

طراحی و ویژگی های روان سنجی مقیاس سواد سلامت روان زنان سنین باروری

عاطفه صفرعلی نژاد

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

atfsafaralinezhad@gmail.com

چکیده

****مقدمه و هدف:**** جنسیت یکی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت روان است و زنان در سنین باروری به دلیل تجربه تغییرات هورمونی، نقش های خانوادگی و اجتماعی و رویدادهای مرتبط با سلامت باروری، در معرض طیفی از چالش های سلامت روان قرار دارند. ارتقای سواد سلامت روان می تواند در شناسایی زودهنگام مشکلات روانی، استفاده مناسب از خدمات و اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت مؤثر باشد. با توجه به نبود ابزاری اختصاصی برای ارزیابی جامع سواد سلامت روان زنان سنین باروری، مطالعه حاضر با هدف طراحی و بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس سواد سلامت روان زنان سنین باروری انجام شد.

****روش پژوهش:**** این مطالعه با رویکرد روش آمیخته اکتشافی و در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، با استفاده از مرور متون و مطالعه کیفی، گویه های اولیه ابزار تولید شد. در بخش کیفی، ۲۰ نفر شامل ۱۴ زن در سنین باروری و ۶ مطلع کلیدی شامل روان شناسان، روان پزشک، مشاور و متخصصان ارتقای سلامت با نمونه گیری هدفمند و حداکثر تنوع مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از تولید گویه ها، روایی محتوایی و صوری و تحلیل گویه ها انجام شد. در مرحله دوم، ویژگی های روان سنجی ابزار در زنان ۱۵ تا ۴۹ سال بررسی شد. روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ، روش دونیمه سازی، ضریب همبستگی درون طبقه ای و خطای استاندارد اندازه گیری بررسی شد.

****یافته ها:**** در ابتدا ۱۲۰ گویه از مطالعه کیفی استخراج شد که پس از حذف گویه های تکراری، نامرتبط و همپوشان، ۴۶ گویه باقی ماند. پس از بررسی روایی محتوا، روایی صوری و تحلیل گویه ها، نسخه نهایی شامل ۳۰ گویه شکل گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل شامل «دسترسی و کسب اطلاعات سلامت روان»، «درک اطلاعات سلامت روان»، «توانایی حفظ سلامت روان» و «سازگاری با چالش های زندگی زنان» را شناسایی کرد که در مجموع ۴۲/۵۴ درصد واریانس کل را تبیین کردند. شاخص KMO برابر با ۸۶/۰ و آزمون بارتلت معنادار بود. در تحلیل عاملی تأییدی، شاخص های برازش مدل رضایت بخش بودند؛ به طوری که χ^2/df برابر ۰/۹۲، RMSEA برابر ۰/۰۶۹، TLI برابر ۰/۹۳ و CFI برابر ۰/۹۴ به دست آمد. آلفای کرونباخ کل مقیاس ۸۸۹/۰ و ضریب همبستگی درون طبقه ای کل مقیاس ۹۶۶/۰ بود. خطای استاندارد اندازه گیری کل مقیاس نیز ۶۸/۴ گزارش شد.

****نتیجه گیری:**** مقیاس ۳۰ گویه ای سواد سلامت روان زنان سنین باروری از روایی سازه و پایایی مطلوبی برخوردار است و می تواند برای شناسایی کاستی های مرتبط با دانش، مهارت ها و رفتارهای سلامت روان زنان سنین باروری، برنامه ریزی مداخلات آموزشی و ارتقایی و ارزیابی اثربخشی این مداخلات مورد استفاده قرار گیرد. انجام مطالعات بیشتر برای بررسی روایی همزمان و ملاکی، اعتبارسنجی بین فرهنگی و بررسی امکان تولید نسخه کوتاه تر ابزار توصیه می شود.

****واژگان کلیدی:**** سواد سلامت روان، زنان سنین باروری، روان سنجی، اعتبارسنجی، ابزار اندازه گیری

مقدمه

سلامت روان زنان یکی از ابعاد اساسی سلامت عمومی است و زنان در سنین باروری به دلیل مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی با چالش‌های ویژه‌ای در این زمینه مواجه هستند. شواهد جهانی نشان می‌دهد که بار اختلالات افسردگی در زنان سنین باروری طی دهه‌های اخیر افزایش یافته است و این روند در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ نیز تشدید شده است (Dai et al., 2025). همچنین اختلالات روان‌پزشکی و علائم مرتبط با سلامت روان در زنان نسبت به مردان شیوع بیشتری دارد (Taheri Mirghaied et al., 2020).

مفهوم سواد سلامت در سال‌های اخیر از مهارت‌های ابتدایی مانند خواندن و نوشتن فراتر رفته و به مجموعه‌ای از دانش، نگرش‌ها و توانایی‌هایی اطلاق می‌شود که افراد را قادر می‌سازد اطلاعات سلامت را به دست آورند، درک کنند، ارزیابی نمایند و برای حفظ و ارتقای سلامت خود به کار گیرند (Sørensen et al., 2012). سواد سلامت روان نیز به عنوان یکی از ابعاد تخصصی سواد سلامت، نقش مهمی در ارتقای توانایی افراد برای شناخت مشکلات روانی، دسترسی به اطلاعات مناسب، استفاده از راهبردهای خودمراقبتی و مراجعه به موقع برای دریافت خدمات تخصصی دارد (Kutcher et al., 2016).

Jorm سواد سلامت روان را شامل مجموعه‌ای از دانش و باورهایی می‌داند که به افراد در شناسایی اختلالات روانی، شناخت عوامل خطر و علل آنها، استفاده از راهبردهای خودمدیریتی و شناخت خدمات تخصصی و نیز تصمیم‌گیری مناسب برای کمک‌خواهی کمک می‌کند (Jorm, 1997; Jorm, 2012). بر این اساس، سطح مناسب سواد سلامت روان می‌تواند به تشخیص زودهنگام مشکلات روانی، کاهش انگ مرتبط با بیماری‌های روانی و افزایش احتمال دریافت خدمات مناسب منجر شود.

سلامت روان زنان سنین باروری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا این دوره با رویدادهایی مانند قاعدگی، بارداری، زایمان، دوره پس از زایمان و تغییرات مرتبط با یائسگی همراه است. علاوه بر این، زنان ممکن است در این دوره با نقش‌های جدید خانوادگی و اجتماعی، مسئولیت مراقبت از اعضای خانواده، مشکلات اقتصادی، خشونت و سایر عوامل استرس‌زا مواجه شوند. برخی مشکلات سلامت روان نیز ارتباط نزدیکی با تغییرات هورمونی و رویدادهای باروری دارند؛ از جمله افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان و اختلالات خلقی مرتبط با چرخه قاعدگی (World Health Organization, 2021).

در ایران نیز ارتقای سواد سلامت روان زنان اهمیت زیادی دارد. خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ادغام شده و روان‌شناسان در مراکز خدمات سلامت شهری خدمات مرتبط با سلامت روان ارائه می‌کنند. بنابراین، شناخت سطح سواد سلامت روان زنان می‌تواند به طراحی مداخلات هدفمند و بهبود رفتارهای کمک‌خواهی منجر شود (Jafari et al., 2021).

با وجود اهمیت موضوع، ابزارهای موجود در زمینه سنجش سواد سلامت روان عمدتاً برای جمعیت عمومی طراحی شده‌اند و ویژگی‌های اختصاصی زنان را به طور کامل مورد توجه قرار نمی‌دهند. برای مثال، مقیاس سواد سلامت روان (MHLS) (O'Connor & Casey, 2015) برای سنجش سواد سلامت روان عمومی است، اما جامعه هدف آن محدود به زنان سنین باروری نیست (O'Connor & Casey, 2015). همچنین ابزارهایی مانند پرسشنامه دانش سلامت روان و مقیاس دانش و نگرش سلامت روان، عمدتاً بر دانش عمومی، نگرش، انگ و کمک‌خواهی تمرکز دارند (Wei et al., 2015).



از سوی دیگر، مطالعات انجام شده در زنان اغلب بر یک وضعیت خاص، مانند افسردگی پس از زایمان یا یک مرحله مشخص از زندگی تمرکز داشته اند. بنابراین، نیاز به ابزاری جامع که علاوه بر دانش عمومی سلامت روان، ابعاد مرتبط با نقش های اجتماعی و خانوادگی زنان، تغییرات هورمونی و مسائل مرتبط با سلامت باروری را نیز دربرگیرد، احساس می شود (Mirsalimi et al., 2020).

بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف طراحی و ارزیابی ویژگی های روان سنجی مقیاس اختصاصی سواد سلامت روان زنان سنین باروری انجام شد.

روش پژوهش

طرح پژوهش

این مطالعه یک پژوهش روش آمیخته با رویکرد اکتشافی و متوالی بود که در دو مرحله انجام شد. مرحله نخست به تحلیل مفهوم و تولید گویه های ابزار اختصاص داشت و مرحله دوم با هدف بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس انجام شد. فرآیند طراحی ابزار شامل تولید گویه ها، بررسی روایی محتوا، روایی صوری، تحلیل گویه ها و سپس بررسی روایی سازه و پایایی بود (Safaralinezhad et al., 2025).

جامعه پژوهش و نمونه گیری

مطالعه در محیط های مختلف جامعه از جمله مراکز خدمات سلامت، مراکز محله، مراکز فرهنگی، سالن های ورزشی، پارک ها، انجمن های مساجد، دانشگاه ها، مدارس و سایر اماکن عمومی در استان های تهران، قزوین و البرز انجام شد.

معیارهای ورود زنان به مطالعه شامل سن ۱۵ تا ۴۹ سال، تمایل به شرکت در پژوهش و توانایی خواندن و نوشتن بود. داشتن سابقه مشکلات سلامت روان به عنوان معیار خروج در نظر گرفته نشد.

در بخش کیفی، نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع انجام شد. تنوع نمونه از نظر سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان مورد توجه قرار گرفت. در مجموع ۲۰ نفر شامل ۱۴ زن در سنین باروری و ۶ مطلع کلیدی در مطالعه کیفی شرکت کردند. مصاحبه ها به صورت فردی، عمیق و نیمه ساختاریافته انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت.

جمع آوری داده های کیفی از ۵ اوت ۲۰۲۲ تا ۱۵ مارس ۲۰۲۳ انجام شد. در مرحله اعتبارسنجی، داده ها از ژوئیه تا نوامبر ۲۰۲۳ گردآوری شدند.

تولید گویه ها

برای شناسایی ابعاد سواد سلامت روان زنان سنین باروری، مصاحبه های نیمه ساختاریافته انجام شد. پرسش های اصلی مصاحبه درباره نحوه حفظ و ارتقای سلامت روان، نوع اطلاعات مورد نیاز درباره سلامت روان، روش دستیابی به اطلاعات، نحوه بررسی اعتبار اطلاعات و تأثیر دستیابی به اطلاعات سلامت روان بر زندگی زنان بود.

مصاحبه ها با رضایت شرکت کنندگان ضبط و سپس به صورت کلمه به کلمه پیاده سازی شدند. مدت مصاحبه ها بین ۲۲ تا ۴۸ دقیقه بود و میانگین مدت هر مصاحبه حدود ۳۴ دقیقه گزارش شد.

تحلیل داده ها با روش تحلیل محتوای استقرایی انجام شد. در ابتدا ۱۲۰ گویه استخراج شد. پس از چندین مرحله بررسی توسط تیم پژوهش، گویه های تکراری، نامرتبط و دارای همپوشانی حذف یا ادغام شدند و در نهایت یک پرسشنامه ۴۶ گویه ای برای مراحل بعدی آماده شد. پاسخ دهی به گویه ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای از «هرگز» تا «همیشه» انجام گرفت.

بررسی روایی محتوا

روایی محتوا به دو روش کیفی و کمی بررسی شد. در مرحله کیفی، ۱۳ متخصص در حوزه های آموزش بهداشت، بهداشت باروری و روان شناسی، گویه ها را از نظر تناسب، وضوح، دستور زبان، نحوه بیان و مقیاس پاسخ بررسی کردند.

در مرحله کمی، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا مورد بررسی قرار گرفت. گویه هایی که معیارهای تعیین شده را کسب نکردند، حذف شدند. در نهایت، شاخص روایی محتوای گویه های باقی مانده در دامنه ۸۴/۰ تا ۱ قرار داشت و میانگین شاخص روایی محتوای کل مقیاس ۹۲/۰ گزارش شد. مقدار کاپای اصلاح شده نیز برای گویه ها بین ۷۷/۰ تا ۱ بود و میانگین آن ۹۲/۰ به دست آمد.

بررسی روایی صوری

روایی صوری نیز به دو روش کیفی و کمی ارزیابی شد. در بخش کیفی، ۱۰ زن در سنین باروری به صورت در دسترس انتخاب شدند و درباره ابهام، تناسب و دشواری گویه ها اظهار نظر کردند.

در بخش کمی، ۱۰ زن دیگر میزان اهمیت هر گویه را در مقیاس پنج درجه ای ارزیابی کردند. اثر گویه از طریق ضرب درصد افرادی که گویه را مهم یا بسیار مهم ارزیابی کرده بودند در میانگین اهمیت آن محاسبه شد. اثر گویه ها بین ۶۵/۱ تا ۷/۴ قرار داشت و هیچ گویه ای در این مرحله حذف نشد.

تحلیل گویه ها و مطالعه مقدماتی

برای تحلیل گویه ها، ۵۰ زن در سنین باروری در یک مطالعه مقدماتی شرکت کردند. میانگین، انحراف معیار، همبستگی گویه با سایر گویه ها و تأثیر حذف هر گویه بر آلفای کرونباخ بررسی شد.

گویه هایی که همبستگی اصلاح شده آنها با نمره کل کمتر از ۳۰/۰ بود، حذف شدند. پس از این مرحله، نسخه ۳۰ گویه ای ابزار برای بررسی ویژگی های روان سنجی وارد مرحله اصلی شد.

بررسی روایی سازه

ویژگی های روان سنجی ابزار در یک مطالعه مقطعی در تهران و قزوین بررسی شد. در این مرحله ۴۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله در مطالعه شرکت کردند.

برای بررسی کفایت داده ها جهت تحلیل عاملی، شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شد. تحلیل عاملی اکتشافی با روش حداکثر درست نمایی و چرخش واریماکس انجام گرفت. برای تعیین تعداد عوامل از نمودار اسکری و تحلیل موازی استفاده شد. بار عاملی حداقل ۴/۰ در نظر گرفته شد.

پس از استخراج ساختار عاملی، تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی ساختار به دست آمده انجام شد. همچنین شاخص های برازش مدل، روایی همگرایی و روایی واگرایی سازه بررسی شدند.

بررسی پایایی و خطای اندازه گیری

پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ و روش دونیمه سازی بررسی شد. برای بررسی ثبات نیز ۳۰ زن پرسشنامه را در دو نوبت با فاصله دو هفته تکمیل کردند و ضریب همبستگی درون طبقه ای محاسبه شد. همچنین خطای استاندارد اندازه گیری، حداقل تغییر قابل تشخیص و حداقل تغییر مهم برای بررسی پایایی مطلق و تفسیرپذیری تغییرات نمره محاسبه شد.

شیوه نمره گذاری

نسخه نهایی مقیاس شامل ۳۰ گویه در چهار حیطه است. پاسخ ها در طیف پنج درجه ای لیکرت از ۱ «هرگز» تا ۵ «همیشه» ثبت می شوند. پنج گویه با عبارت منفی به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره کل از مجموع نمرات گویه ها به دست می آید و دامنه نمره کل از ۳۰ تا ۱۵۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر سواد سلامت روان است. تکمیل پرسشنامه تقریباً ۱۰ تا ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد و ابزار می تواند به صورت خودایفا یا با کمک مصاحبه گر تکمیل شود. همچنین برای مقایسه بهتر حیطه ها، نمرات خام می توانند به مقیاس صفر تا ۱۰۰ تبدیل شوند.

یافته ها

مشخصات شرکت کنندگان

در مرحله اصلی اعتبارسنجی، ۴۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۵/۲۸ سال با انحراف معیار ۸۶/۸ سال بود.

از نظر وضعیت اشتغال، ۳۹ درصد شاغل و ۶۱ درصد خانه دار بودند. ۵/۷۵ درصد شرکت کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۵/۵۱ درصد مجرد، ۵/۴۶ درصد متأهل و ۲ درصد مطلقه یا بیوه بودند. در مجموع ۱۷ نفر سابقه اختلالات سلامت روان را گزارش کردند.

ساختار عاملی

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که شاخص KMO برابر با ۸۶۵/۰ بود و آزمون کرویت بارتلت نیز معنادار بود؛ بنابراین داده ها برای تحلیل عاملی مناسب بودند.

تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل را شناسایی کرد که در مجموع ۴۲/۵۴ درصد واریانس کل را تبیین کردند. عامل اول ۰/۱۱۰ درصد، عامل دوم ۸۹/۱۵ درصد، عامل سوم ۴۳/۱۲ درصد و عامل چهارم ۰/۸۱۶ درصد از واریانس را تبیین کردند. چهار عامل عبارت بودند از:



۱. ***دسترسی و کسب اطلاعات سلامت روان:*** ۴ گویه
۲. ***درک اطلاعات سلامت روان:*** ۶ گویه
۳. ***توانایی حفظ سلامت روان:*** ۹ گویه
۴. ***سازگاری با چالش های زندگی زنان:*** ۱۱ گویه

تمام گویه ها بار عاملی بالاتر از ۴/۰ داشتند و هیچ گویه ای در مرحله تحلیل عاملی حذف نشد.

پتحلیل عاملی تأییدی

نتایج تحلیل عاملی تأییدی، ساختار چهارعاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی را تأیید کرد. شاخص های اصلی برازش مدل شامل χ^2/df برابر ۰٫۹/۲، RMSEA برابر ۰٫۰۶۹/۰، TLI برابر ۰٫۹۳/۰ و CFI برابر ۰٫۹۴/۰ بودند که نشان دهنده برازش قابل قبول مدل بودند.

مقادیر پایایی ترکیبی عوامل بین ۰٫۸۸/۰ تا ۰٫۹۸/۰ و مقادیر میانگین واریانس استخراج شده بین ۰٫۵۸/۰ تا ۰٫۶۹/۰ بود که روایی همگرای سازه ها را تأیید کرد.

پایایی

آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰٫۸۸۹/۰ بود. آلفای کرونباخ چهار حیطه به ترتیب ۰٫۷۳۷/۰، ۰٫۸۲۹/۰، ۰٫۸۶۶/۰ و ۰٫۷۰۷/۰ گزارش شد. ضریب همبستگی درون طبقه ای کل مقیاس ۰٫۹۶۶/۰ بود که نشان دهنده ثبات بسیار مطلوب ابزار در آزمون - بازآزمون است. ضریب ICC حیطه های مختلف نیز بین ۰٫۸۱۶/۰ تا ۰٫۹۸۲/۰ قرار داشت.

خطای اندازه گیری

خطای استاندارد اندازه گیری کل مقیاس ۰٫۰۶۸/۴ به دست آمد. حداقل تغییر قابل تشخیص برای کل مقیاس ۰٫۹۶/۱۲ و حداقل تغییر مهم ۰٫۴۷/۲ گزارش شد. مقادیر خطای استاندارد اندازه گیری در چهار حیطه نیز به ترتیب ۰٫۱۰/۲، ۰٫۸۹/۱، ۰٫۲۸/۲ و ۰٫۴۱/۲ بود.

امکان پذیری و اثرات سقف و کف

میانگین زمان تکمیل ابزار حدود ۱۰ دقیقه بود و میزان پاسخ های مفقود برای گویه های مختلف بین صفر تا یک درصد قرار داشت. بنابراین، ابزار از نظر زمان تکمیل و میزان داده های مفقود، عملی و قابل استفاده ارزیابی شد. همچنین اثر سقف و کف برای کل ابزار مشاهده نشد. در هیچ یک از حیطه ها نیز درصد افرادی که حداقل یا حداکثر نمره را کسب کردند، از آستانه ۱۵ درصد فراتر نرفت.

سطح سواد سلامت روان

میانگین نمره سواد سلامت روان در نمونه پژوهش ۸/۷۹ با انحراف معیار ۴/۱۷ بود. در مجموع، ۵/۷۱ درصد زنان دارای سواد سلامت روان کافی و ۵/۲۸ درصد دارای سواد سلامت روان محدود بودند.

بین سطح سواد سلامت روان و سن، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و سابقه بیماری روانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مقابل، سطح تحصیلات با سواد سلامت روان ارتباط معنادار داشت و زنان دارای تحصیلات بالاتر، نمرات سواد سلامت روان بیشتری داشتند.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که مقیاس سواد سلامت روان زنان سنین باروری یک ابزار ۳۰ گویه ای با ساختار چهار عاملی است. چهار حیطه اصلی شامل دسترسی و کسب اطلاعات سلامت روان، درک اطلاعات سلامت روان، توانایی حفظ سلامت روان و سازگاری با چالش های زندگی زنان بود. این چهار عامل در مجموع ۴۲/۵۴ درصد واریانس کل را تبیین کردند. ساختار چهار عاملی ابزار با تحلیل عاملی تأییدی نیز مورد تأیید قرار گرفت و شاخص های برازش مدل در محدوده قابل قبول بودند. این یافته ها نشان می دهد که سواد سلامت روان زنان سنین باروری مفهومی چندبعدی است و صرفاً به دانش درباره اختلالات روانی محدود نمی شود.

یافته های مطالعه با مفهوم کلاسیک سواد سلامت روان مطرح شده توسط Jorm همخوانی دارد؛ زیرا ابزار حاضر نیز توانایی دستیابی به اطلاعات، درک اطلاعات، شناخت مشکلات سلامت روان و استفاده از منابع مناسب را مورد توجه قرار می دهد (Jorm, 1997; Jorm, 2012). با این حال، ویژگی مهم مقیاس حاضر توجه ویژه به شرایط و تجربه های اختصاصی زنان سنین باروری است. در حالی که ابزارهایی مانند MHLS عمدتاً سواد سلامت روان عمومی را ارزیابی می کنند، مقیاس حاضر موضوعاتی مانند تغییرات خلقی مرتبط با قاعدگی، بارداری و دوره پس از زایمان، تغییر نقش به همسر یا مادر، مسائل سلامت روان مرتبط با باروری و سازگاری با چالش های خانوادگی و اجتماعی را نیز دربرمی گیرد (O'Connor & Casey, 2015).

یکی از یافته های مهم مطالعه، شکل گیری حیطه «سازگاری با چالش های زندگی زنان» بود. این حیطه ۱۱ گویه داشت و ۰۸/۱۶ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. این بعد از ابزار، یکی از ویژگی های متمایزکننده آن نسبت به ابزارهای عمومی سواد سلامت روان محسوب می شود. زنان در سنین باروری ممکن است در طول زندگی خود با تغییر نقش، مسئولیت های خانوادگی، بارداری، زایمان، سقط، تغییرات قاعدگی و سایر رویدادهای مرتبط با سلامت باروری مواجه شوند که می توانند بر سلامت روان آنان اثر بگذارند.

حیطه «توانایی حفظ سلامت روان» نیز اهمیت ویژه ای داشت. این حیطه بر شناخت محدوده طبیعی تغییرات خلقی مرتبط با تغییرات هورمونی، تشخیص وضعیت های غیرطبیعی، کنترل هیجانات و رفتار، مقابله با استرس و اضطراب و شناخت زمان مناسب برای دریافت کمک حرفه ای تأکید دارد. این یافته با مدل های جامع سواد سلامت که بر چهار فرایند دسترسی، درک، ارزیابی و به کارگیری اطلاعات سلامت تأکید دارند، همخوانی دارد (Sørensen et al., 2012).

از نظر پایایی، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۸۹ و ICC برابر با ۰/۹۶۶ بود که نشان دهنده همسانی درونی و ثبات زمانی مطلوب ابزار است. نتایج مطالعه اصلی نیز نشان داد که حذف هیچ گویه دیگری موجب بهبود قابل توجه آلفای کرونباخ نمی شد و ساختار نهایی ابزار از ثبات مناسبی برخوردار بود.

سطح سواد سلامت روان در نمونه مورد بررسی نیز قابل توجه بود؛ به طوری که ۵/۷۱ درصد زنان سواد سلامت روان کافی داشتند. با این حال، نزدیک به یک سوم زنان در گروه دارای سواد سلامت روان محدود قرار گرفتند که نشان دهنده نیاز به توجه به آموزش و مداخلات ارتقای سواد سلامت روان در این جمعیت است. تنها متغیر جمعیت شناختی مرتبط با سطح سواد سلامت روان، تحصیلات بود و زنان دارای تحصیلات بالاتر، نمرات بیشتری داشتند.



نوزدهمین کنفرانس بین المللی یافته های نو در مامایی، زنان، زایمان و نازایی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

<http://icmwmi.ir>
info@icmwmi.ir

18 September 2026 - TBILISI GEORGIA

از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان به طراحی ابزار اختصاصی برای زنان سنین باروری، استفاده از رویکرد روش آمیخته، بهره گیری از داده های کیفی برای تولید گویه ها، بررسی روایی محتوا و صوری، تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و بررسی همسانی درونی و ثبات زمانی اشاره کرد. ابزار همچنین از نظر زمان تکمیل و میزان پاسخ های مفقود، امکان پذیری مطلوبی نشان داد.

با وجود این، مطالعه محدودیت هایی نیز داشت. در پژوهش حاضر روایی همزمان یا ملاکی ابزار با یک ابزار معتبر دیگر بررسی نشد؛ بنابراین، انجام مطالعات آینده برای مقایسه نتایج این مقیاس با سایر ابزارهای معتبر سواد سلامت روان ضروری است. همچنین لازم است قابلیت کاربرد ابزار در زبان ها، فرهنگ ها و زمینه های اجتماعی متفاوت بررسی شود. بررسی امکان تولید نسخه کوتاه تر مقیاس بدون کاهش پایایی و روایی نیز از پیشنهادهای مطرح شده برای مطالعات آینده است.

در مجموع، مقیاس سواد سلامت روان زنان سنین باروری، ابزاری جامع و دارای ویژگی های روان سنجی مطلوب است که علاوه بر ابعاد عمومی سواد سلامت روان، جنبه های اختصاصی زندگی زنان در سنین باروری را نیز مورد توجه قرار می دهد. این ابزار می تواند برای شناسایی نیازهای آموزشی زنان، برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت روان، ارزیابی اثربخشی برنامه های آموزشی و مشاوره ای و نیز کمک به سیاست گذاری در حوزه سلامت زنان مورد استفاده قرار گیرد.

پیشنهادهای

با توجه به یافته های مطالعه حاضر، پیشنهاد می شود در مطالعات آینده از این ابزار برای بررسی سطح سواد سلامت روان زنان سنین باروری در جمعیت های مختلف و در مناطق جغرافیایی متفاوت استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود ارتباط سواد سلامت روان با متغیرهایی مانند مراجعه به خدمات سلامت روان، نگرش نسبت به دریافت خدمات، رفتارهای مرتبط با سلامت روان و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گیرد.

پیشنهاد می شود مطالعات مداخله ای آینده، اثربخشی برنامه های آموزشی و ارتقای سلامت روان را بر اساس ابعاد شناسایی شده در این مقیاس ارزیابی کنند. همچنین انجام مطالعات روان سنجی بیشتر در نمونه های بزرگ تر و گروه های اجتماعی و فرهنگی متفاوت می تواند شواهد بیشتری درباره قابلیت تعمیم و کاربرد ابزار فراهم کند.

در نهایت، استفاده از این مقیاس در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت زنان می تواند به شناسایی نیازهای آموزشی و طراحی برنامه های ارتقای سواد سلامت روان متناسب با نیازهای زنان سنین باروری کمک کند.

منابع

1. Dai, F., Cai, Y., Chen, M., & Dai, Y. (2025). Global trends of depressive disorders among women of reproductive age from 1990 to 2021: A systematic analysis of burden, sociodemographic disparities, and health workforce correlations. **BMC Psychiatry, 25**, 263. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06697-4>
2. Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R., & Tehrani, H. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: A cross-sectional study. **BMC Psychiatry, 21**, 499. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03507-5>
3. Jorm, A. F. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. **Medical Journal of Australia, 166**(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
4. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. **American Psychologist, 67**, 231–243.
5. Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. **Canadian Journal of Psychiatry, 61**(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
6. Mirsalimi, F., Ghofranipour, F., Noroozi, A., & Montazeri, A. (2020). The postpartum depression literacy scale (PoDLIS): Development and psychometric properties. **BMC Pregnancy and Childbirth, 20**, 13. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2705-9>
7. O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. **Psychiatry Research, 229**(1–2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
8. Safaralinezhad, A., Lamyian, M., Ahmadi, F., Hosseinkhani, Z., & Montazeri, A. (2025). Development and psychometric properties of the Mental Health Literacy Scale for Women of Reproductive Age: A mixed method study. **Health Science Reports, 8**, e71227. <https://doi.org/10.1002/hsr2.71227>
9. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health, 12**, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>



نوزدهمین کنفرانس بین المللی یافته های نو در مامایی، زنان، زایمان و نازایی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

<http://icmwmi.ir>
info@icmwmi.ir

18 September 2026 - TBILISI GEORGIA

10. Taheri Mirghaed, M., Abolghasem Gorji, H., & Panahi, S. (2020). Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine, 11*(1), 21. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_510_18
11. Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry, 15*, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
12. World Health Organization. (2021). *Gender and health*. World Health Organization.