NOVIN Health Journal

مجله نوین سلامت

دوره دوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۶، صفحه ۳۰-۱۹

مقاله مروری

تکنیک های مؤثر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان در سنین باروری: یک مقاله مروری

نسیم بزرگی (MSc)[۱]، زهره شاه حسینی (PhD)[۲*]

دریافت: ۱۳۹۶/۱/۲۵ اصلاح: ۱۳۹۶/۲/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۱۸

چکیده

سابقه و هدف: زنان در سنین باروری در معرض مشکلات جسمی و روانی بسیاری می باشند که اگر مورد توجه قرار نگیرد باعث عوارض و مرگ و میر در آنها می شود. خودمراقبتی می تواند بیشترین نقش را در حفظ سلامتی زنان داشته باشد. هدف از مطالعه حاضر، مروری بر تکنیک های مؤثر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان در سنین باروری می باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، با استفاده از کلید واژه های خودمراقبتی، رفتار خودمراقبتی، زنان، سنین باروری و با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی از قبیل Google scholar، Science direct، PubMed و SID انجام شد و از بین۱۸۵ مقاله انگلیسی و فارسی به دست آمده در محدوده سالهای ۲۰۰۰ -۲۰۱۶، از ۷۹ مقاله استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مرور مطالعات منجر به سازماندهی تکنیک های مؤثر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان در سه طبقه اصلی شد. طبقه اول؛ تعدیل سبک زندگی (بهبود رژیم غذایی، ورزش، ترک دخانیات و الکل، افزایش آگاهی و دانش سلامتی)، طبقه دوم؛ رفتارهای پیشگیری و غربالگری (غربالگری سرطان زنان، خودداری از پرتوهای یونیزان، خودداری از عفونت های منتقله از راه جنسی مانندHPV ، توجه به سابقه خانوادگی بیماریها و توانمندسازی در برابر خشونت) و طبقه سوم؛ رفتارهای تطابق با بیماری و درمان (خودکنترلی، تصویر سازی مثبت از بدن، هدف سازی، استفاده از طب مکمل و جایگزین) می باشند.

نتیجه‌گیری: زنان بوسیله یادگیری و عمل به تکنیک های خودمراقبتی در برخورد با مشکلات شایع دوران باروری خود، می توانند به ارتقای سلامتی خود، خانواده و جامعه شان کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، رفتار خودمراقبتی، زنان، سلامت زنان، سنین

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲- دانشیار، گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* **نویسنده مسئول:** دکتر زهره شاه حسینی
آدرس: ساری، خیابان امیر مازندرانی، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه
تلفن: ۹۱۱۱۵۵۸۳۰۲ ۹۸+
پست الکترونیک: zshahhosseini@yahoo.com

مقدمه

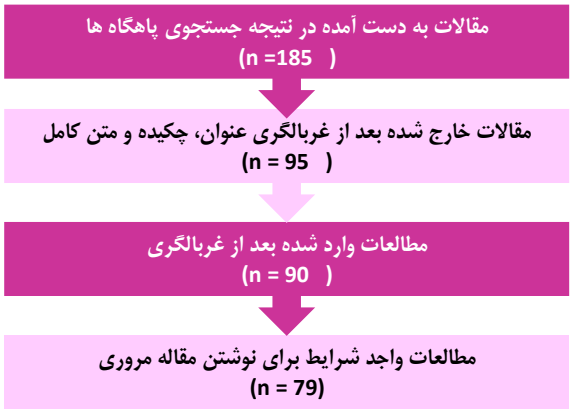
زنان، نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند (۱-۵) و به عنوان قلب تپنده خانواده و جامعه، مسئولیت زیادی را در این ارگان ها به عهده دارند (۶-۸). مادر، دختر و خواهر بودن و همچنین بسیاری از نقش های دیگر که در خانواده و جامعه بر عهده زنان است، می طلبد تا سلامت این قشر بیشتر مورد توجه قرار گیرد، چرا که سلامت جامعه در گرو سلامت زنان است (۲, ۳, ۵, ۹). زنان از دیرباز با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بسیاری دست و پنجه نرم می کردند (۳, ۱۰). بعد از کنفرانس بین المللی توسعه و جمعیت سال ۱۹۹۴ در قاهره و نیز کنفرانس پکن در سال ۱۹۹۵، توانمندسازی زنان بیشتر مورد توجه قرار گرفت، اما مطالعات مختلفی که در حیطه سلامت زنان انجام شده است، هنوز بیانگر وجود مشکلاتی در زندگی آنها می باشد (۴). زنان درمقایسه با مردان بیشتر در معرض فاکتورهای خطر تهدید کننده سلامتی قرار دارند (۱۱). آنها در سنین باروری ممکن است با مشکلات جسمی و روانی بسیاری در دوران قاعدگی (۱۲, ۱۳)، بارداری (۱۴, ۱۵) و یائسگی (۱۶) روبرو شوند، که اگر مورد توجه قرار نگیرد می تواند باعث عوارض و یا مرگ و میر در آنها شود (۳). همچنین خشونت و تبعیضی که علیه زنان به طرق گوناگون و در جوامع مختلف صورت می گیرد نیز می تواند سلامت زنان را به مخاطره بیاندازد (۱۶, ۱۷). از مشکلات دیگر زنان در سنین باروری، بارداری پر خطر می باشد که در کشور های مختلف شیوع متفاوتی دارد، و بطور کلی در جهان ۲۰ درصد گزارش شده است

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

(۱۸). اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ به وضوح بیان می دارد که مردم، هم حق دارند و هم موظف هستند که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت های بهداشتی خود مشارکت داشته باشند (۱۹). در کشور ما نیز در سیاستهای کلی سلامت، افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری و مشارکت فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت بیان شده است (۲۰). خود مراقبتی روندی جدید در مراقبت از سلامت است که به معنی توانایی افراد، خانواده ها و جوامع در ارتقاء سطح سلامت، پیشگیری از بیماری، سالم ماندن، مقابله با بیماری و ناتوانی، با یا بدون کمک و حمایت ارائه دهنده گان مراقبت های سلامت می باشد (۲۱, ۲۲). با خود مراقبتی، ویزیت پزشکان عمومی تا ۴۰ درصد، ویزیت سرپایی تا ۱۷ درصد و همچنین روزهای غیبت از کار می تواند تا ۵۰ درصد کاهش یابد و همچنین صرفه جویی ۷ تا ۲۰ درصدی را در هزینه های بهداشتی خواهیم داشت (۵). اگر رفتارهای بهداشتی و صحیح در دوره جوانی تکرار و تثبیت شوند به سختی از زندگی فرد کنار گذاشته خواهند شد و نتیجه آن ابقاء یک شیوه زندگی سالم و کاهش بروز بیماری های مزمن غیر واگیر در دوران سالمندی خواهد بود (۱۹). مطالعات نشان داده اند که زنان علی رغم اینکه خود را علاقمند و فعال در امر خود مراقبتی می دانند، ولی عملکرد کافی در این زمینه ندارند (۲). در برخی از مطالعات، کمبود آگاهی، دانش، انگیزه، امکانات و محدودیت زمانی از موانع خود مراقبتی (۲۳-۲۵) و عواملی مانند تحصیلات، حمایت خانواده و مراقبین سلامت و دسترسی به منابع اطلاعاتی به عنوان تسهیل کننده های آن ذکر شده اند (۵, ۲۶). همچنین مضراتی نیز برای خود مراقبتی بیان شده است که شامل؛ احساس بی کسی، نداشتن حمایت اجتماعی، عدم اجرای صحیح آن به علت عدم آگاهی از ماهیت مشکل خود و نیز انجام خود درمانی به جای خود مراقبتی می باشند (۲, ۲۷). از آنجاییکه خود مراقبتی می تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی زنان و همچنین افزایش رضایتمندی و در نهایت ارتقاء سیستم بهداشتی شود (۲۷)، و نیز با توجه به خلاء وجود مطالعه ای که به طور جامع به راهکارهای افزاینده خودمراقبتی در زندگی باروری زنان پرداخته باشد، لذا هدف از مطالعه حاضر، مروری بر تکنیک های مؤثر بر ارتقای رفتارهای خود مراقبتی زنان در سنین باروری می باشد.

مواد و روش‌ها

گام های اصلی در جهت نگارش این مطالعه مروری بدین صورت بود که پس از تبیین سؤال تحقیق و استخراج کلید واژه ها، جستجو در پایگاه های اطلاعاتی اینترنتی عمومی مانندGoogle scholar و سپس در پایگاه های تخصصی تر مانند PubMed، Science direct، SID و Magiran ، با استفاده از واژگان کلیدی، خودمراقبتی، رفتار خود مراقبتی، زنان، سلامت زنان، سنین باروری، در بین مقالات فارسی و نیز با واژگان کلیدی، Selfcare، Women health, Women،Selfcare behavior و Reproductive age در بین مقالات انگلیسی، در محدوده سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ آغاز شد. لازم به ذکر است که هیچ نوع محدودیتی برای ورود مطالعات بر اساس طراحی آنها تعیین نشد. در انتهای جستجو، ۱۸۵مقاله به دست آمد که پس از غربالگری عنوان، چکیده و متن اصلی، تعداد ۷۹مقاله وارد مطالعه و ۱۰۶ مقاله خارج شد. معیارهای ورود شامل مطالعاتی بودند که استراتژیهای گوناگون خود مراقبتی را در ابعاد مختلف زندگی زنان بیان می کردند. معیار خروج نیز مطالعات غیر مرتبط با عنوان و هدف بودند. در نهایت داده ها استخراج شده و سپس در سه طبقه اصلی دسته بندی شدند.



استراتژی جستجو مقالات بر اساس چارت PRISMA

یافته‌ها و بحث

نتایج حاصل از مرور مقالات مختلف در حیطه خودمراقبتی زنان، منجر به سازماندهی انواع تکنیک های مؤثر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی آنها در سه طبقه اصلی شد که شامل؛ ۱) تعدیل سبک زندگی، ۲) رفتارهای پیشگیری و غربالگری و ۳) رفتارهای تطابق با بیماری و درمان می باشند. طبقات اصلی نیز شامل زیر طبقاتی می شوند که به تفصیل در ذیل بیان می شوند.

۱) تعدیل سبک زندگی

۱-۱) بهبود رژیم غذایی: مطالعات علمی ارتباط بین رژیم غذایی و سلامت را نشان می دهند و تلاش شده تا رژیم غذایی نامطلوب در گروه های هدف و یا کل جمعیت، با استفاده از تکنیک های ارتقاء سلامت حذف شود (۲۸). پیامد های مرتبط با سلامت ناشی از تغذیه غیر ایمن، بیشتر متمرکز بر زنان جوان و کودکان می باشد (۲۹). این پیامدهای نامطلوب می تواند بصورت کاهش مواد غذایی دریافتی روزانه، اختلال عملکرد روانی اجتماعی، افزایش وزن بدن،کیفیت کاهش یافته زندگی و مشکلات سلامت باشد (۲۹). رژیم غذایی نقش مهمی را در اتیولوژی بیماریهای مزمن مانند دیابت ایفا می کند (۳۰, ۳۱). در این بیماری، کنترل قند خون می تواند عوارض مربوط به عروق کوچک، فشار خون، چربی خون و بیماریهای قلبی را کاهش دهد و دریافت مناسب مواد غذایی، خود یکی از راه های مهم کنترل قند خون می باشد (۳۲).

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

جدول شماره ۱. تکنیک های خودمراقبتی زنان

ردیف	طبقه های اصلی	زیرطبقه ها و مثالهایی از تکنیک های خودمراقبتی زنان
۱	**تعدیل سبک زندگی**	۱-۱ *بهبود رژیم غذایی* (کنترل قند خون با مصرف غلات بیشتر و قند و فرآورده های گوشتی کمتر، مصرف غذاهای پرکالری در صبحانه به جای سایر وعده ها، دریافت مایعات بیشتر، سدیم و پروتئین حیوانی کمتر و دریافت کلسیم به مقدار کافی در مواد غذایی روزانه جهت جلوگیری از سنگ کلیه، دریافت روزانه منیزیم در غذاهایی مانند سبزیجات دارای برگ سبز مثل اسفناج، حبوبات، آجیل و دانه ها، موز، کاکائو و محصولات لبنی، جهت جلوگیری از بیماریهای عصبی اسکلتی، فشارخون بالا و پرولاپس دریچه میترال،) ۱-۲ *ورزش* (برای بزرگسالان سالم 64-18 ساله، 150 دقیقه در هفته فعالیت هوازی با شدت متوسط، و یا حداقل 75 دقیقه در هفته فعالیت هوازی با شدت زیاد، و یا بصورت ۳۰ دقیقه فعالیت فیزیکی روزانه در اکثر روزهای هفته و در صورت انجام مناسب تا ۶۰ دقیقه، تشکیل گروه هایی برای انجام فعالیت های ورزشی جمعی با جو دوستانه، برقراری تماس های تلفنی بین گروهی جهت افزایش پایبندی به این فعالیت ها، مداخلات فعالیت فیزیکی همزمان با رژیم غذایی مناسب،) ۱-۳ *ترک دخانیات و الکل* (درمانهای دارویی و رفتار درمانی زوجین جهت رفع همزمان مشکلات بین زوجین و اعتیاد) ۱-۴ *افزایش آگاهی و دانش سلامتی* (برنامه های آموزشی صحیح برای عموم مردم از طریق رسانه های جمعی صوتی، تصویری و مکتوب)
۲	**رفتارهای پیشگیری و غربالگری**	۲-۱ *غربالگری سرطان زنان* (برنامه غربالگری توصیه شده برای سرطان پستان زنان بیشتر از 40 سال، یک ماموگرافی سالانه، برای زنان 40-20 سال یک معاینه بالینی پستان توسط پزشک هر ۳ سال و سپس سالانه پس از ۴۰ سال، و خودآزمایی ماهانه پستان برای زنان 20 سال و برنامه ملی غربالگری سرطان دهانه رحم، پاپ اسمیر برای همه زنان پس از ازدواج، و پس از سه نمونه پاپ اسمیر نرمال، تکرار آن هر ۳ سال) ۲-۲ *خودداری از پرتوهای یونیزان* (آموزش صحیح به افراد و رعایت فاکتور های حفاظتی مانند استفاده از پیشبند سربی در رادیوگرافی های تشخیصی و درمانی، امتناع از قرارگیری در محیط باز و در مقابل نور مستقیم و شدید خورشید از ساعت ۱۰ صبح تا ۴ بعد ازظهر، استفاده از پوشش مناسب مانند؛ پیراهن آستین بلند و شلوار، کلاه لبه دار بزرگ، دستکش و عینک و استفاده از کرم یا لوسیون های ضد آفتاب) ۲-۳ *عفونت های جنسی و استرس* (خودداری از استعمال دخانیات، عدم استفاده طولانی از عوامل هورمونی، عدم برقراری ارتباطات جنسی با افراد متفاوت، پیشگیری از عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس، استفاده از کاندوم و عدم داشتن شرکای جنسی متعدد، ایجاد برنامه های غربالگری با استفاده از مارکرهای ژنتیکی و واکسیناسیون پیشگیری) ۲-۴ *توجه به سابقه خانوادگی بیماریها* (رعایت توصیه های غربالگری، ترویج رفتارهای سالم (رژیم غذایی، ورزش، و غیره)، و ارجاع برای ارزیابی جامع تر از جمله مشاوره ژنتیک و آزمایش ژنتیکی، بررسی سابقه خانوادگی بیماریهای عروق کرونر قلب، سکته مغزی، دیابت، سرطان پستان، سرطان روده بزرگ، و سرطان تخمدان در بستگان درجه اول و دوم) ۲-۵ *توانمندسازی در برابر خشونت* (اجرای مراقبت های بهداشتی، اقدامات سیستم قضایی، و تشکلات اجتماعی برای مقابله با خشونت علیه زنان و دختران، آگاه ساختن زنان از حقوق فردی، خصوصی و اجتماعیشان و نیاز به تغییر وضعیت و ایجاد روابط جدید در میان مردم، ارائه راهکارهای آموزشی به زوجین قبل و بعد ازدواج، اصلاح و یا تبیین برخی از قوانین خانواده و آماده سازی مناسب پزشکان و کارکنان بهداشتی در زمینه حمایت از زنان مورد خشونت)
۳	**رفتارهای تطابق با بیماری و درمان**	۳-۱ *خودکنترلی* (پذیرش درمان بوسیله غلبه بر تعارض درونی بین عقل و هوس یا همان خودکنترلی، مدیریت استرس در زنان مبتلا به افسردگی از طریق درمان شناختی رفتاری گروهی در نتیجه افزایش خودکنترلی و یا ارتقای آن بوسیله افزایش اطلاعات زنان، تمرکز بر روی نکات مثبت و تعدیل شرایط زندگی) ۳-۲ *تصویر سازی مثبت از بدن* (بهبود افسردگی زنان با همدردی همسر، جهت بهبود تصویر ذهنی از بدن، غربالگری از نظر مشکلات بدنی که می تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و یا مداخلات روانی که توانبخشی جنسی را مورد هدف قرار دهد) ۳-۳ *هدف سازی* (ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتار، تعیین اهداف کوچکتر با ویژگیهای مشخص شامل اهداف اختصاصی بودن، قابل سنجش بودن، قابل دستیابی بودن، متناسب بودن و دارای زمان بندی) ۳-۴ *استفاده از طب مکمل و جایگزین* (تکنیک های معنوی و روش های تمدد اعصاب و یا رویکردهای بالینی مانند ماساژ، طب فشاری، رایحه درمانی و گرما درمانی)

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

به طور خاص، یک رژیم غذایی شامل غلات کم و قند و فرآورده های گوشتی زیاد، خطر دیابت نوع ۲ را در زنان افزایش می دهد (۳۱). همچنین زمان مصرف مواد غذایی نیز با تأثیر بر ریتم شبانه روزی متابولیسم، در کاهش وزن در زنان چاق مؤثر است، بدینصورت که مصرف مواد غذایی پر کالری در صبحانه در مقایسه با مصرف این مواد در وعده نهار می تواند باعث کاهش وزن در این زنان شود (۳۳). از مشکلات دیگر زنان که می تواند مرتبط با رژیم غذایی آنها باشد، ایجاد سنگ در کلیه می باشد که جهت کاهش شیوع آن توصیه هایی مانند دریافت مایعات بیشتر، سدیم و پروتئین حیوانی کمتر و دریافت کلسیم به مقدار کافی در مواد غذایی روزانه شده است. (۳۴). زنان با افزایش سن در معرض پوکی و شکستگی های استخوان قرار می گیرند. کاهش دریافت روزانه منیزیم می تواند باعث بیماریهای عصبی اسکلتی، فشارخون بالا و پرولاپس دریچه میترال شود. اگرچه ارتباط قوی بین کاهش منیزیم و افزایش شکستگی استخوان در کل بدن دیده نشده اما افزایش سقوط، کاهش تراکم استخوان، شکستگی بازو و مچ دست از عوارض شناخته شده آن می باشد (۳۵). غذاهای حاوی منیزیم شامل سبزیجات دارای برگ سبز مانند اسفناج، حبوبات، آجیل و دانه ها، موز، کاکائو و محصولات لبنی می باشد (۳۶). زنان با راهکارهای خودمراقبتی می توانند بسیاری از بیماریهای ایجاد شده در اثر تغذیه نامناسب را بهبود بخشیده و یا پیشگیری کنند.

۲-۱) *ورزش:* زنان نسبت به مردان از نظر فیزیکی کمتر فعال هستند (۳۷, ۳۸)، در حالیکه فعالیت فیزیکی منظم جزء کلیدی در حفظ وزن مناسب و جلوگیری از اضافه وزن و چاقی است (۳۷, ۳۹, ۴۰). بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت، میزان مناسب فعالیت فیزیکی برای بزرگسالان سالم 64-18 ساله، 150 دقیقه در هفته فعالیت هوازی با شدت متوسط، و یا حداقل 75 دقیقه در هفته فعالیت هوازی با شدت زیاد می باشد (۳۷). و یا بصورت ۳۰ دقیقه فعالیت فیزیکی روزانه در اکثر روزهای هفته تعریف می شود که در صورت انجام مناسب می توان تا ۶۰ دقیقه نیز افزایش داد (۴۰). فعالیت فیزیکی شامل هر حرکتی است که عضلات اسکلتی را درگیر می کند و باعث مصرف انرژی می شود (۳۷). در برخی از مطالعات، راهکارهایی مانند تشکیل گروه هایی برای انجام فعالیت های ورزشی جمعی با جو دوستانه (۴۱, ۴۲) و یا برقراری تماس های تلفنی بین گروهی جهت افزایش پایبندی به این فعالیت ها توصیه شده است (۴۲). همچنین برخی از مطالعات، مداخلات فعالیت فیزیکی همزمان با رژیم غذایی مناسب را مؤثرتر دانسته اند (۳۷). فعالیت فیزیکی همچنین باعث تعدیل در میزان تست های چربی و گلوکز خون نیز می شود (۴۰). تسهیل کننده های فعالیت فیزیکی در زنان شامل؛ حمایت اجتماعی، دسترسی به فرصت هایی فعال در زندگی مانند شغل های پر تحرک و پیاده روی می باشند و زنان فعال کمتر دچار درد مفاصل و زانو و تنگی نفس می شوند (۴۱).

۳-۱) *ترک دخانیات و الکل:* اگرچه میزان مصرف مواد در مردان بیشتر از زنان می باشد، اما در دهه های اخیر تفاوت نسبت استفاده آن در زنان و مردان در حال کاهش است (۴۳). زنان الکلیسم نسبت به مردان الکلیسم و زنان عادی جامعه، میزان بیشتری از مرگ و میر را نشان می دهند (۴۴). همچنین مصرف مواد و الکل در زنان باردار باعث اختلالات عصبی، رفتاری، فیزیکی و رشد و نمو در جنین می شود (۴۵). اختلالات خلقی با و یا بدون مصرف مواد در زنان نسبت به مردان میزان بالاتری دارد، شایعترین اختلال خلقی در بین زنان وابسته به مواد، افسردگی اساسی و شایعترین اختلال اضطرابی در بین این زنان، هراس اختصاصی می باشد (۴۳). مداخلات انجام شده بر پایه اقدامات زودرس برای ترک الکل، نسبت به مراقبت معمول و یا بدون درمان، میزان مرگ و میر را در این زنان بیشتر کاهش می دهد (۴۴). بر اساس نتایج مطالعات، زنان نسبت به مردان تمایل کمتری برای شروع درمان ترک مواد دارند که این امر می تواند به علت عدم وجود مداخلات کافی مختص زنان جهت ترک مواد باشد (۴۳). مصرف ثانویه الکل به علت اختلافات زناشویی، طلاق، احساسات منفی و تعارض بین فردی زوجین، در زنان بالاتر از مردان می باشد که درمانهای دارویی و رفتار درمانی زوجین می تواند جهت رفع همزمان مشکلات بین زوجین و اعتیاد کمک کننده باشد (۴۳).

٤-۱) *افزایش آگاهی و دانش سلامتی:* سازمان بهداشت جهانی، یادگیری خودمراقبتی را به عنوان یک راه برای پیشگیری و درمان بیماری های مزمن می داند (۲۲). داشتن دانش بیشتر و بهتر در مورد انجام خود مراقبتی در ارتباط با ناخوشی های جزئی یا بیماریهای مزمن، خود از عوامل تسهیل کننده خودمراقبتی می باشد (۵). نتایج حاصل از مطالعات مختلف نشان می دهد که زنان با تحصیلات بالاتر، بیشتر رفتارهای خودمراقبتی از خود نشان می دهند (۵). همچنین زنان جوان نسبت به زنان مسن تر بیشتر به دنبال جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی شان هستند (۴۶). آموزش خود مراقبتی همچنین می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به برخی بیماریها مانند سرطان پستان شود (۴۷). بنابر این مهم است که به عموم مردم در مورد ضرورت تشخیص زودهنگام سرطان پستان به وسیله ی غربالگری آموزش داده شود (۴۸). اما در برخی مطالعات بیان شده است که این آموزش به درستی صورت نمی گیرد (۴۷). از آنجائیکه دانش نقش مهمی در نحوه نگرش ورفتار افراد ایفا می کند، بنابر این جهت عملکرد مطلوب زنان در زمینه سلامت، به نظر می رسد ضروری است تا برنامه های آموزشی صحیح در این حیطه انجام گیرد (۴۹).

۲) رفتارهای غربالگری و پیشگیری

۱-۲) *غربالگری سرطان های رایج زنان:* سرطان پستان و دهانه رحم رایج ترین نوع سرطان ها در زنان ایرانی و علت مرگ ناشی از سرطان در آنها هستند (50). شواهد نشان داده که برنامه های غربالگری سرطان پستان و تشخیص زودرس آن می تواند باعث کاهش در مرگ و میر ناشی از سرطان پستان شود (51 ,50). برنامه غربالگری توصیه شده برای سرطان پستان زنان بیش از 40 سال یک ماموگرافی سالانه، برای زنان 40-20 سال یک معاینه بالینی پستان توسط پزشک هر ۳ سال و سپس سالانه پس از ۴۰ سال، و خودآزمایی ماهانه پستان برای زنان 20 سال می باشد (50). آزمون پاپ اسمیر نیز یک برنامه غربالگری موثر برای سرطان دهانه رحم می باشد و با توجه به برنامه ملی غربالگری سرطان دهانه رحم، بایستی برای همه زنان پس از ازدواج انجام شود، و پس از سه نمونه پاپ اسمیر نرمال این تست هر ۳ سال تکرار شود (۵۰).

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

۲-۲) *خودداری از پرتوهای یونیزان:* پرتوهای یونیزان با دوزهای پایین (پرتوهای زمینه طبیعی) یکی از عوامل شیوع برخی از سرطان ها می باشند (۵۲). زنان نسبت به مردان پس از مواجهه با دوز پایین و مشابه اشعه یونیزان در معرض خطر بیشتری برای بدخیمی هستند (۵۳). در زنان سنین باروری، قرار گرفتن در معرض اشعه یونیزان می تواند باعث القای اختلالات ژنتیکی در نسل های آینده شود (54). همچنین پرتو درمانی نقش مهمی در درمان و تسکین بیماری های بدخیم ایفا می کند (۵۴). اگرچه پرتو درمانی طول زندگی بیماران سرطانی را افزایش می دهد، اما همانطور که گفته شد عوارض جانبی عمده ای ازجمله؛ اختلالات تخمدانی و بروز ناباروری را در زنان به دنبال خواهد داشت (۵۵). در کشورهای غیر پیشرفته و در حال توسعه، ۹۴ درصد کل پرتوگیری انسان از منابع طبیعی می باشد (۵۲). مواجهه با اشعه ماورای بنفش به طور طبیعی یا مصنوعی از عوامل اصلی ایجاد سرطانهای مختلف پوست است و عمده ترین منبع طبیعی مولد اشعه ماورای بنفش، تشعشعات خورشید است (56). همچنین یکی دیگر از راه های مواجهه با پرتو ایکس، کاربرد روزافزون رادیوگرافی های تشخیصی و درمانی می باشد که مقدار اشعه ایکس تابیده به بیمار را می توان با آموزش صحیح و رعایت فاکتور های حفاظتی مانند استفاده از پیشبند سربی، به حداقل ممکن تقلیل داد (۵۷). از راه کارهای پیشنهادی برای محافظت از اثرات منفی نور خورشید نیز می توان به امتناع از قرارگیری در محیط باز و در مقابل نور مستقیم خورشید از ساعت ۱۰ صبح تا ۴ بعد ازظهر که تابش آفتاب شدیدتر است، استفاده از پوشش مناسب مانند؛ پیراهن آستین بلند و شلوار، کلاه لبه دار بزرگ، دستکش و عینک، استفاده از کرم یا لوسیون های ضد آفتاب اشاره کرد (۵۸).

۲-۳) *خودداری از عفونت های منتقله از راه جنسی مانند (HPV):* ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، یک خانواده بزرگ از ویروسها و شایعترین عفونت منتقله جنسی است (۵۹). سرطان دهانه رحم مرتبط با پاپیلوما ویروس ها به عنوان شایع ترین سرطان زنان به صورت یک معضل بهداشتی در سراسر دنیا، مخصوصا در کشورهای در حال توسعه می باشد (۶۰). انواع کم خطر آن مانند 6 و 11 که باعث ضایعات دهانه رحم با پتانسیل بدخیمی پایین، زگیل تناسلی و ضایعات دهانی، حلقی و انواع پر خطر آن که شایعترین آنها ۱۶-۱۸-۳۱-۳۳-۳۵-۳۹- ۴۵ می باشد، وجود دارد (۵۹). اگرچه عفونت حنجره با HPV نادر است، ولی بیماری بسیار شدیدی را ایجاد می کند (۶۰). عوامل خطر عفونت HPV شامل؛ سن فرد، استعمال دخانیات، استفاده طولانی از عوامل هورمونی، ارتباطات جنسی با افراد متفاوت، عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس، عدم استفاده از کاندوم و عوامل تغذیه ای هستند و مهمترین عامل خطر برای این عفونت، داشتن شرکای جنسی متعدد طی زندگی بیان شده است (۵۹). به نظر می رسد بهترین راه برای جلوگیری از گسترش و بروز سرطان دهانه رحم در زنان، ایجاد برنامه های غربالگری با استفاده از مارکرهای ژنتیکی، روش های تشخیصی مولکولی معتبر با حساسیت و ویژگی بالا و در نهایت پیشگیری (تهیه واکسن کارآمد با توجه به ژنوتیپ های غالب منطقه) و درمان باشد (۶۰).

۲-٤) *توجه به سابقه خانوادگی بیماریها:* سابقه پزشکی خانوادگی، ابزاری با ارزش است که توسط پزشکان برای ارزیابی خطر بیماری های مزمن و پیشرونده رایج و اختلالات ژنتیکی کمتر رایج در افراد استفاده می شود و نیز راهنمایی برای تشخیص زود هنگام و استراتژی های پیشگیری می باشد (۶۱). بر اساس توصیه کالج زنان و زایمان آمریکا (ACOG)، تمام زنان باید یک ارزیابی سابقه خانوادگی، به عنوان ابزار غربالگری جهت ریسک بیماریهای ارثی انجام دهند (۶۲). ارزیابی منطقی ریسک خانوادگی شامل؛ توصیه های غربالگری، ترویج رفتارهای سالم (رژیم غذایی، ورزش، و غیره)، و ارجاع برای ارزیابی جامع تر از جمله مشاوره ژنتیک و آزمایش ژنتیکی می باشد (۶۱). بیماریهایی که توصیه می شود سابقه خانوادگی آنها در بستگان درجه اول و دوم ارزیابی شود شامل؛ بیماریهای عروق کرونر قلب، سکته مغزی، دیابت، سرطان پستان، سرطان روده بزرگ، و سرطان تخمدان می باشند (۶۱).

۲-۵) *توانمندسازی در برابر خشونت:* سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که بیش از ۳۰ درصد زنان در سراسر جهان، شکلی از خشونت فیزیکی و یا جنسی را از جانب شریک زندگیشان و نیز ۷ درصد زنان خشونت از جانب فردی غیر از شریک زندگی تجربه کرده اند (۶۳). بر اساس تحقیقات، شکل رایج خشونت علیه زنان خشونت فیزیکی می باشد و در تمام موارد، بطور همزمان خشونت کلامی و روانی نیز وجود دارد و در برخی موارد، زنان خشونت اقتصادی را نیز تجربه می کنند (۶۴). طی سالهای اخیر در سراسر جهان و در سطوح مختلف از جمله؛ در مراقبت های بهداشتی، سیستم قضایی، و تشکلات اجتماعی برای مقابله با خشونت علیه زنان و دختران اقدامات گوناگونی انجام شده است (۶۳). توانمندسازی روندی است که طی آن زنان از حقوق فردی، خصوصی و اجتماعی خود و نیاز به تغییر وضعیت و ایجاد روابط جدید در میان مردم آگاه می شوند که هم در حمایت از قربانیان خشونت و هم در پیشگیری از خشونت حیاتی است (۶۴). توانمندسازی می تواند از طریق ارائه راهکارهای آموزشی به زوجین قبل و بعد ازدواج، اصلاح و یا تبیین برخی از قوانین خانواده و آماده سازی مناسب پزشکان و کارکنان بهداشتی در زمینه حمایت از زنان مورد خشونت صورت گیرد (۶۵).

۳) رفتارهای تطابق با بیماری و درمان

۳-۱) *استفاده از مهارتهای قادر ساز مانند خودکنترلی:* بسیاری از بیماران مانند بیماران مبتلا به سرطان پستان، می توانند از مهارتهای قادر ساز (Enabling skill) به عنوان استراتژی سازش با بیماری استفاده کنند (۶۶). خودکنترلی که یکی از مهارتهای قادر ساز است، به معنی تعارض درون فردی بین عقل و هوس و بین شناخت و انگیزه می باشد (۶۷). در سرطان پستان که یک بیماری سخت و مزمن است، پذیرش درمان اصل مهمی در درمان موفق می باشد که بوسیله عامل خودکنترلی، زنان بیشتر با درمان و عوارض ناخواسته آن کنار می آیند (۶۶). همچنین در بیماران مبتلا به افسردگی که بیشتر آنان را زنان تشکیل می دهند، خودکنترلی بسیار پایین می باشد که می توان بوسیله مدیریت استرس در این زنان از طریق درمان شناختی رفتاری گروهی، این عامل را افزایش داد (۶۷). همچنین می توان بوسیله افزایش اطلاعات زنان، تمرکز بر روی نکات مثبت و تعدیل شرایط و سبک موجود زندگی به ارتقای خود کنترلی کمک کرد (۶۶).

۳-۲) *تصویر سازی مثبت از بدن:* تعریف تصویر ذهنی از بدن شامل؛" تصویر فرد از اندازه، شکل، و فرم بدن او در ذهنش " می باشد (۶۸). زنانی که تصویرسازی بهتری از بدنشان دارند، تطابق بهتری نیز با بیماریشان پیدا می کنند (۶۹). تصویرسازی ذهنی ضعیف، اثر منفی بر روی عملکرد فیزیکی (کژکاریهای جنسی)

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

و روانی (افسردگی، خستگی، ترس از عود) این افراد و نیز بر روی رابطه شان با همسر و شریک زندگیشان دارد (۶۹). همدردی همسر یکی از فاکتورهای مؤثری است که می تواند از افسردگی زنان مبتلا به بیماری کاسته و در نتیجه تصویر ذهنی آنها از بدنشان را بهبود بخشد (۷۰). همچنین غربالگری از نظر مشکلات بدنی که می تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و یا مداخلات روانی که توانبخشی جنسی را مورد هدف قرار می دهد، می تواند در رفع مشکلات زنان پیرامون تصویر ذهنی از بدن کمک کننده باشد (۷۱).

۳-۳) *هدف سازی:* در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن مانند سرطان پستان، نشان داده شده مداخلاتی که شامل هدف سازی و کاهش استرس می باشند نسبت به مداخلات صرفا حمایتی تأثیرات مثبت بیشتری دارند (۷۲). هدف سازی، تکنیک تئوری محوری است که همچنین به تغییر رفتار در فرد، به عنوان مثال افزایش فعالیت فیزیکی در سبک زندگی او کمک می کند (۷۳, ۷۴). در واقع هدف سازی به عنوان عامل ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتار می باشد (۷۵). اجزای تشکیل دهنده ی روند هدف سازی باید شامل اهداف کوچکتری با ویژگی‌های مشخص باشد تا مؤثر واقع شود، که به طور اختصاری به آنها SMART گفته می شود و شامل؛ اهداف اختصاصی (Specific)، قابل سنجش (Measureable)، قابل دستیابی (Achieveable)، متناسب (Relevant) و زمان بندی شده (Timely) می باشد (۷۶).

۴-۳) *استفاده از طب مکمل و جایگزین و تن آرامی:* طی ۲۰ سال گذشته تعریف طب جایگزین شامل تکنیک های متنوع رفتاری مانند تکنیک های معنوی و روش های تمدد اعصاب و نیز رویکردهای بالینی مانند ماساژ می باشد (۷۷). در ایالات متحده، طب مکمل و جایگزین بیشتر در بیماریهای مزمن مخصوصا سرطان پستان استفاده می شود (۷۸). تشخیص سرطان پستان عاملی است که باعث تغییر رفتار در بسیاری از افراد شده و بسیاری از زنان بعد از تشخیص روش های جدید خود مراقبتی را تجربه می کنند (۷۸). همچنین در مشکلات قاعدگی مانند دیسمنوره، می توان از طب مکمل مانند ماساژ، طب فشاری، رایحه درمانی و گرما درمانی استفاده کرد (۷۹).

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت سلامت زنان در تمام دوران زندگیشان مخصوصا در سنین باروری، و با توجه به اینکه خودمراقبتی می تواند بیشترین نقش را در حفظ سلامتی زنان داشته باشد، بنابر این یادگیری و عمل به تکنیک های خودمراقبتی در برخورد با مشکلات شایع دوران باروری، می توانند عامل مهمی در ارتقای سلامتی زنان و به تبع آن سلامت خانواده و جامعه باشد

تشکر و قدردانی

ضمن تشکر از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ازکمیته تحقیقات دانشجویی نیز به منظور حمایت از این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می آید.

تعارض منافع

ندارد.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

References

1. Organization WH. Self-care in the context of primary health care. 2009.
2. Ghahremani L, Kaveh M, Ghaem H. Self-Care Education Programs Based on a Trans-Theoretical Model in Women Referring to Health Centers: Breast Self-Examination Behavior in Iran. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2016;17(12):6033.
3. health Mo. The programs of developing and promotion of self-care in Iran Ministary of health 2014.
4. mirzaeian r, fathi azar e, mobasheri m, shirvani m, ghodosi m, shohani m. Assessment and Comparison of Self-Care Status among Students of Tabriz University of Medical Sciences and Tabriz University. journal of ilam university of medical sciences. 2013;21(6):50-6.
5. Fanni Z, Heydari S, Aghaei P. The evaluation of Urban Life quality, with emphasis on gender, Case Study: Ghorveh City. Crop Biotechnology journal. 2016;6(12):65-78.
6. Bahrami N, Pajohideh Z, Koshte SMS, Maraghi E. Attitude and Practice towards Self-care in Women Referred to Health Centers in Community Health. 2016;2(1):50-6.
7. Joulaei H, Maharlouei N, Razzaghi A, Akbari M. Narrative review of women's health in Iran: challenges and successes. International Journal for Equity in Health. 2016;15(1):1-9.
8. zahedi s. Government Responsibilities Towards Women at Beijing +10th .Management Studies in Development and Evolution. 2005;12(45):33-51.
9. Mirkarimi SK, Aryaie M, Kamran A, Farid H. Knowledge, attitude and practice of women referred to health centers of Gorgan on the determining factors of self-care. Hakim Seyed Esmail Jorjani Journal. 2014;2(2):58-0.
10. Bagheri S, Hoseini SS. The experience of female faculty members about work and family responsibility. Journal of Woman in Culture Arts. 2016;8(1):117-34.
11. Rastegar khaled A. expansion of the role of women in job and family supporting. Iranian Sociology. 2005;4(6):126-65.
12. Khezri SK, Arjmand SE. The comparison of marital satisfaction level of working and householder women and affecting factors on them in izeh city. Journal of Iranian social development studies (jisds). 2014;6(4.(
13. Souri H, Hatami SA. A study on job stress among employed women in ahwaz, iran. Hakim 2003;6(1):65-72.
14. Vedadhir A.A. HSSM, Ahmadi Batoul. A Content Analysis of Iranians Scientific and Academic Health Journals. Women in Development &Politics. 2008;6)2.(
15. Mirkarimi SK, Aryaie M, Kamran A, Farid H. Knowledge, attitude and practice of women referred to health centers of Gorgan on the determining factors of self-care. jorjani. 2014;2(2):58-0.
16. Kazemijaliseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Khalili D, Hosseinpanah F, Azizi F. The Prevalence of Menstrual Disorders in Reproductive Aged Women and its Related Factors. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;17(2):105-12.
17. Fraser IS, Mansour D, Breymann C, Hoffman C, Mezzacasa A, Petraglia F. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015;128(3): 196-200.
18. Ekhtiari YS, Majlessi F, Foroushani AR. Measurement of the Constructs of Health Belief Model related to Self-care during Pregnancy in Women Referred to South Tehran Health Network. Community Health. 2016;2(1):9-18.
19. Kordi M, Banaei Heravan M, Asgharipour N, Mazloum SR, Akhlaghi F. Relationship between Self-care Behaviors and Coping Styles in Women with Gestational Diabetes. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26(139) :190-202.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

20. Rahmatollahi N, Khodabakhshi-koolaee A, Mansoor L, Pour-Ebrahim T. The relationship between experiencing physical and emotional-verbal violence and perceived social support with postpartum depression among women. Community Health. 2016;2(2):139-48.
21. Trinh OTH, Oh J, Choi S, To KG, Van Do D. Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15–49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006–2011. Global health action. 2016;9.
22. Moosazadeh M, Naghibi SA, Sari I. Outcomes of High-Risk Pregnancies in Northern Iran: Multivariate Logistic Regression Model. Iranian Journal of Health Sciences. 2015;3(4):40-6.
23. Baumann L, Dang T. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. The Nurse practitioner. 2012;37(3):32.
24. Brown C. Self-renewal in nursing leadership: the lived experience of caring for self. Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association. 2009;27(2):75.
25. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of Barriers to Self-Care by Persons with Comorbid Chronic Diseases. Annals of Family Medicine. 2003;1(1):15.
26. Byers D, Garth K, Manley D, Chlebowy D. Facilitators and Barriers to Type 2 Diabetes Self-Management Among Rural African American Adults. Journal of Health Disparities Research and Practice. 2016;9(1):9.
27. Eftekhar H, Mohammad K, Tavafian S, Mirkarimi K, Ramezanzadeh A. The Perceived of Self Care among General People Living in South of Tehran, Iran. Iranian Journal of Epidemiology. 2009;5(1):33-9.
28. Germov J, Williams L. The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. Appetite. 1996;27(2):97-108.
29. Lee JS, Frongillo EA. Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among US elderly persons. The Journal of nutrition. 2001;131(5):1503-9.
30. Lampe J, Huang Y, Neuhouser M, Tinker L, Song X, Schoeller D, et al. Dietary biomarker evaluation in a controlled feeding study in women from the Women's Health Initiative cohort. The American journal of clinical nutrition. 2016.
31. Fung T, Schulze M, Manson J, Willett W, Hu F. Dietary patterns, meat intake, and the risk of type 2 diabetes in women. Archives of internal medicine. 2004;164(20):2235.
32. Keyserling TC, Samuel-Hodge CD, Ammerman AS, Ainsworth BE, Henríquez-Roldán CF, Elasy TA, et al. A randomized trial of an intervention to improve self-care behaviors of African-American women with type 2 diabetes. Diabetes care. 2002;25(9) :1576-83.
33. Jakubowicz D, Barnea M, Wainstein J, Froy O. High caloric intake at breakfast vs. dinner differentially influences weight loss of overweight and obese women. Obesity. 2013;21(12):2504-12.
34. Sorensen MD, Hsi RS, Chi T, Shara N, Wactawski-Wende J, Kahn AJ, et al. Dietary intake of fiber, fruit and vegetables decreases the risk of incident kidney stones in women: a Women's Health Initiative report. The Journal of urology. 2014;192(6):1694-9.
35. Orchard T, Larson J, Alghothani N, Bout-Tabaku S, Cauley J, Chen Z, et al. Magnesium intake, bone mineral density, and fractures: results from the Women's Health Initiative Observational Study. The American journal of clinical nutrition. 2014;99(4):926.
36. Nieves JW. Bone: Maximizing bone health [mdash] magnesium, BMD and fractures. Nature Reviews Endocrinology. 2014;10(5):255-6.
37. Weber BS, Wilbur J, Halloway S, McDevitt J, Schoeny M. Physical activity intervention studies and their relationship to body composition in healthy women. Annual review of nursing research. 2013;31:7
38. Telford RM, Telford RD, Olive LS, Cochrane T, Davey R. Why Are Girls Less Physically Active than

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

39. Boys? Findings from the LOOK Longitudinal Study. PLoS ONE. 2016;11)3.(
40. Wiklund P. The role of physical activity and exercise in obesity and weight management: Time for critical appraisal. Journal of Sport and Health Science. 2016;5(2):151-4.
41. Madjd A, Taylor M, Shafiei NL, Delavari A, Malekzadeh R, Macdonald I, et al. Effect of weekly physical activity frequency on weight loss in healthy overweight and obese women attending a weight loss program: a randomized controlled trial. The American journal of clinical nutrition. 2016;104(5):1202.
42. Alvarado M, Murphy MM, Guell C. Barriers and facilitators to physical activity amongst overweight and obese women in an Afro-Caribbean population: A qualitative study. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2015;12.
43. Wilbur J, Miller A, Fogg L, McDevitt J, Castro C, Schoeny M, et al. Randomized Clinical Trial of the Women's Lifestyle Physical Activity Program for African-American Women: 24-and 48-Week Outcomes. American journal of health promotion: AJHP. 2016;30(5):335.
44. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. Psychiatric Clinics of North America. 2010;33(2):339-55.
45. Gjestad R, Franck J, Lindberg S, Haver B. Early treatment for women with alcohol addiction (EWA) reduces mortality: A randomized controlled trial with long-term register follow-up. Alcohol and alcoholism. 2011;46(2):170-6.
46. Osterman R, Lewis D, Winhusen T. Efficacy of motivational enhancement therapy to decrease alcohol and illicit-drug use in pregnant substance users reporting baseline alcohol use. Journal of Substance Abuse Treatment. 2017;77:150-5.
47. Wengström Y. Are women with breast cancer receiving sufficient education and information about their treatment? Nature clinical practice Oncology. 2008;5(2):62.
48. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Kaji MA. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer .Journal of Education and Health Promotion. 2015;4.
49. Chong P, Krishnan M, Hong C, Swah T. Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore. Singapore Med J. 2002;43(10):509.
50. Farrokhzadian J ZS, Sabzevari S, Nakhei N. . Survey of women's knowledge, Attitude and practice regarding prevention of common genital tract infection in Kerman health care centers in 2003. J Reprod Infertil. 2004;5(4):346-55.
51. Farzaneh E, Heydari H, Shekarchi AA, Kamran A. Breast and cervical cancer-screening uptake among females in Ardabil, northwest Iran: a community-based study. OncoTargets and therapy. 2017;10:985.
52. Anbari K, Ahmadi SAY, Baharvand P, Sahraei N. Investigation of breast cancer screening among the women of Khorramabad (west of Iran): a cross-sectional study. 2017.
53. shabazi d, danesh a. Investigation of cancers incidence relevant to radiation in Chaharmahal and Bakhtiari province during five years (1998-2002. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2004;6(1):7-13.
54. Lawler PR, Afilalo J, Eisenberg MJ, Pilote L. Comparison of cancer risk associated with low-dose ionizing radiation from cardiac imaging and therapeutic procedures after acute myocardial infarction in women versus men. The American journal of cardiology. 2013;112(10):1545-50.
55. Mazonakis M, Damilakis J, Varveris H, Gourtsoyiannis N. Therapeutic external irradiation in women of reproductive age: risk estimation of hereditary effects. The British journal of radiology. 2014.
56. Sarvari A, Naderi M, Heidari M, Zarnani A, Jeddi-Tehrani M, Mohammadreza S. Effect of Environmental Risk Factors on Human Fertility.JRI. 2010;11(4):211-26.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

57. Masoodi G, Hoseini E, Mirzaee R, Shahrakipour M, Hoseini SA. Comparing the effects of booklet and animation programming learning methods on prevention against exposure to the risks of sun rays among male student of Zahedan. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2015;58(7):397-402.
58. Badrian H, Sheikhi M, Abdinian M. Knowledge , Attitudes and Performance of Dental Practitioners in Isfahan-Iran about Biologic Effects of Ionizing Radiation and Protection Against them in 2011. Journal of Mashhad Dental School. 2013;37(1) :19-26.
59. Davati a, Moradi Lakeh m, Forghani h, Moosavi st. Sun Protective Behaviors in Iranian Women and Their Related Factors. Daneshvar. 2008;15(72) :7-12.
60. Hasanzadeh Mofrad M, Jedi L, Ahmadi S. The role of Human Papilloma Virus (HPV) vaccines in prevention of Cervical Cancer, review article. IJOGI. 2016;19)21:(22-9.
61. Sohrabi A, Rahnamaye Farzami M, Mirab Samiee S, Modarresi MH. An Overview on Papillomaviruses as the Main Cause of Cervical Cancer. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015;18(145):14-25.
62. Rubinstein WS, O'Neill SM, Rothrock N, Starzyk EJ, Beaumont JL, Acheson LS, et al. Components of family history associated with women's disease perceptions for cancer: A report from the Family Healthware Impact Trial. Genetics in medicine: official journal of the American College of Medical Genetics. 2011;13(1):52.
63. ACOG. Family History as a Risk Assessment Tool, Women's Health Care Physicians American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015)478.(
64. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? The Lancet. 2015;385(9977) :1555-66.
65. Papadakaki M, Musteata S, Vasilaki E,Chliaoutakis J. “WOMPOWER”-Empowering women to fight against domestic violence through an integrated model of training, support and counseling. APPAC 2014. 2016:39.
66. Ahmadi B, Nasseri S, Alimohamadian M, Shams M, Ranjbar Z, Shariat M, et al. Views of Tehrani couples and experts on domestic violence against women in Iran: A qualitative research. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2008;6(2):67-81.
67. Duong DN. Self-Care in Women with Breast Cancer. DTIC Document, 1992.
68. Abniki E, Abolghasemi A, Abbasi M, Moazzez R, Jalali R. The Effect of Group Cognitive-Behavioral Intervention in Stress Management on Improved Hardiness and Self-control in Depressed Women. Clinical Psychology Studies. 2015;5(19):99-118.
69. Jackson KL, Janssen I, Appelhans BM, Kazlauskaite R, Karavolos K, Dugan SA, et al. Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). Archives of women's mental health. 2014;17(3):177-87.
70. Paterson C, Lengacher C, Donovan K, Kip K, Tofthagen C. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. Cancer nursing. 2016;39(1):E39.
71. Fang SY, Chang HT, Shu BC. The moderating effect of perceived partner empathy on body image and depression among breast cancer survivors. Psycho-Oncology. 2015;24(12):1815-22.
72. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, Warner E, Malik N. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. Psycho-Oncology. 2016;25(1):66-76.
73. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. Scholarly inquiry for nursing practice. 2001;15(3):277-94.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

74. Ries A, Blackman L, Page R, Gizlice Z, Benedict S, Barnes K, et al. Goal setting for health behavior change: evidence from an obesity intervention for rural low-income women. Rural and remote health. 2014;14:2682.
75. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. American Journal of Health Promotion. 2004;19(2):81-93.
76. Stuifbergen A, Becker H, Timmerman G, Kullberg V. The use of individualized goal setting to facilitate behavior change in women with multiple sclerosis. The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses. 2003;35(2):94.
77. Holt KA, Mogensen O, Jensen PT, Hansen DG. Goal setting in cancer rehabilitation and relation to quality of life among women with gynaecological cancer. Acta Oncologica. 2015;54(10):1814-23.
78. Burstein H, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks J. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. The New England journal of medicine. 1999;340(22):1733.
79. Link AR, Gammon MD, Jacobson JS, Abrahamson P, Bradshaw PT, Terry MB, et al. Use of Self-Care and Practitioner-Based Forms of Complementary and Alternative Medicine before and after a Diagnosis of Breast Cancer. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM. 2013;2013.
80. Chen C-H, Lin Y-H, Heitkemper MM, Wu K-M. The self-care strategies of girls with primary dysmenorrhea: a focus group study in Taiwan. Health care for women international. 2006;27(5): 418-27.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]

NOVIN Health Journal

Narrative Review

The Effective Techniques to Promote Self-care Behaviors in Women of Reproductive Age: A narrative review study

Nasim Bozorgi (MSc)[1], Zohreh Shahhosseini (PhD)[2*]

Received: 14 Apr 2017 Revised: 5 May 2017 Accepted: 8 May 2017

Abstract

Background and Objective: Women in reproductive age are most at risk of physical and psychological problems which would be followed by complications and death if be unnoticed. Self-care can have the most important role in maintaining women's health. The aim of this study is to review the effective techniques of self-care behaviors in women of childbearing age.

Methods: This study was done by using the keywords; self-care, self-care behavior, women, reproductive, and by searching databases such as Google scholar, Science direct, PubMed and SID and from 2000 till 2016. 185 articles were obtained in English and Persian and 79 articles were used.

Findings: The literature review led to the organization of effective techniques which promotes women's self-care behaviors in the three main categories. The first; lifestyle modification (improved diet, exercise, smoking alcohol cessation and increasing the knowledge of Health), second; prevention and screening behaviors (women's cancer screening, avoiding from ionizing radiation, sexually transmitted infections and stress, consideration of family history of diseases and empowerment in the face of violence) and the third; Coping with illness and treatment compliance (self-control, positive body image, goal setting, use of complementary and alternative medicine).

Conclusion: Women by learning and practicing self-care techniques in dealing with common problems during their reproductive age can improve their own and their family's and community health.

1. Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

*** Corresponding Author:**
Dr. Zohreh Shahhosseini
Address:
Tel: +98 911 1558302
Email: zshahhosseini@yahoo.com

Keywords: self-care, self-care behavior, women, reproductive age

Please cite this article as: Bozorgi N, Shahhosseini Z. The Effective Techniques to Promote Self-care Behaviors in Women of Reproductive Age: A narrative review study. NHJ. 2017; 2(1):19-30.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-08-26]