مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۷، شماره ۸، آبان ۱۳۹۹ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

میزان گرایش به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان مراجعه کننده بـه مراکـز خدمات جامع سلامت شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۷

زهره زاده احمد: گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

محبوبه عبدالهی: گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

سیده بلین توکلی ثانی: استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

الهام چارقچیان خراسانی: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (*نویسنده مسئول) khorasanie961@mums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بررسی عواملی که در گرایش به فرزندآوری تأثیر دارنـد مـی‌توانـد راه گشـایی جهـت انجـام مـداخلات افـزایش فرزندآوری باشد. هدف از این مطالعه، بررسی میزان گرایش به فرزندآوری و ارتباط آن با سـواد سـلامت و سـلامت معنـوی در در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۷ می‌باشد.

روش کار: در مطالعه‌ای مقطعی ۲۶۹ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکزخدمات جامع سلامت شهرستان تربـت حیدریـه در سـال ۱۳۹۷ به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها چهار پرسشنامه بود که شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه گـرایش به فرزند آوری، پرسشنامه سواد سلامت هلیا و پرسشنامه سلامت معنوی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آنـالیز آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS23.0 انجام گردید.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر میانگین سنی زنـان مـورد مطالعـه ۵/۸ ± ۲۸/۹ سـال بـود. میـانگین نمـره گـرایش بـه فرزنـدآوری ۶/۹±۴۶/۰۹ بود. در این مطالعه بین گرایش به فرزندآوری و سلامت معنوی، رابطه مثبت و معنـی دار وجـود داشـت (p =۰/۰۰۳، r= ۰/۱۸) ولی بین گرایش به فرزندآوری و سواد سلامت (p=۰/۵۷، r =۰/۰۴) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهد ه نشد.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر گرایش به فرزندآوری با سلامت معنوی ارتباط معنی داری داشت. در جهـت افـزایش گـرایش بـه فرزندآوری در زنان، باید بعد سلامت معنوی زنان را تقویت کنیم و مداخلاتی در جهـت افـزایش ایـن بعـد از سـلامت را در زنـان طراحی نماییم.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

کلیدواژه‌ها

گرایش به فرزندآوری،

سلامت معنوی،

سواد سلامت

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۵/۰۷

تاریخ چاپ: ۹۹/۰۸/۰۷

شیوه استناد به این مقاله:

Zadehahmad Z, Abdollahi M, Najafi M, Tavakoly Sany SB, Charoghchian Khorasani E. Tendency to childbearing and its relationship with spiritual health and health literacy in women referred to the healthcare centers of Torbat Heydarieh, Iran, in 2019. Razi J Med Sci. 2020;27(8):32-41.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Razi Journal of Medical Sciences. 2020;27(8):32-41. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Tendency to childbearing and its relationship with spiritual health and health literacy in women referred to the healthcare centers of Torbat Heydarieh, Iran, in 2019

Zohre Zadehahmad: Department of Public Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran
Mahbobe Abdollahi: Department of Public Health, School of Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran
Seyedeh Belin Tavakoly Sany: Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad,Iran, & Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
Elham Charoghchian Khorasani: PhD Candidate of Health Education and Promotion, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (*Corresponding author) khorasanie961@mums.ac.ir

Abstract

Background and aims: In recent decades, Iran has faced the problem of rapid fertility decline, which has changed the structure of the country's population and can eventually turn the country's young structure into an old structure. The results of population aging include include the decrease in the young and economically useful population and the labor force of the country, and will further lead to issues such as increasing the cost of caring for the elderly. One of the factors that affect fertility is the tendency to have children, which indicates a person's interest in having children. Changing the lifestyle of Iranian women such as increasing the age of marriage, working outside the home and cultural and economic norms, etc. are factors that have reduced the tendency of women to have children. Examining the factors that affect women's tendency to have children can be a way to conduct scientific interventions to increase the tendency to have children. Undoubtedly, the tendency to have children can lead to an increase in fertility. In Islam, childbearing is recommended and pregnancy and breastfeeding are considered as worship for women. Therefore, one of the factors that have been measured in relation to the tendency to childbearing in this study is spiritual health. Another factor that has been measured in relation to the tendency to childbearing in this study is health literacy. We want to examine whether health literacy and spiritual health are related to the tendency to childbearing? The purpose of this study was to investigate the tendency to childbearing and its relationship with health literacy and spiritual health in women referring to the healthcare centers of Torbat Heydarieh in 2019.
Methods: This research is a cross-sectional study of analytical type that was conducted in the comprehensive health service centers of Torbat-e Heydarieh in 2019. 269 married women aged 15 to 49 years referring to comprehensive health service centers in Torbat-e Heydarieh were selected by cluster random sampling. The instrument used in this study was a four-part questionnaire, the first part was related to the personal characteristics of the participants and the second part was the childbearing tendency questionnaire and the third questionnaire was Helia Health Literacy Questionnaire and the fourth questionnaire was SWBS Spiritual Health Questionnaire. Questionnaires were provided to the samples and they were assured

Keywords
Childbearing ,
Spiritual health ,
Health literacy

Received: 28/07/2020
Published: 28/10/2020

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

about the confidentiality of information and the optionality of the company and cancellation of the study at each stage of the research. Then the data analysis was performed using descriptive statistical analysis, Pearson correlation coefficient and linear regression in SPSS software version 23.0.

Results: The mean age of women in this study was 28.9 ± 5.8 years and the mean number of children per household was 1.32±1.06. The mean age of the participants' spouses was 33.72 ± 6.44. The mean score of health literacy was 42.9±5.8, the mean score of childbearing tendency was 46.09 ± 6.9 and the mean score of spiritual health was 88.7±13.3. In 0.55 people, health literacy was at the border level and in 0.82 people, spiritual health was at the average level. The variables of age, number of children and level of education of the spouse were factors related to the tendency to childbearing. With increasing one year of age, the average score of tendency to childbearing increased by 0.33 ($p = 0.02$) and with the addition of one child, the mean score of tendency to childbearing decreased by 1.1 ($p = 0.03$). Pearson correlation coefficient was used to investigate the relationship between health literacy tendency to childbearing and spiritual health. The results showed that there was no significant relationship between health literacy and the tendency to childbearing and spiritual health. So that the correlation coefficient between health literacy and tendency to childbearing ($p = 0.57$, $r = 0.04$) and the correlation coefficient between health literacy and spiritual health were ($p = 0.20$, $r = 0.08$). There was a positive and significant relationship between the tendency to childbearing and spiritual health ($p = 0.003$, $r = 0.18$).

Conclusion: The results of the study showed that the level of women's health literacy had no effect on their tendency to childbearing and the two categories were unrelated in this study. But spiritual health had a positive and significant relationship with the tendency to childbearing. that's mean women with higher spiritual health were more interested in childbearing. Therefore, in planning educational interventions to increase women's tendency to childbearing, we must pay attention to the dimension of women's spiritual health and consider strengthening women's spiritual health.

Conflicts of interest: None
Funding: Torbat Heydaryeh University of Medical Sciences

Cite this article as:
Zadehahmad Z, Abdollahi M, Najafi M, Tavakoly Sany SB, Charoghchian Khorasani E. Tendency to childbearing and its relationship with spiritual health and health literacy in women referred to the healthcare centers of Torbat Heydarieh, Iran, in 2019. Razi J Med Sci. 2020;27(8):32-41.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

کاهش بی‌سابقه باروری در تمام مناطق جهان، یکی از

مهم‌ترین تحولات جمعیت شناختی است که در سال های اخیر در دنیا رخ داده است (۱). در ایران، طی سه دهه اخیر میزان باروری رو به کاهش بوده است. میزان باروری از حدود ۷ فرزند به ازای هر زن در سال ۱۳۵۹ به حدود ۱/۹ فرزند در سال ۱۳۸۵ رسیده است. این میزان در سال ۱۳۹۰ به میزان ۱/۸ فرزند به ازای هر زن کاهش پیدا کرده است که به این حالت نرخ باروری پایین‌تر از حد جایگزین گفته می‌شود. بدین معنی که حاصل ازدواج دو نفر، به وجود آمدن کمتر از دو نفر است (۲-۵). اصطلاحی که در خصوص علاقه به داشتن فرزند مطرح می‌شود، گرایش به فرزندآوری است که می‌تواند به‌عنوان مجموعه چیزهای خوبی که والدین با داشتن فرزند دریافت می‌کنند، تعریف شود. چارچوبی که سعی در ادغام تمامی ابعاد ارزش فرزند در این رویکرد دارد، شامل: منافع و هزینه‌های اقتصادی، هزینه های مربوط به فرصت از دست رفته، هزینه‌ها و منافع احساسی و روان‌شناختی و هزینه‌ها و منافع جامعه‌ای را دارد(۶). کاهش تمایل به فرزندآوری باعث کاهش باروری می‌گردد و باروری مهم‌ترین پدیده تعیین‌کننده نوسانات جمعیتی است، سطح باروری و عوامل مؤثر بر آن نه تنها در پیش‌بینی‌های جمعیتی بلکه در ارزیابی شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه مورد مطالعه، از شاخص‌های مهم و کلان به شمار می‌آید (۷، ۸).

بر اساس مطالعه حائری یزدی و همکاران میزان تمایل به فرزندآوری ۳۱/۸ درصد و میزان عدم تمایل به فرزندآوری ۸۶/۲ درصد گزارش شده است (۹). منتظری و همکاران در بررسی خود اعلام نمودند که ۵۳/۷ درصد زنان استان خراسان رضوی تمایل به فرزند آوری نداشتند (۱۰). لذا اکنون عدم تمایل به فرزندآوری در ایران باید مورد بررسی قرار گرفته و راه حلی برای آن اندیشیده شود، زیرا این امر آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی جبران‌ناپذیری را به دلیل کاهش نرخ باروری و به‌هم‌ریختگی در توازن سنی می‌تواند بر کشور وارد آورد (۴، ۱۱).

مطالعات مختلف عوامل مؤثر بر فرزندآوری را مورد بررسی قرار داده‌اند (۲، ۳، ۹، ۱۲-۱۵)، کلانتری و همکاران در بررسی نشان دادند که متغیر گرایش دینی بالاترین تأثیر را بر گرایش به فرزندآوری در بین جوانان شهر تبریز داشته است (۱۶) و کرز و وایت نیز در پژوهشی نشان دادند که حرکت از وابستگی مذهبی به سکولاریزم (دنیا گرایی) یکی از دلایل کاهش باروری در ایتالیا بوده است (۱۷)، بر اساس این مطالعات و مطالعات مشابه بنظر می رسد که بین سلامت معنوی و گرایش به فرزندآوری ارتباط وجود دارد، سلامت معنوی عبارتست از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید (۱۸). همچنین در مطالعه اسحاقی و همکاران ضعف در خودکارآمدی مادران جزء شرایط مداخله گر در عدم فرزندآوری عنوان شده است (۵). مطالعات مختلف، بین خودکارآمدی و سواد سلامت ارتباط آماری معنی داری عنوان نموده اند(۱۹-۲۱). سواد سلامت عبارتست از میزان ظرفیت فرد برای به دست آوردن، تفسیر و فهم اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم گیری متناسب لازم می باشد(۲۲)، با توجه به تعریف مقوله های سلامت معنوی و سواد سلامت، هدف این مطالعه، تعیین میزان گرایش به فرزندآوری و ارتباط آن با سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۷ می باشد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع تحلیلی است که در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تربت حیدریه انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه عنایت و همکاران و با استفاده از فرمول حجم نمونه برای برآورد میانگین تعیین شد(۱۴). به این صورت که با در نظر گرفتن میانگین تمایل به فرزند آوری ۶/۵۷۹±۲۸/۲۴۱ با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۸ حداقل حجم نمونه ۲۶۰ نفر برآورد شد. در این مطالعه، ۲۸۵ نفر شرکت داشتند که به دلیل تکمیل نبودن اطلاعات پرسشنامه ها در نهایت، اطلاعات ۲۶۹ پرسشنامه تحلیل شد.

افراد به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. از کل شهرستان تربت حیدریه با ۱۱ مرکز خدمات جامع سلامت،۵ مرکز به صورت تصادفی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

انتخاب شد. سپس پژوهشگر با مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت و بررسی پرونده های خانوار، زنانی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، انتخاب و به صورت تلفنی از آنها درخواست شد تا در صورت تمایل در زمان معین برای تکمیل پرسشنامه مراجعه کنند. این شرایط عبارت بودند از: ملیت ایرانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه، زنان متأهل در سنین باروری ۱۵ تا ۴۹ سال. زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه می نمودند. ابتدا پژوهشگر هدف از انجام مطالعه و مراحل پژوهش را برای زنان شرح می داد. سپس افراد فرم رضایت نامه را جهت شرکت در پژوهش تکمیل نموده و در ادامه پرسشنامه های مذکور را پر می نمودند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه چهار قسمتی بود که قسمت اول مربوط به مشخصات فردی شرکت کنندگان و قسمت دوم پرسشنامه گرایش به فرزند آوری و پرسشنامه سوم پرسشنامه سواد سلامت هلیا و پرسشنامه چهارم، پرسشنامه سلامت معنوی بود. پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی شرکت کنندگان شامل اطلاعات مربوط به سن، سن همسر، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، تعداد فرزند و درآمد ماهیانه خانواده بود. پرسشنامه دوم پرسشنامه گرایش به فرزندآوری برگرفته از پرسشنامه عنایت است(۱۴) و شامل ۲۷ گویه می باشد و با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم اندازه گیری می‌شود، بطوری که کاملا مخالفم نمره ۱ و کاملا موافقم نمره ۵ تلقی می‌شود. کسب نمره بالاتر نشان دهنده گرایش به فرزندآوری در سطح بالا است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط قربانی و همکاران انجام شد. پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی و با محاسبه آلفای کرونباخ انجام شد که آلفای کرونباخ ۸۳٪ بدست آمد(۷). پرسشنامه سوم پرسشنامه سواد سلامت هلیا (پرسشنامه سواد سلامت برای بزرگسالان ایرانی) است که این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ طراحی گردیده و شامل ۳۳ گویه در ۵ بعد دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) است. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن با محاسبه ضریب همبستگی درونی آن ارزیابی شد. نتایج نهایی تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور از روایی سازه مطلوب برخوردار است که مجموعا ۵۳/۲ درصد از تغییرات مشاهده شده را توضیح می دهد. پایایی این پرسشنامه نیز با میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا۰/۸۹ تایید شده است که نمره ۰ تا ۵۰ سواد سلامت ناکافی، نمره ۵۰/۱ تا۶۶ سواد سلامت نه چندان کافی، نمره ۶۶/۱ تا۸۴ سواد سلامت کافی و نمره ۸۴/۱ تا۱۰۰ سواد سلامت عالی می باشد(۲۳). پرسشنامه دیگر، پرسشنامه سلامت معنوی SWBS بود که توسط Paloutzian و Ellison در سال ۱۹۸۲ طراحی شده و شامل ۲۰ سوال است. پاسخ سوال ها بصورت لیکرت شش گزینه یی شامل کاملا مخالفم تا کاملا موافقم است. در سوال هایی که ماهیت مثبت دارند، به پاسخ کاملا مخالفم نمره یک و کاملا موافقم نمره ی ۶ و در سوال هایی که شکل منفی دارند به پاسخ کاملا مخالفم نمره ی ۶ و به کاملا موافقم نمره ی یک داده شده است. بنابراین دامنه ی نمرات سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ است. سلامت معنوی به سه سطح پایین (نمره ی بین ۲۰-۴۰)، متوسط (نمره ی بین ۴۱-۹۹) و بالا (نمره ی ۱۰۰-۱۲۰) طبقه بندی شدند. روایی و پایایی آن توسط رحمتی بر روی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است که آلفا کرونباخ آن برای پرسشنامه سلامت معنوی ۰/۸۹۵ و میزان همبستگی آن ۰/۸۹۳ بدست آمده است(۲۴). پرسشنامه ها در اختیار نمونه های مورد پژوهش قرار داده شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت و انصراف در مطالعه در هر مرحله از تحقیق به آنان اطمینان خاطر داده شد. سپس داده ها با نرم افزار آماری SPSS23.0 و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

متوسط سن افراد شرکت کننده، ۵/۸۲ ± ۲۸/۹۶ و متوسط تعداد فرزند هر خانوار، ۱/۰۶ ± ۱/۳۲ بود. متوسط سن همسران شرکت کنندگان، ۶/۴۴ ± ۳۳/۷۲ بود. سایر ویژگی‌های دموگرافیک افراد در جدول ۱

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

گزارش شده است.

میانگین نمره سواد سلامت ۵/۸±۴۲/۹، میانگین نمره گرایش به فرزندآوری ۶/۹±۴۶/۰۹ و میانگین سلامت معنوی ۱۳/۳±۸۸/۷ بود. در ۰/۵۵ افراد، سواد سلامت در سطح مرزی و در ۰/۸۲ افراد سلامت معنوی در سطح متوسط بود (جدول۲).

برای بررسی ارتباط بین سواد سلامت، گرایش به فرزندآوری و سلامت معنوی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد بین سواد سلامت با گرایش به فرزندآوری و سلامت معنوی، رابطه ی معنی دار وجود نداشت؛ به طوری که ضریب همبستگی بین سواد سلامت و گرایش به فرزندآوری (P=۰/۵۷، r =۰/۰۴) و ضریب همبستگی بین سواد سلامت و سلامت معنوی (P=۰/۲۰، r =۰/۰۸) بود. بین گرایش به فرزندآوری و سلامت معنوی، رابطه مثبت و معنی دار وجود داشت (P=۰/۰۰۳، r= ۰/۱۸) (جدول ۳).

به منظور بررسی تاثیر عوامل دموگرافیک بر سواد سلامت، تمایل به فرزندآوری و سلامت معنوی از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون خطی در جدول ۴ گزارش شده است. نتایج نشان داد سطح تحصیلات با سواد سلامت رابطه مستقیم داشت. در سطح تحصیلات دبیرستان یا دیپلم، متوسط نمره سواد سلامت، ۳/۸۱ بیشتر از سطح تحصیلات دبستان و راهنمایی بود (p <۰/۰۰۰۱)؛ همچنین در سطح تحصیلات دانشگاهی، متوسط نمره سواد سلامت، ۵/۸۷ واحد بیشتر از سطح تحصیلات دبستان و راهنمایی بود (p <۰/۰۰۰۱).

متغیرهای سن، تعداد فرزند و سطح تحصیلات همسر از عوامل مرتبط با گرایش به فرزندآوری بودند. با افزایش یک سال به سن، متوسط نمره گرایش به

جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر		تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۶۱(۲۲/۷)
	دبیرستان و دیپلم	۹۶(۳۵/۷)
	دانشگاهی	۱۱۲(۴۱/۶)
سطح تحصیلات همسر	ابتدایی و راهنمایی	۶۹(۲۵/۶)
	دبیرستان و دیپلم	۸۶(۳۲)
	دانشگاهی	۱۱۴(۴۲/۴)
شغل	خانه دار	۲۰۵(۷۶/۲)
	شاغل	۶۴(۲۳/۸)

جدول ۲- نمرات سواد سلامت، سلامت معنوی و گرایش به فرزندآوری

متغیر	طبقه بندی	تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار
سواد سلامت	ناکافی	۱۲۲(۴۵)	۵/۸±۴۲/۹
	مرزی	۱۴۷(۵۵)	
	کافی و عالی	۰	
سلامت معنوی	کم	۰	۱۳/۳±۸۸/۷
	متوسط	۲۲۰(۸۲)	
	بالا	۴۹(۱۸)	
گرایش به فرزندآوری	–	–	۶/۹±۴۶/۰۹

جدول ۳- ارتباط بین متغیرهای گرایش به فرزندآوری ، سلامت معنوی و سواد سلامت

متغیر	میانگین± انحراف معیار	ضریب همبستگی پیرسون	P-value
گرایش به فرزندآوری	۶/۹±۴۶/۰۹	r=۰/۱۸	p=۰/۰۰۳
سلامت معنوی	۱۳/۳±۸۸/۷		
گرایش به فرزندآوری	۶/۹±۴۶/۰۹	r=۰/۰۴	P=۰/۵۷
سواد سلامت	۵/۸±۴۲/۹		
سلامت معنوی	۱۳/۳±۸۸/۷	r=۰/۰۸	P=۰/۲۰
سواد سلامت	۵/۸±۴۲/۹		

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ٤- ارتباط بین خصوصیات دموگرافیک و سواد سلامت و گرایش به فرزندآوری

		سواد سلامت		گرایش به فرزندآوری		سلامت معنوی	
		B(95%CI)	p	B(95%CI)	p	B(95%CI)	p
سن		-۰/۱۴(-۰/۳۶و۰/۰۷)	۰/۲۱	۰/۳۳(۰/۰۴و۰/۶۲)	۰/۰۲*	۰/۳۳(۰/۲۰و۰/۸۶)	۰/۲۴
سن همسر		-۰/۱۷(-۰/۳۷و۰/۰۲)	۰/۰۸	-۰/۲۱(-۰/۴۷و۰/۰۴)	۰/۱۰	۰/۵۴(۰/۰۶و۱/۰۲)	۰/۰۲*
تعداد فرزند		۰/۴۶(-۰/۳۴و۱/۲۶)	۰/۲۶	-۱/۱۰(۲/۱۳و-۰/۰۸)	۰/۰۳*	۲/۱۲(۰/۰۹و۴/۰۲)	۰/۰۳*
سطح تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	-	-	-	-	-	-
	دبیرستان و دیپلم	۳/۸۱(۱/۸۸و۵/۷۵)	<۰/۰۰۰۱*	-۱/۲۱(-۳/۷۰و۱/۲۸)	۰/۳۴	۱۰/۴۷(۵/۸۳و۱۵/۱۱)	<۰/۰۰۰۱*
	دانشگاهی	۵/۸۷(۳/۳۵و۸/۳۸)	<۰/۰۰۰۱*	۱/۱۱(-۲/۱۲و۴/۳۴)	۰/۴۹	۷/۷۷(۱/۷۶و۱۳/۷۸)	۰/۰۱*
سطح تحصیلات همسر	ابتدایی و راهنمایی	-	-	-	-	-	-
	دبیرستان و دیپلم	۰/۴۷(-۱/۳۷و۲/۳۲)	۰/۶۲	-۲/۲۹(-۴/۶۷و۰/۰۸)	۰/۰۴*	۲/۳۲(-۲/۱۱و۶/۷۴)	۰/۳۳
	دانشگاهی	۰/۸۴(-۱/۴۲و۳/۰۹)	۰/۴۷	-۱/۸۴(-۴/۷۵و۱/۰۷)	۰/۲۱	۳/۲۱(-۲/۲۰و۸/۶۳)	۰/۲۴
شغل	خانه دار	-	-	-	-	-	-
	شاغل	۰/۹۶(-۰/۸۸و۲/۸۰)	۰/۳۱	-۲/۲۶(-۴/۶۲و۰/۱۱)	۰/۰۶	-۲/۳۹(-۶/۸۶و۱/۹۶)	۰/۲۹

- سطح اطمینان ۹۵٪ می‌باشد.

فرزندآوری، ۰/۳۳ افزایش (p=۰/۰۲) و با اضافه شدن یک فرزند، متوسط نمره گرایش به فرزندآوری ۱/۱ کاهش یافت (p = ۰/۰۳).

متغیرهای سن همسر، تعداد فرزند و تحصیلات، ارتباط مستقیم و معناداری با سلامت معنوی داشتند. با افزایش یک سال به سن همسر، متوسط نمره سلامت معنوی، ۰/۵۴ افزایش (p =۰/۰۲) و با اضافه شدن یک فرزند، متوسط نمره سلامت معنوی، ۲/۱۲ واحد افزایش یافت (p =۰/۰۳). در سطح تحصیلات دبیرستان یا دیپلم، متوسط نمره سلامت معنوی، ۱۰/۴۷ بیشتر از سطح تحصیلات دبستان و راهنمایی بود (p<۰/۰۰۰۱). همچنین در سطح تحصیلات دانشگاهی، متوسط نمره سلامت معنوی، ۷/۷۷ واحد بیشتر از سطح تحصیلات دبستان و راهنمایی بود (p =۰/۰۱). بین سایر متغیرهای دموگرافیک و عوامل فوق، ارتباط معنادار وجود نداشت.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین گرایش به فرزندآوری و سواد سلامت و سلامت معنوی در زنان مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت تربت حیدریه در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. یافته ها حاکی از وجود ارتباط مثبت و معنادار بین گرایش به فرزندآوری و سلامت معنوی و عدم وجود ارتباط بین گرایش به فرزند آوری و سواد سلامت بود. راد و همکاران در مطالعه ای باورهای مذهبی را مهم‌ترین عامل در گرایش به باروری زنان گزارش نموده اند(۶)، نتایج مطالعه ی رستگار خالد و محمدی در تبیین رابطه ی تحولات فرهنگی با تغییرهای باروری ایرانیان، نشان داد که میزان بالای دین داری با سطح پایین سکولاریسم و فرد گرایی و در نتیجه توجه بیشتر به ارزش های خانوادگی و میزان بالای نرخ باروری همراه است(۲۵). ساعی قره ناز و همکاران نیز ارتباط معناداری مثبتی را بین جهت گیری مذهبی و تعداد موجود و مطلوب فرزند در مطالعه ای که بر روی زنان شاغل در مرکزهای منتخب شهر تهران انجام دادند، مشاهده کردند اما بین قصد فرزندآوری و جهت گیری مذهبی ارتباط آماری معناداری مشاهده نکردند اما مطالعه ی لوند نشان داد کسانی که دارای دین داری قوی هستند تمایل به فرزندآوری بیشتری دارند(۲۶). در مطالعه ی اجاقلو و همکاران نیز دین داری و ارزش فرزند با هم ارتباط مستقیم مثبتی داشتند یعنی با تقویت دین داری، نگرش نسبت به فرزندآوری نیز بهتر می شده است(۲۷). در بررسی های انجام شده توسط پژوهشگران در هیچ کدام از این مطالعات به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و گرایش به فرزندآوری پرداخته نشده است که در بررسی ما ارتباط مثبت و معناداری بین این دو مقوله مشاهده گردید. یعنی با افزایش سلامت معنوی، گرایش به فرزندآوری بیشتر می‌شود. در این مطالعه بین تعداد فرزند و سلامت معنوی نیز رابطه مثبت و معنی داری دیده شد یعنی با افزایش تعداد فرزندان نمره سلامت معنوی افزایش می یافت که این نیز موید ارتباط بین گرایش به فرزندآوری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

و سلامت معنوی می باشد، همچنین سطح تحصیلات زن و سن همسر نیز ارتباط مثبت و معنی داری با سلامت معنوی داشتند.

میانگین گرایش به فرزندآوری در زنان مورد مطالعه ۶/۹±۴۶/۰۹ بود که این میزان نسبت به مطالعه عنایت و همکاران که به بررسی گرایش به فرزندآوری در زنان و دختران شهر شیراز پرداخته بودند و میانگین ۶/۵±۲۸/۲ را نشان می دهد (۱۴) و مطالعه طاووسی و همکاران در تهران که این میزان را ۳۶/۸ درصد نشان می دهد(۲۸)، میزان بیشتری را نشان می دهد، دلیل این امر احتمالا بررسی زنان متاهل در مطالعه ما می باشد و گرایش به فرزندآوری در زنان متأهل بیشتر از زنان در آستانه ازدواج یا مجرد می باشد، بنابراین تفاوت نتایج احتمالا تفاوت در جامعه مورد پژوهش می باشد. البته در مطالعه ای که قربانی و همکاران به بررسی میزان گرایش به فرزندآوری در بین دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی و فردوسی مشهد پرداخته اند(۷)، میزان گرایش به فرزندآوری ۴۶/۹۸ درصد را نشان می دهد که با مطالعه ما همخوانی دارد، همچنین نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر با مطالعه منتظری و همکاران همخوانی دارد که در بررسی خود اعلام نمودند که ۴۶/۳ درصد زنان استان خراسان رضوی تمایل به فرزندآوری داشتند(۱۰).

در مطالعه حاضر ارتباط مثبت و معنی داری بین گرایش به فرزندآوری و سن وجود داشت، یعنی با افزایش سن گرایش به فرزندآوری افزایش می یافت که این با مطالعه قربانی و همکاران که بین گرایش به فرزندآوری و سن ارتباط معکوس و معنی داری را نشان داد همخوانی ندارد(۷). البته مطالعه قربانی در بین دانشجویان دختر و پسر متأهل و مجرد دانشگاه های علوم پزشکی و فردوسی مشهد انجام شده است و این عدم همخوانی شاید نتیجه تفاوت در جمعیت هدف باشد. زیرا وضعیت تأهل و جنسیت در گرایش به فرزندآوری تأثیر دارد. افزایش سن در زنان بعنوان عامل تهدید کننده برای قدرت باروری زنان و افزایش مشکلات و بروز بیماریها در دوران بارداری و زایمان، بعنوان عاملی تأثیرگذار در باروری آنها نقش تعیین‌کننده دارد و شاید تمایل بیشتر زنان به فرزندآوری با افزایش سن به دلیل محدودیت سنی زنان برای بارداری موفق باشد و درک بالا رفتن سن توسط زنان، گرایش آنان به فرزندآوری را افزایش می دهد.

در مطالعه خدیوزاده و همکاران تحصیلات زن ارتباط معنی دار با گرایش به فرزندآوری داشت(۲) در حالی که در مطالعه حاضر تحصیلات زن ارتباطی با گرایش به فرزندآوری نداشت البته مطالعه خدیوزاده بر روی زوجین مراجعه کننده به مراکز بهداشت پیش از ازدواج در شهر مشهد انجام شده است که شاید تفاوت اصلی نتایج، بررسی گرایش به فرزندآوری در دوره های مختلف زندگی گروه هدف یعنی پیش از ازدواج در مطالعه خدیوزاده و زنان متاهل در مطالعه ما باشد. مطالعه حاجی زاده بنده قرا و همکاران نیز یافته های مطالعه ما را تایید می کند(۱۵) البته در مطالعه حاضر تحصیلات همسر با گرایش به فرزندآوری ارتباط مثبت و معنی دار داشت که در مطالعه خدیوزاده تحصیلات همسر رابطه منفی و معنی دار داشت(۲).

نتایج مطالعه نشان داد تعداد فرزند با گرایش به فرزندآوری ارتباط مثبت و مستقیم دارد، در مطالعه آزموده و همکاران نیز تعداد فرزند با قصد باروری ارتباط مثبت و مستقیم داشت. آزموده نیز این مطالعه را بر روی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله متأهل در شهر تربت حیدریه انجام داده است(۲۹).

در خصوص تأثیر اشتغال زنان بر فرزندآوری مطالعه حاجی زاده بنده قرا و همکاران تمایل به فرزندآوری در زنان شاغل را دو برابر زنان خانه دار نشان داد(۱۵)، علی رغم مطالعات مختلف که شاغل بودن زنان را موجب کاهش گرایش به فرزندآوری معرفی می کند(۸, ۳۰)، اما در مطالعه حاضر بین شاغل بودن و گرایش به فرزندآوری ارتباط معنی داری مشاهده نشد البته در مطالعه ساعی قره ناز نتایج نشان داده که تفاوت کار در محیط های مختلف بر روی گرایش به فرزندآوری تأثیر دارد(۸) که این مسأله در مطالعه ما بررسی نشده است.

چنانچه بیان گردید در این مطالعه ارتباط معنی داری بین گرایش به فرزندآوری و سواد سلامت مشاهده نشد؛ و سواد سلامت مادری به معنی بکارگیری مهارت های اجتماعی و شناختی زنان بر اساس تجربه برای قبول، فهم و ارزیابی اطلاعات برای ارتقا سلامت خود و کودکانشان است(۳۱). اما ارتباط معنی داری بین این دو مقوله در این مطالعه یافت نشد و سواد سلامت با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

سن، سن همسر، سطح تحصیلات همسر و شغل ارتباط آماری معناداری نداشت، تنها ارتباط مشاهده شده بین سطح تحصیلات زن با سواد سلامت بود که مطالعات مختلف نیز ارتباط مستقیم و معنی دار را بین سطح تحصیلات و سواد سلامت نشان می دهند(۱۹, ۳۲) . این مطالعه برای اولین بار به بررسی ارتباط بین گرایش به فرزندآوری با سلامت معنوی و سواد سلامت در زنان پرداخته است، از جمله محدودیت های این مطالعه، بررسی گرایش به فرزندآوری و ارتباط آن با سلامت معنوی و سواد سلامت در زنان بود و مردان مورد بررسی قرار نگرفتند، همچنین زنان محدود به زنان متأهل بودند. محدودیت دیگر این مطالعه، بررسی تعداد کم مشخصات دموگرافیک بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، تعداد بیشتری از مشخصات دموگرافیک بررسی شود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر گرایش به فرزندآوری با سلامت معنوی ارتباط معنی داری داشت، اما گرایش به فرزندآوری با سواد سلامت هیچ گونه رابطه معناداری نداشت. لذا یکی از راههای افزایش گرایش زنان به فرزندآوری در جامعه، افزایش سلامت معنوی در زنان می باشد. لذا باید مداخلات بهداشتی در جهت افزایش سلامت معنوی زنان با محوریت گرایش به فرزندآوری انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل کار تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با کد اخلاق IR.THUMS.REC.1398.026 می باشد. بدین وسیله تشکر خود را از زنانی که اطلاعات خود را صادقانه در اختیار ما قرار دادند اعلام می نماییم.

References

1. Kaboudi M, Ramezankhani A, Mnnouchehri H, Hajizadeh E, Haghi M. The decision-making process of childbearing: a qualitative study. Payesh. 2013;12(5):505-515.

2. Khadivzadeh T, Arghavani A, Shakeri M. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. IranJ Obstetr Gynecol Infert. 2014;17(114):8-18.

3. Abbasi-Shavazi MJ, Khaja Selehi Z. An Assessment on the Impact of Women's Autonomy, Education and Social Participation on Childbearing Intention in Sirjan City. Wom Dev Pol. 2013;11(1):45-64.

4. Tavousi M, Motlagh M, Eslami M, Haerimehrizi A, Hashemi A, Montazeri A. Fertility desire among Iraniansliving in Tehran: reasons for desire and disinterest. Payesh. 2016; 15 (6) :663-668 .5.Eshaghi M, Mohebi SF, Papynezhad S,et al. Childbearing Challenges for Working Women; a Qualitative Study. Wom Dev Pol. 2014;12(1):111-34.

6. Rad F, Savabi H. Investigation on tendency to fertility and its related social factors (a case study of married women aged 15 to 50 in Tabriz). J Woman Fam Stud. 2016;3(1):127-55.7.

7. Ghorbani F, Golmakani N, Shakeri MT. Relationship between the use of virtual social networks and tendency to childbearing in the students of Ferdowsi and Mashhad University of Medical Sciences. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2016;19(19):15-24.

8. Saei Gharenaz M, Ozgoli G, Hajizadeh F, Sheikhan Z, Nasiri M, et al. The relationship between religious orientation with intention of desired fertility and actual and desirable number of children in working women of Tehran, Iran. J Res Relig Health. 2017;3(1):79- 90.

9. Haeri M, Tavousi M, Sadighi J, Motlagh M, Eslami M, Naghizadeh F, et al. Reasons for fertility desire and disinterest among Iranian manrried adults: a population-based study. 2017; 16 (5) :637-645.

10. Montazeri A. Iranian Academic Center for Education, Culture and Research Iranian Institute for Health Sciences Research. Tehran: Iranian Institute for Health Sciences Research. 2016.

11. Amerian M, Kariman N, Janati P, Salmani F. The role of individual factors in decision making for the first childbearing. Payesh. 2016; 15 (2) :143-151.

12. Shahabadi Z, Saraei H, Khalaj A. The investigation of attitude toward studying continuation after marriage and its effect on parening decision (the studying of women who are about to marriage in Nayshabour town). Soc Sci. 2016;22(71):126-62.

13. Seymour JW, Frasso R, Shofer FS, IM. B. Cohort study of early literacy and childbearing over the reproductive lifecourse. BMJ Open. 2016;6(12):e013522.

14. Enayat H, Parnian L. The study of cultural globalization and tendency to fertility. Sci J Manag System. 2013;4(2):109-37.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

15. Hajizadeh Bandeghara F, Jannesari S, Ozgoli G, et al. Positive Effect of Woman's Empowerment on childbearing: More Children in working Woman. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2016;19(37):51-61.

16. Kalantary S, Abbaszadeh M, Amin Mozafari F,et al. The sociological study of attitude to child bearing and it's some related factors (Case study: married youth In Tabriz City). Womens Res. 2010;3(2):137-56.

17. Kertzer DI, White M, Bernardi L, G. G. Italy's path to very low fertility: The adequacy of economic and second demographic transition theories. Eur J Popul. 2009;25(1):89-115.

18. Mozafarinia F, Amin-Shokravi F, et al. Relationship between Spiritual Health and Happiness among Students. J Health Educ Health Prom. 2014;2(2):97-107.

19. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, et al. Relations between Breastfeeding Self-efficacy and Maternal Health Literacy among Pregnant Women. Evid Based Care. 2017;6(4):18-25.

20. Peyman N, Abdolahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. J Health Lit. 2016;1(1):5-12.

21. Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Assessment of the Effect of a Health Literacy Educational Program for Health Personnel on Promoting Self-Efficacy among Patients with Chronic Diseases. Health Syst Res. 2016;12(3):350-357.

22. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Sahebkar M, Moghzi M. Investigating health literacy in patients with type2 diabets referring to the health houses of Chenaran in 2016. J North Khorasan Univ Med Sci.2017;9(2):191-83.

23. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): develoment and psychometric properties. Payesh. 2014;13:589-600.

24. Rahmati Najarkolaei F, Haghighi M, Babaei Heydarabadi A, Ansarian A, et al. Investigation of spiritual healthin staff of one Medical Sciences University in Tehran. Res Relig Health. 2015;1(1):13-20.

25. Rastergarkhaled A, Mohammadi M. Cultural changes, and reduce fertility in Iran (Based on second analyze of data of Iranian's survey values and attitudes). J Appl Sociol. 2015;26(2):159-180.

26. Lund, Erik M. Be Ye Fruitful and Multiply: Does Religious Activation Increase Reproductive Desire? (2014). Theses and Dissertations--Psychology. 52.

27. Ojaglu S, Saraee H. The study temporal variation of the value of children in Iran. Soc Stud Res. 2014;3(2):263-81.

28. Tavousi M, Esmaeil Motlagh M, Eslami M, Haerimehrizi A, hashemi A, Montazeri A. Fertility desire and its correlates: a pilot study among married citizens living in Tehran, Iran. Payesh. 2015;14(5):597-605.

29. Azmoude A, Behnam H, arati-Far S, Kabirian M. The Relationship of Socio-Demographic Factors, Fertility Behavior and Child's Perceived Value with Fertility Intention of Women in a Region in the East of Iran. Int J Commun Based Nurs Midwif. 2017;5(2):123-33.

30. Miri M, Moasheri B, Moodi M, Soorgi Z, Hoseini H. Behavioral Intention Model (BIM) application in productivity behaviors of employed women in Birjand University of Medical Sciences. J Birjand Univ Med Sci. 2002;12(3,4):72-7.

31. Charoghchian Khorasani E, Peyman N,Esmaily H. Measuring Maternal Health Literacy in Pregnant Women Referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. J Midwif Reprod Health. 2018;6(1):1157-62.

32. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh, Arastoopoor Sh, et al. Health Literacy Levels of Diabetic Patients Referred to Shiraz Health Centers and Its Effective Factors. Health Inf Manage. 2015;12(2):194-205.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]