

Review

Effective Educational Interventions for Women's Sexual and Reproductive Self-Care: A Scoping Review of Clinical Trials

Fatemeh Deziani¹, Zeinab Hamzeh Gardezi², Roya Nikbakht³, Zohreh Shah Hosseini^{4*}

1. Master's Student, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

4. Sexual and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

*.Corresponding Author: E-mail: zshahhosseini@yahoo.com

(Received 21 January 2025 Accepted 2 August 2025)

Abstract

Sexual and reproductive health is one of the most critical areas of health in women, and insufficient knowledge in this area leads to risky behaviors and causes numerous complications. Meanwhile, one way to improve health is to utilize self-care methods, which the World Health Organization defines as "the ability of individuals, families, and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and cope with illness and disability with or without the support of a health worker". Therefore, the present study aimed to conduct a scoping review of educational interventions that are effective in promoting women's sexual and reproductive self-care. This study was conducted by searching for the keywords "self-care," "sexual and reproductive health," "interventions," and "women" in the Web of Science (WOS), Scientific Information Database (SID), IranDoc, Magiran, Scopus, Google Scholar, and PubMed databases from 2000 to 2025. A total of 994 articles were found at the beginning of the search. Then, during a four-stage screening process, they were ultimately reduced to 11 articles and included in the study. The findings indicated that interventions in the field of sexual and reproductive self-care using various methods, such as educational models for protective motivation ($P < 0.001$ and $P < 0.000$), planned behavior ($P < 0.001$), jigsaw technique ($P < 0.001$), booklet ($P < 0.001$), smartphone-based software ($P < 0.001$), self-care instructions to prevent vaginal infection ($P < 0.05$), and counseling regarding hygienic practices ($P < 0.0001$) have been used in girls and women of reproductive age, which has been associated with positive and statistically significant results and has improved the state of knowledge about sexual and reproductive health and the adoption of sexual and reproductive self-care practices in individuals. Accordingly, it is estimated that although studies in this field are limited and more interventions are needed, each method appears to be beneficial, depending on the society's cultural, social, and economic conditions and facilities. By considering these interventions in health and health education programs as a method to promote self-care, sexual and reproductive health can be improved.

Keywords: Interventions, Reproductive Health, Self-care, Sexual Health, Women.

ClinExc 2025;15(10-25) (Persian).

فاطمه دزیانی^۱، زینب حمزه گردشی^۲، رویا نیکبخت^۳، زهره شاه حسینی^{۴*}

چکیده

سلامت جنسی و باروری یکی از مهم‌ترین حوزه‌های سلامت در زنان است که در صورت نادیده گرفتن و عدم دانش کافی نسبت به آن منجر به انجام رفتارهای پرخطر و ایجاد عوارض متعددی می‌شود. این در حالی است که یکی از راه‌های بهبود سلامت، به کارگیری روش‌های خودمراقبتی است که بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان «توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و مقابله با بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی» تعریف شده است. لذا، هدف این مطالعه مرور دامنه‌ای بر مداخلات آموزشی موثر بر خودمراقبتی جنسی و باروری زنان است. این مطالعه با جستجوی کلیدواژه‌های خودمراقبتی، سلامت جنسی و باروری، مداخلات و زنان در پایگاه‌های داده Pubmed، Google Scholar، Scopus، Magiran، Iran Doc، SID، Web of Science و در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ صورت گرفت. تعداد ۹۹۴ مقاله در ابتدای جستجو یافت شد. سپس در طی غربالگری چهار مرحله‌ای، در نهایت به ۱۱ مقاله کاهش یافت و وارد مطالعه حاضر شد. یافته‌ها نشان داد مداخلات در زمینه خودمراقبتی جنسی و باروری از روش‌های مختلفی مانند مدل‌های آموزشی انگیزش محافظت ($P < 0/001$ و $P < 0/000$)، رفتار برنامه‌ریزی شده ($P < 0/001$)، تکنیک جیگساو ($P < 0/001$)، کتابچه ($P < 0/001$)، نرم‌افزار مبتنی بر گوشی هوشمند ($P < 0/001$)، دستورالعمل خودمراقبتی جلوگیری از عفونت واژینال ($P < 0/05$) و مشاوره روش‌های بهداشتی ($P < 0/0001$) در دختران و زنان سنین باروری استفاده شده است که با نتایج مثبت و معنادار از لحاظ آماری همراه بوده است و باعث ارتقا وضعیت دانش، پیرامون سلامت جنسی و باروری و اتخاذ عملکردهای خودمراقبتی جنسی و باروری در افراد می‌شود. براین اساس برآورد می‌شود که اگرچه مطالعات در این زمینه محدود و نیاز به مداخلات بیشتری وجود دارد؛ اما به نظر می‌رسد استفاده از هر کدام از روش‌ها با توجه به امکانات و بسترهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه کمک کننده است و با در نظر گرفتن این مداخلات در برنامه‌های بهداشتی و آموزشی سلامت به‌عنوان یک روش ارتقا دهنده خودمراقبتی می‌توان وضعیت سلامت جنسی و باروری را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، سلامت باروری، سلامت جنسی، مداخلات، زنان.

۱. دانشجو کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

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

۳. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴. مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

Email: zshahhosseini@yahoo.com

مقدمه

یکی از مهم‌ترین حوزه‌های سلامت در زنان و دختران سلامت باروری است (۱) که با سلامت جنسی همپوشانی دارد و به طور کلی سلامت جنسی و باروری به عنوان رفاه فیزیکی، عاطفی و اجتماعی یک فرد در رابطه با تمایلات جنسی و سیستم تولیدمثل و مقابله با موانعی مانند تبعیض جنسیتی، نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی، قوانین محدود کننده، اجبار جنسی، استثمار می‌پردازد تا افراد در هر سنی، روابط جنسی ایمن و رضایت‌بخش داشته باشند (۲،۳).

به دلیل مجموعه‌ای از عوامل بیولوژیکی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، مشکلات مرتبط با سلامت جنسی و باروری یکی از نگرانی‌های اصلی در میان زنان است و می‌تواند آن‌ها را در معرض خطر بالای پیامدهای نامطلوب سلامت جنسی و باروری، از جمله بارداری ناخواسته، سقط جنین ناایمن، HIV و سایر بیماری‌های مقاربتی قرار دهد (۴-۶) و باعث ایجاد پیامدهای جدی و طولانی‌تر می‌شود (۷). با این حال، اغلب در جوامع مختلف مراقبت از سلامت جنسی و باروری، مورد انگ قرار می‌گیرد و منجر به دسترسی محدود به اطلاعات سلامت جنسی و باروری و خدمات مرتبط با آن می‌شود. در حالی که یکی از مهم‌ترین مولفه‌های سلامت، دانش و استفاده از این خدمات جنسی و باروری است (۸،۹).

خودمراقبتی به عنوان «توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و مقابله با بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی» تعریف شده است (۱۰). این رویکرد با تمرکز بر بهینه‌سازی نتایج سلامتی به عنوان مکمل ارائه خدمات رسمی مراقبت‌های بهداشتی است (۱۱) که از طریق آموزش به دست می‌آید (۱۲). خود مراقبتی جنسی و باروری از موثرترین رویکردها است که از دیرباز، زنان و دختران را قادر می‌سازد تا نیازها و نگرانی‌های خود را

در این حوزه با آگاهی و مسئولیت شناسایی کنند و آموزش در این راستا آن‌ها را قادر می‌سازد تا با افزایش دانش و بینش، گام‌های پیشگیرانه‌ای در جهت حفظ و بهبود سلامت جنسی و باروری خود بردارند. افرادی که در این راستا مهارت‌های خود مراقبتی بالاتری دارند، عموماً از وضعیت سلامت خود آگاه‌تر هستند و در شناسایی و مدیریت نیازها و مسائل جنسی و باروری خود بهتر عمل می‌کنند (۱۳-۱۵).

مداخلات خودمراقبتی جنسی و باروری شامل مداخلات خودآگاهی برای ارتقای سلامت است. خودآزمایی، غربالگری و تشخیص برای پیشگیری از بیماری و خودمدیریتی برای نتایج بهتر درمان، از جمله این مداخلات است که به فرد این امکان را می‌دهد تا با در نظر گرفتن انتخاب‌های بیشتر و مقرون‌به‌صرفه‌تر، در نهایت در مورد سلامت خود تصمیمات آگاهانه‌تری اتخاذ کند (۱۶،۱۷). دسترسی زنان به مداخلات بهداشتی باروری در همان ابتدا فراتر از یک مشکل پزشکی محض و آمیخته با مناقشات اخلاقی، حقوقی، مذهبی و حقوق بشری است (۱۸). این در حالی است که افراد ممکن است مداخلات خودمراقبتی را به دلایل مثبت مانند راحتی، هزینه، توانمندسازی، تناسب بهتر با سبک زندگی، حفظ حریم خصوصی و افزایش عدالت سلامت یا مطلوب بودن مداخله انتخاب کنند (۸،۱۱). در حالی که بیشتر مراقبت‌های بهداشتی (با سهم ۶۵ تا ۸۵ درصد) که در سرتاسر جهان اجرا می‌شوند از نوع خودمراقبتی هستند (۱۹) اما مطالعات انجام شده در ایران نشان داده است که وضعیت خودمراقبتی چندان مطلوب نیست و در حدود متوسط ۶۵ درصد طبق مطالعه علیمردی و همکاران، نیاز به اقدامات آموزشی در این زمینه به ویژه در بین جوانان وجود دارد (۱۴).

یک بررسی مروری دامنه‌ای با هدف توصیف چشم‌انداز فعالیت‌های پژوهشی در مورد یک موضوع،

ارتقای بینش نسبت به مداخلات پیشین، به شناسایی راهکارهای مؤثر در این زمینه کمک کند. همچنین، یافته‌های این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز طراحی مداخلات نوآورانه و انجام پژوهش‌های آینده‌نگر در این حوزه باشد. امید است نتایج این مطالعه، پاسخی مناسب به سوال پژوهشی مطرح شده ارائه دهد و گامی مؤثر در جهت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شواهد در سطح کشور باشد.

روش کار

مطالعه مروری حاضر از نوع مروری دامنه‌ای است که با توجه به قواعد روش‌شناختی موسسه جونا بریگز، در پنج مرحله انجام شده است. این مراحل عبارت هستند از: ۱) طراحی سوال تحقیق، ۲) جستجو و استخراج مطالعات وابسته به تحقیق، ۳) انتخاب مطالعات مرتبط، ۴) جدول‌بندی و خلاصه‌کردن اطلاعات و داده‌ها و ۵) گزارش نتایج (۲۰).

سوال تحقیق: مداخلات آموزشی مؤثر بر خودمراقبتی جنسی و باروری زنان کدام‌اند؟ کلمات کلیدی سوال پژوهش به شرح زیر است:

Population= دختران و زنان سنین باروری.

Intervention= گروهی که انواعی از مداخلات معرفی شده در مطالعه را دریافت کردند.

Comparison= گروهی که انواعی از مداخلات معرفی شده در مطالعه را دریافت نکردند،

Outcome= تاثیر مداخلات بر خودمراقبتی جنسی و باروری.

منابع اطلاعاتی:

این مطالعه از نوع مروری دامنه‌ای است. جامعه پژوهش، شامل همه مقالات کارآزمایی بالینی در زمینه مداخلات آموزشی مؤثر بر خودمراقبتی جنسی و باروری زنان در سنین باروری در جهان است که در یکی از پایگاه‌های اطلاعاتی نمایه شده باشند.

خلاصه‌سازی و انتشار یافته‌های پژوهشی، شناسایی شکاف‌های موجود در ادبیات علمی یا ارزشیابی ارزش انجام یک مرور سیستماتیک کامل انجام می‌شود (۲۰). در واقع این نوع مطالعات نوعی از مطالعات مروری برای ارزیابی ادبیات است که برخلاف مرور سیستماتیک، در این مطالعه به موضوعات گسترده‌تری می‌پردازد که در آن طرح‌های مطالعاتی مختلف ممکن است در نظر گرفته شود. همچنین به دنبال ارائه یک نمای کلی از همه مطالب بررسی شده بدون ترکیب نتایج است و به دنبال ارزیابی کیفیت شواهد نیست. پنج مرحله اصلی آن شامل: شناسایی سوال تحقیق، شناسایی مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعه، ترسیم نمودار داده‌ها، جمع‌آوری، خلاصه و گزارش نتایج است (۲۰). آموزش در سلامت یکی از موثرترین مداخلات برای ارتقای وضعیت سلامت با داشتن جایگاه مرکزی و پایه‌ای برای موفقیت برنامه‌های پیشگیرانه است. این روش نه تنها آگاهی افراد را نسبت به رفتارهای پرخطر افزایش می‌دهد، بلکه توان آن‌ها را برای انتخاب‌های سالم نیز تقویت می‌کند. در این راستا، آموزش هدفمند می‌تواند منجر به ارتقای خودمراقبتی، کاهش عوامل خطر و بهبود کیفیت زندگی شود (۲۱، ۲۲). با توجه به اهمیت موضوع سلامت جنسی و باروری در میان زنان و لزوم ارتقای آگاهی و توانمندی در این حوزه از طریق مداخلات آموزشی مؤثر، به‌ویژه در زمینه خودمراقبتی برای پیشگیری از پیامدهای نامطلوب، انجام مطالعه‌ای مروری در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. درحالی که تاکنون روش‌های آموزشی متنوعی اجرا شده است، اما مطالعاتی با طراحی مرور دامنه‌ای برای گردآوری، طبقه‌بندی و تحلیل این مداخلات کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. از این‌رو، هدف از مطالعه حاضر انجام یک مرور دامنه‌ای به‌منظور بررسی پژوهش‌هایی است که اقدام به طراحی مداخلات آموزشی در قالب کارآزمایی بالینی با محوریت خودمراقبتی جنسی و باروری در زنان کرده‌اند. مرور و تحلیل این مطالعات، می‌تواند ضمن

بودند و مطالعاتی که حجم نمونه و نیز نتایج مطالعه به طور کامل بیان شده بودند و مطالعات بدون محدودیت زبانی در نظر گرفته شدند. همچنین مطالعاتی که ویژگی‌های ذکر شده را نداشتند و خلاصه مقالات ارائه شده در کنفرانس‌ها که متن کامل نداشتند از مطالعه حذف شدند.

انتخاب مقالات:

در ابتدا با استفاده از راهکارهای جستجو، ۹۹۴ مقاله به دست آمد. در مرحله بعد، مطالعات تکراری و غیرمرتبط در غربالگری عنوان و چکیده حذف شدند و ۲۰۷ مطالعه باقی ماند. سپس ۱۲۹ مطالعه پس از بررسی خلاصه مقالات و ۶۷ مطالعه دیگر نیز پس از مطالعه متن کامل در مرحله چهارم ارزیابی مقالات حذف شد و در نهایت، ۱۱ مطالعه انتخاب شد.

یافته‌ها

استخراج داده‌ها و گزارش نهایی:

پس از مطالعه چکیده و متن کامل مقالات واجد شرایط، داده‌های موردنظر برای نگارش مطالعه حاضر استخراج شد. داده‌های لازم برای هر مطالعه شامل نام نویسنده، سال، کشور، عنوان، حجم نمونه، ابزار، نوع مطالعه، متغیر یا متغیرهای بررسی شده، نوع جامعه پژوهش، شرح مداخله و نتایج بود، که در نهایت داده‌های استخراج شده از مقالات، طبقه‌بندی شد و به صورت متن کامل این مقاله مروری نظام‌مند گزارش شد.

شرکت کنندگان:

شرکت کنندگان در تمام مطالعات، زنان سنین باروری بودند. در مجموع ۱۲۶۰ شرکت کننده وجود داشت. دامنه سنی مشارکت کنندگان از ۱۰ تا ۵۱ سال بود. شرکت کنندگان شامل دختران و زنان در سنین باروری، دختران با مشکل عفونت و یا ترشحات واژینال بود.

طبقه‌بندی داده‌ها:

با مروری بر متون، یافته‌ها بر اساس پاسخ به سوال تحقیق

جستجو توسط دو محقق اول و دوم، در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Science Direct، Scopus، web of Science و نیز در پایگاه‌های فارسی‌زبان همچون پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران و بانک اطلاعات نشریات کشور انجام شد.

راهبرد جستجو:

برای یافتن مقالات مرتبط در پایگاه‌های انگلیسی‌زبان، واژگان کلیدی بر اساس سامانه مش انتخاب شدند و شامل "Selfcare"، "sexual"، "reproductive"، "clinical trial" و "female" بودند که با عملگرهای AND و یا OR ترکیب شدند.

واژگان کلیدی استفاده شده برای جستجو در پایگاه‌های فارسی، شامل ترکیب واژه‌های «مداخلات»، «زنان»، «خودمراقبتی»، «جنسی» و «باروری» به صورت چندتایی بود و با عملگرهای «و» و «یا» ترکیب شدند.

برای حفظ تمام داده‌های با ارزش، محدودیت زمانی از سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ در نظر گرفته شد و به منظور دستیابی به بیشترین میزان جامعیت جست‌وجو، به شکل دستی تمام مقالات نهایی مرتبط با موضوع بررسی شدند تا سایر منابع احتمالی نیز یافت شوند.

[Women OR female OR girl OR feminine] AND [selfcare OR self-care] AND [sexual OR Intimate OR Erotic OR Sensual OR Venereal OR Carnal OR Genital OR Procreative] AND [reproductive OR Fertility-related OR Childbearing OR Generative OR Progenitive] AND [intervention OR clinical trial OR trial OR experimental OR quasi-experimental OR Implementation OR Treatment strategy OR Experimental procedure OR Educational initiative OR strategies OR Digital health tools]

معیارهای ورود و خروج مطالعه:

تمام مطالعات واجد شرایط ذیل برای مطالعه دامنه‌ای حاضر در نظر گرفته شد: مطالعات آزمایشی نیمه تجربی، تجربی و کارآزمایی بالینی، مطالعاتی که به بررسی مداخلات خودمراقبتی جنسی و باروری زنان متمرکز

در دو دسته که شامل روش‌های آموزشی به صورت گروهی و روش‌های آموزشی به صورت فردی طبقه‌بندی شد.

روش‌های آموزشی به صورت گروهی

نظریه انگیزش محافظت: در دو مطالعه، تاثیر نظریه انگیزش محافظت در دختران نوجوان ارزیابی شد و جلسات آموزشی به صورت گروهی بر اساس اجزای سازه (شدت درک شده، درک پاداش درونی و بیرونی، اثربخشی پاسخ، خودکارآمدی و آسیب پذیری) در مورد مسائل سلامت جنسی و باروری در دختران طراحی و اجرا گردید. در حوزه حساسیت درک شده، احتمال بارداری‌های ناخواسته و عوارض آن، فیزیولوژی بارداری، عوارض اوایل بارداری، سقط جنین و عوارض خونریزی، روش‌های پیشگیری از بارداری و موارد شکست آن، بیماری‌های مقاربتی و شیوع آن، پیامدهای رفتارهای جنسی پرخطر، انحرافات جنسی و میزان شیوع راه‌های انتقال HIV بررسی شد. در حوزه شدت درک شده، بر شدت رفتارهای جنسی پرخطر، خشونت علیه نوجوانان و تجاوز جنسی، راه‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و اقدامات بعدی، خطرات عاطفی و اجتماعی پذیرش یا رد رابطه جنسی و مثال‌های عملی از موارد موجود تاکید شد.

در حوزه هزینه پاسخ، مباحثی شامل درک پاداش‌های درونی/بیرونی، توضیح سلامت جنسی و باروری، تفاوت‌ها در انتظارات و رفتارهای جنسی در بین دختران و پسران، مزایای بارداری‌های ایمن و دلخواه، رابطه جنسی ایمن، خودکنترلی و وفاداری و توصیف مزایای «نه گفتن!» بررسی شد. همچنین آموزش روش‌های برقراری روابط صمیمانه با یکدیگر بدون رابطه جنسی، روش‌های کنترل میل جنسی، بررسی دلایل رفتارهای پرخطر جنسی از دیدگاه دانشجویان و محققان، عوامل تحت فشار قرار داشتن زنان برای رابطه جنسی بررسی شد. در حوزه اثربخشی پاسخ، یعنی آموزش مهارت‌های مذاکره با شریک جنسی در مورد رد رابطه جنسی و

استفاده از کاندوم، روش‌های دیگر برای برقراری ارتباط و صمیمیت، کنترل میل جنسی، پیشگیری از عفونت HIV و راه‌های کاهش خطرات انتقال آن بود. در حوزه درک خودکارآمدی، به پرسش و پاسخ در مورد مهارت‌های خودکنترلی، «نه گفتن!»، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، پیشگیری از عفونت HIV و مهارت کنترل رفتارهای پرخطر پرداخته شد. نتیجه این دو مطالعه رضایت‌بخش ($P < 0/001$) و نمایانگر بهبود خودمراقبتی جنسی و باروری در گروه آزمایش در هر دو مطالعه بود (۲۳،۲۴).

رفتار برنامه‌ریزی شده: یک مطالعه به بررسی تلفیق مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی در دختران نوجوان به صورت گروهی با محتوای آموزشی رفتارهای ارتقادهنده سلامت (تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت سلامت و مقابله با استرس) و خودمراقبتی (سلامت قاعدگی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی/HIV و غربالگری سرطان زنان) با استفاده از سازه‌های خودکارآمدی (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، خودکارآمدی و قصد) پرداخته است. نتیجه این مطالعه رضایت‌بخش ($P < 0/001$) و نمایانگر بهبود خودمراقبتی باروری در گروه آزمایش بوده است (۱۲،۲۵).

روش آموزشی جیگساو: در یک مطالعه با استفاده از روش آموزشی جیگساو به دانش، نگرش و رفتار خودمراقبتی دوران قاعدگی دختران پرداخت. در این مطالعه با تعامل و تاثیر همسالان در آموزش خودمراقبتی با محتوای بحث‌های گروهی که شامل پنج موضوع با محوریت (۱) درک، هدف و تاثیر مراقبت‌های قاعدگی (۲) بهداشت شخصی (۳) استفاده از پد (۴) فعالیت‌ها و ورزش و (۵) تغذیه اجرا شد. این روش آموزشی با پرسش و پاسخ و فیلم کوتاه آموزشی از طرف محققان همراه بود. تاثیرگذاری این روش در مطالعه بر خودمراقبتی باروری از لحاظ آماری معنادار و موثر ($P < 0/001$) بود (۲۴).

هر دو ترشحات طبیعی و غیر طبیعی واژن بود (۲۹). یافته‌ها نشان داد قبل از مداخله، میزان عملکرد خودمراقبتی در ۶۰ درصد نمونه مورد مطالعه، غیر رضایت‌بخش است، در حالی که این میزان در بلافاصله و یک ماه بعد به ترتیب به ۸/۸ درصد و ۲۱/۲ درصد می‌رسد و حاکی از اثربخشی این روش در خودمراقبتی جنسی است (۲۹).

روش‌های آموزشی به صورت فردی

نرم‌افزار آموزشی مبتنی بر گوشی هوشمند: یک مطالعه به بررسی نرم‌افزار آموزشی مبتنی بر گوشی هوشمند در راستای آموزش سلامت باروری در دانشجویان متاهل پرداخت. این روش آموزشی به صورت فردی از طریق مطالعه محتوای آموزشی در بستر نرم‌افزار و با پیگیری مطالب آموخته شده و هر گونه پرسش احتمالی از طریق نرم‌افزارهای رسانه‌ای جمعی توسط محققان صورت گرفت. مطالعه فوق نشان داد که ارائه محتوای آموزشی از این طریق می‌تواند با پتانسیل تحریک علاقه افراد به یادگیری و ترویج دانش و عملکرد خودمراقبتی منجر به بهبود وضعیت خودمراقبتی باروری ($P < 0/001$) شود (۱).

کتابچه آموزشی: یک مطالعه نیز به بررسی کتابچه آموزشی در دختران دانشجو پرداخت. محتوای این کتابچه آموزشی ۱۴۰ صفحه و ۱۱ فصل بود که شامل موضوعاتی همچون آناتومی دستگاه تناسلی، بیماری‌های فرج و واژن، قاعدگی و مسائل مرتبط، سندرم تخمدان پلی کیستیک، بیماری‌های پستان، عفونت‌های دستگاه ادراری، بیماری‌های مقاربتی، ایدز و هیپاتیت، روش‌های پیشگیری از بارداری، آزار جنسی و سرطان دهانه رحم می‌شد. مطالب کتابچه به صورت فردی، بدون نیاز به مربی حرفه‌ای، برای کمک به شناسایی، پیشگیری و ارائه مراقبت از مشکلات شایع سلامت باروری زودرس در دختران جوان مورد استفاده قرار گرفت. پاسخگویی به سوالات احتمالی و

برنامه و دستورالعمل آموزشی خودمراقبتی: در دو مطالعه استفاده از برنامه آموزشی خودمراقبتی به صورت گروهی در دختران و زنان مبتلا به عفونت واژینال مورد مطالعه قرار گرفت (۲۶،۲۷). محتوای این جلسات آموزشی به صورت تئوری و عملی با ذکر اهمیت و مؤلفه‌های بهداشت دستگاه تناسلی، منابع عفونت واژن، عوامل خطر و غیره پرداخت. آموزش عملی پیرامون داروی واژینال و شستن دست‌ها بود (۲۶). نتایج هر دو مطالعه حاکی از اثربخشی روش‌های مداخله‌ای ($P < 0/0001$ و $P < 0/001$) بر خودمراقبتی جنسی بود (۲۶،۲۷). در مطالعه دیگر به استفاده از برنامه آموزشی بهداشت باروری در دختران معلول پرداخت. در این مطالعه جلسات آموزشی شامل مواردی چون سن و علائم بلوغ، عملکرد تخمدان‌ها و زمان تخمک‌گذاری، آناتومی اندام‌های تناسلی زن، علائم بارداری، مراحل زایمان، دوره نفاس، تنظیم خانواده و بیماری‌های مقاربتی، روش مراقبت پرینه و بهداشت شخصی، در مورد مراقبت از خود در دوران قاعدگی بود (۲۸). نتایج حاکی از موثر بودن این روش و بهبود عملکرد دختران (از ۳۲/۹ درصد به ۸۲/۱ و ۸۶/۷ درصد) در خودمراقبتی جنسی و باروری بود (۲۸). در مطالعه دیگر توسط جوادا و همکاران، به بررسی دستورالعمل آموزشی خودمراقبتی در دختران مبتلا به ترشحات واژینال پرداخت. جلسات آموزشی به صورت گروهی و با ارائه سخنرانی، پرسش و پاسخ و ارائه کتابچه آموزشی به دختران بود. جلسات شامل تشریح آناتومی و عملکردهای فیزیولوژیکی، تعاریف قاعدگی و ذکر علائم و نشانه‌ها و ویژگی‌های آن، بهداشت و مشکلات رایج قاعدگی، تشریح خصوصیات طبیعی ترشحات واژن و ترشحات غیرطبیعی، انواع عفونت‌ها همراه با راهکارهای مدیریت، ارائه راهنمایی در مورد شیوه‌های خودمراقبتی مربوط به ترشحات واژن، مراقبت‌های تغذیه‌ای، بهداشت فردی، اقدامات روزانه بهداشت تناسلی، بهداشت قاعدگی و نحوه رسیدگی به

تماس‌های تلفنی و پیامکی در رابطه با مطالعه کتابچه توسط محقق اجرا شد. نتایج این مطالعه حاکی از افزایش نمره خودمراقبتی (از ۵۷/۲ قبل مداخله به ۷۷/۱ در شش هفته بعد مداخله $P < 0/001$) و موثر بودن این روش در توانایی خودمراقبتی باروری دختران بود (۱۴). مشاوره روش‌های بهداشتی: یک مطالعه به بررسی مشاوره روش‌های بهداشتی در زنان سنین باروری پرداخت. این مشاوره در پنج سطح به مواردی چون بررسی سطح خودمراقبتی، راهنمایی مراجع در مورد خطرات سلامتی و مزایای تغییر رفتار، توافق با مراجع در تعیین اهداف واقع‌بینانه، کمک به توسعه برنامه عملی و در نهایت پیگیری عملکرد نمونه‌های مورد مطالعه پرداخت. نتایج این مطالعه بیانگر موثر بودن ($P < 0/0001$) این روش بهداشتی در خودمراقبتی جنسی بود (۳۰).

بحث

مطالعه مروری دامنه‌ای حاضر، ۱۱ مطالعه تجربی و نیمه‌تجربی را که به منظور بررسی تاثیر مداخلات در خودمراقبتی جنسی و باروری زنان انجام شده بودند، ارزیابی کرد (۱، ۱۲، ۱۴، ۲۳-۳۰). دو مطالعه به مداخله مبتنی بر نظریه انگیزش محافظت (۲۳، ۲۵)، یک مطالعه با استفاده از رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی (۱۲)، یک مطالعه با استفاده از تکنیک جیگساو (۲۴)، یک مطالعه با استفاده از مشاوره روش‌های بهداشتی (۳۰)، یک مطالعه با استفاده از نرم افزار آموزشی مبتنی بر گوشی هوشمند (۱)، یک مطالعه با استفاده از کتابچه آموزشی (۱۴) و چهار مطالعه به استفاده از برنامه و دستورالعمل آموزشی (۲۶-۲۹) در زنان پرداخته بود. تمام مطالعات در نتایج خود، تاثیرگذاری مداخلات را در ارتقای خودمراقبتی جنسی و باروری اعلام و به در نظر گرفتن این مداخلات برای ارتقا سبک زندگی اشاره کرده بوند (۱۲).

در تبیین اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه انگیزش محافظت در ارتقای خودمراقبتی جنسی و باروری در دو

مطالعه انجام شده (۲۳، ۲۵) باید عنوان کرد که این مدل که به‌عنوان تئوری جذابیت ترس نیز شناخته می‌شود، از طریق پنج سازه یعنی حساسیت درک شده، شدت درک شده، هزینه پاسخ، اثربخشی پاسخ و خودکارآمدی انگیزش محافظت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و فرض می‌کند که پذیرش عوامل محافظتی و رفتارهای پرخطر از ارزش‌ها و باورهای شخصی ناشی می‌شود. این مدل به طور گسترده در برنامه‌های تغییر رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۱، ۲۳).

در مطالعه‌ای که به استفاده از نظریه انگیزش محافظت پرداخته بود، از هفت دامنه خودمراقبتی جنسی و باروری، چهار حیطه‌ی عوامل توانمندکننده در خودمراقبتی باروری و جنسی، آموزش بهداشت دانش باروری و جنسی، خودمراقبتی باروری و قاعدگی و ادراک رفتارهای پرخطر جنسی بعد از مداخله، با تفاوت معنادار همراه بود، در حالی که در سه حیطه دیگر آن نظیر موانع ارتباط والد-نوجوان، تعاملات خانواده-نوجوان و ادراکات و رفتارهای تعاملی با جنس مخالف، بین دو گروه قبل و بعد از مداخله تفاوتی وجود نداشت. این عدم اثرگذاری به این دلیل است که این تئوری بر تغییر رفتار فردی اثرگذار است و بر اطرافیان که شامل والدین، دوستان و همسالان است، موثر نمی‌باشد (۲۳). در مطالعه دیگر، این محقق نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه انگیزش محافظت، باعث افزایش خودمراقبتی سلامت باروری و آگاهی نوجوانان در مورد ایدز می‌شود. این مطالعه تاثیر سازه مقابله‌ای تئوری انگیزش محافظت را بر آموزش خودمراقبتی بهداشت باروری نشان داد. همچنین نتایج نشان داد که نمرات خودکارآمدی و کارآمدی پاسخ در گروه مداخله افزایش یافته است. آموزش برای سازه‌های تهدید کننده، تاثیر ماندگاری نداشته است و در نمره گروه مداخله در حیطه‌های شدت درک شده، آسیب پذیری، پاداش‌های درونی و بیرونی افزایشی مشاهده نشده است. این عدم تاثیر در

مطلوب سلامت جنسی و باروری شود، ارائه دهند (۳۳). در مطالعه وستنتاق و همکاران نیز نشان داد که استفاده از نرم‌افزار مبتنی بر گوشی هوشمند باعث ارتقای ابعاد خودمراقبتی نظیر سلامت عمومی باروری، پیشگیری از بیماری‌های منتقله جنسی، بیماری و اختلالات باروری می‌شود (۱). در تبیین اثر بخشی این روش باید اشاره کرد دسترسی آسان در هر مکان و زمان، یادگیری مستمر و تکرار پذیر به علت انعطاف‌پذیری بالای این محیط باعث تقویت دانش و درنهایت تغییر رفتار در فرد می‌شود. از سوی دیگر، تعامل چند رسانه‌ای با استفاده از متن و تصویر باعث افزایش درگیری ذهنی و یادگیری عمیق تر در این حوزه می‌شود. اگرچه این مداخله در اکثر ابعاد اثر بخش بوده است، اما در حوزه تنظیم خانواده نتایج اثرگذاری دیده نشده است. این محقق عنوان کرد برای بهبود مداخلات در این حوزه علاوه بر مداخله دیجیتال، نیاز به آموزش چهره‌به‌چهره و یا طولانی‌بودن مدت مداخله نیاز است (۱). در واقع اگرچه مداخلات دیجیتال می‌تواند برخی از موانع ساختاری (مانند حمل و نقل و هزینه خدمات) را کاهش دهد، اما به تنهایی نمی‌تواند بسیاری از پرسش‌های رفتاری پیچیده افراد نیازمند خدمات و محصولات سلامت جنسی و باروری را برطرف کند، لذا همراهی روش‌های دیجیتال و حضوری با اثربخشی بالاتری همراه است (۳۴).

در مطالعه دیگری برای ارتقای رفتار خودمراقبتی در زمینه سلامت قاعدگی نشان داد؛ روش جیگساو با ایجاد توانایی در ارتباط کلامی و اعتماد به نفس بالا، باعث ارتقا سطح دانش، نگرش و رفتار در دختران می‌شود (۲۴). در واقع این تکنیک یک روش یادگیری مشارکتی است که در آن دانش‌آموزان به گروه‌های کوچکتر پنج، شش نفره تقسیم می‌شوند و هر شخص بخشی از برنامه آموزشی را به گروه خود آموزش می‌دهد. این تکنیک با ایجاد فضای یادگیری راحت، جالب و دوستانه به افراد کمک می‌کند تا از یکدیگر سوال بپرسند و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند.

سازه تهدیدکننده به دلیل موانع فرهنگی جامعه در انتخاب افراد داری تجربه روابط جنسی قبل از ازدواج بوده است (۲۵). در تبیین اثر بخشی این روش باید اشاره کرد به دلیل آن که جلسات آموزشی گروهی به صورت هدفمند، مرحله‌ای، منسجم و قابل فهم برای نوجوانان بود باعث شد تا با مشارکت در بحث گروهی و تبادل تجربه، افراد را توانمند کند تا تصمیمات آگاهانه‌تری اتخاذ کنند و تغییرات رفتاری پایدارتر و درونی‌تری داشته باشند (۲۳، ۲۵).

مدل رفتار برنامه‌ریزی شده یک چهارچوب کاربردی برای پیش‌بینی و توضیح رفتارهای بهداشتی افراد است که در آن مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار فرد، قصد فرد برای انجام رفتار در نظر گرفته می‌شود (۳۲). در تبیین اثربخشی مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و سازه‌های خودکارآمدی (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، خودکارآمدی و قصد) در مطالعه فهیمی راد و همکاران نشان داد؛ این ترکیب باعث شده است مداخله علاوه بر ابعاد شناختی و انگیزشی باعث تقویت اعتماد به نفس رفتاری نیز شود. از سوی دیگر، آموزش در مدرسه باعث شد که یادگیری در فضای اجتماعی و با مشارکت همسالان انجام شود، که این خود باعث تقویت انگیزه، تغییر در باور و تثبیت رفتارهای سالم در افراد می‌شود. اگر چه قبل از مداخله وضعیت خودمراقبتی باروری دختران در حدود متوسط بوده است؛ اما پس از مداخله این مدل با افزایش دانش باعث بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی باروری (سلامت قاعدگی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی/HIV و غربالگری سرطان زنان) شد (۱۲).

یکی از دیگر روش‌های ارتقا دهنده خودمراقبتی با استفاده از سلامت دیجیتال و نرم‌افزارهای گوشی هوشمند است. این ابزارها می‌توانند محتوای آموزشی را با پتانسیل تحریک علاقه افراد به یادگیری و ترویج نگرش‌ها و دانش مطلوب که ممکن است منجر به نتایج

رفتارهای خودمراقبتی سلامت باروری دختران دانشجوی گردید (۱۴).

در تبیین اثربخشی مطالعات با استفاده از برنامه‌های آموزشی در خودمراقبتی عفونت واژینال که در دو مطالعه انجام شد، مطالعه بارایا و همکاران نشان داد اجرای مداخله مطالعه حاضر منجر به بهبود قابل توجه عملکرد زنان در رفتار خودمراقبتی حوزه‌های سلامت عمومی، قاعدگی، جنسی و ژنی‌تال در گروه مطالعه در مقایسه با گروه کنترل شد. در واقع نتایج حاکی از آن بود که تغییرات شیوه‌های خودمراقبتی در بهبود و پیشگیری از عود عفونت‌های واژن مفید است. در تبیین یافته‌های این پژوهش محقق اشاره کرده است که اثربخشی مداخله مربوط به انتخاب محتوای برنامه آموزشی است که متناسب با نیاز این افراد تهیه شده و فرایند اجرای آن طبق اصول یادگیری بزرگسالان با مشارکت فعال‌تر و بحث‌های آزاد و استفاده از شبیه‌سازها بوده است تا اطلاعات را ساده‌تر کند و به افراد کمک کند تا دانش خود را در عمل به کار گیرند (۲۶). در مطالعه مشابه درباره عملکرد افراد نسبت به عفونت واژینال نشان داد که ارائه دستورالعمل‌ها به‌عنوان روشی برای ارتقای آگاهی موثر است و بین دانش کل دانشجویان با عملکرد آن‌ها رابطه آماری معناداری وجود دارد که این خود باعث بهبود عملکرد دانشجویان شد. همچنین مطالعه فوق نشان داد که قبل از مداخله، متغیرهای سن و مقطع تحصیلی بالاتر با آگاهی بالاتر افراد همراه است، اما پس از مداخله این رابطه معنادار نشد (۲۷).

مطالعه‌ای دیگر در این راستا نشان داد که عدم آگاهی در مورد ترشحات واژن و بهداشت دستگاه تناسلی و قاعدگی در بین دانشجویان می‌تواند منجر به رفتارهای ناسالم شود و مداخله برنامه آموزشی در خودمراقبتی ترشحات واژینال با ارائه دانش و مهارت‌های رفتاری پیرامون ترشحات واژینال باعث ایجاد تغییر در رفتارهای سبک زندگی و بهبود وضعیت خودمراقبتی می‌شود.

این روش باعث افزایش تعامل، مسئولیت‌پذیری و یادگیری عمیق‌تر می‌شود، چون هر دانش‌آموز هم یادگیرنده و هم آموزش‌دهنده است (۲۴، ۳۵).

استفاده از مدل آموزشی دیگر نظیر مشاوره روش‌های بهداشتی مبتنی بر پنج مرحله ارزیابی، توصیه، توافق، کمک و پیگیری بود، در مطالعه فرجی و همکاران بر روی زنان سنین باروری و قبل یائسگی انجام شد. در این مطالعه تمرکز بر ابعاد چندگانه خودمراقبتی و مشاوره در هفت حوزه: سلامت عمومی، فعالیت بدنی، تغذیه، خواب، سلامت روانی-اجتماعی، تصویر بدنی و سلامت جنسی نشان داد که این رویکرد جامع باعث تغییرات مثبت در اکثر حوزه‌های خودمراقبتی از جمله حوزه جنسی بوده است (۳۰). در واقع اثرگذاری این روش به دلیل در نظر گرفتن ساختار مرحله به مرحله آن باعث شد تا مشاوره هدفمند، قابل پیگیری و متناسب با نیاز فردی باشد و به زنان کمک کند که رفتارهای خودمراقبتی را بهتر بشناسند و در آن‌ها تغییر ایجاد کنند. همچنین در این روش حضور ماما به‌عنوان مشاور باعث شد تا زنان راحت‌تر درباره مسائل جسمی، روانی و جنسی صحبت کنند و راهکارهای عملی مناسب را دریافت کنند (۳۰).

در مطالعه عبدی شهشهانی و همکاران، استفاده از کتابچه آموزشی به همراه سایر روش‌های آموزشی چندرسانه‌ای با هدف افزایش انگیزه یادگیری و ارتقای دانش دختران نوجوان انجام شد. این روش به‌صورت مددجو محور ارائه شد و افراد تشویق به پرسیدن سوال از مربیان آموزشی شدند. در تبیین اثربخشی این روش باید اشاره کرد که از آن جایی که لازمه تغییر رفتار در وهله اول، افزایش دانش و تغییر نگرش است محتوای این کتابچه نیز بر پایه نیازهای واقعی دانشجویان طراحی شد و باعث شد که مطالب برای مخاطب قابل درک، کاربردی و مرتبط با زندگی روزمره باشد. همچنین استفاده از زبان ساده، مثال‌های کاربردی و راهکارهای عملی باعث ایجاد افزایش دانش و بستر مناسبی جهت تغییر نگرش شد و در نهایت به طور مؤثری باعث ارتقا

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد مداخلات آموزشی به صورت گروهی و فردی بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در حوزه سلامت باروری و جنسی می‌توانند تاثیرگذار باشند، اما با توجه به اینکه تعداد مطالعات در این زمینه محدود بوده است، به نظر می‌رسد برای دسترسی به شواهد قوی‌تر به منظور اجرای مداخلات بیشتر در این حوزه نیاز به مطالعات بیشتر است.

در بالین، این روش‌ها می‌توانند به عنوان ابزارهای مکمل در مراقبت‌های اولیه برای افزایش آگاهی بیماران و توانمندسازی آن‌ها در مدیریت سلامت جنسی خود مورد استفاده قرار گیرند. به ویژه آموزش‌های مبتنی بر دیجیتال، امکان دسترسی سریع و گسترده به اطلاعات معتبر را برای بیماران فراهم می‌کند. این ابزارها به ویژه برای افراد در مناطق محروم یا کسانی که به مراقبت‌های حضوری دسترسی ندارند، مفید هستند.

در حوزه آموزش و پژوهش، این مداخلات می‌توانند در طراحی برنامه‌های درسی دانشگاهی و کارگاه‌های آموزشی برای متخصصان حوزه سلامت جنسی و باروری موثر باشند. همچنین، ادغام این مدل‌ها در سیاست‌های سلامت عمومی می‌تواند به ارتقای سطح سواد سلامت جنسی در جامعه و کاهش پیامدهای ناشی از عدم خودمراقبتی جنسی کمک کند.

همچنین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی، سایر روش‌های دیگر مداخلات نظیر روش‌های مشاوره‌ای، روانشناختی و فناوری‌های نوین در راستای ارتقای وضعیت خودمراقبتی جنسی و باروری در دختران و زنان به کار گرفته شود.

همچنین بین سطح تحصیلات مادر، محل سکونت و درآمد خانوار با اتخاذ رفتارهای بهداشتی، روابط معناداری وجود داشت (۲۹).

در مطالعه محمود و همکاران نیز اشاره شده است که استفاده از این برنامه‌های آموزشی در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در دختران معلول به دلیل در نظر گرفتن شکاف‌های آموزشی این دختران نیز موثر و کارآمد است (۲۸). دسترسی به اطلاعات سلامت باروری اغلب برای افراد دارای معلولیت در دسترس نیست یا از طریق روش‌های نامناسبی مانند کلینیک‌ها، رسانه‌های چاپی یا الکترونیکی غیر قابل دسترس یا توسط ارائه‌دهندگان خدماتی که نمی‌توانند با جوانان دارای معلولیت ارتباط برقرار کنند، ارائه می‌شود. عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی مناسب و سطح تحصیلات پایین در این زمینه با دانش، نگرش و در نهایت عملکرد ضعیف در این افراد همراه است. در مطالعه مشابه نیز در زنان معلول نشان داد که ارائه آموزش‌های مناسب با نیازهای این افراد باعث توانمندی و بهبود دانش و نگرش در مورد سلامت باروری و جنسی دختران و زنان می‌شود (۳۶).

با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع مروری دامنه‌ای است؛ یکی از محدودیت‌های اصلی این مطالعه روش‌های پژوهشی بررسی شده است که می‌تواند مقایسه مستقیم یافته‌ها را دشوار کند. علاوه بر این، عدم وجود چارچوب استاندارد برای ورود و خروج مطالعات ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج تاثیر بگذارد. همچنین، تمرکز بر تحلیل کیفی داده‌ها باعث می‌شود که این مطالعه فاقد مدل‌های آماری پیشرفته باشد. از سوی دیگر، وابستگی به کیفیت مطالعات اولیه می‌تواند اعتبار و دقت نتایج را تحت تاثیر قرار دهد.

متأهل							۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۶/۵-۶/۷ P<.۰/۰۰۱ این افزایش معنادار در تمام زیر دامنه‌ها به جز در حیطه تنظیم خانواده P<.۰/۲ نیز نشان داده شد
هوایی و همکاران ۲۰۲۱ ایران (۲۳)	خودمراقبتی سلامت جنسی و باروری: مداخله مبتنی بر تنوری	۱۰۰ دختر در دو گروه ۴۵ نفره (مداخله) ۴۵ نفره (کنترل)	تنوری انگیزه محافظت	نوجوانان مجرد زیر ۲۱ سال	کارآزمایی بالینی-۵ جلسه گروهی- دو بار در هفته - ۹۰ دقیقه	پرشن نامه خودمراقبتی جنسی و باروری دختران نوجوان (SRSCS)	بعد آموزش به‌طور کلی نمره خودمراقبتی افزایش معنادار داشته P<.۰/۰۰۱ اندازه اثر: ۱۱/۰۲ اما در ۳ زیر دامنه این پرشن نامه تفاوت بعد مداخله معنادار نبوده است.
محمود و همکاران ۲۰۲۱ مصر (۲۸)	برنامه آموزشی بهداشت باروری نوجوانان معلول استان شریکه	۹۱ دختر	برنامه آموزشی نظری و عملی	دانش آموزان ۱۴-۲۰ سال	نیمه‌تجربی-۴ جلسه بهداشت باروری	چک‌لیست مشاهده‌ای برای ارزیابی شیوه مراقبت پرینه و بهداشت فردی در دوران قاعدگی، در پس‌آزمون بهبود یافت (از ۳۲/۹٪ به ۸۲/۱٪) و ۸۶/۷٪	عملکرد نسبت به مراقبت پرینه و بهداشت فردی در مورد مراقبت از خود در دوران قاعدگی، در پس‌آزمون بهبود یافت (از ۳۲/۹٪ به ۸۲/۱٪) و ۸۶/۷٪
جوادی و همکاران ۲۰۲۱ مصر (۲۹)	تأثیر دستورالعمل‌های آموزشی بر شیوه‌های خودمراقبتی دانش‌آموزان در ترشحات واژینال در مدارس متوسطه شهر طنطا	۱۶۰ دختر	دستورالعمل آموزشی	دانش آموزان دختر	نیمه‌تجربی-۳ جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه رفتار خودمراقبتی	پرشن نامه عملکرد خودمراقبتی ترشحات واژینال و یک ماه بعد با افزایش معنادار همراه بود P<.۰/۰۵	میانگین نمره آگاهی و عملکرد خودمراقبتی دختران در مورد ترشحات واژینال بلافاصله و یک ماه بعد با افزایش معنادار همراه بود P<.۰/۰۵
سولهاتی و همکاران ۲۰۲۰ اندونزی (۲۴)	تأثیر تکنیک جیگسائو بر آموزش رفتارهای خودمراقبتی قاعدگی به نوجوانان دختر	۱۰۰ دختر در دو گروه ۵۰ نفره (مداخله) ۵۰ نفره (کنترل)	تکنیک جیگسائو- ویدئو آموزشی- مسابقه گروهی	دختران ۱۰-۱۸ سال	نیمه‌تجربی-۶۰ دقیقه خودمراقبتی قاعدگی	چک‌لیست رفتار خودمراقبتی قاعدگی	تفاوت میانگین گروه مداخله قبل و بعد از مداخله از لحاظ آماری معنادار P<.۰/۰۰۱ اختلاف میانگین از نظر میزان آگاهی (-۷/۰۸)، نگرش (-۱۱/۵۴) و رفتار (-۱۶/۶۲)
هوایی و همکاران ۲۰۱۹ ایران	تأثیر آموزش مبتنی بر تنوری انگیزش محافظت بر خودمراقبتی	۹۰ دختر در دو گروه ۴۵ نفره (مداخله) ۴۵ نفره (کنترل)	تنوری انگیزش محافظت	دانشجویان زیر ۲۱ سال و مجرد	کارآزمایی بالینی-۶ جلسه - دو بار در هفته- خودمراقبتی جنسی و باروری	پرشن نامه خودمراقبتی جنسی و باروری	از آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد که متغیر خودمراقبتی سلامت باروری تغییر

(۲۵)	سلامت باروری نوجوانان: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده							معنی داری داشته است $P=۰/۰۰۰$	دختران نوجوان (SRSCS)
عبدالناعم و همکاران ۲۰۱۹ مصر (۲۷)	تأثیر دستورالعمل‌های خودمراقبتی بر آگاهی و کیفیت زندگی دانشجویان دانشکده پرستاری میتلا به عفونت واژن	۲۱۴ زن	ارائه سخنرانی دستورالعمل خودمراقبتی آموزشی درباره عفونت واژینال - بحث گروهی - بروشورهای آموزشی	دانش آموزان دختر که از علامت عفونت واژینال رنج می‌برند	نیمه‌تجربی - ۱۶ جلسه، ۲ روز در هفته - یک ساعت	عملکرد خودمراقبتی دانشجویان	پرسش‌نامه شیوه‌های خودمراقبتی دانش آموز در مقابله با عفونت واژن	عملکرد کلی در مورد عفونت واژینال در بین دانش آموزان در پس آزمون نسبت به ارزیابی پیش‌آزمون به‌صورت معناداری بهبود داشته است ($P<۰/۰۰۰۱$)	
فرجی و همکاران ۲۰۱۸ ایران (۳۰)	آیا یک ماما که مشاوره رفتار سلامت را رهبری می‌کند می‌تواند خودمراقبتی زنان را در دوران پیش از یائسگی بهبود بخشد؟ یک مطالعه نیمه‌تجربی	۴۲ زن	برنامه مشاوره رفتار بهداشتی مبتنی بر مدل 5A - بسته‌های آموزشی	زنان ۳۹- ۵۱سال	نیمه‌تجربی - زنان	خودمراقبتی زنان	پرسش‌نامه خودمراقبتی زنان ۳۹- ۵۱سال	تغییر میانگین نمره خودمراقبتی در همه زمینه‌ها از جمله زمینه جنسی قبل و بعد از مشاوره رفتار بهداشتی از لحاظ آماری معنادار بوده است $P<۰/۰۰۰۱$	
برایا و همکاران ۲۰۱۷ مصر (۲۶)	تأثیر برنامه آموزشی شیوه‌های خودمراقبتی بر بازخوانی عفونت واژن در زنان پرخطر شهر اسماعیلیه	۱۲۴ زن در دو گروه ۶۰ نفره (مداخله) ۶۴ نفره (کنترل)	برنامه آموزشی در مورد اقدامات خودمراقبتی در مورد عفونت‌های واژن	زنان متأهل ۱۸-۳۵ساله با تشخیص عفونت واژن	نیمه‌تجربی - رفتارهای خودمراقبتی	رفتارهای خودمراقبتی	فرم ارزیابی اقدامات خودمراقبتی زنان مربوط به بهداشت عمومی، تناسلی، قاعدگی و جنسی.	در گروه مداخله برنامه آموزشی با بهبود عملکرد که از لحاظ آماري معنادار بود دیده شد $P<۰/۰۰۱$	
فهیمی راد و همکاران ۲۰۱۷ ایران (۱۲)	تأثیر مداخله مدرسه محور با استفاده از مدل PBSEIM بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی در دختران نوجوان	۱۰۰ دانش‌آموز دختر در دو گروه ۵۰ نفره (مداخله) ۵۰ نفره (کنترل)	مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی	دختران دانش‌آموز ۱۵-۱۹سال	کارآزمایی بالینی - ۱۲ جلسه، سه بار در هفته، ۲ ساعت	خودمراقبتی سلامت باروری	پرسش‌نامه خودمراقبتی سلامت باروری دختران نوجوان	رفتارهای خودمراقبتی در درون گروهی گروه مداخله و همچنین نسبت به گروه کنترل معنادار بود $P<۰/۰۰۱$	

References

1. Vanestanagh AK, Farshbaf-Khalili A, Esmailpour K, Asghari Jafarabadi M, Sattarzadeh Jahdi N. Effect of smartphone-based education on knowledge and self-care of reproductive health in married students. *J Educ Health Promot.* 2021;10:89.
2. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PFA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet.* 2006;368(9547):1595-607.
3. Khalesi ZB, Adib M, Sigaroudi AE. Exploring the structure of a school-based sexual and reproductive health education program: a qualitative study. *JBRA Assist Reprod.* 2022;26(2):299-304.
4. Vongxay V, Albers F, Thongmixay S, Thongsombath M, Broerse JE, Sychareun V, et al. Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR. *PloS One.* 2019;14(1):e0209675.
5. Woog V, Susheela S, Alyssa B, Jesse P. Adolescent womens need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries: Citeseer; 2015.
6. Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A. Female Adolescents health-information needs :

- a qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2011;20(80):82-5.
7. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health.* 2015;56(1 Suppl):S22-41.
 8. Logie CH, Berry I, Ferguson L, Malama K, Donkers H, Narasimhan M. Uptake and provision of self-care interventions for sexual and reproductive health: findings from a global values and preferences survey. *Sex Reprod Health Matters.* 2022;29(3):2009104.
 9. Abedian K, Shahhosseini Z. University students' point of views to facilitators and barriers to sexual and reproductive health services. *Int J Adolesc Med Health.* 2014;26(3):387-92.
 10. Cartwright AF, Velarde M, Beksinska M, Smit J, Kasaro M, Tang JH, et al. Perspectives on sexual and reproductive health self-care among women, healthcare providers, and other key informants: a mixed-methods study in South Africa and Zambia. *Reprod Health.* 2023;20(1):65.
 11. Narasimhan M, Logie CH, Gauntley A, Gomez Ponce de Leon R, Gholbzouri K, Siegfried N, et al. Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights for advancing universal health coverage. *Sex Reprod Health Matters.* 2020;28(2):1778610.
 12. Fahimi Rad E, Keshavarz Z, Simbar M, Nasiri M, Mehraliyani H. The impact of a school-based intervention using the PBSEIM model on health promoting behaviors and self-care in adolescent females. *Adv Nurs Midwifery.* 2017;27(2):15-9.
 13. Fathi B, Kia S, Alinejad V, Rikhtegar E, Gebleh F, Zareipour M. Sexual self-care, quality of sexual life and fertility desire in women attending comprehensive health centers in Urmia, Iran. *BMC Womens Health.* 2025;25:16.
 14. AbdiShahshahani M, Hashemi M, Kohan S. The Effect of the reproductive health self-care educational booklet on the self-care ability of female university students. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2023;28(6):659-64.
 15. Bagheri Z, Boroumandfar Z, Shirazi M. Self-care needs in the domains of knowledge, attitude and performance of adolescent girls with regard to drug addiction and risky sexual behaviors in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2021;26(5):411-6.
 16. Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F, et al. Self care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing. *BMJ.* 2019;365:11228.
 17. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P. Self-care: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2021;8(4):418-25.
 18. Yuan B, Li J, Wang Z. The development of global women's rights and improvements in reproductive health intervention access of females with different socio-economic status. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(23):4783.
 19. Narasimhan M, Logie CH, Hargreaves J, Janssens W, Aujla M, Steyn P, et al. Self-care interventions for advancing sexual and reproductive health and rights—implementation considerations. *J Global Health Rep.* 2023;7:e2023034.
 20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
 21. Naeemi L, Daniali SS, Hassanzadeh A, Rahimi M. The effect of educational intervention on self-care behavior in hypertensive older people: Applying the health belief model. *J Educ Health Promot.* 2022;11(1):406.
 22. Merkuri SL, Kamberi ADF, Gabrani PJ. Self-care for health and wellbeing—a literature review. *Medicus.* 2023;7(2):41-8.
 23. Havaei M, Saeieh SE, Salehi L. Sexual and reproductive health self-care: a theory-based intervention. *Health Educ.* 2021;121(1):111-24.
 24. Solehati T, Kosasih CE. Effect of jigsaw technique on the education of menstrual self-care behaviour to female adolescents. *Evid Based Care.* 2020;10(1):7-14.
 25. Havaei M, Salehi L, Akbari-Kamrani M, Rahimzadeh M, Esmaelzadeh-Saeieh S. Effect of education based on protection motivation theory on adolescents' reproductive health self-care: a randomized controlled trial. *Int J Adolesc Med Health.* 2021;33(4):20180195.
 26. Baraia ZA, Abdallah IM, Nour SA. Impact of educational program about self-care practices on the relieving of vaginal infection among high risk women in Ismailia city. *J Nurs Health Sci.* 2017;6(3):73-8.
 27. Abdelnaem SA, Mohasib S, Mohamed H. Effect of self-care guidelines on knowledge and quality of life among faculty of nursing students with vaginal infection. *Obstet Gynecol Int J.* 2019;10(1):15-29.
 28. Farouk Mahmoud S, Emad Eldien Hussien Sabbour M. Educational program regarding reproductive health for handicapped adolescents in sharkia governorate. *Egypt J Health Care.* 2021;12(3):456-70.
 29. Gweda HA, Ahmed MH, El-agamy MA. Effect of instructional guidelines on students' self care practices regarding vaginal discharge at secondary schools in Tanta city. *Tanta Sci Nurs J.* 2021;20(1):8-46.
 30. Faraji K, Kamrani MA, Saeieh SE, Farid M. Could a midwife leading health behavior counseling improve self-care of women during perimenopause? A quasi-experimental study. *J Midlife Health.* 2018;9(4):195-9.
 31. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol.* 1975;91(1):93-114.
 32. Ghaseminik F, Esmaeili M, Abbasi Dolatabadi Z. Application of the theory of planned

- behaviour in nursing care. *Iran J Nurs Res.* 2021;16(5):1-9.
33. Abdul Hamid Alhassan RH, Haggerty CL, Fapohunda A, Affan NJ, Anto-Ocrah M. Exploring the use of digital educational tools for sexual and reproductive health in sub-saharan africa: systematic review. *JMIR Public Health Surveill.* 2025;11:e63309.
 34. McCoy SI, Packel L. Lessons from early stage pilot studies to maximize the impact of digital health interventions for sexual and reproductive health. *Mhealth.* 2020;6:22.
 35. Moskowitz JM, Malvin JH, Schaeffer GA, Schaps E. Evaluation of Jigsaw, a cooperative learning technique. *Contemp Educ Psychol.* 1985;10(2):104-12.
 36. Aval ZO, Rabieepoor S, Avval JO, Yas A. The effect of education on blind women's empowerment in reproductive health: a quasi-experimental survey. *Maedica (Bucur).* 2019;14(2):121-5.