

## سبک زندگی سلامت محور و ارتباط آن با سلامت اجتماعی زنان نابارور: مطالعه ای در مرکز تحقیقات بهداشت باروری شیراز

رقیه خسروی<sup>۱\*</sup>، سراج الدین محمودیانی<sup>۲</sup>، مریم رشیدی<sup>۳</sup>

۱- استادیار، گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲- دانشیار، گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه جامعه شناسی و برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

• نویسنده رابط: roghayeh.khosravi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱

### چکیده

زمینه و هدف: امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از چهار محور اصلی سلامتی جایگاه ویژه‌ای در رویکردهای توسعه‌ای و انسان محور پیدا کرده است لذا مطالعات نظری و برنامه‌های عملیاتی گسترده‌ای در سطح دنیا در مورد آن صورت می‌پذیرد. پژوهش حاضر به بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری شیراز می‌پردازد.

روش کار: طرح کلی این پژوهش به صورت توصیفی همبستگی می‌باشد. تعداد ۳۸۵ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز تحقیقات بهداشت باروری شهر شیراز به روش نمونه گیری در دسترس، از کلینیک‌های درمان ناباروری سطح شهر شیراز انتخاب و ابزارهای پژوهش که شامل پرسش نامه های سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و سبک زندگی سلامت محور والکر و پلیرکی (۱۹۹۷) می شود را تکمیل نمودند. سپس اطلاعات گردآوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی و ابعادش رابطه مثبت و معنی داری دارد و ابعاد سبک زندگی سلامت محور، سلامت اجتماعی زنان نابارور را پیش بینی می‌نماید. بین سلامت اجتماعی و سن رابطه معنی داری وجود دارد. سلامت اجتماعی در میان زنان نابارور بر حسب تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معناداری دارد. همچنین، سلامت اجتماعی در میان زنان نابارور بر حسب تعداد سقط جنین و مدت ازدواج، تفاوت معناداری ندارد. نتیجه گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که آموزش زنان نابارور در زمینه سبک زندگی سلامت محور می‌تواند در افزایش سلامت اجتماعی آنان و در نتیجه، افزایش احتمال موفقیت درمان ناباروری اثرگذار باشد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، سلامت محور، سلامت اجتماعی، زنان نابارور

## مقدمه

۱۲ تا ۱۵٪ گزارش شده و ۱۰۰ هزار زوج نابارور سالانه به جمعیت زوجین نابارور افزوده می‌شود (۶).

علی‌رغم اینکه شیوع ناباروری در قسمت‌های مختلف ایران، ضدونقیض گزارش شده است، شیوع کلی ناباروری در ایران نزدیک به آمار جهانی یعنی ۱۳٪ گزارش شده است (۷). در واقع ناباروری را می‌توان یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در زندگی فرد به حساب آورد که قابل قیاس با بیماری‌های جسمی چون سرطان می‌باشد. اینکه شخصی به طور طبیعی نتواند سیر تولید مثل طبیعی را داشته باشد یکی از تلخ‌ترین تجربیات زندگی می‌باشد. بعلاوه زمینه‌ها و شرایط روانی و اجتماعی بر اهمیت آن می‌افزاید و آن را به یک بحران روانی تبدیل می‌کند. زنان نابارور جزئی از افراد جامعه می‌باشند که دستخوش آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار دارند. احساس عدم توانایی در باروری و برخوردهای اجتماعی رایج در جامعه در رابطه با این افراد، فشارهای روانی بسیاری برای این گروه بوجود می‌آورد که موجب عدم سلامت اجتماعی زنان نابارور می‌شود (۸). با توجه به ماهیت چندوجهی باروری در زندگی زنان، به نظر می‌رسد بروز ناباروری مشکلات عدیده‌ای را برای آن‌ها به وجود می‌آورد. نابارور به زنانی گفته می‌شود که حداقل یک سال از قصد آن‌ها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری گذشته‌باشد، اما باردار نشده و از طرف پزشک متخصص مربوطه، تشخیص ناباروری داده شود (۹). اینکه فردی به طور طبیعی نتواند فرآیند تولید مثل داشته و صاحب فرزند شود، تجربه‌ای ناراحت کننده است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی هم می‌تواند به اهمیت آن اضافه کند و آن را برای او تبدیل به یک بحران روانی نماید. در تحقیقات انجام‌شده، تجربه ناباروری با بسیاری از آسیب‌های روان شناختی، شامل افزایش میزان اضطراب، استرس، افسردگی، خشم، احساس خودکم‌بینی، احساس ناکارآمدی، عدم کفایت اجتماعی و کاهش سلامت اجتماعی می‌باشد (۱۰).

سلامت، موضوعی چند بعدی است که تمام ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. یکی از ابعاد سلامت، بعد اجتماعی شدن و سلامت در ارتباط فرد با دیگران است. سلامت اجتماعی، به ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت و همچنین روابطش با افراد

امروزه تأمین سلامت مردم، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها برای کشورهاست. در طول قرن گذشته، تغییرات و تحولات زیادی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی رخ داده است که از جمله آن‌ها، می‌توان به تغییرات جمعیتی، تغییر در الگوی بیماری‌ها و تغییرات فرهنگی، سیاسی و اجتماعی اشاره کرد.

یکی از موضوعاتی که باتوجه به زمینه‌های فرهنگی و همچنین سیاست‌های رسمی می‌تواند شرایطی مسئله‌مند برای زنان و زوجین ایجاد کند، موضوع ناباروری آنان است.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) ناباروری را به‌عنوان بیماری‌ای در سیستم تولیدمثل تعریف کرده است که شامل عدم توانایی در دستیابی به بارداری بالینی پس از ۱۲ ماه یا بیشتر از رابطه جنسی منظم و بدون محافظت است. این مسئله به یک مشکل جهانی در حوزه سلامت عمومی تبدیل شده است (۱). شیوع ناباروری نشان‌دهنده وضعیت سلامت باروری، سطح خدمات پزشکی و همچنین وضعیت اقتصادی و فرهنگی یک جامعه است (۲). برآورد شده است که حدود ۶۰ تا ۸۰ میلیون زوج در سراسر جهان با دشواری در باردار شدن مواجه هستند (۳).

ناباروری به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود، بر اساس اینکه آیا فرد قبلاً بارداری را تجربه کرده است یا خیر. ناباروری تحت تأثیر طیف گسترده‌ای از عوامل خطر قرار دارد، از جمله وضعیت سلامت و سبک زندگی مادر گرفته تا سابقه تولیدمثل. همچنین، عوامل خطر غیرقابل تغییر مانند سن و ویژگی‌های ژنتیکی نیز بر ناباروری تأثیر می‌گذارند (۱).

به دلیل تأثیر عوامل نامطلوب مانند آلودگی محیط زیست، فشار کاری و تغییرات در عادات زندگی، تعداد افراد نابارور سالانه افزایش می‌یابد (۴).

ناباروری یکی از بحران‌های دوران زندگی زناشویی است که منجر به چالش‌های روانی و تجربیات استرس‌زای هیجانی گردیده و بر روابط متقابل زن و شوهر تأثیر دارد (۵).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ ناباروری را به عنوان یک معضل بهداشت عمومی کشورهای درحال توسعه نامبرده است. میزان ناباروری در جهان بین

مشکلاتی که سلامت فرد را تهدید می‌کند، مسری نیستند و آثار محدودی دارند، اما اختلال در سلامت اجتماعی، زندگی فرد را تهدید می‌کند و دائماً بر روابط او با دیگران تأثیر گذاشته (۱۷).

سلامت اجتماعی، اصطلاحی است فراگیر که جنبه‌هایی از روابط اجتماعی، از سطح فردی تا عوامل اجتماعی- فرهنگی گسترده‌تر را در بر می‌گیرد و به طور فزاینده‌ای به عنوان یک جزء حیاتی از سلامت در طول زندگی، به ویژه در سنین بالاتر، شناخته می‌شود. جنبه‌های متعدد سلامت اجتماعی، مانند وضعیت تأهل، انزوای اجتماعی و تنهایی، با پیامدهای متنوع مرتبط با سلامت، از جمله سلامت روان، بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر مرتبط اند (۱۸).

به این ترتیب، سلامت اجتماعی می‌تواند از داشتن یک زندگی اجتماعی رضایت‌بخش تا زندگی تنهایی متغیر باشد و شامل مفاهیمی است که به ساختار شبکه اجتماعی و تجربه روابط اجتماعی مربوط می‌شوند (۱۹).

زنان به‌عنوان یک بخش از اجتماع که نیمی از جمعیت فعال کشور را تشکیل می‌دهند و دارای تفاوت‌هایی در سبک زندگی سلامت‌محور خود هستند و این ویژگی‌ها بر سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۰). زنان نقش مهم و مؤثری در تأمین سلامت جامعه دارند، زیرا آن‌ها تنها مسئول سلامت خود نیستند، آن‌ها همچنین مراقب سلامت خانواده خود هستند. براین اساس، در صورت نادیده گرفته شدن مسائل مؤثر بر سلامتی، سلامت آن‌ها همراه با سلامت خانواده‌شان آسیب خواهد دید (۲۱).

سبک زندگی سلامت‌محور، سبکی از زندگی است که خطر ابتلا به بیماری‌های جدی یا مرگ زودرس را کاهش می‌دهد، سازگاری فرد با محیط خود را بهبود می‌بخشد و به او اجازه می‌دهد تا از جنبه‌های بیشتری از زندگی لذت ببرد (۲۲). این رویکرد نسبتاً سالم بسیاری از حوزه‌های زندگی انسان از جمله شرایط زندگی، راه‌های سرگرمی، الگوهای مصرف، استفاده از فناوری و غیره را در بر می‌گیرد (۲۳).

سبک زندگی سلامت‌محور شامل رفتارهایی است که به افراد امکان می‌دهد کنترل بر سلامت خود را افزایش داده و در نهایت سلامت خود و جامعه را بهبود بخشد و به دلیل پتانسیل آن در بهبود کیفیت زندگی، از پیشرفت بیماری مزمن جلوگیری کنند، بیماری‌زایی را کاهش دهند. کاهش بار سلامت و جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ارتقاء

دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن- هاست گفته می‌شود. سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سازد و شامل پاسخ‌های درونی فرد، احساس، تفکر و رفتار است که نشان‌دهنده‌ی رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی وی هستند.

سازمان جهانی بهداشت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را شرایطی تعریف می‌کند که افراد مختلف در آن شرایط متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند، یاد می‌گیرند، کار می‌کنند، بازی می‌کنند، عبادت می‌کنند و پیر می‌شوند. این عوامل به طور کلی تأثیر مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت جسمی، روانی و کیفیت زندگی افراد دارد (۱۱).

کاربرد مفهوم سلامت اجتماعی در اهمیت آن برای درک و پرداختن به نگرانی‌های سلامت جمعیت، مانند نابرابری‌های سلامتی که توسط گروه‌های به حاشیه رانده شده تجربه می‌شود، بیشتر آشکار می‌شود (۱۲).

سازمان بهداشت جهانی سلامت کامل را توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی تعریف کرده است. سلامت اجتماعی از عوامل مهم در قابلیت اثرگذاری و تغییر در مؤلفه‌های مختلف می‌باشد (۱۳).

در واقع شخصی واجد سلامت اجتماعی برشمرده می‌شود که توانایی فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف نشان دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند نماید (۱۴).

رابطه بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سلامت مورد بحث است. نظریه انتخاب سلامت بیان می‌کند که سلامت بر وضعیت اجتماعی-اقتصادی تأثیر می‌گذارد، در حالی که نظریه علیت معکوس بیان می‌کند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر سلامت تأثیر می‌گذارد. هر دو نظریه ارتباط نزدیک بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نابرابری‌های سلامت را تشخیص می‌دهند (۱۵).

بنابراین، وقتی از سلامت صحبت به میان می‌آید، باید به ابعاد گوناگون آن نیز توجه کرد. یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که به معنی ارزیابی و آگاهی افراد از چگونگی عملکردشان در اجتماع و کیفیت ارتباطشان با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌ها بوده، می‌باشد (۱۶). سلامت اجتماعی از سلامت فردی بسیار مؤثرتر است، زیرا بسیاری از بیماری‌ها و

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز تحقیقات بهداشت باروری شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس و غیراحتمالی بود که پژوهشگر یکی از کلینیک‌های درمان ناباروری سطح شهر شیراز را به صورت تصادفی انتخاب و در جلسات متعدد به این مرکز مراجعه نموده و پس از توضیحات اولیه به مراجعین و جلب رضایت آنان، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیارشان قرار گرفت و پس از تکمیل، پرسشنامه جمع‌آوری و اطلاعات گردآوری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش حداقل حجم نمونه مورد نیاز بر اساس جدول کوکران، در سطح ۹۵٪ معناداری، ۳۸۷ نفر بدست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ۱۰٪ ریزش، ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت اطلاعات ۳۸۴ پرسشنامه که بطور کامل تکمیل شده بود، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن ناباروری صرف نظر از هرگونه محدودیت سنی، سواد خواندن و نوشتن و موافقت و رضایت جهت همکاری در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این پژوهش به منظور بررسی و جمع‌آوری اطلاعات لازم، از روش‌های جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف داخل و خارج از کشور، تبادل نظر با متخصصان و صاحب‌نظران، ترجمه متون مختلف، بررسی کتابخانه‌ای و مطالعه نشریات و پایان‌نامه‌ها بهره گرفته شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه سلامت اجتماعی Keyes که برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی، بر روی نمونه‌ای متشکل از ۳۷۳ نفر در ایالات متحده اجرا گردید، استفاده شده است (۲۷). در سال ۲۰۰۴، دلاور این پرسش‌نامه را هنجاریابی کرده و با استفاده از تحلیل عاملی، مقدار آلفای کرونباخ زیرمجموعه‌های سلامت اجتماعی را ۰/۸۷ محاسبه نمود و آن را در شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران به کار برد. پرسش‌نامه سبک زندگی سلامت‌محور Walker و Hill-Polerecky که شامل ۵۲ سؤال در ۶ بعد تغذیه، فعالیت جسمانی و ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی و خودشکوفایی است استفاده شده است (۲۸). نسخه فارسی آن توسط محمدی زیدی ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرشاخه‌های آن ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ گزارش شده

رفتار سلامت یک اولویت بین‌المللی و یک چالش بزرگ برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در دهه‌های آینده است (۲۰). از آنجایی که ناباروری یکی از تلخ‌ترین موقعیت‌های زندگی زناشویی است، باعث بروز مشکلات زیادی در احساس فرد نسبت به خود و روابط اجتماعی در جامعه می‌شود و می‌تواند پیامدهای روانی و اجتماعی زیادی برای زنان نابارور داشته باشد. آسیب‌های روانی و اجتماعی (۲۴).

با وجود پیشرفت‌های گسترده در فن‌آوری‌های تولید مثل و استفاده از داروهای القای تخمک‌گذاری در سال‌های اخیر، با این حال، بسیاری از زنان هنوز از ناباروری رنج می‌برند. زنان نابارور بیشتر با مشکلات اجتماعی و روانی مواجه می‌شوند که باعث کاهش سازگاری آن‌ها در زندگی می‌شود؛ بنابراین، ممکن است سطح سلامت اجتماعی این زنان تحت تأثیر قرار گیرد. آن‌ها با استرس بیشتری روبرو هستند و زنان نابارور با مشکلات روانی مانند افسردگی، تنهایی، اضطراب، عدم توجه و عدم رضایت جنسی مواجه هستند (۲۵). بیشتر پژوهش‌های پیشین در ایران و حتی خارج، روی ابعاد پزشکی و درمانی ناباروری تمرکز داشتند. اما کمتر تحقیقی به ارتباط سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی زنان نابارور پرداخته است. این مطالعه ناباروری را صرفاً یک مشکل پزشکی ندیده بلکه آن را پدیده‌ای اجتماعی و سبک‌زندگی‌محور بررسی کرده است. یعنی پژوهش حاضر به شکلی میان‌رشته‌ای سلامت اجتماعی را با عوامل سبک زندگی پیوند می‌دهد. در جامعه ایران، ناباروری می‌تواند به کاهش مشارکت اجتماعی، احساس طردشدگی یا انگ اجتماعی بینجامد. این تحقیق تلاش می‌کند نشان دهد که سبک زندگی سالم می‌تواند به ارتقای سلامت اجتماعی زنان نابارور کمک کند، و این یک زاویه جدید است که کمتر بررسی شده، بنابراین، با توجه به مطالب مطرح شده، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی زنان نابارور مراجعه‌کننده به یکی از مراکز تحقیقات بهداشت باروری شهر شیراز بود (۲۶).

## روش کار

طرح کلی این پژوهش به صورت توصیفی - همبستگی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ صورت پذیرفت.

کمتر است. همچنین نتایج بررسی متغیر سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین پاسخ گویان بیانگر این موضوع است که بیشترین میانگین مربوط به بعد انسجام اجتماعی (۳/۶۹) و کمترین میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی (۲/۹۴) است.

بررسی ارتباط میان سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن با سلامت اجتماعی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری شهر شیراز با استفاده از همبستگی پیرسون نشان می دهد سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی و ابعاد آن (به جز شکوفایی اجتماعی)، رابطه مثبت و معنی داری دارد. بنابراین، زنان نابارور، از نظر تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری، مدیریت استرس، حمایت و رشد معنوی، هر چه سبک زندگی سلامت محور بهتری داشته باشند از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند (جدول ۳).

آزمون آماری همبستگی پیرسون میان متغیرهای سن زنان نابارور و سلامت اجتماعی آن‌ها در جدول (۳) نشان می دهد با توجه به مقدار همبستگی ۰/۱۸ بین متغیرها رابطه معنی داری وجود دارد. رابطه ضعیفی بین سن زنان نابارور و سلامت اجتماعی آن‌ها وجود دارد؛ اما علامت مثبت ضریب همبستگی نشان می دهد که هر چه سن پاسخگویان بالاتر بوده، وضعیت سلامت اجتماعی آن‌ها بهتر است.

با توجه به همبستگی پیرسون ۰/۰۸ در جدول ۳ نشان بین متغیرها درآمد خانوادگی زنان نابارور و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود ندارد ( $Sig = ۰/۰۸۵$ ). جهت بررسی ارتباط میان گروه‌های مختلف تحصیلی زنان نابارور و سلامت اجتماعی از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است که نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت اجتماعی زنان نابارور بر حسب سطح تحصیلات آن‌ها را نشان می دهد. اندازه میانگین‌ها حاکی است که بیشترین میانگین سلامت اجتماعی مربوط به کسانی است که دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بوده و کمترین میانگین نیز مربوط به افرادی است که دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند. تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌ها بر اساس آزمون  $F$  با مقدار ۱۳/۶ و سطح معنی داری  $Sig = ۰/۰۰۰$  بیانگر این است که با ۹۹٪ اطمینان، تفاوت معنی داری بین سطوح مختلف تحصیلی زنان نابارور، از نظر میزان سلامت اجتماعی آن‌ها وجود دارد (جدول ۳).

است (۲۹). نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی، پردازش مناسب با داده‌های حاصله را دارد. برای ارزیابی روایی محتوا (روایی صوری)، نظر خبرگان مورد بررسی قرار می گیرد و برای سنجش روایی سازه (روایی کمی)، از آزمون تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم افزار SPSS بهره گرفته شده است. به منظور آزمون فرضیه، از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و تحلیل واریانس بهره گرفته شده. پیش فرض‌های آماری هر سه آزمون آماری از جمله نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن روابط، استقلال مشاهدات و همگنی واریانس‌ها تایید شده است. نتایج آزمون‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS26 در سطوح معنی داری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ مورد بررسی قرار گرفت.

## نتایج

جدول ۱ نشان می دهد که بیشترین تعداد پاسخگویان (۲۷/۹٪) در گروه سنی ۳۱-۳۵ سال و کمترین تعداد پاسخگویان (۲/۱٪) در گروه سنی ۴۶-۵۰ ساله قرار دارند و میانگین سنی کل شرکت کنندگان برابر با ۳۳/۷ می باشد. همان طور که نتایج جدول ۱ نشان می دهد، زنان دارای مدرک کارشناسی (۳۵/۲٪) و دارای دیپلم (۳۴/۹٪) بیشترین نسبت را در بین پاسخگویان داشتند و کمترین تعداد مربوط به زنانی است که دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بوده اند. همچنین نتایج بررسی وضعیت اشتغال پاسخ گویان در جدول ۱ نشان می دهد که ۳۳/۵٪ شاغل و ۶۵/۵٪ پاسخگویان غیرشاغل هستند.

همین طور نتایج این جدول نشان دهنده توزیع فراوانی و درصد مدت ازدواج پاسخگویان می باشد. این نتایج نشان می دهد، بیشترین تعداد مربوط به کسانی است که از مدت ازدواج آن‌ها ۶ تا ۱۰ سال (۳۷/۴٪) سپری می شود. مدت ازدواج حدود ۳۲٪ از پاسخگویان کمتر از ۵ سال است و ۳۰/۴٪ نیز ابراز کرده اند بیش از ۱۰ سال سابقه ازدواج دارند.

جدول ۲ به توصیف شاخص‌های آماری نمرات متغیر پژوهشی سبک زندگی سلامت محور به تفکیک مولفه‌ها در زنان نابارور مورد بررسی می پردازد. بر اساس نتایج، بیشترین میانگین مربوط به بعد مدیریت استرس (۳/۱۸) و کمترین میانگین مربوط به بعد ورزش (۱/۷۹) است. این بدین معنی است که توجه به ورزش در بین پاسخگویان

همبستگی نشان می‌دهد همبستگی کل متغیرهای وارد شده در مدل برابر با  $0/764$  است. بر این اساس محاسبه ضریب تعیین نشان می‌دهد این متغیرها در نهایت حدود  $41\%$  از تغییرات متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین کرده‌اند (جدول ۶).

بررسی روابط تک به تک متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی در جدول ۶ نشان می‌دهد در بین ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور، رابطه ابعاد روابط بین‌فردی، ورزش و رشد معنوی با سلامت اجتماعی معنی‌دار شده است. ضریب رگرسیون نشان می‌دهد به ازای یک واحد افزایش در نمره روابط بین‌فردی، حدود  $0/16$  واحد؛ به ازای یک واحد افزایش در نمره ورزش، حدود  $0/08$  واحد و به ازای یک واحد افزایش در رشد معنوی، حدود  $0/29$  واحد به متغیر سلامت اجتماعی افزوده می‌شود.

بر اساس این نتایج، اثر متغیر اشتغال بر سلامت اجتماعی معنی‌دار شده است. با توجه به مقدار و علامت ضریب همبستگی، می‌توان گفت افراد شاغل نسبت به افراد غیرشاغل،  $0/14$  واحد سلامت اجتماعی بالاتری دارند.

اثر متغیر سن بر سلامت اجتماعی معنی‌دار نشده است. بررسی اثرات سطح تحصیلات با استفاده از ساخت متغیر ساختگی بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد داشتن تحصیلات زیردیپلم و همچنین دیپلم نسبت به زنان نابارور دارای مدرک کارشناسی‌ارشد و دکتری تأثیر معنی‌دار داشته است. به تعبیر دیگر افراد زیردیپلم و دارای دیپلم در مقایسه با زنان نابارور دارای تحصیلات کارشناسی‌ارشد و دکتری به ترتیب  $0/3$  واحد و  $0/22$  واحد سلامت اجتماعی پایین‌تری دارند. بررسی نتایج آماری تأثیر سطوح مختلف درآمدی بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد درآمد زنان نابارور اثر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی آن‌ها نداشته است. بررسی نتایج آماری تأثیر طول مدت ازدواج را بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد این متغیر نیز اثری معنی‌دار بر سلامت اجتماعی زنان نابارور نداشته است. همچنین نتایج نشان می‌دهد تأثیر تجربه سقط جنین بر سلامت اجتماعی معنی‌دار نشده است (جدول ۶).

## بحث

امروزه سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از چهار محور اصلی سلامتی جایگاه ویژه‌ای در رویکردهای توسعه‌ای و انسان‌محور پیدا کرده است و مطالعات نظری و برنامه‌های

بررسی جدول ۴ همچنین نشان می‌دهد بین سلامت اجتماعی در میان زنان نابارور و طول مدت ازدواج تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان میانگین‌ها حاکی است که بیشترین میانگین سلامت اجتماعی مربوط به کسانی است که بیش از ۱۰ سال از مدت ازدواج آن‌ها سپری می‌شود. تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌ها بر اساس آزمون  $F$  با مقدار  $0/7$  و سطح معنی‌داری  $Sig = 0/478$  بیانگر این است که با  $99\%$  اطمینان، بین زنان نابارور، از نظر میزان سلامت اجتماعی آن‌ها در تجربه‌های مختلف ازدواج تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

به‌منظور آزمون ارتباط میان متغیرهای سلامت اجتماعی زنان نابارور و تعداد سقط‌جنین با استفاده از آزمون تحلیل واریانس به مقایسه سلامت اجتماعی زنان نابارور بر حسب تجربه تعداد سقط‌جنین در بین آن‌ها پرداخته شد. همچنین نتایج جدول ۴ حاکی است که بیشترین میانگین سلامت اجتماعی مربوط به کسانی است که تجربه دو بار سقط‌جنین دارند و کمترین میانگین نیز مربوط به افرادی است که هرگز تجربه سقط‌جنین نداشتند. تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌ها بر اساس آزمون  $F$  با مقدار  $0/32$  و سطح معنی‌داری  $Sig = 0/812$  بیانگر این است که با  $99\%$  اطمینان، تفاوت معنی‌داری بین سطوح مختلف سقط‌جنین زنان نابارور، از نظر میزان سلامت اجتماعی آن‌ها وجود ندارد.

در این پژوهش جهت سنجش ارتباط میان سلامت اجتماعی در میان زنان نابارور و وضعیت اشتغال، از آزمون تی دو نمونه مستقل استفاده شده است (جدول ۵). نتایج بررسی حاکی است که میانگین سلامت اجتماعی در بین پاسخگویان شاغل ( $3/53$ ) بیشتر از مقدار آن برای افراد غیرشاغل ( $3/20$ ) بوده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون تی با مقدار  $6/6$  و سطح معنی‌داری  $Sig = 0/000$  بیانگر این است که با  $99\%$  اطمینان، تفاوت معنی‌داری بین پاسخگویان شاغل و غیرشاغل، از نظر سلامت اجتماعی وجود دارد.

به منظور فهم عمیق‌تر از اثرات هم‌زمان متغیرهای مستقل در پویایی متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) از آزمون تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان استفاده شده است. با توجه به مقدار آماره  $F$  ( $15/3$ ) و مقدار معنی‌داری  $0/000$  متغیرهای مستقل در مدل در مجموع اثر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی زنان نابارور دارند. بررسی مقدار

تحقیقات و نظریات حاکی از اثر کاهشی سن در سلامت اجتماعی است. Khan و همکاران (۳۵) در مطالعه خود با عنوان عوامل تعیین کننده سلامت اجتماعی، نشان دادند سن بهترین پیش‌بینی کننده سلامت اجتماعی است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش Kelly-Weeder و Cox (۳۶) هم‌خوانی ندارد. نتایج این تحقیق نشان داد، افرادی که در سنین اولیه دوران ناباروری به سر می‌برند، بدلیل اینکه دارای فرصت بیشتری برای درمان باروری هستند و امید، توانایی رسیدگی و مراقبت بیشتری از خود را دارند، سلامت اجتماعی بیشتری دارند. در حالی که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد رابطه مستقیمی بین سن زنان نابارور و میزان سلامت اجتماعی آن‌ها وجود دارد و زنانی که سن بالاتری دارند، از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند و افراد در سنین پایین‌تر، از لحاظ سلامت اجتماعی در رده پایین‌تری قرار دارند. به نظر می‌رسد افزایش سن هم ثبات در وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان را فراهم می‌سازد، زیرا امکان پس‌انداز و سرمایه‌گذاری در آن‌ها و خانواده‌شان بیشتر می‌شود و هم اینکه افراد تعریف روشن‌تری از وضعیت خود در جامعه پیدا می‌کنند و ارزیابی آن‌ها از خود و جامعه بهبود می‌یابد. در نتیجه، سلامت اجتماعی بالاتری تجربه می‌کنند.

نتایج آزمون رابطه سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی نشان داد هر چه سطح تحصیلات بالاتر می‌رود، زنان نابارور سلامت اجتماعی بالاتری دارند. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش بحیرایی و همکاران (۳۷)، خیرجو و همکاران (۳۸)، Teskereci و Oncel (۳۹)، Kim و همکاران (۴۰) هم‌خوانی دارد. Kim و همکاران در تبیین یافته‌های خود معتقدند افرادی که از تحصیلات بالاتری برخوردارند، فعالیت‌های یادگیری بیشتری را در زمینه‌های مختلف دنبال می‌کنند و این مساله باعث می‌شود که مهارت‌های حل مساله و روش‌های تعامل و ارتباطات را یاد بگیرند و از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند.

در نتیجه به نظر می‌رسد برخورداری از تحصیلات بالاتر هم با توجه به تاثیر آن در دسترسی به منابع گوناگون و کسب آگاهی و هم بهبود شرایط انتخاب‌گری و انتخاب‌شدن در عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی و به‌ویژه گزینش همسر، سلامت اجتماعی در بین زنان نابارور دارای تحصیلات بالاتر، فرصت بهبود بیشتری می‌یابد.

نتایج بررسی ارتباط میان سلامت اجتماعی در بین زنان

عملیاتی گسترده‌ای در سطح دنیا در مورد آن صورت می‌پذیرد. یکی از موضوعاتی که باتوجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی در ایران مسئله مهمی برای زنان محسوب می‌شود، چالش ناباروری در بین آنان است. باتوجه به ماهیت ذهنی و کنشی سلامت اجتماعی، یکی از عواملی که می‌تواند در ارتقاء یا کاهش آن نقش مهمی داشته باشد، موضوع سبک زندگی افراد است؛ بنابراین در مورد زنان نابارور نیز انتظار بر این است سبک زندگی آن‌ها در بهبود سلامت اجتماعی‌شان نقش موثری دارد

بررسی سبک زندگی نشان می‌دهد، سبک زندگی سلامت‌محور زنان نابارور در ابعاد مختلف متفاوت است. به طوری که میانگین ابعاد روابط بین‌فردی، مدیریت استرس و رشد معنوی متوسط به بالا بوده و در ابعاد تغذیه و مسئولیت‌پذیری، میانگین متوسطی دارد و در بعد ورزش میانگین پایینی دارند. نتایج این پژوهش در خصوص توجه کمتر به ورزش و فعالیت بدنی با یافته‌های پژوهش حسن‌پوردهکردی و همکاران (۳۰) هم‌خوانی دارد.

در اولین گام رابطه مستقیم سبک زندگی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی نشان می‌دهد بهبود شرایط رفتاری در حوزه سلامت و ایجاد زمینه مناسب برای برخورداری از سبک زندگی سالم‌تر به‌طور مستقیم بر ارزیابی و عملکرد فرد از نسبت خود با جامعه تاثیر می‌گذارد و به افزایش سلامت اجتماعی زنان نابارور می‌انجامد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش Van Dammen و همکاران (۳۱)، Hocaoglu (۳۲)، Jacobson و همکاران (۳۳) و پارسامهر و رسولی‌نژاد (۳۴) هم‌خوانی دارد. نتایج پژوهش‌های مذکور به تعبیر مختلف نشان داد هر چه افراد از سبک‌های زندگی سلامت‌محور بهتری برخوردار باشند، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود که با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو است. مطالعه Walker و همکاران (۲۸) که به روش مداخله‌ای صورت گرفته بود نیز حاکی از آن است که مداخله و بهبود در سبک زندگی قبل از درمان ناباروری، اولین قدم در درمان ناباروری زنان نابارور است. یافته‌های پژوهش Walker و همکاران (۲۸) نیز به شکلی دیگر با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

بررسی نتایج رابطه سن زنان نابارور و سلامت اجتماعی آن‌ها نشان می‌دهد افزایش سن می‌تواند تاثیر افزایشی در سلامت اجتماعی آن‌ها داشته باشد. اکثر

نتایج آزمون داده‌هایی که به بررسی رابطه درآمد با سلامت اجتماعی زنان نابارور مربوط بود، نشان می‌دهد در بین کسانی که درآمد بالاتری دارند، سلامت اجتماعی وضعیت بهتری دارد. این یافته با نتایج پژوهش بحیرایی و همکاران (۳۷) هم‌سو است. به نظر می‌رسد وضعیت درآمد بالاتر زنان نابارور، قدرت آن‌ها را در انتخاب سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و دسترسی به ملزومات آن بیشتر کرده و در نتیجه زنان با درآمد بالاتر، سلامت اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کنند و از نظام ارتباطی بهتری برخوردارند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد سبک زندگی زنان نابارور نقش کلیدی و موثری در سلامت اجتماعی آن‌ها دارد و با توجه به ماهیت ذهنی و رفتاری سبک زندگی و در نتیجه قابلیت تغییر و ارتقای آن، انتظار می‌رود برای تامین سلامت اجتماعی زنان نابارور مورد توجه ویژه قرار گیرد. شرایط استرس‌زای ناباروری و فشار اجتماعی و روحی که زنان نابارور تجربه می‌کنند، آسیب‌پذیری سلامت اجتماعی آن‌ها را افزایش می‌دهد و در نتیجه، فراهم‌سازی زمینه‌های ارتقای سلامت اجتماعی آن‌ها ضرورت مضاعف پیدا می‌کند.

از طرفی، هر کدام از این زنان به عنوان اعضای جامعه نیاز به ارتقای کیفیت زندگی و برخورداری از سلامت اجتماعی دارند تا تجربه‌ی بهتری از زندگی داشته‌باشند و از طرف دیگر، بهبود وضعیت زندگی آن‌ها و ارتقاء سلامت اجتماعی که به معنای درک مثبت از نظام ارتباطات و حمایت اجتماعی است، شرایط درمان‌پذیری و رفع ناباروری را برای آن‌ها فراهم‌تر می‌سازد.

بدین ترتیب، علاوه بر بهبود وضعیت موجود، هزینه‌های درمانی نیز کاهش یافته و بار هزینه‌ای درمان ناباروری هم برای خانواده‌ها و هم نظام بهداشتی کشور کمتر می‌شود. از این‌رو، توجه به مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور در بین زنان و خانواده‌های نابارور یک اولویت اساسی محسوب می‌شود که فواید فراوانی برای این افراد و جامعه به دنبال خواهد داشت.

محدودیت‌های تحقیق: این پژوهش نیز همانند سایر تحقیقات اجتماعی با برخی محدودیت‌ها همراه بوده است که توجه به آن‌ها در تفسیر نتایج ضروری است. نخست، روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه پژوهش به

نابارور و وضعیت اشتغال متفاوت نشان داد میانگین سلامت اجتماعی زنان نابارور شاغل بالاتر از میانگین آن برای زنان غیرشاغل بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش Mohan و همکاران (۴۱) هم‌خوانی ندارد. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های Mohan و همکاران مبنی بر وجود بحران در زندگی زنان شاغل هم‌خوانی آشکاری ندارد.

بررسی ارتباط میان متغیرها سلامت اجتماعی و تجربه‌ی سقط‌جنین نشان داده است که ارتباط معناداری یان آنها وجود ندارد. هرچند نتایج میانگین‌های سلامت اجتماعی نشان داد که زنان ناباروری که تعداد بیشتری سقط‌جنین داشته‌اند از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند، ولی عدم معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها حاکی از این است که سلامت اجتماعی از تعداد سقط‌جنین تاثیر نپذیرفته است. نتایج این پژوهش با یافته‌های کامبوج (۴۲) هم‌سو نیست. کامبوج دریافت که سلامت اجتماعی با افزایش تعداد سقط‌جنین، افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد سقط‌جنین مکرر نیاز به توجه به رفتارهای سلامت را تشدید کرده و مراقبت افراد از خود و روابط اجتماعی‌شان را افزایش می‌دهد. در نتیجه، در بین کسانی که سقط‌جنین بیشتری داشتند، میانگین سلامت اجتماعی بالاتر شده است.

نتایج مربوط به بررسی تفاوت سلامت اجتماعی در بین زنان نابارور از لحاظ مدت ازدواج است، نشان می‌دهد که هرچند در بین زنانی که مدت ازدواج آن‌ها بالاتر از ۱۰ سال است، میانگین سلامت اجتماعی بیشتر بوده است، ولی نتایج آزمون نشان داد این تفاوت معنی‌دار نبوده و طول مدت ازدواج تاثیری بر سلامت اجتماعی زنان نابارور نداشته است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش رازقی و همکاران (۴۳) هم‌سو است. یافته‌های آنان اشاره دارد که بین طول مدت نازایی و سلامت روانی آن‌ها رابطه معنی‌داری وجود ندارد و زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور به میزان قابل توجهی از ناراحتی‌های روانی رنج می‌برند و این مسئله می‌تواند بر جنبه‌های دیگر زندگی آن‌ها از جمله سلامت اجتماعی و روابط خانوادگی آن‌ها تاثیر منفی بگذارد. Anderson و همکاران (۴۴) در مطالعه‌ای مروری، به شناسایی عوامل سبک زندگی تاثیرگذار در افراد نابارور پرداختند و معتقدند توجه به طول مدت سال‌های ازدواج، برای درمان ناباروری ضرورت دارد.

- ترکیب دو چارچوب معتبر سنجش
- شناسایی اهرم‌های رفتاری اثرگذار
- تمایزگذاری نقش متغیرهای جمعیت-اجتماعی:
- قدرت تبیینی قابل‌اعتنا
- تمایز بوم‌شناختی داده‌ها
- پیوند شواهد با پیامدهای درمانی
- راهبری عملی برای سیاست‌گذار و خدمت‌رسان

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که در مراحل مختلف انجام این پژوهش نقش مؤثری ایفا نموده‌اند، صمیمانه قدردانی نمایند.

ملاحظیات اخلاقی: این پژوهش دارای تاییدیه اخلاقی به شماره IR.SUMF.REC.1399.1090 از دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد.

سهم نویسندگان: تمامی نویسندگان در نگارش مقاله سهم بودند. این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی نهادها یا مؤسسات دریافت نکرده و کلیه هزینه‌های آن توسط نویسندگان تأمین شده است. هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز تحقیقات بهداشت باروری شهر شیراز، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های زنان نابارور در دیگر شهرها و بافت‌های فرهنگی را محدود می‌سازد. دوم، ابزار گردآوری داده‌ها مبتنی بر پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی، تمایل به پاسخ‌های اجتماعی مطلوب یا شرایط هیجانی پاسخ‌گویان قرار گرفته باشد. سوم، ماهیت مقطعی مطالعه امکان استنتاج روابط علی میان سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی را فراهم نمی‌کند و تنها می‌توان از وجود رابطه همبستگی میان آن‌ها سخن گفت. چهارم، متغیرهای میانجی و مداخله‌گر احتمالی نظیر کیفیت روابط زناشویی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده یا باورهای فرهنگی در پژوهش حاضر مورد سنجش قرار نگرفته‌اند که می‌توانند در تبیین دقیق‌تر سلامت اجتماعی زنان نابارور نقش داشته باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های طولی و کیفی در کنار روش کمی بهره گرفته شود تا ابعاد پنهان‌تر و عمیق‌تر این پدیده آشکار گردد.

نوآوری‌های پژوهش:

- تغییر کانون توجه از درمان پزشکی به زیست-اجتماعی

جدول ۱- توزیع و درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیرهای زمینه‌ای: بررسی سبک زندگی سلامت‌محور و ارتباط آن با سلامت

اجتماعی زنان نابارور

| گروه سنی   | فراوانی | درصد                   |
|------------|---------|------------------------|
| زیر ۲۵ سال | ۳۸      | ۱۰                     |
| ۲۶-۳۰      | ۸۸      | ۲۳/۲                   |
| ۳۱-۳۵      | ۱۰۶     | ۲۷/۹                   |
| ۳۶-۴۰      | ۹۸      | ۲۵/۸                   |
| ۴۱-۴۵      | ۴۲      | ۱۱/۱                   |
| ۴۶-۵۰      | ۸       | ۲/۱                    |
| درصد       | فراوانی | سطح تحصیلات            |
| ۱۳/۸       | ۵۳      | زیردیپلم               |
| ۳۴/۹       | ۱۳۴     | دیپلم                  |
| ۷/۶        | ۲۹      | کاردانی                |
| ۳۵/۲       | ۱۳۵     | کارشناسی               |
| ۸/۶        | ۳۳      | کارشناسی‌ارشد و بالاتر |
| درصد       | فراوانی | وضعیت اشتغال           |
| ۳۳/۵       | ۱۲۸     | شاغل                   |
| ۶۶/۵       | ۲۵۴     | غیر شاغل               |
| درصد       | فراوانی | مدت ازدواج             |
| ۳۲/۲       | ۱۲۳     | ۱ تا ۵ سال             |
| ۳۷/۴       | ۱۴۳     | ۶ تا ۱۰ سال            |
| ۳۰/۴       | ۱۱۶     | بیشتر از ۱۰ سال        |

جدول ۲- توصیف شاخص‌های آماری سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن: بررسی سبک زندگی سلامت‌محور و ارتباط آن با سلامت

| اجتماعی زنان نابارور |         |                  |              |
|----------------------|---------|------------------|--------------|
| متغیر                | سطح     | فراوانی          | درصد فراوانی |
| سبک زندگی سلامت‌محور | پایین   | ۶۸               | ۱۷/۸         |
|                      | متوسط   | ۲۸۳              | ۷۴/۱         |
|                      | بالا    | ۳۱               | ۸/۱          |
| متغیر                | میانگین | انحراف استاندارد | حداقل نمره   |
| روابط بین فردی       | ۳/۰۲    | ۰/۵۰             | ۴            |
| تغذیه                | ۲/۷۷    | ۰/۵۲             | ۱            |
| مسئولیت‌پذیری        | ۲/۲۶    | ۰/۵۳             | ۱            |
| ورزش                 | ۱/۷۹    | ۰/۵۸             | ۱            |
| مدیریت استرس         | ۳/۱۸    | ۰/۵۸             | ۱            |
| رشد معنوی            | ۳/۰۲    | ۰/۵۱             | ۱/۲۷         |
| سبک زندگی سلامت‌محور | ۲/۶۷    | ۰/۳۶             | ۱/۵۵         |
| سلامت اجتماعی        | پایین   | ۸۹               | ۲۳/۴         |
|                      | متوسط   | ۲۴۰              | ۶۳           |
|                      | بالا    | ۵۲               | ۱۳/۶         |
| متغیر                | میانگین | انحراف استاندارد | حداقل نمره   |
| انسجام اجتماعی       | ۳/۶۹    | ۰/۵۵             | ۲/۱۴         |
| پذیرش اجتماعی        | ۲/۹۴    | ۰/۶۸             | ۱/۱۳         |
| مشارکت اجتماعی       | ۳/۴۶    | ۰/۷۵             | ۱/۱۷         |
| شکوفایی اجتماعی      | ۳/۴۷    | ۰/۶۵             | ۱            |
| انطباق اجتماعی       | ۲/۹۹    | ۰/۶۹             | ۱/۱۷         |
| سلامت اجتماعی کل     | ۳/۳۱    | ۰/۴۸             | ۲/۰۳         |

جدول ۳- آزمون همبستگی ارتباط بین سن، درآمد و ابعاد سبک زندگی و سلامت اجتماعی زنان نابارور: بررسی سبک زندگی سلامت‌محور و ارتباط آن با سلامت اجتماعی زنان نابارور

| متغیر          | ضریب همبستگی       |
|----------------|--------------------|
| سن             | ۰/۱۸**             |
| درآمد خانوادگی | ۰/۰۸ <sup>NS</sup> |
| روابط بین فردی | ۰/۴**              |
| تغذیه          | ۰/۲۷**             |
| مسئولیت‌پذیری  | ۰/۲۹**             |
| ورزش           | ۰/۱۲**             |
| مدیریت استرس   | ۰/۴۵**             |
| رشد معنوی      | ۰/۴۶**             |
| سبک زندگی      | ۰/۴**              |

\*\* با ۹۹٪ اطمینان معنی‌دار؛ NS غیره معنی‌دار

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس (آنوا) سلامت اجتماعی زنان نابارور بر حسب متغیرهای مختلف: بررسی سبک زندگی سلامت محور و

ارتباط آن با سلامت اجتماعی زنان نابارور

| متغیر                  | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | F    | معنی داری |
|------------------------|---------|---------|--------------|------|-----------|
| زیردیپلم               | ۵۳      | ۳/۰۹    | ۰/۴۱         | ۱۳/۶ | ۰/۰۰۰     |
| دیپلم                  | ۱۳۴     | ۳/۱۵    | ۰/۴۵         |      |           |
| کاردانی                | ۲۹      | ۳/۴۷    | ۰/۵۵         |      |           |
| کارشناسی               | ۱۳۵     | ۳/۴۶    | ۰/۴۶         |      |           |
| کارشناسی ارشد و بالاتر | ۳۳      | ۳/۵۳    | ۰/۴۰         |      |           |
| تجربه سقط جنین         | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | F    | معنی داری |
| هرگز                   | ۲۳۹     | ۳/۳     | ۰/۴۹         | ۰/۳۲ | ۰/۸۱۲     |
| یک بار                 | ۷۷      | ۳/۲۹    | ۰/۴۷         |      |           |
| دو بار                 | ۴۱      | ۳/۳۷    | ۰/۴۳         |      |           |
| بیش از دو بار          | ۲۵      | ۳/۳۴    | ۰/۵۳         |      |           |
| مدت ازدواج             | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | F    | معنی داری |
| ۱ تا ۵ سال             | ۱۲۳     | ۳/۲۹    | ۰/۴۹         | ۰/۷  | ۰/۴۷۸     |
| ۶ تا ۱۰ سال            | ۱۴۳     | ۳/۲۹    | ۰/۴۸         |      |           |
| بیش از ۱۰ سال          | ۱۱۶     | ۳/۳۵    | ۰/۴۹         |      |           |

جدول ۵ - آزمون تی مستقل سلامت اجتماعی زنان نابارور بر حسب وضعیت اشتغال: بررسی سبک زندگی سلامت محور و ارتباط آن با

سلامت اجتماعی زنان نابارور

| وضعیت اشتغال | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | خطای استاندارد | T   | سطح معنی داری |
|--------------|---------|---------|--------------|----------------|-----|---------------|
| شاغل         | ۱۲۸     | ۳/۵۳    | ۰/۴۷         | ۰/۰۴           | ۶/۶ | ۰/۰۰۰         |
| غیرشاغل      | ۲۵۴     | ۳/۲۰    | ۰/۴۵         | ۰/۰۳           |     |               |

جدول ۶- ضرایب رگرسیونی تأثیر متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی زنان نابارور: بررسی سبک زندگی سلامت محور و ارتباط آن با سلامت اجتماعی زنان نابارور

| معنی داری | T مقدار | Beta   | B      | نام متغیر                                  |
|-----------|---------|--------|--------|--|
| ۰/۰۰۱     | ۳/۳     | ۰/۱۶۷  | ۰/۱۶   | روابط بین فردی                             |
| ۰/۴۹۸     | ۰/۶۸    | ۰/۰۳۴  | ۰/۰۳۲  | تغذیه                                      |
| ۰/۱۲۹     | ۱/۵۲    | ۰/۰۷۴  | ۰/۰۶۷  | مسئولیت پذیری                              |
| ۰/۰۵۰     | ۱/۹۷    | ۰/۰۹۴  | ۰/۰۷۹  | ورزش                                       |
| ۰/۱۰۵     | -۱/۶۳   | -۰/۰۷۵ | -۰/۰۶۲ | مدیریت استرس                               |
| ۰/۰۰۰     | ۶/۰۴    | ۰/۳۰۸  | ۰/۲۹   | رشد معنوی                                  |
|           |         |        |        | وضعیت اشتغال (گروه مرجع غیرشاغل)           |
| ۰/۰۰۴     | ۲/۹۱    | ۰/۱۳۶  | ۰/۱۴۰  | شاغل                                       |
| ۰/۳۰۸     | ۱/۰۲    | ۰/۰۴۸  | ۰/۰۰۴  | سن   |
|           |         |        |        | تحصیلات (گروه مرجع کارشناسی ارشد و بالاتر) |
| ۰/۰۰۲     | -۳/۱۳   | -۰/۲۱۷ | -۰/۳۰۲ | زیر دیپلم                                  |
| ۰/۰۰۸     | -۲/۶۶   | -۰/۲۲۰ | -۰/۲۲۲ | دیپلم                                      |
| ۰/۹۴۴     | -۰/۰۷   | -۰/۰۰۴ | -۰/۰۰۷ | کاردانی                                    |
| ۰/۹۰۷     | -۰/۱۲   | -۰/۰۰۹ | -۰/۰۰۹ | کارشناسی                                   |
| ۰/۹۳۰     | ۰/۰۹    | ۰/۰۰۴  | ۰/۰۰۱  | درآمد                                      |
|           |         |        |        | طول مدت ازدواج (گروه مرجع بالای ۱۰ سال)    |
| ۰/۰۸۸     | -۱/۷۱   | -۰/۰۹۲ | -۰/۰۹۵ | مدت ازدواج زیر ۵ سال                       |
| ۰/۴۲۶     | -۰/۸۰   | -۰/۰۴۲ | -۰/۰۴۲ | مدت ازدواج ۶ تا ۱۰ سال                     |
| ۰/۸۸۵     | -۰/۱۴   | -۰/۰۰۶ | -۰/۰۰۳ | تجربه سقط جنین                             |

## References

- Luo D, Zhouchen YB, Li L, Jiang YL, Liu Y, Redding SR, Wang R, Ouyang YQ. The Stigma And Infertility-Related Stress Of Chinese Infertile Women: A Cross-Sectional Study. *Inhealthcare* 2024; 12 (11): 1053.
- Purkayastha N, Sharma H. Prevalence And Potential Determinants Of Primary Infertility In India: Evidence From Indian Demographic Health Survey. *Clinical Epidemiology And Global Health*. 2021; 1(9):162-70.
- Akhondi MM, Ranjbar F, Shirzad M, Ardakani ZB, Kamali K, Mohammad K. Practical Difficulties In Estimating The Prevalence Of Primary Infertility In Iran. *International Journal Of Fertility and Sterility*. 2019; 13(2):113.
- Xie Y, Ren Y, Niu C, Zheng Y, Yu P, Li L. The Impact Of Stigma On Mental Health And Quality Of Life Of Infertile Women: A Systematic Review. *Frontiers In Psychology*. 2023;13:1093459.
- Afshani SA, Rasouli-Nejad SP, Kaviani M, Samiei H. Investigating The Relationship Between Islamic Lifestyle And Social Health Of The People Of Yazd City. *Islamic Studies and Psychology*. 2014; 8(14):83-103.

6. WHO. Infertility. Who. 2020. Available Online: [https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1)
7. Zaki MA, Khoshoui M. Social Health And Its Influencing Factors Among Citizens Of Isfahan City. *Urban Sociological Studies*. 2013; 3(8): 79-92.
8. Cockerham WC. The Sociology Of Health Behavior And Health Lifestyles. *Handbook Of Medical Sociology*. 2000;5:159-72.
9. Tabar D, Hadi A. Examining The Relationship Between Social Health And Socio-Demographic Variables Among Students Of The University Of Welfare And Rehabilitation Sciences. Master's Thesis, University Of Welfare And Rehabilitation Sciences; 2017.
10. Lim YM, Sung MH, Joo KS. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors Of Community-Dwelling Korean Older Women. *Journal Of Gerontological Nursing*. 2010;36(10):42-50.
11. Miller JW. Vital Signs: Mammography Use And Association With Social Determinants Of Health And Health-Related Social Needs Among Women—United States, 2022. *MMWR. Morbidity And Mortality Weekly Report*. 2024;73.
12. Doyle DM, Link BG. On Social Health: History, Conceptualization, And Population Patterning. *Health Psychology Review*. 2024; 18(3):619-48.
13. Mohan S, Wilkes L, Jackson D. Lifestyle Of Asian Indians With Coronary Heart Disease: The Australian Context. *Collegian*. 2008;15(3):115-21.
14. Nourbakhsh A, Atashpour S H, Moulavi H. Comparison Of Lifestyle, Mental Health, And Happiness Among Female Teachers And Housewives In Bashrooyeh County. *Knowledge And Research In Applied Psychology*. 2015; 26 (37).
15. Kerschbaumer L, Crossett L, Holaus M, Costa U. COVID-19 And Health Inequalities: The Impact Of Social Determinants Of Health On Individuals Affected By Poverty. *Health Policy And Technology*. 2024;13(1):100803.
16. Santini ZI, Meilstrup C, Hinrichsen C, Nielsen L, Koyanagi A, Krokstad S, Keyes CL, Koushede V. Formal Volunteer Activity And Psychological Flourishing In Scandinavia: Findings From Two Cross-Sectional Rounds Of The European Social Survey. *Social Currents*. 2019;6(3):255-69.
17. Shapiro A, Keyes CL. Marital Status And Social Well-Being: Are The Married Always Better Off?. *Social Indicators Research*. 2008;88:329-46.
18. Stafford J, Dekhtyar S, Welmer AK, Vetrano DL, Grande G, Laukka EJ, Marseglia A, Moulton V, Mansfield R, Liu Y, Ning K. Social Health And Subsequent Cognitive Functioning In People Aged 50 Years And Older: Examining The Mediating Roles Of Depressive Symptoms And Inflammatory Biomarkers In Two European Longitudinal Studies. *The Lancet Healthy Longevity*. 2024;5(5):e356-69.
19. Van Der Velpen IF, Melis RJ, Hussainali RF, Perry M, Vernooij-Dassen MJ, Ikram MA, Luik AI, Vernooij MW. Determinants Of Social Health Trajectories During The COVID-19 Pandemic In Older Adults: The Rotterdam Study. *International Psychogeriatrics*. 2024;36(8):628-42.
20. Dalvandi A, Maddah Sadat SB, Khankeh H, Bahrami F, Parvaneh Sh, Hesam Zadeh A, Dalvandi N, Kiani T. The Health-Oriented Lifestyle In Islamic Culture. *Journal Of*

- Qualitative Research In Health Sciences. 2012;1(4):332-343.
21. Tofighi M. A Comparative Study Of Mental Health And Personality Traits In Fertile And Infertile Couples Seeking Infertility Treatment At Noviad. Master's Thesis, Allameh Tabataba'i University, 2017.
  22. Vadadhir A, Sadati SM, Hani Ahmadi B. Women's Health From The Perspective Of Health And Medical Journals In Iran. *Women's Research Journal*. 2018; 6(2): 33-45.
  23. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion In Nursing Practice*; 2018.
  24. Jones N, Furlanetto DL, Jackson JA, Kinn S. An Investigation Of Obese Adults' Views Of The Outcomes Of Dietary Treatment. *Journal Of Human Nutrition And Dietetics*. 2007;20(5):486-94.
  25. Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness And Health-Related Behaviors: A Meta-Analysis Of The Leading Behavioral Contributors To Mortality. *Psychological Bulletin*. 2004;130(6):887.
  26. Lee J, Choo CW, Moon KY, Lyu SW, Kim H, Lee JY, Lee JR, Jee BC, Hwang K, Kim SH, Park SK. Risk Factors For Infertility In Korean Women. *Journal Of Korean Medical Science*. 2024;39(10).
  27. Keyes CL. Social well-being. *Social psychology quarterly*. 1998;121-40.
  28. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996;13:120-6.
  29. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2011;20(1):102-13. [In Persian]
  30. Hasanpour-Dehkordi A, Omidi M, Ganji F, Baghbahadorani FK, Lotfizadeh M. Perceived social support and its related factors among infertile women attending the infertility clinic in Shahrekord. *Clin J Nurs Midwifery*. 2019;9(2):667-77.
  31. Van Dammen L, Wekker V, Van Oers AM, Mutsaerts MA, Painter RC, Zwinderman AH, et al. Effect of a lifestyle intervention in obese infertile women on cardiometabolic health and quality of life: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190662.
  32. Hocaoglu C. The psychosocial aspect of infertility. *Infertility, assisted reproductive technologies and hormone assays*. 2019;65:75-8.
  33. Jacobson MH, Chin HB, Mertens AC, Spencer JB, Fothergill A and Howards PP. Research on infertility: definition makes a difference revisited. *American journal of epidemiology*. 2018;187(2): 337-46.
  34. Parsamehr A, Mehraban M, Rasolinejad SP. Investigating the relationship between health-oriented lifestyle and social health among the people of Talesh. *Soc Dev*. 2015;10(1):35-66.
  35. Khan AR, Iqbal N, Afzal A. Impact of Infertility on mental health of women. *Int. J. Indian Psychol*. 2019;7(1):804-9.
  36. Kelly-Weeder S, Cox CL. The impact of lifestyle risk factors on female infertility. *Women and Health*. 2007;44(4):1-23.
  37. Bahiraei A, Bakouei F, Bakouei S, Ahmari Tehrani H. Social capital as an effective component of self-reported health among women of reproductive age: a population-based study. Presented at: Congress of Reproductive Health and Infertility Research Center; 2015.

38. Kheirjou E, Johari F, Ahadi H, Farshbaf Manisefat F. Comparison of health-promoting lifestyle in female patients with rheumatoid arthritis and healthy women, and its relationship with demographic factors. *Knowl Res Appl Psychol*. 2012;13(4):61–70.
39. Teskereci G, Oncel S. Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2013;39(6):476-92.
40. Kim S, Choi YS, Kim JS, Kim S, Cho S. Experiences of localization and removal of non-palpable subdermal contraceptive implants with ultrasound. *Obstetrics and Gynecology Science*. 2019;62(3):166.
41. Mohan S, Wilkes L, Jackson D. Lifestyle of Asian Indians with coronary heart disease: the Australian context. *Collegian*. 2008;15(3):115-21.
42. Kamboj N, Saraswathy KN, Prasad S, Babu N, Puri M, Sharma A, Dhingra S, Sachdeva MP, Mahajan C. Women infertility and common mental disorders: A cross-sectional study from North India. *PloS one*. 2023;18(1):e0280054.
43. Abbasi-Shavazi MJ, Razeghi-Nasrabad HB, Hosseini-Chavoshi M. Socio-economic security and fertility intention in Tehran City. *Journal of Population Association of Iran*. 2020;15(29):211-38. [In Persian]
44. Anderson K, Nisenblat V, Norman R. Lifestyle factors in people seeking infertility treatment—a review. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2010;50(1):8-20.

## A Study of Health-Oriented Lifestyle and Its Relationship with Social Health among Infertile Women Attending the Reproductive Health Research Center in Shiraz

Roghayeh Khosravi\*<sup>1</sup>, Serajaldin Mahmoudiani<sup>2</sup>, Maryam Rashidi<sup>3</sup>

- 1- Ph.D. Assistant Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
- 2- Ph.D. Associate Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
- 3- MS.c. Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

\*Corresponding Author: roghayeh.khosravi@gmail.com

Received: May 23, 2025

Accepted: Jun 21, 2025

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Today, social health, as one of the four main axes of health, has gained a special significance in developmental and human-centered approaches, leading to the conduct of theoretical studies and extensive operational programs worldwide.

**Materials and Methods:** This study investigates the relationship between a health-oriented lifestyle and social health in infertile women, as reported by the Shiraz Reproductive Health Research Center. The overall design of this study is descriptive-correlational. 385 infertile women referring to reproductive health research centers in Shiraz were selected from infertility treatment clinics in Shiraz using a convenience sampling method and completed the research instruments. Then, the collected information was analyzed. Data analysis was examined in two parts: descriptive and inferential statistics.

**Results:** Data analysis showed that a health-oriented lifestyle has a positive and significant relationship with social health and its dimensions, and that health-oriented lifestyle dimensions predict social health of infertile women. There is a significant relationship between social health and age. Social health among infertile women varies significantly by education and employment status. Also, there is no significant difference in social health among infertile women in terms of the number of abortions and duration of marriage.

**Conclusion:** According to the research findings, it can be said that educating infertile women about a health-oriented lifestyle can be effective in increasing their social health and, as a result, increasing the likelihood of infertility treatment success.

**Keywords:** Lifestyle, Health-Oriented, Social Health, Infertile Women

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.