

Study of Reproductive Health Literacy and Its Related Factors in Infertile Women

Rakhshae Z *, Kamranpour B

Ph.D. Reproductive Health, Assistant Professor of Midwifery, Department of Nursing and Midwifery, Rasht branch, Islamic Azad University, Guilan, Rasht, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989113379571, Fax: +981333447060, E-mail: rakhshaez@yahoo.com

Received: Sep 18, 2023 Accepted: Dec 03, 2023

ABSTRACT

Background & objectives: Reproductive health literacy provides the ability to understand and act on reproductive health information and has many benefits beyond health. Infertility is a reproductive health problem in the world. Since reproductive health literacy plays an important role in people's adherence to self-care programs and treatment and in solving health-related issues, the present study aimed to study reproductive health literacy and its related factors in infertile women.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 240 infertile women referring to the infertility centers of Rasht City in 2022 who had the inclusion criteria. The data collection tool was a questionnaire, the first part of which included demographic-fertility characteristics, and the second part was the reproductive health literacy questionnaire for infertile women, which the women completed independently. The data was analyzed using SPSS statistical software.

Results: According to the results, women with infertility obtained 60.2% of the total score of the reproductive health literacy questionnaire, and based on the cut-off points (50.1 to 66), they needed more reproductive health literacy. According to the multivariate linear regression model, the woman and husband's education, socio-economic status, and the cause of infertility were significant predictive variables that were independently related to reproductive health literacy in infertile women. In addition, reproductive health literacy in infertile women was significantly associated with age, pregnancy history, the number of pregnancies, and abortion ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Infertile women need reproductive health literacy. The results of this study can be a step toward designing appropriate interventions and providing programs to improve reproductive health literacy.

Keywords: Infertility; Reproductive Health Literacy; Women

بررسی سواد سلامت باروری و عوامل مرتبط به آن در زنان نابارور

زهرا رخشایی*، سیده بهاره کامرانپور

دکتری تخصصی سلامت باروری، استادیار گروه مامایی، مجتمع پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، رشت، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۳۳۷۹۵۷۱ فکس: ۰۱۳۳۳۴۴۷۰۶۰ ایمیل: rakhshaez@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت باروری، توانایی درک و عمل کردن به اطلاعات سلامت باروری را فراهم می‌کند و مزایای متعددی فراتر از سلامت دارد. ناباروری بعنوان یک معضل سلامت باروری در جهان می‌باشد. از آنجاکه سواد سلامت باروری نقش مهمی در پایداری افراد به برنامه مراقبت از خود، درمان و حل مشکلات مرتبط با سلامتی دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین سواد سلامت باروری در زنان نابارور و عوامل مرتبط به آن انجام گردید.

روش کار: این مطالعه مقطعی-تحلیلی، بر روی ۲۴۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر رشت در سال ۱۴۰۱ که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که بخش اول آن شامل مشخصات دموگرافیک- باروری و بخش دوم، پرسشنامه سواد سلامت باروری در زنان نابارور بود که زنان بصورت خود ایفا تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طبق نتایج زنان نابارور، ۶۰/۲ درصد نمره کل پرسشنامه سواد سلامت باروری را کسب نمودند و بر اساس نقاط برش (۵۰/۱ تا ۶۶)، دارای سواد سلامت باروری نه چندان کافی بودند. بر اساس مدل رگرسیون خطی چند متغیره تحصیلات فرد، تحصیلات همسر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و علت ناباروری متغیرهای پیشگوی معنی دار بودند که بطور مستقل با سواد سلامت باروری ارتباط داشتند. علاوه سواد سلامت باروری با سن زن؛ سابقه حاملگی (ناباروری ثانویه)؛ دفعات حاملگی و سقط ارتباط معنی داری داشت ($p \leq 0/05$).

نتیجه گیری: زنان نابارور، نیازمند به داشتن سواد سلامت باروری هستند. نتایج این مطالعه می‌تواند گامی در جهت طراحی مداخلات مناسب و ارائه برنامه‌هایی جهت ارتقای سواد سلامت باروری آنان باشد.

واژه‌های کلیدی: ناباروری، سواد سلامت باروری، زنان

دریافت: ۱۴۰۲/۶/۲۷ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۲

مقدمه

سواد سلامت باروری، چگونگی انگیزه و شایستگی‌های دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات مرتبط با سلامت باروری برای مقابله با مشکلات سلامت باروری را نشان می‌دهد و فراتر از دانش و رفتار است (۱). بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱، سواد سلامت باروری، توانایی درک اطلاعات و عمل کردن به اطلاعات سلامت باروری را

فراهم می‌کند و رسیدن به سطوح بالاتری از آن، نه تنها می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی (STIs)^۲، حاملگی ناخواسته، مرگ و میر مادران و... را کاهش دهد، بلکه مزایای متعددی فراتر از سلامت دارد (۲). سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت را بعنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی در نظر گرفته است که منجر به ارتقاء و حفظ مناسب سلامتی افراد می‌شود (۳). فقدان سواد سلامت کافی، منجر به

² Sexually Transmitted Infections

¹ World Health Organization

دشواری در ارتباط کلامی با ارائه‌کنندگان خدمات، پابندی کمتر به دستورالعمل‌های پزشکی، استفاده نامناسب از داروها، میزان بالاتر بستری در بیمارستان، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی و وضعیت سلامت نامطلوب‌تر می‌شود (۴،۵).

سواد سلامت باروری زنان، از جمله برنامه‌های راهبردی برای ارتقای سلامت باروری معرفی شده است (۶). زنان نابارور، یکی از گروه‌های نیازمند به داشتن سواد سلامت باروری هستند. زنان نابارور، مانند مبتلایان به بیماری‌های مزمن، در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت، قرار دارند (۷). سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را بعنوان یک معضل سلامت باروری در سراسر دنیا مطرح نموده است (۸) که حدود ۱۰-۵ درصد زوجین در سراسر دنیا به این مشکل دچار هستند (۹). طبق آمار ارائه شده، میزان شیوع ناباروری در زوجین ایرانی ۲۰/۲ درصد است، بطوری که از متوسط جهانی بسیار بالاتر است (۱۰). ناباروری علل مختلفی دارد که شامل عامل مردانه، کاهش ذخیره تخمدان، عامل تخمک‌گذاری، عامل لوله‌ای، عامل رحمی، عامل لگنی، عوامل سرویکال، ایمونولوژیک، بیماری‌های سیستمیک و علل توجیه نشده می‌باشد (۱۱). همچنین ناباروری با داشتن شرایط یک حادثه بحران ساز از جمله روند طولانی، شرایط پیچیده، پیامدهای روانی-اجتماعی، بحران همه‌جانبه‌ای در زندگی زوجین نابارور ایجاد می‌کند (۱۲). بر اساس مطالعات در کشورهای در حال توسعه، درک زنان و مردان نابارور از فرایند باروری و درمان‌های ناباروری ضعیف است (۱۳-۱۵). پژوهشگران بر این باورند که اگر چه ناباروری به‌عنوان منبع فشار روانی، می‌تواند سلامت افراد نابارور را به خطر اندازد، ولی میزان تأثیر آن به ارزیابی شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای فرد بستگی دارد (۱۶). بر اساس نتایج مطالعه جمشیدمنش و همکاران، افزایش اطلاعات و بکارگیری مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با درمان ناباروری

برای اداره موفق آن مفید بوده و منجر به افزایش خودکارآمدی زنان می‌شود (۱۷). در این راستا سواد سلامت عنصری مهم در توانایی یک زن برای دستیابی به مهارت‌های شناختی و درگیر شدن در فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری است (۱۸) و با بهبود رفتارهای خودمدیریتی و خودکارآمدی افراد، منجر به توانمندسازی و مشارکت بیشتر آنها در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت می‌شود (۱۹). لذا ارزیابی سواد سلامت باروری در زنان، اهداف متعددی از جمله پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان بیماری‌های زنان را دنبال می‌کند (۲۰). سواد سلامت باروری، در پابندی افراد به برنامه مراقبت از خود، درمان و حل مشکلات مرتبط با سلامتی نقش مهمی ایفا می‌کند (۳) و می‌تواند افراد را در بیان ایده‌ها، احساسات، ارزش‌ها، سؤالات و نگرانی‌های شان کمک نموده و دسترسی آنها به خدمات بهداشتی-درمانی را بهبود بخشد (۲۱،۲۲). مطالعه خرازی و همکاران نشان داد بین سواد سلامت مادران با مراقبت‌های دوران بارداری، نتیجه بارداری و وزن هنگام تولد ارتباط معناداری وجود دارد، لذا توجه بیشتر به سواد سلامت در برنامه‌های ارتقاء سلامت را ضروری عنوان نمودند (۲۳).

کیلفویل^۱ و همکاران در یک مرور سیستماتیک بیان کردند که بطور متوسط ۴۶ درصد زنان از سطح سواد سلامت ناکافی برخوردارند و به رغم اینکه مطالعات زیادی، سواد سلامت در سلامت باروری زنان را با اهمیت شناخته‌اند، اما تحقیقات کافی در رابطه با سواد سلامت باروری انجام نشده است (۲۴). همچنین بر اساس نتایج پژوهش‌ها در ایران، سطح سواد سلامت در زنان ناکافی می‌باشد (۵،۲۵). سواد سلامت می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند جنسیت، نژاد، فرهنگ، سن، دوره زندگی، عوامل طبی باروری، گروه هدف و زمینه قرار گیرد (۲۶-۲۸). در این راستا نتایج مطالعه کهن و همکاران نشان داد که

¹ Kilfoyle

خواندن و نوشتن از معیارهای ورود به مطالعه و عدم تکمیل کامل پرسشنامه در هنگام جمع‌آوری اطلاعات معیار خروج از مطالعه بود. بر اساس برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران (در نظر گرفتن مقدار $z=1/96$ ، $d=0/05$ ، $p=0/18$) و با توجه به مطالعات مشابه قبلی سواد سلامت (۴۴)، ۲۴۰ نفر از زنان نابارور وارد مطالعه شدند.

در ابتدا تاییدیه کمیته اخلاق سازمانی دانشگاه آزاد اسلامی (IR.IAU.RASHT.REC.1400.001)، مجوز و تاییدیه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و مجوز ورود به مراکز ناباروری، اخذ گردید. جهت حفظ حقوق مشارکت‌کنندگان، قبل از تکمیل پرسشنامه درباره اهداف مطالعه، محرمانه‌بودن اطلاعات، داوطلبانه‌بودن شرکت در مطالعه، امکان انصراف در هر مرحله از مطالعه و... توضیحات ارائه و رضایت نامه آگاهانه شرکت در مطالعه از کلیه مشارکت‌کنندگان اخذ گردید. همچنین نحوه تکمیل پرسشنامه برای فرد توضیح داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو قسمت بود در ابتدا از طریق یک پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک و باروری مشارکت‌کنندگان شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، علت ناباروری، نوع ناباروری، طول مدت ناباروری و... اخذ و سپس پرسشنامه اختصاصی سنجش سواد سلامت باروری در زنان مبتلا به ناباروری ارائه و بصورت خود ایفا توسط زنان تکمیل گردید. روایی (صوری، محتوا و سازه) و پایایی پرسشنامه اختصاصی سواد سلامت باروری در زنان نابارور، طی پژوهش قبلی که به طراحی و روانسنجی این ابزار پرداخته بود، مورد تایید و قابل قبول بدست آمد (۳۰).

پرسشنامه اختصاصی سواد سلامت باروری در زنان نابارور، متشکل از ۳۷ سوال در ۵ حیطه (زیر مقیاس) است که شامل اطلاعات سلامت باروری (۸ سوال)، اطلاعات ناباروری و درمان (۹ سوال)، جستجوی اطلاعات (۷ سوال)، درک و ارزیابی اطلاعات (۹ سوال) و تصمیم‌گیری و بکارگیری (۴ سوال) می‌باشد.

سطح سواد سلامت باروری زنان، با دو متغیر تأهل و سن در ارتباط است بطوری که زنان مجرد و جوانتر از ۲۵ سال نسبت به سایر گروه‌ها، از سطح سواد سلامت باروری نامطلوب‌تری برخوردارند (۲۹). نتایج مطالعه مروری حمزه گردشی و همکاران پیشنهاد نمود که جهت بهبود و ارتقاء سواد سلامت باروری، توجه به عوامل مرتبط با آن ضروری است تا امکان انجام مداخلات مناسب میسر شود (۲۸).

با توجه به اینکه ارائه‌دهندگان خدمات به زنان نابارور باید از میزان سواد سلامت باروری در آنها آگاه باشند، تا بتوانند اطلاعات مورد نیاز و متناسب با درک بهتر آنان را ارائه نمایند، بنابراین انجام یک ارزیابی جامع در زمینه سواد سلامت باروری، می‌تواند در برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی اقدامات مناسب برای ارتقای کیفیت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی جهت زنان نابارور مفید واقع گردد. همچنین از آنجا که پژوهشگر با انجام جستجوی وسیع در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر به مطالعه‌ای در زمینه سواد سلامت باروری زنان مبتلا به ناباروری دست نیافت، لذا در مطالعه حاضر پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی سواد سلامت باروری و عوامل مرتبط به آن در زنان نابارور بپردازد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی-تحلیلی^۱ بود که به‌منظور بررسی میزان سطح سواد سلامت باروری و عوامل مرتبط به آن در زنان نابارور، انجام شد. به‌منظور انجام پژوهش، ۲۴۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر رشت (در مجموع دو مرکز)، در سال ۱۴۰۱، به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس، که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. تمایل به شرکت در مطالعه، زنان مبتلا به ناباروری اولیه و ثانویه، توانایی تکلم به زبان فارسی، داشتن حداقل سواد

^۱ Analytical Cross- Sectional

بطوری که حیطة «اطلاعات سلامت باروری» به سنجش دانش و اطلاعات مرتبط با سلامت باروری در زمینه ساختمان دستگاه تولیدمثل، سیکل قاعدگی و زمان تخمک گذاری، عوامل موثر بر باروری، اقدامات و مراقبت‌های قبل از بارداری و پیشگیری از سرطان‌های دستگاه تولید مثل با انجام پاپ اسمیر و ماموگرافی در زنان می‌پردازد. در واقع این قسمت، موضوعات مربوط به مادری ایمن و غربالگری سرطان پستان و سرویکس را که از مسایل مهم سلامت باروری است، ارزیابی می‌کند.

حیطه «اطلاعات ناباروری و درمان» در برگیرنده مهمترین نیازهای اطلاعاتی زنان نابارور درباره علل ناباروری، انواع درمان‌ها و مراقبت‌های مربوطه، عوارض و پیامدهای درمان ناباروری بوده و دانش زنان نابارور را در این زمینه مورد سنجش قرار می‌دهد. حیطه «جستجوی اطلاعات» به سنجش توانایی زنان در رابطه با جستجو و خواندن اطلاعات مرتبط با سلامت باروری، انگیزه جستجو و منابع کسب اطلاعات در فرد می‌پردازد. حیطه «درک و ارزیابی اطلاعات» پرسش درباره توانایی زنان در رابطه با درک اطلاعات کسب شده در زمینه سلامت باروری، علت ناباروری فرد، روش‌های درمانی و مراقبتی، ارزیابی صحت اطلاعات و روش‌های ارزیابی اطلاعات کسب شده، می‌باشد. حیطه «تصمیم‌گیری و بکارگیری اطلاعات» به سنجش توانایی بکارگیری اطلاعات سلامت باروری کسب شده، اقدامات درمانی و مراقبتی و نقش همسر در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت باروری می‌پردازد.

در این پرسشنامه قسمت سنجش اطلاعات و دانش مرتبط با سلامت باروری، اطلاعات ناباروری و درمان از طریق طیف لیکرتی شامل اصلاً نمی‌دانم (نمره ۱)، کم می‌دانم (نمره ۲)، در حد متوسط می‌دانم (نمره ۳)، زیاد می‌دانم (نمره ۴) و خیلی زیاد می‌دانم (نمره ۵) بررسی گردید. در قسمت جستجو، درک و ارزیابی، تصمیم‌گیری و بکارگیری طیف لیکرتی شامل

اصلاً (نمره ۱)، به ندرت (نمره ۲)، گاهی اوقات (نمره ۳)، بیشتر اوقات (نمره ۴) و همیشه (نمره ۵) می‌باشد. نمره هر حیطه (زیر مقیاس) و کل پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۰ است. نمرات ۰-۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت نه‌چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت مطلوب و ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته شد (۳۱).

در زمان تحویل گرفتن، پرسشنامه از نظر تکمیل سئوالات بررسی شد تا سوالی بدون پاسخ باقی نماند. پرسشنامه‌ها پس از جمع‌آوری کدگذاری شدند و سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت دستیابی به اهداف پژوهش، پاسخ به سوالات پژوهش، از آمار توصیفی شامل فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین، انحراف معیار و طیف نمرات و برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از آمار تحلیلی از جمله رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۴۰ نفر از زنان نابارور در مطالعه شرکت کردند. بر اساس نتایج، میانگین سنی زنان نابارور ۳۱/۸۶±۶/۱۲ سال به دست آمد، بطوری‌که کمترین و بیشترین سن فرد به ترتیب ۲۰ سال و ۴۸ سال بود. اغلب افراد دارای تحصیلات دیپلم/ فوق دیپلم (۴۹/۲٪) و خانه‌دار (۷۴/۶٪) بودند. همچنین میانگین مدت ازدواج ۷/۷۹±۵/۱۲ سال بود و ۶۲/۹ درصد افراد در وضعیت اجتماعی- اقتصادی متوسط (خود ابراز) قرار داشتند.

۶۳/۳ درصد زنان شرکت‌کننده، ناباروری اولیه داشتند و میانگین مدت ناباروری زنان ۳/۹۴±۳/۹۴ سال، با کمترین مدت ناباروری ۱ سال و بیشترین مدت ناباروری، ۲۸ سال بود. بر اساس نتایج ۱۴/۲ درصد، علت ناباروری خود را نمی‌دانستند و بیشترین

علت ناباروری، عامل زنانه با ۳۲/۵ درصد به دست آمد. همچنین ۸۲/۵ درصد افراد، سابقه دریافت درمان‌های ناباروری را ذکر نمودند که از این میان دارو درمانی با ۳۵ درصد، بیشترین نوع درمان بود. بر اساس نتایج در جدول ۱، زنان نابارور مورد مطالعه، ۶۰/۲ درصد نمره کل پرسشنامه سواد سلامت باروری را کسب نمودند. بعبارت دیگر آنها توانستند بیش از نیمی از نمره پرسشنامه را بدست آورند و بر اساس نقاط برش (۵۰/۱ تا ۶۶)، سواد سلامت باروری زنان نابارور، نه چندان کافی بود. همچنین نمرات در هر یک از حیطه‌های سواد سلامت باروری بررسی گردید، بطوری که در حیطه اطلاعات سلامت باروری و جستجوی اطلاعات از پرسشنامه سواد سلامت باروری، بر اساس نقاط برش (۵۰/۱ تا

۶۶)، زنان مورد مطالعه از سواد سلامت نه چندان کافی برخوردار بودند. کمترین نمره سواد سلامت باروری مربوط به حیطه اطلاعات ناباروری و درمان به دست آمد که زنان نابارور ۴۸/۸ درصد نمره این حیطه را کسب نمودند. بعبارت دیگر آنان کمتر از نیمی از نمرات اطلاعات ناباروری را بدست آوردند که بر اساس نقاط برش (۰ تا ۵۰) در این حیطه، زنان سواد سلامت ناکافی داشتند. بیشترین نمره زنان نابارور از پرسشنامه سواد سلامت باروری به ترتیب مربوط به حیطه تصمیم‌گیری و بکارگیری اطلاعات، با کسب ۸۳/۸ درصد نمره و سپس حیطه درک و ارزیابی اطلاعات با کسب ۷۰/۵ درصد نمره بود که بر اساس نقاط برش (۶۶/۱ تا ۸۴)، زنان از سواد مطلوب در این ابعاد برخوردار بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نمرات سواد سلامت باروری و حیطه‌های آن در زنان نابارور

| شاخص چولگی | درصد میانگین | حداقل و حداکثر نمره کسب شده | انحراف معیار | میانگین | بعد (حیطه) |
|------------|--------------|-----------------------------|--------------|---------|-------------------------------|
| -۰/۲۲ | ۵۴/۷ | ۹-۴۰ | ۶/۱ | ۲۵/۵ | اطلاعات سلامت باروری |
| -۰/۰۵ | ۴۸/۸ | ۱۱-۴۵ | ۷/۳ | ۲۶/۶ | اطلاعات ناباروری و درمان |
| -۰/۱۷ | ۵۴/۸ | ۷-۳۴ | ۴/۵ | ۲۲/۳ | جستجوی اطلاعات سلامت باروری |
| -۰/۸۲ | ۷۰/۵ | ۱۶-۴۵ | ۶/۴ | ۳۴/۴ | درک ارزیابی اطلاعات |
| -۰/۷۹ | ۸۳/۸ | ۱۱-۲۰ | ۲/۱ | ۱۷/۴ | تصمیم‌گیری و بکارگیری اطلاعات |
| -۰/۳۷ | ۶۰/۲ | ۶۲-۱۷۷ | ۲۶/۶ | ۱۳۹/۹ | کل ابزار سواد سلامت باروری |

جدول ۲ ارتباط نمره سواد سلامت باروری با عوامل فردی- اجتماعی در زنان نابارور را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، سواد سلامت باروری در زنان نابارور با سن فرد، تحصیلات فرد و همسر، شغل زن و همسر، وضعیت اجتماعی- اقتصادی ارتباط معنی‌داری داشته است ($p \leq 0/05$).

برای پیدا کردن محل اختلاف از آزمون‌های پست‌هوک^۱ استفاده شد. با استفاده از آزمون LSD، سواد سلامت باروری در زنان در دو گروه سنی زیر ۳۰ سال و گروه سنی بیشتر از ۳۰ سال، اختلاف معنی‌دار داشته است. همچنین بین سواد سلامت باروری و وضعیت اقتصادی- اجتماعی، ارتباط مستقیم

مشاهده گردید. بیشترین میانگین نمره سواد سلامت باروری مربوط به گروه با وضعیت اقتصادی بالا و بسیار بالا؛ و بعد از آن گروه متوسط بود. این دو گروه اختلاف معنی‌دار با گروه‌های متوسط به پایین و پایین داشتند. در رابطه با شغل همسر، کمترین نمره سواد سلامت باروری مربوط به زنان دارای همسر کارگر بود که با سایر گروه‌ها (به غیر از گروه بیکار و باننشسته) اختلاف معنی‌دار داشته است. همچنین بیشترین میانگین نمره سواد سلامت باروری مربوط به زنان دارای همسر کارمند بود که مقایسه بین این گروه با دو گروه کارگر و گروه شغل آزاد، اختلاف معنی‌دار را نشان داد. بنابراین با افزایش سن، افزایش تحصیلات فرد و همسر، شاغل بودن فرد، بهبود

^۱ Post hoc

وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سطح سواد سلامت باروری زنان نابارور افزایش یافته است.

جدول ۲. میانگین نمره سواد سلامت باروری بر حسب مشخصات جمعیت شناختی در زنان نابارور

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | P-value |
|------------------------|----------------------|--------------|---------|
| سن | کمتر از ۳۰ سال | ۱۴۵ | ۲۶/۴ |
| | ۳۰-۴۰ سال | ۱۵۵ | ۲۴/۰۲ |
| | ۴۰ سال و بیشتر | ۱۴۹/۷ | ۳۴/۴ |
| مدت ازدواج | کمتر از ۵ سال | ۱۴۸/۴ | ۲۶/۴ |
| | ۵ تا ۱۰ سال | ۱۵۰/۴ | ۲۷/۱ |
| | ۱۰ سال و بیشتر | ۱۵۱/۵ | ۲۶/۵ |
| | زیر دیپلم | ۱۲۶ | ۳۱/۱ |
| تحصیلات فرد | دیپلم و فوق دیپلم | ۱۴۹ | ۲۳/۷ |
| | لیسانس و بالاتر | ۱۵۹ | ۲۳/۲ |
| تحصیلات همسر | زیر دیپلم | ۱۲۹ | ۲۷/۲ |
| | دیپلم و فوق دیپلم | ۱۵۳ | ۲۲/۴ |
| | لیسانس و بالاتر | ۱۶۰ | ۲۴/۳ |
| | خانه دار | ۱۴۷ | ۲۷ |
| شغل زن | شاغل | ۱۵۷ | ۲۴/۳ |
| | کارگر | ۱۳۳/۶ | ۳۱/۹ |
| شغل همسر | کارمند | ۱۵۹ | ۲۴/۴ |
| | آزاد | ۱۴۸/۶ | ۲۱/۵ |
| | سایر | ۱۵۷/۲ | ۲۹/۹ |
| | بیکار و بازنشسته | ۱۵۲/۵ | ۲۷/۲ |
| وضعیت اقتصادی- اجتماعی | بالا و متوسط به بالا | ۱۵۸/۶ | ۲۷/۷ |
| | متوسط | ۱۵۱ | ۲۳/۷ |
| | متوسط به پایین | ۱۴۱ | ۳۲/۵ |
| | پایین | ۱۲۴ | ۲۰/۳ |

با استفاده از آزمون LSD اختلاف معنی‌دار با دو گروه دیگر (گروه نولی گراوید و گروه سابقه یک حاملگی) داشتند. بعبارت دیگر سطح سواد سلامت باروری در زنان با ناباروری ثانویه بیشتر از زنان با ناباروری اولیه بود. همچنین کمترین میانگین نمره سواد سلامت باروری مربوط به گروه زنانی بود که علت ناباروری خود را نمی‌دانستند، سواد سلامت باروری این گروه زنان با سایر گروه‌ها اختلاف معنی‌دار داشته است.

جدول ۳ ارتباط نمره سواد سلامت باروری با ویژگی‌های باروری/ ناباروری در زنان نابارور را نشان می‌دهد. بر طبق نتایج، سواد سلامت باروری در زنان نابارور با سابقه حاملگی (ناباروری ثانویه)؛ تعداد دفعات حاملگی، تعداد دفعات سقط و علت ناباروری ارتباط معنی‌داری داشته است ($p \leq 0.05$). بر اساس نتایج، افراد با سابقه حاملگی دو بار و بیشتر، از بالاترین میانگین نمره سواد سلامت باروری برخوردار بودند و

جدول ۳. میانگین نمره سواد سلامت باروری بر حسب مشخصات باروری/ناباروری در زنان نابارور

| P-value | انحراف معیار | میانگین | | |
|---------|--------------|---------|------------------------------|----------------------|
| ۰/۰۲ | ۲۳/۸ | ۱۵۵ | بلی (ناباروری ثانویه) | سابقه حاملگی |
| | ۲۷/۸ | ۱۴۷ | خیر (ناباروری اولیه) | |
| ۰/۰۱ | ۲۷/۷ | ۱۴۷ | نولی گراوید (ناباروری اولیه) | تعداد دفعات حاملگی |
| | ۲۴/۳ | ۱۵۰/۶ | ۱ حاملگی | |
| ۰/۰۰۵ | ۲۱/۷ | ۱۶۲ | ۲ و بیشتر | تعداد سقط |
| | ۲۷/۱ | ۱۴۷ | بدون سقط | |
| ۰/۰۰۵ | ۲۵/۵ | ۱۵۱ | ۱ بار | تعداد سقط |
| | ۲۰/۳ | ۱۶۵ | ۲ و بیشتر | |
| ۰/۶۹ | ۲۵/۸ | ۱۵۰ | کمتر از ۵ سال | مدت ناباروری |
| | ۲۸/۷ | ۱۵۱ | ۵ تا ۱۰ سال | |
| ۰/۰۰۷ | ۲۹/۲ | ۱۴۴ | ۱۰ سال و بیشتر | علت ناباروری |
| | ۲۴/۸ | ۱۵۶ | زنانه | |
| ۰/۰۰۷ | ۲۶/۶ | ۱۵۲ | مردانه | علت ناباروری |
| | ۲۳/۶ | ۱۴۸ | زنانه و مردانه | |
| ۰/۲۳ | ۳۲/۴ | ۱۴۹ | نامشخص | داشتن درمان ناباروری |
| | ۲۶/۱ | ۱۳۶ | نمی دانم | |
| ۰/۲۳ | ۲۷/۱ | ۱۵۱ | بلی | داشتن درمان ناباروری |
| | ۲۴/۱ | ۱۴۵ | خیر | |

وضعیت اقتصادی-اجتماعی و علت ناباروری متغیرهای پیشگوی معنی‌دار بودند که بطور مستقل با سواد سلامت باروری در زنان نابارور ارتباط داشتند و ضریب تعیین مدل ۲۷ درصد بدست آمد.

جدول ۴ ارتباط تعدیل شده متغیرهای جمعیت‌شناختی و باروری با سواد سلامت باروری در زنان نابارور را نشان می‌دهد. بطور کلی بر اساس مدل رگرسیون خطی چند متغیره تحصیلات فرد، تحصیلات همسر،

جدول ۴. ارتباط تعدیل شده متغیرهای جمعیت‌شناختی و باروری با سواد سلامت باروری در زنان نابارور

| P-value | فاصله اطمینان ۹۵٪ | | خطای معیار | ضریب بتا | | |
|---------|-------------------|----------|------------|----------|------|------------------------------|
| | حد بالا | حد پایین | | | | |
| ۰/۴۹ | ۹/۳۳ | -۴/۵۵ | ۳/۵ | ۲/۳۹ | ۱ | کمتر از ۳۰ سال |
| | ۰/۸۸ | ۱۲/۹ | -۱۱/۰۱ | ۶/۱ | ۰/۹۴ | سن |
| ۰/۸۲ | ۳۶/۸ | -۲۹/۱ | ۱۶/۷ | ۳/۸۳ | ۱ | خیر (ناباروری اولیه) |
| | ۰/۸۲ | ۳۶/۸ | -۲۹/۱ | ۱۶/۷ | ۳/۸۳ | بلی (ناباروری ثانویه) |
| ۰/۸۱ | ۳۰/۳ | -۳۸/۵ | ۱۷/۴ | -۴/۱۲ | ۱ | نولی گراوید (ناباروری اولیه) |
| | ۰/۹۵ | ۴۱/۱ | -۳۸/۷ | ۲۰/۲ | ۱/۱۷ | تعداد حاملگی |
| ۰/۷۶ | ۱۴/۸ | -۱۰/۱ | ۶/۵ | ۱/۹۸ | ۱ | ۱ حاملگی |
| | ۰/۳۱ | ۳۶/۶ | -۱۱/۹ | ۱۲/۳ | ۱۲/۳ | ۲ و بیشتر |
| ۰/۰۲ | ۲۲/۵ | ۱/۶۸ | ۵/۳ | ۱۲/۱ | ۱ | بدون سقط |
| | ۰/۰۲ | ۲۶/۸ | ۲/۵۲ | ۶/۲ | ۱۴/۶ | تعداد سقط |
| ۰/۰۲ | ۲۶/۸ | ۲/۵۲ | ۶/۲ | ۱۴/۶ | ۱ | زیر دیپلم |
| | ۰/۰۲ | ۲۶/۸ | ۲/۵۲ | ۶/۲ | ۱۴/۶ | دیپلم و فوق دیپلم |
| ۰/۰۲ | ۲۶/۸ | ۲/۵۲ | ۶/۲ | ۱۴/۶ | ۱ | لیسانس و بالاتر |
| | ۰/۰۲ | ۲۶/۸ | ۲/۵۲ | ۶/۲ | ۱۴/۶ | لیسانس و بالاتر |

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|------|-------|----------------------|----------------|
| | | | | ۱ | زیر دیپلم | |
| ۰/۰۰۵ | ۲۱/۵ | ۳/۷۸ | ۴/۵ | ۱۲/۶ | دیپلم و فوق دیپلم | تحصیلات همسر |
| ۰/۰۰۴ | ۲۷/۳ | ۵/۲۷ | ۵/۶ | ۱۶/۳ | لیسانس و بالاتر | |
| | | | | ۱ | خانه دار | شغل زن |
| ۰/۹۴ | ۷/۳۳ | -۷/۹۲ | ۳/۸ | -۰/۲۹ | شاغل | |
| | | | | ۱ | کارگر | |
| ۰/۲۰ | ۱۸/۳ | -۳/۹۱ | ۵/۶ | ۷/۲ | کارمند | |
| ۰/۶۰ | ۱۱/۹ | -۶/۹ | ۴/۷ | ۲/۴۹ | آزاد | شغل همسر |
| ۰/۱۷ | ۳۵/۲ | -۶/۳ | ۱۰/۵ | ۱۴/۴ | سایر | |
| ۰/۱۳ | ۲۱/۹ | -۲/۹ | ۶/۳ | ۹/۵۵ | بیکار و بازنشسته | |
| | | | | ۱ | بالا و متوسط به بالا | وضعیت اقتصادی- |
| ۰/۸۸ | ۷/۶۸ | -۸/۹۷ | ۴/۲ | -۰/۶۴ | متوسط | |
| ۰/۲۱ | ۴/۰۲ | -۱۷/۷ | ۵/۵ | -۶/۸۷ | متوسط به پایین | اجتماعی |
| ۰/۰۳ | -۱/۵۴ | -۳۶/۶ | ۸/۹ | -۱۹/۱ | پایین | |
| | | | | ۱ | زنانه | |
| ۰/۴۲ | ۴/۷۷ | -۱۱/۴ | ۴/۱ | -۳/۳۳ | مردانه | |
| ۰/۵۳ | ۵/۹ | -۱۱/۳ | ۴/۴ | -۲/۷۱ | زن و مرد | علت ناباروری |
| ۰/۱۴ | ۲/۷ | -۱۹/۱ | ۵/۵ | -۸/۱۹ | نامشخص | |
| ۰/۰۰۱ | -۷/۴ | -۲۶/۴ | ۴/۸ | -۱۶/۹ | نمی دانم | |

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان سواد سلامت باروری و عوامل مرتبط به آن در زنان نابارور صورت پذیرفت. بر اساس نتایج، زنان نابارور از سواد سلامت باروری نه چندان کافی برخوردار بودند و سن فرد؛ تحصیلات فرد و همسر؛ شغل زن و همسر؛ وضعیت اجتماعی- اقتصادی؛ سابقه حاملگی (ناباروری ثانویه)؛ تعداد دفعات سقط؛ افزایش دفعات حاملگی و علت ناباروری با سواد سلامت باروری در زنان نابارور ارتباط داشتند. بطوری که تحصیلات فرد، تحصیلات همسر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و علت ناباروری متغیرهای پیشگوی معنی دار بودند که بطور مستقل با سواد سلامت باروری در زنان نابارور مرتبط بودند.

سونسون^۱ و همکاران بیان نمودند میزان سواد سلامت باروری زنان از طریق توصیف آنان از دستاوردهای دانش و تغییر در نگرش‌ها قابل ارزیابی است (۳۲). همچنین ادوارد^۲ و همکاران عنوان کردند،

^۱ Svensson

^۲ Edwards

دانش و اطلاعات یک شخص در مورد سلامت و نگرانی‌های مربوط به سلامتی خود، اولین گام در سواد سلامت است (۳۳). بر این اساس در مطالعه حاضر در حیطه «اطلاعات سلامت باروری» از پرسشنامه سواد سلامت باروری، زنان نابارور ۵۴/۷ درصد نمره این حیطه را کسب نمودند و سواد سلامت نه چندان کافی داشتند. در این راستا مطالعه کیفی میرزایی و همکاران، به فقدان دانش و اطلاعات کافی در مورد موضوعات بهداشت باروری در ایران و ضرورت ارائه اطلاعات در این زمینه به منظور پیشگیری از عواقب نامطلوب اشاره نموده است (۳۴). مطالعه ازآبادی و همکاران نیز نشان داد که میزان آگاهی زوجین نابارور ایرانی از سیستم‌های تولید مثل و چرخه طبیعی باروری بسیار پایین است (۳۵). خاکبازان و همکاران در یک مطالعه کیفی، آشنایی با فرایند باروری و آمادگی جهت بارداری را از جمله نیازهای آموزشی زنان نابارور عنوان نمودند. بطوری که آگاهی از ساختمان و عملکرد سیستم تولید مثلی را در درک بهتر فرد از فرایند درمانی و داشتن اقدامات مناسب، کمک کننده

ذکر کردند (۳۶). همچنین در مطالعه حاضر در حیطه «اطلاعات ناباروری و درمان» از پرسشنامه سواد سلامت باروری، زنان مورد مطالعه کمترین نمره را کسب نمودند و از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند. در این راستا بنت و همکاران نشان دادند که میزان اطلاعات و شناخت بیماران از علل و درمان ناباروری بسیار پایین است (۳۷). بر اساس مطالعات، زنان نابارور از روش‌های درمانی مدرن، اطلاعات ناچیزی داشته و با وجود انگیزه قوی برای درمان و هزینه کردن مبالغ زیاد، از بی‌اطلاعی روش‌های درمانی و سردرگمی در انتخاب روش درمانی رنج می‌بردند (۳۶، ۳۸). بطوری‌که نیاز به مشاوره ناباروری، اطلاعات درباره علل ناباروری و اقدامات تشخیصی آن، شناخت رویکردهای درمان ناباروری و چالش با پیامدها و عوارض درمان‌های ناباروری از مهمترین نیازهای مشاوره ای زنان ایرانی مبتلا به ناباروری می‌باشد (۳۶). مطالعه ازآبادی و همکاران نیز به ارائه برنامه آموزشی درباره علل ناباروری و انواع درمان‌های ناباروری در اولین ملاقات با زوجین نابارور تأکید نمود تا باعث کاهش استرس و تشویق همکاری افراد در طی درمان گردد (۳۵). بنابراین با توجه به نتایج و سواد محدود زنان در حیطه اطلاعات سلامت باروری و حیطه اطلاعات ناباروری، لازم است جهت ارتقاء سواد سلامت باروری زنان نابارور طی مشاوره و یا برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات، توجه ویژه‌ای به مباحث باروری در زمینه ساختمان دستگاه تولیدمثل، سیکل قاعدگی و زمان تخمک‌گذاری، عوامل موثر بر باروری، اقدامات و مراقبت‌های قبل از بارداری و پیشگیری از سرطان‌های دستگاه تولیدمثل و همچنین آشنایی با ناباروری از تعریف، علل تا انواع درمان‌ها صورت پذیرد.

در این مطالعه در بعد «جستجوی اطلاعات» سلامت باروری، زنان نابارور سواد نه چندان کافی داشتند. دسترسی به اطلاعات، قابل‌توجه‌ترین بعد در بحث سواد سلامت باروری است. در ایران دسترسی به

اطلاعات علمی و صحیح در زمینه سلامت باروری بدلیل عدم آموزش رسمی، عدم آموزش توسط والدین (۳۹)، خجالت کشیدن و شرم داشتن در طرح موضوعات باروری (۴۰) براحتی امکان پذیر نمی‌باشد. در راستا با مطالعه حاضر، مطالعه قاسمی و همکاران نیز نشان داد سواد سلامت زنان باردار در حیطه دسترسی اطلاعات، نه‌چندان کافی می‌باشد (۴۱). آشنانبودن با شیوه جستجو و عدم شناخت منابع اینترنتی و الکترونیکی (۴۲) در عدم توانایی افراد در کسب اطلاعات نقش بازی می‌نماید. بعلاوه مطالعات مختلف از جمله موانع کسب اطلاعات را شرم و خجالت، تصورات غلط (۴۰)، نداشتن آگاهی (۴۳)، اختصاص زمان محدود از سوی متخصصان سلامت و همچنین موانع مرتبط با ویژگی‌های دموگرافیک فرد برای دستیابی به اطلاعات مانند سن، درآمد و تحصیلات را عنوان نمودند (۴۴). لذا به منظور ارتقاء سواد سلامت باروری زنان مبتلا به ناباروری، بکارگیری از شیوه‌های مختلف جهت دسترسی و تسهیل جستجوی اطلاعات از موضوعات حائز اهمیت می‌باشد. پاش اورلو^۱ و همکاران به اهمیت درک اطلاعات در سواد سلامت تأکید نمودند و آن را لازمه کسب مهارت جهت تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت در فرد عنوان نمودند (۴۵). در مطالعه حاضر در حیطه «درک و ارزیابی اطلاعات» از پرسشنامه سواد سلامت باروری، زنان نابارور از سواد مطلوب برخوردار بودند. بر اساس مطالعات مختلف، اطلاعات سلامت از طریق زبان ساده، وسایل صوتی و تصویری، اطلاعات مناسب، آمار و اعداد آسان‌تر درک می‌شوند (۴۶، ۴۷). لذا در نظر گرفتن این نکات توسط متخصصان و مشاوران مراکز ناباروری می‌تواند در درک و ارزیابی بهتر اطلاعات و در نهایت سواد سلامت باروری افراد بسیار کمک‌کننده باشد.

در مطالعه حاضر زنان نابارور در حیطه «تصمیم‌گیری و بکارگیری اطلاعات»، نیز سواد مطلوب داشتند.

¹ Paasche-Orlow

سورنسن و همکاران بکارگیری اطلاعات را یکی از ابعاد سواد سلامت معرفی نمودند که شامل توانایی برقراری ارتباط و استفاده از اطلاعات برای تصمیم‌گیری در مورد حفظ و ارتقاء سلامت است (۴۸). از آنجایی که سواد سلامت، تسلط فرد بر مهارت‌های لازم برای اتخاذ تصمیمات مربوط به سلامت است (۴۹)، بنابراین افراد برای تصمیم‌گیری مناسب باید بتوانند اطلاعاتی را که در محیط‌های اختصاصی سلامت به آنها ارائه می‌شود، درک و از آنها استفاده نمایند (۵۰). لذا به نظر می‌رسد سواد مطلوب زنان مورد مطالعه در حیطه «تصمیم‌گیری و بکارگیری اطلاعات» می‌تواند متاثر از سواد مطلوب حیطه «درک و ارزیابی اطلاعات» باشد.

در پژوهش حاضر نمره سواد سلامت باروری در زنان نابارور با افزایش سن، افزایش تحصیلات فرد و همسر، شاغل بودن فرد، بهبود وضعیت اجتماعی- اقتصادی افزایش داشت. در رابطه با نقش سن مطالعه کهن و همکاران نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت باروری در گروه سنی زیر ۲۵ سال، کمتر از گروه سنی بالای ۲۵ است به عبارتی با افزایش سن زنان، نمره سواد سلامت باروری افزایش می‌یابد (۲۹). مطالعه مک نیل^۱ و همکاران بیان می‌کند که حتی در جوامعی که سلامت باروری در مدارس تدریس می‌شود، در سنین زیر ۲۰ سال سواد سلامت باروری در سطح پائینی قرار دارد که این امر به علت عدم توان درک و استفاده از اطلاعات می‌باشد (۵۱). همچنین مطالعه آلن نشان داد که افراد و گروه‌های جمعیتی در حاشیه جامعه، زنان مهاجر، نوجوانان، افراد دارای تحصیلات پایین‌تر و افراد مجرد معمولاً از سطح نامطلوب‌تری از سواد سلامت باروری برخوردارند (۵۲). مطالعه قنبری و همکاران نشان داد که کاهش سطح سواد سلامت زنان باردار با سطح تحصیلات، شاغل‌نبودن و درآمد پایین خانوار در ارتباط است (۵). بطوری که سطوح پایین سواد سلامت با درآمد کم و

تعداد سال‌های تحصیلات رسمی مرتبط می‌باشد (۵۳). مطالعه دبیری و همکاران نیز ارتباط سطح تحصیلات فرد با سطح سواد سلامت باروری را بیان کردند (۵۴). پناهی و همکاران نشان دادند زنان با تحصیلات همسر در حد فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر از سطح سواد سلامت باروری بالاتری نسبت زنان با تحصیلات همسر در حد ابتدایی برخوردار بودند (۵۵). در توجیه این نتایج می‌توان گفت که آموزش و تحصیلات، فرصت‌های بیشتری برای درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری‌های درست درباره سلامت و در نهایت افزایش سواد سلامت فرد فراهم می‌نماید (۵۶). لذا در اکثر مطالعات سواد سلامت، تحصیلات و سن قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سواد سلامت گزارش شده‌اند. طبق نتایج مطالعه حاضر، وضعیت اجتماعی- اقتصادی با سواد سلامت باروری زنان رابطه معنی‌داری داشته است. مطالعات مائدا و همکاران نیز نشان داد که بین سطح اقتصادی افراد (سطح درآمد) و اطلاعات باروری رابطه مثبتی وجود دارد (۵۷). از آن جا که سطح درآمد افراد با امکان دسترسی به اطلاعات، فن‌آوری‌های ارتباطی، مراقبت‌های بهداشتی و... در ارتباط است لذا می‌تواند با اثرگذاری بر دانش فرد، توانایی جستجو و درک اطلاعات نهایتاً منجر به افزایش سواد سلامت گردد.

در مطالعه حاضر افراد با ناباروری ثانویه در مقایسه با ناباروری اولیه از میانگین نمره سواد سلامت باروری بالاتری برخوردار بودند. تجربه افراد درباره موضوعات باروری یکی از راه‌های شناخت و کسب اطلاعات مربوطه است، در این راستا مطالعه مروی حمزه گردشی و همکاران نیز بیان کرد که سواد سلامت باروری با عوامل طبی- باروری از جمله سابقه بارداری مکرر، سابقه استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، سواد عملکردی در مورد کاندوم در ارتباط است (۲۸). همچنین در مطالعه حاضر علت ناباروری از جمله متغیر پیشگویی‌کننده مرتبط با سواد سلامت باروری در زنان نابارور به دست آمد و کمترین

¹ MacNeill

ضمن فراهم نمودن ایجاد آرامش، اطمینان و اعتماد زنان نابارور به مراقبین سلامت باروری و تیم درمانی شان، امکان مشارکت آنان در فرایند تصمیم‌گیری روش‌های درمانی و انجام مراقبت‌های مربوطه برای رسیدن به حداکثر نتایج مطلوب را مقدور خواهد نمود. با توجه به اینکه مطالعه‌ای در زمینه سواد سلامت باروری در زنان نابارور انجام نشده است، یافته‌های این مطالعه می‌تواند به عنوان چشم‌اندازی جهت طراحی و انجام مداخلات مناسب بکار رود. از طرفی آگاهی پزشکان، ماماها، مشاور، روانشناسان و مراقبین بهداشتی از این عوامل می‌تواند موجب شناسایی بهتر افراد و در نتیجه ارتقای سواد سلامت باروری زنان نابارور شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی (مصوبه شماره: ۱۷۶۴/۴/۱۶/۱۷ مورخ ۱۴۰۰/۳/۲)، با کد اخلاق سازمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت (IR.IAU.RASHT.REC.1400.001) می‌باشد. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت جهت تصویب طرح، مسئول مراکز ناباروری (موسسه مهر و مرکز ناباروری دانشگاه علوم پزشکی گیلان) و مشارکت‌کنندگان این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

میانگین نمره سواد سلامت باروری مربوط به گروه زنانی بود که علت ناباروری خود را نمی‌دانستند. از آنجایی که یکی از مهمترین دغدغه‌های زنان نابارور، آشنایی با علل ناباروری و دانستن علت ناباروری در خود است (۳۶)، به نظر می‌رسد که این مسئله در زنان انگیزه‌ای برای کسب دانش، جستجو و درک اطلاعات بوده و در نهایت بر میزان سواد سلامت باروری آنان نقش مهمی بازی می‌نماید. بنابراین با توجه به نتایج مطالعه حاضر، لازم است در ارائه برنامه‌ها و مداخلات ارتقاء سواد سلامت باروری زنان نابارور نه تنها سن فرد، تحصیلات و شغل زن و شوهر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی را مدنظر قرار داد، بلکه توجه به سوابق و تجارب باروری و ناباروری آنها نیز حائز اهمیت می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنان نابارور، نیازمند داشتن سواد سلامت باروری هستند. از آنجایی که اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت باروری در زنان نابارور، می‌تواند درک مفاهیم موجود در فرایند درمان را دچار اشکال نماید و خودکارآمدی افراد، در مورد توانایی‌شان در پایبندی به برنامه مراقبت از خود را تحت تاثیر قرار داده و مانعی برای درمان ناباروری شود، لذا ارائه برنامه‌هایی جهت ارتقای سواد سلامت باروری زنان نابارور ضروری می‌باشد. این امر

References

- 1- Vongxay V, Albers F, Thongmixay S, Thongsombath M, Broerse JE, Sychareun V, et al. Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR. *PloS one*. 2019;14(1):e0209675.
- 2- World Health Organization, United Nations Development Programme 2016. Sexual and reproductive health literacy and the SDGs. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/sexual-reproductive-health-literacy/en/>.
- 3- Organization WH. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. *Health promotion glossary*. 1998;10.
- 4- Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*. 2007;13(2):24-30.
- 5- Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*. 2012;19(6):1-12. [Persian]

- 6- Tasmanian Sexual and Reproductive Health Strategic Framework 2013-2016. Available from: <https://www.dhhs.tas.gov.au/>.
- 7- Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press; 2004. PMID:25009856.
- 8- Boivin J, Takefman JE, Tulandi T, Brender W. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertility and sterility* 1995;63(4):801-7.
- 9- World Health Organization. ICMAR Trevised glossary.2023. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.
- 10- Ehdaei vand F, Majd Far Z, Nayebe M. Deputy of Health of Sha-hid Beheshti University of Medical Sciences, Deputy of Health Affairs, Healthy Breastfeeding Unit and Population. Identification and referral of infertile couples in the health system based on leadership guidelines; 2015.
- 11- Berek JS. Berek & Novak's Gynecology Essentials: Lippincott Williams & Wilkins; 2020:560-600.
- 12- Rakhshae Z, Maasoumi R, Khakbazan Z. Study of psychological and social outcome of infertility among Iranian infertile women: A review study. *J Res Dev Nurs Midw*. 2020; 17-Supplementary:0-0.
- 13- Bennett LR. Infertility, womanhood and motherhood in contemporary Indonesia: understanding gender discrimination in the realm of biomedical fertility care. *Intersections: Gender and Sexuality in Asia and the Pacific*. 2012:28.
- 14- Inhorn MC. Quest for conception: gender, infertility and Egyptian medical traditions. University of Pennsylvania Press; 1994:114-129.
- 15- Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena N, van der Spuy ZM. 'You are a man because you have children': experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction*. 2004;19(4):960-7.
- 16- Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*. 2011;342:d223.
- 17- Jamshidimanesh M, Alimanesh N, Moghaddam ZB, Haghani H. Effect of an Educational package on self-efficacy of infertile women. *Payesh (Health Monitor)*. 2015;14(2):227-37. [Persian]
- 18- Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009;38(5):601-12.
- 19- Ferguson B. Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health. *Nursing for women's health*. 2008;12(4):286-98.
- 20- Kawata S, Hatashita H, Kinjo Y. Development of a health literacy scale for women of reproductive age: an examination of reliability and validity in a study of female workers. [Nihon kosho eisei zasshi] *Japanese journal of public health*. 2014;61(4):186-96.
- 21- Family Care International (FCI). Millennium Development Goals & Sexual & Reproductive Health. New York: FamilyCareInternational. 2005. Available from: <http://www.famycareintl.org/userfiles/file/pdfs/mdg-cards-an.pdf>.
- 22- Organization WH. Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary General. *Reproductive Health Matters*. 2015;23(45):155-8.
- 23- Kharazi S, Peyman N, Esmaily H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2016; 19(222): 40-50. [Persian]
- 24- Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. Health literacy and Women's reproductive health: a systematic review. *Journal of Women's Health*. 2016;25(12):1237-55.
- 25- SaeediKoupai M, Motaghi M. Comparing health literacy in high school female students and their mothers regarding womens health. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):220-9. [Persian]
- 26- Stocks NP, Hill CL, Gravier S, Kickbusch L, Beilby JJ, Wilson DH, et al. Health literacy-a new concept for general practice? *Australian family physician*. 2009;38(3):144.
- 27- Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*. 2015;42(4):450-6.

- 28- Hamzehgardeshi Z, Shahhosseini Z, Moosazadeh M, Nematzadeh S. Factors Associated with Sexual and Reproductive Health Literacy: A Scoping Review. *Journal of Health Research in Community*. 2022;8(3): 96-110. [Persian]
- 29- 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. [Persian]
- 30- Rakhshae Z. Exploring of sexual and reproductive health literacy in infertile women: Development and psychometric properties. [Ph.D Thesis]. Iran. School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2020. [Persian]
- 31- Consortium HE. Comparative report of health literacy in eight EU member states. *The European health literacy survey HLS-EU*; 2012: 56-90.
- 32- Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture, health & sexuality*. 2017;19(7):752-66.
- 33- Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC public health*. 2012;12(1):130.
- 34- Mirzaei N, Babazadeh SH, Mousavi M. Iranian adolescent girls and reproductive and sexual health information and services: Qualitative Study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014;17(92): 18-9. [Persian]
- 35- Ezabadi Z, Mollaahmadi F, Mohammadi M, Samani RO, Vesali S. Identification of reproductive education needs of infertile clients undergoing assisted reproduction treatment using assessments of their knowledge and attitude. *International journal of fertility & sterility*. 2017;11(1):20. [Persian]
- 36- Khakbazan Z, Maasoumi R, Rakhshae Z, Nedjat S. Exploring Reproductive Health Education Needs in Infertile Women in Iran: A Qualitative Study. *J Prev Med Public Health*. 2020;53(5):353-361.
- 37- Bennett LR, Wiweko B, Bell L, Shafira N, Pangestu M, Adayana IP, et al. Reproductive knowledge and patient education needs among Indonesian women infertility patients attending three fertility clinics. *Patient education and counseling*. 2015;98(3):364-9.
- 38- Vedadhir A, Rahmani M, Dabbagh T. Infertility as a Socio-cultural Issue: Understanding and Lived Experience of Infertile Women Seeking Treatment. *Journal of Social Problems of Iran*. 2017;7(2):159-75. [Persian]
- 39- Bostani Khalesi Z, Ghanbari Khanghah A. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(172):7-17. [Persian]
- 40- Ghasemi N, Omidvar SH, Nazmi S. Prevalence of use of medicinal plants and its relationship with health literacy and attitude among pregnant women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2023;26(1):54-62. [Persian]
- 41- Latifi M, Barahmand N, Fahimnia F. Post-mastectomy Barriers for Information Seeking in Women with Breast Cancer. *Health Inf Manage*. 2016; 13(5): 326-32. [Persian]
- 42- Das A, Sarkar M. Pregnancy-related health information-seeking behaviors among rural pregnant women in India: validating the Wilson model in the Indian context. *The Yale journal of biology and medicine*. 2014;87(3):251.
- 43- Ojewole F, Oludipe Y. Pregnancy-related information need and information-seeking pattern among pregnant women attending antenatal clinic at Ikorodu General Hospital, Lagos state, Nigeria. *Euro Sci J*. 2017;13:436-47.
- 44- Nwagwu WE, Ajama M. Women's health information needs and information sources: a study of a rural oil palm business community in South-Western Nigeria. *Annals of Library and Information Studies*. 2011;58:270-281.
- 45- Jadhav A, Andrews D, Fiksdal A, Kumbamu A, McCormick JB, Misitano A, et al. Comparative analysis of online health queries originating from personal computers and smart devices on a consumer health information portal. *Journal of medical Internet research*. 2014;16(7):e160.

- 46- Vamos CA, Merrell L, Detman L, Louis J, Daley E. Exploring Women's Experiences in Accessing, Understanding, Appraising, and Applying Health Information During Pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*. 2019;64(4):472-80.
- 47- Coley SL, Zapata JY, Schwei RJ, Mihalovic GE, Matabele MN, Jacobs EA, et al. More than a "number .:"perspectives of prenatal care quality from mothers of color and providers. *Women's Health Issues*. 2018;28(2):158-64.
- 48- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health :a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):80.
- 49- Tavousi M, Ebadi M, Azin A, Shakerinejad G, Hashemi A, Fattahi E, et al. Definitions of health literacy: a review of the literature. *Payesh (Health Monitor)*. 2014;13(1):119-124. [Persian]
- 50- Khoshemehry G, Taheri G, Tehrani H, Fatin S. Surveying knowledge and attitude of students of Elmi-Karbordi higher education center at Jahad-e-Daneshgahi Tehran to Ecstasy. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2010;8(3):29-33. [Persian]
- 51- Glover R. Barbie's to birth control: Using focus groups with adolescent females to identify the barriers to understanding reproductive and sexual health. *Annual Meeting & Expo*.2015;4 :108-123.
- 52- Allen C, Brown DG. The need for a sexual and reproductive health literacy strategy for eastern Caribbean youth: a literature review and focus group discussions with young people in four countries. *Caribbean Public Health Agency 58th Annual Scientific Meeting; Hilton Hotel, Barbados: UNFPA; May 2, 2013*.
- 53- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12):1086-90.
- 54- Dabiri F, Hajian S, Ebadi A, Zayeri F, Abedini S. Sexual and reproductive health literacy of the youth in Bandar Abbas. *AIMS Med Sci*. 2019; 6(4): 318-25. [Persian]
- 55- Panahi R, Namdar P, Nayebi N, Anbari M, Yekefallah L, Dehghankar L. Sexual health literacy and the related factors among women in Qazvin, Iran. *J Educ Community Health*. 2021; 8(4): 265-70.
- 56- Abdolmaleki B, Peyman N, Esmaili H, Tajfard M. Associated factors with the use of health services among postmenopausal women in Mashhad based on the theory of planned behavior: the role of health literacy. *J Educ Community Health*. 2019; 6(2): 111-7. [Persian]
- 57- Maeda EH, Sugimori F, Nakamura Y, Kobayashi J, Green M, Suka H. A cross-sectional study on fertility knowledge in Japan, measured with the Japanese version of Cardiff Fertility Knowledge Scale. *Reproductive Health*. 2015; 12(1): 10.