی

سرکار خانم دکتر نصیری

سرکار خانم دکتر کریمی

با سلام

احتراما، به استحضار میرسانم که سه پرسشنامه طرح سنجش نیازهای سلامت باروری زنان تهران شامل (۱) برای زنان ۱۹-۳۹ سال؛ (۲) زنان ۴۰-۵۵ سال و (۳) زنان یائسه و سالمند، به صورت الکترونیک در آمده و آماده نمونه‌گیری از مناطق و محلات تهران به شرح زیر می‌باشد (جدول ۱). لازم به ذکر است، تعداد نمونه با استفاده از فرمول نمونه‌گیری مطالعات مقطعی ۳۵۰ که در این مطالعه ۴۸۰ نمونه برای هر گروه در نظر گرفته شده است. در مجموع ۱۴۴۰ نمونه در کل محاسبه شده است. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، انتخاب مناطق همه‌شماری، انتخاب محلات تصادفی، تعداد نمونه از مناطق سهمیه‌ای و سپس در دسترس مستمر می‌باشد.

لذا خواهشمندم ترتیبی اتخاذ فرمایید که مسئولین خانه‌های سلامت مذکور که به صورت هدفمند از جدول اکسل «مسئولین خانه‌های سلامت» انتخاب شده‌اند، هریک ۳۰ نمونه واجد شرایط از محله خود (شامل ۱۰ نمونه از هر گروه از زنان: ۱۹-۳۹؛ ۴۰-۵۵ سال و یائسه) را انتخاب نموده و لینک فرم مربوطه (جدول ۱) را در اختیارشان قرار دهد و یا خود از طریق مصاحبه، به تکمیل الکترونیک فرم شان اقدام نمایند.

لازم به ذکر است در صورت نیاز به توضیحات بیشتر برای نمونه‌گیری و تکمیل فرم، با ارسال جدول شناسه اسکایپی «مسئولین خانه سلامت» به جلسه اسکایپی با نام گروه (MRHRC Shahr-dari Project) روز چهارشنبه ساعت ۱۱ تا ۱۲ (۲۴ دی و اول بهمن) دعوت و شرکت نمایند.

پیشاپیش از همکاری شما سپاسگزارم

دکتر معصومه سیمبر

رئیس مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری

جدول ۱. لینک فرم‌ها به تفکیک

لینک کوتاه	لینک بلند	نام پرسشنامه
https://forms.gle/LnUimTw5BG6chPkv6	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeYEAN-RYty41g93akBvioRrTiZA_x2Y0VFihz3KI58BITWzw/viewform?usp=sf_link	پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه
https://forms.gle/9z6Kk72TJHDHbNpt8/	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSesSOVQl5_Qy0zQ2C21D8v4Jr6PB0auWAThdfi12AjwNzlgLg/viewform?usp=sf_link	پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان ۱۹ تا ۳۹ سال
https://forms.gle/ewqNK2UADgrcVUuSA	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf8v0i2XIYNpFtApTUuOMyQ-6NWHvq8mp9eoRQCOa4tbrVNYQ/viewform?usp=sf_link	پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان ۴۰ تا ۵۵ سال

شرایط ورود به مطالعه برای ۱۰ نمونه زن سنین باروری ۱۹ تا ۳۹ سال: ساکن منطقه و محله مربوطه تهران باشند؛ در محدوده سنی ۱۹ تا ۳۹ سال باشند؛ دارای بیماری‌های طبی و روانی شناخته شده نباشند؛ یائسه نباشند؛ باردار نباشند؛ سابقه نازایی و درمان آن را نداشته باشند.

شرایط ورود به مطالعه برای ۱۰ نمونه زن سنین باروری ۴۰ تا ۵۵ سال: ساکن منطقه و محله مربوطه تهران باشند؛ در محدوده سنی ۴۰ تا ۵۵ سال باشند؛ دارای بیماری‌های طبی و روانی شناخته شده نباشند؛ یائسه نباشند؛ باردار نباشند؛ سابقه نازایی و درمان آن را نداشته باشند.

شرایط ورود مطالعه برای زنان یائسه و سالمند: ساکن منطقه و محله مربوطه تهران باشند؛ یائسه باشند؛ در دو محدوده سنی ۵۶ تا ۶۴ سال (۵ نمونه) ۶۴ سال و بالاتر (۵ نمونه) باشند. بیماری‌های طبی و روانی شناخته شده نباشند.

پیوست شماره ۳: نامه اداره کل سلامت جهت هماهنگی با خانه‌های سلامت

Page ۱ of ۱



تاریخ: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷

شماره: ۱۱۳۳۱۹/۹۵۰

پیوست: ۱

بسم الله الرحمن الرحيم

به: شهرداران محترم مناطق ۲۲ گانهبه: سرکار خاتم کریمی دبیر محترم کمیته سلامت شورای اسلامی شهر تهرانموضوع: صورتجلسه جلسه مشترک مدیران و مسئولین خانه های سلامت مناطق ۲۲ گانه - ارسال راهنمایاجرای طرح سلامت باروری زنان

با سلام و احترام
پیرو نامه شماره ۱۰۸۶۷۶۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۱، در خصوص برگزاری جلسه مشترک با مدیران محترم سلامت مناطق ۲۲ گانه و مسئولین خانه های سلامت محلات منتخب و با عنایت به اینکه به دلیل اهمیت ارزیابی سالانه موضوع ارزیابی نیز در دستور جلسه قرار گرفت، مصوبت این جلسه به شرح ذیل اعلام می گردد خواهشمند است دستور فرمایید همکاری و اقدام لازم بعمل آید.
۱- در خصوص موضوع ارزیابی سالانه مقرر گردید شاخص های ارزیابی در اختیار مناطق قرار گیرد و مدیران محترم سلامت نسبت به تکمیل اطلاعات لازم به خصوص اصلاح، تنقیق و تکمیل اطلاعات سامانه مدیریت آمار و اطلاعات اقدام نمایند. در تمام برنامه ها و فعالیت های ذکر شده، ارائه گزارش در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات دارای بالاترین امتیاز خواهد بود.
۲- در خصوص پروژه «طراحی بسته خدمات ارتقاء رفتارهای سلامت باروری زنان شهر تهران»، مقرر گردید مدیران محترم سلامت و مسئولین محترم خانه های سلامت حداکثر همکاری را برای اجرای پروژه داشته باشند. در همین راستا به پیوست راهنمای پرستگری طرح مذکور به منظور اقدام برابری ساز و کار اجرایی پیش بینی شده ارسال می گردد.

تأییدیه محسوسه
مدیرکل

رونوشت: معاونین محترم امور اجتماعی و فرهنگی مناطق ۲۲ گانه شهر تهران

سرکار خاتم دکتر دبیر محترم طرح جهت استحضار

مدیران محترم سلامت مناطق ۲۲ گانه جهت هماهنگی برای اجرای طرح با مشارکت مسئولین خانه های سلامت مورد نظر

رئیس اداره توجیهی اداره کل سلامت معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران - مریم کبری



بسمه تعالی

طراحی بسته خدمات ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان در سنین باروری و یائسگی شهروند تهران مبتنی بر تحلیل وضعیت رفتارهای خودمراقبتی

مقدمه

اداره کل سلامت شهرداری تهران و کمیته سلامت شورای اسلامی شهر تهران با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، در نظر دارد نسبت به طراحی بسته خدمات ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان در سنین باروری و یائسگی شهروند تهران مبتنی بر تحلیل وضعیت رفتارهای خودمراقبتی با هدف ارتقای سلامت زنان اقدام نماید.

از سال ۴۹۹۱ که در کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه تعریف گردید (UNFPA 4991) و از آنجاییکه ۷ هدف از اهداف هشتگانه توسعه هزاره سوم مستقیم یا غیر مستقیم به سلامت باروری مرتبط است، باور بر این است که نیل به اهداف توسعه با ارتقای سلامت باروری امکان پذیر است (3142Yamin et al) (از مهمترین اهداف بهداشت باروری می توان به سلامت بارداری و پیشگیری از مرگ و میر و عوارض ناشی از آن، پیشگیری از بارداری ناخواسته و سقط غیر ایمن، پیشگیری از بیماری های مقاربتی و ایدز، پیشگیری از سرطان های زنان، سلامت دختران نوجوان، پیشگیری از خشونت اشاره کرد). UNFPA 4991 (از آنجاییکه زنان و دختران نوجوان به لحاظ ویژگی های خاص باروری قشر آسیب پذیرتری در حوزه سلامت باروری هستند مورد تاکید ویژه قرار دارند و در استراتژی جهانی سلامت زنان، کودکان و نوجوانان که توسط سازمان ملل برای سال ۳۱۴۲ تا ۳۱۲۱ اعلام شده، تا سال ۳۱۲۱ همه زنان و کودکان و نوجوانان در هر کجای جهان باید به حقوق خود در حیطه های سلامت و رفاه جسمی و روانی خود برسند و در این راستا یکی از مهمترین اهداف را حصول اطمینان از دستیابی همگانی به خدمات مراقبتی سلامت باروری- جنسی بیان نموده است) (3142WHO). (بعلاوه، زنان در دوران زندگی خود تغییرات فیزیولوژیک

متغیری را از زمان تولد تا مرگ تجربه می‌کنند که نیازمند خدمات باروری متفاوت از تولد تا مرگ هستند) 3149; MedlinePlus; Narasimhan and Kapila (از طرفی ارائه خدمات در نظام سلامت پر هزینه است و سازمان بهداشت جهانی در سه دهه اخیر تاکید زیادی بر ترویج خودمراقبتی بخصوص در حیطه سلامت باروری با تاکید بر خودمراقبتی در سلامت باروری زنان دارد. خودمراقبتی به مفهوم توانایی افراد و جوامع در ترویج سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و حفظ سلامت و مقابله با بیماری و معلولیت بدون حمایت مراقبین بهداشتی) WHO 3142 (و خودمراقبتی در سلامت باروری به معنی این است که زنان و دختران قادر به شناسایی نیازهای بهداشتی خود، دسترسی به فن آوری‌های مناسب بهداشتی و مدیریت موثر شرایط بهداشتی خود بخصوص

جستجوی خدمات و کمک‌های تخصصی سلامت باروری-جنسی خود باشند) Narasimhan, et al. (مهمترین حوزه‌های سلامت باروری و مراقبت از خود در سلامت باروری سلامت مادران، تنظیم خانواده، ناباروری، سقط، بیماری‌های مقاربتی و ایدز، سرطان‌های سیستم باروری، بیماری‌های زنان و خشونت‌های مبتنی بر جنسیت است) WHO 3142).

اداره کل سلامت شهرداری تهران در راستای ارتقای سلامت شهر و شهروندان فعالیت می‌نماید. از مهمترین گروه‌های هدف اداره کل سلامت شهرداری تهران، افراد دارای نیازهای خاص مانند افراد دارای معلولیت، سالمندان، زنان و کودکان می‌باشند. با عنایت به اینکه زنان تاثیرگذارترین افراد در سلامت خانواده و جامعه هستند، توجه به ارتقای سلامت آنها منجر به سلامت خانواده و جامعه خواهد شد و موضوع سلامت باروری که به معنی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان از تولد تا مرگ در حوزه باروری است یکی از مهمترین مسائل زنان می‌باشد.

استانداردها و راهنماهای خودمراقبتی زنان در سلامت باروری در کتب مرجع و یا توسط نهادهای معتبری همچون انجمن‌های زنان و مامایی و یا انجمن سرطان زنان ارائه گردیده‌اند (ACOG 3149; CDC 3149; ACS 3149) وزارت بهداشت نیز استانداردهایی را برای مراقبت از مادران در دوران بارداری ارائه نموده است (4294MOHME). این راهنماها می‌توانند اساس نیاز سنجی برای برنامه ریزی جهت ترویج خودمراقبتی زنان در سلامت باروری برای ارائه خدمت در خانه‌های سلامت شهرداری برای ارائه خدمات کارآمد و موثر با هزینه کارآمدی مناسب قرار گیرد. از آنجایی که تا کنون مطالعه‌ای که اساس برنامه ریزی مبتنی بر مستندات برای ارائه خدمات در این شهر باشد انجام نشده است و با توجه به تنوع نیازهای زنان در مناطق و محلات مختلف تهران از نظر بافت اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، تحلیل وضعیت خودمراقبتی و نیاز سنجی و برنامه ریزی مبتنی بر تفاوت‌های منطقه‌ای ضروری به نظر می‌رسد.

در همین راستا طراحی بسته خدماتی معتبر مبتنی بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان یائسه و سالمند ساکن تهران در دو بعد پیشگیری از سرطان‌های زنان و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و آیدز طراحی و ارائه می‌گردد تا راهگشایی برای ارتقای سلامت زنان یائسه ساکن تهران و الگویی برای ارتقای سلامت زنان یائسه و سالمند در شهروندان سایر شهرها باشد.

اهداف کاربردی

با تحلیل وضعیت خودمراقبتی زنان در سنین باروری، نیازهای سلامت باروری زنان ساکن شهر تهران به تفکیک مناطق استخراج و سپس اولویت بندی و استراتژی‌های ارتقای و ترویج خودمراقبتی در سلامت زنان در سنین باروری طراحی و در پانل متخصصین اولویت بندی و بر اساس اولویتها و مبتنی بر نیاز مناطق برنامه‌ای طراحی و در اختیار برنامه ریزان و سیاستگذاران شهرداری تهران قرار می‌گیرد.

زمان اجرای پرسشگری

زمان اجرای طرح ۲ الی ۲۱ بهمن ماه سال جاری می‌باشد.

مکان اجرای پرسشگری

لیست محلات منتخب و مسئولین خانه‌های سلامت در اجرای طرح سلامت باروری زنان شهر تهران

منطقه	محل	مسئول خانه سلامت
۱	دربند	مژگان دالائی
	قیطریه	سمیرا سرابی
۲	پونک	فاطمه کرمی
	دریا	سمیه آریایی حاجی آقا
	دریان نو	فخرالسادات سلامت منش
۳	کاووسیه	رزت آقا جوادی
	صدر	آمنه مومنی کشتلی
۴	علم صنعت	افسانه جنانی
	کوهسار	فرحناز فضلی
	قاسم آباد و ده نارمک	زهرا هفت لنگ
۵	جنت آباد شمالی	الهه مافی شورستانی
	اندیشه	ژیلا دواساز ایرانی
	کن	فاطمه قربانی
۶	جمالزاده	نرگس عزیزی
	بهجت آباد	ماهرز حق شناس
۷	امجدیه خاقانی	فاطمه شعبانی مقدم
	نیلوفر	یاسمن آخوندی
۸	هفت حوض	ساناز نوروزی
	نارمک	لیلا ثابت مقدم
۹	امامزاده عبدالله	مینا لشگری
	شهید دستغیب	شهلا ابراهیمی
۱۱	بریانک	نسرین حسونی
	جی	نسرین اجدادی
	انبار نفت	مونا مهدوی محمره
	منیریه	مولود مصطفی مقدم

منطقه	محلہ	مسئول خانہ سلامت
۱۲	قیام	الہام اقبالیان
	سنگلج	شیدا خلیلی
۱۳	اشراقی	الہام زندیہ
	شہید اسدی	فریدہ ایمانیان
۱۴	شکوفہ	بہارہ فرنقی
	جوادیہ	معصومہ خسروی نژاد
۱۵	افسریہ جنوبی	زہرا مہری
	شوش	سمیہ بہمنی
	ہاشم آباد	منیرہ حسین زادہ
۱۶	یاخچی آباد	سیمین عبدلی لیٹی
	نازی آباد	فرنوش سرخیل
۱۷	یافت آباد	سحر نصرتی
	ابوذر غربی	معصومہ سعادت
۱۸	خلیج فارس شمالی	عاطفہ توحیدنژاد
	شادآباد	گلرخ کاظم پور
۱۹	شریعتی جنوبی	فریبا فتحی ماہ آبادی
	خانی آباد شمالی	زینب مرادی
۲۱	ولی آباد	زہرا آقارضالو
	ابن بابویہ - شہیدغیوری	زہراکمالی
	شہرک غزالی	زہرا علی زادہ
	وردآورد	منیژہ برند
۲۲	گلستان	پندار امامی آل آقا
	دھکدہ المپیک	سارا رنجبر جدی

نحوه تکمیل پرسشنامه

مسئولین محترم خانه‌های سلامت می‌بایست برای هر محله، ۲۱ نفر از افراد واجد شرایط را شناسایی و پرسشنامه مذکور را برای ایشان ارسال نمایند. لینک فرم مربوطه را در اختیارشان قرار دهند و یا خود از طریق مصاحبه، به تکمیل الکترونیک فرم شان اقدام نمایند. در همین راستا ضروری است تلاش شود پرسشنامه برای زنان در پایگاه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مختلف در سطح محله ارسال گردد. همچنین تلاش گردد، پرسشنامه‌ها از افرادی که دسترسی کمتری به خدمات خانه سلامت نیز داشته‌اند، تکمیل گردد.

در این طرح زنان مورد نظر در سه گروه دسته بندی شده‌اند و برای هریک از این گروه‌ها پرسشنامه‌ای به صورت مجزا در قالب فایل الکترونیک تعریف و آماده شده و تعداد نمونه برای تکمیل پرسشنامه برای هر گروه نیز مشخص شده است:

موارد قابل توجه برای مسئولین خانه‌های سلامت منتخب

- پرسشنامه اینترنتی است و می‌بایست پس از شناسایی، بررسی شرایط و توجیه افراد منتخب (نمونه‌ها)، لینک برای آنها فرستاده شود.
- برای افراد گروه سوم زنان یائسه و سالمند که ممکن است امکان خواندن و یا استفاده از لینک برای ایشان وجود نداشته باشد، می‌توانید پس از شناسایی، بررسی شرایط و توجیه نمونه‌ها، طی تماس تلفنی پرسش‌ها را برای آنها بخوانید و پاسخ‌ها را خودتان در لینک پر کنید.
- اجرای پرسشگری صرفاً در محلات منتخب انجام شود (افراد منتخب حتماً ساکن محله شما باشند)، اما توجه نمایید که نمونه‌های انتخابی صرفاً از مخاطبین خانه‌های سلامت نباشند و از سایر افرادی که از برنامه‌های خانه‌های سلامت استفاده نکرده‌اند نیز استفاده کنید.
- پاسخگویان در مورد نام محله و شماره منطقه در صورت نیاز راهنمایی شوند. تا اطلاعات کامل و به درستی وارد شود.
- در صورتی که در محله شما اتباع یا گروه‌های قومیتی ساکن هستند، این افراد نیز بخشی از جامعه هدف شما تلقی می‌گردند و می‌توانید برای تکمیل پرسشنامه‌ها از ایشان نیز استفاده کنید.
- برای نهایی شدن تکمیل پرسشنامه حتماً دکمه ثبت را بزنید.
- در پایان طرح پژوهشی برای مسئولین خانه‌های سلامت فعال در پروژه، گواهینامه صادر خواهد شد.

● در پایان طرح پژوهشی از مسئولین خانه‌های سلامت منتخب، مبتنی بر کیفیت اطلاعات تکمیلی پرسشنامه‌ها تقدیر بعمل خواهد آمد.

لازم به ذکر است در صورت نیاز به توضیحات بیشتر برای نمونه‌گیری و تکمیل فرم، در طول اجرای پرسشگری همه روزه به جز روزهای جمعه از ساعت ...سرکارخانم دکتر معصومه سیمبر مجری محترم طرح با شماره تلفن... آماده پاسخ به سوالات شما عزیزان می‌باشند.

«فرآیند اجرایی تحلیل وضعیت خودمراقبتی زنان»



آدرس لینک‌های پرسشنامه‌ها

لینک	نام پرسشنامه
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSesSOVQI5_Qy0zQ1C11D8v4Jr6PB0auWATHdfi11AjuNzlgLg/viewform?usp=sf_link	پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان ۱۱ تا ۹۱ سال
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf8v0i1XIYNpF tApTUuOMyQ-6NWHvq8mp1eoRQCOa4tbrVNYQ/viewform?usp=sf_link	پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان ۴۰ تا ۵۵ سال
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeYEA NRYty41g19akBvioRrTiZA_x1Y0VFihz9KI58BITWzw/viewform?usp=sf_link	پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی سلامت باروری زنان یائسه

- برای ملاحظه و تکمیل پرسشنامه، آدرس لینک را در نوار آدرس کپی کنید.
- برای ارسال لینک برای دیگران آدرس را در ایمیل یا واتساپ کپی و ارسال کنید.

پیوست شماره ۴: مراقبت و غربالگری‌های توصیه شده توسط کالج زنان و مامایی

ACOG-Women Health

<https://www.acog.org/womens-health/>

توصیه‌ها برای خودمراقبتی برای سلامت زنان در سنین باروری

مباحث بهداشتی

سنین ۱۳ تا ۱۸ سال

سالیانه به یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی مانند پزشک یا ماما مراجعه کنید و برای موارد زیر مشاوره و یا مراقبت دریافت نمایید:

مشکلات جنسی

تغییرات جسمی

انتظار برای داشتن رابطه جنسی

رفتارهای جنسی که شما را ممکن است در معرض خطر بیماری‌های مقاربتی قرار دهد و یا باردار شوید.

روش‌های پیشگیری از بارداری و یا روش‌های پیشگیری فوری

پیشگیری از عفونت‌های ناشی از بیماری‌های مقاربتی (مانند استفاده از کاندوم)

حفظ ایمنی در استفاده از اینترنت و تلفن همراه

تناسب اندام و تغذیه

فعالیت بدنی

تغذیه (از جمله اختلالات خوردن و نگرانی‌های مربوط به وزن)

ویتامین‌ها و مواد معدنی مهم (مانند اسید فولیک و کلسیم)

عوامل خطر برای بیماری‌های قلبی

سابقه خانوادگی بیماری قلبی

عوامل خطر شخصی برای بیماری‌های قلبی، مانند فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت

روابط شما و سلامت روان

افسردگی و خودکشی

روابط خانوادگی

گرایش جنسی و هویت جنسیتی

آرمان‌ها و اهداف شخصی

اختلالات رفتاری و یادگیری

سو استفاده عاطفی، جسمی و جنسی توسط یکی از اعضای خانواده یا شریک زندگی

تجارب در مدرسه

روابط با دوستان

آشنایی با پیشگیری از تجاوز جنسی

قلدری

مباحث دیگر

استفاده از داروی مکمل و جایگزین

بهداشت (از جمله بهداشت دندان و مکمل فلوراید)

پیشگیری از آسیب: ایمنی ورزشی و ورزشی، ایمنی سلاح و سلاح گرم، خطرات شغلی و تفریحی،

محافظت از شنوایی، استفاده از کلاه ایمنی

روشهای ایمن رانندگی: استفاده از کمربند ایمنی، رانندگی منحرف یا رانندگی در حالی که تحت

تأثیر مواد هستید

قرارگرفتن پوست در معرض اشعه ماوراء بنفش

تنباکو، الکل و سایر مواد مخدر

امتحانات و تست‌های غربالگری

برای سنین ۱۳ تا ۱۸ سال

معاینات و تست‌های غربالگری زیر برای دختران سنین ۱۳ تا ۱۸ سال توصیه می‌شود:

چه وقت	چه و چرا	معاینه/غربالگری
اگر از نظر جنسی فعال باشد	یک نمونه ادرار یا نمونه گرفته شده با سواب از واژن، دهان، گلو، رکتوم یا اطراف دهانه رحم جمع‌آوری شده و برای آزمایش به آزمایشگاه ارسال می‌شود.	آزمایش کلامیدیا و سوزاک
اگر از نظر جنسی فعال باشد یا تاکنون از نظر جنسی فعال بوده باشد	آزمایشی برای بررسی HIV، ویروسی که می‌تواند باعث سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) شود	غربالگری ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)

واکسیناسیون

برای سنین ۱۳ تا ۱۸ سال

موارد ایمن سازی زیر برای دختران این گروه سنی توصیه می‌شود:

مضمون سازی	چه و چرا	چه زمانی
توکسوئیدهای دیفتری و کزاز و تقویت کننده واکسن سیاه سرفه (Tdap) یا کزاز - دیفتری (Td)	برای ایمن سازی در برابر بیماری‌های کزاز، دیفتری و سیاه سرفه	Tdap یکبار در سنین ۱۱ سالگی و ۱۸ سالگی در صورت عدم دریافت Tdap و به دنبال آن Td هر ۱۰ سال یکبار انجام شود
واکسن هپاتیت B	یک سری برای ایمن سازی در برابر بیماری هپاتیت B	یک سری اگر قبلاً ایمن نشده باشد
واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)	مجموعه‌ای از سه عکس برای ایمن سازی در برابر انواع خاصی از سری HPV	یک سری اگر قبلاً ایمن سازی نشده باشد، در سنین ۹ تا ۲۶ سال
واکسن آنفلوانزا	برای کمک به جلوگیری از آنفلوانزا (سرماخوردگی) استفاده می‌شود	سالانه
واکسن سرخک - اوریون - سرخچه	یک واکسن برای ایمن سازی در برابر سرخک، اوریون و سرخچه	اگر قبلاً ایمن سازی نشده باشد
واکسن مننگوکوک	یک بار برای ایمن سازی در برابر بیماری مننگوکوک	یک دوز در صورت عدم ایمن سازی قبلی. اگر اولین دوز خود را در سن ۱۳-۱۵ سال دریافت کرده اید، باید دوز دیگری را در سن ۱۸-۱۶ سالگی دریافت کنید
واکسن واریسلا	یک سری دو بار برای جلوگیری از آبله مرغان	یک سری اگر قبلاً ایمن سازی نشده یا هرگز آبله مرغان نداشته باشد

مباحث بهداشتی

سنین ۱۹ تا ۳۹ سال

سالیانه به یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی مانند پزشک یا ماما مراجعه کنید و برای موارد زیر مشاوره و یا مراقبت دریافت نمایید:

فعالیت جنسی و برنامه ریزی تولید مثل

پیشگیری از بارداری

برنامه بهداشت باروری برای کمک به شناسایی مسائل احتمالی قبل و بعد از بارداری

مشاوره پیش از لقاح و مشاوره ژنتیک

مشکلات یا نگرانی‌های جنسی

جلوگیری از عفونت‌های مقاربتی (مانند استفاده از کاندوم)

تناسب اندام و تغذیه

فعالیت بدنی

تغذیه (از جمله اختلالات خوردن و نگرانی‌های مربوط به وزن)

ویتامین‌ها و مواد معدنی مهم (مانند اسید فولیک و کلسیم)

عوامل خطر قلبی عروقی

سابقه خانوادگی بیماری قلبی

عوامل خطر شخصی برای بیماری‌های قلبی، مانند فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت

سابقه شخصی پره اکلامپسی، دیابت بارداری یا فشار خون بالا ناشی از بارداری

روابط شما و سلامت روان

روابط شخصی و خانوادگی شما

خشونت شریک زندگی صمیمی

آشنایی با پیشگیری از تجاوز جنسی

رضایت از کار

سبک زندگی و استرس

اختلالات خواب

مباحث دیگر

استفاده از داروی مکمل و جایگزین

خودآگاهی پستان (ممکن است شامل خود آزمایی پستان باشد)

دارو برای جلوگیری از سرطان پستان (اگر سن شما ۳۵ سال یا بیشتر است و در معرض خطر بالای

سرطان پستان هستید)

بهداشت دندان

پیشگیری از آسیب: ایمنی ورزشی و ورزشی، ایمنی اسلحه گرم، خطرات شغلی و تفریحی، محافظت

از شنوایی شما

روشهای ایمن رانندگی: استفاده از کمربند ایمنی، رانندگی منحرف یا رانندگی در حالی که تحت

تأثیر مواد هستید

قرارگرفتن پوست در معرض اشعه ماورای بنفش

افسردگی و خودکشی

تنباکو، الکل و سایر مواد مخدر

امتحانات و تست‌های غربالگری

سنین ۱۹ تا ۳۹ سال

معاینات و آزمایشهای غربالگری برای زنان در این گروه سنی توصیه می‌شود:

معاینه / غربالگری	چه و چرا	چه زمانی
غربالگری سرطان دهانه رحم	نمونه‌ای از سلول‌ها از دهانه رحم گرفته می‌شود تا تغییراتی که می‌تواند منجر به سرطان شود (تست پاپ) بررسی شود. این آزمایش ممکن است به همراه با آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) در زنان ۳۰ ساله و بالاتر انجام شود.	سن ۲۱-۲۹ سال: تست پاپ هر ۳ سال به تنهایی سن ۳۰ سال به بالا: ترجیح: آزمایش همزمان تست پاپ به همراه آزمایش (HPV) هر ۵ سال اختیاری: تست پاپ هر ۳ سال به تنهایی
آزمایش کلامیدیا و سوزاک	برای بررسی عفونت‌های منتقله از راه جنسی سوزاک و کلامیدیا از هر منطقه نمونه‌ای از سلول‌ها گرفته می‌شود. آزمایش ادرار نیز برای هر دو عفونت در دسترس است.	سالیانه انجام دهید: برای زنان ۲۴ ساله و بالاتر که از نظر جنسی فعال هستند و یا برای زنان ۲۵ ساله و بالاتر که دارای عوامل خطر (مانند چندین شریک، یک شریک جنسی جدید، یا تشخیص اخیر با (عفونت مقاربتی دیگر) هستند.
معاینه بالینی پستان	معاینه پستان توسط یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی	هر ۱-۳ سال از ۲۰ سالگی شروع می‌شود
آزمایش ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)	آزمایشی برای بررسی HIV، ویروسی که می‌تواند باعث سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) شود.	حداقل یک بار در عمرتان انجام دهید عوامل خطر بررسی کنید تا تعیین کنید آیا آزمایش مجدد مورد نیاز است

واکسیناسیون

سنین ۱۹ تا ۳۹ سال

انجام واکسیناسیون‌های زیر برای خانم‌های این گروه سنی توصیه می‌شود:

ایمن سازی	چه و چرا	چه زمانی
توکسوئیدهای دیفتری و کزاز و سیاه سرفه (Tdap) یا کزاز - دیفتری (Td)	ایمن سازی در برابر بیماری‌های کزاز، دیفتری و سیاه سرفه	یک بار مصرف Tdap تزریق یاد آور Td که هر ۱۰ سال یک بار انجام شود.
واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)	یک سری سه بار، برای ایمن سازی در برابر انواع خاصی از HPV	یک سری اگر ۲۶ سال یا کمتر باشد و قبلاً واکسینه نشده باشد
واکسن سرخک - اوریون - سرخچه	یک بار برای ایمن سازی در برابر سرخک، اوریون و سرخچه	اگر قبلاً ایمن سازی نشده باشد
واکسن آنفلوانزا	یک بار برای کمک به جلوگیری از آنفلوانزا	سالانه
واکسن واریسلا	یک سری دو بار، برای جلوگیری از آبله مرغان	یک سری اگر قبلاً ایمن سازی نشده یا هرگز آبله مرغان نداشته باشید.

مباحث بهداشتی

سنین ۴۰-۶۴ سال

سالیانه به یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی مانند پزشک یا ماما مراجعه کنید و برای موارد زیر مشاوره و یا مراقبت دریافت نمایید:

فعالین جنسی و برنامه ریزی تولید مثل

پیشگیری از بارداری

مشکلات یا نگرانی‌های جنسی

جلوگیری از عفونت‌های مقاربتی (مانند استفاده از کاندوم)

مشاوره پیش از لقاح و مشاوره ژنتیک (ممکن است برای برخی از زنان مناسب باشد)

تناسب اندام و تغذیه

فعالیت بدنی

تغذیه (از جمله اختلالات خوردن و نگرانی‌های مربوط به وزن)

ویتامین‌ها و مواد معدنی مهم (مانند اسید فولیک و کلسیم)

عوامل خطر قلبی عروقی

سابقه خانوادگی بیماری قلبی

عوامل خطر شخصی برای بیماری‌های قلبی، مانند فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت

سابقه شخصی پره اکلامپسی، دیابت بارداری یا فشار خون بالا ناشی از بارداری

روابط شما و سلامت روان

روابط خانوادگی شما

خشونت توسط شریک زندگی

رضایت از کار

سبک زندگی و استرس

اختلالات خواب

مباحث دیگر

استفاده از داروی مکمل و جایگزین

آسپرین برای کاهش خطر سکته مغزی. اگر سن شما ۵۵ تا ۷۹ سال است. قبل از شروع رژیم آسپرین با ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود صحبت کنید.

دارو برای جلوگیری از سرطان پستان (اگر سن شما ۳۵ سال یا بیشتر است و در معرض خطر بالای سرطان پستان هستید)

خودآگاهی پستان (ممکن است شامل خود آزمایی پستان باشد)

هورمون درمانی

بهداشت دندان

پیشگیری از آسیب: ایمنی ورزشی و ورزشی، ایمنی اسلحه گرم، خطرات شغلی و تفریحی، محافظت از شنوایی شما

روشهای ایمن رانندگی: استفاده از کمربند ایمنی، رانندگی منحرف یا رانندگی در حالی که تحت تأثیر مواد هستید.

قرارگیری در معرض نور خورشید

افسردگی و خودکشی

تنباکو، الکل و سایر مواد مخدر

علائم یائسگی

بی اختیاری ادرار و مدفوع

مشکلات کف لگن

امتحانات و تست‌های غربالگری

سنین ۴۰-۶۴ سال

معاینات و آزمایش‌های غربالگری برای زنان در این گروه سنی توصیه می‌شود:

معاینه / غربالگری	چه و چرا	چه زمانی
غربالگری سرطان دهانه رحم	نمونه‌ای از سلول‌ها از دهانه رحم گرفته می‌شود تا تغییراتی که می‌تواند منجر به سرطان شود (تست پاپ) بررسی شود. این آزمایش ممکن است به همراه با آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) در زنان ۳۰ ساله و بالاتر انجام شود.	ترجیح: آزمایش همزمان تست پاپ به همراه آزمایش (HPV) هر ۵ سال اختیاری: تست پاپ هر ۳ سال به تنهایی
معاینه بالینی پستان	معاینه پستان توسط یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی	سالانه
غربالگری سرطان روده بزرگ	آزمایشات غربالگری برای جستجوی سرطان روده بزرگ و راست روده	- کولونوسکوپی هر ۱۰ سال (ترجیح داده می‌شود) یا آزمایش غربالگری دیگر که از ۵۰ سالگی شروع می‌شود. - روش‌های دیگر شامل آزمایش‌های زیر است: - آزمایش خون مخفی مدفوع سالانه یا آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع با حساسیت بالا برای سرطان - سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال - آزمایش انما انحصاری باریوم مضاعف هر ۵ سال - توموگرافی کامپیوتری هر ۵ سال - آزمایش DNA مدفوع (فاصله نامعلوم)
آزمایش دیابت	آزمایشی برای اندازه گیری سطح گلوکز (قندی که در خون وجود دارد و منبع اصلی سوخت بدن است) زیرا سطح بالای آن می‌تواند نشانه دیابت شیرین باشد	هر ۳ سال بعد از ۴۵ سالگی
آزمایش هپاتیت C	آزمایش خون برای ارزیابی اینکه آیا فردی به ویروس هپاتیت C آلوده است	یک بار برای افراد متولد سالهای ۱۹۴۵ تا ۱۹۶۵ که از وضعیت عفونت خود مطلع نیستند
آزمایش ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)	آزمایشی برای بررسی HIV، ویروسی که می‌تواند باعث سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) شود.	حداقل یک بار در عمرتان انجام دهید عوامل خطر بررسی کنید تا تعیین کنید آیا آزمایش مجدد مورد نیاز است
ارزیابی مشخصات لیپید (چربی)	آزمایشی که برای ارزیابی خطر بیماری قلبی استفاده می‌شود و سطح کلسترول و تری گلیسیرید را در خون اندازه گیری می‌کند.	هر ۵ سال یکبار از ۴۵ سالگی
ماموگرافی	رادیوگرافی از پستان برای جستجوی سرطان پستان	سالانه
غربالگری هورمون تحرک کننده تیروئید	آزمایشی برای بررسی اینکه آیا غده تیروئید به درستی کار می‌کند	هر ۵ سال از ۵۰ سالگی شروع می‌شود

واکسیناسیون

سنین ۴۰-۶۴ سال

انجام واکسیناسیون‌های زیر برای خانم‌های این گروه سنی توصیه می‌شود:

مصون سازی	چه و چرا	چه زمانی
دیفتری و کزاز و سیاه سرفه (Tdap) یا یاد آور کزاز - دیفتری (Td) سال ها	یک بار برای ایمن سازی در برابر بیماری‌های کزاز، دیفتری و سیاه سرفه	یک بار مصرف Tdap یاد آور TD که هر ۱۰ سال انجام شود
واکسن هرپس زوستر	برای پیشگیری از زونا و تاول‌های دردناک ناشی از واریسلا	< یک بار اگر ۶۰ سال به بالا باشد و قبلا ایمن نشده باشد
واکسن آنفلوانزا	برای پیشگیری از آنفلوانزا استفاده می‌شود	سالانه
واکسن سرخک - اوریون - سرخچه	یک واکسیناسیون برای ایمن سازی در برابر سرخک، اوریون و سرخچه	برای متولدین سال ۱۹۵۷ یا بالاتر، اگر قبلا ایمن سازی نشده باشند
واکسن واریسلا	یک سری دوبار، برای پیشگیری از آبله مرغان	یک سری اگر قبلا هرگز واکسن آبله مرغان دریافت نکرده باشد.

مباحث بهداشتی

سنین ۶۵ سال و بالاتر

سالیانه به یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی مانند پزشک یا ماما مراجعه کنید و برای موارد زیر مشاوره و یا مراقبت دریافت نمایید:

فعالیت جنسی و برنامه ریزی تولید مثل

مشکلات یا نگرانی‌های جنسی

جلوگیری از عفونت‌های مقاربتی (مانند استفاده از کاندوم)

تناسب اندام و تغذیه

فعالیت بدنی

تغذیه (از جمله اختلالات خوردن و نگرانی‌های مربوط به وزن)

ویتامین‌ها و مواد معدنی مهم (مانند اسید فولیک و کلسیم)

عوامل خطر قلبی عروقی

سابقه خانوادگی بیماری قلبی

عوامل خطر شخصی برای بیماری‌های قلبی، مانند فشار خون بالا، کلسترول بالا، چاقی و دیابت

روابط شما و سلامت روان

روابط خانوادگی شما

خشونت شریک زندگی صمیمی

اهمالکاری و خشونت

سبک زندگی و استرس

اختلالات خواب

مباحث دیگر

استفاده از داروی مکمل و جایگزین

آسپرین برای کاهش خطر سکنه مغزی در صورتی که کمتر از ۷۹ سال دارید. قبل از شروع رژیم

آسپرین، با ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود صحبت کنید

دارو برای جلوگیری از سرطان پستان در معرض خطر بالای سرطان پستان هستید)

خودآگاهی پستان (ممکن است شامل خود آزمایی پستان باشد)

هورمون درمانی

بهداشت دندان

پیشگیری از آسیب: ایمنی ورزشی و ورزشی، ایمنی اسلحه گرم، خطرات شغلی و تفریحی، جلوگیری از سقوط

روشهای ایمن رانندگی: استفاده از کمربند ایمنی

قرارگیری در معرض نور خورشید

افسردگی و خودکشی

تنباکو، الکل، سایر مواد مخدر

بینایی

علائم یائسگی

بی اختیاری ادرار و مدفوع

مشکلات عضلات کف لگن

امتحانات و تست‌های غربالگری

سنین ۶۵ سال و بالاتر

معاینات و آزمایشهای غربالگری برای زنان در این گروه سنی توصیه می‌شود:

معاینه / غربالگری	چه و چرا	چه زمانی
غربالگری تراکم استخوان	یک آزمایش غربالگری برای پوکی استخوان	هر ۲ سال یکبار از سن ۶۵ سالگی شروع می‌شود، مگر اینکه خطرات جدید سلامتی ایجاد شود
غربالگری سرطان دهانه رحم	نمونه‌ای از سلول‌ها از دهانه رحم گرفته می‌شود تا تغییراتی که می‌تواند منجر به سرطان شود (تست پاپ) بررسی شود. این آزمایش ممکن است به همراه با آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) در زنان ۳۰ ساله و بالاتر انجام شود.	ترجیح: آزمایش همزمان تست پاپ به همراه آزمایش (HPV) هر ۵ سال اختیاری: تست پاپ هر ۳ سال به تنهایی در سنین بالاتر از ۶۵ سال: اگر سابقه دیسپلازی متوسط یا شدید دیسپلازی گردن رحم یا سرطان دهانه رحم نداشته باشید و یا سه نتیجه منفی آزمایش پاپ داشته باشید یا دو مورد منفی داشته باشید، می‌توانید غربالگری سرطان دهانه رحم را متوقف کنید. نتایج آزمون طی ۱۰ سال گذشته به صورت متوالی انجام می‌شود که آخرین آزمایش در ۵ سال گذشته انجام شده باشد.
معاینه بالینی پستان	معاینه پستان توسط یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی	سالانه
غربالگری سرطان روده بزرگ	آزمایشات غربالگری برای جستجوی سرطان روده بزرگ و راست روده	کولونوسکوپی هر ۱۰ سال (ترجیح داده می‌شود) یا آزمایش غربالگری دیگر که از ۵۰ سالگی شروع می‌شود. روش‌های دیگر شامل آزمایش‌های زیر است: ◀ آزمایش خون مخفی مدفوع سالانه یا آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع با حساسیت بالا برای سرطان ◀ سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال ◀ آزمایش انما انحصاری باریم مضاعف هر ۵ سال ◀ توموگرافی کامپیوتری هر ۵ سال ◀ آزمایش DNA مدفوع (فاصله نامعلوم)
آزمایش دیابت	آزمایشی برای اندازه گیری سطح گلوکز (قندی که در خون وجود دارد و منبع اصلی سوخت بدن است) زیرا سطح بالای آن می‌تواند نشانه دیابت شیرین باشد	هر ۳ سال
آزمایش هیپاتیت C	آزمایش خون برای ارزیابی اینکه آیا فردی به ویروس هیپاتیت C آلوده است	یک بار برای افراد متولد سالهای ۱۹۴۵ تا ۱۹۶۵ که از وضعیت عفونت خود مطلع نیستند
ارزیابی مشخصات لیپید (چربی)	آزمایشی که برای ارزیابی خطر بیماری قلبی استفاده می‌شود و سطح کلسترول و تری گلیسیرید را در خون اندازه گیری می‌کند.	هر ۵ سال
ماموگرافی	رادیوگرافی از پستان برای جستجوی سرطان پستان	سالانه با متخصص مراقبت‌های بهداشتی خود صحبت کنید که آیا اگر سن شما ۷۵ سال یا بیشتر است، انجام ماموگرافی را ادامه دهید
آزمایش ادرار	آزمایشی برای اندازه گیری سطح برخی مواد خاص مانند گلوکز در ادرار	

واکسیناسیون

سنین ۴۰-۶۴ سال

انجام واکسیناسیون‌های زیر برای خانم‌های این گروه سنی توصیه می‌شود:

ایمن سازی	چه و چرا	چه زمانی
دیفتری و کزاز و سیاه سرفه (Tdap) یا یاد آور کزاز - دیفتری (Td) سال ها	یک بار برای ایمن سازی در برابر بیماری‌های کزاز، دیفتری و سیاه سرفه	یک بار مصرف Tdap یاد آور TD که هر ۱۰ سال انجام شود
واکسن هرپس زوستر	برای پیشگیری از زونا و تاول‌های دردناک ناشی از واریسلا	یک بار اگر ۶۰ سال به بالا باشد و قبلا ایمن نشده باشد
واکسن آنفلوانزا	برای پیشگیری از آنفلوانزا استفاده می‌شود	سالانه
واکسن واریسلا	یک سری دوبار، برای پیشگیری از آبله مرغان	≤ یک سری اگر قبلا هرگز واکسن آبله مرغان دریافت نکرده باشد.
واکسن پنوموکوکی	برای پیشگیری از ذات الریه	یک بار

منابع

Well Woman Care/Screening

- Committee Opinion 641#, Human Papillomavirus Vaccination
- Committee Opinion 634#, Hereditary Cancer Syndromes and Risk Assessment
- Committee Opinion 625#, Management of Women With Dense Breasts Diagnosed by Mammography
- Committee Opinion 624#, Cervical Cancer Screening in Low-Resource Settings
- Committee Opinion 534#, Well-Woman Visit
- Committee Opinion 477#, The Role of the Obstetrician-Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer
- Committee Opinion 363#, Patient Testing: Ethical Issues in Selection and Counseling
- Practice Bulletin 140#, Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Test Results and Cervical Cancer Precursors
- Practice Bulletin 131#, Cervical Cytology Screening
- Practice Bulletin 129#, Osteoporosis
- Practice Bulletin # 122,

Counseling

- Committee Opinion 633#, Alcohol Abuse and Other Substance Use Disorders: Ethical Issues in Obstetric and Gynecologic Practice
- Committee Opinion 620#, Salpingectomy for Ovarian Cancer Prevention
- Committee Opinion 619#, Gynecologic Surgery in the Obese Woman
- Committee Opinion 591#, Challenges for Overweight and Obese Women
- Committee Opinion 538#, Nonmedical Use of Prescription Drugs
- Committee Opinion 532#, Compounded Bioidentical Menopausal Hormone Therapy
- Committee Opinion 518#, Intimate Partner Violence
- Committee Opinion 503#, Tobacco Use and Women's Health
- Committee Opinion 496#, At-Risk Drinking and Alcohol Dependence - Obstetric and Gynecologic Implications
- Committee Opinion 478#, Family History as a Risk Assessment Tool
- Committee Opinion 423#, Motivational Interviewing: A Tool for Behavior Change
- Practice Bulletin 119#, Female Sexual Dysfunction
- Practice Bulletin 103#,

پیوست شماره ۵: مراقبت و غربالگری‌های توصیه شده توسط منابع معتبر سلامت باروری زنان - درج در مدلاین پلاس

غربالگری سلامت برای زنان ۱۸ تا ۳۹ ساله

حتی اگر سالم باشید باید هر از چند گاهی به ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود مراجعه کنید. هدف از این بازدیدها این است که:

- برای مسائل پزشکی غربالگری شوید
- خطر مشکلات پزشکی آینده خود را ارزیابی کنید
- سبک زندگی سالم خود را ارتقا دهید
- واکسیناسیون خود را به روز کنید
- به شما کمک می‌کند تا در صورت بروز بیماری با ارائه دهنده بهداشتی خود آشنا شوید

اطلاعات

حتی اگر حال تان خوب است، همچنان باید برای معاینات منظم به ارائه دهنده خود مراجعه کنید. این بازدیدها می‌تواند به شما کمک کند تا در آینده از مشکلات جلوگیری کنید. به عنوان مثال، تنها راه برای فهمیدن اینکه آیا فشار خون بالا دارید، این است که مرتباً آن را کنترل کنید. سطح بالای قند خون و کلسترول بالا نیز ممکن است در مراحل اولیه علائمی نداشته باشد. یک آزمایش خون ساده می‌تواند این شرایط را بررسی کند.

زمان‌های خاصی وجود دارد که باید به ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود مراجعه کنید. در زیر دستورالعمل‌های غربالگری برای زنان ۱۸ تا ۳۹ ساله وجود دارد.

غربالگری فشار خون

- حداقل هر ۲ سال یکبار فشار خون خود را چک کنید. اگر عدد بالا (عدد سیستولیک) بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ یا عدد پایین (عدد دیاستولیک) بین ۸۰ تا ۸۹ میلی متر جیوه باشد، باید هر ساله آن را چک کنید.
- اگر فشار خون سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ یا دیاستولیک پایین تر از ۹۰ است، با ارائه دهنده خود قرار ملاقات بگذارید.
- اگر به دیابت، بیماری قلبی، مشکلات کلیوی یا برخی شرایط دیگر مبتلا هستید، ممکن است لازم باشد فشار خون خود را به طور مکرر، حداقل سالی یک بار بررسی کنید.
- مراقب غربالگری فشار خون در منطقه خود باشید. از ارائه دهنده خود بپرسید که آیا می‌توانید برای بررسی فشار خون خود متوقف شوید.

غربالگری کلسترول

- سن شروع توصیه شده برای غربالگری کلسترول برای زنان بین ۲۰ تا ۴۵ سال است.
- زنان با سطح کلسترول طبیعی نیازی به تکرار آزمایش به مدت ۵ سال ندارند.
- در صورت تغییر در سبک زندگی (از جمله افزایش وزن و رژیم غذایی) آزمایش را زودتر از زمان لازم تکرار کنید.
- اگر به دیابت، بیماری قلبی، مشکلات کلیوی یا برخی شرایط دیگر مبتلا هستید، ممکن است لازم باشد تحت نظارت دقیق تری قرار بگیرید.

غربالگری دیابت

- اگر فشار خون شما ۱۴۰/۸۰ میلی متر جیوه یا بالاتر باشد، ارائه دهنده مراقبت بهداشتی شما سطح قند خون شما را از نظر دیابت آزمایش می‌کند.
- اگر شاخص توده بدنی (BMI) بیش از ۲۵ دارید و سایر عوامل خطر دیابت را دارید، باید غربال شوید. داشتن BMI بالای ۲۵ به معنای اضافه وزن است.
- اگر سایر عوامل خطر دیابت را دارید، مانند ابتلای یکی از بستگان درجه یک به دیابت یا سابقه بیماری قلبی، ارائه دهنده شما احتمالاً دیابت شما را غربال می‌کند.

آزمون دندانپزشکی

- هر سال یک یا دو بار برای معاینه و نظافت به دندانپزشک مراجعه کنید. دندانپزشک بررسی می‌کند که آیا به ویزیت‌های مکرر نیاز دارید یا خیر.

معاینه چشم

- اگر مشکل بینایی دارید، هر ۲ سال یا بیشتر در صورت توصیه پزشک، معاینه چشم انجام دهید.
- در صورت ابتلا به دیابت حداقل هر سال معاینه چشم انجام دهید.

ایمن سازی

- شما باید هر سال واکسن آنفولانزا بگیرید.
- بعد از سن ۱۹ سالگی باید یک واکسن کزاز - دیفتی و سیاه سرفه (TdAP) دریافت کرده باشد. اگر در سن نوجوانی آن را دریافت نکردید، یاد آور واکسن‌های کزاز - دیفتی هر ۱۰ سال یک بار انجام شود.
- اگر هرگز واکسن آبله مرغان یا واریسلا نداشته اید باید دو دوز واکسن واریسلا را دریافت کنید.
- اگر در معرض خطر بیماری‌های خاص مانند ذات الریه (پنومونی) هستید، ممکن است ارائه دهنده خدمات واکسن آن را به شما توصیه کند.
- اگر بین ۱۸ تا ۲۶ سال سن دارید و دارای شرایط زیر هستید، در مورد استفاده از واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) از ارائه دهنده خود سوال کنید:
- واکسن HPV در گذشته دریافت نشده است؛
- سری کامل واکسن دریافت نشده است؛

معاینه بدنی

- فشار خون شما باید حداقل هر ۱ تا ۲ سال کنترل شود.
- غربالگری سرطان دهانه رحم باید از ۲۱ سالگی آغاز شود.
- قد، وزن و BMI شما باید در هر امتحان بررسی شود.
- در زمان انجام معاینات، ارائه دهنده شما ممکن است از شما در خصوص موارد زیر سوال کند:
- افسردگی
- رژیم و ورزش
- مصرف الکل و دخانیات
- موارد ایمنی، مانند استفاده از کمربند ایمنی و ردیاب دود

خود آزمایی پستان و ماموگرافی

- زنان ممکن است ماهانه خود آزمایی سینه انجام دهند. با این حال، متخصصان در مورد مزایای خود آزمایی سینه در یافتن سرطان پستان یا نجات جان انسانها توافق ندارند.
- با ارائه دهنده خود در مورد بهترین کار برای شما صحبت کنید.
- انجام ماموگرافی برای بیشتر زنان زیر ۴۰ سال توصیه نمی‌شود.
- اگر مادر یا خواهری دارید که در سنین جوانی سرطان پستان داشته اند، انجام ماموگرافی‌های سالانه را در نظر بگیرید. آنها باید زودتر از سنی که کوچکترین عضو خانواده آنها تشخیص داده شده است، شروع کنند.
- اگر عوامل خطر دیگری برای سرطان پستان دارید، ارائه دهنده شما ممکن است انجام ماموگرافی، سونوگرافی پستان یا اسکن MRI را توصیه کند.
- اگر متوجه تغییراتی در پستان خود شدید، خواه خود آزمایی خود را انجام داده اید یا نه، بلافاصله با ارائه دهنده خود تماس بگیرید.
- اگر سن شما بین ۲۰ تا ۴۰ سال است، ممکن است ارائه دهنده شما معاینه بالینی پستان را انجام دهد.

معاینه لگنی و پاپ اسمیر

- از ۲۱ سالگی زنان باید هر ۳ سال یکبار معاینه لگن و تست پاپ اسمیر انجام دهند تا سرطان دهانه رحم بررسی شود.
- اگر شما بیش از ۳۰ سال سن دارید و آزمایش پاپ اسمیر و آزمایش HPV طبیعی است، شما فقط هر ۵ سال یکبار به آزمایش پاپ اسمیر نیاز دارید.
- اگر رحم و دهانه رحم خود را برداشته اید (برداشتن رحم کامل) و تشخیص سرطان دهانه رحم برای شما مشخص نشده است، ممکن است نیازی به آزمایش پاپ اسمیر نباشد.
- زنانی که از نظر جنسی فعال هستند باید تا ۲۵ سالگی از نظر کلامیدیا و سوزاک مورد غربالگری قرار گیرند. زنان ۲۵ سال به بالا باید در صورت خطر زیاد غربالگری شوند.
- ارائه دهنده خدمات به شما می‌گوید که چگونه از شیوع عفونت از طریق تماس جنسی جلوگیری کنید. به این موارد عفونت‌های مقاربتی (STI) گفته می‌شود.
- ارائه دهنده خدمات از شما در مورد الکل و تنباکو سوال خواهد کرد و ممکن است از شما در مورد افسردگی سوال کند.

خود آزمایی پوست

- ارائه دهنده خدمات درمانی ممکن است پوست شما را از نظر علائم سرطان پوست بررسی کند، به خصوص اگر در معرض خطر بالایی باشید.
- افراد در معرض خطر شامل کسانی می‌شوند که قبلاً به سرطان پوست مبتلا شده‌اند، یا با خویشاوندان نزدیک مبتلا به سرطان پوست دارند یا سیستم ایمنی ضعیفی دارند.
- غربالگری دیگر
- اگر سابقه خانوادگی بالایی در سرطان روده بزرگ یا پولیپ دارید یا خودتان به بیماری التهاب روده یا پولیپ مبتلا هستید، با ارائه دهنده خود در مورد غربالگری سرطان روده بزرگ صحبت کنید.
- غربالگری روتین تراکم استخوان در زنان زیر ۴۰ سال توصیه نمی‌شود.

غربالگری سلامت برای زنان ۴۰ تا ۶۴ ساله

حتی اگر سالم باشید باید هر از چند گاهی به ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود مراجعه کنید. هدف از این بازدیدها این است که:

- انجام غربالگری برای مسائل پزشکی
- خطر خود را برای مشکلات پزشکی آینده ارزیابی کنید
- سبک زندگی سالم را تشویق کنید
- واکسیناسیون را به روز کنید
- به شما کمک می‌کند تا در صورت بروز بیماری با ارائه دهنده خود آشنا شوید

اطلاعات

- حتی اگر حالتان خوب است، همچنان باید برای معاینات منظم به ارائه دهنده خود مراجعه کنید. این بازدیدها می‌تواند به شما کمک کند تا در آینده از مشکلات جلوگیری کنید. به عنوان مثال، تنها راه برای فهمیدن اینکه آیا فشار خون بالا دارید یا خیر
- این است که مرتب آن را چک کنید سطح بالای قند خون و کلسترول بالا نیز ممکن است در مراحل اولیه علائمی نداشته باشد. یک آزمایش خون ساده می‌تواند این شرایط را بررسی کند.
- زمان‌های خاصی باید با ارائه دهنده خود مراجعه کنید.
- در زیر دستورالعمل‌های غربالگری برای زنان ۴۰ تا ۶۴ ساله وجود دارد.
- غربالگری فشار خون
- حداقل سالی یک بار فشار خون خود را چک کنید. اگر عدد بالا (عدد سیستولیک) بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ یا عدد پایین (عدد دیاستولیک) بین ۸۰ تا ۸۹ میلی‌متر جیوه یا بالاتر است، هر سال آن را بررسی کنید.
- اگر فشار سیستولیک از ۱۴۰ یا دیاستولیک بیشتر از ۹۰ است، با ارائه دهنده خود قرار ملاقات بگذارید.
- اگر به دیابت، بیماری قلبی، مشکلات کلیوی یا برخی شرایط دیگر مبتلا هستید، ممکن است لازم باشد فشار خون خود را بیشتر بررسی کنید.
- مراقب غربالگری فشار خون خود باشید. از ارائه دهنده خود بپرسید که آیا می‌توانید بررسی فشار خون خود را متوقف کنید.

غربالگری کلسترو

- غربالگری کلسترو را از سن ۴۰ تا ۴۵ سال شروع کنید.
- پس از شروع غربالگری، کلسترو شما باید هر ۵ سال چک شود.
- اگر سطح کلسترو بالا، دیابت، بیماری قلبی، مشکلات کلیوی یا برخی شرایط دیگر دارید، ممکن است نیاز باشد که مرتباً بررسی شوید.

غربالگری دیابت

- اگر بیش از ۴۴ سال سن دارید، باید هر ۳ سال یکبار غربال شوید.
- اگر اضافه وزن دارید، از ارائه دهنده خود بپرسید که آیا باید در سن کمتری تحت غربالگری قرار بگیرید.
- اگر فشار خون شما بیش از ۱۴۰/۸۰ میلی متر جیوه است، یا سایر عوامل خطر دیابت را دارید، ممکن است ارائه دهنده شما سطح قند خون شما را از نظر دیابت آزمایش کند.
- غربالگری سرطان روده (کولورکتال)
- اگر زیر ۵۰ سال ندارید، با پزشک خود در مورد غربالگری صحبت کنید. در صورت داشتن سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ یا پولیپ، باید معاینه شوید. در صورت داشتن عوامل خطر مانند سابقه بیماری التهابی روده یا پولیپ، ممکن است غربالگری نیز در نظر گرفته شود.
- اگر سن شما بین ۵۰ تا ۷۵ سال است، باید از نظر سرطان روده بزرگ تحت غربالگری قرار بگیرید. چندین تست غربالگری در دسترس است:
- آزمایش خون مخفی مدفوع (مبتنی بر مدفوع) که هر ساله انجام می شود
- آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع (FIT) سالیانه
- آزمایش DNA مدفوع هر ۳ سال
- سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال
- انما باریوم با کنتراست مضاعف هر ۵ سال
- CT کولونوگرافی (کولونوسکوپی مجازی) هر ۵ سال
- کولونوسکوپی هر ۱۰ سال
- در صورت داشتن عوامل خطر برای سرطان روده بزرگ، ممکن است بیشتر اوقات به کولونوسکوپی نیاز داشته باشید، مانند:

- کولیت زخمی
- سابقه شخصی یا خانوادگی سرطان روده بزرگ
- سابقه رشد به نام پولیپ آدنوماتوز

معاینه دندانپزشکی

- هر سال یک یا دو بار برای معاینه و نظافت به دندانپزشک مراجعه کنید. دندانپزشک بررسی می‌کند که آیا به ویزیت‌های مکرر نیاز دارید یا خیر.

معاینه چشم

- هر ۲ تا ۴ سال از ۴۰ تا ۵۴ سال و هر ۱ تا ۳ سال از ۵۵ تا ۶۴ سال معاینه چشم انجام دهید. در صورت داشتن مشکلات بینایی یا خطر گلوکوم، ممکن است پزشک معاینه چشم را بیشتر انجام دهد.
- در صورت ابتلا به دیابت حداقل هر سال معاینه چشم انجام دهید.

ایمن سازی

- شما باید هر سال واکسن آنفولانزا بگیرید.
- از ارائه دهنده خود در مورد استفاده از واکسن برای کاهش خطر ذات الریه پنومونی سوال کنید.
- اگر قبلاً در دوران نوجوانی آن را دریافت نکرده اید، باید یکبار واکسن کزاز - دیفتی و سیاه سرفه (Tap) داشته باشید. شما باید هر ۱۰ سال یک تقویت کننده کزاز - دیفتی داشته باشید.
- بعد از ۵۰ سالگی واکسن زونا یا هرپس زوستر بزنید.
- اگر در معرض خطر خاصی برای شرایط خاص هستید، ارائه دهنده خدمات شما واکسیناسیون‌های دیگری را نیز ممکن است توصیه کند.

معاینه بدنی

- فشار خون شما باید حداقل هر سال بررسی شود.
- اگر عوامل خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب را دارید، هر ۵ سال یکبار کلسترول بررسی شود.
- قد، وزن و شاخص توده بدن (BMI) شما باید در هر معاینه بررسی شود.
- در طول معاینات، ارائه دهنده شما ممکن است از شما در خصوص موارد زیر سوال کند:
- افسردگی
- رژیم و ورزش
- مصرف الکل و دخانیات
- موارد ایمنی، مانند استفاده از کمربند ایمنی و ردیاب دود

معاینه پستان

- زنان ممکن است ماهانه خود آزمایشی سینه انجام دهند. با این حال، متخصصان در مورد مزایای خود آزمایشی سینه در یافتن سرطان پستان یا نجات جان انسانها توافق ندارند. با ارائه دهنده خود در مورد بهترین کار برای شما، صحبت کنید.
- در صورت مشاهده تغییر در سینه ها، حتی اگر خود آزمایشی نکنید، بلافاصله باید با ارائه دهنده خود تماس بگیرید.
- ارائه دهنده شما ممکن است به عنوان بخشی از آزمایش پیشگیری، معاینه بالینی پستان را انجام دهد.

ماموگرافی

- زنان ۴۰ تا ۴۹ ساله ممکن است هر ۱ تا ۲ سال یک ماموگرافی انجام دهند. با این حال، همه متخصصان در مورد مزایای انجام ماموگرافی در زنان ۴۰ ساله اتفاق نظر ندارند. با ارائه دهنده خود در مورد بهترین کار برای خودتان صحبت کنید.
- زنان ۵۰ تا ۷۵ ساله، هر ۱ تا ۲ سال یکبار باید ماموگرافی انجام دهند تا سرطان پستان بررسی شود.
- زنانی که مادر یا خواهری دارند و در سنین پایین سرطان پستان دارند، باید سالانه ماموگرافی انجام دهند. آنها باید زودتر از سنی که کوچکترین عضو خانواده آنها تشخیص داده شده است، شروع کنند.

غربالگری پوکی استخوان

- مام زنان بالای ۵۰ سال دارای شکستگی باید آزمایش تراکم استخوان (اسکن DEXA) انجام دهند.
- اگر زیر ۶۵ سال ندارید و عوامل خطر پوکی استخوان دارید، باید غربال شوید.

معاینه لگن و پاپ اسمیر

- هر ۳ سال یک بار باید آزمایش پاپ اسمیر انجام دهید. اگر هم آزمایش پاپ اسمیر و هم ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) دارید، ممکن است هر ۵ سال یکبار آزمایش شوید. HPV ویروسی است که باعث زگیل تناسلی و چندین سرطان از جمله سرطان دهانه رحم می‌شود.
- در صورت بروز مشکل، ممکن است ارائه دهنده خدمات شما معاینه لگن را انجام دهد.
- اگر رحم و دهانه رحم خود را برداشته اید (برداشتن رحم کامل)، و سرطان دهانه رحم تشخیص داده نشده است، نیازی به انجام تست پاپ اسمیر نیست.
- زنانی که از نظر جنسی فعال هستند و در معرض خطر بالایی هستند باید از نظر کلامیدیا و سوزاک غربال شوند. ارائه دهنده شما ممکن است در مورد آزمایش سایر عفونت‌ها با شما صحبت کند.
- ارائه دهنده خدمات از شما در مورد الکل و دخانیات سوال می‌کند، و ممکن است از شما در مورد افسردگی سوال کند.

معاینه پوست

- ارائه دهنده خدمات درمانی ممکن است پوست شما را از نظر علائم سرطان پوست بررسی کند، به خصوص اگر در معرض خطر بالایی باشید. افرادی که در معرض خطر هستند شامل کسانی هستند که قبلاً به سرطان پوست مبتلا شده اند، دارای نزدیکان نزدیک به سرطان پوست هستند یا سیستم ایمنی ضعیفی دارند.

غربالگری سرطان ریه

- غربالگری سالانه برای سرطان ریه با توم گرافی کامپیوتری با دوز کم (LDCT) در بزرگسالان ۵۵ تا ۸۰ سال در شرایط زیر توصیه می‌شود:
- ۳۰ سال سابقه سیگار کشیدن داشته باشید؛
- در حال حاضر سیگار می‌کشید یا در ۱۵ سال گذشته سیگار را ترک کرده اید.

پیوست شماره ۶: مجوز و کد اخلاق



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دانشکده های داروسازی، پرستاری و
مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی

مصوبه اخلاق و پژوهش

شناسه:	IR.SBMU.PHARMACY.REC.1398.297	تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴
محل بررسی:	دانشکده های داروسازی، پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
تصمیم صادره:	مصوب	
مصوبه کمیته اخلاق:	پروپوزال طرح، در جلسه دانشکده های داروسازی، پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس مدارک ارسالی مورد تصویب کمیته اخلاق واقع گردید. توجه: ۱. علی رغم تصویب مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش، کلیه مسئولیت های حقوقی و حرفه ای اجرای طرح بر عهده شما و همکارانتان باقی خواهد ماند. ۲. کلیه مستندات مطروحه در این مصوبه، بر اساس مدارک دریافت شده در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۴ می باشد و ضروری است هرگونه تغییرات و اصلاحات اعمال شده در این مستندات، توسط متقاضی محترم طرح فوراً به کمیته اخلاق اطلاع داده شود. ۳. سایر توضیحات: ○ مشروط به اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از آزمودنی ها، حفظ اسرار آزمودنی ها، هماهنگی با دانشگاه یا سازمان محل انجام تحقیق تأیید شد.	
عنوان طرح تحقیقاتی (فارسی):	طراحی بسته خدمات ارتقای رفتارهای خود مراقبتی طراحی بسته خدمات ارتقای رفتارهای خود مراقبتی زنان یائسه و سالمند تهران مبتنی بر تحلیل وضعیت رفتارهای خود مراقبتی	
عنوان طرح تحقیقاتی (انگلیسی):	Planning a Self-care promotion program for Elderly and Menopausal women base on a situation analysis of the self-care behaviors in Tehran	
مشخصات محقق اصلی:	نام و نام خانوادگی: معصومه سیمبر آدرس الکترونیک: msimbar@yahoo.com	

دکتر فروزان آفتاب زاده شوریده

دبیر کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی

دانشکده های داروسازی، پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی

دکتر حسین وحیدی

رئیس کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی

دانشکده های داروسازی، پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی