

طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در

زنان سنین باروری مبتنی بر مدل والتز

فرشته یزدانی^۱، دکتر معصومه سیمبر^{۲*}، دکتر الهام زارع^۳، دکتر زینب حمزه گردشی^۴،
دکتر ملیحه نصیری^۵

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جنسی باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۵. استادیار گروه علوم پایه، دکترای آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

خلاصه

مقدمه: طراحی ابزاری روا و پایا برای سنجش وضعیت خودمراقبتی جنسی زنان سنین باروری جهت شناسایی نقاط قوت و ضعف موجود و طراحی مداخلات مقتضی، برای بهبود وضعیت سلامت جنسی زنان سنین باروری، ضرورتی برای جامعه محسوب می‌شود، لذا مطالعه حاضر با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری انجام گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه روش‌شناسی با طرح مقطعی بود که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. پرسشنامه با استفاده از رویکرد قیاسی و بر اساس مدل والتز طراحی گردید. سپس جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار، روایی صوری کمتی و کیفی و روایی محتوای کمتی و کیفی مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، پایایی ابزار با استفاده از ارزیابی همسانی درونی و تعیین ضریب آلفای کرونباخ و ارزیابی ثبات با روش آزمون بازآزمون و تعیین ضریب همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) بررسی شد.

یافته‌ها: نسخه نهایی پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری با ۴۰ گویه در ۴ حیطه شامل: پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت‌های تناسلی، پیشگیری از سرطان‌های زنان، پیشگیری از بارداری ناخواسته و ارتقای سلامت جنسی طراحی شد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه نشان داد که میزان شاخص روایی کل ابزار ۰/۹۳ و نسبت روایی کل ابزار ۰/۹۶ بود. پایایی نسبی کل ابزار نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ نشان داده شد. ثبات ابزار نیز با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای در کل ابزار ۰/۹۷ با فاصله اطمینان ۰/۹۴-۰/۹۸ نشان داده شد.

نتیجه‌گیری: پرسشنامه سنجش خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری (FSHS) از روایی و پایایی قابل قبولی در جمعیت ایران برخوردار است که می‌تواند مفهوم وسیع خودمراقبتی جنسی را مورد سنجش قرار دهد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در دسترس صاحب‌نظران و برنامه‌ریزان جهت بررسی وضعیت موجود و طراحی مداخلات مناسب قرار گیرد.

کلمات کلیدی: پرسشنامه، خودمراقبتی، خودمراقبتی جنسی، سلامت جنسی و باروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه سیمبر؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۵۵۳۷۶، پست الکترونیک: msimbar@gmail.com

مقدمه

با افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و مشکلات بهداشتی مزمن همراه با افزایش جمعیت، تعاریف بهداشت در حال گسترش است. یکی از این تعاریف شامل قابلیت‌هایی برای سازگاری و خودمدیریتی در مقابل بیماری‌ها و خودمراقبتی می‌باشد (۱). سازمان جهانی بهداشت خودمراقبتی را این‌گونه تعریف می‌کند: "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" (۲)؛ به عبارت دیگر خودمراقبتی به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که متناسب با نیازهای فردی برای حفظ و بهبود سلامتی می‌باشد (۳). از سوی دیگر بسیاری از توصیفات خودمراقبتی بر بیماری تمرکز دارد، اما این مفهوم افراد سالم را نیز دربر می‌گیرد که شامل افزایش سواد سلامتی خود، افزایش آگاهی از شرایط جسمی و روحی خود و افزایش مسئولیت‌پذیری در استفاده از محصولات، خدمات و داروها می‌باشد (۴). اگرچه خودمراقبتی مفهوم جدیدی می‌باشد، اما مداخلات خودمراقبتی در صورت مقرون به‌صرفه بودن می‌توانند انتخاب افراد را افزایش دهند و فرصت‌های بیشتری در اختیار افراد قرار دهند تا در مورد سلامتی خود تصمیمات آگاهانه بگیرند (۵). به علاوه مداخلات خودمراقبتی در همه ابعاد بهداشت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، اما در بسیاری از موارد در ارتباط با مداخلات خودمراقبتی سلامت جنسی و باروری به‌علت اینکه بسیاری از افراد بر بدن خود استقلال ندارند و قادر به تصمیم‌گیری در ارتباط با رابطه جنسی و تولید مثل نیستند، بسیار سخت، مهم و چالش‌برانگیز است (۵). در نتیجه علی‌رغم اینکه اهمیت دارد که به مسئله خودمراقبتی جنسی در زنان پرداخته شود، اما همچنان تعریف واضح و مشخصی از خودمراقبتی جنسی و ابزاری روا و پایا جهت سنجش آن در جمعیت زنان سنین باروری وجود ندارد.

بر اساس آخرین دستورالعمل WHO، ابعاد خودمراقبتی شامل مراقبت فرد از خود در بهبود مراقبت‌های قبل از تولد، هنگام زایمان و پس از آن؛ ارائه خدمات با کیفیت

به افراد جهت برنامه‌ریزی فرزندآوری خصوصاً در ناباروری؛ از بین بردن سقط جنین ناایمن؛ مبارزه با عفونت‌های مقاربتی از جمله HIV، عفونت‌های دستگاه تناسلی و سرطان دهانه رحم و ارتقاء سلامت جنسی می‌باشد (۵). اگرچه طراحی مداخلات و تعریف سیاست‌ها در هر حوزه‌ای ابتدا نیاز به ارزیابی وضعیت موجود دارد و در این راستا وجود ابزاری روا و پایا و مبتنی بر شرایط فرهنگی و اجتماعی ضروری است، اما علی‌رغم اهمیت این مسئله، پرسشنامه خاصی برای ارزیابی خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری وجود ندارد.

ابزارهای موجود مانند ابزار ارزیابی خودمراقبتی پیرلین و ساکوینته (۶) و پرسشنامه عاملیت خودمراقبتی کرنی و فلیشیر (۷)، جهت بررسی وضعیت خودمراقبتی عمومی افراد تهیه شده‌اند. در سایت معاونت بهداشت نیز ابزاری عمومی برای سنجش وضعیت خودمراقبتی مشتمل بر ۴ حیطه سلامت جسمی، سنجش رفتاری، سلامت روابط و سلامت اجتماعی وجود دارد (۸). اشکال عمده این ابزارها این است که در زمینه عمومی به بررسی وضعیت خودمراقبتی می‌پردازند و ابعاد سلامت جنسی و باروری را در بر نمی‌گیرند. پرسشنامه خودمراقبتی جنسی و باروری در سنین نوجوانی (۳) نیز وجود دارد که از نظر ماهیت سؤالات متفاوت است. در نتیجه ابزاری اختصاصی برای سنجش وضعیت خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری وجود ندارد، بنابراین طراحی ابزار بومی روا و پایا برای سنجش وضعیت خودمراقبتی جنسی زنان سنین باروری جهت شناسایی نقاط قوت و ضعف موجود و طراحی مداخلات مقتضی برای بهبود وضعیت سلامت جنسی زنان سنین باروری، ضرورتی برای جامعه محسوب می‌شود. در نهایت با توجه به جدید بودن مفهوم خودمراقبتی جنسی و با توجه به اینکه در جستجوی پژوهشگران، مقاله و پرسشنامه دقیق منطبق با این مفهوم موجود نبود، و از سوی دیگر از آنجایی که به جهت برنامه‌ریزی باید به حساسیت‌های سیاسی و فرهنگی منطقه و ویژگی‌های زمینه‌ای در هر گروه توجه شود و متناسب با همان گروه برنامه‌ریزی صورت گیرد (۹، ۱۰)، مطالعه حاضر با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه

خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری انجام گرفت. امید است نتایج حاصل از این مطالعه در دسترس صاحب‌نظران و برنامه‌ریزان جهت بررسی وضعیت موجود و طراحی مداخلات مناسب قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه روش‌شناسی^۱ بوده که در سال ۱۴۰۰ اجرا شد. در این پژوهش جهت تدوین گویه‌های مناسب برای ابزار سنجش خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری (FSHS)^۲ از روش قیاسی استفاده شد. طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه FSHS طبق روش والتز و طی ۴ مرحله انجام گردید و سپس پرسشنامه وارد مراحل روایی و پایایی گردید (۱۱).

مرحله اول: انتخاب مدل مفهومی

در این پژوهش از رویکرد قیاسی^۳ استفاده شد. در این مرحله ابتدا با مطالعه هدفمند و مرور مقالات و مستندات مرتبط، مفهوم خودمراقبتی و خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری تعریف شد. جهت دستیابی به تعریف نظری مفهوم مورد نظر، تمامی مطالعات مرتبط با تحقیق با استفاده از کلمات کلیدی شامل: Self-Care، Sexual Health Promotion، Sexual Health Promotion Behavior، questionnaire instrument، Woman Health Tool در پایگاه‌های Scopus، Science Direct، PubMed، Psych Info، Magiran و Scientific Information Database با کمک عملگرهای AND و OR و بر اساس استراتژی جستجوی هر پایگاه در طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۲ مورد جستجو قرار گرفت. علاوه بر جستجو در منابع مرتبط، رفرنس لیست مقالات مرتبط نیز به صورت دستی جست‌وجو شد. همچنین جستجو در کتب تخصصی مرتبط با خودمراقبتی جنسی در زنان صورت پذیرفت. معیار ورود شامل فارسی یا انگلیسی بودن زبان و چاپ آن‌ها در مجلات معتبر داخلی و خارجی بود. مقالات غیرمرتبط با زنان، غیر از محدوده سنین باروری، خودمراقبتی در

بیماری‌ها و غیرمرتبط از بررسی خارج شدند (جدول ۱). فرآیند انتخاب مقاله بر اساس ارتباط موضوعی عنوان، ارتباط چکیده و متن کامل مقالات با اهداف مطالعه بود. حاصل این جستجو در مرحله اول منجر به تشکیل استخر گویه‌ها^۴ شد.

مرحله دوم: تعیین اهداف عملکردی برای طراحی ابزار FSHS

بر اساس تعاریف نظری و عملکردی، اهداف عملکردی مطالعه مشخص گردید. در این پژوهش اهداف عملکردی بر مبنای ابعاد اقتباس یافته از مفهوم خودمراقبتی جنسی تعیین شد.

مرحله سوم: طراحی نقشه اولیه

در این مرحله، نقشه اولیه ابزار از گویه‌های منتج از مرور بر متون گسترده طراحی گردید.

مرحله چهارم: ایجاد ساختار اندازه‌گیری ابزار FSHS

در این بخش در مورد گویه‌های پرسشنامه و نحوه نمره‌دهی به آن تصمیم‌گیری شد. در این مطالعه از رویکرد خودگزارش‌دهی و بر اساس طیف لیکرت از هرگز تا همیشه (نمره ۵-۱) استفاده شد. پس از طراحی ابزار، پرسشنامه وارد مرحله بعد یعنی تعیین روایی و پایایی ابزار گردید.

تعیین روایی و پایایی ابزار FSHS

جهت بررسی و تعیین روایی گویه‌ها از دو روش روایی صوری و روایی محتوا استفاده شد.

روایی صوری ابزار FSHS

روایی صوری به دو روش کمی و کیفی صورت پذیرفت. برای تعیین روایی صوری کیفی، از ۱۰ نفر از زنان سنین باروری به صورت چهره‌به‌چهره مصاحبه شد و سؤالات از نظر دشواری، میزان تناسب و ابهام مورد بررسی قرار گرفت. سپس به جهت کاهش و حذف آیتم‌های نامناسب و تعیین اهمیت هر یک از آیتم، ابزار در اختیار ۱۰ نفر از زنان سنین باروری قرار گرفت و روایی صوری کمی و نمره تأثیر گویه محاسبه شد. برای محاسبه این شاخص از فرمول زیر استفاده شد: ابتدا به عبارت پرسشنامه مورد بررسی مطابق لیکرت ۵ قسمتی گزینه‌های ۱ (مهم

¹ Methodological

² Female Sexual Health Self-care

³ Deductive approach

⁴ pool of items

ارزیابی نسبت روایی محتوا استفاده شد و عدد ۰/۴۹ مورد قبول بود.

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

سپس در این مطالعه شاخص روایی محتوا برای هر عبارت ابزار (I-CVI)^۳ و همچنین شاخص روایی محتوا برای کل ابزار (S-CVI)^۴ محاسبه شد. بعد از تعیین نسبت روایی محتوا و انجام اصلاحات، از متخصصین درخواست شد تا در مورد مرتبط بودن هر یک از گویه‌های موجود در ابزار با دادن نمره ۴ تا ۱ قضاوت نمایند.

* مرتبط بودن: کاملاً مرتبط است (۴)، مرتبط است (۳)، تا حدودی مرتبط است (۲)، مرتبط نیست (۱)
فرمول مورد استفاده برای شاخص روایی محتوا برای هر عبارت شامل:

نسبت تعداد ارزیابی‌هایی که به مرتبط بودن آیت‌م نمره ۳ و ۴ دادند I-CVI=

تعداد کل ارزیابان

در این مطالعه در صورتی که ارزش عددی برای شاخص روایی محتوای کل ابزار به روش S-CVI/Ave بالای ۰/۹ بود، ارزش عددی شاخص برای کل مقیاس مناسب بود (۱۲). پس از محاسبه شاخص روایی محتوا برای هر عبارت ابزار، ضریب توافق کاپای تعدیل شده^۵ تعیین شد. این ضریب با وارد کردن مقادیر عددی احتمال توافق شانس و شاخص روایی محتوا با استفاده از فرمول برای هر عبارت محاسبه شد. مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۷۴ ضریب توافق (کاپا)، برای این منظور مناسب بود.

تعیین پایایی ابزار FSHS

در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی ابزار از ارزیابی همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ و ارزیابی ثبات با بازآزمایی با روش ضریب همبستگی درون خوشه‌ای (ICC)^۶ استفاده شد. در این مطالعه به جهت اندازه‌گیری همبستگی درونی ابزار، از محاسبه آلفای کرونباخ

نیست)، ۲ (اهمیت کمی دارد)، ۳ (اهمیت متوسطی دارد)، ۴ (نسبتاً مهم است) و ۵ (کاملاً مهم است) اختصاص یافت. با محاسبه حاصل ضرب میزان اهمیت در فراوانی، نمره تأثیر هر عبارت تعیین شد. منظور از فراوانی بر حسب درصد، تعداد افرادی می‌باشد که به هر عبارت امتیاز ۴ و ۵ بدهند و مقصود از اهمیت میانگین، نمره اهمیت بر اساس طیف لیکرت فوق‌الذکر می‌باشد. پس از ارزیابی گویه‌ها، مواردی که امتیاز کمتر از ۱/۵ کسب کردند، حذف نشدند و صرفاً مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند (۱۱).

روایی محتوای ابزار FSHS

جهت تعیین روایی محتوای ابزار از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در این رابطه ابتدا روایی محتوایی کیفی صورت گرفت. در این روش با تعداد ۱۵ نفر از متخصصان شامل متخصصین بهداشت باروری و ماماها مصاحبه انجام شد و از ایشان درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند. بر این اساس در ارزیابی کیفی روایی محتوا مواردی همانند معیارهای رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از واژه‌های مناسب برای نگارش ابزار، قرارگیری آیت‌م‌های در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب تعیین گردید. در ادامه با اندازه‌گیری نسبت روایی محتوا^۱ و شاخص روایی محتوا^۲ و طی نظرخواهی از متخصصین، روایی محتوا به روش کمی بررسی شد.

برای تعیین شاخص نسبت روایی محتوا، از متخصصان درخواست شد تا هر عبارت را بر اساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. در ادامه پس از محاسبه نسبت روایی محتوا به صورت کسری که صورت آن تفاضل نیمی از مشارکت‌کنندگان از افرادی که عبارت را ضروری تشخیص داده بودند و مخرج آن نصفی از کل تعداد مشارکت‌کنندگان می‌باشد (طبق فرمول)، نتیجه حاصله با معیار موجود در جدول "حداقل ارزش CVR" تدوین شده توسط لاوشه مورد مقایسه قرار گرفت. در این مطالعه از نظر ۱۵ نفر متخصص، برای

³ Item-content validity index

⁴ Scale-content validity index

⁵ Modified kappa Kohen coefficient index

⁶ Intra Class Correlation Coefficient

¹ Content Validity Ratio

² Content Validity Index

چهار مرحله را در طراحی ابزار مناسب بیان می‌کنند که به ترتیب عبارتند از:

مرحله اول: انتخاب مدل مفهومی

انتخاب مدل مفهومی بر اساس آخرین دستورالعمل WHO در زمینه خودمراقبتی جنسی و باروری صورت گرفت. بر اساس آخرین دستورالعمل WHO، ابعاد خودمراقبتی جنسی و باروری شامل مراقبت فرد از خود در بهبود مراقبت‌های قبل از تولد، هنگام زایمان و پس از آن؛ ارائه خدمات با کیفیت به افراد جهت برنامه‌ریزی فرزندآوری خصوصاً در ناباروری؛ پیشگیری از سقط جنین نایمن؛ مبارزه با عفونت‌های مقاربتی از جمله HIV، عفونت‌های دستگاه تناسلی و سرطان دهانه رحم و ارتقاء سلامت جنسی می‌باشد (۵). در نهایت ۶۱ مطالعه از پایگاه‌های اطلاعاتی و ۱۵ گایدلاین و مطالعه از سازمان‌های جهانی در جست‌وجوی اولیه به دست آمد. ابتدا ۱۸ مطالعه تکراری از طریق نرم‌افزار اندنوت حذف شد. سپس ابتدا خلاصه مقالات مطالعه و از این بین ۲۹ مقاله دیگر به دلیل عدم هم‌خوانی با عنوان حذف گردید. در انتها ۹ مطالعه در مرحله خواندن کامل مقالات حذف گردید؛ سرانجام از ۲۰ مقاله تأیید شده، جهت نگارش این پرسشنامه استفاده شد (نمودار ۱). جدول ۱ مطالعات استفاده شده جهت استخراج گویه‌های پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری را نشان می‌دهد. شکل ۱ نیز نمایش نمادین مفهوم و طبقات سازنده خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری را نشان می‌دهد.

استفاده شد. پایایی همسانی درونی پس از اتمام روایی محتوا در یک نمونه ۳۰ نفره از زنان سنین باروری که به صورت در دسترس انتخاب شدند، بررسی شد. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ و بیشتر مورد قبول بود (۱۳). سپس برای تعیین ثبات ابزار در این پژوهش از آزمون مجدد (آزمون- بازآزمون) و تعیین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای استفاده شد؛ بدین منظور ابزار در دو مرحله با فاصله زمانی ۲ هفته بین ۱۵ نفر از مشارکت‌کنندگان توزیع گردید. در این مطالعه چنانچه این شاخص ICC بالاتر از ۰/۸ بود، میزان پایایی ثبات مطلوب بود.

نمره‌گذاری ابزار FSHS

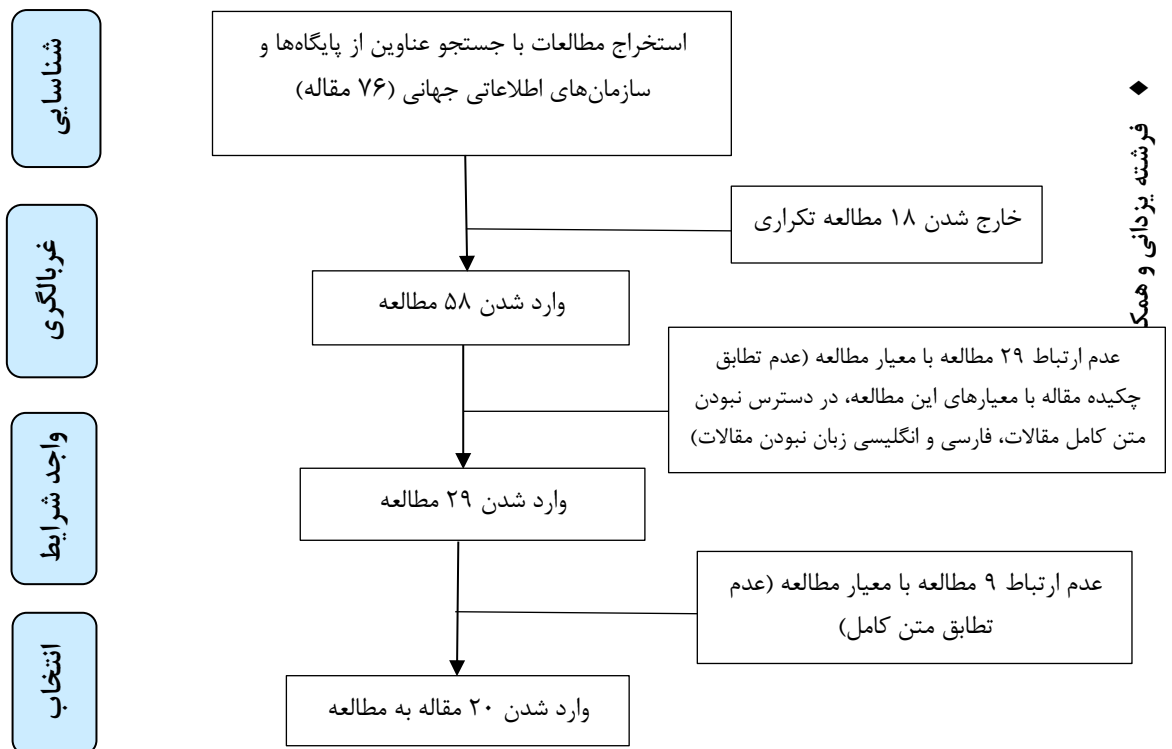
بر اساس نظرات تیم تحقیق و با توجه به مفهوم خودمراقبتی، نحوه نمره‌دهی به پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵-۱ (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) تعیین گردید. در نهایت در این مطالعه برای درک بهتر نمره‌دهی و قابل مقایسه بودن نمرات پرسشنامه، از روش استانداردسازی بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ استفاده گردید.

برای تبدیل نمرات زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه به نمره صفر تا ۱۰۰ از فرمول زیر استفاده شد:

$$100 \times (\text{حداقل نمره خام ممکن} - \text{حداکثر نمره خام ممکن}) / (\text{حداقل نمره خام ممکن} - \text{نمره خام کسب شده})$$

یافته‌ها

در این مطالعه از مراحل چهارگانه والتز برای طراحی ابزار FSHS استفاده شد. والتز و همکاران (۲۰۱۰)



نمودار ۱- نمودار ورود و خروج مقالات

جدول ۱- مطالعات استفاده شده جهت استخراج گویه‌های پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری

نویسنده / سال	عنوان	یافته اصلی
داوسون و همکاران (۲۰۲۲) (۱۴)	مداخلات خودمراقبتی برای سلامت جنسی و باروری در محیط‌های بشردوستانه و شکننده: مرور دامنه‌ای	خودمراقبتی در سلامت جنسی و باروری شامل سلامت مادر و نوزاد، مداخلات در زمینه HIV/STD، پیشگیری از بارداری، سقط جنین ایمن، خشونت مبتنی بر جنسیت می‌باشد.
ACOG ¹ (۲۰۱۸) (۱۵)	پرداختن به خطرات سلامتی ناشی از فعالیت جنسی (در زنان سنین باروری)	پزشکان و مراقبین سلامتی باید در ارتباط با استفاده صحیح و مداوم از کاندوم، محافظت در حین انجام رابطه جنسی دهانی و راهکارهای مراقبت از خود، افراد را تشویق و راهنمایی کنند. به علاوه در ارتباط با مشاوره پیشگیری از بارداری نیز در صورت لزوم راهنمایی داشته باشند.
خزائیپول و همکاران (۲۰۱۶) (۱۶)	طراحی و روان‌سنجی ابزار جدیدی جهت اندازه‌گیری عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیری از سرطان پستان زنان (ASISTS) ²	پرسشنامه طراحی شده ابزاری معتبر و پایا برای ارزیابی عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیری از سرطان پستان زنان است که می‌تواند هم در عمل و هم در مطالعات آتی مورد استفاده قرار گیرد.
ACOG (۲۰۱۷) (۱۷)	ارزیابی خطر سرطان پستان و غربالگری در زنان با خطر متوسط: یک بولتن تمرینی	هدف این بولتن تمرینی بحث در مورد ارزیابی خطر سرطان پستان، بررسی دستورالعمل‌های غربالگری سرطان پستان در زنان با خطر متوسط و تشریح برخی از اختلافات پیرامون غربالگری سرطان پستان بود.
سائول و همکاران (۲۰۱۴) (۱۸)	اعتبارسنجی پرسشنامه در زنان جوان جهت ارزیابی دانش، نگرش و رفتار نسبت به غربالگری دهانه رحم و واکسیناسیون علیه HPV در ایتالیا	پرسشنامه روا و پایا جهت ارزیابی دانش، نگرش و رفتار نسبت به غربالگری دهانه رحم و واکسیناسیون علیه HPV طراحی و روانسنجی شد.

¹ American College of Obstetrics AND Gynecology

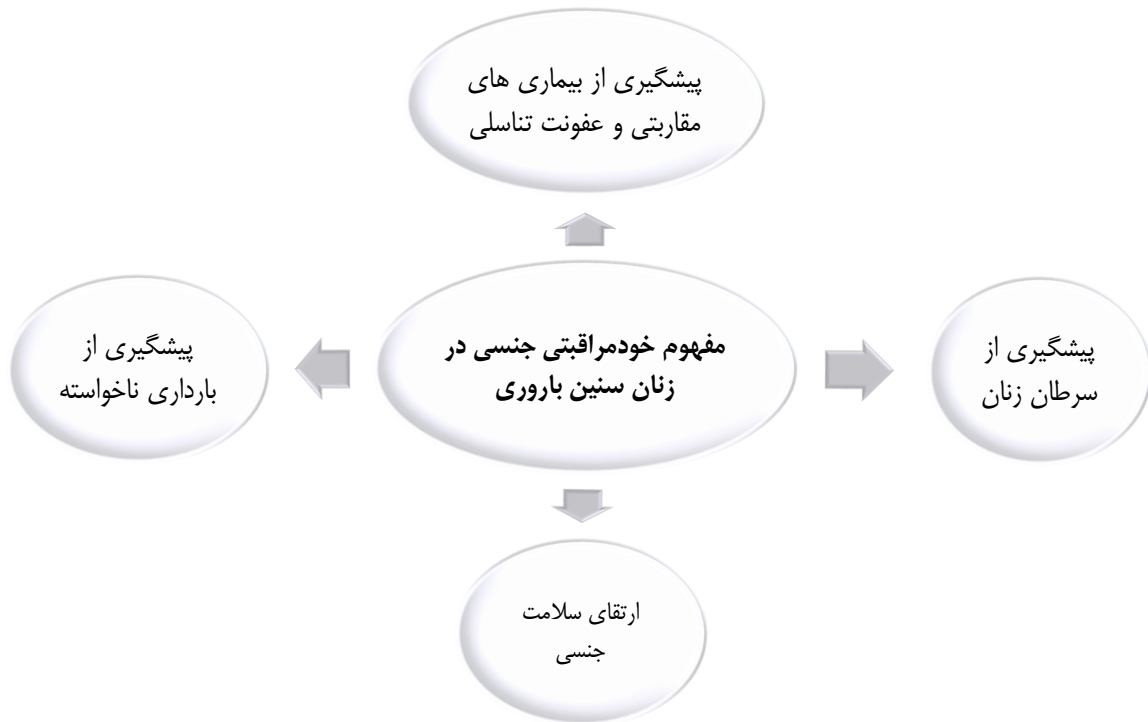
² The authors named the questionnaire ASISTS. The questionnaire to assess factors affecting women's breast cancer prevention behaviors.

نتایج از پرسشنامه پیشگیری از ایدز به‌عنوان یک معیار معتبر و قابل اعتماد برای تشخیص زودتر خطر ابتلاء به عفونت HIV و طراحی مداخلات پیشگیرانه تنظیم شده پشتیبانی می‌کند.	اعتبارسنجی پرسشنامه پیشگیری از ایدز: ابزار خودگزارش دهی مختصر جهت ارزیابی خطر ابتلاء به عفونت HIV و هدایت تغییر رفتار	گیل لاریو و همکاران (۲۰۱۹) (۱۹)
پرسشنامه روا و پایا جهت سنجش پرهیز جنسی و اجتناب از موقعیت‌های پرخطر در بین دانشجویان دختر ایرانی طراحی و روان‌سنجی شد.	پرسشنامه پرهیز رفتار جنسی پیشگیری از HIV/AIDS: بررسی اعتبارسنجی پرسشنامه ایرانی	نجارکلایی و همکاران (۲۰۱۴) (۲۰)
ابزاری جهت شناسایی رفتار محافظتی جنسی در زنان در معرض خطر ابتلاء به HIV طراحی و اعتبارسنجی شد.	طراحی و روان‌سنجی ابزاری برای پیش‌بینی رفتارهای جنسی محافظت‌کننده در زنان در معرض خطر ویروس نقص ایمنی انسانی	لطفی و همکاران (۲۰۱۴) (۲۱)
کاندوم به‌عنوان یک روش مراقبت از خود باعث پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و پیشگیری از HPV به‌عنوان شایع‌ترین عامل سرطان دهانه رحم می‌گردد.	تأثیر کاندوم در پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی	هولمس و همکاران (۲۰۰۴) (۲۲)
پرسشنامه روا و پایا جهت سنجش ارزیابی دقیق عوامل رفتاری، روانی و آموزشی مرتبط با استفاده از کاندوم طراحی شد.	طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه استفاده از کاندوم و عوامل شناختی آن	توپچیان و همکاران (۲۰۱۷) (۲۳)
نسخه اسپانیایی-کلمبیایی مقیاس خودکارآمدی استفاده از کاندوم یک ابزار روا و پایا برای اندازه‌گیری خودکارآمدی درک شده استفاده از کاندوم می‌باشد.	ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی استفاده از کاندوم در میان جوانان کلمبیایی	سانچز مندوزا و همکاران (۲۰۲۰) (۲۴)
دستورالعمل ^۱ CDC به جهت پیشگیری و درمان در افرادی که در معرض خطر ابتلاء به عفونت‌های مقاربتی هستند.	گایدلاین پیشگیری و درمان بیماری‌های منتقله از راه جنسی	ورکاسکی و همکاران (۲۰۲۱) (۲۵)
غربالگری بیماری‌های مقاربتی سالیانه (۲۴ سال و کمتر با فعالیت جنسی و یا ۲۵ سال و بالاتر دارای علائم خطر مانند: شریک جنسی متعدد و ابتلای اخیر به سایر عفونت‌های منتقله از راه جنسی) در همه افراد توصیه و انجام گردد.	کاربرد نشانه‌ها در معاینه روتین لگن	کانسینو و همکاران (۲۰۱۸) (۲۶)
مشارکت دادن شرکای بیماران مبتلا به بیماری‌های مقاربتی در تشخیص، درمان و آموزش، نتایج مراقبت از خود و بهبود بیماران را تسریع می‌بخشد.	اثربخشی بهبود یافته اطلاع‌رسانی شریک زندگی برای بیماران مبتلا به عفونت‌های مقاربتی: یک مرور سیستماتیک	ترل و همکاران (۲۰۰۷) (۲۷)
دستورالعمل مدلاین پلاس جهت آشنایی زنان با اختلالات عملکرد جنسی و انجام اقداماتی در جهت زندگی جنسی بهتر خودشان.	زنان و مشکلات جنسی	جاکوبسون (۲۰۲۰) (۲۸)
دستورالعمل مدلاین پلاس جهت خودمراقبتی زنان در بیماری‌های واژینیت	بیماری‌های واژینیت و خودمراقبتی	مارتینز (۲۰۲۰) (۲۹)
پرسشنامه روا و پایا جهت بررسی کیفیت زندگی جنسی زنان به‌عنوان یک بخش مهم از کیفیت زندگی کلی زنان طراحی و روان‌سنجی شد.	بررسی روانی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان (SQOL-F) ^۲	روشن و همکاران (۲۰۱۹) (۳۰)
پرسشنامه روا و پایا جهت بررسی سطح سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی طراحی شد.	سنجش سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی: طراحی و روان‌سنجی ابزار	معصومی و همکاران (۲۰۱۹) (۳۱)
پرسشنامه روا و پایا جهت ارزیابی سطح دانش در مورد سرطان دهانه رحم و پیشگیری از آن در زنان عمان طراحی و اعتبارسنجی شد.	طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه برای ارزیابی دانش در مورد سرطان دهانه رحم در بین زنان ۲۰-۶۵ سال در عمان	ال سعد (۲۰۲۱) (۳۲)
پرسشنامه روا و پایا جهت سنجش آگاهی و نگرش جنسی در ایران طراحی و روان‌سنجی شد.	طراحی و روان‌سنجی مقیاس دانش و نگرش جنسی (SKAS) ^۳	بشارت و همکاران (۲۰۱۳) (۳۳)

^۱ Control Disease Center

^۲ The sexual quality of life-female

^۳ Sexual Knowledge and Attitude Scale



شکل ۱- نمایش نمادین مفهوم و طبقات سازنده خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری

مرحله دوم: تعیین اهداف عملکردی برای طراحی ابزار FSHS

آیتم‌های استخراج شده از بخش مرور ادبیات، مجموعه اولیه عبارات را تشکیل دادند. استخر اولیه عبارات ۷۵ سؤال بود که در ۴ بعد طبقه‌بندی شد. اهداف عملکردی بر مبنای ابعاد اقتباس یافته از مفهوم خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری تعیین گردید. اهداف عملکردی در این بخش از مطالعه به شرح زیر تعریف گردید:

۱. پیشگیری از بیماری مقاربتی و عفونت تناسلی

تعریف نظری: پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت تناسلی، یکی از ابعاد خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری می‌باشد. این عفونت‌ها عمدتاً از طریق تماس جنسی محافظت نشده منتقل می‌شوند. بیماری‌های مقاربتی و عفونت‌های تناسلی تأثیر عمیقی بر سلامتی دارند و می‌توانند منجر به عواقب جدی همانند ناباروری، حاملگی خارج رحمی و افزایش خطر ابتلاء به بیماری HIV گردند (۳۴). این در حالی است که می‌توان با پیشگیری رفتار جنسی پرخطر و افزایش آگاهی در جهت بهبود خودمراقبتی، از بروز آن پیشگیری نمود.

تعریف عملکردی: مبتنی بر تعریف نظری با ۱۴ عبارت در خصوص سنجش رفتار در زمینه رفتار جنسی پرخطر، سنجش رفتار در زمینه رابطه جنسی هنگام عفونت، سنجش رفتار در زمینه رابطه جنسی در هنگام وجود علائم غیرطبیعی همانند زخم و جراحات، سنجش رفتار در زمینه بروز بیماری در فرد یا همسر، سنجش رفتار در زمینه افزایش آگاهی در زمینه ضایعات تناسلی و بیماری‌های مقاربتی با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمرات بین ۷۰-۱۴ متغیر است.

۲. پیشگیری از سرطان‌های زنان

تعریف نظری: پیشگیری از سرطان‌های زنان، یکی از ابعاد خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری محسوب می‌شود. سرطان، یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در زنان هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۳۵). با بهبود خودمراقبتی در جهت واکسیناسیون HPV، غربالگری و آموزش در زمینه سرطان‌های شایع زنان می‌توان از بروز آنها پیشگیری نمود.

۴. ارتقاء سلامت جنسی

تعریف نظری: ارتقای سلامت جنسی، یکی از ابعاد خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری می‌باشد. منظور از سلامت جنسی، رفاه کامل روحی، روانی و اجتماعی و رویکردی مثبت به روابط جنسی و همچنین امکان داشتن تجربیات جنسی لذت‌بخش و ایمن، عاری از اجبار، تبعیض و خشونت است (۳۶).

تعریف عملکردی: مبتنی بر تعریف نظری با ۱۳ گویه در خصوص سنجش رفتار در زمینه ارتقاء سلامت جنسی، سنجش رفتار در زمینه افزایش آگاهی جهت ارتقاء سلامت جنسی با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۳-۶۵ متغیر است.

مرحله سوم: طراحی نقشه اولیه

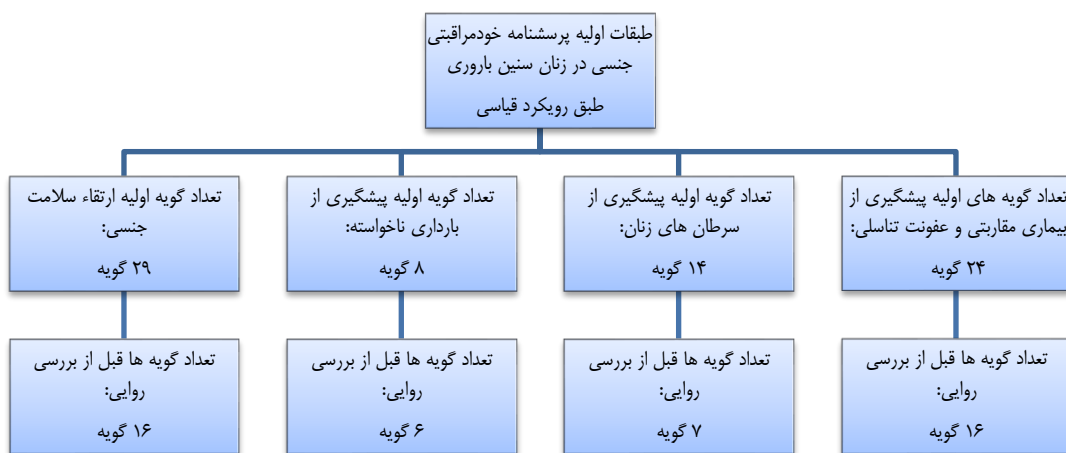
نقشه اولیه با مرور گسترده بر متون طراحی گردید. در این مرحله، ابتدا برآورد اولیه تعداد گویه برای هر سازه انجام شد، سپس با حذف گویه‌های تکراری و ادغام گویه‌ها با مفاهیم مشابه، مجموع گویه‌های هر سازه مشخص شد (شکل ۲).

تعریف عملکردی: مبتنی بر تعریف نظری با ۷ گویه در خصوص سنجش رفتار در زمینه غربالگری سرطان‌های شایع زنان و سنجش رفتار در زمینه افزایش آگاهی در زمینه سرطان‌های شایع زنان با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمرات بین ۷-۳۵ متغیر است.

۳. پیشگیری از بارداری ناخواسته

تعریف نظری: پیشگیری از بارداری ناخواسته، یکی از ابعاد خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری می‌باشد. منظور از خودمراقبتی در زمینه پیشگیری از بارداری ناخواسته، انجام اقداماتی در جهت پیشگیری از بارداری ایمن و اقدام در جهت افزایش آگاهی در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد.

تعریف عملکردی: مبتنی بر تعریف نظری با ۶ گویه در خصوص سنجش رفتار در زمینه روش پیشگیری از بارداری ایمن، سنجش رفتار در زمینه افزایش آگاهی در زمینه روش‌های پیشگیری با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمرات بین ۶-۳۰ متغیر است.



غربالگری:
حذف گویه-
های تکراری
و ادغام
گویه‌ها با
مفاهیم
مشابه

شکل ۲- الگوریتم برآورد اولیه از تعداد گویه‌های هر سازه پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری

مرحله چهارم: ایجاد ساختار اندازه‌گیری

با استفاده از رویکرد قیاسی و با مروری وسیع در منابع، استخر اولیه گویه‌ها استخراج شد. استخر اولیه حاوی ۷۵ گویه بود که با دقت و طی چند مرحله توسط تیم تحقیق بررسی شد. برخی گویه‌ها به دلایلی همانند تکراری بودن یا همپوشانی با سایر گویه‌ها ریزش پیدا کرد. در نهایت ابزار اولیه طراحی شد که شامل ۴۵ سؤال در ۴ حیطه شامل پیشگیری از بیماری مقاربتی و عفونت تناسلی، پیشگیری از سرطان‌های زنان، پیشگیری از بارداری ناخواسته و ارتقاء سلامت جنسی بود (جدول ۳). پاسخدهی به سؤال‌ها به شیوه لیکرت بود؛ به‌گونه‌ای که همیشه نمره ۵ و هرگز نمره ۱ می‌گرفت. سؤالاتی که نمره‌دهی آن‌ها معکوس بود، شامل ۱۶ (از داروها یا روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی به‌مدت بیش از ۳ سال بدون ویزیت سالیانه استفاده می‌کنم)، ۲۶ (داروها

و روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی را بدون نسخه پزشک یا ماما هم استفاده می‌کنم) و ۲۸ (جهت پیشگیری از بارداری از روش‌های اورژانس پیشگیری استفاده می‌کنم) بود. در نهایت نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده خودمراقبتی جنسی ضعیف‌تر بود.

تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار FSHS

جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار، روایی صوری کمی و کیفی و روایی محتوای کمی و کیفی و پایایی ابزار مورد بررسی قرار گرفت.

روایی صوری ابزار

در روایی صوری کیفی، سؤالات از نظر سطح دشواری، تناسب و ابهام عبارات مورد بررسی قرار گرفت. در بخش روایی صوری کمی نیز عبارت شماره ۵، ۶ و ۲۹ به‌دلیل میزان تأثیر کمتر از ۱/۵ مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند (جدول ۳).

جدول ۳- عبارات پرسشنامه پس از اصلاح

شماره سؤال	عبارت	عبارت پس از اصلاح
۵	در هنگام رابطه جنسی از مشروبات الکلی استفاده می‌کنم.	قبل از شروع رابطه جنسی از مشروبات الکلی استفاده می‌کنم.
۶	در هنگام رابطه جنسی از سیگار استفاده می‌کنم.	قبل از شروع رابطه جنسی از سیگار استفاده می‌کنم.
۲۹	در صورت داشتن روش پیشگیری از بارداری هورمونی، همچنان در روابط جنسی‌ام از کاندوم استفاده می‌کنم.	در همه روابط جنسی‌ام از کاندوم استفاده می‌کنم، حتی اگر روش پیشگیری از بارداری هورمونی همانند قرص داشته باشم.

روایی محتوای کیفی

پرسشنامه خودمراقبتی جنسی زنان سنین باروری توسط ۱۵ نفر از متخصصین بهداشت باروری جهت روایی محتوای کیفی مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله هیچ سؤالی حذف نشد.

روایی محتوای کمی

نسبت روایی محتوا: جهت تعیین نسبت روایی محتوا (CVR) از ۱۵ نفر از متخصصان بهداشت باروری درخواست گردید که هر آیتم را بر اساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است اما ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. در بررسی نسبت روایی محتوا، ۳ سؤال که میزان کمتر از ۰/۴۹ دریافت نمودند،

شامل: عبارت ۵ "در هنگام رابطه جنسی از مشروبات الکلی استفاده می‌کنم"، عبارت ۶ "در هنگام رابطه جنسی از سیگار استفاده می‌کنم" و عبارت ۱۷ "برای پیشگیری از عفونت تناسلی از دوش واژینال استفاده می‌کنم"، از سؤالات حذف شدند. میزان شاخص روایی کل ابزار ۰/۹۳ و نسبت روایی کل ابزار ۰/۹۶ بود.

تعیین پایایی ابزار FSHS

پایایی کل ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد و بیشترین آلفای کرونباخ مربوط به عامل دوم یعنی پیشگیری از سرطان‌های زنان بود (جدول ۵).

جدول ۵- بررسی همسانی درونی ابزار خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری با کمک آلفای کرونباخ

عامل‌ها	تعداد گویه‌ها	میزان آلفای کرونباخ
عامل اول (پیشگیری از بیماری مقاربتی و عفونت تناسلی)	۱۴	۰/۹۶
عامل دوم (پیشگیری از سرطان‌های زنان)	۷	۰/۹۸
عامل سوم (پیشگیری از بارداری ناخواسته)	۶	۰/۹۰
عامل چهارم (ارتقای سلامت جنسی)	۱۳	۰/۸۴
کل ابزار	۴۰	۰/۹۴

جهت تعیین پایایی ثبات ابزار به فاصله ۲ هفته بین مشارکت‌کنندگان توزیع شد. ضریب همبستگی درون خوشه‌ای کل ابزار ۰/۹۷ با فاصله اطمینان ۰/۹۴-۰/۹۸ محاسبه شد (جدول ۶).

جدول ۶- بررسی پایایی ثبات ابزار خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری با کمک ضریب همبستگی

عامل‌ها	تعداد گویه	ضریب همبستگی درون خوشه‌ای	فاصله اطمینان
عامل اول (پیشگیری از بیماری مقاربتی و عفونت تناسلی)	۱۴	۰/۹۱	۰/۰-۸۳/۹۶
عامل دوم (پیشگیری از سرطان‌های زنان)	۷	۰/۹۶	۰/۰-۹۱/۹۸
عامل سوم (پیشگیری از بارداری ناخواسته)	۶	۰/۹۲	۰/۰-۸۶/۹۴
عامل چهارم (ارتقای سلامت جنسی)	۱۳	۰/۸۷	۰/۰-۷۳/۹۵
کل ابزار	۴۰	۰/۹۷	۰/۰-۹۴/۹۸

نمره‌گذاری ابزار FSHS

پیشگیری از سرطان‌های زنان (۷ سؤال) حداکثر نمره ۳۵ و حداقل نمره ۷، در زیرمقیاس پیشگیری از بارداری ناخواسته (۶ سؤال) حداکثر نمره خام ۳۰ و حداقل ۶ و در زیرمقیاس ارتقای سلامت جنسی (۱۳ سؤال) حداکثر نمره ۶۵ و حداقل نمره ۱۳ بوده است. لازم به ذکر است میانگین کل ابزار (۴۰ سؤال) حداکثر ۲۰۰ و حداقل ۴۰ است. به منظور درک بهتر نمره‌دهی و قابل مقایسه بودن آن، نمرات هر عامل به نمرات صفر تا ۱۰۰ تبدیل شد و در نتیجه نمره ابزار صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد که این تبدیل با کمک فرمول ذکر شده در بخش روش کار انجام شد. هرچه امتیاز بالاتر باشد، نشان‌دهنده خودمراقبتی جنسی بیشتر است.

پرسشنامه نهایی خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری شامل ۴۰ عبارت در ۴ حیطه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت دستگاه تناسلی، پیشگیری از سرطان‌های زنان، پیشگیری از بارداری ناخواسته و ارتقای سلامت جنسی می‌باشد (جدول ۷). سؤالات پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای شامل هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵) امتیاز تعلق گرفت و سؤالات شماره ۲۴، ۲۵ و ۲۶ معکوس نمره‌گذاری شد (جدول ۷). بر این اساس در حیطه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت دستگاه تناسلی (۱۴ سؤال)، حداقل نمره ۱۴ و حداکثر نمره خام ۷۰، در زیرمقیاس

جدول ۷- پرسشنامه نهایی خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری (FSHS)

ردیف	عبارت	CVR (ضروری بودن)	I-CVI (شاخص روایی محتوا هر عبارت)	میزان تأثیر
۱	جهت مراقبت از خود برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت دستگاه تناسلی هر کدام از موارد زیر را چقدر انجام می‌دهید؟	۱	۱	۱/۷۵
۲	در همه دفعات روابط جنسی‌ام از کاندوم استفاده می‌کنم.	۱	۱	۳/۲
	سعی می‌کنم همسرم/ نامزدم را برای انجام هر نوع فعالیت جنسی، به استفاده از کاندوم ترغیب کنم.			

۳	۰/۸۶	۱	۱/۷	کاندوم را بلافاصله بعد از حالت نعوظ آلت تناسلی (برافراشته شدن آلت تناسلی) شریک جنسی‌ام و قبل از هرگونه تماس واژینال، دهانی یا مقعدی استفاده می‌کنم.
۴	۱	۱	۵	جهت اطمینان از سلامت اندام تناسلی‌ام و شناسایی زودتر از موعد بیماری‌های منتقله از راه جنسی، سالیانه به پزشک یا ماما مراجعه می‌کنم.
۵	۱	۱	۴/۸	در صورت داشتن هرگونه علائم غیرطبیعی (مانند ترشحات مهلبی غیرطبیعی، خارش، زخم، جراحات، خونریزی یا ضایعاتی در ناحیه تناسلی) به پزشک یا ماما جهت معاینه مراجعه می‌کنم.
۶	۰/۸۶	۰/۹۳	۴/۷	هنگام شک به ابتلاء همسر/نامزدم به بیماری منتقله از راه جنسی و یا در صورت داشتن هرگونه علائم غیرطبیعی (همانند زخم، جراحات، خونریزی یا ضایعات) در ناحیه تناسلی شریک جنسی‌ام، او را جهت مراجعه برای درمان نزد پزشک ترغیب می‌کنم.
۷	۱	۱	۴/۱۴	در صورت دریافت درمان برای بیماری‌های مقاربتی جهت ویزیت پیگیری (طبق نظر درمانگر) مجدد به درمانگر مراجعه می‌کنم.
۸	۱	۱	۴/۲۳	در صورتی که زخم تناسلی (همانند زگیل، تبخال یا هر زنده پوستی) داشته باشم، رابطه جنسی برقرار نمی‌کنم.
۹	۱	۱	۴/۲۳	در صورتی که زخم تناسلی (همانند زگیل، تبخال یا هر زنده پوستی) داشته باشم، هنگام رابطه جنسی از کاندوم استفاده می‌کنیم.
۱۰	۱	۱	۴/۳۲	در صورتی که همسر/نامزدم زخم تناسلی (همانند زگیل، تبخال یا هر زنده پوستی) داشته باشد، رابطه جنسی برقرار نمی‌کنیم.
۱۱	۱	۱	۴/۲۳	در صورتی که همسر/نامزدم زخم تناسلی (همانند زگیل، تبخال یا هر زنده پوستی) داشته باشد، هنگام رابطه جنسی از کاندوم استفاده می‌کنیم.
۱۲	۰/۷۳	۱	۵	در ارتباط با ضایعات تناسلی همانند تبخال یا زگیل تناسلی اطلاعات کسب می‌کنم.
۱۳	۱	۱	۴/۳۲	بعد از هر بار اجابت مزاج، ناحیه تناسلی خود را کاملاً شستشو و سپس خشک می‌کنم.
۱۴	۱	۱	۱/۷	با تعویض مکرر لباس‌های زیر سعی می‌کنم که در ناحیه تناسلی‌ام رطوبت و تعریق باقی نماند و خشک باشد.
جهت مراقبت از خود برای پیشگیری از سرطان‌های زنان (سرطان پستان و سرطان دهانه رحم) هر کدام از موارد زیر را چقدر انجام می‌دهید؟				
۱۵	۱	۰/۹۳	۴/۱۴	تست غربالگری سرطان دهانه رحم (پاپ‌اسمیر) را به‌طور منظم و طبق توصیه پرسنل بهداشتی یا پزشک انجام می‌دهم.
۱۶	۱	۱	۴/۱۴	تست غربالگری از نظر ابتلاء به عفونت ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (HPV) یا زگیل تناسلی را انجام می‌دهم.
۱۷	۱	۱	۴/۳۲	در ارتباط با عوامل مختلفی که باعث ابتلاء به سرطان دهانه رحم می‌گردد، اطلاعات کسب می‌کنم.
۱۸	۱	۱	۴/۱۴	در ارتباط با راه‌های ابتلاء به عفونت ویروس زگیل تناسلی که می‌تواند باعث سرطان دهانه رحم گردد، اطلاعات کسب می‌کنم.
۱۹	۱	۱	۴/۰۵	خودآزمایی پستان (معاینه ماهیانه توسط خود فرد) را انجام می‌دهم.
۲۰	۱	۱	۳/۵۲	جهت پیشگیری از سرطان پستان، تغذیه مناسب (همانند رژیم کم چرب) را رعایت می‌کنم.
۲۱	۱	۱	۴/۱۴	جهت پیشگیری از سرطان پستان، ورزش منظم (حداقل ۳ بار در هفته، هر بار حداقل ۲۵ دقیقه یا ۵ بار حداقل ۱۵ دقیقه) انجام می‌دهم.
جهت مراقبت از خود جهت پیشگیری از بارداری ناخواسته هر کدام از موارد زیر را چقدر انجام می‌دهید؟				
۲۲	۱	۱	۴/۱۴	در ارتباط با انواع روش‌های پیشگیری از بارداری از منابع معتبر (ماما، پزشک، مراقبین سلامت، کارشناس و مشاورین خانواده و یا سایت‌های معتبر) اطلاعات کسب می‌کنم.
۲۳	۱	۱	۳/۸۷	همسر/نامزدم را درباره استفاده از یک روش ایمن برای پیشگیری از بارداری جهت باروری سالم متقاعد می‌کنم.
۲۴	۰/۸۶	۱	۲/۹۶	از داروها یا روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی به‌مدت بیش از ۳ سال بدون ویزیت

سالیانه استفاده می‌کنم (نمره‌گذاری معکوس).			
۲۵	۲/۴	۱	۰/۸۶
داروها و روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی را بدون نسخه پزشک یا ماما هم استفاده می‌کنم (نمره‌گذاری معکوس).			
۲۶	۲/۸	۱	۱
جهت پیشگیری از بارداری از روش‌های اورژانس پیشگیری استفاده می‌کنم (نمره‌گذاری معکوس).			
۲۷	۱/۰۲	۱	۱
در همه روابط جنسی‌ام از کاندوم استفاده می‌کنم، حتی اگر روش پیشگیری از بارداری هورمونی همانند قرص داشته باشم.			
جهت مراقبت از خود برای ارتقای سلامت جنسی هر کدام از موارد زیر را چقدر انجام می‌دهید؟			
۲۸	۳/۳۶	۱	۱
ورزش کگل (ورزش منظم انقباضی جهت تقویت عضلات کف لگن) را روزانه (حداقل ۳-۴ مرتبه و هر بار ۱۰ مرتبه) انجام می‌دهم.			
۲۹	۴/۱۴	۱	۰/۸۶
به غیر از مقاربت (دخول واژینال)، به سایر فعالیت‌های جنسی مانند در آغوش کشیدن، لمس و ... نیز توجه می‌کنم.			
۳۰	۴/۱۴	۱	۱
همسر/نامزدم به‌غیر از مقاربت (دخول واژینال)، به سایر فعالیت‌های جنسی مانند در آغوش کشیدن، لمس و ... نیز توجه می‌کند.			
۳۱	۴/۱۴	۱	۱
اطلاعات مرتبط با انواع اختلالات و اقدامات درمانی در مشکلات و اختلالات جنسی در زنان و مردان را از منابع معتبر (ماما، پزشک، مراقبین سلامت، کارشناس و مشاورین خانواده و یا سایت‌های معتبر) کسب می‌کنم.			
۳۲	۳/۶	۱	۱
به کیفیت روابط جنسی خود که باعث ایجاد رضایت زناشویی می‌گردد، اهمیت می‌دهم.			
۳۳	۴/۱۴	۱	۰/۷۳
در ارتباط با راهکارهای ایجاد تنوع در رابطه جنسی از منابع معتبر (ماما، پزشک، مراقبین سلامت و یا سایت‌های معتبر) اطلاعات کسب می‌کنم.			
۳۴	۳/۳۶	۱	۱
در صورت بروز مشکل در فعالیت‌های جنسی خودم یا همسرم، به مشاور مراجعه می‌کنیم.			
۳۵	۴/۳۲	۱	۱
در ارتباط با مسائل جنسی (مانند نیازها و خواسته‌های جنسی، موقعیت‌های مختلف جنسی) به راحتی با همسرم گفت‌وگو می‌کنم.			
۳۶	۴/۵	۱	۱
در ارتباط با مسائل جنسی (مانند مشکلات جنسی، اختلال در روابط جنسی) به راحتی با درمان‌گرم (ماما، متخصص زنان یا پزشک) گفت‌وگو می‌کنم.			
۳۷	۴/۶۸	۱	۱
جهت بهبود کیفیت رابطه جنسی‌ام، پوزیشن‌های (موقعیت‌های) مختلف را در رابطه جنسی‌ام، امتحان می‌کنم.			
۳۸	۴/۰۵	۱	۰/۸۶
به عنوان یکی از دو طرف رابطه جنسی، شروع کننده رابطه جنسی هستم.			
۳۹	۴/۷	۱	۱
به روابط جنسی‌ام اهمیت می‌دهم و جهت بهبود آن (همانند افزایش صمیمت جنسی، افزایش رضایت زناشویی) اقدام می‌کنم.			
۴۰	۵	۱	۱
در صورت تجربه خشونت جنسی (اجبار در برقراری رابطه جنسی در صورت عدم تمایل شما همانند اجبار به رابطه جنسی مقعدی یا رابطه جنسی در زمان قاعدگی) از طرف همسر/نامزدم با مشاور مطرح و درخواست کمک می‌کنم.			

بحث

معتبر و قابل اعتمادی که به‌طور خاص به خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری پرداخته باشد، وجود نداشت، این مطالعه منجر به طراحی و روان‌سنجی این ابزار گردید. در نتایج حاصل از این مطالعه، نسخه نهایی پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری (FSHS) با ۴۰ گویه در ۴ حیطه شامل: پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، پیشگیری از سرطان‌های زنان، پیشگیری از بارداری ناخواسته و ارتقای سلامت جنسی

در این مطالعه به طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری پرداخته شد. این اولین مطالعه‌ای است که مقیاسی جهت ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری و عوامل مرتبط با آن ارائه می‌دهد. مطالعات محدودی به خودمراقبتی جنسی پرداخته‌اند و بیشتر مطالعات قبلی در گروه سنی نوجوانان، کار شده است. از آنجایی که ابزار

تدوین شد. میانگین CVI و CVR پرسشنامه، نشان‌دهنده روایی مناسب ابزار بود. پایایی نسبی کل ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد. در نتیجه این پرسشنامه یک ابزار روا و پایا جهت تحلیل وضعیت خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری می‌باشد.

پرسشنامه FSHS، اولین ابزار جامع سنجش خودمراقبتی جهت سنجش رفتارهای خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری می‌باشد و ابزارهای موجود دیگر، تنها بخشی از ابعاد خودمراقبتی را مورد سنجش قرار می‌دهند. ابزار حاصل از این مطالعه دارای ۴ بُعد بوده است. خرده مقیاس پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت دستگاه تناسلی شامل مواردی است که به مهارت‌ها، توانایی‌ها، رفتارها و جست‌وجوی اطلاعات شخصی اشاره می‌کند که مانع از ابتلای زنان به بیماری‌های مقاربتی و عفونت می‌گردد. در خرده مقیاس پیشگیری از سرطان‌های زنان، هرگونه رفتاری که موجب پیشگیری از سرطان‌های زنان همانند سرطان پستان و سرطان رحم می‌گردد، مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به اهمیت استفاده از روش‌های پیشگیری مطمئن، پیشگیری از سقط‌های غیرایمن و عدم استفاده از هورمون به‌مدت طولانی در زنان، خرده مقیاس پیشگیری از بارداری ناخواسته، رفتارهای زنان را در این حیطه مورد بررسی قرار می‌دهد. در نهایت خرده مقیاس ارتقای سلامت جنسی، طیف وسیعی از رفتارهای زنان با هدف افزایش سطح سلامت جنسی آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال افزایش آگاهی در زمینه مسائل جنسی، راهکارهای افزایش کیفیت و رضایت زناشویی و دریافت مشاوره از درمانگر در هنگام بروز اختلالات جنسی، از جمله مسائل مورد ارزیابی از طریق این پرسشنامه می‌باشد. با توجه به اینکه ابزار مشابهی در زمینه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری وجود ندارد، به مقایسه ابعاد پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری در این مطالعه با سایر پرسشنامه‌های مرتبط پرداخته می‌شود.

اولین حیطه پرسشنامه خودمراقبتی جنسی، رفتارهای مرتبط با پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز با ۱۴ سؤال می‌باشد. در این حیطه، عملکرد افراد در ارتباط با

خودمراقبتی در مقابل عفونت‌های دستگاه تناسلی و بیماری‌های مقاربتی سنجیده می‌شود. در مطالعه گیل و همکاران (۲۰۱۹)، پرسشنامه پیشگیری از ایدز جهت ارزیابی خطر ابتلاء به HIV طراحی و روان‌سنجی شد. تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی در این مطالعه ۵ مؤلفه: دانش در مورد HIV، نگرش نسبت به استفاده از کاندوم، قصد استفاده از کاندوم، رفتار جنسی ایمن و انگ و تبعیض نسبت به افراد مبتلا به HIV را نشان داد. علاوه بر این، این ابزار دارای یک سیستم طبقه‌بندی است که امکان تعیین سطح ریسک را فراهم می‌کند. در نتیجه پرسشنامه پیشگیری از ایدز جهت تشخیص زودتر خطر ابتلاء به عفونت HIV معرفی شد (۱۹). در مطالعه زیولینا (۲۰۱۹) پرسشنامه رفتار پیشگیری از HIV/AIDS و آزمون دانش جهت کاهش انتقال HIV/AIDS در جمعیت نوجوانان شهر سورابایا اندونزی طراحی و روان‌سنجی شد که میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و KMO و آزمون بارتلت ۰/۸۲ گزارش شد (۳۷). پرسشنامه دیگری در سال ۲۰۰۵ در ارتباط با دانش مرتبط با HIV طراحی و روان‌سنجی شد. این مقیاس خودگزارش‌ده، شامل ۱۸ سؤال با همبستگی درونی ۰/۵۷-۰/۲۴ بود. سازگاری درونی ابزار ۰/۸۵-۰/۷۵ و پایداری آزمون- بازآزمون نیز ۰/۹۴-۰/۷۶ گزارش شد. در نهایت این ابزار جهت ارزیابی سطح دانش در ارتباط با بیماری مقاربتی HIV ابزار مناسبی می‌باشد (۳۸). پرسشنامه‌های دیگری نیز جهت بررسی دانش در ارتباط با HIV طراحی و روان‌سنجی شده‌اند (۳۹)، اما این پرسشنامه‌ها تنها میزان دانش افراد را در نظر گرفته است و عملکرد افراد در مقابل بیماری‌های مقاربتی، وجه تمایز پرسشنامه حاصل از مطالعه حاضر با سایر پرسشنامه‌های مرور شده می‌باشد.

با توجه به گسترش بیماری‌های مقاربتی و عوارض ناشی از عدم درمان به‌موقع، آموزش زنان در زمینه آشنایی و خودمراقبتی با عفونت‌های دستگاه تناسلی بسیار مهم است (۴۰) و از سوی دیگر به‌دلیل ماهیت انتقالی بسیاری از این عفونت‌ها از راه جنسی، مشارکت مردان و آگاهی‌بخشی به آنان نیز مهم می‌باشد (۴۱). یکی از روش‌های پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی،

پرسشنامه نیز دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب می‌باشد که می‌توان از آن جهت اندازه‌گیری خودکارآمدی درک شده در استفاده از کاندوم در جوانان استفاده نمود (۲۴). ارتباط جنسی محافظت شده، بخشی از خودمراقبتی جنسی است که در این مقیاس‌ها به آن پرداخته شده است. در حالی که به جهت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی باید به جنبه‌های دیگر نیز توجه گردد. پرسشنامه پرهیز جنسی، رفتاری و اجتناب از موقعیت‌های پرخطر (SBAHAQ)^{۱۰} نیز در جامعه ایرانی روان‌سنجی شده است که این پرسشنامه، یک ابزار مناسب جهت سنجش پرهیز جنسی و اجتناب از موقعیت‌های پرخطر جنسی در جامعه دانش‌آموزان دختر ایرانی می‌باشد (۲۰).

اگرچه متغیرهایی همانند نگرش نسبت به کاندوم و یا خطر ادراک شده در رابطه با HIV برای اتخاذ رفتار جنسی محافظت شده از اهمیت بالایی برخوردار هستند، اما این موارد برای زنان پرخطر کافی نمی‌باشند و باید عوامل دیگری همانند حمایت اجتماعی در حوزه پیشگیری از HIV و نقش کلیشه‌های جنسیتی نیز در نظر گرفته شود. در نتیجه پرسشنامه‌ای جهت پیش‌بینی رفتارهای جنسی محافظت‌کننده در زنان در معرض خطر ویروس نقص ایمنی انسانی توسط لطفی و همکاران (۲۰۱۴) طراحی و روان‌سنجی شد. این پرسشنامه، ابزاری روا و پایا جهت ارزیابی پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای حفاظتی جنسی در زنان برای پیشگیری از ابتلاء به HIV می‌باشد (۲۱). برای مقایسه پرسشنامه فعلی با پرسشنامه‌های ذکر شده می‌توان اینگونه عنوان کرد که پرسشنامه حاصل از مطالعه حاضر، به‌طور گسترده‌تری می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد؛ چراکه این پرسشنامه، یک مقیاس روا و پایا می‌باشد که همه موارد پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و به علاوه عفونت‌های تناسلی را در برمی‌گیرد.

حیطه دوم پرسشنامه خودمراقبتی جنسی، پیشگیری از سرطان‌های زنان همانند سرطان پستان و رحم با ۷ سؤال می‌باشد که به خودمراقبتی در حوزه شایع‌ترین

استفاده از کاندوم می‌باشد. پرسشنامه استفاده از کاندوم و عوامل شناختی مرتبط با آن (CUCDQ)^۱ در ۶ مقیاس شامل نگرش منفی نسبت به استفاده از کاندوم (NACU)^۲، موانع درک شده در استفاده از کاندوم (PBCU)^۳، الگوی رفتاری استفاده از کاندوم (BPCU)^۴، خطا در استفاده از کاندوم (ECU)^۵، عدم تمایل به استفاده از کاندوم (UCU)^۶ و دانش در مورد استفاده از کاندوم (KCU)^۷ توسط توپچیان و همکاران (۲۰۱۷) طراحی و روان‌سنجی شد. این ابزار اعتبار، اطمینان، سادگی و عملکرد مناسب جهت استفاده از کاندوم و عوامل شناختی آن در جامعه فارسی زبان دارد (۲۳). این پرسشنامه به ارزیابی دقیق عوامل رفتاری، روانی و آموزشی مرتبط با استفاده از کاندوم می‌پردازد که می‌تواند جهت مطالعات پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی کمک نماید، اما به‌تنهایی به ارزیابی عملکرد خودمراقبتی جنسی نمی‌پردازد.

در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، مقیاس ارتباط جنسی محافظت‌کننده از سلامت (HPSC)^۸، یک مقیاس خودگزارشی است که به بررسی این مسئله می‌پردازد که پاسخ‌دهندگان در هنگام تعامل با یک شریک جنسی جدید، چقدر درباره موضوعات محافظتی بهداشتی بحث می‌کنند. این پرسشنامه به نگرانی‌های محافظتی بهداشتی مربوط به رابطه جنسی ایمن، سوابق جنسی شریک جنسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌پردازد (۲۶). مقیاس خودکارآمدی استفاده از کاندوم (CUSES)^۹ از چندین منبع مشتق شده و شامل ۲۸ آیتم است که احساس اعتماد یک فرد را در مورد توانایی خرید کاندوم، گذاشتن و برداشتن کاندوم و مذاکره در مورد استفاده از آن با شریک جنسی جدید توصیف می‌کند (۴۲). نسخه اسپانیایی کلمبیایی این

¹ Condom Use and Its Cognitive Determinants Questionnaire

² Negative Attitude Toward Condom Use

³ Perceived Barriers of Condom Use

⁴ Behavioral Pattern of Condom Use

⁵ Errors in Condom Use

⁶ Unwillingness to Condom Use

⁷ Knowledge on Condom Use

⁸ Health-Protective Sexual Communication with New Sexual Partners

⁹ Condom Use Self-Efficacy Scale

¹⁰ Sexual, Behavioral Abstinence, and Avoidance of High-risk situation Questionnaire

سرطان‌های زنان می‌پردازد. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، سرطان‌ها دومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شوند، در حالی که اکثر سرطان‌های با اقدامات خودمراقبتی قابل پیشگیری است (۴۳). با توجه به اهمیت موضوع، متأسفانه پرسشنامه‌های اندکی جهت سنجش رفتارهای خودمراقبتی زنان در مقابل سرطان‌ها طراحی شده است. یکی از این پرسشنامه‌ها، پرسشنامه ۶۴ سؤاله دانش پیشگیری از سرطان سرویکس است که توسط جگلاز و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شد. این پرسشنامه جهت سنجش دانش در ارتباط با پیشگیری از سرطان سرویکس در دختران دانش‌آموز به‌خوبی قابل استفاده می‌باشد (۴۴). پرسشنامه دیگری جهت ارزیابی دانش در مورد سرطان دهانه رحم در بین زنان ۲۰-۶۵ سال در عمان نیز طراحی و روان‌سنجی شد. این پرسشنامه (KCCPM-55) دارای ۵۵ گویه و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ می‌باشد و دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی جهت ارزیابی سطح دانش در زمینه سرطان سرویکس است (۳۲). این در حالی است که خودمراقبتی، یک رفتار می‌باشد که علاوه بر دانش، نیاز به سنجش رفتار افراد نیز وجود دارد.

خودمراقبتی در حوزه سرطان به‌دلیل نقش غربالگری و شناسایی مشکلات در مراحل اولیه بسیار حائز اهمیت است (۴۵). پرسشنامه‌ای برای ارزیابی دانش، نگرش و رفتار نسبت به غربالگری دهانه رحم و واکسیناسیون علیه HPV در زنان جوان در ایتالیا طراحی و روان‌سنجی شد که از آن می‌توان جهت ارزیابی دانش، نگرش و رفتار نسبت به غربالگری دهانه رحم و واکسیناسیون علیه HPV استفاده نمود (۱۸). اگرچه این پرسشنامه به بخش رفتار نیز توجه کرده است، اما از مزیت‌های پرسشنامه حاصل از مطالعه حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که پرسشنامه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری، به شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان یعنی سرطان سرویکس و سرطان پستان و رفتار زنان در مراقبت از خود در پیشگیری از این سرطان‌ها توجه می‌نماید.

در زمینه آگاهی از سرطان پستان نیز می‌توان به ابزار مارتینز و همکاران (۲۰۲۱) اشاره کرد. ابزار آنها جهت

ارزیابی آگاهی از سرطان پستان و خطر درک شده ابتلاء به این بیماری (MARA)^۱ بوده است. این پرسشنامه شامل ۴ حیطة: عوامل خطر، علائم و نشانه‌ها، خطر درک شده و موانع می‌باشد. این پرسشنامه دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی جهت اندازه‌گیری آگاهی از سرطان پستان و خطرات درک شده آن است (۴۶). ابزاری جهت اندازه‌گیری عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیری از سرطان پستان در زنان، توسط خزائپول و همکاران (۲۰۱۶) طراحی و روان‌سنجی شد. تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی ۷ عامل (نگرش، سیستم‌های حمایتی، خودکارآمدی، جستجوی اطلاعات، مدیریت استرس، شناسایی محرک‌ها و مراقبت از خود) را نشان داد که شامل ۳۳ گویه بود که به‌طور مشترک ۶۰/۶۲٪ از واریانس مشاهده شده را تشکیل می‌دادند. پرسشنامه طراحی شده، ابزاری معتبر و پایا جهت ارزیابی عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیری از سرطان پستان در زنان است که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (۱۶). تمرکز این مطالعه تنها به ایجاد مقیاسی جهت بررسی مهم‌ترین عوامل پیشگیری کننده از سرطان پستان، یعنی رفتارهای خودمراقبتی و سبک زندگی بوده است و به سایر سرطان‌های زنان و همچنین عوامل خودمراقبتی جنسی نپرداخته است.

پرسشنامه باورهای غربالگری سرطان پستان جهت ارزیابی باورها، نگرش‌ها، دانش در زنان ایرانی ترجمه و روان‌سنجی شد. در تحلیل عاملی، سه عامل شامل: نگرش غربالگری، دانش و ادراک غربالگری و عملکرد غربالگری سرطان پستان استخراج شد که این عوامل ۵۵/۷۱٪ از کل واریانس باورهای غربالگری سرطان پستان را تبیین کردند. از این پرسشنامه می‌توان جهت ارزیابی باورهای غربالگری سرطان پستان زنان ایرانی استفاده کرد (۴۷)، لذا این پرسشنامه نیز مقیاس متمرکزی جهت بررسی وضعیت خودمراقبتی افراد در زمینه پیشگیری از سرطان پستان نمی‌باشد. مقیاس مبتنی بر نظریه انگیزش حفاظتی، به‌منظور سنجش میزان پایبندی زنان ایرانی به رفتارهای پیشگیری از

¹ knowledge of breast cancer and perceived risk of developing the disease

سرطان پستان شامل ۵۸ آیتم در ۶ حیطه نیز با تحلیل عاملی تأیید شد. در نتیجه از این مقیاس می‌توان در ارزیابی مشارکت زنان ایرانی در رفتارهای پیشگیری از سرطان پستان استفاده نمود (۴۸). به نظر می‌رسد که علی‌رغم اهمیت و اولویت پیشگیری بر درمان در بیماری‌هایی مانند سرطان در زنان (۴۹) و تبدیل رفتار خودمراقبتی به‌عنوان یک عادت در فرد (۵۰)، متأسفانه هنوز برنامه ترویج خودمراقبتی در زنان به‌عنوان یک برنامه مهم در طب پیشگیری در کشورها مورد توجه قرار نگرفته است (۴۵) که این مسئله می‌تواند به‌علت وجود پرسشنامه‌های اندک در این زمینه و در نتیجه عدم بررسی تعیین وضعیت موجود باشد. پرسشنامه حاضر از این مطالعه می‌تواند در جهت تعیین وضعیت خودمراقبتی زنان در زمینه سرطان پستان و به‌دنبال آن، طراحی اقدام مناسب مورد استفاده قرار گیرد.

سومین حیطه از پرسشنامه خودمراقبتی جنسی جهت پیشگیری از بارداری ناخواسته با ۶ سؤال می‌باشد. اگرچه یکی از مهم‌ترین حوزه‌های خودمراقبتی در سنین باروری، پیشگیری از حاملگی ناخواسته است (۵۱)، بر اساس مروری بر متون، هیچ ابزار مشابهی در این زمینه وجود نداشته است. پرسشنامه‌ای جهت اندازه‌گیری درک زنان از بارداری ناخواسته روان‌سنجی گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی، ۳۱ مورد را در یک ساختار ۶ عاملی منحصر به‌فرد به‌دست آورد. سازگاری درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و پایایی این ابزار با استفاده از ضریب همبستگی درون طبقاتی ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان‌دهنده روا و پایا بودن ابزار می‌باشد. در نتیجه این پرسشنامه می‌تواند جهت تحلیل درک زنان از بارداری برنامه‌ریزی نشده مورد استفاده قرار گیرد تا دریافت مداخلات بهداشتی باروری را افزایش دهد (۵۲). این پرسشنامه تنها به ادراک فرد از بارداری برنامه‌ریزی نشده پرداخته است، در حالی که پرسشنامه حاصل از مطالعه حاضر به رفتار فرد در ارتباط با پیشگیری از بارداری ناخواسته می‌پردازد. علی‌رغم اینکه بارداری ناخواسته با عوارضی مانند وزن کم هنگام تولد، مرگ‌ومیر نوزادان و همچنین کاهش فرصت‌های زندگی و تقاضاهای بیشتر

برای خدمات بهداشتی همراه است (۵۳)، اما همچنان پرسشنامه‌ای که به بررسی رفتار افراد در خودمراقبتی در پیشگیری از بارداری ناخواسته بپردازد، وجود ندارد که این می‌تواند وجه تمایز پرسشنامه حاصل از این مطالعه باشد. تقریباً یک سوم تمام حاملگی‌ها ناخواسته می‌باشد که می‌تواند منجر به سقط‌های غیرایمن شود و سلامت مادر را تهدید می‌کنند و گاه منجر به مرگ مادر شود (۵۴). آموزش زنان و مردان در این حوزه بسیار مهم است و در ICPD به آن تأکید شده است و دسترسی به اطلاعات و انتخاب آزادانه همواره مورد تأکید قرار گرفته است و به‌عنوان یک راهکار مهم برای جلوگیری از این مشکل بهداشتی نیازمند توجه است (۵۵)، اما با توجه به تأکید سازمان‌های معتبر جهانی همچون WHO در سه دهه اخیر بر ترویج خودمراقبتی، به‌خصوص خودمراقبتی در سلامت جنسی و باروری زنان، هنوز مورد توجه چندانی قرار نگرفته است و پرسشنامه اختصاصی در این زمینه طراحی نشده است (۵). وجود چنین ساختاری در پرسشنامه حاضر جهت بررسی رفتار افراد در پیشگیری از بارداری ناخواسته می‌تواند بسیار مهم و جهت طراحی مداخلات و اقدامات مناسب مفید باشد.

چهارمین عامل حاصل از پرسشنامه خودمراقبتی جنسی و باروری، بخش ارتقای سلامت جنسی می‌باشد. در این حیطه ۱۳ سؤال وجود دارد. در مطالعه علیمردادی و همکاران (۲۰۲۱)، پرسشنامه خودمراقبتی سلامت جنسی و باروری در دختران نوجوان طراحی و روان‌سنجی شد. سازه‌های این پرسشنامه شامل: تعامل نوجوان و خانواده، ادراک دختران نوجوان از رابطه جنسی پیش از ازدواج، عوامل توانمندساز دختران در خودمراقبتی جنسی و باروری، درک و رفتار دختران از تعامل با جنس مخالف، موانع گفت‌وگوی نوجوان و والدین، دانش باروری و جنسی و خودمراقبتی برای حفظ بهداشت تناسلی و قاعدگی می‌باشد. میزان همسانی درونی کل ابزار ۰/۸۹۵ و ضریب همبستگی درون خوشه‌ای کل ابزار ۰/۹۱ بود (۳). این پرسشنامه، خودمراقبتی جنسی و باروری در دختران نوجوان را مورد سنجش قرار می‌دهد و به عواملی همانند تعامل نوجوان و خانواده، بهداشت قاعدگی و تعامل با جنس مخالف نیز

می‌پردازد. در حالی که پرسشنامه حاضر، اختصاصاً مرتبط با خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری طراحی و روان‌سنجی شده است. مقیاس خودکارآمدی عملکردهای سلامت جنسی (SHPSSES) شامل ۲۰ گویه است که نشان‌دهنده انواع شیوه‌های سلامت جنسی است. پاسخ‌دهندگان اعتماد به نفس خود را در انجام این شیوه‌ها (خودکارآمدی) در مقیاسی از ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۵ (بسیار مطمئن) نشان می‌دهند. با استفاده از تحلیل عاملی، ۶ زیرمقیاس شامل خودکارآمدی در رابطه جنسی (۵ گویه)، مراقبت از سلامت جنسی (۴ گویه)، تجاوز جنسی (۳ گویه) و رابطه جنسی ایمن‌تر (۴ گویه) شناسایی شد. این پرسشنامه برای همه افراد و گروه‌های سنی از نوجوانی تا افراد مسن قابل استفاده می‌باشد (۵۶). نسخه فارسی پرسشنامه نیازسنجی سلامت جنسی و باروری، جهت ارزیابی نیازهای عمومی سلامت جنسی و باروری زنان در ایران ترجمه و روان‌سنجی گردید. نسخه فارسی پرسشنامه از روایی صوری و محتوایی کافی (کمی و کیفی) برای ارزیابی نیازهای سلامت جنسی و باروری زنان برخوردار بود (شاخص روایی محتوا برابر ۰/۸۸). پایایی آزمون بازآزمایی نشان داد که به جز حوزه عفونت‌های مقاربتی، تمامی حیطه‌های پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار بودند. در نهایت این پرسشنامه ابزاری معتبر برای ارزیابی نیازهای سلامت جنسی و باروری زنان ایرانی به‌شمار می‌آید (۵۷)، اما هیچ‌کدام از این پرسشنامه‌ها، رفتار فرد در مراقبت از خود در ارتقای سلامت جنسی را بررسی نمی‌کنند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه تصویری سلامت جنسی و باروری (SRH-IQ)^۱ نشان داد که با توجه به روایی و پایایی مناسب نسخه فارسی این پرسشنامه، می‌توان از آن برای ارزیابی دانش، نگرش، رفتار و پیامدهای سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی استفاده کرد (۵۸). پرسشنامه سازگاری جنسی با همسر در ۴ حیطه شامل: الزامات رابطه جنسی، توافق جنسی، موانع زمینه‌ای و نتایج سازگاری جنسی طراحی و روان‌سنجی شد که می‌توان جهت ارزیابی سازگاری

جنسی زوجین استفاده نمود (۵۹). این در حالی است که در مطالعه حاضر، رفتار افراد در ارتقای سلامت جنسی به‌عنوان یکی از ابعاد خودمراقبتی جنسی پرداخته شده است که می‌تواند به‌عنوان وجه تمایز این پرسشنامه از آن یاد کرد.

در نهایت بر اساس مروری بر متون حاضر می‌توان اینگونه عنوان کرد که اگرچه ابزارهای روا و پایا در هر یکی از ابعاد سلامت جنسی وجود دارد، اما همه این پرسشنامه‌ها تنها به یک بخش می‌پردازند و هیچ ابزار استاندارد در زمینه خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری منطبق با ابعاد خودمراقبتی جنسی تعریف شده بر اساس سازمان جهانی بهداشت که به‌صورت جامع میانگین خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری را اندازه بگیرد و جهت ارزیابی برنامه‌های ترویج خودمراقبتی جنسی استفاده گردد، تا پیش از این مطالعه وجود نداشته است.

محدودیت‌های پژوهش:

مطالعه حاضر با رویکرد قیاسی و بر اساس مراحل والتز طراحی گردید. جهت روان‌سنجی پرسشنامه، تنها از روایی محتوا و روایی صوری استفاده شد. تجزیه و تحلیل عاملی برای اعتبار ساختار تجربی در مطالعات آتی با هدف توسعه ابزار پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

پرسشنامه سنجش خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری (FSHS) از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است که می‌تواند مفهوم وسیع sexual Self-care را مورد سنجش قرار دهد. این مفهوم شامل ۴ مقیاس (پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و عفونت‌های دستگاه تناسلی، پیشگیری از سرطان‌های زنان، پیشگیری از بارداری ناخواسته و ارتقای سلامت جنسی) می‌باشد. این پرسشنامه می‌تواند جهت تعیین و تحلیل وضعیت خودمراقبتی جنسی در زنان سنین باروری در دسترس صاحب‌نظران، برنامه‌ریزان و مراقبین سلامت قرار گیرد. همچنین محققین می‌توانند جهت بررسی و اجرای مداخلات مرتبط با خودمراقبتی جنسی از این پرسشنامه استفاده نمایند.

¹ Sexual and Reproductive Health Illustrative Questionnaire

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دکترای سلامت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1399.200 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی از این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

منابع

1. Hardon A, Pell C, Taqeban E, Narasimhan M. Sexual and reproductive self care among women and girls: insights from ethnographic studies. *bmj* 2019; 365.
2. World Health Organization. WHO meeting on ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health, 12–14 March 2018, Brocher Foundation, Hermance, Switzerland: summary report. World Health Organization; 2018.
3. Alimoradi Z, Kariman N, Ahmadi F, Simbar M, AlaviMajd H. Development and psychometric properties of the female adolescents' sexual reproductive self-care scale. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2021; 33(2).
4. Murray M, Brady M, Drake JK. Women's self-care: products and practices. Seattle, Washington: PATH; 2017.
5. World Health Organization. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights: web supplement: GRADE tables. World Health Organization; 2019.
6. Saakvitne KW, Pearlman LA. Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization. WW Norton & Co; 1996.
7. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in nursing & health* 1979; 2(1):25-34.
8. Vice-Chancellor in Health Affairs. Health Do self-care; 2022. Available from: <https://health.sbm.ac.ir/index.jsp?pageid=32665&p=1>.
9. World Health Organization. Adopting self-care interventions for sexual and reproductive health in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J* 2019; 25(6):441-2.
10. Fang X, Li X, Yang H, Hong Y, Stanton B, Zhao R, et al. Can variation in HIV/STD-related risk be explained by individual SES? Findings from female sex workers in a rural Chinese county. *Health Care for Women International* 2008; 29(3):316-35.
11. Ebadi A, Sharif Nia H, Zareiyan A, Zarshenas L. Instrument Development in Health Sciences. 2nd ed. Jamee Negar; 2019.
12. Tashakkori A, Teddlie C. Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research. SAGE publications; 2010.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
14. Dawson A, Tappis H, Tran NT. Self-care interventions for sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings: a scoping review. *BMC Health Services Research* 2022; 22(1):1-24.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Addressing Health Risks of Noncoital Sexual Activity: Committee Opinion No 582. *Obstet Gynecol* 2013; 112(6):1378-83.
16. Khazaei-Pool M, Majlessi F, Montazeri A, Pashaei T, Gholami A, Ponnet K. Development and psychometric testing of a new instrument to measure factors influencing women's breast cancer prevention behaviors (ASSISTS). *BMC women's health* 2016; 16(1):1-13.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. *Practice bulletin*. 2017(179):2019-1.
18. Saulle R, Miccoli S, Unim B, Semyonov L, Giraldo G, De Vito E, et al. Validation of a questionnaire for young women to assess knowledge, attitudes and behaviors towards cervical screening and vaccination against HPV: survey among an Italian sample. *Epidemiology, Biostatistics, and Public Health* 2014; 11(2).
19. Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Morell-Mengual V, Giménez-García C, Ballester-Arnal R. Validation of the AIDS prevention questionnaire: a brief self-report instrument to assess risk of HIV infection and guide behavioral change. *AIDS and Behavior* 2019; 23(1):272-82.
20. Najarkolaie FR, Niknami S, Shokravi FA, Tavafian SS, Fesharaki MG, Jafari MR. Sexual behavioral abstine HIV/AIDS questionnaire: Validation study of an Iranian questionnaire. *J Educ Health Promot* 2014; 3:10.
21. Lotfi R, Tehrani FR, Yaghmaei F, Hajizadeh E. Developing a valid and reliable instrument to predict the protective sexual behaviors in women at risk of human immunodeficiency virus. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(9):e14682.
22. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World health Organization* 2004; 82(6):454-61.

23. Toopchian A, Kanani S, Babazadeh T, Allahverdipour H, Nadrian H. Development and psychometric properties of a condom use and its cognitive determinants questionnaire (CUCDQ). *Open access Macedonian journal of medical sciences* 2017; 5(1):79.
24. Sanchez-Mendoza V, Soriano-Ayala E, Vallejo-Medina P. Psychometric properties of the Condom Use Self-efficacy Scale among young Colombians. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(11):3762.
25. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, ET AL. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and Reports* 2021; 70(4):1.
26. Cansino C, Chohan L. The utility of and indications for routine pelvic examination. *Obstetrics And Gynecology* 2018; 132(4):E174-80.
27. Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. *bmj* 2007; 334(7589):354.
28. John D. Jacobson. Women and sexual problems 2020. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000663.htm>.
29. LaQuita Martinez. Vaginitis - self-care 2020. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000566.htm>.
30. Roshan Chesli R, Soleimani Z, Erfan T, Mantashlou S, Hashemi A. Evaluate the psychometric properties of sexual quality of life questionnaire (SQOL-F). *Clinical Psychology and Personality* 2020; 17(1):213-24.
31. Maasoumi R, Tavousi M, Zarei F. Development and psychometric properties of sexual health literacy for adults (SHELA) questionnaire. *Hayat* 2019; 25(1):56-69.
32. Al Saad A. Development and Validation of Questionnaire to Assess Knowledge about Cervical Cancer among Women Aged 20 to 65 years in Oman. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2021; 22(1):69.
33. Besharat MA, Ranjbar KE. Development and validation of sexual knowledge and attitude scale. *Contemporary Psychology*. 2013;8(1):21-32.
34. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs); 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1.
35. Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer in Women: Burden and Trends. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention* 2017; 26(4):444-57.
36. World Health Organization. sexual health; 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
37. Zulina Z. Development of Scale for Knowledge Test and Questionnaire Behavior of Prevention HIV/AIDS Student College in Surabaya City. *InIOP Conference Series: Earth and Environmental Science* 2019; 276(1):012053.
38. Carey MP, Schroder KE. Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* 2002; 14(2):172-82.
39. Tan X, Pan J, Zhou D, Wang C, Xie C. HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviors assessment of Chinese students: a questionnaire study. *International journal of environmental research and public health* 2007; 4(3):248-53.
40. Baraia ZA, Abdallah IM, Nour SA. Impact of educational program about self-care practices on the reliving of vaginal infection among high risk women in Ismailia city. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)* 2017; 6(3):73-8.
41. Brooks JT, Kawwass JF, Smith DK, Kissin DM, Lampe M, Haddad LB, et al. Effects of antiretroviral therapy to prevent HIV transmission to women in couples attempting conception when the man has HIV infection—United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2017; 66(32):859.
42. Brafford LJ, Beck KH. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health* 1991; 39(5):219-25.
43. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles; 2018.
44. Jaglarz K, Tomaszewski KA, Kamzol W, Puskulluoglu M, Krzemieniecki K. Creating and field-testing the questionnaire for the assessment of knowledge about cervical cancer and its prevention among schoolgirls and female students. *Journal of gynecologic oncology* 2014; 25(2):81-9.
45. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. *bmj* 2019; 365.
46. Martínez-Urquijo A, Postigo Á, Cuesta M, Fernández-Álvarez MD, Martín-Payo R. Development and validation of the MARA scale in Spanish to assess knowledge and perceived risks and barriers relating to breast cancer prevention. *Cancer Causes & Control* 2021; 32(11):1237-45.
47. Sharif Nia H, Behmanesh F, Kwok C, Firouzbakht M, Ebadi A, Nikpour M. Breast cancer screening beliefs questionnaire: psychometric properties of the Persian version. *BMC Women's Health* 2020; 20(1):1-8.
48. Khodayarian M, Peyghambari F, Mazloomi Mahmoodabad S, Morowatisharifabad MA, Lamyian M. Development and psychometric evaluation of a protection motivation theory-based scale assessing the adherence of Iranian women breast cancer prevention behaviors. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease* 2019; 12(1):8-18.

49. Buck HG, Stromberg A, Chung ML, Donovan KA, Harkness K, Howard AM, et al. A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 77:232-42.
50. Callaghan DM. Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. *Nursing Science Quarterly* 2003; 16(3):247-54.
51. Kiani Z, Simbar M, Fakari FR, Kazemi S, Ghasemi V, Azimi N, et al. A systematic review: Empowerment interventions to reduce domestic violence?. *Aggression and violent behavior* 2021; 58:101585.
52. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Baghestani AR, Rohana N. Development and psychometric testing of an instrument to measure women's perceptions of unplanned pregnancy. *Journal of Biosocial Science* 2019; 51(3):394-402.
53. Moosazadeh M, Nekoei-moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. *The International journal of health planning and management* 2014; 29(3):e277-90.
54. Mavalankar D, Vora K, Prakasamma M. Achieving millennium development goal 5: is India serious?. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86:243-A.
55. Cohen SA, Richards CL. The Cairo consensus: population, development and women. *Family planning perspectives* 1994; 26(6):272-7.
56. Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, editors. *Handbook of sexuality-related measures*. New York: Routledge.; 2010.
57. Khani S, Moghaddam-Banaem L, Mohamadi E, Vedadhir AA, Hajizadeh E. Psychometric properties of the Persian version of the sexual and reproductive health needs assessment questionnaire. *East Mediterr Health J* 2015; 21(1):29-38.
58. Merghati-Khoei E, Motamedi M, Shahbazi M, Rahimi-Naghani S, Salehi M, Hajebi A, et al. Psychometric Properties of the Persian Version of Sexual and Reproductive Health Illustrative Questionnaire 2020: 1-17.
59. Nekoolaltak M, Keshavarz Z, Simbar M, Nazari AM, Baghestani AR. Sexual Compatibility with Spouse Questionnaire: Development and Psychometric Property Evaluation. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2020; 8(3):220.