





دانشگاه علوم پزشکی گلستان
معاونت تحقیقات و فناوری



مرکز تحقیقات بهداشت باروری
و مشاوره در مامایی



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
کرمان- ای قلا



انجمن علمی مامایی ایران
استان گلستان

سمینار سراسری سلامت جنسی- باروری و مشاوره در مامایی

سمینار دارای امتیاز بازآموزی است

محورهای سمینار:

- سلامت باروری
- سلامت جنسی
- جایگاه مامایی و مشاوره در مامایی در نظام سلامت
- مشاوره و توانمند سازی هنگام بحران در نظام سلامت

برگزارکنندگان:
دفتر آموزش مداوم معاونت آموزشی دانشگاه
معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه
مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی
دانشکده پرستاری و مامایی بویه

آدرس دبیرخانه:
دانشگاه علوم پزشکی - دانشکده پرستاری و مامایی
مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی
تلفن: ۰۱۷۳۲۴۵۱۳۵۳
دورنما: ۰۱۷۳۲۴۵۵۱۷۱

وب سایت دانشگاه:
www.srhcm.goums.ac.ir
پست الکترونیک:
rhrc@goums.ac.ir

**کتابچه خلاصه مقالات سمینار سراسری
سلامت جنسی - باروری و مشاوره در مامایی
تهیه و تنظیم: دکتر صدیقه مقسمی
(عضو هیات علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان)**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پیام رئیس سمینار

در جوامع کنونی یکی از موثرترین حوزه های موثر بر سلامت جامعه، حوزه سلامت باروری است. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت باروری شامل رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در کلیه امور مربوط به سیستم باروری انسان، در همه مراحل زندگی است. بنابر این مشتمل بر طیف وسیعی از موضوعات از جمله تغذیه و تحصیل دخترچه ها، بهداشت دوران بلوغ در هر دو جنس، بیماریهای مقاربتی و ایدز، مشاوره قبل از ازدواج، بارداری و زایمان ایمن، تنظیم خانواده، سرطانهای شایع زنان و مردان، ناباروری، سلامت جسمی و روانی دوران یائسگی (منوپوز و اندروپوز)، سالمندی و مشارکت مردان، حقوق باروری-جنسی است. به گونه ای که در نهایت شاخص میزان رضایت از زندگی را به علت ایجاد سطح سلامت مناسب افزایش می دهند. از همین رو در سال های اخیر جامعه جهانی به مساله سلامت باروری توجه ویژه ای نشان داده است.

از طرف دیگر مهم ترین سیاست محوری و کلان هر کشور؛ تحقق توسعه پایدار و برقراری عدالت اجتماعی در جامعه است. محور توسعه پایدار، وجود انسان های سالم و مولد است. سلامت باروری، تنها یک مسئله منحصر به فرد مرتبط با زنان جامعه نیست بلکه نه تنها شامل مردان بلکه دارای ابعاد وسیع پزشکی، حقوقی، روانشناسی و جامعه شناسی بوده که با بافت فرهنگی جوامع مختلف عجین است. رویکرد جدید حوزه سلامت و باروری کشور ایجاد فرصتی برای توانمند سازی خانواده ها در راستای تحکیم نهاد خانواده، افزایش رضایتمندی زناشویی، انتخاب آگاهانه و آزادانه تعداد دلخواه فرزندان و ارتقای باروری سالم می باشد به شکلی که سلامت مادر، کودک و خانواده در پی این توانمندی ارتقا یابد. لازمه ارتقاء سلامت باروری، طراحی و اجرای سیاست ها و برنامه های کلان سلامت کشوری به منظور توانمندسازی و تحقق سلامت و باروری زنان در راستای دستیابی به سلامت همه جانبه است. اساس و شالوده این راهبرد بر باروری ایمن با پیوست های ارتقای سواد سلامت باروری و سیاست های ترغیبی و حمایتی می باشد.

آموزش و مشاوره از ارکان مهم توانمندسازی زنان در زمینه های گوناگون زندگی است. از آنجائی که در بسیاری از مباحث سلامت باروری ماما نقش کلیدی دارد در واقع دانشگاه ما توانسته است با پذیرش کارشناسان مامایی و ادامه تحصیل آنان در رشته ارشد مشاوره در مامایی افق جدیدی را فرا روی کارشناسان مامایی قرار دهد که علاوه بر توجه و تمرکز بر جسم مددجویان خود به روحیات و روان آنان نیز که نقش بسزایی در سلات جسمی /آنان ایفا می کند، داشته باشند.

با توجه به اهمیت سلامت باروری در دنیای امروز و ارتباط تنگاتنگ حیطه های مختلف آن با رشته مامایی و مشاوره در مامایی یکی از رشته های تحصیلات تکمیلی برای فارغ التحصیلان رشته مامایی و مشاوره در مامایی، PhD سلامت باروری در نظر گرفته شده است و با توجه به اعضای توانمند گروه مامایی و سلامت باروری و مشاوره در مامایی دانشگاه، امید است در آینده نزدیک شاهد پذیرش دانشجویان PhD سلامت باروری و یا مامایی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان باشیم. لذا برگزاری سمینار هایی در این زمینه نقش مهمی در شناسایی حوزه سلامت باروری، مشاوره در مامایی و ارتقا خدمات آن خواهد داشت.

دکتر عبدالرضا فاضل

قائم مقام وزیر و ریاست دانشگاه علوم پزشکی گلستان







پیام دبیر علمی سمینار

کهن حرفه مامایی، حرفه ای آمیخته با چالش های مرتبط با حفظ و ارتقا سلامت باروری و جنسی زنان، کودکان و حتی مردان است، زیرا تطابق افراد با تغییرات دوران مختلف زندگی از جمله کودکی، نوجوانی، باروری، بارداری، میانسالی، یائسگی و سالمندی نیازمند همراهی، مشاوره و آموزش به هتگام، کافی و موثر توسط کارشناسان و متخصصین مرتبط از جمله ماماها، مشاورین مامایی و متخصصین سلامت باروری و جنسی است. در این راستا برآن شدیم که با برگزاری دومین سمینار سراسری سلامت باروری و مشاوره در مامایی در گرگان، فرصتی برای باز اندیشی و هم اندیشی همکاران این حرفه فراهم آوریم تا مسیر تحقق آرمان های جهانی سالمتر برای زنان، فرزندان و خانواده ها را سهل تر و با سرعت بیشتری طی نمائیم. کمیته علمی سمینار حضور همه شما عزیزان را در این محفل علمی گرامی میدارد.

دکتر طیبه ضیائی

دبیر علمی سمینار



محورهای سمینار

- سلامت جنسی
- سلامت باروری
- مشاوره و توانمند سازی هنگام بحران (فردی-اجتماعی- بلایای طبیعی و ...) در نظام سلامت
- جایگاه مامایی و مشاوره در مامایی در نظام سلامت



برگزار کنندگان

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی

با همکاری

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان
دانشکده پرستاری و مامای بویه گرگان
انجمن علمی مامایی گلستان
سازمان نظام پزشکی گرگان



کمیته علمی

دبیر علمی سمینار :

- دکتر طیبہ ضیائی

دکترای تخصصی سلامت باروری

استادیار گروه های مامایی و مشاوره در مامایی، سرپرست مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در

مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

اعضای کمیته علمی (به ترتیب حروف الفبا):

لیلا اسدی
دکتر نرجس سادات برقی
دکتر آسیه سادات بنی عقیل
کتایون جلالی آریا
دکتر الهام خوری
دکتر بی بی هاجر زحمتکش
دکتر فاطمه سیفی
دکتر طیبہ ضیائی
مہین طاطاری
سحر عرب
سامیہ غنا
خدیجہ قبادی
مریم قنبری
دکتر اشرف قیاسی
دکتر لیلا کاشانی
مرضیہ گرزین
مریم مرادی
دکتر صدیقہ مقسمی
زہرا مهر بخش
الهام ناوی پور
دکتر فاطمہ نقی نسب



کمیته اجرایی

دبیر اجرایی سمینار:

- آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی گلستان

○ اعضای کمیته اجرایی :

دکتر الهام خوری
دکتر بی بی هاجر زحمتکش
حنانه پورباقر
دکتر طیبہ ضیائی
سحر عرب
مehشید قنادان
مریم قنبری
مریم مرادی
دکتر صدیقه مقسمی

○ همکاران پشتیبانی و خدمات:

علی آرش
مهدی ایمانی
حسین بازیار
حسن شهدادی
ندا نوروزخانی
فاطمه خادم ابولفضل
محمدرضا مخبرانی
بهرنگ گت بابایی
علیرضا مهری
سعید نوچمنی
صدیقه نوروزی

○ دانشجویان و دانش آموختگان مامایی و ارشد مشاوره در مامایی همکار در کمیته اجرایی :

شیما شهری
زینب پاکمنش
روژین سلیمانی
راضیه آرخ
غزاله سمیعی
نوشین گردانی
صبا مودی

پانل ها و سخنرانی های
سمینار سلامت جنسی - باروری و مشاوره در مامایی
دانشگاه علوم پزشکی گلستان
چهارشنبه (روز اول) ۹۷/۱۱/۲۴



زمان	برنامه
۸-۸/۱۰	قرآن و سرود جمهوری اسلامی
۸/۱۰-۸/۲۰	ریاست دانشکده پرستاری و مامایی: سرکار خانم دکتر مهناز مدانلو افتتاحیه و خیر مقدم
۸/۲۰-۸/۳۰	نماینده ریاست سمینار: جناب آقای دکتر محمد رضا هنرور عنوان سخنرانی: SDGS و سلامت جنسی و باروری

زمان	کد مقاله	عنوان پانل	مشخصات نویسندگان
۸/۳۰-۱۰/۰۰		پانل اول: مشاوره و توانمند سازی در بحران مسئول پانل: دکتر نرجس سادات برقی اعضای پانل: دکتر الهام خوری - خانم سحر عرب	
۸/۳۰-۸/۴۰	۱۱۲-۱	راهبردهای انتخابی مقابله با بحران بلوغ دختران نوجوان شهر کرج	نسیمه ستایش ولی پور
۸/۴۰-۸/۵۰	۵۹-۱	سیستم آموزشی عاملی برای رشد یا نگرانی نوجوانان؟؟	سحر عرب
۸/۵۰-۹	۸۴-۱	عوامل موثر بر فعالیت بدنی زنان باردار	دکتر سهیلا ربیعی پور
۹-۹/۱۰	۵۰-۱	مشاوره ی شناختی-رفتاری بر میزان اختلال استرس پس از سانحه مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان منتخب قزوین ۱۳۹۶	زهره محمودی
۹/۱۰-۹/۲۰	۱۲۵-۱	دانش و نگرش کودکان پیش دبستانی دختر در زمینه پیشگیری از سوء استفاده جنسی، گرگان، ۱۳۹۵	دکتر الهام خوری
۹/۲۰-۱۰	۱۳۹-۱	بحران از نگاه متخصصین سلامت باروری (مرگ و میر مادر)	دکتر نرجس سادات برقی

پذیرایی			۱۰/۰۰-۱۰/۱۵
زمان	کد مقاله	عنوان پانل	مشخصات نویسندگان
۱۰/۱۵-۱۲/۱۵		پانل دوم: بیماری های منتقله از طریق تماس جنسی مسئول پانل: دکتر محیا شیرنگی (متخصص زنان و زایمان) اعضای پانل: دکتر فاطمه لیوانی (متخصص پوست و مو)	
۱۰/۱۵-۱۱/۰۵	۱۴۰-۱	تازه های بیماریهای مقاربتی در بارداری و زایمان	دکتر محیا شیرنگی
۱۱/۰۵-۱۲	۱۴۱-۱	رابطه بیماریهای مقاربتی و پوست در سلامت باروری	دکتر فاطمه لیوانی
ناهار و نماز			۱۲-۱۳/۱۵
۱۳/۱۵-۱۵/۴۵		پانل سوم: سلامت جنسی و باروری مسئول پانل: دکتر بی بی هاجر زحمتکش اعضای پانل: دکتر طیبه ضیائی	
۱۳/۱۵-۱۳/۲۵	۷۱-۱	باروری از نگاه زنان تالاسمی مینور: یک مطالعه کیفی	خدیجه میرزایی نجم آبادی
۱۳/۲۵-۱۳/۳۵	۸۸-۲	مشاوره بر اساس دو مدل پلیسیت و بتر بر روی خودابرازی جنسی زنان بعد از زایمان	فرزانه کریمی
۱۳/۳۵-۱۳/۴۵	۹۵-۱	مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهداشت روان زنان باردار	عاطفه صفرعلی نژاد
۱۳/۴۵-۱۳/۵۵	۶۵-۱	رابطه بین آگاهی از بهداشت بلوغ و خودکارآمدی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۶	سارا محمدی
۱۳/۵۵-۱۴/۰۵	۲۸-۱	رابطه کیفیت خواب سه ماهه سوم بارداری با نشانه های روانی پس از زایمان در زنان نخست زا	فاطمه نصیری امیری
۱۴/۰۵-۱۴/۱۵	۱۰۸-۱	مدل مشاوره ای Extended PLISSIT با مشاوره گروهی بر عملکرد و رضایت جنسی زنان باردار: کارآزمایی بالینی	الهه احمدنیا
۱۴/۱۵-۱۴/۲۵	۲۴-۱	تجارب بارداری و زایمان زنان افسرده پس از زایمان: یک مطالعه کیفی	اشرف کاظمی
۱۴/۲۵-۱۴/۳۵	۱۰۵-۱	مشاوره سلامت جنسی تلفنی براساس "راهنمای پست پارتوم سازمان جهانی بهداشت" بر رضایت و عملکرد جنسی زنان	سمیرا حاجی مقصودی
۱۴/۳۵-۱۴/۴۵	۱۲۳-۱	مصرف قرص های پیشگیری از بارداری و ابتلا به سرطان پستان: یک مطالعه مرور سیستماتیک و متآنالیز در ایران	دکتر بی بی هاجر زحمتکش
۱۴/۴۵-۱۵/۲۵	۱۴۳-۱	سلامت جنسی در میانسالان	دکتر صدیقه مقسمی
۱۵/۲۵-۱۶	۱۴۴-۱	سلامت جنسی در سالمندان	دکتر طیبه ضیائی

پانل ها و سخنرانی های
سمینار سلامت جنسی - باروری و مشاوره در مامایی
دانشگاه علوم پزشکی گلستان
پنج شنبه (روز دوم) ۹۷/۱۱/۲۵



زمان		برنامه	
۸-۸/۱۰		قرآن و سرود جمهوری اسلامی	
زمان	کد مقاله	عنوان پانل	مشخصات نویسندگان
۸/۱۰-۱۰/۰۰		پانل اول: مامایی و مشاورین مامایی در نظام سلامت مسئول پانل: دکتر الهام خوری اعضای پانل: دکتر شهره وثوق (متخصص زنان و زایمان - پریناتولوژیست) مریم آسیابان (ریاست مرکز مشاوره مهر مادران)	
۸/۱۰-۹	۱۴۵-۱	نقش مامایی و مشاورین مامایی در غربالگری قبل از تولد	دکتر شهره وثوق
۹-۹/۲۰	۱۳۰-۱	خدمات و دستاوردهای مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی مهرمادران طی سال های ۱۳۹۷-۱۳۹۳	مریم آسیابان
۹/۲۰-۹/۳۰	۹۲-۱	میزان رضایتمندی مراجعین به زایشگاه از کیفیت خدمات براساس مدل سروکوال در مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی شهرستان گرگان	پروین ویزواری
۹/۳۰-۹/۴۵	۱۲۹-۱	نقش مشاورین مامایی در نیروی انتظامی-دادگستری و بهزیستی	دکتر نقی نسب-دکتر ضیائی
۹/۴۵-۱۰	۱۳۱-۱	تحول و نوآوری آموزش عالی در نظام سلامت	دکتر آسیه سادات بنی عقیل
۱۰/۰۰-۱۰/۱۵		پذیرایی	

زمان	کد مقاله	عنوان پانل	مشخصات نویسندگان
۱۰/۱۵-۱۲/۱۵		پانل دوم: مامایی و قانون مسئول پانل: دکتر صدیقه مقسمی اعضای پانل: دکتر مریم تیموری (متخصص پزشکی قانونی) خدیجه قبادی (سوپروایزر مامایی بیمارستان آموزشی - درمانی صیاد شیرازی) دکتر فرزاد سواد کوهی (متخصص روانپزشکی)	
۱۰/۱۵-۱۰/۴۵	۱۳۳-۱	مراجعه مرتبط با سلامت باروری در پزشکی قانونی	دکتر صدیقه مقسمی
۱۰/۴۵-۱۱/۱۵	۱۳۴-۱	فرایند مراجعین مرتبط با ملال جنسیتی	دکتر فرزاد سواد کوهی
۱۱/۱۵-۱۱/۴۵	۱۳۵-۱	شایع ترین علت تشکیل پرونده قضایی مامایی در نظام پزشکی	خدیجه قبادی
۱۱/۴۵-۱۲/۱۵	۱۳۶-۱	فرایند بررسی پرونده های مرتبط با همسر آزاری در پزشکی قانونی	دکتر مریم تیموری
۱۲/۱۵-۱۳/۱۵		ناهار و نماز	
زمان	کد مقاله	عنوان پانل	مشخصات نویسندگان
۱۳/۱۵-۱۵/۴۵		پانل سوم: سلامت جنسی و باروری مسئول پانل: دکتر فاطمه نقی نسب اعضای پانل: دکتر رحمان بردی اوزونی دوجی، دکتر طیبه ضیائی	
۱۳/۱۵-۱۳/۲۵	۳۵-۱	نیازهای آموزشی زنان در بعد جنسی - روانی بعد از هیستریکتومی در مراجعه کنندگان به مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	فرشته شعبانی اسرمی
۱۳/۳۵-۱۳/۴۵	۵۶-۱	عوامل موثر بر میل و آمادگی جنسی زنان در روابط طولانی مدت: یک مطالعه کیفی	دکتر صدیقه مقسمی
۱۳/۴۵-۱۳/۵۵	۱۲۴-۱	مقایسه اثربخشی خانواده درمانی ساختاری با مدل سیرکمپلکس اولسون بر عملکرد ازدواج زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی	دکتر فاطمه نقی نسب اردهائی
۱۳/۵۵-۱۴/۰۵	۵۲-۱	آموزش رفتار جنسی بر عملکرد جنسی خانم های باردار در سه ماهه دوم و سوم	دکتر فاطمه سیفی
۱۴/۰۵-۱۴/۱۵	۸۱-۳	افسردگی پس از تولد نوزاد در مردان و عوامل موثر بر آن	دکتر سهیلا ربیعی پور
۱۴/۱۵-۱۵/۲۵	۱۳۷-۱	پرباربردترین رویکردهای مشاوره در مشاوره مامایی	دکتر فاطمه نقی نسب
۱۴/۲۵-۱۶	۱۳۸-۱	رویکردهای مناسب مشاوره در وابستگی والد و فرزند	دکتر رحمان بردی اوزونی دوجی
اختتامیه			

رابطه کیفیت خواب سه ماهه سوم بارداری با نشانه های روانی پس از زایمان در زنان نخست زا

فاطمه نصیری امیری^۱، فاطمه یحیوی کوچکسرای^{۱*}، محبوبه فرامرزی^۲، ثریا خفری^۲، فرزانه خیرخواه^۲

^۱. مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

^۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

* آدرس نویسنده مسئول: فاطمه یحیوی کوچکسرای، دپارتمان مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، خیابان گنج افروز، بابل، ایران

مقدمه و هدف: با شروع بارداری الگوی خواب تغییر کرده و بیشترین اختلال خواب در سه ماهه سوم بارداری رخ می دهد. کیفیت نامطلوب خواب با افزایش علائم افسردگی قبل و بعد زایمان و تغییرات خلقی مرتبط است. هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط کیفیت خواب سه ماهه سوم بارداری با نشانه های روانی پس از زایمان در زنان نخست زا بوده است.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود که رابطه کیفیت خواب سه ماهه سوم بارداری با نشانه های روانی ۴-۶ هفته پس از زایمان، در ۳۰۰ نفر از زنان نخست زا مراجعه کننده به مراکز قبل تولد بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بابل از ۱۵ اردیبهشت ۹۶ لغایت ۱۵ خرداد ۹۷ مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری در دسترس بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ (۹ سوالی) و چک لیست نشانه های اختلالات روانی (SCL90) بود که در دو مرحله سه ماهه سوم بارداری و ۴-۶ هفته پس از زایمان توسط خود شرکت کنندگان تکمیل گردید. زنانی که سابقه قبلی اختلالات خواب تشخیص داده شده مثل بیخوابی، بیماری های جدی پزشکی، سابقه اختلالات روانپزشکی غیر از افسردگی و یا کمتر از ۱۸ سال داشتند، از مطالعه حذف شدند. همه نمونه ها دارای بارداری تک قل، زایمان بدون عارضه مامایی و نوزادان سالم بدنیا آوردند. داده ها با استفاده از روشهای آماری توصیفی (شاخص-های مرکزی و پراکندگی)، آزمون پیرسون، تی-تست، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS-20 مورد بررسی و تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معنی داری $p < 0.05$ بود.

یافته ها: ۷۴ درصد (۲۲۲ نفر)، از کیفیت خواب ضعیف در سه ماهه سوم رنج می بردند. در زیر مقیاس های خواب، بیش از نیمی از زنان طول مدت خواب را ۵-۶ ساعت در شب گزارش کردند که نشانه مشکل جدی در مدت زمان خواب بود. میانگین تاخیر در به خواب رفتن $(1/69 \pm)$ ۲/۵۵ ساعت بود. حدود ۴۵ درصد (۱۳۶ نفر) زنان باردار، در به خواب رفتن دارای تاخیری در حد متوسط داشتند. زنان باردار در سه ماهه سوم ۵۸ درصد (۱۷۴ نفر) و ۴۶ درصد (۱۳۹ نفر) به ترتیب اختلال خواب و اختلال در عملکرد روزانه را در حد متوسط داشتند. اکثریت زنان میزان کارایی خواب خود را طبیعی و ۷۱/۷ درصد (۲۱۵ نفر) از آنان کیفیت ذهنی خواب را نسبتاً خوب گزارش کردند. نمره کل کیفیت خواب و زیر مقیاس های اختلال در خواب و کیفیت ذهنی خواب با شاخص کلی علائم مرضی و همه زیر مقیاس های آن ارتباط آماری معناداری داشته است ($P < 0.05$).



نتیجه گیری: ارتباط اماری معناداری را بین کیفیت خواب ۳ ماهه سوم بارداری با نشانه های روانی در زنان نخست زا وجود دارد. لذا توجه، مشاوره و آموزش بهداشت خواب در بارداری به منظور جلوگیری از عوارض روحی و داشتن بارداری ایمن توصیه می شود.

کلمات کلیدی: کیفیت خواب، بارداری، نشانه های اختلالات روانی پس از زایمان، افسردگی

۳۵-۱

نیازهای آموزشی زنان در بعد جنسی - روانی بعد از هیستریکتومی در مراجعه کنندگان به مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

فرشته شعبانی اسرمی^{۱*}، ماه منیر دانش^۲، دکتر زینب حمزه گردشی^۳، دکتر محمود موسی زاده

۱. کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه

(f.shabani13661366@gmail.com)

۲. مربی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه

۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه

۴. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت

مقدمه و هدف: بر اساس مطالعات، هیستریکتومی پس از سزارین دومین عمل جراحی رایج در زنان سنین باروری است. از سوی دیگر تعیین نیازهای آموزشی بر اساس اولویت، اولین گام جهت برنامه ریزی آموزشی محسوب می شود و اگر آموزش مطابق با نیاز سنجی بیماران انجام شود می تواند کارایی بالاتری برای بیماران داشته باشد، همچنین سبب صرفه جویی در وقت، هزینه و نیروی کار خواهد شد. لذا نیازهای آموزشی این گروه از زنان باید برآورده شود تا بتواند به درک مثبت زنان از تجارب مراقبت های بهداشتی شان کمک کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین نیازهای آموزشی زنان در بعد جنسی - روانی بعد از هیستریکتومی در مراجعه کنندگان به مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی بوده که روایی صوری و محتوای پرسشنامه با کمک نظرات زنان هیستریکتومی شده و پانل متخصصین بررسی شد. جهت تعیین روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار پانل متخصصین که شامل ۱۲ نفر متخصص در زمینه سلامت باروری و زنان و روانپزشکی می شدند قرار گرفت. مطابق جدول لاوشه و بر اساس فرمول، ارزش CVR برای ۱۲ نفر کارشناس بالای ۰/۵۶ به عنوان آیتم ضروری در ابزار در نظر گرفته شد و آیتم هایی که نمره کمتر از ۰/۵۶ را بدست آوردند به عنوان آیتم های غیر ضروری در نظر گرفته شده و حذف شدند. سپس CVI برای بیان نظرات درباره واضح بودن، ساده بودن و مرتبط بودن هر آیتم در مقیاس لیکرت ۴ نمره ای محاسبه شد. کرایتریای زیر جهت ارزشهای کیفی برای CVI استفاده شد: زیر ۰/۷ غیر قابل قبول، ۰/۷۸-۰/۷ نیاز به تجدید نظر و اصلاح، مساوی یا بالای ۰/۷۹ مناسب. پایایی پرسشنامه نیز با دو روش آزمون - بازآزمون و تعیین همبستگی درونی سنجیده شد. بدین منظور در روش آزمون - بازآزمون ۲۰ نفر از افراد واجد شرایط پژوهش (زنان هیستریکتومی شده) در دو نوبت و به فاصله ۱۴ روز، پرسشنامه را تکمیل کردند. با روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک، ۱۹۰ نفر از زنان هیستریکتومی شده جهت تعیین نیازهای آموزشی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل: زنان هیستریکتومی شده در بیمارستان امام (ره) ساری و رازی قائم شهر، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن سابقه هیستریکتومی در ۲ سال اخیر و زندگی با شریک جنسی در حال حاضر و ملیت ایرانی بود. معیار خروج شامل: زنان هیستریکتومی شده ای که به دلایلی مثل طلاق، فوت یا مجرد بودن همسر ندارند و عدم رضایت بیمار بر ادامه پژوهش بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه نیازهای آموزشی زنان هیستریکتومی شده در بعد جنسی - روانی که به

صورت قیاسی طراحی و سپس روانسنجی آن انجام شد، گردآوری شدند. پرسشنامه جمعیتی اجتماعی تدوین شده شامل ۶۱ سوال مرتبط با محل سکونت، سن، نمایه توده بدنی، مدت و دفعات ازدواج، سن همسر، تعداد افراد خانوار، میزان تحصیلات، شغل، مشخصات بارداری و زایمان، نوع و دلیل هیستریکتومی، آموزش ارائه شده هنگام ترخیص، واکنش حمایتی همسر، عوارض بعد از عمل، احساس از عدم قاعدگی، احساس از عدم بارداری و رضایت از عمل می باشد. پرسشنامه بررسی نیازهای آموزشی روانی-جنسی بعد از هیستریکتومی شامل ۹ سوال در حیطه روحی-روانی و ۶ سوال در حیطه جنسی می باشد. سیستم نمره دهی پرسشنامه به صورت گزینه های بلی-خیر بوده و برای هر پاسخ بلی، ۱ امتیاز و برای پاسخ خیر، صفر امتیاز در نظر گرفته شد. بدین صورت که نمره صفر در هر بعد به معنی عدم نیاز و حداکثر نمره در بعد روانی ۹ و در بعد جنسی ۶ می باشد. سپس در صورت داشتن نیاز، نیازهای های آموزشی در هر بعد بر اساس لیکرت به کم، متوسط و شدید دسته بندی شد. بطوری که در بعد روانی، از ۱ تا ۳/۶ به معنی نیاز کم، از ۳/۷ تا ۶/۳ نیاز متوسط و از ۶/۴ تا ۹ نیاز زیاد می باشد. همچنین در بعد جنسی، از ۱ تا ۲/۶ نیاز کم، ۲/۷ تا ۴/۳ نیاز متوسط و از ۴/۴ تا ۶ نیاز در حد زیاد می باشد. برای سهولت در انجام آنالیز، از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS استفاده شد. برای توصیف مشخصات جمعیتی-اجتماعی از آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نیازهای آموزشی در هر بعد بر اساس لیکرت به کم، متوسط و شدید دسته بندی شد. جهت بررسی رابطه بین متغیرها با توجه به ماهیت متغیر وابسته که کیفی بود از آزمون کای اسکور یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معناداری P value کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: قابلیت اطمینان ابزار در بعد تکرار پذیری (آزمون- باز آزمون) و با استفاده از ضریب همبستگی، ۰/۹۷ بود. همچنین روایی پرسشنامه قابل قبول بود. همچنین ۵۷/۹ درصد از زنان هیستریکتومی شده ساکن شهر و ۴۲/۱ درصد ساکن روستا بودند. همچنین، ۶۰ درصد زنان، در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال، ۳۱/۱ درصد بالای ۵۰ سال و ۸/۹ درصد ۴۰-۲۵ سال بودند. ۳۷/۴ درصد زنان دارای سطح تحصیلات ابتدایی، ۳۲/۶ درصد بیسواد، ۱۸/۹ درصد در سطح راهنمایی و دبیرستان و ۱۱/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۹۳/۲ درصد زنان خانه دار و ۶/۸ درصد شاغل بودند. ۴۵/۸ درصد زنان، سن همسرشان بین ۶۰-۵۱ سال، ۳۸/۹ درصد ۵۰-۴۱ سال و ۱۰ درصد بیشتر از ۶۰ سال و ۵/۳ درصد ۴۰-۳۰ سال بود. نیاز سنجی آموزشی نیز نشان داد میانگین نیازها به ترتیب در بعد جنسی ۴/۰۷ و روانی ۴/۳۵ بوده است.

نتیجه گیری: اگر چه تلاش های پراکنده برای ایجاد بعضی از انواع آموزش زنان هیستریکتومی شده وجود دارد ولی اطلاعات منسجم و ساختار یافته ای برای نشان دادن نیازهای آموزشی واقعی بیماران وجود ندارد. نتایج حاصل از این مطالعه مطرح کننده نیاز ضروری به اطلاعات در زمینه جنسی و روحی-روانی مرتبط با هیستریکتومی می باشد. که بهترین زمان ارائه این اطلاعات قبل از ورود به بیمارستان، علاوه بر قبل و بعد از جراحی می باشد. همچنین با توجه به اهمیت بعد جنسی و نقش آن در روابط زوجین از یک سو و احساس شرم زنان از درخواست اطلاعات در این زمینه از پزشک و پرسنل بیمارستان از سوی دیگر و نبود زمینه لازم در برطرف کردن ابهامات آنها درباره موضوعات جنسی به دنبال هیستریکتومی، نیاز به فراهم کردن شرایطی در جهت مشاوره جنسی قبل از جراحی و برطرف کردن نیاز آموزشی جنسی از طرف پزشک و مامای مشاور می باشد.

کلمات کلیدی: نیازهای آموزشی، زنان هیستریکتومی شده، بعد جنسی-روانی

۵۲-۱

تاثیر آموزش جنسی بر عملکرد جنسی خانم های باردار در مقایسه با آموزشهای مرسوم بارداری

نرجس سادات برقی^{۱*}، فاطمه سیفی^۲، ناصر بهنام پور^۳، فاطمه رئیسیان^۴

۱. استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲. مربی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۳. استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۴. مربی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان

مقدمه و هدف: روابط جنسی سالم از مهمترین علل خوشبختی در زندگی زناشویی بوده، و لازمه رسیدن به آن انجام رفتارهای جنسی به شیوه صحیح است. اختلال عملکرد جنسی در دوران بارداری بسیار شایع است و می تواند روی روابط جنسی و نهایتاً انسجام خانواده تاثیر زیادی داشته باشد. نظر به اهمیت موضوع و بررسی اثرات آموزش در این حیطه، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش رفتار جنسی بر عملکرد جنسی خانم های باردار در مقایسه با آموزشهای مرسوم انجام گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با چهار گروه موازی بود. نمونه های پژوهش به صورت دردسترس از بین افراد دارای شرایط ورود به مطالعه (خانم باردار نخست زاء، سن ۱۸-۳۵ سال، جنین سالم و تک قلو، داشتن رضایت) انتخاب شدند. تخصیص افراد به گروههای مداخله و کنترل به روش تصادفی ساده با استفاده از پرتاب سکه انجام شد. گروه مداخله آموزش جنسی را دریافت نموده و گروه کنترل این آموزشها را دریافت نموده بودند. ضمناً نیمی از افراد در دو گروه مداخله و کنترل در کلاسهای آموزشی مرسوم دوران بارداری نیز شرکت نموده بودند. حجم نمونه برای هر زیر گروه برابر با ۲۱ مورد محاسبه شد. با توجه به احتمال ریزش ۱۰ درصدی نمونه ها حجم نمونه ۲۵ نفر در چهار زیر گروه (گروه مداخله: زیر گروه صرفاً آموزش جنسی، زیر گروه آموزش جنسی باضافه آموزش مرسوم و گروه کنترل: زیر گروه آموزش مرسوم و زیر گروه بدون آموزش) برآورد شد. محتوی بسته آموزش جنسی در این مطالعه طی پنج جلسه شامل: کلیاتی درمورد رابطه جنسی، اهمیت آن در استحکام خانواده و دیدگاه اسلام، مواردی در رابطه با مهارتهای ارتباطی و عاطفی در روابط زناشویی، توضیح مختصری در مورد دستگاه تناسلی زنان و مردان و بهداشت جنسی، مراحل پاسخ جنسی در روابط زناشویی، موارد منع و خطرات آن، بیماریهای مقاربتی و بهداشت جنسی به گروه مداخله توسط محقق بصورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی ارائه شد. عملکرد جنسی نمونه های مورد مطالعه در ابتدا و هشت هفته بعد/ پس از اتمام جلسات آموزشی توسط ابزار (FSFI) اندازه گیری شد. اطلاعات وارد نرم افزار آماری SPSS 16 شد و توسط آزمونهای من ویتنی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: با توجه به نرمال نبودن داده ها از آزمون کروسکال والیس برای مقایسه چهار زیرگروه استفاده و مشخص شد که از نظر عملکرد جنسی تفاوت معنی دار آماری بین چهار زیرگروه بر قرار نبود ($p\text{-value} = 0.026$) ولی برای مقایسه دو به دو گروه ها از آزمون من - ویتنی استفاده شد و مشخص شد که عملکرد جنسی در افرادی که صرفاً آموزش جنسی دیده اند، با دو گروه آموزش مرسوم بارداری و گروه بدون آموزش اختلاف آماری معنی دارد ($P < 0.05$).



Value=0.002) به این معنا که افرادی که منحصرأ تحت آموزش جنسی قرار گرفته بودند (rd=.1063, Std. D=.20975) دارای افزایش در عملکرد جنسی و افراد شرکت کننده در آموزش مرسوم بارداری دچار کاهش در عملکرد جنسی خود شده بودند (rd=-.0364, Std. D=.20510). و همچنین افرادی که در هیچ کلاس آموزشی شرکت نکرده بودند نیز دچار کاهش عملکرد جنسی شده بودند (rd=-.0097, Std. D=.13272).

نتیجه گیری: این مطالعه تأییدکننده نقش مثبت آموزش رفتار جنسی بر عملکرد جنسی زنان باردار بود. با توجه به اهمیت داشتن روابط جنسی در دوران بارداری در انسجام خانواده، به نظر می رسد آرایه محتوای آموزش رفتار جنسی به محتوای آموزش مرسوم دوران بارداری به زنان باردار ضروری باشد.

کلمات کلیدی: رفتار جنسی، بارداری، آموزش جنسی، عملکرد جنسی

آمادگی جنسی از نظر زنان میانسال ایرانی به چه معناست؟ یک تحلیل محتوای کیفی

صدیقه مقسمی^۱، گیتی ازگلی^{۲*}، معصومه سیمبر^۳، ملیحه نصیری^۴

۱. استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران، (moghasemi.s@guoms.ac.ir)

۲. استادیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران. (gozgoli@sbmu.ac.ir)

۳. استاد، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

۴. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

مقدمه و هدف: اختلال میل و یا برانگیختگی جنسی یکی از شایع‌ترین شکایات و اختلالات جنسی زنان است که شیوع آن در میانسالی به حداکثر می‌رسد. مطالعات کمی درباره دیدگاه و تجربیات زنان در خصوص میل و آمادگی جنسی وجود دارد. هدف از مطالعه حاضر تبیین عوامل موثر بر میل و آمادگی جنسی زنان میانسال است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است. طی فروردین تا شهریور ماه ۱۳۹۴ در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان با ۱۸ زن میانسال متاهل ۴۰ تا ۶۵ سال مصاحبه نیمه ساختار یافته چهره به چهره انجام شد. داده‌ها پس از آماده‌سازی با استفاده از استانداردهای رویکرد گرانهایم و لوندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کد اخلاق این مطالعه SBMU2.REC.1394.18 است.

یافته‌ها: میانگین سنی مشارکت‌کنندگان در پژوهش (۵۰٫۸±۸٫۲) سال و میانگین سالهای زندگی مشترک آنان (۲۸٫۶±۱۱٫۲) بود. تمایل و آمادگی جنسی زنان در روابط دراز مدت در دو طبقه اصلی آمادگی عمومی و آمادگی اختصاصی و در تم اصلی آمادگی همه‌جانبه تبیین شد. آمادگی جنسی عمومی با اجزای تجارب کلی زندگی جنسی و تجارب زندگی روزمره اولین عامل برای تمایل جنسی زنان میانسال بود. همچنین عوامل حول و حوش شروع رابطه جنسی، حین رابطه جنسی و پیش قدمی هدفمند تشکیل دهنده مفهوم آمادگی جنسی اختصاصی بود.

نتیجه‌گیری: ورود زنان متاهل به رابطه جنسی توسط طیفی از وقایع راه‌اندازی می‌شود. کیفیت رابطه بین فردی و خاطرات مشترک با همسر عامل مشتاق بودن یا نبودن زنان برای رابطه جنسی است. با نزدیک شدن به زمان رابطه جنسی، تاثیر کیفیت رابطه بین فردی بر آمادگی جنسی زنان بیشتر می‌شود. سپس، معاشقه یا پیش‌نوازش، اغوا شدن حین رابطه جنسی و پس‌نوازش عوامل موثر برای حفظ آمادگی زن در رابطه جنسی هستند. بخش پایانی، پس‌نوازی، عامل آمادگی جنسی زن برای رابطه جنسی بعدی قلمداد می‌شود. با توجه به اینکه وقایع و عوامل موثر بر تمایل و آمادگی جنسی زنان به شکل سلسله وار و در یک توالی به هم پیوسته بر ماهیت عوامل زمینه‌ای یا رابطه‌ای تاثیرگذارند لازم است زوجین، درمانگران و آموزش‌دهندگان در حوزه سلامت جنسی بایستی به اهمیت و برهمکنش این عوامل مختلف بر تمایل جنسی زنان توجه کنند.

کلمات کلیدی: میل جنسی، زنان، مطالعه کیفی، سلامت جنسی

سیستم آموزشی عاملی برای رشد یا نگرانی نوجوانان؟!

سحر عرب^۱، الهام خوری^{۲*}

۱. مربی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (elhamkhooori@yahoo.com)

مقدمه و هدف: دوره نوجوانی نسبت به مراحل دیگر زندگی با نگرانی بیشتری همراه است در این بین اگرچه موفقیت تحصیلی، نگرانی جهانی همه دانش آموزان است اما درک نوجوانان از این نگرانی ها و شدت آن بسیار وابسته به جو و فرهنگ جامعه ای است که نوجوان در آن زندگی میکند. با توجه به تاثیر سیستم آموزشی بر نوجوانان، این مطالعه با هدف "تعیین نگرانی های تحصیلی نوجوانان دختر از دیدگاه خود آنان" انجام شد.

روش کار: این مطالعه بر روی ۵۰۰ نوجوان دختر دوره متوسطه دوم مدارس شهر گرگان انجام شد که برای ورود به مطالعه رضایت داشتند. جمع آوری داده ها توسط فرم جمعیت شناختی به همراه یک سوال باز پاسخ در مورد نگرانی های روزمره زندگی، در انتهای آن صورت گرفت. در مجموع ۴۸۲ برگه حاوی نگرانی های نوجوانان به روش تحلیل محتوای کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها شامل ۳ حیطه خود (۹۳/۸٪) باز زیر حیطه تحصیل (۵۷/۵٪)، دیگران مهم (۴۴/۸٪) با زیر حیطه کادر مدرسه (۵٪) و سیستم پیرامون (۲۱/۲٪) با زیرحیطه مدرسه (۶/۶٪) بود. در این مطالعه به بیان درک نوجوانان از نگرانی هایی که در این ۳ زیرحیطه داشتند می پردازیم.

نتیجه گیری: این مطالعه، نگرانی بالای نوجوانان را در امر موفقیت تحصیلی نشان داد و نوجوانان معتقد بودند سیاست های آموزشی فعلی، آنان را به سمت زندگی تک بعدی، حفظیات و بدون مهارت آموزی سوق می دهد. نتیجه آموزش فعلی می تواند تربیت نوجوانانی باشد که در شکل گیری شخصیت و خلاقیت خود دچار مشکل بوده و مهارت های ضروری زندگی را فرا نگرفته اند. لذا به نظر می رسد جامعه به تغییرات اصلاحی در سیستم آموزشی، نیازی وافر دارد.

کلمات کلیدی: نگرانی، نوجوان، سیستم آموزشی، تحصیل

رابطه آگاهی از بهداشت بلوغ و خودکارآمدی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۶

سارا محمدی^{۱*}، نیلوفر ربیعی^۱

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران (sarah.mohamadi.1994@gmail.com)

مقدمه و هدف: بلوغ یکی از ابعاد مهم نوجوانی است که اطلاع از روند طبیعی و مشکلات آن موجب گذر موفق فرد به دوران بزرگسالی و باروری می گردد. اغلب دختران اطلاعات اولیه و ضروری درباره وضعیت جسم و روان در دوران بلوغ و رفتارهای بهداشتی متناسب با آن را ندارند. خودکارآمدی در ارتباط با درک افراد از توانایی یا تمایلشان برای تغییر یا ادامه یک رفتار، به صورت موفقیت آمیز تعریف میشود. بررسی ها نشان می دهند که افراد دارای خودکارآمدی بالا، تفسیر بهتری از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی ارائه می نمایند. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین آگاهی از بهداشت بلوغ و خودکارآمدی در دانش آموزان دبیرستان های شهرستان شاهرود انجام گردید.

روش کار: مطالعه حاضر مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و نوعی پژوهش مقطعی و توصیفی-تحلیلی میباشد. روش نمونه گیری بصورت سرشماری میباشد که جامعه هدف آن دانش آموزان پایه هشتم مدارس دولتی و خصوصی شهرستان شاهرود در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ هستند بدین صورت که تمام دانش آموزان وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به آگاهی از بهداشت بلوغ با پرسش نامه محقق ساخته و روا و پایا و اطلاعات مربوط به خودکارآمدی توسط پرسش نامه ای استاندارد و روا و پایا توسط دانش آموزان تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss 16 v و آزمون های آماری تی و کای اسکور انجام شد. سطح معنی داری در کلیه آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این پژوهش ۳۳۴ دانش آموز از ۱۴ مدرسه دولتی و غیرانتفاعی وارد مطالعه شدند. میانگین سنی دانش آموزان 14.44 ± 0.51 بود. ۲۹۸ دانش آموز در مدارس دولتی و ۳۶ دانش آموز در مدارس غیرانتفاعی تحصیل میکردند. ۵/۳٪ دانش آموزان اطلاعات خود را پیرامون بهداشت بلوغ ناکافی، ۶۰/۴۷٪ اطلاعات خود را در حد وسط و ۳۴/۱۳٪ اطلاعات خود را کافی میدانستند. میانگین نمره خودکارآمدی دانش آموزان 50.72 ± 5.8 بود. ۵۴/۸٪ آگاهی ضعیف، ۲۱/۸٪ آگاهی متوسط و ۲۳/۴٪ آگاهی مطلوب داشتند. با توجه به آزمون تی تست و ANOVA، بین نمرات آگاهی از بهداشت بلوغ و خودکارآمدی رابطه مستقیم و معنی دار دیده شد ($p=0.001$).

نتیجه گیری: بین میزان آگاهی از بهداشت باروری و خودکارآمدی رابطه مستقیم و معنی داری دیده شد که از این نظر همسو با سایر مطالعات میباشد. به نظر میرسد با توجه به ارتباط این دو، میتوان با آموزش مسایل بهداشت بلوغ، خودکارآمدی دانش آموزان را نیز ارتقا بخشید. همچنین با توجه به آمار بالای دانش آموزانی که پیرامون بهداشت بلوغ آگاهی ضعیف داشتند، پیشنهاد میگردد این موضوع در مدارس و توسط مربیان به دانش آموزان تدریس شود.

کلمات کلیدی: بهداشت بلوغ، خودکارآمدی، بلوغ، نوجوان

باروری از نگاه زنان تالاسمی مینور دارای همسر تالاسمی مینور: یک مطالعه کیفی

خدیدجه سرایلو^۱، زهرا بهبودی مقدم^۲، شارون الیزابت میلن^۳، محسن صفاری^۵، خدیجه میرزایی نجم آبادی^{۴*}

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دکترای تخصصی روانشناسی، برنامه کودک جدید، مرکز شواهد و نوآوری های اجتماعی (CESI)، دانشکده علوم اجتماعی، آموزش و کار اجتماعی، دانشگاه کوئین، بلفاست، انگلستان

۴. دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۵. دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (mirzaiikh@mums.ac.ir)

مقدمه و هدف: باروری، به عنوان یک حق اجتماعی برای زنان شناخته شده تا حمایت کافی و اطلاعات در باره باروری، حاملگی و فرزندآوری دریافت نمایند به طوری که آنها به طور کامل از این روند و همه خطرات احتمالی آن مطلع شده تا بتوانند تصمیم گیری آگاهانه داشته باشند. مسلم است حتی در شرایط خاصی که پیامدها و خطرات، سلامت بارداری آنها را به خطر می اندازد؛ زنان به اطلاعات مرتبط با آن شرایط خاص و حمایت اضافی نیاز دارند. هدف از این مطالعه، درک و تفسیر چالش های فرزندآوری در زنان مبتلا به تالاسمی به طور مستقیم است.

روش کار: این مطالعه به صورت کیفی انجام شد. مطالعه حاضر پس از کسب مجوز اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره IR.MUMS.REC.1396.6، بر روی ۱۲ زن مبتلا به تالاسمی مینور که همسرشان نیز تالاسمی مینور بودند و به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان مینودشت مراجعه نمودند؛ انجام گردید. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق صورت پذیرفت. سوالات مصاحبه شامل درک و تجربه تان را در باره بارداری بیان کنید؟ احساس تان را در باره بارداری زنان مبتلا به تالاسمی مینور بیان کنید؟ وقتی در مورد بارداری یک زن مبتلا به تالاسمی فکر می کنید چه چیزی به ذهن تان می آید؟ چه شرایطی باروری زنان تالاسمی مینور را آسان و چه شرایطی سخت می کند؟ چگونه تالاسمی باردارشدن یا نشدن شما را تحت تاثیر قرار می دهد؟ بود. از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد و داده ها به روش گرانهم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های مطالعه حاضر براساس تجارب مشارکت کنندگان از بارداری در سه تم اصلی تجربه احساسی و فیزیکی، رضایت و مسائل اجتماعی و فرهنگی شناسایی شدند. از این موضوعات اصلی، زیرمجموعه های مرتبط با آن ظهور کردند: احساسات روانشناختی منفی و مشکلات جسمانی مربوط به تجربه احساسی و فیزیکی بود؛ احساس ارزش؛ ثبات خانواده و حمایت معنوی همه با رضایتمندی ارتباط داشتند. مسائل اجتماعی و موضوعات فرهنگی نیز زیر مجموعه هایی بودند که از تم اصلی مسائل اجتماعی و فرهنگی پدید آمدند.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که تالاسمی بار سنگین روانی را بر زنان که از این وضعیت رنج می برند؛ اعمال می کند. شایع ترین مشکل شناسایی شده، مشکلات عاطفی و مشکلات مربوط به پیامدهای منفی تالاسمی در باروری و همچنین دیدگاه ها و ادراکات اعضای خانواده و افراد جامعه بود. مراکز بهداشت در مناطقی که شیوع تالاسمی بالاست، مناسب ترین مکان برای انجام مداخلات آموزشی کلیدی محسوب می شوند.

کلمات کلیدی: تالاسمی مینور، بارداری، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا، ایران

افسردگی پس از تولد نوزاد در مردان و عوامل موثر بر آن

سهیلا ربیعی پور^۱، عاطفه یاس^{۲*}

۱دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

۲*دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران.

Atefehyas@yahoo.com

مقدمه و هدف: پذیرش نقش پدری در دوران پس از تولد نوزاد همراه با تغییراتی در خلق و خوی پدران می باشد، این تغییرات می تواند منجر به افسردگی گردد. عقب نشینی از عملکرد اجتماعی، سو مصرف مواد، خشونت علیه همسر، رفتار زناشویی خارج از چهار چوب خانواده، ترس و عصبانیت در مردان افسرده بیشتر دیده می شود. علاوه بر این پدران افسرده قادر به ایفای نقش حمایتی خود از همسرانشان در دوران پس از زایمان نخواهند بود که می تواند بر روابط بین زن و شوهر نیز موثر باشد. افسردگی پدر در دوران بعد از تولد کودک نسبتا ناشناخته است لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و عوامل موثر بر افسردگی پس از تولد نوزاد در پدران طراحی و اجرا شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد که به صورت تصادفی روی ۱۶۰ نفر از شوهران مادران زایمان کرده انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه محقق ساخته عوامل موثر بر افسردگی پدران استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد ۱۶/۱٪ از پدران بر اساس معیار ادینبورگ افسردگی را تجربه نمودند. آ نالیز داده ها در زمینه عوامل موثر بر افسردگی پس از تولد نوزاد نشان داد که، حاملگی ناخواسته ($p=0/002$)، عدم دریافت حمایت اجتماعی ($p=0/0024$)، افسردگی همسر ($p=0/004$)، وضعیت اشتغال مرد ($p=0/026$) و همسر وی ($p=0/015$) و وضعیت اقتصادی ($p=0/000$) با افسردگی پدران در ارتباط است.

نتیجه گیری: نداشتن حمایت اجتماعی، مشکلات اقتصادی، افسردگی همسر و ناخواسته بودن بارداری از عوامل موثر بر افسردگی بعد از تولد نوزاد در پدران می باشد.

کلید واژه ها: افسردگی بعد از تولد نوزاد، مردان، افسردگی بعد از زایمان در پدران، افسردگی پدرانه

-عوامل موثر بر میزان تحرک بدنی در زنان باردار

- سهیلا ربیعی پور^۱، پرپسا فرجامی^۲، عاطفه یاس^{۳*}، سمیه رضواند^۲، ملیحه عبداللهی^۳
۱. دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
 ۲. استادیار، کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
 ۳. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی تربت جام، تربت جام، ایران

مقدمه و هدف: فعالیت بدنی صحیح و کافی در دوران بارداری بر سلامت مادر و روند رشد جنین تاثیر به سزایی دارد. این مطالعه با هدف تعیین فاکتورهای موثر بر میزان تحرک بدنی، در زنان باردار انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه -توصیفی تحلیلی می باشد که بر روی ۳۲۵ نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جهت برآورد تعداد حجم نمونه با توجه به تعداد ۵ سازه ی مدل بزنف (آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، فاکتورهای قادر کننده) برای هر سازه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. که با توجه به تعداد گروه های مورد بررسی که در این مطالعه سه گروه از زنان در سه ماهه های مختلف بارداری بودند، حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد شد (برای هر سه ماهه ۱۰۰ نفر نمونه در نظر گرفته شد) که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۳۲۵ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ارومیه قرار داشتن، سن ۱۵ تا ۴۵ سال، عدم ابتلا به بیماری های جسمی و مشکلات مامایی محدود کننده یا ممنوع کننده فعالیت بدنی بودند.

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته که بر اساس سازه های مدل بزنف طراحی گردید و پرسشنامه-ی بین المللی فعالیت بدنی در بارداری استفاد شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss19 و آزمون های آمار توصیفی و آزمون های آمار تحلیلی (آزمون های کولموگروف اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن توزیع داده ها، ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین ارتباط تحرک بدنی با نمرات سازه های مدل بزنف و آزمون t-test جهت تعیین ارتباط مشخصات دموگرافیک با تحرک بدنی) استفاده شد و p کمتر از ۰,۰۵ معنادار تلقی شد.

یافته ها: بیشتر مادران باردار بی تحرک یا دارای فعالیت سبک بودند و فقط ۶/۳۱ درصد از آنها فعالیت متوسط و بیشتر از متوسط داشتند. و از بین سازه های مدل بزنف فقط سازه ی آگاهی با میزان تحرک بدنی مادران ارتباط مستقیم داشت (P= 0.009). همچنین بین سطح تحصیلات مادران (p=0.000)، وضعیت اشتغال مادران (P=0.000)، شغل مردان (P=0.000)، تعداد بادهاری (P= 0.002) و داشتن سابقه سقط (P=0.018) با میزان فعالیت بدنی ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد.

نتیجه گیری: در پژوهش حاضر بیشتر مادران باردار بی تحرک یا دارای فعالیت سبک بودند و از مولفه های مدل بزنف فقط سازه ی آگاهی با میزان تحرک بدنی مادران باردار ارتباط معنی داری داشت.

کلمات کلیدی: تحرک بدنی، مادران باردار، مدل بزنف، پیش گویی تحرک بدنی

میزان رضایتمندی مراجعین به زایشگاه از کیفیت خدمات براساس مدل سروکوال در مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی شهرستان گرگان

پروین ویزواری^{۱*}، لیلا اسدی^۲، مریم مرادی^۳

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشت و درمانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

مقدمه و هدف: باتعیین شکاف کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی می توان زمینه مناسب را برای تدوین برنامه ها و پروژه های بهبود فراهم نمود. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان رضایتمندی مراجعین به زایشگاه از کیفیت خدمات بر اساس مدل سروکوال در مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی شهرستان گرگان به انجام رسید.

روش کار: این مطالعه ی توصیفی تحلیلی بر روی ۱۷۵ نفر از مراجعین به زایشگاه بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان انجام گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ی استاندارد سروکوال بود که توسط پاراسورمان و همکاران در سال ۱۹۸۳ طراحی شد. که در این پژوهش کیفیت در پنج بُعد ظاهر فیزیکی، مسئولیت پذیری، اطمینان، تضمین و همدلی را قبل و بعد از دریافت خدمات ارزیابی شد. در بدو ورود سطح انتظارات افراد سنجش شد و بعد از دریافت خدمت سطح ادراکات افراد سنجش شد. داده ها با استفاده از SPSS V.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تمامی متغیرها در هر دو حوزه ادراکات و انتظارات، توزیع نرمالی داشتند بنابراین از آزمون پارامتری t تک نمونه ایی و زوجی استفاده شد.

یافته ها: اکثر شرکت کننده ها بارداری اول (۴۴/۱۲ درصد) و دارای سطح تحصیلات دیپلم (۴۳/۵۳٪) و خانه دار (۹۲/۳۵٪) بودند. میزان انتظارات افراد در هر ۵ سطح ظاهر فیزیکی (۴/۰۲ ± ۰/۶۹)، اطمینان (۴/۱۵ ± ۰/۸۴)، پاسخگویی (۳/۸۰ ± ۰/۸۳)، تضمین (۴/۱۷ ± ۰/۷۹)، همدلی (۳/۸۸ ± ۰/۸۹) و رضایتمندی (۴/۰۱ ± ۰/۷۲) به طور معنی داری بیشتر از حد متوسط بود (P= 0.00009). در قسمت ادراکات افراد نیز در همه ی ۵ سطح بعد فیزیکی (۳/۸۴ ± ۰/۶۵)، اطمینان (۳/۸۱ ± ۰/۸۵)، پاسخگویی (۳/۴۴ ± ۰/۸۲)، تضمین (۳/۷۷ ± ۰/۸۴)، همدلی (۳/۶۳ ± ۰/۹۳) و رضایتمندی (۳/۷۱ ± ۰/۷۳) به طور معنی داری از حد متوسط بیشتر بود (P= 0.00009). یافته

ها نشان داد که در تمامی ۵ سطح بین انتظارات و ادراکات مادران شکاف معناداری وجود داشت (P= 0.00009)

نتیجه گیری: وجود شکاف ر ابعاد کیفیت خدمات با وجود سطح بالای رضایتمندی در ادراکات نشان از سطح بالای انتظارات مراجعین به زایشگاه را دارد. و این امر، موجب ایجاد شکاف منفی شد. البته هر چه سیستم بهداشتی و درمانی پیشرفته تر و رشد و آگاهی جامعه بیشتر شود میزان انتظارات افراد بالاتر می رود و این موضوع نشان می



دهد که سیستم های بهداشتی و درمانی باید تلاش خود را در جهت برآورده کردن انتظارات مراجعین تا حد معقول داشته باشند.

کلمات کلیدی: مدل سروکوال، کیفیت، رضایتمندی، مرکز آموزشی درمانی، گرگان

۱-۱۰۵

ارائه مشاوره سلامت جنسی براساس "راهنمای پست پارتوم سازمان جهانی بهداشت" بر رضایت و عملکرد جنسی زنان

مهشید بکایی^۱، سمیرا حاجی مقصودی^{۲*}، علی دهقانی^۳، فاطمه حسینی^۴

۱. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران
(samira_hajimaghsoudy@yahoo.com)

۲. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران
(mah_bokaie@yahoo.com)

۳ و ۴. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

مقدمه و هدف: دوران پس از زایمان، با تغییرات فیزیکی و روانی خاص همراه است که منجر به تغییراتی در میل و فعالیت جنسی میشود و نگرانی و دغدغه هایی را در زنان ایجاد می کند و می تواند موجب اختلالات روانی و سلب آرامش و آسایش زوجین گردد. استفاده از رویکردهای مشاوره ای جهت رفع این مشکلات ضروری است. یکی از این تکنیک های مشاوره، مشاوره جنسی به روش تلفنی است که مقرون به صرفه، در دسترس همگان و قادر به پوشش دادن تعداد زیادی از افراد است. با توجه به مطالعات محدودی که در زمینه ی روش های مشاوره ی جنسی در این دوره صورت گرفته است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشاوره سلامت جنسی بر اساس راهنمای پست پارتوم سازمان جهانی بهداشت بر رضایت و عملکرد جنسی زنان شیرده انجام شد.

روش کار: این مطالعه در سال ۹۶ بر روی ۶۰ زن شیرده ۱۸ تا ۴۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی یزد در بازه زمانی سه تا شش ماه پس از زایمان، انجام شد. واحدهای پژوهش به روش تخصیص تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره مداخله (مشاوره تلفنی) و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه رضایت جنسی لارسون، پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI) بود. گروه مداخله ۵ جلسه مشاوره تلفنی طی ۵ هفته با فاصله یک هفته ای دریافت کردند. مدت زمان هر تماس های تلفنی ۴۵-۲۰ دقیقه بود. بلافاصله پس از پایان مداخله و یک ماه پس از آن مجددا پرسشنامه رضایت جنسی و عملکرد جنسی توزیع شد و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کولموگروف اسمیرنوف و تست های آماری پارامتریک انجام شد و p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیر های دموگرافیک همگن بودند. نتایج پژوهش نشان داد نمره رضایت جنسی و عملکرد پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل دارای تفاوت آماری معناداری بود ($p= ۰/۰۰۱$) و ($p= ۰/۰۰۲$).

نتیجه گیری: مشاوره سلامت جنسی به روش تلفنی در دوره ی پس از زایمان موجب افزایش رضایت و عملکرد جنسی زنان شیرده می شود لذا می توان این برنامه را جهت ارتقای رضایت و عملکرد جنسی در زنان در دوره ی پس از زایمان پیشنهاد نمود.

کلمات کلیدی: سلامت جنسی، رضایت جنسی، عملکرد جنسی، دوره ی پس از زایمان

مقایسه تاثیر مدل مشاوره ای Extended PLISSIT با مشاوره گروهی بر عملکرد و رضایت جنسی

زنان باردار: کارآزمایی بالینی

الهه احمدنیا^۱، رقیه خرقانی^۲، افسانه کرامت^۳، طیبه ضیایی^{۴*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۴. مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامائی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

tayebe.ziaee@yahoo.com

مقدمه و هدف: تغییر در عملکرد و رضایت جنسی زنان در دوران بارداری می تواند یکی از عوامل مهم در پیدایش مشکلات جنسی در زنان باردار باشد. این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر مشاوره فردی Extended PLISSIT و مشاوره گروهی بر عملکرد و رضایت جنسی زنان باردار انجام شده است.

روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی است که بر روی ۱۱۱ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انجام شده است. شرکت کنندگان واجد شرایط با روش نمونه گیری آسان انتخاب شده و با روش تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله (مدل EX-PLISSIT و مشاوره گروهی) و یک گروه کنترل اختصاص داده شدند. عملکرد جنسی و رضایت جنسی با استفاده از شاخص عملکرد جنسی زن (FSFI) و پرسشنامه رضایت جنسی هادسون قبل و چهار هفته پس از مداخله مورد بررسی قرار گرفت، آزمونهای آماری ANCOVA Mann-, Kruskal Wallis, Whitney U برای تحلیل داده ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: قبل از مداخله بین سه گروه از لحاظ عملکرد جنسی و حیطه های آن و رضایت جنسی اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد. در دوره پیگیری دو گروه مداخله دارای عملکرد جنسی و رضایت جنسی بالاتری نسبت به گروه کنترل بودند که از لحاظ آماری معنی دار بود. $PS < 0.05$. تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله از لحاظ متغیرهای مورد بررسی وجود نداشت. میانه (دامنه میان چارکی) عملکرد جنسی افراد شرکت کننده در گروه EX-PLISSIT، ۲۵،۹(۴)، مشاوره گروهی ۲۶ (۵/۵) و در گروه کنترل ۲۵/۸(۸/۴) بود. چهار هفته پس از مداخله، میانه (دامنه میان چارکی) در مدل EX-PLISSIT به ۲۸،۹ (۵،۴)، در گروه مشاوره ۲۷،۹ (۵،۱) و در گروه کنترل به ۲۵،۲ (۴،۳) تغییر یافت. این تفاوت ها در نمره کلی عملکرد جنسی در گروه های مورد مطالعه معنی دار بود ($P < 0.05$). بعد از مداخله اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات رضایت جنسی بین سه گروه مطالعه مشاهده شد ($p=0.001$ ، $F(2.77) = 7.668$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد ارائه مشاوره جنسی در مراقبت های دوران بارداری می تواند سلامت جنسی زنان را در دوران بارداری بهبود بخشد.

کلمات کلیدی: بارداری، عملکرد جنسی، رضایت جنسی، EX-PLISSIT، مشاوره گروهی، ایران

فراوانی رویکرد های مقابله با بحران بلوغ در دختران نوجوان شهر کرج

ملیحه فرید^۱، نسیمه ستایش ولی پور^{۲*}

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه و هدف: دوران بلوغ گذر از یک مرحله بحرانی فردی است که باعث بروز تغییراتی در تمامی نمودهای کردار و رفتار شده و موجب بروز مشکلات جدید و عدم سازگاری نوجوان با محیط می شود. انتخاب راهبرد مقابله ای مناسب، نوجوان را در مقابل بحران بیمه می نماید. پژوهش حاضر با هدف تعیین فراوانی رویکرد های مقابله با بحران بلوغ در دختران نوجوان شهر کرج انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی- تحلیلی بر روی ۵۷۰ نفر از دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم شهرستان کرج انجام شده است. در این مطالعه از پرسشنامه ی مقیاس چند بعدی مقابله با بحران اندلر و پارکر که شامل ۴۸ ماده بوده و شامل فرم بزرگسالان و نوجوانان است و در مجموع سه راهبرد مقابله مساله مدار (۱۶ ماده)، هیجان مدار (۱۶ ماده)، و اجتنابی (۱۶ ماده) که از مکانیزم های اجتناب و دوری از مساله هستند را در برمی گیرد، استفاده شد. اندلر و همکاران روایی و اعتبار این مقیاس را برای گروه نوجوانان در سطح بالایی گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه دارای روایی و پایایی قابل قبولی می باشد که برای هر ۴۸ ایتِم دارای ضریب الفا کرونباخ ۰/۸۳، برای ایتِم مساله مدار ۰/۸۶، برای ایتِم هیجان مدار ۰/۸۱، و برای ایتِم اجتنابی دارای روایی و پایایی ۰/۷۹ می باشد. معیار ورود به مطالعه (۱) دانش آموزان دختر، (۲) تمایل داشتن برای شرکت در مطالعه و (۳) سن ۱۲ تا ۱۹ سال بوده است. کد اخلاق شماره REC ۱۳۹۳، ۵۸ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز کسب شد. پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی آموزش و پرورش شهر کرج، نمونه گیری طبقاتی چند مرحله ای که به صورت طبقه بندی نواحی (نواحی چهارگانه) بر اساس جمعیت شهری و روستایی انجام شد، سپس نمونه گیری تصادفی به صورت قرعه کشی برای انتخاب مدارس و در نهایت نمونه گیری خوشه ای هر کلاس انجام شد. دانش آموزان منتخب دوره اول و دوم متوسطه دخترانه در صورت داشتن رضایت در مطالعه شرکت کردند و پرسشنامه های بدون اسم جهت محرمانه ماندن اطلاعات توزیع شد. داده های به دست آمده توسط نرم افزار spss16 و آزمون های آماری Chi-square، ANOVA و Kruskal-Wallis مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، دختران در مقابله با بحران به ترتیب از راهبرد اجتنابی (۵۰،۲±۱۰،۶)، هیجان مدار (۴۷،۱±۱۰،۱) ۳۹،۶٪، مسئله مدار (۳۸،۴±۹،۸) ۶،۱٪ استفاده کردند. دختران دوره دوم متوسطه راهبرد مسئله مدار و در دوره اول متوسطه راهبرد اجتنابی را بیشتر به کار می بردند (P=۰/۰۱).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، دختران نوجوان بیشتر از راهبرد اجتنابی که هدف آن دوری جستن از موقعیت تنش زا در مقابله با بحران بلوغ و کنار گذاشتن موقتی مسئله می باشد، استفاده می کنند، اما دانش آموزان دوره دوم متوسطه به طور معنا داری بیشتر از دانش آموزان دوره اول متوسطه از راهبرد مسئله مدار استفاده کرده بودند که می توان گفت عامل سن در انتخاب نوع راهبرد موثر می باشد، یعنی با افزایش سن، افزایش تحصیلات، مهارتهای نوجوانان جهت حل مسائل نیز بیشتر می شود. انتخاب غالب رویکرد اجتنابی که حاصل پژوهش حاضر



است ، نشان از اعتماد به نفس پایین و سطح اضطراب بالاتر افراد است، لذا نوجوانان برای رفع موقعیت تنش زا که از مشخصات دوران بلوغ است نیاز به استفاده از رویکردی دارند که موجب گسترش مهارت‌ها، ایجاد پاسخ های جدید مناسب ، کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس شده و بخشی از تغییرات مربوط به اختلالات رفتاری این دوران را تبیین کند، که همان هدایت نوجوانان به انتخاب رویکرد مقابله ای مساله مدار می باشد. لذا پیشنهاد می گردد مسئولین محترم ، آموزش های مستمری را در مدارس برای نوجوانان با در نظر گرفتن سن در ارتباط با تغییرات دوران بلوغ و نحوه مقابله صحیح با این تغییرات و توجه بیشتر به آموزش دانش آموزان دوره ی اول نسبت به دوم در زمینه آموزش مهارت های حل مسئله را قبل از مواجهه با بحران برنامه ریزی نمایند.

کلمات کلیدی: مقابله، بحران بلوغ، دختران

مصرف قرص های پیشگیری از بارداری و ابتلا به سرطان پستان: مرور سیستماتیک و متاآنالیز در ایران

- بی بی هاجر زحمت کش^{۱*}، احمد خسروی^۲، نسرين السادات علوی^۴، افسانه کرامت^۲، رضا چمن^۵
۱. عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
 ۳. مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
 ۴. عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
 ۵. عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه و هدف: مطالعات مختلفی که در ایران در خصوص ارتباط بین مصرف قرص های پیشگیری از بارداری و ابتلا به سرطان انجام شده نتایج مختلفی را گزارش کرده است. هدف از انجام این مطالعه برآورد کلی نسبت شانس ابتلا به سرطان پستان در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری است.

روش کار: کلیه مطالعات مشاهده ای (مورد-شاهدی، کوهورت و مقطعی) که به رابطه مصرف قرص های پیشگیری از بارداری با سرطان پستان در ایران پرداخته بودند، از پایگاه های بین المللی ISI)Web of, Pub Med, Scopus، Science، Google Scholar و پایگاه های ایرانی SID و Magiran خلاصه مقالات کنگره های بین المللی، سمینار و همایش های سالیانه سرطان پستان در ایران و نیز فصلنامه علمی پژوهشی بیماریهای پستان و همچنین ژورنال Asian Pacific Cancer of Prevention با استفاده از کلید واژه سرطان و مترادف های آن در Mesh و ترکیب آن با واژه های پستان و ایران از سال ۲۰۰۴ تا پایان سال ۲۰۱۴ جمع آوری گردید. مطالعاتی که فقط بر روی بیماران انجام شده بود یا گروه شاهد نداشت، حذف گردید. در مطالعه حاضر محدودیت سنی وجود نداشت و تطبیقی از نظر سن انجام نشد. پیامد مورد نظر، "سرطان پستان" تأیید شده توسط گزارش پاتولوژی، شامل تمام انواع این سرطان بود. گروه شاهد شامل زنانی بود که مبتلا به سرطان پستان نبوده و سابقه ابتلا به این سرطان را نیز نداشتند مطالعات تکراری و موارد غیر مرتبط حذف گردید.

متن کامل مقالات باقیمانده از نظر داشتن معیارهای ورود به مطالعه، بررسی شد و ارزیابی کیفی مقالات با استفاده از چک لیست STROBE تعدیل شده انجام و مقالاتی که نمره ۶ و یا بیشتر را کسب کردند وارد متاآنالیز شدند. داده های استخراج شده از مقالات انتخابی وارد نرم افزار Stata 11.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA) شد. کلیه مراحل جستجو و ارزیابی کیفی و استخراج داده ها توسط دو نفر به طور مستقل انجام شد. نسبت شانس^۱ OR انتخاب و برای به دست آوردن برآورد کلی نسبت شانس از متاآنالیز (مدل Random effect) با فاصله اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. هتروژنیته آماری با استفاده از آماره χ^2 در سطح معنی دار $P < 0.05$ ، واریاسیون داخل مطالعات و بین آنها به ترتیب با استفاده از آماره های I^2 و Tau^2 برآورد شد و برای تعیین تورش انتشار از تست آماری Egger استفاده گردید. کد اخلاق ۹۳۰/۲۵ متعلق به مطالعه ای که این خلاصه مقاله از آن استخراج شده است می باشد.

یافته ها: داده های ۲۱ مطالعه با حجم نمونه ۴۵۴۸۷ نفر، برای متاآنالیز استفاده شد نتایج نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان پستان شانس مصرف قرص های پیشگیری از بارداری بیش از زنان سالم بوده و از نظر آماری نیز

معنادار بود ($1/56 - 1/02$: دامنه اطمینان 95% ، نسبت شانس کلی $= 1/26$). نتیجه آنالیز بیانگر میزان بالای هتروژنیتی بود ($Chi^2 = 100$, $I^2 = 80\%$). نتایج بررسی از نظر محل انجام مطالعه به عنوان منبع هتروژنیتی، بیانگر کاهش هتروژنیتی در ۶ مطالعه انجام شده در تهران بود ولی مقدار آن همچنان بالا بود ($Chi^2 = 18/10$, $I^2 = 72/4\%$). نسبت شانس کلی در مطالعات انجام شده در تهران، برابر با $1/62$ و از نظر آماری نیز معنادار بود (دامنه اطمینان $95\% = 2/27 - 1/16$). در سایر مناطق به علت کم بودن تعداد مطالعات، نسبت شانس قابل محاسبه نبود. بررسی نقش نوع مطالعه به عنوان منبع هتروژنیتی نشان داد در مطالعات مورد شاهدهی مبتنی بر بیمارستان (۱۴ مطالعه) هتروژنیتی کمی کاهش یافت ولی هنوز بالا بود ($Chi^2 = 59/18$, $I^2 = 78\%$) و نسبت شانس کلی نیز برابر با $1/44$ با دامنه اطمینان $95\% : 1/87 - 1/11$ ، به دست آمد ولی در مطالعات مبتنی بر جمعیت (۴ مطالعه) هتروژنیتی، کمی افزایش یافت ($86/6\% : Chi^2 = 21/94$, $I^2 =$) و نسبت شانس کلی بیانگر رابطه محافظتی بین سابقه مصرف قرص های پیشگیری از بارداری و سرطان پستان بوده ولی از نظر آماری معنادار نبود. به نظر می رسد بررسی های بیشتری برای تعیین منبع هتروژنیتی لازم است. با توجه به نتایج تست Egger، این مطالعه، تورش انتشار نداشت.

نتیجه گیری: مصرف قرص های پیشگیری از بارداری ریسک ابتلا به سرطان پستان را در زنان ایرانی افزایش می دهد. بنابراین لازم است در توصیه به استفاده از این روش پیشگیری از بارداری به ویژگی های زنان از نظر ریسک ابتلا به سرطان پستان توجه کرد و در خصوص شناسایی زودرس و غربالگری سرطان پستان آموزش های لازم را ارائه کرد.

کلمات کلیدی: سرطان پستان، مرور سیستماتیک، ایران، قرص پیشگیری از بارداری خوراکی

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی ساختاری با مدل سیرکمپلکس اولسون بر عملکرد ازدواج زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی

فاطمه نقی نسب اردهائی^{۱*}، محمود جاجرمی^۲

۱. دکترای تخصصی مشاوره، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)
(Fnaghinasab@gmail.com)

۲. گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه و هدف: نابسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی پیامدهای مهمی برای خانواده به همراه دارد. این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ساختاری با مدل سیرکمپلکس اولسون بر عملکرد ازدواج زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی طراحی و انجام شد.

روش کار: این کارآزمایی بالینی روی ۵۱ خانم ساکن گرگان مراجعه کننده با تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره بینش، راستین و مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرگران طی سال ۱۳۹۵ انجام شد. زنان دارای تعارضات زناشویی که ملاک های ورود به مطالعه را داشتند به شیوه تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه فارسی سنجش عملکرد ازدواج بود. پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج شامل ۶۶ گویه در حیطه های ارتباط، ابرازگری عاطفی، حل مسأله و تصمیم گیری، نقش، انعطاف پذیری، شیوه فرزندپروری، اقتصاد و مسایل مالی، اقوام و دوستان، ارزش ها، مراقبت جسمانی و روانی، و عملکرد کلی پیش از مداخله و یک هفته پس از مداخله به وسیله شرکت کنندگان تکمیل شد. پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای و به صورت مستقیم در عبارات مثبت و معکوس در عبارات منفی نمره گذاری شد. آلفای کرونباخ اعتبار کل آزمون ۰/۹۷ گزارش شده است. اختصاص شیوه مداخله برای هر گروه به طور تصادفی صورت گرفت. مداخلات در ۱۵ جلسه به شیوه گروهی، در گروه های ۱۲-۸ نفره، هفته ای یک بار و به مدت ۱۲۰-۹۰ دقیقه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و با روش تحلیل کواریانس انجام شد. (کد کمیته اخلاق: IRCT2017072813776N5 و IR.IAU.BOJNOURD.REC.1396.1)

یافته ها: مقایسه میانگین نمرات هر دو گروه در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون نشان داد میانگین نمره کل عملکرد ازدواج یک هفته پس از پایان مداخله در هر دو گروه افزایش داشت. میانگین در گروه ۲۵ نفری خانواده درمانی ساختاری (۲۷۴/۵۲±۲۸/۸۶) نسبت به گروه ۲۶ نفری مدل سیرکمپلکس اولسون (۲۵۶/۲۶±۳۲/۱۷) افزایش بیشتری نشان داد (P=۰/۰۴۳). این تفاوت در حیطه های ارتباط (P=۰/۰۱۱، 96/6F)، مجموع مجذورات (P=۰/۰۱۸)، ابرازگری عاطفی (P=۰/۰۰۹، 36/7F)، مجموع مجذورات (P=۰/۰۰۹، 44/7F)، انعطاف پذیری (P=۰/۰۰۹، 3/11)، اقتصاد و مسایل مالی (P=۰/۰۱۹، 88/5F)، مجموع مجذورات (P=۰/۰۱۸)، اقوام و دوستان (P=۰/۰۳۷، 60/4F)، مجموع مجذورات (P=۰/۰۲۴، 41/5F)، و عملکرد کلی (P=۰/۰۲۴، 1/37) بود که روش خانواده درمانی ساختاری در بهبود این حیطه ها موثر تر بود (P<۰/۰۵). دو روش مداخله در حیطه های حل مسأله و تصمیم گیری، نقش، فرزندپروری، ارزش ها، و مراقبت جسمانی و روانی تفاوت آماری معنی دار نداشتند.



نتیجه‌گیری: هر دو روش مدل مدور ترکیبی اولسون و خانواده درمانی ساختاری به طور کلی باعث بهبود عملکرد ازدواج شدند. اما خانواده درمانی ساختاری بر بهبود حیطه های ارتباط، ابرازگری عاطفی، انعطاف پذیری، اقتصاد و مسایل مالی، اقوام و دوستان، و عملکرد کلی مؤثرتر بود. استفاده از این رویکردهای درمانی بسته به نیاز مراجعین برای زوج درمانی و خانواده درمانی به منظور ارتقاء کیفیت ازدواج توصیه می شود.

کلمات کلیدی: مدل سیرکمپلکس اولسون، خانواده درمانی ساختاری، عملکرد ازدواج

بررسی خدمات و دستاوردهای مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی مهرمادران طی سال های ۱۳۹۷-۱۳۹۳

مریم آسیابان^{۱*}، سحر عرب^۲

۱. کارشناس مامایی، مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامائی مهر مادران، گرگان، ایران

۲. کارشناس ارشد مشاوره در مامائی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

مقدمه و هدف: مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی به محلی اطلاق می شود که طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت انجام خدمات مامایی در سطوح مختلف بهداشتی، درمانی و آموزشی مطابق با حدود اختیارات تعیین شده توسط وزارت بهداشت پس از اخذ مجوز، توسط افراد واجد شرایط دائرگردد. تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه از طریق مشاوره و ارائه خدمات مامایی در دوره های مختلف زندگی از جمله نوزادی، کودکی، بلوغ، بارداری، زایمان و پس از آن و یائسگی به منظور توسعه بهداشت باروری و ارتقای شاخص های سلامت از اهداف تاسیس این مراکز می باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین خدمات و دستاوردهای مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی مهرمادران گرگان در راستای اهداف فوق انجام شد.

روش کار: به منظور تعیین خدمات و دستاوردهای مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی مهرمادران خدمات ارائه شده طی سال های ۱۳۹۳ الی آبان ماه ۱۳۹۷ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: خدمات مرکز مهرمادران در ۷ حیطه ۱. کلاس های آمادگی برای زایمان (آموزش ۲۹۳۸ مادر باردار) ۲. خدمات هنگام زایمان و خدمات مامای همراه (۴۰۰ مورد حضور مامای همراه که ۸۹/۵ درصد به زایمان طبیعی منجر شده است) ۳. خدمات پس از زایمان (دو نوبت پیگیری پس از زایمان، تنظیم دفتر ثبت پیگیری و شناسایی مادرانی که به کمک احتیاج دارند، ورزش های پس از زایمان) ۴. آموزش، راهنمایی و مشاوره در زمینه بهداشت جنسی و ازدواج (آموزش ۴۶۴۱ زوج طی سال ۱۳۹۵ الی آبان ماه سال ۱۳۹۷ ارجاع موارد مشکلات جنسی به همکاران محترم متخصص، همکاری آموزشی با دانشکده پرستاری- مامایی) ۵. آموزش، راهنمایی و مشاوره دوران میانسالی و یائسگی (ورزش همگانی، ارائه طرح سلامت زنان به آموزش و پرورش شهرستان گرگان، کارگاه آموزشی سلامت زنان برای فارغ التحصیلان مامایی) ۶. آموزش، راهنمایی و مشاوره جنسی رفتارهای پرخطر و STD (طرح سلامت زنان با موسسه بیماران صعب العلاج مهر گلستان، ارائه طرح سلامت زنان به آموزش و پرورش شهرستان گرگان) ۷. مشاوره و آموزش های دوران بلوغ (آموزش و تربیت نیروی آموزش دهنده بهداشت بلوغ برای مدارس، اجرای طرح بلوغ با همکاری اداره آموزش و پرورش شهرستان گرگان) ارائه می گردد.

نتیجه گیری: باتوجه به شرح وظایف ماما و مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی، تعامل بهداشت، درمان، آموزش و بخش خصوصی می تواند خدمات با کیفیت و موثر مامایی در طیف گسترده زندگی انسان را عملی سازد. نتایج این مطالعه نشان داد برون سپاری خدمات بهداشتی و درمانی می تواند طبق پروتکل و ضوابط به مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی واگذار گردد.

کلمات کلیدی: خدمات، مشاوره در مامایی، مهر مادران

دانش و نگرش کودکان پیش دبستانی دختر در زمینه پیشگیری از سوء استفاده جنسی در گرگان، ایران

سمیه غلام فرخانی^۱، سحر عرب^۲، دکتر الهام خوری^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، مرکز تحقیقات سلامت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۳. دکترای تخصصی سلامت باروری، مرکز تحقیقات سلامت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان (

elhamkhouri@yahoo.com)

مقدمه و هدف: سوء استفاده جنسی از کودکان، مشکلی بسیار جدی در سراسر جهان است که اثرات منفی گسترده و گاه ترمیم ناپذیری برای قربانی، خانواده و جامعه به همراه دارد. بخش قابل توجهی از قربانیان، تجربه سوء استفاده جنسی را در سن کمتر از ۷ سال گزارش کرده اند. این مطالعه با هدف "تعیین دانش و نگرش کودکان پیش دبستانی دختر در زمینه پیشگیری از سوء استفاده جنسی" انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر بر روی ۵۶ دختر پیش دبستانی که به روش نمونه گیری تصادفی منظم از بین پرونده های خانوار واجد دختر سنین پیش دبستانی، انتخاب شده بودند، صورت گرفت. جهت ارزیابی دانش و نگرش آنان در زمینه پیشگیری از سوء استفاده جنسی، نمونه ها با استفاده از نسخه فارسی پرسشنامه ۱۲ سوالی امنیت فردی و با روش مصاحبه مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون های توزیع فراوانی انجام شد.

یافته ها: از ۵۶ کودک مشارکت کننده در مطالعه تنها ۹ نفر (۱۶٪) هر سه منطقه خصوصی بدن را می شناختند و از این بین نیز تنها ۲ نفر (۳٪) نام صحیح هر سه منطقه را بلد بودند. ۸۰ درصد کودکان معتقد بودند اگر فرد مجرم از آن ها بخواهد که لمس قسمت خصوصی بدنشان به صورت یک راز باقی بماند آنان نیز نباید به فردی اطلاع دهند. ۱۰ درصد کودکان پاسخ دادند که باید به همه بزرگترها اجازه لمس قسمت های خصوصی بدن را بدهند و ۴۸ درصد از آنان واکنش های اجتنابی مناسبی را به هنگام لمس نامناسب اندام خصوصی، انتخاب نکردند. از طرفی ۴۳ درصد از کودکان قسمت های خصوصی بدن خود را دوست نداشتند و موارد لمس مناسب اندام های خصوصی (توسط خود، والدین یا دکتر در هنگام نیاز) نیز به ترتیب در ۷۰، ۷۱ و ۵۲ درصد کودکان مجاز دانسته نشد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که اکثر کودکان پیش دبستانی دانش کافی و نگرش مناسب در مورد پیشگیری از سوء استفاده جنسی ندارند. دانش محدود کودکان، نشان از نقص در آموزش های پیشگیری به آنان در سطوح مختلف جامعه دارد. با توجه به آسیب پذیری کودکان در این زمینه، ایجاد حساسیت در زمینه اهمیت دریافت آموزش های پایه در خصوص شناخت اندام های خصوصی خود و اسامی آنها، تشخیص لمس مناسب از نامناسب و واکنش های رفتاری موثر در مقابل سوء رفتار جنسی ضروری به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: پیشگیری، سوء استفاده جنسی از کودکان، پرسشنامه ایمنی فردی، ایران

بحران از نگاه متخصصین سلامت باروری (مرگ و میر مادر)

نرجس سادات برقی^{۱*}، عباس بدخشان^۲، عصمت خنیا^۳

۱. دکترای تخصصی سلامت باروری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاون درمان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۳. کارشناس مامایی معاونت درمان دانشگاه

مقدمه و هدف: مرگ و میر مادر بر اثر عوارض بارداری و زایمان، مهمترین شاخص هایی است که نشان دهنده وضعیت توسعه کشورها و نشانگری حساس از وضعیت زنان در جامعه، دسترسی به مراقبتها، کفایت و کیفیت مراقبتهای سلامتی، ظرفیت سیستم ارایه خدمات در پاسخگویی به نیازهای جامعه زنان و نشاندهنده اوضاع اقتصادی و اجتماعی هر جامعه ای است. هدف از مطالعه حاضر مقایسه علل مرگ مادر در سال ۹۶ نسبت به سال ۹۷ است.

روش کار: مطالعه مقطعی حاضر به صورت توصیفی انجام شد و اتیولوژی مرگ مادر در ۹ ماه اول سال ۹۶ با ۹ ماه اول سال ۹۷ با استفاده از پرونده های مرگ مادر استان گلستان مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: از شش مورد مرگ در نه ماه اول سال ۹۷: سه مورد متعاقب سزارین دو مورد متعاقب زایمان طبیعی و یک مورد بدنبال سقط القایی فوت صورت گرفته است. از نظر مشخصات زمینه ای چهار نفر از متوفیان ترکمن (۶۶/۶ درصد) بوده که فقط یک مورد سزارین شده بود. دو مورد مرگ مادر متعاقب زایمان طبیعی به دنبال شوک هموراژیک و عدم جایگزینی مناسب خون و فراورده های آن و یک مورد سقط القایی هم به علت شوک سپتیک دو هفته بعد از ختم بارداری اتفاق افتاده بوده است. از سه مورد سزارین دو مورد سزارین تکراری و یک مورد سزارین به علت عدم پیشرفت در یک مادر گراوید ۳ با سابقه دو زایمان طبیعی در زمینه آیزن منجر بوده است. دو مورد سزارین تکراری منجر به مرگ مربوط به شوک هموراژیک و عدم جایگزینی مناسب فراورده های خونی بوده است. مقایسه موارد مرگ سال جاری با سال گذشته نشان میدهد که در نه ماه اول سال هم شش مورد مرگ مادر روی داده بود که ۲ مورد به علت خودکشی و بقیه به علت مشکلات قلبی عروقی اتفاق افتاده بود. از نظر مشخصات زمینه ای ۴ نفر از متوفیان ترکمن بوده (۶۶/۶ درصد) که هیچکدام سزارین نشده بودند. جالب است که بدانییم در کل سال ۹۶ ده مورد مرگ اتفاق افتاده بود که ۸ نفر آن ترکمن بوده اند (۸۰٪) که مطرح کننده نقش احتمالی قومیت در حوزه سلامت زنان باردار است.

نتیجه گیری: میزان مرگ و میر مادران نسبت به سال گذشته تغییری نداشته ولی اتیولوژی مرگ بسیار متفاوت بوده است. اینکه در دو سال متوالی غالب موارد مرگ مادر در یک گروه قومی در یک استان اتفاق می افتد بسیار مهم و قابل توجه است و باید در حوزه رفتارشناسی بومی مطالعات گسترده تری انجام شود؛ ضمن اینکه این گروه قومی ۳۳٪ جمعیت استان را تشکیل می دهد. از طرف دیگر کاهش چشمگیر موارد خودکشی در سال ۹۶ نسبت به سال ۹۷ در خور تأمل فراوان است که احتمالا مداخلات موثری در این حوزه انجام شده است ولی نکته مهم دیگر عفونت و خونریزی به عنوان دو عامل مهم تریاد مرگ مادر در سال ۹۷ بطور چشمگیری افزایش نشان می دهد که در مقایسه



با سال گذشته احتمالاً نشان از نیروهای بی تجربه در برخورد با اورژانسهای شایع مامایی است. ضمن اینکه سه مورد مرگ در این دو سال مرتبط با قصور یک فرد کم تجربه بوده است.

کلمات کلیدی: مرگ و میر مادر ، بارداری، استان گلستان، قومیت

رابطه بیماریهای مقاربتی و پوست در سلامت باروری

فاطمه لیوانی^۱

۱. استادیار پوست، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

مقدمه و هدف: بیماریهایی را که به طور غالب از طریق تماس جنسی با فرد آلوده منتقل و ایجاد می گردند را بیماریهای مقاربتی می گویند. این بیماریها به طور عمده شامل سیفلیس، گنوره، شانکروئید، لنفوگرانولوم ونروم ، و گرانولوم اینگوینال است. برای عفونتهایی که پا توژن به طور غالب از مسیر غیر جنسی منتقل می گردد مانند قارچ ها ، ویروس ها و پارازیت ها واژه عفونتهای قابل انتقال از طریق جنسی (STD) به کار گرفته می شود. هدف از مطالعه حاضر مروری بر نشانگان و راههای انتقال این بیماریهاست.

یافته ها: سیفلیس یک بیماری عفونی انسان است که توسط اسپiroکت ترپونماپالیدوم ایجاد می گردد. انتقال بیماری از طریق تماس مستقیم با یک ضایعه در مرحله اول یا دوم بیماری، از طرق جفت و کانال زایمانی هنگام تولد و نیز با انتقال خون یا فرورفتن تصادفی سوزن صورت میگیرد. مراحل مختلف بیماری با تظاهرات پوستی مختلف همراه می باشد HIV یک پاندمی جهانی است که همچنان یک معضل بزرگ برای سلامت جهانی به شمار می رود. این بیماری در افرادی که داروهای تزریقی غیرمجاز مصرف می کنند، افراد خود فروش و بی بندوبار از نظر روابط جنسی، معتادین و مردانی که با مردان دیگر روابط جنسی دارند، بیشتر دیده می شود. ضایعات پوستی متنوعی در افراد مبتلا دیده می شود. HSV یکی از بیماری های شایع منتقله از راه جنسی در سراسر جهان است. ویروس HSV2 علت اصلی ایجاد این ضایعه است اما تعداد موارد تبخال تناسلی با هرپس تیپ یک رو به افزایش است. این بیماری با زخم های دردناک تناسلی، سوزش ادراری، تب، لنفادوپاتی دردناک اینگوینال و سردرد همراه است.

ویروس زگیل (HPV) نیز از طریق تماس جنسی منتقل می شود که می تواند با افزایش خطر سرطان های ناحیه آنوژینیتال به ویژه دهانه رحم و ولوواژینال در زنان و سرطان مقعد و آلت تناسلی در مردان همراه باشد.

گنوره شایعترین STI گزارش شده در کشورهای صنعتی است که توسط Neisseria gonorrhea ایجاد می شود که یک میکروارگانیزم است که به طور مستقیم، معمولاً از طریق تماس sexual، از مخاط انسان آلوده موجب عفونت غشای مخاطی genital (و البته آنوس، رکتوم و دهان) می شود. پوسچولهای پوستی و علائم سیستمیک مثل آرتریت و تب ایجاد می شود و در درصد بسیار اندکی از بیماران رخ می دهد.

شانکروئید یک زخم حاد تناسلی به همراه آدنیت اینگوینال است. عامل آن یک میکروارگانیزم گرم منفی بالقوه بی هوازی است به نام هموفیلوس دوکریی که راه انتقال آن جنسی است. کلا در کشورهای اروپایی صنعتی نادر است و ارتباط نزدیکی با روسپی ها دارد.

لنفوگرانولوم و نروم (LGV) یک STI نادر است که توسط کلامیدیا تراکوماتیس ایجاد می شود . بیماری شامل ۳ مرحله تظاهر است: (۱) عفونت اولیه ناحیه تناسلی (۲) لنفادنیت اینگوینال که اغلب یک طرفه است . (۳) یک توده Firm و bubo با درناژ خود به خودی که اغلب پروکتوکولیت و درگیری بافت لنفاتیک پری رکتال و پری آنال همراه می شود. گرانولوم اینگوینال: Donovanosis توسط granuomatis klebsiella که قبلاً clumadiabacth یا باسیل گرم منفی است ایجاد می شود . زخم ها به طور اولیه در ناحیه ژنیتال رخ می دهد و ارگانیزم مسئول به صورت Donovan body در ماکروفاژ دیده می شود .

کلمات کلیدی: بیماری های منتقله از طریق تماس جنسی، ایران، سلامت باروری

برنامه پوسترهای ارائه شده در سمینار سلامت باروری و مشاوره درمانی		
کد مقاله	عنوان	نویسنده اصلی
۷۰-۱	رابطه "عوارض دوران بارداری و نمره افسردگی بلافاصله بعد از زایمان در زنان نخست زا	نیلوفر ربیعی
۷۴-۱	اثربخشی مشاوره بر نگرانی های اجتماعی زنان نابارور	زهرا اردونی اول
۷۴-۲	عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری گرگان	زهرا اردونی اول
۱۱۳-۱	سرمایه اجتماعی یک مولفه موثر بر سلامت خود گزارشی زنان سنین باروری: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت	فاطمه باکوئی
۱۱۴-۲	بررسی تاثیر اسانس گل سرخ بر عملکرد جنسی زنان	محدثه مطهری نژاد
۱۲۲-۱	عوامل مرتبط با انگیزه های باروری در زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵	زهرا زارع
۱۲۶-۱	هم بستگی بین خودپنداره عمومی و خودپنداره جنسی در زنان نابارور	نوشین گردانی
۱۴۵-۱	تعیین میزان شیوع گونه های کاندیدا جدا شده از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گرگان	صبا مودی

رابطه "عوارض دوران بارداری و نمره افسردگی بلافاصله بعد از زایمان در زنان نخست زا

سارا محمدی^۱، نیلوفر ربیعی^{۲*}

۱ و ۲. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
(n.rabiee2016@gmail.com)

مقدمه و هدف: بارداری و زایمان یکی از مهمترین رویدادهای زندگی زنان است که عوامل متعددی مانند شرایط جسمی مادر و ابتلا یا عدم ابتلا به مشکلات و بیماریهای خاص این دوران، بر شرایط روحی روانی مادر طی دوره بارداری و پس از آن موثر است. هدف این مطالعه تعیین رابطه مشکلات و بیماریهای دوران بارداری را با نمره افسردگی بلافاصله پس از زایمان است.

روش کار: این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی-تحلیلی است. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و جامعه هدف شامل تمامی مادران نخست زایی است که طی ۶ ماه به منظور زایمان در بیمارستان بهار شهرستان شاهرود پذیرش شدند. داده ها از طریق فرم اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته و پرونده پزشکی مادران و همچنین پرسشنامه استاندارد افسردگی پس از زایمان ادینبورگ که طی ۴۸ ساعت اول پس از زایمان تکمیل شد، جمع آوری گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت شرکت در طرح، نخست زا بودن، سواد خواندن و نوشتن، کامل بودن اطلاعات پرونده و معیار خروج شامل ناقص بودن فرم ها و پرسشنامه های مرتبط بود. پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ شامل ده گویه است و هر گویه چهار سوال که امتیازات صفر تا سه را به خود اختصاص می دهند. امتیاز زیر ۱۰ نشان از عدم افسردگی، امتیاز ۱۰ تا ۱۲ نشانه شروع علائم افسردگی و امتیاز ۱۳ و بالاتر حاکی از ابتلا به افسردگی است. روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایران در مطالعه منتظری در سال ۱۳۸۶ صورت گرفته است. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss-16 و آزمون های آماری کای اسکوئر و T مستقل و زوجی صورت گرفت. کد اخلاق: IR.SHMU.REC.1396.145 است.

یافته ها: میانگین سنی مادران در این پژوهش 4.80 ± 26.83 بود و میانگین سالهای تحصیل مادران 3.81 ± 11.80 بود. بین وجود عوارض بارداری و نمره افسردگی بلافاصله پس از زایمان رابطه مستقیم و معنی دار وجود داشت ($p=0.015$). بین سطح تحصیلات مادر و نمره افسردگی رابطه معنی دار و مستقیم ($r=-0.14$ و $p=0.36$)، بین محل سکونت (شهر یا روستا) با نمره افسردگی رابطه معنادار و مستقیم $r=0.14$ و $p=0.32$ ، بین درآمد خانوار و نمره افسردگی رابطه معنی دار و معکوس ($r=-0.18$ و $p=0.008$) و همچنین تمایل اولیه مادر به شیردهی انحصاری با نمره افسردگی نیز رابطه معنی دار و مستقیم ($r=0.16$ و $p=0.01$) مشاهده شد. اما بین جنسیت نوزادان و سن مادران با نمره افسردگی بلافاصله پس از زایمان رابطه معنی دار مشاهده نشد به ترتیب $p=0.53$ و $p=0.8$ **نتیجه گیری:** بین ابتلای مادر به بیماریها و عوارض دوران بارداری با نمره افسردگی بعد از زایمان رابطه وجود دارد. بنابراین حمایت های روحی و اجتماعی مادران در معرض خطر عوارض دوران بارداری از سوی متخصصین حوزه و خانواده های این مادران برای بهبود شرایط روانی مادر، پس از زایمان و افزایش کیفیت مراقبت از نوزاد توسط مادر موضوع بسیار با اهمیتی است و می بایست مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: بارداری عارضه دار، اختلالات بارداری، بارداری پرخطر، سلامت روان، افسردگی پس از زایمان

اثربخشی مشاوره بر نگرانی های اجتماعی زنان نابارور

سهیلا ربیعی پور^۱، زهرا اردونی اول^{۲*}

۱. متخصص سلامت باروری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی، ارومیه، ایران

۲. کارشناس ارشد مشاوره درمانی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

مقدمه و هدف: برای بسیاری از افراد ناباروری، بحرانی بزرگ و یک عامل استرس زا است که می تواند بسیاری از واکنش های روانی منفی را ایجاد کند، لذا محقق بر آن شد تا مطالعه حاضر را با هدف تعیین تاثیر مشاوره گروهی بر نگرانیهای اجتماعی زنان نابارور انجام دهد.

روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که در آن ۵۰ نفر از زنان نابارور ۲۰-۴۵ ساله با سابقه حداقل یکسال نازایی که طی فصل پاییز سال ۱۳۹۳ به کلینیک فوق تخصصی ناباروری کوثر شهرستان ارومیه مراجعه کردند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، و بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. ابتدا جهت گروه کنترل پیش آزمون با پرسشنامه استرس ناباروری و ۲ هفته بعد پرسشنامه مذکور بعنوان پس آزمون تکمیل گردید و در این فاصله گروه کنترل فقط مراقبتهای روتین کلینیک ناباروری (ویزیت پزشک) دریافت کردند، برای گروه آزمون ۱۰ جلسه مشاوره گروهی ۹۰ دقیقه ای با فواصل یک هفته شامل: جلسه مشاوره نازایی در خصوص ناباروری، درمان و اصلاح باورهای غلط و ارائه راهکار لازم جلسه مشاوره گروهی در زمینه کنترل استرس، مهارت حل مسئله و کنترل افکار غیر منطقی ناباروری، برگزار شد. دو هفته بعد از مداخله مجددا پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن جهت گروه مداخله تکمیل شد و داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ تجزیه تحلیل شد. و از آزمون های توصیفی و تی مستقل در تحلیل پژوهش مذکور استفاده گردید.

یافته ها: قبل از اجرای مداخله میانگین نمرات بعد نگرانی های اجتماعی در گروه مداخله $(36/52 \pm 9/21)$ و در گروه کنترل $(29/91 \pm 10/2)$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود $(P=0/03)$. و پس از مداخله میانگین نمرات گروه مداخله $(28/24 \pm 7/75)$ و گروه کنترل $(36/61 \pm 9/39)$ بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد این اختلاف بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی داری داشت $(P=0/01)$.

نتیجه گیری: مداخله مشاوره محور نقش مهمی در کاهش نگرانیهای اجتماعی زنان نابارور دارد.

این مطالعه دارای شماره مجوز Umsu.rec.1393.185 مورخه ۱۳۹۳/۸/۲۰ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بوده و با کد IRCT2014112220045N1 در پایگاه کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

کلمات کلیدی: ناباروری، مشاوره گروهی، ناباروری، استرس اختصاصی ناباروری، مدل مشارکتی

عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری گرگان

سعید معدنی^۱، زهرا وفایی^۲، رضا حسین پور^۳، زهرا اردونی اول^۴*

۱. دکتری تخصصی جامعه شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد تهران مرکزی

۲. کارشناس ارشد جمعیت شناسی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

۳. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

۴. کارشناس ارشد مشاوره درمانی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

مقدمه و هدف: خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی در تمام کشورهای دنیاست. هدف از انجام این مطالعه تعیین عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان گرگان بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۴۰۹ زن متاهل ۴۹-۱۰ ساله مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر گرگان بهار ۹۷ انجام شد. اطلاعات مورد نیاز به وسیله پرسشنامه استاندارد خشونت خانگی (به زبان فارسی بوده که طبق مطالعات قبلی، پایایی و روایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۸۷ درصد تایید شده است) جمع آوری گردید. این پرسشنامه حاوی سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک و سه سری سؤال برای سنجش مواجهه با خشونت فیزیکی ۸ سؤال / خشونت روانی ۱۷ سؤال و خشونت جنسی ۷ سؤال است. نمونه گیری به روش تصادفی مطابق از هر مرکز با توجه به جمعیت زنان متاهل آن مرکز و سهم آن مرکز از کل زنان متاهل شهر گرگان، انجام شد. سپس افراد به روش در دسترس انتخاب و پرسشنامه توسط افراد شرکت کننده در پژوهش تکمیل گردید. داده های مطالعه با نرم افزار SPSS 18 مورد آنالیز قرار گرفت. دو نوع آنالیز توصیفی و تحلیلی با استفاده از آزمون کای دو بر روی داده ها صورت گرفت و نتایج مطالعه با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۵ درصد گزارش گردید.

یافته ها: میانگین سنی زنان شرکت کننده در مطالعه $32/4 \pm 7/3$ سال و میانگین سن ازدواج زنان و مردان، به ترتیب $21/17 \pm 4/3$ سال و $25/4 \pm 4/3$ سال بود. میزان مواجهه با خشونت روانی، جنسی و فیزیکی به ترتیب ۳۱/۷ درصد، ۱۹/۸۱ درصد و ۱۵/۶۹ درصد گزارش گردید. سن مردان، سطح تحصیلات زنان و همسران آنها، وضعیت اشتغال زنان و همسرانشان، سن ازدواج زنان و همسران آنها، دفعات ازدواج زنان از مهمترین عوامل مرتبط با خشونت بودند ($p < 0/05$). تعداد فرزندان و درآمد خانواده آنها از جمله عوامل مرتبط به خانواده در بروز خشونت بودند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: سن مردان، سطح تحصیلات زنان و همسران آنها، اشتغال زنان و همسران آنها، سن ازدواج زنان و همسران آنها، تعداد دفعات ازدواج زن و سطح درآمد خانواده بر روی انواع خشونت مورد بررسی در این مطالعه موثر می باشد. مشاوره مناسب قبل از ازدواج در سنجش همسانی معیارهای همسرگزینی، ضمن یادگیری مهارتهای ارتباطی و مهارتهای زندگی می تواند در کاهش خشونت علیه زنان متاهل موثر باشد.

کلمات کلیدی: خشونت، زنان همسر دار، ازدواج، درآمد، تحصیلات.

سرمایه اجتماعی یک مولفه موثر بر سلامت خود گزارشی زنان سنین باروری: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت

فاطمه باکوئی^{۱*}، دکتر اعظم بحیرایی^۲، ساره باکوئی^۳، نرگس اسکندری^۴، هدی احمري^۵

۱. گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. مرکز تحقیقات مشارکتی محلی، موسسه کاهش خطر رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۴. بهداشت باروری، دانشکده های مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

این مقاله در *Global Journal of Health Science; Vol. 8, No. 2; 2016* به چاپ رسیده است.

مقدمه و هدف: زنان نقش مهمی در شکل دهی فرهنگی و آموزشی، حفظ و ارتقای سلامت خانواده و جامعه دارند. تشخیص عوامل مرتبط با سلامت زنان ضروری است. شواهدی موجود است که ساختار اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی در شکل دهی سلامت افراد نقش مهمی دارد. سرمایه اجتماعی عبارت است از "ویژگی هایی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه های ارتباطی که می تواند کارایی افراد را ارتقا دهد". هدف از مطالعه حاضر، تعیین رابطه بین سلامت خود گزارشی و سرمایه اجتماعی در زنان سنین باروری بود.

روش کار: این مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت بر ۷۷۰ زن سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) ساکن هر یک از مناطق ۲۲ گانه تهران (پایتخت ایران) با شرط ورود عدم وجود بیماری های شناخته شده مانند معلولیت شدید ذهنی و اختلالات روانی که قادر به پاسخگویی به سوالات پرسشنامه نباشد، به روش نمونه گیری سیستماتیک چند مرحله ای انجام شد. سلامت خود گزارشی (متغیر وابسته)، سرمایه اجتماعی (متغیر مستقل) و متغیرهای دیگر مورد مطالعه قرار گرفتند. سرمایه اجتماعی زنان توسط پرسشنامه ی طراحی شده توسط بانک جهانی و بومی شده توسط نجات و همکاران سنجیده شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS توسط آزمون ANOVA و رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. (شماره طرح: ۲۰۱۸۴-۶۲-۰۴-۹۱)

یافته ها: بر اساس رگرسیون لجستیک چندگانه، سن ($OR=0.94$, $CI=0.92-0.96$)، سطح تحصیلات ($OR=2.98$, $CI=1.46-6.08$)، شاخص ازدحام ($OR=0.48$, $CI=0.28-0.80$)، کفایت درآمد ($OR=0.61$, $CI=0.38-0.98$) و همبستگی اجتماعی ($OR=1.03$, $CI=1.02-1.05$) به عنوان فاکتورهای معنی داری پیشگویی کننده ی سلامت خود گزارشی مطرح شدند. بر اساس یافته های این مطالعه، ابعاد ویژگی سرمایه اجتماعی (گروه ها و شبکه های ارتباطی، اعتماد و اتحاد، همکاری و فعالیت اشتراکی) می توانند بالقوه منجر به ابعاد پیامد سرمایه اجتماعی (همبستگی اجتماعی و توانمندی و عملکرد سیاسی) شوند. همبستگی اجتماعی نیز با سلامت خود گزارشی بعد از کنترل متغیرهای دیگر رابطه مثبت معنی داری دارد.

نتیجه گیری: بر حسب نتایج، باید به نقش سرمایه اجتماعی بر ارتقای سلامت زنان سنین باروری در سیاست گذاری های سلامت توجه داشت.

کلمات کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت خود گزارشی، زنان سنین باروری

بررسی تاثیر اسانس گل سرخ بر عملکرد جنسی زنان

محدثه مطهری نژاد^{۱*}، سیده طاهره میرمولایی^۲، سیده نرگس ساداتی لمردی^۳، انوشیروان کاظم نژاد^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار گروه داروسازی، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه و هدف: عملکرد جنسی سالم، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی زنان دارد. علی رغم افزایش در دسترس بودن درمان های موثر پزشکی معمول، داروهای گیاهی همچنان یک جایگزین محبوب و مقرون به صرفه در طب می باشد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر اسانس گل سرخ بر عملکرد جنسی زنان می باشد. **روش کار:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی سه سوکور می باشد. ۸۰ زن مراجعه کننده به درمانگاه های طب سنتی شهر تهران و دارای معیارهای ورود به مطالعه و نداشتن افسردگی متوسط و شدید به روش تصادفی سازی بلوک بندی شده به دو گروه کنترل (۴۰ نفر) و آزمون (۴۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه ی افسردگی بک و پرسشنامه ی شاخص عملکرد جنسی زنان بود. شرکت کنندگان در گروه مداخله، روزانه دو عدد کپسول نرم حاوی ۱۵ میلی گرم اسانس خوراکی گل سرخ (استاندارد شده بر اساس وجود حداقل ۵/۷ میلی گرم سیترونلول در هر کپسول نرم) را به مدت ۸ هفته مصرف کردند. افراد در گروه کنترل نیز به همین روش کپسول های حاوی روغن آفتابگردان (پلاسبو) را مصرف نمودند. عملکرد جنسی افراد مورد پژوهش قبل از شروع مطالعه و در پایان مطالعه (هفته ۸) ارزیابی گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و آزمون های آماری فیشر، مربع کای، تی مستقل و فریدمن تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: بر اساس یافته های پژوهش میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه مداخله $35/6 \pm 91/97$ و در گروه کنترل $37/9 \pm 14/26$ بوده است و اکثر افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بوده اند. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات عملکرد جنسی زنان دو ماه بعد از آغاز مداخله در گروه آزمون ($26,7 \pm 5,13$)، نسبت به قبل از مداخله ($20,90 \pm 3,34$) افزایش معناداری داشته است ($P < 0.001$) اما میانگین نمرات در گروه کنترل، معنادار نبود ($P = 0.320$). مقایسه ی میانگین نمره ی شاخص عملکرد جنسی زنان بین گروه های مداخله و کنترل در پایان مطالعه، از نظر آماری معنادار بوده است ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که مصرف روزانه اسانس خوراکی گل سرخ، سبب ارتقا عملکرد جنسی در زنان می گردد. بنابراین با توجه به مقبولیت استفاده از داروهای گیاهی در جامعه و همچنین در دسترس و مقرون به صرفه بودن آن می توان این اسانس خوراکی را جهت بهبود عملکرد جنسی در زنان پیشنهاد نمود.

کلمات کلیدی: اسانس خوراکی رز، گل سرخ، عملکرد جنسی زنان، طب سنتی زنان

عوامل مرتبط با انگیزه های باروری در زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵

زهرا زارع^{۱*}، رویا کیایی تبار^۲، مجتبی لعل آهنگر^۳

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

۲. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۳. کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

مقدمه و هدف: کاهش شدید نرخ باروری در ایران و به هم ریختن موازنه هرم سنی می تواند آسیب های اقتصادی و اجتماعی جبران ناپذیری بر کشور وارد نماید. هدف این پژوهش تعیین انگیزه های باروری و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵ بود.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ روی ۴۵۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۳۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار به روش خوشه ای انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و انگیزه های باروری میلر بود. پرسشنامه انگیزه های باروری میلر شامل دو بُعد انگیزه مثبت و منفی میباشد. انگیزه های مثبت دارای ۳۰ گویه و زیر مقیاسهای لذت باروری، تولد و کودکی، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند می باشد و انگیزه منفی دارای ۱۹ گویه و حیطه های ترس از والد شدن، استرس های والدین و چالش های مراقبتی فرزند است. جهت نمره دهی از مقیاس ۴ نقطه ای لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۴) استفاده شد. روایی این ابزار به روش روایی محتوی و صوری و پایایی آن به روش آزمون مجدد ($r=0.89$) تایید شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، تاهل و عدم بارداری در حال حاضر بود، معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل سابقه عمل هیستریکتومی، توبکتومی یا وازکتومی همسر بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمونهای توصیفی و همبستگی پیرسون، اسپیرمن و کروسکال والیس انجام شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. (کد طرح: ۹۴۲۱۱ و کد اخلاق طرح: (IR.MEDSAB.REC.1395.35)

یافته ها: میانگین نمره کل انگیزه های مثبت باروری $22/64 \pm 3/03$ و انگیزه های منفی $17/1 \pm 3/85$ بود. بین انگیزه مثبت باروری با سطح تحصیلات ($p=0.01, r=-0/11$) و بین انگیزه های منفی باروری با سطح درآمد ($p=0.001, r=-0/13$) رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت. بین انگیزه های منفی باروری با سن ($p=0.01$)، تعداد بارداری، زایمان و تعداد فرزند ($p=0.001$) رابطه معنادار و مستقیمی مشاهده شد. بین جنس فرزند، محل سکونت و شغل همسر ($p=0.01$) نیز با انگیزه های منفی باروری رابطه معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزند، تعداد بارداری و زایمان، سطح درآمد، شغل همسر، محل سکونت، داشتن هر دو جنس فرزند، مدت ازدواج و شاغل بودن زن از عوامل مرتبط با انگیزه های باروری بودند. پیشنهاد میشود سیاستهای جمعیتی در راستای افزایش باروری بیشتر معطوف به عوامل تاثیرگذار بر انگیزه های باروری زنان شود.

کلمات کلیدی: انگیزه های باروری، زنان، باروری، عوامل مرتبط

هم بستگی بین خودپنداره عمومی و خودپنداره جنسی در زنان نابارور

- طیبه ضیائی^۱، نوشین گردانی^{۲*}، الهام خوری^۳، مهین طاطاری^۴، سعیده قره جه^۵
۱. دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. (nooshin.gordani@yahoo.com)
۳. کارشناس ارشد آمار زیستی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. متخصص زنان، زایمان و فلوشیپ فوق تخصصی نازایی، مرکز ناباروری گرگان، ایران.

مقدمه و هدف: خودپنداره به مجموعه احساسات و برداشت های فرد از خود اطلاق می شود و خودپنداره جنسی نیز یکی از مفاهیم جانبی خودپنداره است که به درک هر فرد از خود به عنوان یک موجود جنسی اشاره می کند. خودپنداره عمومی و جنسی تحت تاثیر مشکلات مختلف زندگی از جمله ناباروری قرار می گیرند و از آنجایی که ناباروری یک بحران مهم در زندگی افراد محسوب می شود و تاکنون ارتباط بین این دو متغیر در این جمعیت مورد بررسی قرار نگرفته، این مطالعه به منظور تعیین هم بستگی بین خودپنداره عمومی و خودپنداره جنسی در زنان نابارور طراحی و اجرا گردید.

روش کار: این پژوهش مقطعی از نوع هم بستگی بوده و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ بود. از جمعیت مراجعه کننده، تعداد ۱۰۵ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه های فارسی خودپنداره راجرز و خودپنداره جنسی اسنل را تکمیل نمودند. داده ها بعد از جمع آوری، وارد نرم افزار SPSS16 شده و با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن متغیرهای پاسخ کمی سنجیده شد، برای متغیرهای دارای توزیع نرمال از آزمون همبستگی پیرسون و متغیرهای غیرنرمال از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی داری آزمونها ۰/۰۵ بود.

یافته ها: میانگین سن نمونه ها $28/88 \pm 5/14$ و دامنه سنی آنها بین ۱۷ تا ۴۰ سال بود. یافته های مطالعه نشان داد که بین خودپنداره عمومی و ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره جنسی در زنان نابارور هم بستگی وجود ندارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج کلی مطالعه نشان داد که بین خودپنداره عمومی و ابعاد خودپنداره جنسی در زنان نابارور هم بستگی وجود ندارد، و با توجه به این عدم هم بستگی، خودپنداره عمومی و جنسی افراد در ارزیابی ها و مداخلات می توانند به صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرند.

کلمات کلیدی: خودپنداره عمومی، خودپنداره جنسی، هم بستگی، زنان نابارور.

تعیین میزان شیوع گونه های کاندیدا جدا شده از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گرگان

- فهیمة آزادی^۱، صبا مودی^{۲*}، محبوبه کبیر^۳، تکتّم شرفی^۴، زهرا کمیزی^۵، فریده جعفری^۶، مبینا شرفی^۷
۱. کارشناسی ارشد باکتری شناسی، مرکز تحقیقات علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۳. کارشناس مامائی، بیمارستان شهید صیاد شیرازی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۴. دانشجوی کارشناسی ارشد باکتری شناسی، دانشکده پزشکی، گروه میکروب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان، گرگان، ایران.
 ۵. دانشکده پیراپزشکی، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۶. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه بندرگز، ایران.
 ۷. دانشجوی کارشناسی علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

مقدمه و هدف: کاندیدیا یزیس نیز یک عفونت حاد تا تحت حاد است که بوسیله انواع کاندیداها ایجاد می شود در این عفونت، قارچ ممکن است تولید ضایعاتی در دهان، واژن، پوست، ناخن ها، برونش یا ریه نموده، یا به صورت بیماری منتشر در آمده و باعث سپتی سمی، آندوکاردیت و مننژیت گردد. علاوه بر آن وجود کاندید یزیس در حاملگی می تواند به نوزاد منتقل شود و سبب ایجاد برفک های دهانی در نوزاد به هنگام زایمان گردد کاندیدا آلبیکنس عامل اصلی بیماری با شیوع تقریبی ۹۰-۸۰ درصد است و گونه های غیر آلبیکنس (اغلب کاندیدا گلابراتا) در درجه ی بعدی قرار دارند. تحقیق حاضر با هدف تعیین میزان شیوع ابتلا به عفونت واژینال کاندیدیا یزیس در زنان باردار شهرستان گرگان انجام شده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بر روی ۱۵۳ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک ژنیکولوژی و بیمارستان بستری در بیمارستان مرکز صیاد شیرازی گرگان، به طور تصادفی انجام شد. نمونه ها از ترشحات واژینال مشکوک به واژینیت کاندیدیایی به دست آمده و کشت داده شده بود ۱۰۳ گونه کاندیدا با روش فنوتیپی و ژنوتیپی تشخیص داده شد نمونه ها تحت بررسی مستقیم میکروسکوپی با پتاس ۱۰ درصد و همچنین کشت در محیط سابوردکستروز آگار و کورن میل آگار قرار گرفتند جهت تایید نمونه های بالینی از جدایه ی مخمری DNA. ژنومی مخمرهای جدا شده از بیماران، با استفاده از فیلترهای FTA، از کشت تازه استخراج گردید و سپس، ناحیه ی ITS2-ITS1 آن با روش RFLP (Restriction fragment length polymorphism) محصولات PCR روی ژل آگاروز برش داده و با آنزیم HpaII روی ژل آگاروز، الکتروفورز و گونه ی مخمر بر حسب تفاوت الگوی باندهای به دست آمده شناسایی گردید. به منظور جمع آوی اطلاعات فردی باروری افراد توسط پرسشنامه روایی و

پایایی تکمیل گردید. سپس داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری ver15/SPSS و با آزمون های آماری مجذور کای دو و t.test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از ۱۵۳ نفر زن باردار مورد بررسی در این پژوهش تعداد ۱۰۳ نفر مبتلا به کاندیدیازیس واژینال بودند. گونه های کاندیدایی شناسایی شده شامل: ۷۳ مورد (۷۰/۸۷٪) آلبیکنس، ۱۹ مورد (۱۸/۴٪) گالبراتا، ۱۰ مورد (۹/۷٪) پاراپسیلوزیس و ۱ مورد (۰/۹٪) تروپیکالیس بودند که از این میان میزان شیوع کاندیدیدا آلبیکنس واژینال در زنان باردار دیابتی برابر (۸/۱۳) مورد نشان می دهد میزان شیوع این عفونت در زنان باردار مبتلا به دیابت دو برابر خانم های باردار غیر دیابتی است. آزمون کای دو نیز نشان می دهد که بین ابتلا به کاندیدیازیس واژینال با دیابت بارداری رابطه آماری معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). میانگین سن مبتلایان $32/9 \pm 0/7$ سال بود که بالاترین و پایین ترین سن به ترتیب ۴۹ و ۱۷ سال داشتند. اما رابطه آماری معنی داری بین متغیرهای سن، سن ازدواج، شغل، میزان تحصیلات، شاخص توده بدنی و سابقه سقط وجود نداشت.

نتیجه گیری: کاندیدا آلبیکنس شایعترین عامل واژینیت کاندیدایی در زنان باردار می باشد و کاندیدا گلابراتا نیز بیشترین فراوانی را در بین گونه های غیر آلبیکنس داراست. اغلب مبتلایان به دیابت بارداری گونه کاندیدا آلبیکنس بود بنابراین دیابت دوران بارداری یک ریسک فاکتور جهت ابتلا به کاندیدیازیس واژینال می باشد.

کلمات کلیدی: شیوع گونه های کاندیدا، کاندیدا آلبیکنس، دیابت بارداری، مراکز بهداشتی درمانی



معرفی شهرستان گرگان (مرکز استان گلستان)

شهرستان گرگان مرکز استان گلستان شهری زیبا و نگینی در طبیعت چشم‌نواز شمال ایران با وسعت ۱۶۱۵/۸۱ کیلومتر مربع و جمعیتی بالغ بر ۴۱۸۷۷۵ نفر با جاذبه‌های فراوان طبیعی و تاریخی یکی از شهرهای سیاحتی و میعادگاه عاشقان طبیعت و دوستداران تاریخ است. شهرستان گرگان دارای مردمی خونگرم و مهمان‌نواز و متشکل از اقوام گوناگون میباشد. آثاری که متعلق به دوران قبل از تاریخ از نقاط مختلف این شهرستان از جمله تورنگ تپه و شاه‌تپه و... بدست آمده نمایانگر حضور دیرینه انسانها در این منطقه و نشان‌دهنده تمدن آن در هزاره ششم پیش از میلاد است. نام قدیم آن هیرکانیا که مرکز ایالت هیرکانی در زمان اشکانیان بوده است. آقامحمدخان قاجار در این شهر دنیا آمد و گرگان به عنوان پایتخت خانوادگی حکومت قاجار محسوب می‌شد و بنام دارالمومنین معروف بوده که در روی سکه‌های بعد از صفوی ضرب این شهر مشاهده می‌شود و آثار ساختمانی زیادی از دوران صفوی، نادرشاه و قاجار در این شهر ساخته شد که بعضا نیز باقی هستند. این شهرستان دارای جاذبه‌های زیبای گردشگری مشتمل بر کوهسارها، دره‌ها، رودخانه‌ها، آبشارها، چشمه‌سارها و جنگل‌های سرسبز می‌باشد. از جمله پارک‌های جنگلی (ناهارخوران، النگ‌دره، قرن‌آباد، شصت‌کلاته، قرق، گرمابدشت) پارک شهر، سدنومل، آب‌گرم و آبشار دوقلوی زیارت، هزارپیچ، بازارنعلبندان، چهارشنبه‌بازار و دهکده‌های توریستی زیارت شاهکوه. بلندترین ارتفاعات شهرستان با ۳۵۰۰ متر و از نقاط دیدنی و باستانی و مذهبی آن، کاخ آقامحمدخان، کاخ موزه سلطنتی، موزه گرگان، مسجد جامع، مدرسه عمادیه، بافت قدیم شهر و خانه تقوی، کبیر و باقری و تکایای محلات قدیمی، کاروانسراهای سنگی، قزلق، دیملو، رباط سفید و حمام قدیمی (سفره‌خانه سنتی)، تورنگ تپه، شاه تپه، خرگوش تپه، قلعه‌خندان، نرگس تپه، امامزاده‌های: اسحق (نور)، عبدا...، نهتن، مرادبخش، محسن، بی‌بی‌هور- بی‌بی‌نور، طیب قرن‌آباد، سوغات و ره‌آورد سفر شهرستان گرگان عبارتند از: قالی، قالیچه، جاجیم و منسوجات، صنایع روستایی و از شیرینی‌های محلی حلوا اماج، نان خرمایی، زنجبیلی، نانک (پادرازی) را می‌توان نام برد. هوشمندانه سفر کنید.



تلفن‌های ضروری شهرستان گرگان ۱۷۱۰

فرمانداری ۲۲۲۲۴۲۴ میدان ولی عصر ، ابتدای خیابان ۵ آذر
ستاد تسهیلات نوروزی ۲۲۲۲۴۲۴ میدان ولی عصر ، ابتدای خیابان ۵ آذر
طرح اسکان مسافری ۲۲۵۳۳۹۰ میدان وحدت (شهرداری) خیابان پاسداران ساختمان شماره ۲ اداره آموزش و پرورش
راه و ترابری ۳۳۳۷۵۵۴ - ۳۳۵۳۱۳۱ جرجان، روبروی تلسر فراز
حمل و نقل و پایانه ها ۲۵ - ۲۲۴۸۷۲۰ خیابان شهید بهشتی ، خیابان ملاقاتی ، جنب انبار مینو
راه آهن ۱۳۹ خط کمر بندی
اداره گاز ۱۹۴ چهارراه گلها ، اداره گاز
رسیدگی به شکایات گردشگری ۲۲۴۵۸۱ گرگان ، خیابان امام خمینی ، آفتاب ۱۵، جنب امام زاده نور
بازرگانی ۱۲۴ * ۵ - ۲۲۹۶۶۳ خیابان شهید بهشتی ، بهشت ۸ ، سازمان بازرگانی استان
سازمان میراث فرهنگی ۲۲۲۶۰۶ - ۲۲۶۱۸۰۳ گرگان، خیابان امام خمینی، آفتاب ۱۵، جنب امامزاده نور

فروشگاه های صنایع دستی

صنایع دستی گرگان - (بلوار جانبازان - نبش جانبازی ام) ۲۳۴۴۸۳۵
صنایع دستی مامبو (خ سرخواجه - روبروی سرخواجه ششم) ۲۲۳۸۵۰۸
صنایع دستی یحیی (جاده نهار خوران - روبروی کارواش) ۵۵۲۱۳۴۲
صنایع دستی ترکمن (پاساژ شیرنگی - روبروی دفتر فنی عباسی) ۲۲۲۶۸۲۴
صنایع دستی چوب (ابتدای خ لشکر)



صنایع دستی (گالری لوتوس) (خ ولیعصر - مجتمع تجاری مرسل) ۲۲۶۴۶۹۷
 صنایع دستی بوعلی شعبه یک (خ ۵ آذر - مقابل سینما رسالت) ۲۲۵۳۲۳۹
 صنایع دستی بوعلی شعبه دو (خ خمینی - نبش پاساژ بجنوردی) ۲۲۲۴۱۰۲
 صنایع دستی بوعلی شعبه سه (بلوار جاده نهارخوران - جنب چایخانه سنتی صفا) ۹۱۱۱۷۱۳۸۸۵
 صنایع دستی بوعلی شعبه چهار (چهارراه دانش - روبرو دیدانشیکم زیر قلعه هیک) ۳۳۲۰۷۹۹

موقعیت جاذبه های شهرستان گرگان

تورنگ تپه - در قسمت شمال شرقی شهرستان گرگان - جاده آسفالت - فاصله تا شهرستان گرگان ۱۷ کیلومتر نزدیک روستا مسجد جامع گرگان - در بازار قدیمی نعلبندان و در بافت قدیم شهر - جاده آسفالت - در مرکز شهر گرگان
 امام زاده نور - در کوی سرچشمه و در بافت قدیم شهر - جاده آسفالت - در مرکز شهر گرگان
 مدرسه عمادیه - بنا در محله قدیمی درب نو - جاده آسفالت - در مرکز شهر
 بافت قدیم گرگان - هسته مرکزی شهر گرگان - جاده آسفالت - هسته مرکزی شهر گرگان
 موزه گرگان - چهار راه شهدا - جاده آسفالت - جنب امامزاده عبدالله
 طبیعت ناهار خوران - در جنوب شهر گرگان قرار دارد - جاده آسفالت - فاصله تا مرکز شهر ۷ کیلومتر
 پارک جنگلی النگدره - در جنوب شهرستان گرگان - جاده آسفالت - فاصله تا مرکز شهر ۳ کیلومتر
 پارک جنگلی قرق - در شرق شهرستان گرگان - جاده آسفالت - فاصله تا مرکز شهر ۲۳ کیلومتر
 جنگل شصت کلاته - در جنوب غربی شهرستان گرگان - جاده آسفالت - فاصله تا مرکز شهر ۸ کیلومتر
 روستای زیارت - در جنوب شهرستان گرگان - جاده آسفالت - فاصله تا مرکز شهر ۱۲ کیلومتر
 آبشار دوقلوی زیارت - در ۳ کیلومتری روستای زیارت - جاده آسفالت - در فاصله ۱۵ کیلومتری جنوب گرگان
 جنگل و امامزاده قرن آباد - در شرق شهرستان گرگان - جاده آسفالت
 چهار شنبه بازار - ورودی گرگان - بلوار الغدير - جاده آسفالت

ناهارخوران

ناهارخوران و منطقه جنگلی آن که در چهار کیلومتری جنوب شهر گرگان واقع شده، با درختان سر به فلک کشیده و نیز همراه با امکانات گردشگری، تفرجگاهی زیبا با چشم اندازی دیدنی در منطقه ایجاد کرده که گردشگران بی شماری در تمام ایام سال را به سوی خود جذب می کند.

جنگل النگدره

جنگل النگدره که به عنوان یکی از هفت منطقه نمونه گردشگری کشور و همچنین پارک جنگلی شاخص شمال کشور انتخاب شده، در بلوار ناهارخوران گرگان قرار دارد. رودخانه فلاشی از قسمت جنوب پارک تا شمال امتداد دارد و تقریباً از وسط آن می گذرد. در نزدیکی این رودخانه، ۳ چشمه وجود دارد که چشم انداز طبیعی منحصر به فردی ایجاد کرده است. پوشش گیاهی این جنگل را درختان انجیلی و ممرز، توسکا، لرگ، افرا، بلوط، بید، شیردار و خردمندی تشکیل می دهد. امکانات موجود در پارک النگدره شامل برق رسانی، سرویس های بهداشتی، جاده آسفالت، نمازخانه، پارک کودک، زمین ورزش، ساختمان های نگهداری و منطقه کمپینگ است.

طبیعت سردانسر



سردانسر یکی از مناظر طبیعی بکراستانگلستاناست. برایسفر بهسردانسر بایداز میانه روستای زیارت به سمت نخود چشمه و پس از آن به سمت چکل پیرزن حرکت کنیم.

جنگل توسکستان

جنگل توسکستان در جنوب شرقی گرگان و در ۴۰ کیلومتری این شهرستان واقع شده است. بالاترین نقطه این جنگل را منطقه جهان نما می نامند که با عبور از جاده های پرپیچ و خم به آن می رسند. در زمستان این منطقه پوشیده از برف و یخ است و هوای بسیار سرد آن اجازه اقامت طولانی را در آن نمی دهد و در تابستان هوای خنک و دلنشین و حتی کمی سرد آن موجب توجه بسیاری از گردشگران به جنگل توسکستان شده است.

دریاچه توشن

این دریاچه در حاشیه جنوبی روستای توشن در النگدره واقع در ۵ کیلومتری جنوب شهرستان گرگان قرار دارد. وجود مناطق جنگلی النگدره در کنار دریاچه سد و وجود ماهیان مختلف در آب دریاچه فضایی زیبا به این محیط بخشیده است. این منطقه در فصول مختلف مورد استفاده ماهیگیری و کمپینگ قرار می گیرد.

آبشار شصت کلاته

آبشار شصت کلاته (فیروزمحل) گرگان در استان گلستان واقع است. آبشار شصت کلاته در انتهای جنگل شصت کلاته در ۲۲ کیلومتری جنوب غرب گرگان واقع شده و مسیر دسترسی به آن از میان این جنگل زیبا می گذرد. رودخانه شصت کلاته به طول تقریبی ۴۳ کیلومتر از دامنه های شمالی کوه قل بلاغ سرچشمه گرفته و در مسیر خود آبشارهایی چون باران کوه و شصت کلاته را آفریده است.

آبشار نومل

این مجموعه شامل ۶ آبشار بزرگ است که مسیر دسترسی بسیار دشواری دارند. به دلیل سختی مسیر منطقه بسیار بکر و دست خورده باقی مانده است. بلندترین آبشار منطقه به آبشار نومل شهرت دارد که بیش از ۳۰ متر ارتفاع دارد. این مجموعه آبشار در فاصله ۴ کیلومتر در شمال روستای نومل در دل جنگل های منطقه چهل گیسو (چلگیسو) واقع شده اند. دسترسی به این آبشارها نیاز به راهنمای محلی دارد.

آبشارهای دره تل انبار

آبشارهای دره تل انبار در نزدیکی روستای زیارت واقع شده است. این دره متشکل از ۵۳ آبشار ۲ الی ۴۰ متری است که ۲۰ آبشار آن بیش از ۱۰ متر ارتفاع دارند. برای بازدید از این آبشارها نیاز به مهارت های فنی و تجهیزات فرود است. ۲۵ آبشار در این دره نیازمند فرود با طناب است. شایان ذکر است پس از فرود از آبشار اول این دره، باید مسیر را ادامه داد و راه بازگشت وجود ندارد.

کوه تاوورنراب

کوه تاوورنراب (Tavarnarab) در جنوب شهر گرگان و در بالای سر روستای «زیارت» قرار دارد. دامنه شمالی این کوه که مشرف بر شهر گرگان است، پوشیده از جنگل است. جاده گرگان شاهرود که رشته کوه البرز را قطع می کند، از خط الراس این کوه عبور می کند.

کوه تل انبار



اگر از شهر گرگان به سمت جنوب روبرگردانیم، رشته کوهی را می بینیم که شهر را همچون کمانی در برگرفته بلندترین قله این رشته کوه تل انبار نام دارد.

کوه جنگل تل انبار در فاصله ۲۳ کیلومتری جنوب گرگان و در ۶ کیلومتری شمال غربی روستای چهارباغ قرار گرفته است. ارتفاع آن از سطح دریا ۳۰۳۰ متر است و سرچشمه رودهای چهار باغ، سوته رود و خاصه رود است. گرگان رود، این رودخانه از کوه های آلا داغ در شمال بجنورد سرچشمه می گیرد و در مسیری به طول دویست کیلومتر، پس از عبور از دره های پریپچ و خم کوهستانی، صحرای کلان، گنبد کاووس، دشت گرگان در نقطه ای به نام خواجه نفس وارد دریای مازندران شده که به تدریج وارد این رودخانه بزرگ می شود.

منطقه شکار ممنوع چلچلی

نام منطقه شکار ممنوع چلچلی از نام کوه چلچلی در ارتفاعات جنوب شرق گرگان گرفته شده است. به دلیل صعب العبور بودن و عدم توسعه راه های دسترسی، دارای طبیعتی بکر و نسبتاً دست نخورده است. منطقه چلچلی یکی از بهترین مناطق زیست مرال، شوکا، پلنگ، خرس، خوک وحشی، کبک دری، قوچ و میش، کل و بز و انواع پرندگان شاخه نشین است. چشمه سارهای فراوان این منطقه سرچشمه رودخانه قره سو را تشکیل می دهند.

منطقه حفاظت شده جهان نما

مرکز تفریحی جهان نما با برخورداری از طبیعت زیبا و جانوران وحشی، از منابع باارزش استان گلستان است. که در مناطق مرتفع جنوب شهرستان گرگان و جنوب شرقی شهرستان کردکوی، در رشته کوه های البرز قرار گرفته است. بخش مهم آن در حوزه شهرستان کردکوی و ناحیه شرقی آن در حوزه شهرستان گرگان قرار دارد. در منطقه حفاظت شده جهان نما غاری به همین نام وجود دارد.

جنگل شصت کلا

جنگل شصت کلا در ۶ کیلومتری جنوب غربی شهر گرگان واقع است و در نقاط بکر و دور از دسترس آن، جانوران وحشی و درنده دیده می شود. در کف تاریک جنگل و در کنار درختان می توان انواع قارچ های رنگارنگ و بعضاً سمی را یافت که بسیاری از آن ها خواص دارویی و صنعتی مهمی دارند .

آبشار رنگو

آبشار رنگو در ۱۵ کیلومتری جنوب غربی شهرستان گرگان واقع شده است. این آبشار که بستری نیم دایره ای شکل دارد، شامل یک محل ریزش اصلی و چند محل ریزش فرعی است. با توجه به وضعیت و نمای زیبای آبشار و وجود تنوع پوشش گیاهی در پیرامون آن و برخورداری از هوای خنک و لطیف، یکی از جاذبه های طبیعی استان محسوب می شود.

آبشار زیارت

آبشار زیارت در ۵ کیلومتری جنوب روستای زیارت واقع شده است. این آبشار در مسیر یکی از شعبات فرعی رودخانه خاصه رود قرار دارد. این آبشار از ارتفاع حدود ۱۶متری به داخل حوضچه ای می ریزد و در فصول بهار و تابستان مورد بازدید مردم استان و سایر نقاط کشور قرار می گیرد.





معرفی هتل ها و اقامت گاه های گرگان

*هتل بوتانیک گرگان

آدرس استان گلستان، گرگان، کیلومتر ۱۰ جاده گرگان - ساری، روبروی روستای نودیجه تلفن (017) 32311111 - فکس 32311115
(017) همراه 0911-171-7949 - ایمیل info@hotelbotanic.com - وبسایت www.hotelbotanic.com

*هتل شهاب ناهارخوران گرگان

آدرس: گرگان، بلوار ناهارخوران، ۳۰۰ متر مانده به کلانتری، هتل شهاب گرگان

تلفن: ۰۱۷۳۲۵۴۴۴۱۹-۲۰

فکس: ۰۱۷۳۲۵۴۴۴۱۸

*هتل آذین گرگان

آدرس هتل آذین گرگان: گرگان، ابتدای جاده ورودی گرگان، قبل از پل انجیراب، هتل آذین گرگان شماره تلفن هتل آذین گرگان :
01732423004 شماره فکس هتل آذین گرگان 01732435350-9

*هتل جهانگردی ناهارخوران گرگان

آدرس: گرگان - جاده ناهارخوران - روبروی هتل شهرداری

پارک جنگلی ناهار خوران گرگان

تلفن ها 5540034-5543278-5547278-0171

فاکس 5542279-0171

*هتل زیارت گرگان

آدرس هتل زیارت گرگان: گرگان، روستای زیارت - تلفن: ۰۱۷۳۲۱۰۰۸۴۷ - فکس ۰۱۷۳۲۲۰۲۲

*هتل آپارتمان گل نرگس گرگان - آدرس

گرگان - دور میدان مدرس

شماره تماس : 09117019199 - 01732151781 - 01732151782

*هتل خیام گرگان



آدرس هتل خیام گرگان: گرگان، خیابان امام خمینی، نبش آفتاب ۱۵- تلفن: ۰۱۷۱۲۲۵۰۹۱۶- فکس: ۰۱۷۱۲۲۴۹۲۴

هتل فرهنگیان گرگان

آدرس: گرگان - بلوار نهارخوران

تلفن: ۰۱۷۳۲۵۴۵۲۷۷

هتل طهماسبی گرگان

آدرس: گرگان - خیابان جمهوری

تلفن: گرگان - خیابان جمهوری

تلفن: ۰۱۷۳۲۴۲۳۷۸۰

هتل معروف گرگان

آدرس: گرگان - خیابان جمهوری - روبروی کمربندی غربی - هتل معروف

تلفن: ۰۱۷۳۲۴۲۵۵۹۱

هتل پارتیا گرگان

آدرس هتل پارتیا گرگان: گرگان، بلوار نهارخوران

تلفن ۰۱۷۱۵۳۴۸۳۷- فکس ۰۱۷۱۵۵۳۴۸۳۶

هتل آپارتمان گلستان گرگان-گرگان، میدان بسیج، انتهای افسران ۲، بلوار ۶۰ متری

هتل آپارتمان پردیس گرگان- گرگان، روستای زیارت

*مهمانپذیر رازی گرگان آدرس: گرگان - میدان وحدت (شهرداری) - پشت بازار امام تلفن: ۰۱۷۳۲۲۴۶۱۳

*مهمانپذیر پارس گرگان-آدرس: گرگان - میدان وحدت، پشت بازار امام تلفن: ۰۱۷۳۲۲۴۶۱۳

