ORIGINAL ARTICLE

The Relationship Between Mental and Sexual Health Literacy and Men's Attitudes Toward Participation in Women's Sexual and Reproductive Health: A Cross-Sectional Study

Samaneh Abasi Arimi[1],
Soghra Khani[2],
Roya Nikbakht[3],
Monirolsadate Hosseini Tabaghdehi[4],
Zohreh Shahhosseini[5]

[1] MSc Student in Counseling in Midwifery, Nursing and Midwifery School, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Associated Professor, Department of midwifery, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran
[5] Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received October 13, 2025; Accepted February 22, 2026)

Abstract

Background and purpose: Men's involvement in women's sexual and reproductive health plays an important role in promoting family health. This study aimed to examine the relationship between mental health literacy and sexual health literacy and men's attitudes toward their participation in women's sexual and reproductive health.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted between February and March 2025 on 223 men in Sari, Iran, using a convenience sampling method. Data were collected using a demographic-fertility information form, a mental health literacy questionnaire, an adult sexual health literacy questionnaire**,** and a scale assessing men's attitudes toward participation in women's sexual and reproductive health. Data were analysed using SPSS version 22**,** with a significance level set at $P < 0.05$**.** A generalised linear regression model was applied to examine the relationship between mental and sexual health literacy and men's attitudes toward participation in women's sexual and reproductive health.

Results: In this study, the mean and standard deviation of the ages of men and their wives were 40.55 ± 6.99 and 36.00 ± 7.10, respectively, and the duration of marriage was 13.92 ± 7.26 years. The mean and standard deviation of mental health literacy, sexual health literacy, and men's attitudes toward participation in women's sexual health are not fully reported in the text provided. Based on the adjusted regression coefficients, men in paid employment ($P< 0.010$), satisfaction with the gender of their child ($P< 0.028$), higher sexual health literacy ($P< 0.001$), and higher mental health literacy ($P< 0.005$) had a more positive attitude. In contrast, men who had children ($P< 0.001$) and those using contraceptive methods other than natural methods ($P< 0.027$) had a more negative attitude**.**

Conclusion: Improving men's sexual and mental health literacy can be considered by health system planners and policymakers as a key strategy to strengthen positive attitudes and enhance men's participation in women's sexual and reproductive health.

Keywords: literacy, sexual health, attitude, mental health, male participation

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (256): 42-53 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini - Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۶ اردیبهشت سال ۱۴۰۵ (۵۳-۴۲)

ارتباط سواد سلامت روان و جنسی با نگرش مردان نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان: یک مطالعه مقطعی

سمانه عباسی اریمی[۱]
صغری خانی[۲]
رویا نیک بخت[۳]
منیرالسادات حسینی طبقدهی[۴]
زهره شاه حسینی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان نقش به سزایی در ارتقای سلامت خانواده دارد. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سواد سلامت روان و جنسی با نگرش مردان به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی- تحلیلی، در فاصله زمانی بهمن تا اسفند ۱۴۰۳ بر روی ۲۲۳ مرد شهرستان ساری به روش در دسترس انجام شد. گرد آوری داده ها با فرم اطلاعاتی عوامل جمعیتی- باروری، پرسشنامه سواد سلامت روان، سواد سلامت جنسی بزرگسالان و نگرش مردان به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان انجام شد. جهت تعیین ارتباط بین سواد سلامت جنسی و روان با نگرش مردان به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری از مدل رگرسیون خطی تعمیم یافته استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سن مردان و همسران آن ها به ترتیب ۶/۹۹ ± ۴۰/۵۵ و ۷/۱۰ ± ۳۶ و طول مدت ازدواج ۷/۲۶ ± ۱۳/۹۲ بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار سواد سلامت روان، سواد سلامت جنسی و نگرش مردان نسبت به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان به ترتیب ۱۳/۴۶±۱۰۳/۷۵، ۲۶/۰۶ ±۱۶۳/۲۸ و ۱۷/۴۲± ۱۷۰/۸۰ بود. بر اساس ضریب رگرسیونی تطبیق داده شده، مردانی که دارای شغل کارمند (P<۰/۰۱۰)، رضایت از جنسیت فرزند (P<۰/۰۲۸)، سواد سلامت جنسی (P<۰/۰۰۱) و سواد سلامت روان (P<۰/۰۰۵) بالا بودند، دارای نگرش مثبت نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان داشتند. در مقابل، مردانی که دارای فرزند (P<۰/۰۰۱) و از روش‌های پیشگیری از بارداری غیر از روش طبیعی استفاده می‌کردند (P<۰/۰۲۷) دارای نگرش منفی بودند.

استنتاج: ارتقای سواد سلامت جنسی و روان مردان می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد کلیدی برای تقویت نگرش مثبت و افزایش مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گیرد.

واژه های کلیدی: سواد، سلامت جنسی، نگرش، سلامت روان، مشارکت مردان

مولف مسئول: زهره شاه حسینی- ساری: مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **Email:** zshahhosseini@yahoo.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه مامایی ، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۵. استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۷/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۷/۲ تاریخ تصویب : ۱۴۰۴/۱۲/۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت باروری عبارتند از سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی که همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل، روند و عملکرد آن را در بر می گیرد. از اواسط دهه ۱۹۹۰، سلامت جنسی و باروری مطرح شد و سلامت جنسی جزئی از سلامت باروری شناخته شد. در این راستا، یکی از اصول اساسی سلامت باروری، به ویژه آن‌چه که توسط سازمان بهداشت جهانی برجسته شده است، مشارکت مردان در مسائل مربوط به سلامت جنسی و باروری است(۱). این مفهوم شامل پذیرش مسئولیت‌ها به عنوان والدین و مسئول تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری، تأمین سلامت مادر و کودک، مراقبت از بلوغ در دختران، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، بارداری‌های ناخواسته و پرخطر، پیشگیری از هر گونه خشونت علیه زنان و کودکان، حضور در برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی در دوران یائسگی و میانسالی همسر و توجه به بیماری‌های زنان مانند سرطان‌ها می‌شود(۲).

مشارکت مردان از جمله عوامل مهم و تاثیرگذار به منظور رسیدن به اهداف توسعه هزاره همانند توانمندسازی زنان، ارتقا سلامت جنسی و باروری، رفع تبعیض علیه زنان، ارتقای سلامت مادران و دستیابی به حقوق کودکان محسوب می‌شود(۵ - ۳). افزایش مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری موجب تغییراتی در روابط زوجین همانند افزایش ارتباطات و تصمیم گیری های عادلانه می گردد که در نتیجه به بهبود نتایج مراقبت و سلامت جنسی و باروری کمک می‌نماید(۶، ۷). یک راه مهم جهت افزایش مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان، ایجاد نگرش مثبت در مردان می‌باشد که در نتیجه آن به سلامت خودشان نیز کمک می نماید(۸، ۹). از عوامل بازدارنده مشارکت مردان می توان به هنجارهای اجتماعی- فرهنگی و روانشناختی، کمبود آموزش و آگاهی، اطلاعات نادرست، تسلط زنان به عنوان ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در بسیاری از کلینیک های بهداشت اشاره کرد(۲، ۱۳ - ۹).

مشارکت مردان به عنوان فرآیند ی از تغییر اجتماعی و رفتاری توصیف شده است که برای مردان لازم است تا نقش های مسئولانه تری با هدف اطمینان از رفاه زنان و کودکان ایفا کنند. یکی از اولین گام‌ها در طراحی خدمات بهداشتی با مشارکت مردان، آگاهی از عوامل مؤثر بر مشارکت مردان و همچنین آگاهی از نگرش آن‌ها نسبت به ارتقای نقش خود در این زمینه است(۳). از فاکتورهای کلیدی موثر بر مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان میزان آگاهی و سطح سواد سلامت می‌باشد(۹). نتایج مطالعه ای در این رابطه نشان داد که آگاهی بهداشتی و دسترسی به اطلاعات علمی معتبر می توانند بر میزان مشارکت مردان در مراقبت‌های مرتبط با سلامت جنسی و باروری تأثیرگذار باشند(۱۴). در این میان، سواد سلامت روان و سواد سلامت جنسی به‌عنوان دو عامل شناختی مهم، نقش بسزایی در شکل گیری نگرش‌ها، باورها و رفتارهای حمایتی مردان ایفا می کنند. سواد سلامت جنسی به مجموعه‌ای از آگاهی‌ها، نگرش‌ها، انگیزه‌ها و توانایی‌های فردی، در ارتباط با دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات حوزه سلامت جنسی اطلاق می گردد(۱۵). هم‌چنین سواد سلامت جنسی به طیفی از اطلاعات گفته می‌شود که در ارتباط با حیطه‌های مختلف از جمله رشد و تکامل جنسیتی، بلوغ، بارداری، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، بیماری های منتقله از راه جنسی و توسعه مهارت های مرتبط با روابط جنسی می‌باشد. داشتن سطح مطلوبی از سواد سلامت جنسی، مهارت های فرد را در تجزیه و تحلیل، قضاوت، گفتمان، تصمیم گیری و تغییر رفتار جنسی افزایش می دهد و او را در تامین، حفظ و ارتقای سلامت جنسی خود توانمند می‌سازد(۱۶، ۱۷). بعد دیگر سواد سلامت، سواد سلامت روان است که به آگاهی و درک اختلالات روانی به‌منظور تشخیص، مقابله و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پیشگیری از آن‌ها اشاره دارد و شامل توانایی شناسایی اختلالات روانی، عوامل خطر و نحوه جستجوی درمان و حمایت حرفه‌ای می‌شود(۱۸). نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که اطلاعات ناکافی و سطح پایین سواد سلامت از موانع مهم مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری زنان به‌شمار می‌رود(۱۹، ۲۰). چندین مطالعه در رابطه با سواد سلامت روان مردان و سواد سلامت جنسی مردان انجام شد، ولیکن مطالعه ای در رابطه سواد سلامت روان و سواد سلامت جنسی مردان و مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان انجام صورت نگرفت که این امر ضرورت انجام پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه را نشان می‌دهد(۲۳ – ۲۱). از طرفی با توجه به نقش مؤثر مشارکت مردان در ارتقای سلامت مادر و خانواده، توجه به عوامل مؤثر بر نگرش و مشارکت آنان در حوزه سلامت جنسی و باروری زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین سواد سلامت روان و سواد سلامت جنسی با نگرش مردان نسبت به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان، در مراکز بهداشتی شهرستان ساری در سال ۱۴۰۳ انجام شد. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند شواهد علمی لازم را برای برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی و سیاست‌گذاری‌های مناسب در جهت ارتقای سطح سواد سلامت روان و سواد سلامت جنسی مردان فراهم آورده و در نهایت به بهبود نگرش و افزایش مشارکت آنان در ارتقای سلامت جنسی و باروری زنان منجر شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی-تحلیلی، در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ساری در فاصله زمانی بهمن ۱۴۰۳ تا اسفند ماه همان سال بر روی ۲۲۳ مرد آن شهرستان انجام شده است. معیار ورود شامل افراد متاهل، ایرانی الاصل بودن، حداقل یک سال از ازدواجشان گذشته و زنانشان در سنین باروری ۱۵ تا ۴۹ ساله بودند و معیار خروج شامل مردان نابارور، چند همسری در زمان مطالعه و مبتلا به بیماری های روانی شناخته شده بوده اند، بوده است. قابل ذکر است که اخذ رضایت کتبی آگاهانه از زوجین، توضیح در مورد طرح و اهداف آن، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات جمع آوری شده، کسب کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS.REC.1403.509) از جمله ملاحظات اخلاقی بود که در این مطالعه به آن ها توجه شد.

جهت تعیین حجم نمونه پیش مطالعه با حجم ۳۰ نفر انجام شد. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، ضریب همبستگی پیرسون بین نمره ی سواد سلامت روان و نگرش مردان ۰/۲۴، که با استفاده از این نتایج و با در نظرگرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ حجم نمونه ۱۷۸ بدست آمد. در نهایت با توجه به نرخ عدم پاسخگویی ۲۰ درصد، ۲۲۳ نمونه از شش مرکز بهداشت و دو پایگاه به صورت هدفمند که بیش‌ترین مراجعین را داشتند، جمع آوری شد(۲، ۶- ۴، ۸، ۱۱، ۱۲). با توجه به دشواری دسترسی به مردان و مشارکت محدود آنان در مراکز خدمات سلامت، برای جمع‌آوری داده‌ها از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. در این مطالعه پرسشنامه های کتبی به دو صورت حضوری و غیر حضوری انجام شد، به طوری که حدود ۷۰ درصد پرسشنامه‌ها حضوری و ۳۰ درصد به صورت خود ایفا در منزل تکمیل شد. میانگین زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه بود. در مواردی که امکان دسترسی مستقیم به مردان فراهم نبود، از همکاری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی نیز استفاده شد؛ بدین‌صورت که هدف و اهمیت پژوهش برای آنان توضیح داده می‌شد و از ایشان خواسته شد در صورت تمایل، همسر خود را برای شرکت در پژوهش ترغیب نمایند. در این موارد، پرسشنامه‌ها از طریق زنان به همسرانشان تحویل داده شد و پس از تکمیل در منزل، مجدداً به پژوهشگر بازگردانده شد. به منظور رفع هر گونه ابهام در روند پاسخ دهی، شماره تماس پژوهشگر در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت تا در صورت وجود سؤال یا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

نیاز به توضیح بیش‌تر، بتوانند با وی ارتباط برقرار کنند. در مجموع ۲۵۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۳۶ پرسشنامه عودت داده شد که از این تعداد، ۱۳ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف و در نهایت ۲۲۳ پرسشنامه وارد تحلیل نهایی شد.

پرسشنامه ها

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیتی- باروری و طبی، پرسشنامه سواد سلامت روان، سواد سلامت جنسی و پرسشنامه نگرش مردان از مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان استفاده شد.

پرسشنامه جمعیتی- باروری

این فرم که به صورت محقق ساخته و با مرور وسیع بر متون مرتبط تدوین شد که در دو طبقه اطلاعات جمعیتی و باروری است. در طبقه اطلاعات جمعیتی متغیر ها شامل، سن، سن همسر، مدت ازدواج، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، محل سکونت، و درآمد خانوار می باشد. در طبقه اطلاعات باروری متغیر ها شامل، تعداد فرزند، رضایت از جنس فرزند، روش جلوگیری از بارداری در حال حاضر و عضویت در گروه های مجازی مربوط به سلامت جنسی و باروری می باشد. متغیر های مورد بررسی در این فرم با بازخوانی وسیع منابع موجود شناسایی شد که در نهایت با نشست با تیم تحقیق روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفت.

پرسشنامه سواد سلامت روان (Mental Health Literacy Scale)

این پرسشنامه توسط دیاس و همکاران سال ۲۰۱۷با ۲۹ سؤال در چهار حیطه طراحی شد. حیطه اول، آگاهی از مشکلات سلامت روان شامل ۱۱ سؤال، حیطه دوم، باورهای اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان شامل ۸ سؤال، حیطه سوم، جستجوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه شامل ۶ سؤال و حیطه چهارم، استراتژی‌های کمک به خود شامل۴ سؤال می باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نه موافق نه مخالف نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ می‌باشد. امتیاز کلی این پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ متغیر است. نمره آگاهی از مشکلات سلامت روان در محدوده بین ۱۱ تا ۵۵، باورهای اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان ۸ تا ۴۰، جستجوی کمک و مهارت‌های کمک‌های اولیه بین ۶ و ۳۰ و استراتژی‌های کمک به خود محدوده بین ۴ تا ۲۰ بوده است. در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان دهنده سواد سلامت روان بیش‌تر است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای بین ۰/۷۴ تا ۰/۶۰ گزارش شد(۲۴). نسخه فارسی پرسشنامه سواد سلامت روان توسط ضاربی و همکاران در سال ۱۳۹۹ ترجمه و روانسنجی گردید. پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بوده است(۲۵).

پرسشنامه سواد سلامت جنسی (Sexual Health Literacy for Adults)

این پرسشنامه توسط معصومی و همکاران در سال ۱۳۹۸ برای اولین بار در ایران طراحی و روانسنجی گردید. این پرسشنامه دارای ۴ حیطه (مهارت دسترسی، خواندن و درک کردن، تحلیل و ارزیابی و کاربرد اطلاعات) با ۴۰ گویه به صورت طیف پاسخ پنج تایی لیکرت از کاملا موافقم (نمره ۵) تا کاملا مخالفم (نمره ۱) می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۴ بعد شامل مهارت دسترسی (سوالات ۷-۱)، مهارت خواندن و درک کردن (سوالات ۲۵-۸)، مهارت تحلیل و ارزیابی(۳۰-۲۶) و مهارت کاربرد (۴۰-۳۱) می باشد. نمرات حیطه‌ها و نیز نمرات کل در چهار سطح شامل سواد سلامت جنسی ناکافی (۵۰-۰)، نه چندان کافی (۶۶-۵۰)، کافی (۸۴-۶۶)، و عالی (۱۰۰-۸۴) قابل تفسیر است. همسانی درونی ابزار با شاخص آلفای کرونباخ برای عوامل شناسایی شده در محدوده ۰/۸۴ تا ۰/۹۴گزارش شده است(۲۶).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پرسشنامه نگرش مردان از مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان

این ابزار برای اولین بار توسط خانی و همکاران طراحی و روانسنجی گردید. این پرسشنامه یک ابزار ۳۸ سوالی در چهار حیطه شامل توجه عاطفی و جنسیتی، حمایت از دختران، توجه و تامین نیازها و پرهیز از خشونت می باشد. شیوه ی نمره دهی پرسشنامه به صورت لیکرت است که شامل ۵ گزینه کاملا مخالفم (امتیاز ۱)، مخالفم (امتیاز ۲)، نظری ندارم (امتیاز ۳)، موافقم (امتیاز ۴) و کاملا موافقم (امتیاز ۵) می‌باشد. براساس این پرسشنامه نمره ۸۹-۳۸ نگرش منفی، ۱۴۰-۸۹ نگرش خنثی (بی طرف) و ۱۹۰-۱۴۰ نگرش مثبت نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان دارند. پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای همه عامل‌ها بیش‌تر از ۰/۷۰ به‌دست آمد(۲۷).

داده‌های این مطالعه پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در کلیه ی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در توصیف متغیرهای کیفی از شاخص‌های آماری تعداد و درصد، و برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در این مطالعه برای تعیین ارتباط سواد سلامت روان، سواد سلامت جنسی و عوامل جمعیتی با نگرش مردان به مشارکت در سلامت جنسی و باروری از مدل رگرسیون خطی تعمیم یافته استفاده شد. جهت انجام مدلسازی در ابتدا تک تک متغیرها وارد مدل شدند (مدل خام: crude) و سپس متغیرهایی که P <۰/۰۲ داشتند به صورت همزمان وارد مدل تعدیل یافته (adjusted) شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۹۲ نفر (۸۶/۱ درصد) راضی از جنسیت نوزاد بودند. میانگین و انحراف معیار سن مردان وهمسران آن ها به ترتیب ۶/۹۹ ± ۴۰/۵۵ و ۷/۱۰ ± ۳۶ و طول مدت ازدواج ۷/۲۶ ± ۱۳/۹۲ بوده است. هم‌چنین میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت روان، سواد سلامت جنسی و نگرش مردان به مشارکت سلامت جنسی و باروری به ترتیب ۱۳/۴۶±۱۰۳/۷۵، ۲۶/۰۶ ±۱۶۳/۲۸ و ۱۷/۴۲± ۱۷۰/۸۰ بوده است. ویژگی‌های جمعیتی در جدول شماره ۱، بیان شده است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیتی-باروری مشارکت کنندگان (تعداد=۲۲۳ نف)

متغیر		مشارکت کنندگان تعداد(درصد)
تحصیلات مردان	دیپلم، کارشناسی	(۵۴/۳)۱۲۱
	ارشد، دکتری	(۴۵/۷)۱۰۲
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	(۸۲/۵)۱۸۴
	دیپلم	(۱۷/۵)۳۹
شغل	کارمند	(۴۷/۱)۱۰۵
	آزاد	(۳۰/۹)۶۹
	کارگر	(۱۴/۳)۳۲
	سایر شغل ها	(۷/۶)۱۷
شغل همسر	کارمند	(۲۸/۳)۶۳
	خانه دار	(۶۱/۴)۱۲۷
	آزاد	(۱۰/۳)۲۳
محل سکونت	شهری	(۸۵/۷)۱۹۱
	روستایی	(۱۴/۳)۳۲
وضعیت درآمد	خیلی کم	(۸/۱)۱۸
	کم	(۲۲/۴)۵۰
	متوسط	(۶۶/۴)۱۴۸
	بالا	(۳/۱)۷
تعداد فرزند	۰	(۱۴/۳)۳۲
	۱	(۳۷/۲)۸۳
	۲	(۴۰/۴)۹۰
	۳>=	(۸/۱)۱۸
روش پیشگیری	کاندوم	(۴۰/۴)۹۰
	طبیعی	(۴۵/۳)۱۰۱
	سایر روش ها	(۱۴/۳)۳۲
سابقه‌ی عضویت در گروه‌های مجاری مربوط به سلامت جنسی و باروری	بلی	(۱۲/۱)۲۷
	خیر	(۸۷/۹)۱۹۶

براساس ضریب رگرسیونی تطبیق داده شده، مردان دارای شغل کارمند نسبت به مردان کارگر (P<۰/۰۱۰، β=۱/۰۶)، راضی از جنسیت فرزند (P<۰/۰۲۸، β=۱/۰۹)، سواد سلامت جنسی بالا (P<۰/۰۰۱، β=۱/۲۲) و سواد سلامت روان بالا (P<۰/۰۰۵، β=۱/۰۰) نگرش مثبت بودند. نتایج نشان داد که مردانی که دارای فرزند (P<۰/۰۰۱، β=۰/۸۷) و از روش کاندوم (P<۰/۰۰۳، β=۰/۹۶) و سایر روش ها (P<۰/۰۲۷، β=۰/۹۴) استفاده می کردند نسبت به مردانی که از روش طبیعی استفاده می کردند دارای نگرش منفی بودند (جدول شماره ۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ۲: نتایج آزمون رگرسیون لجستیک ترتیبی عوامل جمعیتی-باروری مرتبط با نگرش مردان به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ساری سال ۱۴۰۳

متغیرها		نسبت شانس خام	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معناداری	نسبت شانس تطبیق داده شده	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معناداری
			حد پایین	حد بالا			حد پایین	حد بالا	
	سن فرد (سال)	۱/۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۷۶۵	۱/۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۴۴۸
	سن همسر (سال)	۱/۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۸۹۷	۰/۹۹	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۱۱۶
	مدت ازدواج (سال)	۱/۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۹۴۵	۱/۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۱۲۷
شغل	کارگر	رفرنس	–	–	–	–	–	–	–
	کارمند	۱/۰۶	۱/۰۲	۱/۱۰	۰/۰۰۶	۱/۰۴	۰/۹۸	۱/۰۹	۰/۰۱۰
	آزاد	۱/۰۲	۰/۹۶	۱/۰۶	۰/۴۴۴	۱/۰۴	۰/۹۸	۱/۰۹	۰/۱۲۳
	غیره	۱/۰۳	۰/۹۷	۱/۰۹	۰/۳۷۱	۱/۰۶	۰/۹۹	۱/۱۳	۰/۰۷۹
	محل سکونت	۰/۹۸	۰/۹۴	۱/۰۲	۰/۳۳۹	۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۰۱	۰/۱۵۵
وضعیت درآمد	خیلی کم	–	–	–	–	–	–	–	–
	کم	۱/۰۷	۱/۰۱	۱/۱۲	۰/۰۲۵	۱/۰۷	۱/۰۰	۱/۱۶	/۰۵۰
	متوسط	۱/۰۶	۱/۰۱	۱/۱۱	۰/۰۳۰	۱/۰۶	۰/۹۹	۱/۱۳	۰/۰۸۱
	بالا	۱/۰۱	۰/۹۹	۱/۱۸	۰/۰۷۵	۱/۱۰	۰/۹۹	۱/۲۲	۰/۰۷۳
تعداد فرزند	۰	رفرنس	–	–	–	–	–	–	–
	۱	۰/۹۸	۰/۹۴	۱/۰۲	۰/۳۵۳	۰/۸۷	۰/۸۱	۰/۹۳	۰/۰۰۰
	۲	۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۰۱	۰/۱۹۳	۰/۸۵	۰/۷۹	۰/۹۲	۰/۰۰۰
	۳	۰/۹۴	۰/۸۸	۰/۹۹	۰/۰۲۷	۰/۸۳	۰/۷۷	۰/۹۰	۰/۰۰۰
	رضایت از جنسیت فرزند	۰/۹۷	۰/۹۴	۱/۰۱	۰/۱۶۹	۱/۰۹	۱/۰۰	۱/۱۷	۰/۰۲۸
روش پیشگیری	طبیعی	رفرنس	–	–	–	–	–	–	–
	کاندوم	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۹	۰/۰۲۴	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۸	۰/۰۰۳
	سایر روش ها	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۹	۰/۰۲۷
سابقه‌ی عضویت در گروه‌های مجاری مربوط به سلامت جنسی و باروری		۰/۹۸	۰/۹۴	۱/۰۲	۰/۴۵۹	۱/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۳	۰/۷۸۴
سواد سلامت	ناکافی	رفرنس	–	–	–	–	–	–	–
	نه چندان کافی	۱/۱۲	۱/۰۵	۱/۲۰	۰/۰۰۱	۱/۱۴	۱/۰۰	۱/۳۰	۰/۰۴۱
جنسی	کافی	۱/۱۴	۱/۰۷	۱/۲۲	۰/۰۰۱	۱/۱۷	۱/۰۳	۱/۳۲	۰/۰۱۴
	عالی	۱/۲۱	۱/۱۳	۱/۲۸	۰/۰۰۱	۱/۲۲	۱/۰۸	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	سواد سلامت روان	۱/۰۱	۱/۰۰	۱/۰۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰۵

بحث

با توجه به نقش کلیدی مردان در سلامت جنسی و باروری و تأثیر مستقیم آن بر سلامت خانواده، شناسایی عوامل مؤثر بر مشارکت آنان ضروری است. در این مطالعه، میانگین نمره کل نگرش مردان به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان ۱۷/۴۲ ± ۱۷۰/۸۰ بود، که نشان دهنده سطح نگرش نسبتاً متوسط تا مثبت در این زمینه است. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعه حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۵) است که نشان داد ۶۷/۳ درصد از مردان نگرش نسبتاً مثبتی نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری داشتند(۲۸). همچنین مطالعه تقی‌زاده و همکاران نشان داد که مردان درک بالایی از مشارکت در سلامت باروری در زمینه‌های نظارت و مدیریت خانواده، ایجاد شرایط مناسب برای بارداری و سلامت عمومی همسران، و انجام اقدامات مربوط به مراقبت‌های پزشکی و پیشگیری داشتند(۱۹). این یافته‌ها تأکید می‌کند که نگرش مردان به مشارکت در سلامت باروری تحت تأثیر تجربه‌ها و دانش آنان قرار دارد و زمینه‌ساز رفتارهای حمایتی مثبت می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت جنسی بالا باعث نگرش مثبت مردان به مشارکت آنان در سلامت جنسی و باروری زنان می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات شارما و همکاران و تقی‌زاده و همکاران همسو است که سطح سواد و آگاهی جنسی را یکی از عوامل مؤثر در مشارکت مردان در سلامت باروری معرفی کرده‌اند(۹، ۱۹). مردانی که درک بهتری از مسائل سلامت جنسی و باروری دارند، معمولاً نقش خود را در تنظیم خانواده و تصمیم‌گیری‌های مرتبط مهم‌تر می‌دانند و در این زمینه مشارکت فعال‌تری دارند. همچنین مطالعه نعمت‌زاده و همکاران نشان داد که سواد سلامت جنسی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

با عملکرد جنسی و رفتارهای مشارکتی مردان مرتبط است(۲۹). این یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش‌های جنسی و افزایش آگاهی مردان می‌تواند به بهبود نگرش و مشارکت آنان منجر شود. در راستای نتایج این یافته، مطالعه ای توسط لطفی و همکاران در رابطه با موانع مشارکت مردان در سلامت جنسی و باروری نشان داده شد که بسیاری از مردان دانش کافی در زمینه سلامت جنسی و باروری ندارند و نیازمند مداخلات آموزشی و فرهنگی گسترده هستند(۳۰).

در رابطه با سواد سلامت روان، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که این عامل نقش مهمی در نگرش مثبت مردان به مشارکت در سلامت جنسی و باروری دارد. در این راستا نتایج مطالعه تقی‌زاده و همکاران نشان داد که مسائل روحی و روانی می‌توانند مشارکت مردان را محدود کنند و ارتقای سواد سلامت روان می‌تواند نقش مهمی در بهبود نگرش آنان ایفا کند(۱۹). این یافته‌ها تأکید می‌کند که علاوه بر دانش جنسی، سلامت روان نیز عامل کلیدی در مشارکت فعال مردان است.

یافته‌های مطالعه همچنین نشان داد که مردان شاغل با درآمد ثابت نگرش مثبت‌تری نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان دارند، این نتایج با مطالعه شاه‌جهان و همکاران همسو است(۳۱). دلیل احتمالی این امر می‌تواند دسترسی بهتر این گروه به منابع اطلاعاتی و حضور در محیط‌های سازمانی باشد که آموزش‌ها و فرهنگ‌سازی مرتبط با سلامت جنسی و باروری را تسهیل می‌کند؛ بنابراین اشتغال و ثبات درآمد می‌تواند فرصت‌های مشارکت مردان را افزایش دهد.

نتایج نشان داد که رضایت از جنسیت فرزند نیز با نگرش مثبت‌تر مردان نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان مرتبط بود، که مشابه یافته‌های شاه‌جهان و همکاران است(۳۱). مردانی که از جنسیت فرزند خود رضایت دارند، احتمالاً احساس امنیت بیش‌تری در نقش پدرانه پیدا کرده و با نگرش مثبت‌تری در امور سلامت باروری مشارکت می‌کنند.

نتایج این مطالعه نشان داد که مردانی که از کاندوم و سایر روش‌های مدرن پیشگیری استفاده می‌کنند، در مقایسه با مردانی که روش‌های طبیعی را انتخاب می‌کنند، نگرش منفی‌تری نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان دارند. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد که نشان می‌دهند استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری می‌تواند با فشارهای اجتماعی و هنجاری همراه باشد و برداشت مردان از نقش و مسئولیت خود در سلامت باروری را تحت تأثیر قرار دهد(۱۴، ۳۲). مطالعات قبلی همچنین حاکی از آن است که تجربه دشواری در استفاده از روش‌های پیشگیری مدرن، از جمله محدودیت دسترسی و نیاز به مراجعه به مراکز بهداشتی، می‌تواند منجر به شکل‌گیری نگرش‌های منفی در مردان نسبت به مشارکت فعال در سلامت باروری زنان شود(۳۲). این چالش‌ها ممکن است احساس ناکارآمدی یا کاهش انگیزه مشارکت را در مردان تقویت کند. علاوه بر این، محیط‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی که تمرکز اصلی آن‌ها بر زنان است و نیازها و مشارکت مردان را به‌طور کافی در نظر نمی‌گیرند، می‌توانند به تشدید نگرش منفی مردان نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان منجر شوند(۱۴، ۳۲). در مقابل، مردانی که روش‌های طبیعی پیشگیری را انتخاب می‌کنند، ممکن است این رویکرد را به‌عنوان شیوه‌ای ساده‌تر، کم‌دخالت‌تر و قابل کنترل‌تر درک کنند. این برداشت می‌تواند زمینه‌ساز نگرش مثبت‌تری نسبت به مشارکت در سلامت باروری زنان باشد، موضوعی که در مطالعه ای پیشین نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۳۳). به نظر می‌رسد ماهیت مشارکتی و مبتنی بر ارتباط در روش‌های طبیعی، نقش مهمی در تقویت احساس مسئولیت مشترک و نگرش حمایتی مردان ایفا می‌کند.

یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد مردان دارای فرزند نگرش منفی‌تری نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان دارند، نتایج این مطالعه همراستا با مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

رودسری و همکاران می باشد که نشان داده شد، نقش پدر شدن به تقویت هنجارهای جنسیتی سنتی کمک می‌کند که مشارکت مردان را در امور سلامت باروری محدود می‌کند(۱۴). از دلایل احتمالی دیگر این است که مردان پس از پدر شدن، خود را بیش‌تر در نقش تأمین کننده اقتصادی و کم‌تر در مراقبت جنسی و باروری می بینند و مسئولیت اصلی موضوعات جنسی و باروری را به زنان واگذار می کنند(۳۴). با توجه به این شواهد، توصیه می‌شود مداخلات آموزشی برای مردانِ دارای فرزند به صورت ویژه و هدفمند طراحی شوند، به طوری که بر تغییر هنجارهای جنسیتی، ارتقای آگاهی و فراهم کردن فرصت‌های عملی مشارکت تمرکز کنند. در مقابل، در این مطالعه سن، سن همسر، درامد، طول مدت ازدواج، تحصیلات همسر و محل زندگی با نگرش مردان ارتباط معنی‌داری نداشتند. علت عدم ارتباط بین این متغیرها با نگرش مردان به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان می تواند ناشی از عدم تفاوت چندان در میزان درآمد، سطح تحصیلات و محل زندگی مشارکت کنندگان باشد. ممکن است برخی متغیرهایی مانند سن و تحصیلات همسر از طریق عواملی مانند سواد سلامت جنسی و روان یا نگرش کلی مردان منتقل شود و در تحلیل چند متغیره، اثر مستقیم آن‌ها کاهش پیدا کند و غالب بودن نقش های جنسیتی و هنجارهای فرهنگی بر عواملی از قبیل عوامل اقتصادی باعث شده است که اثر عوامل اقتصادی در نگرش مردان کم‌تر دیده شود.

از جمله محدودیت های طرح تحقیقاتی حاضر می توان گفت که به دلیل مقطعی بودن این مطالعه، تعیین روابط علت و معلولی بین سواد سلامت جنسی و سواد سلامت روان با نگرش مردان به مشارکت در سلامت جنسی و باروری مشارکت کنندگان به دلیل تورش تقدم و تاخر (Temporality Bias) غیر ممکن است و این که تورش اطلاعات (Information Bias) به دلیل حساس بودن ماهیت سوالات در حوزه سلامت جنسی می باشد. برای کاهش این بایاس، اگر چه با این وجود که مطالعه حاضر به مشارکت کنندگان در خصوص محرمانه بودن داده ها اطمینان داده شد، نتایج ممکن است مستعد تورش مطلوبیت اجتماعی (Social desirability Bias) باشند. از محدودیت های دیگر مطالعه متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش دهی تکمیل شد که در تفسیر نتایج باید به آن دقت نمود.

سواد سلامت جنسی و سواد سلامت روان نقش مهمی در نگرش مردان نسبت به مشارکت در سلامت جنسی و باروری زنان دارند، به طوری که مردان با سواد بالاتر، نگرش مثبت‌تر و مشارکت فعال‌تری از خود نشان دادند. عواملی مانند وضعیت شغلی، درآمد ثابت و رضایت از جنسیت فرزند نیز بر نگرش آنان مؤثر بود، در حالی که سن، تحصیلات همسر و طول مدت ازدواج تأثیر معنی‌داری نداشتند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تقویت آموزش‌ها و مداخلات هدفمند با محوریت ارتقای سواد سلامت جنسی و روان مردان می‌تواند مشارکت آنان در سلامت باروری زنان را افزایش دهد.

References

1. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: WHO; 2017.
2. Khani S. A review on various aspects of male involvement in women's sexual and reproductive health. J Mazandaran Univ Med Sci 2017;27(152):99-116.
3. Fathnezhad Kazemi A, Sharifi N, Khazaeian S, Ramezankhani A. Various aspects of abortion and related policies in the world. Med Ethics J 2017;11(39):75-89.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

4. Simbar M, Nahidi F, Tehran FR, Ramezankhani A. Fathers' educational needs for perinatal care in urban Iran: a qualitative approach. J Biosoc Sci 2010; 42(5):633-641. PMID: 20470446.
5. Jamali F, Olfati F, Oveisi S, Khademi M. Effects of spouses' involvement in pregnancy on fear of childbirth in nulliparous women. J Qazvin Univ Med Sci 2018;22(2):38-47.
6. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. PLoS One 2018; 13(1):e0191620. PMID: 29370258.
7. Hartmann M, Gilles K, Shattuck D, Kerner B, Guest G. Changes in couples' communication as a result of a male-involvement family planning intervention. J Health Commun 2012; 7(7):802-819. PMID: 22545820.
8. Hall S. Woman-centered care in pregnancy and childbirth. Prim Health Care 2011; 21(9):11.
9. Sharma S, KC B, Khatri A. Factors influencing male participation in reproductive health: a qualitative study. J Multidiscip Healthc 2018;11:601-608. PMID: 30425506.
10. Ditekemena J, Matendo R, Koole O, Colebunders R, Kashamuka M, Tshefu A, et al. Male partner voluntary counselling and testing associated with the antenatal services in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a randomized controlled trial. Int J STD AIDS 2011;22(3):165-170. PMID: 21464455.
11. Kululanga L, Sundby J, Malata A, Chirwa E. Striving to promote male involvement in maternal health care in rural and urban settings in Malawi: a qualitative study. Reprod Health 2011;8:36. PMID: 22133209.
12. Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. BMC Pregnancy Childbirth 2014;14:54. PMID: 24479421.
13. Britton LE, Tumlinson K, Williams CR, Gorrindo P, Onyango DP, Wambua DM. How women and providers perceive male partner resistance to contraceptives in Western Kenya: a qualitative study. Sex Reprod Healthc 2021;29:100650. PMID: 34364197.
14. Roudsari RL, Sharifi F, Goudarzi F. Barriers to the participation of men in reproductive health care: a systematic review and meta-synthesis. BMC Public Health 2023;23(1):818. PMID: 37143008.
15. The importance of context in understanding and seeking to promote sexual health. In: Ingham R, Aggleton P, editors. Promoting young people's sexual health. London: Routledge; 2006. p. 53-72.
16. Vasquez-Velasquez C, Choque-Quispe BM, Suchdev PS, Rees CA, Tapia V, Ko YA, et al. Changes in anemia prevalence and the proportion of anemia associated with iron deficiency or inflammation in young children residing in Puno, Peru: analysis using new World Health Organization guidelines for defining anemia. PLoS One 2026; 21(2): e0342255. PMID: 41719324.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

17. Vasquez-Velasquez C, Choque-Quispe BM, Suchdev PS, Rees CA, Tapia V, Ko YA, et al. Changes in anemia prevalence and the proportion of anemia associated with iron deficiency or inflammation in young children residing in Puno, Peru: analysis using new World Health Organization guidelines for defining anemia. PLoS One 2026; 21(2): e0342255. PMID: 41719324.
18. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust 1997; 166(4):182-186. PMID: 9066546.
19. Sarafraz N, Taghizadeh Z, Ravaghi H, Jafari N, Taheri M. Designing a model for promoting the participation of men in sexual and reproductive health using Structural Equation Modeling-Partial Least Squares (SEM-PLS). Electron J Gen Med 2019;16(6):em177.
20. Kabagenyi A, Jennings L, Reid A, Nalwadda G, Ntozi J, Atuyambe L. Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. Reprod Health 2014;11:21. PMID: 24597502.
21. Lee HY, Hwang J, Ball JG, Lee J, Yu Y, Albright DL. Mental health literacy affects mental health attitude: is there a gender difference? Am J Health Behav 2020; 44(3):282-291. PMID: 32295676.
22. Blom S, Lindh F, Lundin A, Burström B, Hensing G, Löve J. How gender and low mental health literacy are related to unmet need for mental healthcare: a cross-sectional population-based study in Sweden. Arch Public Health 2024;82(1):12. PMID: 38273389.
23. Rashidi N, Mashoufi M, Mardi A, Shadman A. Sexual health literacy among unmarried men attending premarital counseling center in Ardabil, Iran, 2023. J Health Lit 2023;8(4):42-52.
24. Campos L, Dias P, Palha F, Duarte A, Veiga E. Mental Health Literacy Questionnaire. PsyTest Dataset 2017.
25. Zarebi A, Jafari F, Hosseinian S, Nooripour R. Psychometric properties of the Persian version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) on Iranian students in 1398. J Res Psychol Health 2021; 14(4):85-103.
26. Maasoumi R, Jamali B, Zarei F, Tavousi M. Prerequisites of sexual health literacy promoting service: a qualitative study in Iran. BMC Health Serv Res 2023;23(1):16. PMID: 36597059.
27. Soleimani S, Khani S, Sharif Nia H, Abdollahi F. Designing and determining psychometric properties of a questionnaire on assessment of men's attitudes toward male participation in women's sexual and reproductive health issues. J Nurs Midwifery Sci 2020;7(3):159-168.
28. Javadnoori M, Hajizadeh M, Javadifar N. Sexual and reproductive health needs of adult men in Ahwaz, Iran. Maturitas 2015;81(1):222.
29. Nematzadeh S, Shahhosseini Z, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Sexual health literacy level and its related factors among married medical sciences college students in an Iranian setting: a web-based cross-sectional study. Reprod Health 2024;21(1):52. PMID: 38632616.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

30. Lotfi R, Azin SA, Hatefnia E, Amiri M, Simbar M, Tehrani FR. How Iranian men perceive sexual and reproductive health? A qualitative study. J Men Health 2019;15(4):e1-e12.
31. Shahjahan M, Mumu SJ, Afroz A, Chowdhury HA, Kabir R, Ahmed K. Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. Reprod Health 2013; 10:27. PMID: 23680449.
32. Ahmed J, Abrejo F, Gul X, Saleem S. Men's involvement in family planning programs: an exploratory study from Karachi, Pakistan. Reprod Health 2024;21(1):146. PMID: 39363351.
33. Unseld M, Rötzer E, Weigl R, Masel EK, Manhart MD. Use of natural family planning (NFP) and its effect on couple relationships and sexual satisfaction: a multi-country survey of NFP users from US and Europe. Front Public Health 2017;5:42. PMID: 28349048.
34. Davis J, Vyankandondera J, Luchters S, Simon D, Holmes W. Male involvement in reproductive, maternal and child health: a qualitative study of policymaker and practitioner perspectives in the Pacific. Reprod Health 2016;13(1):81. PMID: 27423461.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]