

سنجش سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی: طراحی و روان‌سنجی ابزار

راضیه معصومی* محمود طاووسی** فاطمه زارعی***

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی سطح سواد سلامت جنسی به ابزاری متناسب نیاز دارد. هدف این مطالعه طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جنسی در بزرگسالان ایرانی است. **روش بررسی:** این مطالعه در سال ۹۷-۱۳۹۶ در شهر تهران طی دو مرحله طراحی گویه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سنجش سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی انجام یافته است. در مرحله اول مروری بر ادبیات موضوع و جمع‌آوری نظرات پند متخصصان انجام یافت. در مرحله دوم، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شامل روایی صوری، محتوا، سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) و ملاک از نوع همگرایی (با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عمومی) و پایایی به دو روش همسانی درونی با شاخص آلفای کرونباخ و همسانی درون طبقه‌ای با محاسبه ICC ارزیابی شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای ابزار (CVR و CVI) به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۱ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از استقرار چهار عامل مهارت دسترسی، خواندن و درک کردن، ارزیابی و تحلیل، و کاربرد اطلاعات با پوشش ۶۸٪/۱ از واریانس بود. ارزیابی روایی همگرا نشان‌دهنده ضرایب همبستگی بین ابعاد پرسشنامه طراحی شده و پرسشنامه سواد سلامت عمومی در محدوده ۰/۳۱ تا ۰/۷ بود. همسانی درونی ابزار با شاخص آلفای کرونباخ برای عوامل شناسایی شده در محدوده ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ بود. همسانی درون طبقه‌ای ابزار براساس شاخص ICC محاسبه شده در محدوده ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ بود.

نتیجه‌گیری: روان‌سنجی پرسشنامه ۴۰ گویه‌ای (SHELA: Sexual Health Literacy for Adults) بیانگر روایی و پایایی مطلوب این ابزار است. این پرسشنامه جهت بررسی سطح سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت جنسی، سواد، پرسشنامه، روایی، پایایی

نویسنده مسؤول: فاطمه زارعی؛ دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
e-mail: fzareei@modares.ac.ir

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۳/۱۹

مقدمه

سواد سلامت جنسی به مجموعه‌ای از دانش، نگرش‌ها و باروها، انگیزه‌ها و توانایی‌های شخصی در دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات مرتبط با سلامت جنسی گفته می‌شود (۱). به عبارت دیگر سواد

سلامت جنسی به طیفی از سواد در زمینه سلامت جنسی گفته می‌شود که شامل حیطه‌های مختلف از جمله تکامل جنسیتی و جنسی، بلوغ، بارداری، روش‌های پیشگیری از بارداری، بارداری ناخواسته، بیماری‌های منتقل شونده از راه جنسی، توسعه مهارت‌های مدیریت روابط جنسی از جمله مذاکره در مورد کیفیت روابط جنسی، ترجیحات و اجبارهای

* گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
** مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
*** گروه آموزشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

جنسی و ابعاد مثبت و روانتیک روابط جنسی است (۳ و ۲).

سواد سلامت جنسی برای اولین بار توسط Irvine با هدف تبیین سواد سلامت جنسی و نقش آن در بروز رفتارهای جنسی بیان شد (۴). به دنبال شکل‌گیری بیش‌تر این مفهوم در متون حوزه سلامت جنسی، Jones و Norton در مطالعه‌ای سواد سلامت جنسی را به طور گسترده‌ای نشان‌دهنده یک مجموعه مهارت‌دربگیرنده دانش و رفتار بهداشتی معرفی کردند (۵).

برخورداری از سطح مطلوبی از سواد سلامت جنسی مهارت فرد در تجزیه و تحلیل، قضاوت، گفت‌وگو، تصمیم‌گیری و تغییر رفتار جنسی را افزایش داده و وی را در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جنسی خود توانمند می‌کند (۱ و ۲). برخورداری از سواد سلامت جنسی منجر به ارتقای توانایی درک و ارزیابی خطرات مرتبط با سلامت جنسی، تأخیر در اولین تجربه جنسی، کاهش و انتخاب شرکای جنسی کم‌خطر، اقدام به تجربه جنسی ایمن، کاهش حاملگی‌های ناخواسته و بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی، ارتقای درک صحیح از وظایف و مسؤولیت‌ها در روابط جنسی، فراهم آوردن فرصت مناسب برای ابراز صحیح نقش‌های جنسیتی، بهبود تعاملات جنسی زوج‌ها، ارتقای سلامت جنسی فردی و در نهایت بهبود سلامت خانوادگی و اجتماعی می‌شود (۶ و ۷). نتایج حاصل از مطالعات نشان می‌دهد پایین بودن سطح سواد سلامت جنسی با کاهش میزان استفاده از کاندوم، افزایش احتمال تجربه رابطه جنسی پرخطر و بالا بودن

احتمال بروز حاملگی ناخواسته در افراد، به ویژه جوانان همراه است (۵ و ۱۱-۸).

در تأکید بیش‌تر اهمیت سواد سلامت جنسی همین بس که توجه به این متغیر طی سال‌های اخیر در تدوین برنامه‌های مرتبط با سلامت بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است. برنامه ملی سلامت جنسی و باروری زنان استرالیا که در سال ۲۰۱۲ منتشر شده، یکی از این برنامه‌ها است که با رویکرد ارتقای سواد سلامت جنسی برای نیل به تأمین همه جانبه سلامت زنان طراحی شده است (۲، ۱۲ و ۱۳).

با توجه به اهمیت سواد سلامت جنسی، انجام مطالعه در این زمینه، مستلزم در دسترس بودن ابزاری اختصاصی و استاندارد است. مرور متون نشان می‌دهد ابزارهای سنجش متغیر «سواد سلامت جنسی» در اندک مطالعات موجود علی‌رغم به‌کارگیری این اصطلاح در عنوان و هدف مطالعه، بیش‌تر متمرکز بر سنجش «دانش جنسی»، «رفتارهای پرخطر جنسی»، و «نگرش جنسی» بوده است (۵ و ۱۰) و ابزاری اختصاصی برای سنجش این متغیر در متون یافت نشد. از سوی دیگر، از آن‌جا که سواد سلامت جنسی متغیری مبتنی بر زمینه (Context-based) است و از زیست بوم یا مجموعه عوامل فرهنگی و اجتماعی هر جامعه‌ای متأثر می‌شود، لذا سنجش صحیح آن مستلزم دسترسی به ابزاری با ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب و متناسب با بافت اجتماعی- فرهنگی است. از این رو، مطالعه حاضر با هدف طراحی و روان‌سنجی ابزار سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی طراحی و انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه روش‌شناسی و از نوع طراحی و روان‌سنجی ابزار است که در سال ۱۳۹۷ در شهر تهران پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق سازمانی دانشکده پرستاری و مامایی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافت. زمانی ساخت یا تولید ابزار در قیاس با ابزارهای مشابه موجود، منتخب‌ترین رویکرد خواهد بود که مفهوم مورد سنجش متأثر از شرایط زمینه‌ای جامعه مورد مطالعه باشد (۱۴)، لذا مطالعه حاضر در دو فاز طراحی گویه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سنجش سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی انجام یافته است.

فاز اول: طراحی گویه

برای طراحی گویه‌های پرسشنامه از مرور متون استفاده شد. دلیل انتخاب این رویکرد در این فاز از مطالعه وجود پژوهش‌های قابل توجه در حوزه سلامت جنسی در کشور به ویژه در طی چند سال اخیر بود. لذا در ابتدا تیم تحقیق با استفاده از کلید واژه‌های فارسی سواد سلامت، سواد سلامت جنسی، سلامت جنسی و متون بومی موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی Irandoc، Magiran، Iranmedex، SID را بررسی نمود. همین روند با به کارگیری کلید واژه‌های انگلیسی Health literacy, Sexual health literacy, Sexual health اطلاعاتی انگلیسی Proquest، Scopuse، Scimeddirect، Pubmed/Medline انجام یافت. کلیه مستندات مرتبط با موضوع بدون محدودیت زمانی و به شرط در دسترس بودن

متن کامل مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که با توجه به این که کاربران نهایی این پرسشنامه بزرگسالان ایرانی اعم از زنان و مردان خواهند بود، لذا در مرحله بررسی متون بومی سعی شد تا کلیه مستندات مربوط به سلامت جنسی زنان و مردان بالغ ایرانی مورد بررسی قرار گیرد. پس از بررسی متون بومی، مستندات علمی مرتبط با سواد سلامت جنسی در دنیا و در بازه زمانی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۸ بررسی شد. ماحصل این بررسی نسبتاً جامع، تدوین ۵۰ گویه اولیه با استفاده از رویکرد قیاسی - استقرایی بود که منجر به طراحی نسخه اولیه پرسشنامه سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی شد. نسخه ۵۰ گویه‌ای طراحی شده جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی وارد فاز دوم مطالعه به شرح ذیل شد.

فاز دوم: بررسی ویژگی‌های روان

سنجی

در این فاز از مطالعه روایی ابزار طراحی شده از نظر صوری، محتوایی، سازه‌ای و ملاکی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پایایی ابزار از نظر همسانی درونی و ثبات ارزیابی شد. جزییات بیشتر هر یک از مراحل بالا در ادامه آمده است.

روایی صوری: روایی صوری در مطالعه حاضر به روش کیفی و با استفاده از دریافت نظرات ۱۰ نفر از کاربران نهایی پرسشنامه (۵ نفر زن و ۵ نفر مرد) متأهل بالای ۱۸ سال انجام یافت. از افراد درباره تناسب و ارتباط گویه‌ها، وجود ابهام و برداشت‌های نارسا از گویه‌ها و نیز دشواری در درک مفاهیم مطرح شده در پرسشنامه نظرخواهی شد.

روایی محتوا: روایی محتوا به دو روش کمی و کیفی و با کمک پنل خبرگان مشتمل بر ۱۰ متخصص در زمینه سلامت جنسی، ارتقای سلامت، سواد سلامت و روان‌سنجی بررسی شد. روایی محتوای کیفی با بررسی محتوای گویه‌ها، ساختار کلی پرسشنامه و لزوم حذف یا اضافه نمودن گویه‌ها بررسی گردید. همچنین متخصصان درباره جایگاه مناسب گویه‌ها، استفاده از کلمات مناسب، رعایت دستور زبان و امتیازدهی مناسب گویه‌ها رهنمودهای لازم را ارائه نمودند و نظرات ایشان مبنای تغییرات لازم قرار گرفت. روایی محتوایی کمی با محاسبه دو عامل نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ارزیابی شد. در نسبت روایی محتوا ضرورت وجود یک گویه از دید متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفت. این شاخص اولین بار توسط Lawshe استفاده شد. محاسبه این شاخص منجر به انتخاب مهم‌ترین و بهترین محتوا از نظر آماری از سوی پژوهشگر می‌شود (۱۵). شاخص روایی محتوا نیز با این هدف که آیا گویه‌ها جهت اندازه‌گیری سازه‌ها به بهترین نحو طراحی شده‌اند یا خیر، ارزیابی شد. این شاخص براساس سه معیار سادگی، اختصاصی بودن یا مربوط بودن و وضوح به طور مجزا در یک طیف لیکرت ۴ قسمتی مورد ارزیابی قرار گرفت.

روایی سازه: روایی سازه در مطالعه حاضر به روش تحلیل عاملی اکتشافی و با هدف شناسایی ابعاد پرسشنامه طراحی شده، ارزیابی شد. در این پژوهش تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش متعامد (واریمکس) و با پیش فرض بار عاملی بیش‌تر از ۰/۴ و برقراری

فرض آماری آماره KMO و آزمون کرویت بارلت انجام یافت. حجم نمونه در این بخش از مطالعه ۲۵۰ نفر از زنان و مردان متأهل بالای ۱۸ سال بود. تیم تحقیق برای انجام این مرحله از مطالعه از نمونه‌گیری در دسترس و به صورت برخط (آنلاین) استفاده نمود. برای این منظور پرسشنامه در قالب طیف لیکرت ۵ تایی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی گردید و توضیحاتی مربوط به نحوه تکمیل پرسشنامه در ابتدای آن آورده شد.

در ذیل راهنمای تکمیل پرسشنامه منظور از سه مفهوم سلامت جنسی، منابع مختلف و رسانه که در سؤالات زیاد تکرار شده بود، توضیح داده شد. پرسشنامه تدوین شده در قالب گوگل فرم (Google form) نهایی شد. پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شد که فقط یک بار امکان تکمیل آن توسط کاربر وجود داشت. همچنین امکان دسترسی و مدیریت داده‌ها انحصاراً در اختیار تیم تحقیق بود. معیارهای ورود به این مرحله از مطالعه شامل زنان و مردان ازدواج کرده (متأهل، جدا شده، همسر فوت کرده)، ایرانی الاصل بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و سن بالای ۱۸ سال بود. از آنجا که پرسشنامه به صورت خودگزارشی طراحی شده و پاسخ‌ها کاملاً به ادراک و قضاوت ذهنی خود افراد بستگی دارد، لذا افرادی که برای تکمیل پرسشنامه نیازمند کمک دیگران بودند، از مطالعه خارج شدند. داده‌ها توسط یک پرسشگر آشنا به روش تحقیق و اصول نمونه‌گیری جمع‌آوری شد. برای این منظور پرسشگر در مکان‌های مختلفی از جمله مراکز بهداشتی-درمانی، شرکت‌ها و

همبستگی میان نمرات حاصل از دو پرسشنامه و نیز نمرات حاصل از خرده مقیاس‌های آن‌ها با استفاده از ضریب پیرسون بررسی شد.

پایایی: پایایی پرسشنامه در این مطالعه از طریق بررسی همسانی درونی و همسانی درون طبقه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی همسانی درونی از محاسبه شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد (۱۶) و برای بررسی همسانی درون طبقه‌ای از روش ICC استفاده شد. به این منظور، ابزار دو بار، به فاصله زمانی دو هفته و توسط ۳۰ نفر از زنان و مردان متأهل بالای ۱۸ سال تکمیل شد.

یافته‌ها

روایی صوری: نتایج ارزیابی روایی صوری کیفی توسط کاربران نهایی پرسشنامه بیانگر ارتباط و تناسب گویه‌ها با موضوع مورد پژوهش، درک صحیح گویه‌ها توسط پاسخ دهندگان و عدم ابهام و یا دشواری در درک گویه‌ها بود.

روایی محتوا: بنابر تجمیع نظرات پنل خبرگان، ۱۲ گویه از ۵۰ گویه طراحی شده حذف شد و تعداد گویه‌های پرسشنامه به ۳۸ گویه تقلیل یافت. همچنین براساس پیشنهاد متخصصان دو گویه اضافه شد. بنابراین تعداد کل گویه‌های پرسشنامه پس از طی مرحله روایی محتوا به ۴۰ گویه رسید.

نتایج حاصل از بررسی روایی محتوای کیفی ابزار منجر به بازنویسی ۱۳ گویه شد و در بخش روایی محتوای کمی نیز شاخص کلی روایی محتوای ابزار ۰/۸۴ و نسبت روایی محتوای آن ۰/۸۱ به دست آمد.

مؤسسات، سراها و فرهنگسراها و دانشگاه‌ها در شهر تهران حضور یافت و با اطلاع‌رسانی و نصب فراخوان جهت مشارکت در مطالعه به شناسایی افراد واجد شرایط پرداخت. پس از تشریح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد، لینک تکمیل پرسشنامه برای افراد ارسال گردید. مدت زمان فعال بودن لینک تکمیل پرسشنامه برای نمونه‌ها یک هفته در نظر گرفته شد. داده‌ها از گوگل فرم به اکسل و سپس برای تجزیه و تحلیل به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ منتقل گردید.

روایی ملاک: روایی ملاک در این مطالعه به صورت روایی ملاکی همگرا و با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عمومی بزرگسالان ایرانی (Health Literacy for Iranian Adults: HELIA) ارزیابی شد. پیش فرض استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عمومی بزرگسالان ایرانی به عنوان ابزار روایی ملاک در این تحقیق این بود که انتظار می‌رود افرادی که از سطح سواد سلامت عمومی مطلوبی برخوردار باشند، در زمینه سواد سلامت جنسی نیز وضعیت بهتری داشته باشند. پرسشنامه سواد سلامت عمومی توسط منتظری و همکاران در ایران طراحی و روان سنجی شده و شامل ۳۳ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشد. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارت از مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری است. برای ارزیابی روایی ملاک همگرا در این تحقیق، پرسشنامه طراحی شده سواد سلامت جنسی و پرسشنامه سواد سلامت عمومی به صورت هم‌زمان جهت تکمیل در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. سپس

روایی سازه: تحلیل عاملی اکتشافی روی داده‌های حاصل از ۲۵۰ نمونه انجام یافت که از این تعداد ۲۴/۸٪ مرد و ۷۵/۲٪ زن بودند. میانگین سنی افراد $33/93 \pm 8/05$ بود. جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از اندازه کیس-میر-ولکین (KMO) حاکی از کفایت نمونه‌گیری برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی بود ($KMO=0/92$). آزمون کرویت بارلت با $\chi^2(528)=7/74$ ، $p < 0/001$ نشان داد که همبستگی‌های بین گویه‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش متعامد به اندازه کافی بزرگ هستند.

نتایج حاصل از EFA نشان دهنده چهار عامل با ارزش ویژه بیش‌تر از ۱ بود که روی هم رفته ۶۸/۱۰٪ از واریانس را تبیین نمودند. جدول شماره ۲ بارهای عاملی پس از چرخش، میزان اشتراک، همبستگی آیتم-توتال و آلفا در شرایط حذف گویه‌ها را نشان می‌دهد. عامل‌های شناسایی شده در نسخه ۴۰ سؤالی به گونه زیر نام‌گذاری شدند:

• عامل ۱: شامل ۷ گویه (گویه‌های ۱ و ۲ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸) با عنوان مهارت دسترسی
 • عامل ۲: شامل ۱۸ گویه (گویه‌های ۹ و ۱۰ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۲۰ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰) با عنوان مهارت خواندن و درک کردن

• عامل ۳: شامل ۵ گویه (گویه‌های ۱۹ و ۲۱ و ۲۲ و ۳۳ و ۳۴) با عنوان مهارت تحلیل و ارزیابی
 • عامل ۴: شامل ۱۰ گویه (گویه‌های ۳۵ و ۳۷ و ۳۸ و ۳۹ و ۴۰ و ۴۱ و ۴۲ و ۴۳ و ۴۴ و ۴۵) با عنوان مهارت کاربرد
 روایی همگرا: جدول شماره ۳ همبستگی‌های بین نمره کل پرسشنامه طراحی شده و خردمقیاس‌های پرسشنامه HELIA را به عنوان شاخصی از روایی همگرا نشان می‌دهد. این یافته‌ها نشان دادند ضرایب همبستگی گشتاوری پیرسون در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۷۰ قرار دارند.

همسانی درونی: نتایج بررسی همسانی درونی خردمقیاس‌های نسخه ۴۰ سؤالی پرسشنامه طراحی شده با روش آلفای کرونباخ از همسانی درونی مطلوب خرده مقیاس‌های این پرسشنامه حکایت داشت. ضرایب آلفا برای خردمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۴، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین شاخص کلی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد که بیانگر سطح مطلوبی از همسانی درونی کلی ابزار طراحی شده می‌باشد.

همسانی درون طبقه‌ای: همسانی درون طبقه‌ای براساس شاخص ICC برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب در ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۹۰، ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار بود.

جدول ۱- خصوصیات جمعیت‌شناختی جامعه پژوهش در تحلیل عاملی اکتشافی (n=۲۵۰) تهران سال ۹۷-۱۳۹۶

متغیر		میانگین(انحراف معیار)
سن		۳۳/۹۳(۸/۰۵)
سن اولین فرزند		۵/۳۰(۸/۲۶)
جنسیت		
		(درصد)تعداد
مرد	۶۲(۲۴/۸)	
زن	۱۸۸(۷۵/۲)	
تحصیلات		
دبیرستان	۲۴(۹/۶۰)	
دیپلم	۱۷(۶/۸۰)	
لیسانس	۱۰۱(۴۰/۴۰)	
فوق لیسانس و بالاتر	۹۸(۳۹/۲۰)	
تحصیلات حوزوی	۱۰(۴/۰۰)	
شغل		
تمام وقت	۱۰۲(۴۰/۸۰)	
پاره وقت	۴۶(۱۸/۴۰)	
خانه دار	۵۳(۲۱/۲۰)	
دانشجو	۲۷(۱۰/۸۰)	
بیکار	۹(۳/۶۰)	
سایر	۱۳(۵/۲۰)	
وضعیت تأهل		
جدا شده	۴۱(۱۶/۴)	
متأهل	۲۰۰(۸۰/۰۰)	
بیوه	۹(۳/۶)	
تعداد فرزند		
بدون فرزند	۱۴۲(۵۶/۸۰)	
تک فرزند	۶۱(۲۴/۴۰)	
دو فرزند	۴۰(۱۶/۰۰)	
سه فرزند	۷(۲/۸۰)	

جدول ۲- نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

Cronbach's alpha if item Deleted الفای گرونیج با حذف گویه	Corrected item-total Correlation گویه اصلاح شده - ارتباط کل	Communality همبستگی	عامل ها				تعداد
			مهارت کاربرد	مهارت تحلیل و ارزیابی	مهارت خواندن و درک کردن	مهارت دسترسی	
۰/۹۵	۰/۷۴	۰/۶۵	۰/۲۰	۰/۸۵	۰/۲۱	۰/۷۲	۱
۰/۹۵	۰/۷۷	۰/۷۲	۰/۲۷	۰/۸۱	۰/۱۲	۰/۷۶	۲
۰/۹۵	۰/۸۸	۰/۸۴	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۲۱	۰/۸۳	۳
۰/۹۵	۰/۸۵	۰/۷۹	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۷۷	۴
۰/۹۵	۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۶۸	۵
۰/۹۵	۰/۸۵	۰/۸۰	۰/۲۵	۰/۱۹	۰/۳۲	۰/۷۳	۶
۰/۹۵	۰/۸۰	۰/۷۲	۰/۲۷	۰/۸۱	۰/۳۳	۰/۶۸	۷
۰/۹۵	۰/۴۰	۰/۴۶	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۵۰	۰/۴۲	۸
۰/۹۵	۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۲۷	۰/۰۱	۰/۴۳	۰/۱۳	۹
۰/۹۵	۰/۷۷	۰/۷۲	۰/۳۳	۰/۰۸	۰/۴۴	۰/۱۶	۱۰
۰/۹۵	۰/۷۵	۰/۷۰	۰/۲۸	۰/۰۰	۰/۴۸	۰/۱۵	۱۱
۰/۹۵	۰/۷۸	۰/۸۰	۰/۳۰	۰/۰۸	۰/۴۲	۰/۱۷	۱۲
۰/۹۵	۰/۷۱	۰/۷۰	۰/۳۱	۰/۸۰	۰/۳۷	۰/۱۴	۱۳
۰/۹۵	۰/۷۰	۰/۵۹	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۶۰	۰/۳۰	۱۴
۰/۹۵	۰/۶۶	۰/۵۷	۰/۱۴	۰/۸۵	۰/۶۷	۰/۲۰	۱۵
۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۱۶	۰/۵۸	۰/۳۰	۱۶
۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۶۷	۰/۲۳	۰/۲۰	۰/۵۱	۰/۴۵	۱۷
۰/۹۵	۰/۷۶	۰/۶۷	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۷۳	۰/۲۸	۱۸

۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۵۶	۰/۲۱	۰/۰۷	۰/۵۷	۰/۳۳	۲۳. مطالب مربوط به بهبود روابط جنسی در دوره سالمندی را متوجه می‌شوم.	۱۹
۰/۹۵	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۷۶	۰/۲۸	۲۴. در صورت بروز مشکل جنسی و مراجعه به متخصص و مشاور، توضیحاتی را که وی درباره مشکل به من می‌دهد، متوجه می‌شوم.	۲۰
۰/۹۵	۰/۷۵	۰/۷۲	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۷۶	۰/۲۳	۲۵. در صورت بروز مشکل جنسی و مراجعه، معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در فرم‌های مربوطه مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه و تشکیل پرونده را متوجه می‌شوم.	۲۱
۰/۹۵	۰/۶۶	۰/۶۴	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۶۹	۰/۱۲	۲۶. در صورت بروز مشکل جنسی و مراجعه برای درمان، معنی و مفهوم علایم و مطالب نوشته شده بر روی تابلوهای راهنما در کلینیک‌های مربوطه را متوجه می‌شوم.	۲۲
۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۷۱	۰/۱۷	۰/۱۰	۰/۷۵	۰/۱۰	۲۸. در صورت بروز مشکل جنسی و تجویز دارو، نحوه مصرف دارو که روی بسته‌بندی آن نوشته شده است را متوجه می‌شوم.	۲۳
۰/۹۵	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۲۶	۰/۰۹	۰/۶۸	۰/۰۷۲	۲۹. در صورت بروز مشکل جنسی و دریافت درمان یا توصیه، مزایا و معایب آن را متوجه می‌شوم.	۲۴
۰/۹۵	۰/۵۳	۰/۳۸	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۵۵	۰/۰۴	۳۰. آسیب کارهایی مثل دیدن فیلم‌های غیراخلاقی، مصرف الکل، مصرف سیگار و روابط جنسی خارج از چارچوب به سلامت جنسی‌ام را متوجه می‌شوم.	۲۵
۰/۹۵	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۳۱	۰/۴۴	۰/۲۱	۰/۲۴	۱۹. به درستی اطلاعاتی که از طریق منابع مختلف درباره روابط جنسی به دست می‌آورم، باور دارم.	۲۶
۰/۹۵	۰/۷۸	۰/۷۴	۰/۳۵	۰/۶۸	۰/۳۶	۰/۰۶	۳۱. درستی اطلاعات ارایه شده مربوط به سلامت جنسی در اینترنت را می‌توانم ارزیابی کنم.	۲۷
۰/۹۵	۰/۷۷	۰/۷۱	۰/۳۹	۰/۶۵	۰/۳۴	۰/۰۱	۳۲. درستی اطلاعات ارایه شده در مورد سلامت جنسی توسط تلویزیون، رادیو و شبکه‌های ماهواره‌ای را می‌توانم ارزیابی کنم.	۲۸
۰/۹۵	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۴۰	۰/۶۸	۰/۳۲	۰/۰۶	۳۳. می‌توانم اطلاعات آموخته شده‌ام درباره سلامت جنسی را به درستی به دیگران منتقل کنم.	۲۹
۰/۹۵	۰/۵۹	۰/۵۲	۰/۳۵	۰/۴۵	۰/۲۶	۰/۱۶	۳۴. به محض این که متوجه مشکل یا اختلال جنسی شدم، می‌دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم.	۳۰
۰/۹۵	۰/۴۷	۰/۵۸	۰/۳۵	۰/۳۱	۰/۲۹	۰/۲۵	۳۵. اگر با مشکل جنسی مواجه شوم، به توصیه‌های درمانی مثل مصرف دارو به مدت یک ساعت قبل از رابطه جنسی عمل می‌کنم.	۳۱
۰/۹۵	۰/۵۷	۰/۵۰	۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۳۸	۳۷. در صورت بروز مشکل جنسی، تکنیک‌هایی که برای حل مشکل جنسی‌ام توصیه شده است را بدون اجازه مشاور قطع نمی‌کنم، حتی اگر مشکل جنسی‌ام از بین رفته باشد.	۳۲
۰/۹۵	۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۷۱	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۹	۳۸. اگر همسرم دارای مشکل جنسی باشد به همراه او برای مشاوره جنسی مراجعه می‌کنم.	۳۳
۰/۹۵	۰/۵۲	۰/۵۷	۰/۶۶	۰/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۱	۳۹. من حتی اگر مشکل جنسی نداشته باشم، برای دریافت آموزش و بهبود کیفیت رابطه جنسی با همسرم به مشاور جنسی مراجعه می‌کنم.	۳۴
۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۷۰	۰/۷۳	۰/۱۶	۰/۰۴	۰/۰۴	۴۰. اگر در خصوص سلامت جنسی خود سؤالی برایم پیش بیاید، از مشاور مربوطه می‌پرسم.	۳۵
۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۶۱	۰/۷۲	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۱۴	۴۱. در هر موقعیتی مراقب سلامت جنسی خود هستم.	۳۶
۰/۹۵	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۷۱	۰/۱۱	۰/۱۹	۰/۰۶	۴۲. در هر موقعیتی، مراقب کیفیت رابطه جنسی با همسرم هستم.	۳۷
۰/۹۵	۰/۳۴	۰/۵۲	۰/۴۳	۰/۳۲	۰/۱۸	۰/۲۶	۴۳. از درخواست برای رابطه جنسی در صورت عدم آمادگی جسمی و روحی همسرم (اجبار جنسی) پرهیز می‌کنم.	۲۸
۰/۹۵	۰/۳۷	۰/۵۹	۰/۴۲	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۳۶	۴۴. هنگام انجام رابطه جنسی با همسرم به ارزش‌های انسانی مثل حفظ حرمت، احترام متقابل، رعایت موازین اخلاقی و ... توجه می‌کنم.	۳۹
۰/۹۵	۰/۴۵	۰/۵۱	۰/۴۱	۰/۲۹	۰/۲۱	۰/۲۴	۴۵. معمولاً اطلاعاتی را که از منابع مختلف درباره سلامت جنسی به دست می‌آورم، به کار می‌برم.	۴۰

جدول ۳- نتایج حاصل از بررسی روایی همگرا

p-value	همبستگی پیرسون	ابعاد HELIA	ابعاد SHELA
<0/001	0/65	خواندن	دسترسی
<0/001	0/48	فهمیدن و درک کردن	دسترسی
<0/001	0/52	دسترسی	دسترسی
<0/001	0/54	ارزیابی	دسترسی
<0/001	0/39	تصمیم‌گیری	دسترسی
<0/001	0/52	خواندن	خواندن و درک کردن
<0/001	0/66	فهمیدن و درک کردن	
<0/001	0/66	دسترسی	خواندن و درک کردن
<0/001	0/54	ارزیابی	خواندن و درک کردن
<0/001	0/49	تصمیم‌گیری	خواندن و درک کردن
<0/001	0/48	خواندن	تحلیل و ارزیابی
<0/001	0/51	فهمیدن و درک کردن	تحلیل و ارزیابی
<0/001	0/48	دسترسی	تحلیل و ارزیابی
<0/001	0/70	ارزیابی	تحلیل و ارزیابی
<0/001	0/36	تصمیم‌گیری	تحلیل و ارزیابی
<0/001	0/36	خواندن	کاربرد
<0/001	0/31	فهمیدن و درک کردن	کاربرد
<0/001	0/34	دسترسی	کاربرد
<0/001	0/37	ارزیابی	کاربرد
<0/001	0/49	تصمیم‌گیری	کاربرد

*Correlation is significant at the 0.01. Level (2-tailed)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که پرسشنامه بومی طراحی شده جهت سنجش سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی (SHELA) ابزاری روا و پایا برای ارزیابی این متغیر در زمینه فرهنگی-اجتماعی ایران است. آلفای کرونباخ تمامی ابعاد این ابزار بالاتر از 0/6 و نتایج حاکی از مطلوب بودن روایی صوری، محتوا و سازه پرسشنامه است. همچنین، ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره کل این پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های ابزار سواد سلامت عمومی بیانگر سطح مطلوب روایی همگرای این ابزار است. چندبعدی بودن پرسشنامه طراحی شده یکی دیگر از نقاط قوت

آن است. مرور ما بر متون مرتبط با پژوهش، از فقدان ابزارهای سنجش سواد سلامت جنسی با مدنظر قرار دادن بافت فرهنگی-اجتماعی ایران حکایت داشت. این در حالی است که پرسشنامه SHELA متناسب با بافت فرهنگی-اجتماعی ایران طراحی شده است تا بتواند سواد سلامت جنسی را در جمعیت بزرگسالان ایرانی بسنجد.

تأملی در ابعاد تبیین‌شده در پرسشنامه SHELA در مقایسه با HELIA نشان‌دهنده نکات جالب توجهی است؛ ابعاد پرسشنامه HELIA شامل مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری است. این در حالی است که در پرسشنامه SHELA به ترتیب ابعاد

است که در مورد سواد سلامت عمومی دسترسی به داده‌های مرتبط و نیز فراوانی داده‌ها در این زمینه بیشتر بوده و این بعد در پرسشنامه HELIA در ردیف سوم یعنی بعد از بعد مهارت خواندن به عنوان مهارت اول و مهارت درک کردن به عنوان مهارت دوم قرار دارد. این نوع تبیین ابعاد در پرسشنامه طراحی شده سواد سلامت جنسی می‌تواند حاکی از منطبق بودن این ابزار با زمینه فرهنگی- اجتماعی ایران باشد. لذا پرسشنامه سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی (SHELA) ابزاری بومی با هدف سنجش سواد سلامت جنسی شامل چهار سازه مهارت دسترسی، مهارت خواندن و درک کردن، تحلیل و ارزیابی و کاربرد اطلاعات است.

تفاوت قابل تأمل دیگر بین دو ابزار SHELA و HELIA در ترتیب تبیین دو بعد تصمیم‌گیری و ارزیابی است. در پرسشنامه SHELA ابتدا تصمیم‌گیری و سپس ارزیابی تبیین شده است، در حالی که در پرسشنامه HELIA ارزیابی قبل از تصمیم‌گیری تبیین شده است. در توضیح احتمالی برای تفاوت تبیین این دو بعد در دو ابزار باز هم می‌توان به تفاوت زمینه‌ای دو متغیر سواد سلامت جنسی و سواد سلامت عمومی اشاره کرد. به عبارت دیگر در زمینه سواد سلامت جنسی به نظر می‌رسد افراد پس از دسترسی به منابع معتبر به شرط آن که از مهارت خواندن و درک خوبی برخوردار باشند، به مطالعه و مشاهده مطالب در دسترس پرداخته سپس از میان آن‌ها تصمیم می‌گیرند که کدام مطلب را دقیق‌تر و عمیق‌تر بررسی کنند و در نهایت از میان مطالب

دسترسی، مهارت خواندن و درک کردن، تحلیل و ارزیابی، و کاربرد اطلاعات تبیین شده است. مقایسه نحوه ادغام ابعاد نشان می‌دهد مهارت خواندن و درک کردن دو مهارتی هستند که می‌توانند به صورت هم‌زمان به کار بسته شوند، لذا این دو بعد در پرسشنامه سواد سلامت جنسی یا همان SHELA در قالب بعد اول تبیین شدند. از این‌رو ابعاد پرسشنامه SHELA (چهار بعد) یکی کم‌تر از HELIA (پنج بعد) است.

نکته قابل تأمل دیگر ترتیب تبیین ابعاد در پرسشنامه SHELA در مقایسه با HELIA است (۱۷). اولین بعد پرسشنامه SHELA مهارت دسترسی است، در حالی که اولین بعد پرسشنامه HELIA مهارت خواندن است. توضیح احتمالی این تفاوت در تبیین عوامل می‌تواند نوع متغیر مورد ارزیابی توسط پرسشنامه SHELA باشد؛ به عبارت دیگر برای برخورداری از سواد سلامت جنسی بنا به ماهیت این متغیر باید افراد به منابع و پایگاه‌های اطلاعاتی خاص این حوزه دسترسی داشته باشند. از آن‌جا که با توجه به شرایط جامعه ما تعداد چنین منابع و پایگاه‌ها زیاد نیستند، لذا دسترسی به داده‌های علمی، صحیح و دقیق در زمینه سلامت جنسی به راحتی امکان‌پذیر نیست. از سوی دیگر بنا بر ملاحظات فرهنگی و اجتماعی، نهادها و سازمان‌های متولی و مسئول در زمینه ارتقای سواد سلامت جنسی در کشور نیز داده‌هایی با ویژگی‌های بالا در اختیار کاربران قرار نمی‌دهند، از این‌رو می‌توان گفت دسترسی، اولین و قابل توجه‌ترین بعد در بحث ارزیابی سواد سلامت جنسی است. این در حالی

در سرتاسر ایران انجام گیرد. پژوهش‌های آینده، همچنین باید تغییرناپذیری عامل‌های این پرسشنامه بین گروه‌های مختلف پاسخ‌دهندگان را مورد بررسی قرار دهند. از این ابزار می‌توان برای ارزیابی وضعیت سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی استفاده نمود و از این طریق موانع ارتقای سواد سلامت جنسی آنان را شناسایی و برای ارتقای آن برنامه‌ریزی و مداخلات‌های لازم را به عمل آورد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جنسی بزرگسالان ایرانی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۶ با کد اخلاق ————— شماره IR.TUMS.FNM.REC.1395.1784 است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

مطالعه شده به ارزیابی آن‌ها برای این که از آن مطلب استفاده کنند یا خیر می‌پردازند. این در حالی است که به نظر می‌رسد در زمینه سواد سلامت عمومی افراد به شرط برخورداری از مهارت خواندن به مطالعه مطلب موردنظر می‌پردازند و وقتی به درک صحیحی از آن مطلب رسیدند، به بررسی بیش‌تر در منابع در دسترس پرداخته و پس از آن مطالب بررسی شده را ارزیابی و برای به کار بستن آن‌ها تصمیم‌گیری می‌کنند. اگرچه هر دو روند یاد شده منجر به رفتار مبتنی بر سطح ارتقا یافته سواد سلامت، یکی سواد سلامت جنسی و دیگری سواد سلامت عمومی می‌شود، اما چگونگی وقوع رفتار با توجه به تفاوت‌هایی که در ترتیب ابعاد تبیین شده دو ابزار بالا می‌باشد، قابل تأمل و توجه است.

اگرچه تحقیق حاضر تأییدی بر ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طراحی شده می‌باشد، اما به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌های حاصل از این پژوهش لازم است پژوهش‌های مشابهی با استفاده از SHELA

منابع

- 1 - Gilbert M, Ferlatte O, Michelow W, Martin S, Young I, Donelle L, et al. An emerging framework for research and intervention to improve sexual health for gay men. Available at: http://lovebytesresearch.ca/wp-content/uploads/2015/09/Health_Literacy_Poster_ISSTD-2015-final.pdf. 2014.
- 2 - World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 3 - World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 4 - Irvine JM. Talk about sex: the battles over sex education in the United States. Berkeley, California: University of California Press; 2004.

- 5 - Jones S, Norton B. On the limits of sexual health literacy: insights from ugandan schoolgirls. *Diaspora, Indigenous, and Minority Education*. 2007 Sep; 1(4): 285-305. doi: 10.1080/15595690701563998.
- 6 - Graf AS, Patrick JH. Foundations of life-long sexual health literacy. *Health Education*. 2015; 115(1): 56-70. doi: 10.1108/HE-12-2013-0073.
- 7 - von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Dec; 61(12): 1086-90. doi: 10.1136/jech.2006.053967.
- 8 - Erramilli MK, Sharma P, Chung CMY, Sivakumaran B. Health literacy, sex education and contraception: the Singapore experience. *Studies in Communication Sciences*. 2005; 5(2): 147-158. doi: 10.5169/seals-790931.
- 9 - World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: towards ending STIs. Geneva: World Health Organization; 2016.
- 10 - McMichael C, Gifford S. "It is good to know now... before it's too late": promoting sexual health literacy amongst resettled young people with refugee backgrounds. *Sexuality & Culture*. 2009 Dec; 13(4): 218-236. doi: 10.1007/s12119-009-9055-0.
- 11 - McMichael C, Gifford S. Narratives of sexual health risk and protection amongst young people from refugee backgrounds in Melbourne, Australia. *Cult Health Sex*. 2010 Apr; 12(3): 263-77. doi: 10.1080/13691050903359265.
- 12 - Australian Women's Health Network. Available at: <http://awhn.org.au/>. 2012.
- 13 - Satcher D. The surgeon general's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior. *American Journal of Health Education*. 2001; 32(6): 356-68. doi: 10.1080/19325037.2001.10603498.
- 14 - Palombi BJ. Psychometric properties of wellness instruments. *Journal of Counseling & Development*. 1992 Nov-Dec; 71(2): 221-225. doi: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb02204.x.
- 15 - Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975 Dec; 28(4): 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x.
- 16 - Santos JRA. Cronbach's alpha: a tool for assessing the reliability of scales. *Journal of Extension*. 1999 Apr; 37(2): 1-5.
- 17 - Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. [Health literacy for Iranian adults (HELIA): development and psychometric properties]. *Payesh Journal*. 2014; 13(5): 589-99. (Persian)

Development and psychometric properties of sexual health literacy for adults (SHELA) questionnaire

Raziyeh Maasoumi* Mahmoud Tavousi** Fatemeh Zarei***

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2019
Accepted: Mar. 2019
e-Published: 9 Jun. 2019

Background & Aim: Assessment of sexual health literacy requires an appropriate tool. The purpose of this study was to develop and validate a questionnaire to evaluate the level of sexual health literacy among Iranian adults.

Methods & Materials: This study was designed in two phases in Tehran during 2017-2018. In the first step, the questionnaire was developed by item generation through expert panel and literature review. In the second step, the assessment of psychometric properties of the questionnaire including face, content, and structure validity (exploratory factor analysis) and convergence criterion (using general health literacy questionnaire) were done. Reliability of the questionnaire was assessed by internal consistency (Cronbach's alpha) and intraclass correlation coefficient (ICC). Data were analyzed using the SPSS software version 21.

Results: The content validity indices (CVI and CVR) for all items were 0.84 and 0.81, respectively. Exploratory factor analysis identified four factors including skills of access, reading and understanding, evaluation and analysis, and application of information that explained %68.1 of the variance. Convergent validity of the questionnaire showed a correlation between the questionnaire's dimensions and general health literacy questionnaire in the range of 0.31 to 0.70. The SHELA showed a high internal consistency reliability with Cronbach's alpha, ranging from 0.84 to 0.94 and intraclass correlation coefficient (ICC), ranging from 0.90 to 0.97.

Conclusion: The psychometric assessment of the 40-item questionnaire (SHELA) indicates desirable validity and reliability. This questionnaire is suggested for assessing the level of sexual health literacy of adults in future studies.

Corresponding author:
Fatemeh Zarei
e-mail:
f.zarei@modares.ac.ir

Key words: sexual health, literacy, questionnaire, validity, reliability

Please cite this article as:

- Maasoumi R, Tavousi M, Zarei F. [Development and psychometric properties of sexual health literacy for adults (SHELA) questionnaire]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 25(1): 56-69. (Persian)

* Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

*** Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran