



روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت باروری زنان سنین باروری

فاطمه محمدی*

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

زینب حیدری

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مریم دهقانی

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران

زهرا سهرابی

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

خلاصه:

مقدمه: سلامت باروری یکی از ابعاد مهم سلامت است که حوزه ی وسیعی از موضوعات مانند تنظیم خانواده، مراقبت های پری ناتال، درمان عفونت های تناسلی، پیشگیری و درمان عفونت های منتقله از راه جنسی، پیشگیری و اداره سقط، درمان ناباروری و مشاوره را شامل می شود. هدف از مطالعه حاضر روانسنجی پرسشنامه معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان سنین باروری در زنان تحت پوشش خدمات مراکز بهداشت شهر اصفهان می باشد.

روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی، بر روی ۲۹۰ زن سنین باروری انجام شد. پرسشنامه اولیه از معیار سواد سلامت باروری زنان که به زبان ژاپنی ساخته شده بود، اقتباس شد. سپس روایی صوری و روایی محتوی ابزار تعیین شد. روایی سازه ای ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن به روش همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد. داده ها به وسیله نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته ها: با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، ۲۷ گویه و پنج عامل: «درک و بکارگیری اطلاعات»، «دانش خود مراقبتی»، «تحلیل صحت اطلاعات»، «آگاهی درباره بدن زنان» و «سواد سلامت تعاملی» مشخص شد که به طور مشترک ۵۸/۰۷ درصد از واریانس مشاهده شده را به خود اختصاص دادند. همبستگی درونی با روش الفای کرونباخ و با عدد ۰/۹۲ مورد تایید قرار گرفت.

نتیجه گیری: این پژوهش به دلیل طراحی و روانسنجی پرسشنامه سواد سلامت باروری در ایران یک نوآوری محسوب می گردد. از ویژگی های مهم ابزار طراحی شده در مطالعه حاضر روایی و پایایی مطلوب، وضوح و شفافیت آن می باشد. از ابزار مذکور می توان در جهت سنجش سواد سلامت باروری و هم در جهت طراحی برنامه ها و مداخلات مطابق با نیازهای زنان در هر حیطه استفاده نمود.

کلید واژه ها: سواد سلامت، سلامت باروری، زنان، پرسشنامه، روانسنجی

مقدمه

هرچند که اهمیت توجه به سواد سلامت سال هاست که توسط دانشمندان حوزه سلامت مطرح شده است، اما پس از این که به عنوان یکی از اجزا ضروری برای دستیابی به اهداف مردم سالم ۲۰۱۰ اعلام شد، مورد تأکید بیشتری قرار گرفته است. با این استدلال که ارتقاء

سواد سلامت یک راه مؤثر در در دستیابی به اهدافی چون افزایش سال های زندگی سالم و بهبود کیفیت زندگی بوده و باعث حذف نابرابری های موجود در سلامت خواهد شد (Perlow, 2010).

سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را بدین گونه تعریف می کند: توانایی فرد برای کسب، درک و به کارگیری اطلاعات مرتبط با سلامت که برای تصمیم گیری مناسب در این زمینه لازم است (Farmanova, Bonneville, & Bouchard, 2018). سورنسن¹ و همکاران سواد سلامت را به عنوان مفهومی متشکل از مفاهیم زیر تعریف می کند: داشتن انگیزه برای سلامت و پیشگیری از بیماری ها، تصمیم گیری در زمینه انجام مراقبت های سلامت مورد نیاز و هم چنین توانایی و دانش افراد در کسب، ارزیابی و درک دانش پزشکی و به کار بردن آن در تصمیم گیری ها (Sørensen et al., 2012). در یک تعریف کلی می توان سواد سلامت را چنین تعریف کرد: دسترسی به خدمات سلامت موجود برای افراد، درک و استفاده از سیستم های اطلاعات مرتبط با سلامت، تفسیر موضوعات مرتبط با سلامت و اتخاذ تصمیم درست (İŞMAN & KAYA).

تحقیقات مختلف حاکی از ارتباط سواد سلامت با پیامدهای مختلفی از سلامت هستند. به عنوان مثال افرادی که از سطح مطلوب سواد سلامت برخوردار معمولاً بیشتر از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پیروی می کنند (Castro-Sánchez, Chang, Vila-Candel, Escobedo, & Holmes, 2016). هم چنین توانمندی در برقراری ارتباط با اعضای تیم سلامت، تمایل بیشتر برای دریافت اطلاعات مرتبط با سلامت، استقلال در تصمیم گیری های مرتبط با سلامت، دستیابی به اطلاعات صحیح مرتبط با سلامت در اینترنت، افزایش خودکارآمدی در حفاظت از سلامت و پیروی بهتر از دستورات دارویی از دیگر پیامدهای کفایت سواد سلامت هستند (Aydın, Kaya, & Turan, 2015; Wei, 2014).

کفایت سواد سلامت تحت تأثیر عواملی چون توانایی های فردی، زبان، فرهنگ و ویژگی های سیستم ارائه دهنده خدمات سلامت قرار می گیرد. هم چنین طیف مختلفی از محیط و موقعیت در ارتباط با سلامت وجود دارد که به عنوان "زمینه سلامت" در نظر گرفته می شوند. "زمینه سلامت" انواع رسانه، فروشگاه ها، سازمان های دولتی و کلیه افراد و موقعیت هایی که هر فرد در زمینه سلامت با آن ها در تعامل است، را شامل می شود، همه ی آن ها باید قادر به ارائه اطلاعات اولیه سلامت به شیوه ای مناسب باشند. زمینه سلامت و سواد سلامت از اهمیت یکسانی برخوردار هستند زیرا سواد سلامت حاصل تعامل زمینه سلامت و فرد است، بنابر این می توان گفت که سواد سلامت حاصل عملکرد مشترک فرد، جامعه و فرهنگ است. عدم کفایت سواد سلامت فرد مربوط به چارچوب های فرهنگی-اجتماعی بوده و در نتیجه ریشه در سیستم آموزشی و سیستم سلامت دارد چرا که این سیستم ها فرهنگ را منتقل می کنند. با توضیحات گفته شده سازمان های آموزشی، سیستم سلامت و جامعه مسئول ارتقاء سواد سلامت دانسته شده اند و به عنوان سه نقطه بالقوه برای انجام مداخلات در نظر گرفته می شوند (Kindig, Panzer, & Nielsen-Bohlman, 2004).

کاملاً روشن است به منظور دستیابی به ارتقاء سلامت در هر زمینه، نیازمند طراحی مجموعه فعالیت های منسجم و یا به عبارتی برنامه-ریزی برای ارتقاء سلامت می باشد. این برنامه باید براساس گردآوری اطلاعات وسیعی در زمینه عوامل مؤثر بر سلامت افراد و جامعه می باشد (Talbot & Verrinder, 2017). استفاده از پرسشنامه ها به عنوان ابزار سنجش یکی از راه های جمع آوری اطلاعات اولیه است. ابزارهای مختلفی برای بررسی سواد عمومی سلامت طراحی شده اند و محققان با استفاده از آن به بررسی سواد سلامت پرداخته اند. پرسشنامه "آزمون سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان" (TOFHLA) و پرسشنامه خلاصه تر شده آن (S-TOFHLA) (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) و ابزار "تخمین سواد سلامت بزرگسالان در زمینه پزشکی" (REALM) (Davis et al., 1993) از مشهورترین و پرکاربردترین ابزارهای سنجش سواد سلامت هستند. اما از آنجا که این دو ابزار برای اندازه گیری سواد عمومی سلامت مناسب هستند پرسشنامه های متعددی در زمینه های موضوعی متفاوت سواد سلامت و یا برای جمعیت های مختلف طراحی شده اند. طاووسی و همکاران در یک مرور سیستماتیک به بررسی این ابزارها پرداختند، نویسندگان این مطالعه در نتایج بیان می کنند که این پرسشنامه ها از جامعیت لازم در پوشش ابعاد مختلف سواد سلامت برخوردار نیستند و نیاز است که ابزارهای ساده و کوتاه تری در این زمینه طراحی شوند (Mahmoud Tavousi et al., 2015).

¹ Sorensen



در رابطه با سواد سلامت باروری پرسشنامه ای با عنوان "معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان" ^۱ در سال ۲۰۱۴ در کشور ژاپن ساخته شده است (S. Kawata, H. Hatashita, & Y. Kinjo, 2014a). این پرسشنامه به زبان ژاپنی طراحی شده است و محمدی و همکاران که در مطالعه خود با استفاده از این پرسشنامه به بررسی ارتباط سطح سواد سلامت باروری زنان و مشخصات دموگرافیک پرداخته اند، عدم کفایت سوالات پرسشنامه برای پوشش محتوا و نوع سوالات را به عنوان یکی از محدودیت های مطالعه خود ذکر کرده اند. سایر پرسشنامه های موجود در زمینه سواد سلامت باروری نیز برای نوجوانان و گروه های هدفی غیر از زنان سنین باروری طراحی شده اند (Ma, Yang, Wei, Jiang, & Shi, 2021; Vongxay et al., 2022). با توجه به اهمیت حوزه سلامت باروری و عدم وجود یک پرسشنامه تأیید شده به زبان فارسی در زمینه سواد سلامت باروری، محققین انجام مطالعه ای به منظور روان سنجی پرسشنامه معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان را ضروری دانستند. ابزار روانسنجی شده می تواند در این زمینه که مداخلات ارتقاء سواد سلامت باروری در چه جمعیت هایی و با تمرکز بر چه ابعادی صورت گیرد، معیاری تعیین کننده باشد.

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی است که در سال ۲۰۲۳ با هدف طراحی و روان سنجی ابزار سنجش سطح سواد سلامت باروری زنان طراحی و انجام شد. محیط پژوهش در این مطالعه مراکز جامع سلامت شهر اصفهان بود بدین صورت که ۸ مرکز از بین مراکز جامع سلامت شهر اصفهان (براساس منطقه جغرافیایی) انتخاب و سپس نمونه گیری و جمع آوری داده ها در این مراکز انجام شد. نمونه گیری به صورت سهمیه ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا از هر یک از چهار منطقه جغرافیایی شهر اصفهان (شمال، جنوب، شرق، غرب) ۲ مراکز جامع سلامت به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس تعداد نمونه های هر مرکز به تناسب جمعیت آن مشخص شد. طبق نظر پت و همکاران، در تحلیل عامل اکتشافی برای هر گویه پرسشنامه ۱۵-۱۰ نمونه لازم است (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003). از آنجا که پس از بررسی کیفی و کمی روایی محتوای پرسشنامه (با نظر متخصصین) تعداد سوالات به ۲۹ سوال افزایش یافت، در نهایت ۲۹۰ نفر از زنان واقع در سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، به مطالعه وارد شدند پرسشنامه را به صورت خودگزارشی تکمیل کردند. معیارهای ورود شامل این موارد بود: ملیت ایرانی، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم ابتلا به بیماریهای روحی-روانی یا عقب ماندگی ذهنی یا مشکل در برقراری ارتباط، داشتن سواد خواندن و نوشتن. معیار خروج نیز تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

روش کار:

پرسشنامه اولیه از معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان که یک پرسشنامه به زبان ژاپنی بود، اقتباس شد. پرسشنامه معیار بررسی سواد سلامت باروری زنان در مطالعه ای در دانشگاه شیگای ^۲ ژاپن در سال ۲۰۱۴ طراحی شده است که شامل ۲۱ گویه است (Kawata et al., 2014a). و نمره کلی این پرسشنامه می تواند در محدوده ی عددی ۸۴-۲۱ باشد. سوالات این پرسشنامه از نوع مقیاس چهار حالتی لیکرت (کاملاً درست است: نمره ۴ تا اصلاً درست نیست: نمره ۱) می باشد برای طراحی پرسشنامه به زبان فارسی ابتدا پس از کسب اجازه از نویسنده اصلی ابزار (پرسشنامه)، مراحل ترجمه بر اساس مدل ترجمه بریسلین (Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001) یعنی ترجمه و بازترجمه توسط دو مترجم فارسی و ژاپنی انجام شد. به این صورت که ابتدا ابزار توسط دو مترجم به طور جداگانه به زبان فارسی ترجمه و سپس ترجمه هر دو نفر توسط کمیته ای متشکل از پژوهشگران، مترجمین و تعدادی از اعضای تیم سلامت بررسی و مورد تأیید نهایی قرار گرفت. سپس ترجمه فارسی ابزار به طور جداگانه به دو مترجم زبان انگلیسی داده شد تا به زبان انگلیسی باز ترجمه گردد، سپس باز ترجمه هر دو توسط کمیته ای متشکل از پژوهشگران و مترجمین بررسی و مورد تأیید نهایی قرار گرفت و نسخه نهایی جهت تأیید برای نویسنده اصلی ایمیل شد تا مورد تأیید قرار گیرد. سپس روایی صوری، محتوایی و روایی سازه (اکتشافی)، و همبستگی درونی ابزار جهت سنجش سطح سواد سلامت باروری زنان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفت.

¹ Reproductive health literacy scale

² Shiga University Medical Science

روان سنجی ابزار به روش سنجش روایی صوری، روایی محتوای کیفی و کمی و روایی سازه بررسی شد. برای تعیین روایی صوری و جهت ارزیابی وضوح گویه ها، از ۱۵ نفر از متخصصین بهداشت باروری درخواست شد تا تک تک گویه ها را مورد بررسی قرار داده و نظرات خود را به صورت مبسوط مکتوب نمایند. در این بخش مواردی از قبیل رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از کلمات مناسب و قرار گرفتن گویه ها در جای مناسب مدنظر قرار گرفت. در ادامه گویه ها در جلسات انفرادی و گروهی تیم تحقیق مورد بازنگری قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام شد. سپس روایی محتوای پرسشنامه به روش کیفی مورد بررسی قرار گرفت بدین صورت که ۲۰ نفر از متخصصین سلامت باروری محتوای پرسشنامه را از نظر پوشش مفهوم مورد سنجش مورد بررسی قرار دادند، در این مرحله به پیشنهاد متخصصین ۱۱ گویه به گویه های اولیه افزوده شد.

سپس روایی محتوا با استفاده از دو شاخص نسبت روایی محتوا CVR: Content Validity Ratio و شاخص روایی محتوا CVI: Content Validity Index تعیین شد. جهت محاسبه CVR ابزار به دست آمده از روایی صوری در اختیار ۱۵ نفر از متخصصان قرار داده و از آنان خواسته شد در مورد ضروری بودن گویه های پرسشنامه اظهار نظر کنند. متخصصان در یک طیف لیکر ۳ تایی بصورت، ضروری است، مفید است اما ضروری نیست و ضروری نیست، به سوالات امتیاز دادند. سپس نسبت روایی محتوا مشخص گردید بدین صورت که به گزینه ضروری است نمره ۱ و به دو گزینه دیگر نمره صفر داده شد و براساس جدول لاوشه، در صورتی که عدد محاسبه شده بزرگتر از ۰/۴۹ بود، آن آیتمها ضروری و مهم تلقی و جهت تحلیل بعدی استفاده شدند (Jacko, ۲۰۱۲). آیتمهایی که نسبت شاخص روایی محتوا آنها کمتر از ۰/۴۹ بود، از ابزار حذف گردیدند. در ادامه شاخص روایی محتوا CVI براساس سه معیار سادگی و روان بودن، مربوط بودن، وضوح و شفاف بودن با استفاده از طیف لیکر ۴ امتیازی برای هر آیتم و براساس فرمول CVI محاسبه شد. سپس با توجه به شاخص روایی محتوا والتز و باسل (Waltz & Bausell) اگر شاخص CVI گویه ای بیشتر از ۷۰٪ بود آن گویه مناسب تلقی گشته و حفظ می گردید (Saremi, Khani, Kavousi, & Rezapour, 2012). در این مرحله جهت تعیین روایی سازه، از Factor Analysis Exploratory استفاده شد. پرسشنامه اولیه توسط ۲۹۰ زن که با نمونه گیری سهمیه ای انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. محقق با مراجعه به مراکز جامع سلامت خود را به زنان معرفی نموده و هدف مطالعه را تشریح مینمود. سپس ضمن تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات، از زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، رضایت کتبی دریافت و نسخه ای از ابزار را برای تکمیل در اختیار آنان، قرار می داد.

قبل از بررسی روایی سازه، کفایت نمونه گیری با آزمون کیسر مایر الکین Keiser-Meyer-Olkin بررسی شد (Field, 2013). جهت تعیین اینکه آیا ماتریس همبستگی به دست آمده تفاوت معناداری با صفر دارد و بر پایه آن انجام تحلیل عاملی قابل توجیه است یا خیر؟ از آزمون بارتلت استفاده گردید (Williams, Brown, & Onsmann, 2012). از نمودار سنگ ریزه (Scree Plot) و مقدار ویژه Eigen value نیز جهت تعیین تعداد عوامل سازنده ی ابزار و از چرخش واریماکس به منظور ساده سازی و تفسیرپذیری نمودن سازه عاملی استفاده گردید. مقادیر بیشتر از ۰.۴ به عنوان درجه همبستگی قابل قبول بین هر گویه و عوامل استخراج شده در نظر گرفته شدند (Meyers, Gamst, & Guarino, 2016). جهت تعیین پایایی ابزار گردآوری داده ها، پس از گردآوری و استخراج داده ها، مقدار آلفای کرونباخ محاسبه گردید (Taber, 2018). برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار spss نسخه ۲۰ استفاده شد و با بهره گیری از آمارتحلیل عامل اکتشافی روایی سازه ابزار تهیه شده، بررسی شد.

پژوهش با شماره IR.MUI.RESEARCH.REC.1400.024 مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار گرفت. هم چنین قبل از شروع پژوهش، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت آن آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند. بعلاوه به



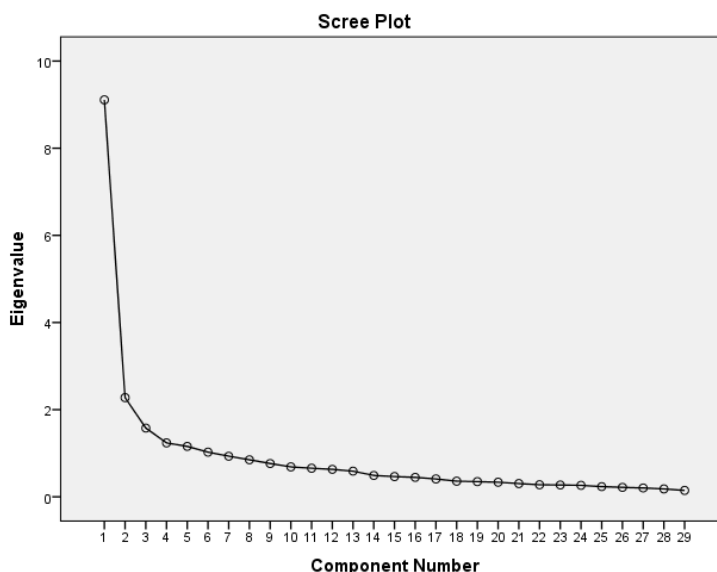
شرکت کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می گیرد و در هر مرحله از مطالعه می توانند انصراف خود را اعلام کنند.

نتایج

هدف اصلی این پژوهش طراحی و روان سنجی پرسشنامه سواد سلامت باروری زنان سنین باروری بود. پرسشنامه اولیه از پرسشنامه "معیار بررسی سواد سلامت زنان در سنین باروری" اقتباس شد. جهت روان سنجی این ابزار روایی صوری، محتوا (به دو روش کمی و کیفی) و سازه انجام شد و پایایی ابزار با اندازه گیری آلفای کرونباخ انجام شد. بعد از انجام روایی صوری و محتوای کیفی به پیشنهاد متخصصین ۱۱ گویه به گویه های پرسشنامه افزوده شد (پرسشنامه ۳۲ گویه داشت). سپس بررسی اعتبار محتوای کمی پرسشنامه با محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص اعتبار محتوا (CVI) انجام شد. در سنجش شاخص CVR با توجه به جدول لاوشه و ارزیابی پرسشنامه توسط ۱۵ نفر متخصص ۲ گویه که دارای نسبت روایی محتوایی کمتر از ۰/۴۹ بودند، حذف شد و مابقی گویه ها حفظ شدند. لذا بعد از انجام روایی محتوا تعداد گویه های پرسشنامه به ۳۰ گویه تقلیل یافت. همچنین امتیاز شاخص اعتبار محتوا (CVI) برای همه ی گویه های پرسشنامه محاسبه گردید و فقط یک گویه که دارای شاخص روایی کمتر از ۰/۷۰ بود حذف شد. در نهایت از پرسشنامه حاوی ۲۹ گویه به منظور انجام روایی سازه و انجام تحلیل عامل اکتشافی استفاده گردید. پرسشنامه مقدماتی توسط ۲۹۰ نفر از زنان واقع در سنین باروری متاهل و متمایل به شرکت در مطالعه، تکمیل شد. میانگین سنی این زنان ۳۰/۶۹±۶/۸۶ سال بود و بیشترین تعداد زنان دارای تحصیلات دیپلم (۴۳ درصد) و شغل خانه دار (۶۳/۴۷ درصد) بودند.

قبل از انجام تحلیل عامل اکتشافی، آزمون Kaiser Meyer-Oilskin: KMO انجام شد که مقدار شاخص مذکور ۰/۹۰ در سطح معناداری $P < 0.0001$ بدست آمد، همچنین آزمون کرویت بارتلت $380.1/0.4$ در سطح $P < 0.0001$ معنادار شد؛ بنابراین کفایت و قابلیت داده ها برای انجام تحلیل عامل مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۱). در مرحله اول تحلیل عاملی، ابتدا ماتریس ضرایب همبستگی محاسبه و متغیرهایی که با سایر متغیرها، همبستگی نشان داده بودند، وارد تجزیه و تحلیل شدند. معیار قابل قبول، ضریب همبستگی بالای ۰/۳ می باشد، کلیه گویه های پرسشنامه حاضر به تحلیل عاملی وارد شدند. در ادامه تحلیل عاملی اکتشافی، به شیوه تحلیل مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس، انجام شد. در ابتدا بر اساس معیار کایزر، ۴ عامل با ارزش بالای یک تعیین گردیدند که در مجموع ۷۰/۵۳ درصد از واریانس را بیان می نمودند اما از آنجا که در نظر گرفتن معیار کایزر به تنهایی منجر به وجود تعدادی گویه نامرتبط در عاملها گردید که با مبنای نظری مطالعه مطابقت نداشت، از این رو محقق از آزمون سنگریزه نیز برای تعیین تعداد عاملهای استخراجی بهره برد. بر اساس آزمون سنگریزه، تعداد ۵ عامل قابل استخراج مشاهده گردید و ماتریس اولیه عوامل نشان داد که ۵ عامل استخراج شده ۵۸.۰۷ درصد از واریانس را تبیین می نماید (جدول ۲).

شکل ۲: نمودار سئنگریزه ای تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه سواد سلامت باروری زنان در سنن



باروری.

در ادامه با استفاده از روش چرخش واریماکس در تحلیل عامل اکتشافی حداقل بار عاملی مورد پذیرش برای حفظ گویه در عوامل استخراج شده ۰/۴ در نظر گرفته شد، لذا در این مرحله، ۳ گویه که نتوانستند حداقل بار عاملی ۰/۴ را کسب کنند، حذف شدند و مابقی گویه ها که شامل ۲۶ گویه بود، در ۵ عامل قرار گرفتند. در این مرحله متغیرهایی که همبستگی بالایی با یکدیگر داشتند درون یک عامل قرار گرفتند و نامگذاری هر عامل انجام شد. به منظور اینکه نامگذاری عاملها ارتباط محتوایی و مفهومی مناسبی با مفهوم مورد بررسی داشته باشد، در زمان نامگذاری عاملها علاوه بر نتایج آماری، محققین از دانش و بینش خود نسبت به موضوع نیز بهره بردند و نام گذاری این عوامل بدین صورت انجام شد: عامل اول شامل ۸ گویه « درک و بکارگیری اطلاعات »، عامل دوم شامل ۶ گویه « دانش خود مراقبتی »، عامل سوم شامل ۴ گویه: « تحلیل صحت اطلاعات »، عامل چهارم شامل ۵ گویه: « آگاهی درباره بدن زنان »، عامل پنجم شامل ۴ گویه: « سواد سلامت تعاملی » (جدول ۳). ابزار ارائه شده ی سنجش سواد سلامت باروری دارای ۲۷ گویه است که به صورت خود گزارشی تکیل میشود و نمره دهی به صورت طیف لیکرت پنج امتیازی (خیلی زیاد=۴، زیاد=۳، کم=۲، خیلی کم=۱، اصلا=۰) است. این ابزار حداقل ۰ و حداکثر ۱۰۸ امتیاز می تواند داشته باشد و نمره بیشتر به معنای سطح بالاتر سواد سلامت باروری است. بعلاوه جهت تعیین همبستگی درونی Internal Consistency روش الفای کرونباخ Cronbach Alpha محاسبه شد و با عدد 0.92 مورد تایید قرار گرفت (جدول ۴).

جدول ۱: شاخص کفایت حجم نمونه کایزر-مایر-الکین (KMO) و و نتایج آزمون کروییت بارتلت

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



سطح معناداری (BT)	۰/۰۰۰
-------------------	-------

جدول ۲: واریانس پرسشنامه سواد سلامت باروری زنان سنین باروری و ابعاد آن

Factor	Total variance	Variance (%)	Cumulative variance (%)
1	4.038	15.270	15.270
2	3.188	12.056	27.326
3	3.432	12.977	40.304
4	2.650	10.020	50.324
5	2.050	7.752	58.076

جدول ۳: پرسشنامه بررسی سواد سلامت باروری و مقادیر مربوط به عوامل

شماره					فاکتور
					1
					2
					3
					4
					5
۱	توصیه های پزشک یا داروخانه را در رابطه با مصرف داروهای تجویز شده (برای درمان بیماری تناسلی یا باروری) به خوبی متوجه میشوم				406.
۲	اطلاعاتی که در مورد سلامت زنان از رادیو یا تلوزیون میشنوم را به خوبی متوجه میشوم				542.
۳	مطالب مرتبط با سلامت سیستم تناسلی و باروری موجود در (منابع مختلف) مانند کتاب، مجله، بروشور دارویی، برگه آموزشی (را به راحتی متوجه میشوم .				515.
۴	اطلاعات و توصیه های داده شده در ارتباط با پیشگیری یا درمان بیماریهای سیستم تناسلی و باروری را می توانم عملا				724.

					به کار ببرم .	
				561.	برای مراقبت از سلامت سیستم تناسلی و باروری خودم کارهایی (رعایت بهداشت، مراجعه منظم به پزشک یا ماما، انجام آزمایشات دوره ای) را انجام می دهم .	۵
				454.	برای تسکین دردهای شدید قاعدگی می توانم اقدامات موثری انجام دهم	۶
				437.	در مورد زمان و تعداد بارداریهای خود برنامه ریزی دارم	۷
				351.	می دانم چه زمانی نیاز است برای گرفتن مشورت، مجدداً به پزشک دیگری مراجعه کنم	۸
				509.	علائم بارداری (عقب افتادن قاعدگیها، احساس ضعف و خواب آلودگی، حساسیت و سنگینی پستانها، تهوع و استفراغ، و ...) را می شناسم	۹
				496.	می دانم در صورت شک به بارداری باید چه کارهایی (مانند تست بارداری، مراجعه به مرکز بهداشت یا مطب، مصرف اسیدفولیک و ...) را انجام بدهم	۱۰
				480.	می دانم در صورت تمایل برای باردار شدن انجام مراقبتهای قبل از بارداری ضروری است.	۱۱
				608.	انواع مختلف روشهای جلوگیری از حاملگی را می شناسم	۱۲
				782.	می دانم به انجام چه کارهایی "رفتار پر خطر جنسی" گفته میشود .	۱۳
				509.	علائم ابتلا به عفونتهای مقاربتی (ترشحات رنگی و بودار، خارش، سوزش، خونریزی نامنظم قاعدگی، درد و ...) را می دانم	۱۴
			845.		می توانم درستی یا نادرستی اطلاعات کتابها و مجلات در مورد سیستم تناسلی و باروری را تشخیص بدهم	۱۵
			952.		می توانم درستی یا نادرستی اطلاعات سایتهای، کانالها یا صفحات مجازی در مورد سیستم تناسلی و باروری را تشخیص بدهم	۱۶
			968.		میتوانم تشخیص دهم که مطالب یک سایت، کانال یا صفحه مجازی قابل اعتماد است یا نه	۱۷
			463.		میدانم برای کسب اطلاعات صحیح در مورد سیستم تناسلی و باروری از چه افرادی باید سوال کنم .	۱۸
		633.			از علت وقوع خونریزیهای قاعدگی (ریزش دیواره داخلی رحم در اثر تغییرات هورمونها) اطلاع دارم	۱۹

۲۰	فاصله زمانی بین دو خونریزی قاعدگی خودم را می دانم	441.
۲۱	از تغییرات روانی مربوط به قاعدگی (مانند حساس شدن، تمایل به گریه کردن ، کاهش تمرکز و ...) اطلاع دارم .	769.
۲۲	از تغییرات جسمی مربوط به قاعدگی (مانند حساسیت پستانها، تورم یا سنگینی در بدن ، سردرد و ..) اطلاع دارم	899.
۲۳	در مورد چگونگی باردار شدن (تشکیل جنین در نتیجه لقاح تخمک و اسپرم در اواسط چرخه قاعدگی) اطلاع دارم	526.
۲۴	زمانی که در مورد مسائل مرتبط با سلامت سیستم تناسلی و باروری اطلاعاتی نیاز داشته باشم، به راحتی می توانم آن اطلاعات را به دست آورم	394.
۲۵	اگر زمانی توصیه ها و توضیحات کارکنان بهداشتی و درمانی (پزشک، پرستار، ماما و ...) را درباره سلامت سیستم تناسلی و باروری متوجه نشدم، میتوانم درمورد آن سوال کنم	525.
۲۶	هنگام مشورت با کارکنان بهداشتی و درمانی (پزشک، پرستار، ماما و ...) درباره وضعیت یا بیماریهای سیستم تناسلی و باروری خودم، احساس راحتی می کنم	813.
۲۷	برای پیشگیری از ابتلا به عفونتهای مقاربتی (عفونتهای رحمی، سفلیس، زگیل و تبخال تناسلی و ...) با همسر یا شریک زندگی ام صحبت می کنم .	554.

جدول ۴ : مقدار آلفا کرونباخ پرسشنامه سواد سلامت باروری زنان سنین باروری

Factors	Number of items	Cronbach's alpha
1	۸	0.80
2	6	0.82
3	4	0.83
4	5	0.79
5	4	0.71

Whole scale	26	0.92
-------------	----	------

بحث

مطالعه حاضر با هدف روانسنجی پرسشنامه بررسی سواد سلامت باروری به عنوان عاملی مهم در ارتقا سلامت و اولین ابزار بومی در این زمینه انجام شد. از آنجا که نیازهای افراد وابسته به زمینه بوده و با شرایط اجتماعی اقتصادی و فرهنگی هر جامعه متفاوت می باشند (Schmid-Büchi, van den Borne, Dassen, & Halfens, 2011)، این مطالعه در جامعه ایرانی انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عوامل «درک و بکارگیری اطلاعات»، «دانش خود مراقبتی»، «تحلیل صحت اطلاعات»، «آگاهی درباره بدن زنان» و «سواد سلامت تعاملی» که از تحلیل عاملی به دست آمدند تبیین کننده پنج عامل در نظر گرفته شده در پرسشنامه بررسی سواد سلامت باروری بودند.

نتایج نشان داد پرسشنامه از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. برای بررسی پایایی، ضرایب آلفای کرونباخ به کار رفت و نتایج حاکی از آن بود که پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. یافته های پژوهش حاضر در زمینه همسانی درونی عامل های مختلف پرسشنامه، از همسانی درونی بالای ۰/۹۲ حکایت داشت، که با نتایج همسانی درونی ۰/۸۸ پرسشنامه سواد سلامت باروری نسخه ژاپنی همراستا می باشد (S. Kawata, H. Hatashita, & Y. J. J. o. P. H. Kinjo, 2014b). در ابتدا، روایی محتوا با استفاده از معیارهای نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا بررسی و مقادیر مناسبی، به دست آمد. سپس، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و نتایج نشان داد که گویه ها بار عاملی مناسبی را نشان میدهند؛ بنابراین پرسشنامه سواد سلامت باروری از روایی سازه مناسبی برخوردار است. همچنان که در تبیین نتایج پژوهش حاضر باید ادعان داشت مطالعه ای نشان داد که افزایش سطح سواد سلامت باروری باعث افزایش توانمندی زنان در کنترل باروری های خود شده و امکان برنامه ریزی برای مولود را فراهم می کند (Yee, Farner, King, & Simon, 2015). بعلاوه یافته های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه محمدی و همکاران در خصوص، روانسنجی پرسشنامه سواد سلامت باروری که از توان بالایی برای ارزیابی متغیرهای مورد بررسی برخوردار بود، همراستا است (Kohan, Mohamammadi, Yazdi, & Dadkhah, 2018).

نسخه فارسی پرسشنامه دارای ۲۷ گویه می باشد. نسخه ژاپنی پرسشنامه دارای ۲۱ گویه بود و با توجه به نظر متخصصین در فرهنگ ایرانی ۶ گویه به سوالات پرسشنامه اضافه شد. بعلاوه نتایج نشان داد نسخه فارسی پرسشنامه بر اساس نتایج الگوی ۵ عاملی از برآزش منطقی و مناسب برخوردار است. در حالی که نسخه اصلی پرسشنامه دارای ۴ عامل شامل "انتخاب زنان برای اتخاذ اطلاعات و عملکرد بهداشتی"، "خودمراقبتی در دوران قاعدگی"، "شناخت بدن زن" و "مذاکره با شریک جنسی" بود (Kawata et al., 2014b). عامل های پرسشنامه در نسخه فارسی به ۵ عامل افزایش شامل «درک و بکارگیری اطلاعات سلامت باروری»، «دانش خود مراقبتی از سلامت باروری»، «تحلیل صحت اطلاعات»، «آگاهی درباره بدن زنان» و «سواد سلامت باروری تعاملی» افزایش یافت. با توجه به بررسی ویژگی های روان سنجی و پایایی مناسب این پرسشنامه، کوتاه بودن، سهولت اجرا، پوشش تمامی ابعاد سواد

سلامت باروری، شرایط استفاده وسیع محققان از این ابزار را فراهم می آورد

پیشنهاد می شود بررسی روایی همگرایی پرسشنامه و ابعاد آن با سایر ابزارهای سنجش سواد سلامت انجام شود. بعلاوه با توجه به اینکه این پرسشنامه بر مبنای سنجش سواد سلامت باروری در جامعه ایرانی طراحی گردیده است، بهره گیری از این ابزار برای بررسی سواد سلامت باروری در سایر قومیتها و فرهنگ ها، مستلزم روانسنجی آن برای گروههای یاد شده است.

نتیجه گیری

این پژوهش به دلیل طراحی و روانسنجی پرسشنامه سواد سلامت باروری در ایران یک نوآوری محسوب می گردد. از ویژگی های مهم ابزار طراحی شده در مطالعه حاضر روایی و پایایی مطلوب، وضوح و شفافیت آن می باشد. از ابزار مذکور می توان در جهت سنجش سواد سلامت باروری و هم در جهت طراحی برنامه ها و مداخلات مطابق با نیازهای زنان در هر حیطه استفاده نمود.

Reference:

- Aydın, G. Ö., Kaya, N., & Turan, N. (2015). The role of health literacy in access to online health information. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 195, 1683-1687
- Health literacy and .(۲۰۱۶). Castro-Sánchez, E., Chang, P. W., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A., & Holmes, A. H .infectious diseases: why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103-110
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid .adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*, 25(6), 391-395 estimate of
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018757848
- .Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*: sage
- .İŞMAN, A., & KAYA, Z. INTERNATIONAL CONFERENCE ON NEW HORIZONS IN EDUCATION-2010
- Jacko, J. A. (2012). *Human computer interaction handbook: Fundamentals, evolving technologies, and emerging applications*: CRC press
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation .for cross-cultural research. *Nursing research*, 50(5), 300-304 model
- Kawata, S., Hatashita, H., & Kinjo, Y. (2014a). Development of a health literacy scale for women of reproductive age: an *Nihon Koshu Eisei Zasshi* [Japanese] .examination of reliability and validity in a study of female workers *Journal of Public Health*, 61(4), 186-196
- Kawata, S., Hatashita, H., & Kinjo, Y. J. J. J. o. P. H. (2014b). Development of a health literacy scale for women of .reproductive age: an examination of reliability and validity in a study of female workers. 61(4), 186-196
- .Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (2004). Health literacy: a prescription to end confusion
- Kohan, S., Mohamammadi, F., Yazdi, M., & Dadkhah, A. (2018). Evaluation of relationship between reproductive health literacy and demographic factors in women %J Journal of Health Literacy. 3(1), 20-29. Retrieved from <https://www.magiran.com/paper/1847681>
- Ma, X., Yang, Y., Wei, Q., Jiang, H., & Shi, H. (2021). Development and validation of the reproductive health literacy .questionnaire for Chinese unmarried youth. *Reproductive Health*, 18, 1-11
- Mahmoud Tavousi, Mahdi Ebadi, Esmail Fattahi, Leila Jahangiry, Akram Hashemi, Mina Hashemiparast, & Ali Montazeri. (2015). Health literacy measures: A systematic review of the literature. *Payesh (Health Monitor) Journal*, 14(4), 485-496. Retrieved from <http://payeshjournal.ir/article-1-230-fa.html>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*: Sage .publications
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a .new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, 10, 537-541
- .E. (2010). Accessibility: global gateway to health literacy. *Health promotion practice*, 11(1), 123-131 ,Perlow
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for .care research: sage instrument development in health*
- Saremi, M., Khani, J. R., Kavousi, A., & Rezapour, T. (2012). Ergonomic Evaluation of Non-Powered Hand Tools: .(Introduction and Validation in Dentistry. *Daneshvar Medicine*, 19(100
- Halfens, R. J. J. J. o. c. n. (2011). Factors associated with & ., Schmid-Büchi, S., van den Borne, B., Dassen, T .psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. 20(7-8), 1115-1124
- European, C. H. L. P. (2012). . . ., Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public .health*, 12, 1-13
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science .education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296



- Talbot, L., & Verrinder, G. (2017). *Promoting health: the primary health care approach*: Elsevier Health Sciences
- Vongxay, V., Thongmixay, S., Stoltenborg, L., Inthapanyo, A., Sychareun, V., Chaleunvong, K., & Rombout Essink, D. (2022). Validation of the Questionnaire on Sexual and Reproductive Health Literacy for Adolescents Age 15 to .e37-e50 ,(19 Years in Lao People's Democratic Republic. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 6(1
- Wei, M.-H. (2014). The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information .sources utilized by Taiwanese adults. *Health Education Journal*, 73(4), 423-434
- Williams, B., Brown, T., & Onsman, A. (2012). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian .Journal of Paramedicine*, 8(3), 1
- Yee, L. M., Farner, K. C., King, E., & Simon, M. A. (2015). What do women want? Experiences of low-income women .(with postpartum contraception and contraceptive counseling. *Journal of pregnancy and child health*, 2(5

Psychometric properties of the Persian language version of the reproductive health literacy scale for women of reproductive age

Fatemeh Mohammadi¹

Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran

Zeinab Heidari

Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran

Maryam Dehghani

Bam university of medical sciences, Bam, Iran

Zahra Sohrabi

Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran

Introduction: Reproductive health is one of the important dimensions of health, which covers a wide range of topics such as family planning, perinatal care, treatment of genital infections, prevention and treatment of sexually transmitted infections, prevention and management of abortion, infertility treatment and counseling. The aim of the current psychometric study is the questionnaire of reproductive health literacy for women of reproductive age in women covered by the services of health centers in Isfahan city.

Methods: The current descriptive-cross-sectional study was conducted on 290 women of reproductive age. The initial questionnaire was adapted from the Women's Reproductive Health Literacy Scale, which was made in Japanese. Then, face validity and content validity of the instrument were determined. The construct validity of the tool was checked using exploratory factor analysis and its reliability was checked using internal consistency and Cronbach's alpha. Data were analyzed by SPSS software.

Findings: Using exploratory factor analysis, 27 items and five factors: "understanding and using information", "self-care knowledge", "information accuracy analysis", "awareness about women's body" and "communicative health literacy" were determined that they jointly accounted for 58.07% of the observed variance. Internal correlation was confirmed by Cronbach's alpha method with a value of 0.92.

Conclusion: This research is considered an innovation due to the design and psychometrics of the reproductive health literacy questionnaire in Iran. One of the important features of the tool designed in the current study is its favorable validity and reliability, clarity and transparency. The mentioned tool can be used to measure reproductive health literacy and to design programs and interventions according to the needs of women in every area.

Keywords: health literacy, reproductive health, women, questionnaire, psychometrics

¹Corresponding Author