

روان‌سنجی مقیاس سنجش سواد سلامت باروری در زنان سنین باروری

زینب حیدری^۱، مریم دهقانی^۲، زهرا سهرابی^۳، مژگان جانی قربان^۴، فاطمه محمدی^۵، معصومه جلیلی^۶، صدیقه فرضی^۷

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت باروری طیف گسترده‌ای از موضوعات نظیر برنامه‌ریزی باروری، مراقبت‌های قبل و حول زایمان، پیشگیری و درمان عفونت‌های تناسلی و آمیزشی، سقط، غربالگری سرطانها، درمان ناباروری را در بر می‌گیرد. از آنجایی که سواد سلامت در ارتقا سلامت نقش کلیدی دارد، وجود ابزارهای معتبر برای سنجش آن ضروری است. هدف مطالعه روان‌سنجی مقیاس سنجش سواد سلامت باروری در زنان سنین باروری بود.

روش بررسی: روش این مطالعه توصیفی-مقطعی است. نسخه ژاپنی مقیاس سواد سلامت باروری مبنای تدوین پرسشنامه ما بود که پس از انجام فرایند ترجمه، تایید روایی صوری و محتوایی کیفی و کمی، بررسی روایی سازه آن با تکمیل پرسشنامه توسط ۲۹۰ زن واقع در در سنین باروری انجام شد. روایی سازه با انجام تحلیل عامل اکتشافی و پایایی با محاسبه همبستگی درونی بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل عاملی اکتشافی منجر به استخراج ۲۷ گویه ذیل پنج عامل شامل «درک و کاربرد اطلاعات»، «دانش خودمراقبتی»، «تحلیل موثق بودن اطلاعات»، «آگاهی نسبت به بدن زنان» و «سواد سلامت تعاملی» شد که مجموعاً ۵۸/۰۷ درصد از واریانس را تبیین نمودند. پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ مورد تایید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: از آنجا که مقیاس سنجش سواد سلامت باروری روان‌سنجی شده در این مطالعه از روایی و پایایی و وضوح و شفافیت مطلوبی برخوردار است. می‌توان آن را به عنوان یک مقیاس قابل اعتماد جهت سنجش سواد سلامت باروری زنان و نیز طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر نیازهای آنها بکار گرفت.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، سلامت باروری، زنان، مقیاس، روان‌سنجی

پیام کلیدی: مقیاس معرفی شده برای سنجش سواد سلامت باروری در زنان از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و می‌تواند ابزاری مؤثر برای پایش سطح سواد سلامت باروری و طراحی مداخلات آموزشی متناسب با نیازهای زنان در سنین باروری باشد.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۸/۸

ارجاع: زینب حیدری، دهقانی مریم، سهرابی زهرا، جانی قربان مژگان، محمدی فاطمه، معصومه جلیلی، صدیقه فرضی. روان‌سنجی مقیاس سنجش سواد سلامت باروری در زنان سنین باروری. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۴۰۳؛ ۲۱(۴): ۲۲۷-۲۲۰.

فرهنگ و ساختار نظام سلامت است. همچنین، مفهوم «میدان سلامت» شامل رسانه‌ها، نهادهای دولتی، فروشگاه‌ها و سایر موقعیت‌های مرتبط با سلامت نیز در این زمینه نقش ایفا می‌کنند.

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۲. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران
 ۳. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۴. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۵. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- نویسنده طرف مکاتبه:** فاطمه محمدی، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: f.mohammadi@nm.mui.ac.ir

مقدمه

اهمیت سواد سلامت، اگرچه سال‌هاست مورد تأکید متخصصان قرار گرفته، اما از سال ۲۰۱۰ که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های ضروری در دستیابی به سلامت جمعی مطرح شد، مورد توجه جدی‌تری قرار گرفت. این توجه به سبب نقش کلیدی آن در ارتقای کیفیت زندگی، افزایش سال‌های زندگی سالم و کاهش نابرابری‌های سلامت است (۱). سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را توانایی فرد در دسترسی، درک و به‌کارگیری اطلاعات سلامت برای اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه تعریف می‌کند (۲) Sorensen و همکاران نیز آن را ترکیبی از انگیزه، تصمیم‌گیری آگاهانه و توانایی استفاده از دانش سلامت معرفی کرده‌اند (۳). در مجموع، سواد سلامت شامل دسترسی به خدمات، تحلیل و استفاده از اطلاعات و تصمیم‌گیری مؤثر در حوزه سلامت است (۴).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سواد سلامت با پیامدهای سلامت مرتبط است. افرادی با سواد سلامت بالاتر معمولاً سبک زندگی سالم‌تری دارند (۵)، ارتباط بهتری با تیم سلامت برقرار می‌کنند، استقلال بیشتری در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت دارند و توانایی بیشتری در یافتن اطلاعات صحیح در فضای مجازی از خود نشان می‌دهند (۶،۷). سواد سلامت تحت تأثیر عواملی مانند مهارت‌های فردی، زبان،

تا ۴۹ ساله تحت پوشش مراکز سلامت شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای انجام و از هر منطقه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق و غرب) دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد (در مجموع ۸ مرکز). سپس بر اساس جمعیت تحت پوشش، تعداد نمونه‌ها از هر مرکز تعیین و نمونه‌گیری به صورت آسان صورت گرفت. ابزار اصلی برگرفته از مقیاس توسعه‌یافته توسط Kawata و همکاران در ژاپن (۲۰۱۴) بود. این ابزار دارای ۲۱ گویه بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (کاملاً درست تا کاملاً نادرست، با نمره‌دهی ۱ تا ۴) بود که نمره کل بین ۲۱ تا ۸۴ متغیر است (۱۴). فرآیند ترجمه به فارسی با رعایت مدل بریسلین (۲۰) و با استفاده از روش ترجمه و بازترجمه توسط مترجمان مسلط به زبان‌های فارسی و ژاپنی انجام شد. نسخه‌های ترجمه‌شده و بازترجمه‌شده توسط کمیته‌ای از پژوهشگران بررسی و نسخه نهایی به تأیید نویسنده اصلی رسید.

در مرحله بعد، روایی صوری و محتوای کیفی با مشارکت ۱۵ متخصص سلامت باروری و ۵ متخصص آموزش سلامت مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نظرات ارائه‌شده، ۱۱ گویه جدید به ابزار افزوده شد و مجموع گویه‌ها به ۳۲ رسید. روایی محتوای کمی با استفاده از نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ارزیابی شد. در مرحله CVR، ابزار در اختیار ۱۵ متخصص قرار گرفت و بر اساس جدول لاوشه، گویه‌هایی با نمره بالاتر از ۰/۴۹ حفظ شدند (۱۸). در این مرحله دو گویه حذف و تعداد گویه‌ها به ۳۰ کاهش یافت. سپس با استفاده از مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای، CVI بر اساس سه شاخص سادگی، وضوح و ارتباط با مفهوم سنجیده شد. بر اساس معیار Bausell و Waltz و گویه‌هایی با CVI بالاتر از ۰/۷۰ حفظ شدند (۲۱) و در این مرحله یک گویه دیگر حذف شد. در نهایت، نسخه ۲۹ گویه‌ای وار مرحله روایی سازه شد.

برای بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. بر اساس دیدگاه Pett و همکاران، به ازای هر گویه به حداقل ۱۰ نمونه نیاز است (۲۲)، از این رو، ۲۹۰ زن واجد شرایط پرسشنامه را تکمیل کردند. معیارهای ورود شامل تابعیت ایرانی، تمایل به همکاری، نداشتن اختلال روان‌پزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی و توانایی سواد پایه بود. تکمیل ناقص پرسشنامه به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. پژوهشگر با اخذ مجوزهای لازم، در مراکز جامع سلامت حضور یافته، پس از معرفی و تشریح اهداف پژوهش، رضایت‌نامه کتبی دریافت کرد. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند.

پیش از تحلیل عاملی، کفایت نمونه با آزمون (KMO) (23) و معناداری ماتریس همبستگی با آزمون بارتلت بررسی شد (۲۴). به منظور تعیین تعداد عوامل از مقدار ویژه (Eigenvalue) و نمودار سنگ‌ریزه‌ای استفاده شد و برای ساده‌سازی ساختار عاملی، چرخش واریمکس به کار رفت. همبستگی بالاتر از ۰/۳ بین گویه‌ها و عامل‌ها قابل قبول در نظر گرفته شد (۲۵). در نهایت، برای سنجش پایایی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد (۲۶). کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

از آنجا که سواد سلامت حاصل تعامل فرد با این میدان‌ها است، هم فرد و هم ساختارهای محیطی در ارتقای آن مؤثرند. در این راستا، نظام آموزش، نظام سلامت و جامعه به‌عنوان سه بستر کلیدی مداخله برای ارتقای سواد سلامت شناخته می‌شوند (۸).

به منظور ارتقای سلامت در هر زمینه‌ای، طراحی برنامه‌های سلامت محور مبتنی بر نیازها و اطلاعات دقیق ضروری است (۹). یکی از ابزارهای کلیدی برای گردآوری این اطلاعات، پرسشنامه‌ها هستند. از جمله این ابزارهای شناخته‌شده می‌توان به آزمون «سواد عملکردی سلامت در بزرگسالان» (10) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)، نسخه کوتاه‌شده آن (Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) (11) و «برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی» (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (12) اشاره کرد. با این حال، مطالعات مروری مانند مطالعه توکلی و همکاران نشان داده‌اند که ابزارهای موجود فاقد جامعیت لازم در پوشش ابعاد مختلف سواد سلامت هستند و نیاز به ابزارهایی ساده‌تر و دقیق‌تر احساس می‌شود (۱۳).

در حوزه سلامت باروری، در سال ۲۰۱۴ پرسشنامه‌ای با عنوان «مقیاس سواد سلامت باروری» در ژاپن طراحی شد (۱۴). در ایران، محمدی و همکاران در استفاده از این ابزار، محدودیت‌هایی نظیر ناکافی بودن محتوای گویه‌ها و نوع نگارش آن را مطرح کردند (۱۵). در سال ۲۰۲۵ نیز Rauf و همکاران پرسشنامه‌ای ویژه زنان پناهنده تهیه کردند که مشتمل بر ۱۰ گویه برگرفته از ابزارهایی مانند پرسشنامه سواد سلامت مرتبط با سرطان سرویکس، مقیاس سواد سلامت دوران پس از زایمان و ابزار سواد سلامت بزرگسالان ایرانی بود. نویسندگان بیان کرده‌اند که پرسشنامه تدوین شده تمام ابعاد سلامت باروری شامل نمیشود و جنبه مهمی مانند ارتباط مؤثر را نیز دربر نمی‌گرفت Tomsho و همکاران (۱۶) نیز ابزاری برای سنجش سواد سلامت باروری زنان در زمینه آلودگی‌های محیطی مانند فتالات طراحی کردند که عمدتاً بر ابعادی مانند تاثیر فتالات بر باروری، رفتارهای پیشگیرانه و منافع نظارتی تمرکز داشت و مفاهیم پایه سلامت باروری را شامل نمی‌شد (۱۷). دیگر ابزارهای موجود نیز بیشتر مختص نوجوانان یا گروه‌های سنی خارج از سنین باروری بوده‌اند (۱۸-۱۹).

با توجه به خلا موجود در ابزارهای استاندارد و معتبر فارسی، انجام پژوهشی برای روان‌سنجی مقیاسی مناسب در زمینه سواد سلامت باروری ضروری به نظر می‌رسید. پژوهشگران این مطالعه با تکیه بر ابزار ژاپنی مطالعه حاضر را با هدف روان‌سنجی مقیاس سنجش سواد سلامت باروری در زنان در سنین باروری تحت پوشش خدمات مراکز سلامت شهر اصفهان انجام دادند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۲۰۲۴ با هدف روان‌سنجی مقیاس سنجش سواد سلامت باروری در میان زنان ۱۵

جدول ۱: شاخص کفایت حجم نمونه کایزر- مایر- الکین و

نتایج آزمون کرویت بارتلت

۰/۹۰۰	آماره KMO (کفایت حجم نمونه)
۳۸۰۱/۰۴	آزمون بارتلت، تقریب کای-اسکوئر
۴۰۶	درجه آزادی
۰/۰۰۰	سطح معناداری (BT)

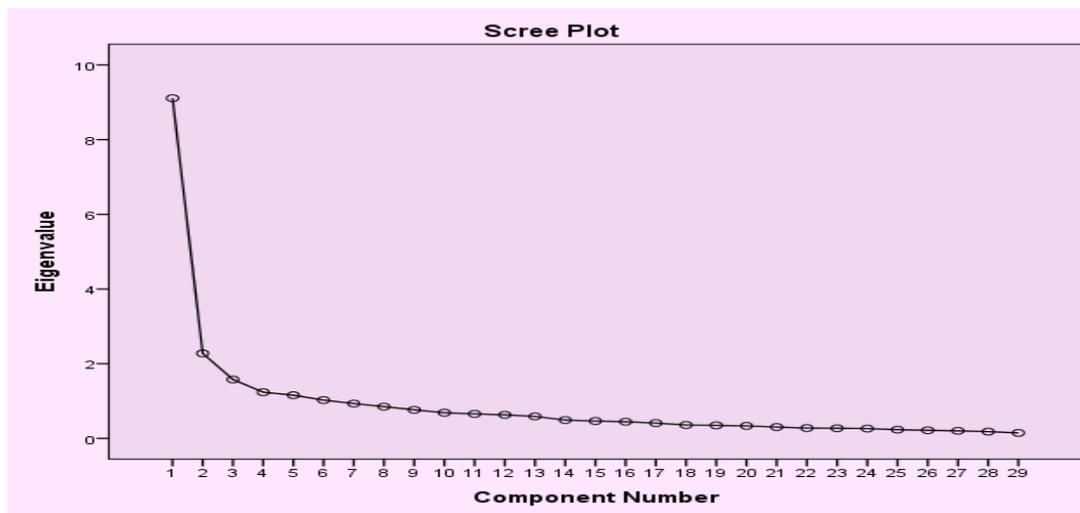
در مرحله نخست انجام تحلیل عاملی، ماتریس ضرایب همبستگی محاسبه شد و متغیرهایی که با سایر متغیرها دارای همبستگی بودند، وارد تحلیل شدند. ضرایب همبستگی بیش از ۰/۳ قابل قبول تلقی شدند؛ در نهایت تمام ۲۹ گویه وارد تحلیل عاملی شدند. در ادامه، تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش وریماکس انجام شد. در نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی و بر اساس شاخص کیسر، چهار عامل با مقدار ویژه بیشتر از یک شناسایی شدند که در مجموع ۵۳/۷۰٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. اما با توجه به مبانی نظری (اجماع تیم تحقیق) و نمودار سنگریزه‌ای (شکل ۱)، پنج عامل استخراج گردید که ۵۸/۰۷٪ از واریانس را تبیین کردند (جدول ۲).

مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1400.024 از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شد. پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از اهداف پژوهش مطلع شدند، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آن‌ها اخذ گردید، محرمانه بودن اطلاعات تضمین شد و تمامی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند.

یافته‌ها

هدف مطالعه، روان‌سنجی مقیاس سنجش سواد سلامت باروری زنان بود که بر پایه مقیاس سواد سلامت باروری Kawata و همکاران تدوین شد. ابزار اولیه پس از ارزیابی روانی صوری و محتوایی (کیفی و کمی) و حذف گویه‌های نامناسب، با ۲۹ گویه وارد مرحله روایی سازه شد. مقیاس توسط ۲۹۰ زن در سنین باروری تکمیل گردید (میانگین سنی زنان ۳۴±۷/۲ سال، اکثر آنها ۴۳٪ دیپلم و ۶۴٪ خانه‌دار بودند). همه پرسش‌نامه‌ها کامل و قابل تحلیل بودند.

پیش از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون کفایت حجم نمونه کیسر-مایر-اولکین (KMO) انجام شد که از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.0001$). نتیجه آزمون کرویت بارتلت نیز از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.0001$). بنابراین، کفایت داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی تأیید گردید (جدول ۱).



شکل ۱: نمودار سنگریزه‌ای نشان‌دهنده تعداد مناسب عاملها برای مقیاس سنجش سواد سلامت باروری

جدول ۲: واریانس عاملهای پرسشنامه سواد سلامت باروری در زنان سنین باروری

عامل	واریانس (درصد)	واریانس تجمعی (درصد)	واریانس کلی
۱	۱۵/۲۷۰	۱۵/۲۷۰	۴/۰۳۸
۲	۱۲/۰۵۰	۲۷/۳۲۶	۳/۱۸۸
۳	۱۲/۹۷۷	۴۰/۳۰۴	۳/۴۴۲
۴	۱۰/۰۲۰	۵۰/۳۲۴	۲/۶۵۰
۵	۷/۷۵۲	۵۸/۰۷۶	۲/۰۵۰

«ارزیابی موثق بودن اطلاعات» شامل ۴ گویه، عامل چهارم «آگاهی نسبت به بدن زن» شامل ۵ گویه و عامل پنجم «سواد سلامت تعاملی» شامل ۴ گویه بود (جدول ۳). همچنین، انسجام درونی ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی و با ضریب ۰/۹۲ تأیید شد (۲۶). مقیاس روانسنجی شده ی «سنجش سواد سلامت باروری زنان سنین باروری» شامل ۲۷ گویه است که به صورت خودگزارشی تکمیل می‌شود و نمره‌دهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌گیرد (خیلی زیاد = ۴، زیاد = ۳، متوسط = ۲، کم = ۱، خیلی کم = ۰). دامنه نمره‌گذاری ابزار از ۰ تا ۱۰۸ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از سواد سلامت باروری می‌باشند.

سیس با استفاده از چرخش وریماکس در تحلیل عاملی اکتشافی، حداقل بار عاملی برای حفظ گویه‌ها ۰/۴ در نظر گرفته شد؛ بنابراین، در این مرحله، دو گویه که نتوانستند بار عاملی ۰/۴ را حفظ کنند، از ابزار حذف شدند و ۲۷ گویه در مقیاس باقی ماند که در زیر پنج عامل در نظر گرفته شده جای گرفت. برای حفظ ارتباط مفهومی و محتوایی مناسب میان نام‌گذاری عوامل و مفهوم مورد ارزیابی، علاوه بر نتایج آماری، پژوهشگران از دانش و رویکرد تخصصی خود نسبت به مفهوم نیز بهره گرفتند و فرآیند نام‌گذاری عوامل به این ترتیب انجام شد: عامل اول «درک و کاربرد اطلاعات» شامل ۸ گویه، عامل دوم «دانش خودمراقبتی» شامل ۶ گویه، عامل سوم

جدول ۳: گویه‌ها و مقادیر ویژه ی گویه‌ها ی پرسشنامه ی پنج عاملی سنجش سواد سلامت باروری زنان سنین باروری

گویه	عامل				
	۱	۲	۳	۴	۵
توصیه‌های پزشک یا داروخانه را در رابطه با مصرف داروهای تجویز شده (برای درما بیماری تناسلی یا باروری) به خوبی متوجه می‌شوم.	۰/۴۰۶				
اطلاعاتی که در مورد سلامت زنان از رادیو یا تلویزیون می‌شنوم را به خوبی متوجه می‌شوم.	۰/۵۴۲				
مطالب مرتبط با سلامت سیستم تناسلی و باروری موجود در منابع مختلف (مانند کتاب، مجله، بروشور دارویی، برگه آموزشی) را به راحتی متوجه می‌شوم.	۰/۵۱۵				
اطلاعات و توصیه‌های داده شده در ارتباط با پیشگیری یا درمان بیماری‌های سیستم تناسلی و باروری را می‌توانم عملاً به کار ببرم.	۰/۷۳۴				
برای مراقبت از سلامت سیستم تناسلی و باروری خود می‌دانم چه کارهایی (رعایت بهداشت، مراجعه منظم به پزشک یا ماما، انجام آزمایشات دوره‌ای) را باید انجام دهم.	۰/۵۶۱				
برای تسکین دردهای شدید قاعدگی می‌توانم اقدامات موثری انجام دهم.	۰/۴۵۴				
در مورد زمان و تعداد بارداری‌های خود برنامه‌ریزی دارم.	۰/۴۳۷				
می‌دانم چه زمانی نیاز است برای گرفتن مشورت، مجدداً به پزشک دیگری مراجعه کنم.	۰/۳۵۱				
علائم بارداری (عقب افتادن قاعدگی‌ها، احساس ضعف و خواب آلودگی، حساسیت و سنگینی پستان‌ها، تهوع و استفراغ، و غیره) را می‌شناسم.	۰/۵۰۹				
می‌دانم در صورت شک به بارداری باید چه کارهایی (مانند تست بارداری، مراجعه به مرکز بهداشت یا مطب، مصرف اسیدفولیک) را انجام بدهم.	۰/۴۹۶				
می‌دانم در صورت تمایل برای باردار شدن انجام مراقبت‌های قبل از بارداری ضروری است.	۰/۴۸۰				
انواع مختلف روش‌های جلوگیری از حاملگی را می‌شناسم.	۰/۶۰۸				
می‌دانم به انجام چه کارهایی «رفتار پر خطر جنسی» گفته می‌شود.	۰/۷۸۲				
علائم ابتلا به عفونت‌های مقاربتی (ترشحات رنگی و بودار، خارش، سوزش، خونریزی نامنظم قاعدگی، درد) را می‌دانم.	۰/۵۰۹				
می‌توانم درستی یا نادرستی اطلاعات کتاب‌ها و مجلات در مورد سیستم تناسلی و باروری را تشخیص بدهم.	۰/۸۴۵				
می‌توانم درستی یا نادرستی اطلاعات سایت‌ها، کانال‌ها یا صفحات مجازی در مورد سیستم تناسلی و باروری را تشخیص بدهم.	۰/۹۵۲				
می‌توانم تشخیص دهم که مطالب یک سایت، کانال یا صفحه مجازی قابل اعتماد است یا نه.	۰/۹۶۸				
می‌دانم برای کسب اطلاعات صحیح در مورد سیستم تناسلی و باروری از چه افرادی باید سوال کنم.	۰/۴۶۳				
از علت وقوع خونریزی‌های قاعدگی (ریزش دیواره داخلی رحم در اثر تغییرات هورمون‌ها) اطلاع دارم.	۰/۶۳۳				

گویه	عامل				
	۱	۲	۳	۴	۵
فاصله زمانی بین دو خونریزی قاعدگی خودم را می‌دانم.					۰/۴۴۱
از تغییرات روانی مربوط به قاعدگی (مانند حساس شدن، تمایل به گریه کردن، کاهش تمرکز و ...) اطلاع دارم.					۰/۷۶۹
از تغییرات جسمی مربوط به قاعدگی (مانند حساسیت پستان‌ها، تورم یا سنگینی در بدن، سردرد و ...) اطلاع دارم.					۰/۸۹۹
در مورد چگونگی باردار شدن (تشکیل جنین در نتیجه لقاح تخمک و اسپرم در اواسط چرخه قاعدگی) اطلاع دارم.					۰/۵۲۶
زمانی که در مورد مسائل مرتبط با سلامت سیستم تناسلی و باروری اطلاعاتی نیاز داشته باشم، به راحتی می‌توانم آن اطلاعات را به دست آورم.					۰/۳۹۴
اگر زمانی توصیه‌ها و توضیحات کارکنان بهداشتی و درمانی (پزشک، پرستار، ماما و ...) را درباره سلامت سیستم تناسلی و باروری متوجه نشدم، می‌توانم در مورد آن سوال کنم.					۰/۵۲۵
هنگام مشورت با کارکنان بهداشتی و درمانی (پزشک، پرستار، ماما) درباره وضعیت یا بیماری‌های سیستم تناسلی و باروری خودم، احساس راحتی می‌کنم.					۰/۸۱۲
برای پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های مقاربتی (عفونت‌های رحمی، سفلیس، زگیل و تبخال تناسلی و ...) با همسر یا شریک زندگی ام صحبت می‌کنم.					۰/۵۵۴

را مقایسه کردند و دریافتند که این ابزارها فاقد تعریف نظری مشترک‌اند و برای سنجش جامع این مفهوم در جوامع مختلف مناسب نیستند (۱۳).

نکته حائز اهمیت این پژوهش، طراحی و روان‌سنجی نخستین نسخه فارسی ابزاری است که به‌طور اختصاصی سواد سلامت باروری زنان را اندازه‌گیری می‌کند. با این حال، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد: این ابزار صرفاً برای زنان در سنین باروری طراحی شده و امکان تعمیم آن به سایر گروه‌ها (مانند مردان یا زنان خارج از این رده سنی) مشخص نیست. همچنین، علی‌رغم تأکید برخی پژوهش‌ها بر رابطه میان سواد سلامت عمومی و باروری (۳۳)، روایی همگرای ابزار حاضر مورد بررسی قرار نگرفته است. بر این اساس، انجام مطالعات تکمیلی با هدف بررسی قابلیت تعمیم و روایی همگرا پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

مقیاس توسعه‌یافته در این مطالعه یکی از معدود ابزارهای اختصاصی سنجش سواد سلامت باروری به زبان فارسی است، این ابزار، با پنج عامل «درک و کاربرد اطلاعات»، «دانش خودمراقبتی»، «ارزیابی موقوت بودن اطلاعات»، «آگاهی از بدن زن» و «سواد سلامت تعاملی»، نه تنها منطبق با تعریف نظری سواد سلامت است، بلکه جنبه‌های متنوع سلامت باروری را نیز پوشش می‌دهد. از این رو، استفاده از آن به پژوهشگران برای ارزیابی سطح سواد سلامت باروری زنان و شناسایی نیازهای آموزشی آن‌ها توصیه می‌شود.

پیشنهادها

با توجه به ساختار معتبر و پایایی مقیاس ۲۷ گویه‌ای سنجش سواد سلامت باروری، توصیه می‌شود این ابزار به‌عنوان یک ابزار استاندارد در غربالگری سطح سواد سلامت باروری زنان در مراکز بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد و نتایج حاصل، مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی هدفمند، مداخلات ارتقا سلامت، و تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران سلامت در حوزه سلامت باروری باشد.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که مقیاس سنجش سواد سلامت باروری زنان از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. تحلیل عاملی اکتشافی داده‌ها پنج عامل کلیدی را آشکار ساخت: «درک و کاربرد اطلاعات»، «دانش خودمراقبتی»، «ارزیابی موقوت بودن اطلاعات»، «آگاهی از بدن زن» و «سواد سلامت تعاملی». از آن‌جا که نیازهای سلامت افراد تحت تأثیر پیش‌زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی است (۲۷)، بر اساس نیاز موجود ابزار در بستر فرهنگی جامعه ایرانی طراحی و اجرا شد.

مطالعاتی از جمله پژوهش کیفی رفات‌بخت و همکاران، نیز ابعادی چون آگاهی از سلامت جنسی، کسب و درک اطلاعات، ارزیابی اعتبار منابع و استفاده از اطلاعات برای تصمیم‌گیری و رفتارهای خودمراقبتی را به‌عنوان مؤلفه‌های سواد سلامت باروری معرفی کرده‌اند (۲۸). مسعودی و همکاران نیز در طراحی ابزار سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی، ابعادی همچون دسترسی، خواندن، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات را شناسایی کردند که ۶۸ درصد از واریانس را تبیین می‌کرد (۲۹). به‌طور مشابه، رخشایی و همکاران در طراحی ابزار برای زنان نابارور، عواملی مانند اطلاعات سلامت باروری، جستجو، درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری را مدنظر قرار دادند (۳۰). مطالعه Vongxay نیز برای نوجوانان، نتایج مشابهی ارائه داد (۳۱).

هم‌راستایی مطالعه حاضر با این یافته‌ها، نشان از تأثیر نظریه‌ی مشترک در تعریف سواد سلامت دارد. نظریه‌ی Nutbeam، که مبنای ابزار حاضر نیز بوده، سواد سلامت را در سه سطح کاربردی، تعاملی و انتقادی دسته‌بندی می‌کند: سطح کاربردی به مهارت‌های پایه خواندن و پاسخ به اطلاعات مرتبط، سطح تعاملی به درک و بهره‌گیری فعال از اطلاعات سلامت، و سطح انتقادی به تحلیل و تصمیم‌گیری درباره اطلاعات دریافتی مربوط می‌شود (۳۲).

در حالی که یافته‌های این پژوهش با چارچوب نظری مذکور هم‌راستاست، با نتایج طوسی و همکاران تفاوت دارد: آنان در مطالعه خود ابزارهای مختلف سنجش سواد سلامت عمومی (مانند SAHLSA، OHLI، REALM، NVS و TOFHLA

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد علمی ۲۹۹۲۷۳ و کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1400.024 می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

References

1. Perlow, E.. Accessibility: global gateway to health literacy. Health promotion practice, 2010. 11(1): p. 123-131.
2. Farmanova, E., et al., Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. The Journal of Health Care Organization, Provision,, 2018. 55.
3. Sørensen, K., et al., Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. 2012. 12: p. 1-13.
4. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
5. Castro-Sánchez, E., et al., Health literacy and infectious diseases: why does it matter? 2016. 43: p. 103-110.
6. Wei, M.-H., The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. Health Education Journal, 2014. 73(4): p. 423-434.
7. Aydın, G.Ö., N. Kaya, and N. Turan, The role of health literacy in access to online health information. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2015. 195: p. 1683-1687.
8. Kindig, D.A., A.M. Panzer, and L. Nielsen-Bohlman, Health literacy: a prescription to end confusion. 2004.
9. Talbot, L. and G. Verrinder, Promoting health: the primary health care approach. 2017: Elsevier Health Sciences.
10. Parker, R.M., et al., The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. Journal of general internal medicine, 1995. 10: p. 537-541.
11. Baker, D.W., et al., Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient education and counseling, 1999. 38(1): p. 33-42.
12. Davis, T.C., et al., Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Family medicine, 1993. 25(6): p. 391-395.
13. Tavousi, M. , Ebadi M, Fattahi E, Jahangiry L, Hashemi A, Hashemiparast M, et al. Health literacy measures: A systematic review of the literature .Payesh. 2015. 14(4): p. 485-496. [In Persian]
14. Kawata, S., H. Hatashita, and Y. Kinjo, Development of a health literacy scale for women of reproductive age: an examination of reliability and validity in a study of female workers. Japanese Journal of Public Health, 2014. 61(4): p. 186-196.
15. Kohan S, Mohammadi F, Yazdi M, Dadkhah A. Evaluation of relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women. Journal of Health Literacy. 2018;3(1):20-9. [In Persian]
16. Rauf M, Goliaei Z, Machta L, Chang J, Thiel de Bocanegra H. Reproductive health literacy scale: a tool to measure the effectiveness of health literacy training. Reproductive Health. 2025;22(1):12.
17. Tomsho KS, Quinn MR, Adamkiewicz G, James-Todd T. Development of a phthalate environmental reproductive health literacy (PERHL) scale. Environmental Health Perspectives. 2024;132(4):047013.
18. Ma, X., et al., Development and validation of the reproductive health literacy questionnaire for Chinese unmarried youth. Reproductive health, 2021. 18: p. 1-11.
19. Vongxay, V., et al., Validation of the Questionnaire on Sexual and Reproductive Health Literacy for Adolescents Age 15 to 19 Years in Lao People's Democratic Republic. Health Literacy Research, 2022. 6(1): p. e37-e50.
20. Jones, P.S., et al., An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. Nursing research, 2001. 50(5): p. 300-304.
21. Saremi, M., et al., Ergonomic evaluation of non-powered hand tools: introduction and validation in dentistry. 2012. [In Persian]
22. Pett, M.A., N.R. Lackey, and J.J. Sullivan, Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research. 2003: sage.
23. Field, A., Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 2024: Sage publications limited.
24. Williams, B., T. Brown, and A. Onsmann, Is the Australian Paramedic Discipline a Full Profession? Australasian Journal of Paramedicine, 2012. 8(1): p. 3.
25. Meyers, L.S., G. Gamst, and A.J. Guarino, Applied multivariate research: Design and interpretation. 2016: Sage publications.
26. Taber, K.S., The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. Research in science education, 2018. 48: p. 1273-1296.

27. Schmid-Büchi, S., et al., Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 2011. 20(7-8): p. 1115-1124.
28. Bakht, R., et al., Women's Reproductive Health Literacy: A Qualitative Study. *International Journal of Women's Health Reproduction Sciences*, 2023. 11.(۷)
29. Maasoumi, R., M. Tavousi, and F. Zarei, Development and psychometric properties of sexual health literacy for adults (SHELA) questionnaire. *Hayat*, 2019. 25(1): p. 56-69. [In Persian]
30. Rakhshae, Z., et al., Sexual health literacy, a strategy for the challenges of sexual life of infertile women: a qualitative study. *Galen medical journal*, 2020. 9: p. e1862. [In Persian]
31. Vongxay, V., et al., Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR. *PloS one*, 2019. 14(1): p. e0209675.
32. Nutbeam, D., Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 2000. 15(3): p. 259-267.
33. Kilfoyle, K.A., et al., Health literacy and women's reproductive health: a systematic review. *Journal of women's health*, 2016. 25(12): p. 1237-1255..

Psychometry of the Reproductive Health Literacy Scale for Women of Reproductive Ages

Zeinab Heidari¹, Maryam Dehghni², Zahra Sohrabi³, Mojgan Janighorban¹, Fatemeh Mohammadi³,
Masomah Jalili⁴, Sedigheh Farzi⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Reproductive health is a key dimension of overall health, encompassing a wide range of topics such as fertility planning, prenatal and postnatal care, prevention and treatment of genital and sexually transmitted infections, abortion, cancer screening, infertility treatment, and related counseling services. Given the pivotal role of health literacy in improving health outcomes, the availability of valid assessment tools is essential. The present study aimed to psychometrically evaluate a scale for assessing reproductive health literacy among women of reproductive age.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. The initial instrument used was the Japanese version of the Women's Reproductive Health Literacy Scale, which, following translation and confirmation of face and content validity (both qualitative and quantitative), was administered to 290 women of reproductive age for construct validation. Construct validity was assessed using exploratory factor analysis, and the reliability of the instrument was evaluated through internal consistency. Data were analyzed using SPSS version 20.

Results: Exploratory factor analysis led to the extraction of 27 items across five factors: "Comprehension and Application of Information," "Self-care Knowledge," "Evaluation of Information Credibility," "Knowledge about Female Physiology," and "Interactive Health Literacy." These factors together explained 58.07% of the observed variance. The reliability of the scale was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92.

Conclusion: Since the psychometrically validated reproductive health literacy scale in this study has desirable validity, reliability, and clarity, it can be used as a reliable scale to measure women's reproductive health literacy and to design and implement interventions based on their needs.

Keywords: Health literacy; reproductive health; Women, Scale; Psychometric evaluation

Received: 29 Oct; 2024

Accepted: 10 Dec; 2024

Published: 30 Dec; 2024

Citation: Heidari Z, Dehghni M, Sohrabi Z, Janighorban M, Mohammadi F, Jalili M, Farzi S. **Psychometry of the Reproductive Health Literacy Scale for Women of Reproductive Ages.** *Health Inf Manage* 2024; 21(4): 220-227.

Article resulted from a research project with Node 299273 and ethics code IR.MUI.NUREMA.REC.1400.024, that support from the Vice Chancellor for Research and Technology of Isfahan University of Medical Sciences.

1. Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. MSc, Midwifery, department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran

3. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. MSc, Midwifery, Department of Midwifery and Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5. Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Internal and Surgical Nursing Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Mohammadi; Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: f.mohammadi@nm.mui.ac.ir