

Investigating the General Health Status of Kerman Citizens and Some Related Factors

Sahar Aghamolaei¹, Hedayat Allah Nikkhah², Soodeh Maghsoodi³

Abstract

Background: The objective of this study was to investigate the general health status of Kerman citizens and some related factors.

Methodology: This cross-sectional and descriptive-analytical study was conducted in autumn of 2016. The statistical population included all citizens over 18 years old in Kerman. Using multistage sampling method, 400 individuals were selected as the sample. The utilized instruments were Goldberg General Health Scale (GHQ-28) and a questionnaire containing demographic, background, and social class information. Data were analyzed using SPSS-23 software as well as descriptive statistics, independent t-test and one-way ANOVA.

Results: The mean and standard deviation of the respondents' general health score was 28.66 ± 12.83 . Most respondents (63.7%) had some degree of physical and mental problems and thus were not in good general health status, of which 48.5% had mild symptoms, 12.2% had moderate symptoms, and 3% had severe symptoms. Moreover, men had higher general health than women ($P=0.011$). However, there was no significant relation between general health and age ($p=0.424$), marital status ($p=0.211$), area of residence ($p=0.300$), and social class ($P=0.183$).

Conclusion: More than half of the respondents had some degree of physical and mental problems and were not in good general health status. It is recommended that periodic screening as well as providing necessary training and consulting services be emphasized in order to improve the general health of citizens.

Keywords: General health, GHQ-28 questionnaire, Personal and social factors, Kerman citizens

Citation: Aghamolaei S, Nikkhah HA, Maghsoodi S. Investigating the general health status of Kerman citizens and some related factors. Health and Development Journal 2020; 9(3): 309-320. [In Persian]

 10.22062/JHAD.2020.91537

© 2020 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1- Master of Social Sciences Research, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran

2- Assistant Professor, Department of Social Sciences, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran

3- Associate Professor, Department of Social Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

Corresponding Author: Hedayat Allah Nikkhah **Email:** nikkhah@hormozgan.ac.ir

Address: Bandar Abbas, 9 km of Minab Road, University of Hormozgan, Faculty of Humanities, Department of Social Sciences

Tel: 09177111496 **Fax:** 07633711018

بررسی وضعیت سلامت عمومی شهروندان کرمان و برخی عوامل مرتبط با آن

سحر آقاملایی^۱، هدایت‌الله نیکخواه^۲، سوده مقصودی^۳

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه بررسی وضعیت سلامت عمومی شهروندان کرمان و برخی عوامل مرتبط با آن بود.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی، توصیفی - تحلیلی در پاییز ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه شهروندان بالای ۱۸ سال کرمان بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) و پرسش‌نامه‌ای حاوی اطلاعات فردی و زمینه‌ای و طبقه اجتماعی بود. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-23 و آماره‌های توصیفی، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی پاسخگویان $12/83 \pm 28/66$ بود. اکثر پاسخگویان (۶۳/۷ درصد) به درجاتی از مشکلات جسمی و روانی مبتلا بوده و در نتیجه از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند که ۴۸/۵ درصد دارای علائم خفیف، ۱۲/۲ درصد دارای علائم متوسط و ۳ درصد دارای علائم شدید بودند. همچنین، مردان از سلامت عمومی بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند ($P=0/11$). اما سلامت عمومی با سن ($P=0/424$)، وضعیت تأهل ($P=0/211$)، منطقه سکونت ($P=0/300$) و طبقه اجتماعی ($P=0/183$)، رابطه معنی‌داری نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از پاسخگویان به درجاتی از مشکلات جسمی و روانی مبتلا بوده و از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقاء سلامت عمومی شهروندان، بر غربالگری‌های دوره‌ای، ارائه آموزش‌های لازم و خدمات مشاوره‌ای تأکید شود.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، پرسش‌نامه GHQ-28، عوامل فردی و اجتماعی، شهروندان کرمان

مقدمه

در هر سیستم اجتماعی و سیاسی و نیز در هر موقعیت جغرافیایی تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف به چشم می‌خورد. امروزه شیوع بیماری‌ها علاوه بر علل زیستی بیولوژیکی و زیستی روانی با عوامل محیطی و اجتماعی نیز مرتبط است. سلامت افراد از نوع شغل، درآمد و محیط اجتماعی آنان متأثر است. رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌کند (۱). بعد اجتماعی سلامتی از دو جنبه قابل بررسی است. یکی ارتباط سالم فرد با جامعه،

خانواده و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه (۲،۳). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی یک مسئله چندبعدی است. حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند (۲). با توجه به این که سلامتی یک مسئله چندبعدی است و ابعاد مختلف سلامتی و بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند، لذا اقدامات انجام‌شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامت فردی و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد (۴-۲). با توجه به این که ارتقاء بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم

۱- کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

۲- استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

۳- دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

نویسنده‌ی مسئول: هدایت‌الله نیکخواه

آدرس: بندرعباس، کیلومتر ۹ جاده میناب، دانشگاه هرمزگان، دانشکده علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی

تلفن: ۰۹۱۷۷۱۱۱۴۹۶ فکس: ۰۷۶۳۳۷۱۱۰۱۸

(۲۴)، حیدری و همکاران (۲۵)، مقصودی (۲۶) و رومیوس و همکاران به نقل از سوری و همکاران (۲۷) اشاره کرد. در این مطالعات وضعیت سلامت عمومی افراد و ارتباط آن با عوامل و متغیرهایی همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع یا محل سکونت و سایر عوامل فردی و زمینه‌ای مورد توجه و بررسی قرار گرفته است.

تاکنون مطالعات گوناگونی در این زمینه انجام شده است، اما نکته حائز اهمیت این است که نتایج این مطالعات کافی و یکدست نمی‌باشند که لزوم بررسی‌های بیشتر را در این زمینه آشکار می‌کند. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و ضمن توجه به گسترده‌گی عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با سلامتی، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی شهروندان کرمان و برخی عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد بالای ۱۸ سال شهر کرمان بود که در پاییز سال ۱۳۹۵ در مناطق چهارگانه شهر کرمان ساکن بودند. بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ تعداد جمعیت بالای ۱۸ سال شهر کرمان ۳۵۹۱۱۵ نفر بود و تعداد جمعیت بالای ۱۸ سال ساکن در مناطق یک، دو، سه و چهار به ترتیب ۸۴۳۴۶، ۸۱۰۷۲، ۱۱۴۶۸۵ و ۷۹۰۱۲ نفر بود.

برای محاسبه حجم نمونه از فرمول محاسبه حجم نمونه برای نسبت استفاده شد. فراوانی وجود اختلالات ۰/۵ در نظر گرفته شد. دقت ۰/۹۵ و خطای قابل قبول ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در نهایت حجم نمونه ۳۸۵ نفر برآورد گردید (۲۸).

جهت اطمینان بیشتر این تعداد به ۴۰۰ نمونه افزایش یافت. در نهایت از هر منطقه به تعداد مساوی نمونه انتخاب و در هر منطقه ۱۰۰ پرسش‌نامه توزیع شد. همچنین در هر منطقه ۵۰ پرسش‌نامه به مردان و ۵۰ پرسش‌نامه به زنان اختصاص داده شد. نمونه‌گیری به شیوه چندمرحله‌ای و ترکیبی از نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای، انجام گرفت. در شهر کرمان چهار منطقه وجود دارد که از هر منطقه چند

توسعه و پیشرفت جوامع است و داشتن جسم و روح سالم یکی از زیربناهای مهم توسعه همه‌جانبه هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد، لذا برای بهبود جمعیت انسانی و توسعه کشور، حفظ تندرستی و وضعیت سلامتی در ابعاد مختلف (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به‌طور عام برای تمام افراد، امری اجتناب‌ناپذیر است. اهمیت نقش انسان سالم در توسعه پایدار یک اصل علمی است. انسان سالم، انسانی است که از لحاظ جسم و روان سالم بوده و در یک محیط اجتماعی سالم زندگی نماید. بدون تردید وجود خلل در هر یک از این سه، فرآیند توسعه را کند خواهد کرد و بدون توسعه‌یافتگی نیز تأمین سلامت مردم دشوار خواهد بود (۷-۵). در اصل‌های سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به ضرورت تأمین بهداشت و درمان به‌عنوان نیازهای اساسی مردم تأکید شده است، چرا که سلامت افراد جامعه وسیله‌ای برای تکامل انسان است (۲).

تحقیقات نشان داده‌اند که سبک زندگی در ارتباط با وضعیت سلامت روانی و جسمی و نیز کیفیت زندگی افراد قرار می‌گیرد (۱۳-۸). تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت طیف گسترده‌ای را تشکیل می‌دهند (۱۷-۱۴). برخی از این عوامل عبارت‌اند از عوامل فردی، عوامل محیطی، عوامل اقتصادی و اجتماعی، شیوه‌های زندگی مردم، وسعت و کیفیت ارائه خدمات. عوامل فردی نظیر سن، جنس، شغل، طبقه اجتماعی، و وضع تغذیه نقش مهمی در سلامت افراد جامعه دارند (۱۸، ۴-۱).

تاکنون در مطالعات گوناگونی به بررسی وضعیت سلامتی و عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با آن پرداخته شده است. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که توسط شیبانی بر روی شهروندان کرمان انجام شد، نتایج نشان داد هر چه سبک و شیوه زندگی افراد به سبک زندگی سلامت‌محور نزدیک‌تر باشد، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیشتری برخوردارند (۱۹). مطالعات گوناگونی به بررسی وضعیت سلامت عمومی افراد و برخی عوامل و متغیرهای فردی و زمینه‌ای مرتبط با آن پرداخته‌اند. از مهم‌ترین این مطالعات می‌توان به پژوهش‌های صمیمی و همکاران (۲۰)، بیگلر و همکاران (۲۱)، انصاری و همکاران (۲۲)، امیدیان (۲۳)، سلطانی

یک گروه دارد. یا به مرتبه اقتصادی - اجتماعی یک گروه در مقایسه با گروه‌های دیگر گفته می‌شود. پایگاه بازتاب‌دهنده عواملی هم چون منشأ خانوادگی رفتار، تحصیلات و ویژگی‌های مشابه است (۳۲-۳۰). در این مطالعه، شاخص پایگاه اقتصادی - اجتماعی پاسخگویان بر مبنای پژوهش کاظمی پور تدوین شد و شامل تحصیلات، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل، شغل پدر، شغل مادر و درآمد بود (۳۵).

مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) پرسش‌نامه سلامت عمومی است که اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم گردید. پرسش‌نامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) توسط گلدبرگ و هیلر از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسش‌نامه به بررسی وضعیت سلامت عمومی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. این پرسش‌نامه از چهار خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس اول، سؤالات مربوط به سنجش علائم جسمانی، که به ترتیب سؤالات ۱ تا ۷ است؛ خرده‌مقیاس دوم، سؤالات مربوط به سنجش اضطراب و بی‌خوابی، که به ترتیب سؤالات ۸ تا ۱۴ است؛ خرده‌مقیاس سوم، سؤالات مربوط به سنجش اختلال در کارکرد اجتماعی، که به ترتیب سؤالات ۱۵ تا ۲۲ است؛ و خرده‌مقیاس چهارم، سؤالات مربوط به سنجش افسردگی، که به ترتیب سؤالات ۲۲ تا ۲۸ است، می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری در این پرسش‌نامه، به روش لیکرت و به ترتیب از صفر تا ۳ برای گزینه‌های (الف) تا (د) است. نمرات آزمودنی در هر زیرمقیاس می‌تواند حداقل صفر و حداکثر ۲۱ و نمره کل پرسش‌نامه می‌تواند حداقل صفر و حداکثر ۸۴ باشد. نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است. جهت بررسی سلامت عمومی پاسخگویان از نقطه برش ۶ برای هر یک از شاخص‌ها و نقطه برش ۲۳ برای کل آزمون استفاده شد. به طوری که در هر خرده‌مقیاس نمره ۶ و بالاتر و در مجموع نمره ۲۳ و بالاتر از آن بیانگر این است که پاسخگویان مشکوک به اختلال در سلامتی می‌باشند، به عبارتی هر قدر نمره کل آزمون ۲۳ و بیشتر از آن باشد سلامت عمومی

حوزه به گونه تصادفی برگزیده و سپس درون هر حوزه تعدادی بلوک انتخاب شد. بلوک‌های کوچک‌تر به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند. خانوارهای درون خوشه‌ها مورد بررسی قرار گرفته و در صورت وجود فردی با شرایط سنی مورد نظر در خانواده که حاضر به پاسخگویی بود، پرسش‌نامه در اختیار وی قرار می‌گرفت و پس از تکمیل به پرسشگر عودت داده می‌شد. پژوهشگر با دادن توضیحات کافی در خصوص هدف پژوهش و آگاه نمودن شرکت‌کنندگان از مطالعه، پرسش‌نامه را در اختیار آنان قرار می‌داد.

شرکت در مطالعه اختیاری و با کسب رضایت شرکت‌کنندگان بود و شرکت‌کنندگان هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه بوده و صرفاً برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین به منظور رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، نام و نام خانوادگی آن‌ها ثبت نشد. برای اطمینان از روند کار، فرآیند پرسشگری توسط خود پژوهشگر انجام شد.

ملاک‌های ورود در این مطالعه این بود که فرد در یکی از مناطق چهارگانه شهر کرمان ساکن باشد، سوء مصرف مواد یا دارو نداشته باشد، بیماری خاص یا معلولیت نداشته باشد، سن وی بالای ۱۸ سال باشد و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش داشته باشد. ابوالحسنی و همکاران (۲۹) نیز در بررسی سلامت عمومی دانشجویان یکی از معیارهای ورود به مطالعه را عدم وجود مشکلات جسمی بارز و آشکار عنوان کردند. همچنین انصاری و همکاران (۲۲) عدم وجود مشکلات روانی را یکی از معیارهای ورود به مطالعه خود و حیدری و همکاران (۲۵) نیز یکی از معیارهای ورود به مطالعه خود را عدم سابقه بیماری‌های روانی و مصرف داروهای روان پزشکی عنوان کردند. ملاک‌های خروج دیگر عدم تمایل به همکاری و پاسخگویی ناقص به سؤالات پرسش‌نامه بود.

ابزار مورد استفاده مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (General Health Questionnaire (GHQ-28) و پرسش‌نامه‌ای حاوی اطلاعات فردی و زمینه‌ای و طبقه اجتماعی بود. پایگاه اقتصادی - اجتماعی، پایگاهی است که فرد در میان

که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می نمودند. بنابراین، بر اساس نتایج این تحقیق، فرم ۲۸ سؤالی پرسش نامه سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش های مختلف شناخته شد (۳۷).

داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS-23 در دو بخش توصیفی و استنباطی آنالیز شدند. در بخش توصیفی از آماره های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه بهره گرفته شد. سطح معنی داری (P-value) نیز کمتر یا مساوی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این مقاله دارای کد اختصاصی کمیته اخلاق HUMS.REC.1395.147 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان می باشد.

نتایج

فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ نشان داده شده است. بیشترین فراوانی پاسخگویان در رده بالای پایگاه اقتصادی - اجتماعی (۲۳ درصد) متعلق به منطقه دو و بیشترین فراوانی پاسخگویان در رده پایین پایگاه اقتصادی - اجتماعی (۷۰/۲ درصد) متعلق به منطقه چهار بود.

آزمودنی، خطرناک تر است. در ایران پژوهش های زیادی روایی و پایایی این ابزار را تأیید کرده اند. برای مثال یعقوبی و همکاران با استفاده از روش باز آزمایی، ضریب پایایی آن را ۰/۸۸ گزارش کرده اند (۳۶). تقوی نیز پایایی پرسش نامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش باز آزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. پایایی پرسش نامه سلامت عمومی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین، در پژوهش تقوی برای مطالعه روایی پرسش نامه سلامت عمومی از سه روش روایی هم زمان، هم بستگی خرده آزمون های این پرسش نامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی هم زمان پرسش نامه سلامت عمومی از طریق اجرای هم زمان با پرسش نامه بیمارستان میدلسکس (Middlesex Hospital questionnaire) انجام گردید که ضریب هم بستگی آن ۰/۵۵ بود. ضرایب هم بستگی بین خرده آزمون های این پرسش نامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسش نامه بود.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیرهای زمینه ای

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
جنس	مرد	۲۰۰	۵۰
	زن	۲۰۰	۵۰
سن	۱۸-۳۰	۱۸۶	۴۶/۷
	۳۱-۴۳	۱۲۰	۳۰/۲
	۴۴-۵۶	۶۴	۱۶/۱
	۵۷-۶۹	۲۱	۵/۳
	۷۰-۸۲	۷	۱/۸
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱۱	۲۸/۶
	متاهل	۲۶۱	۶۷/۳
	بدون همسر	۱۶	۴/۱
منطقه سکونت	منطقه یک	۱۰۰	۲۵
	منطقه دو	۱۰۰	۲۵
	منطقه سه	۱۰۰	۲۵
	منطقه چهار	۱۰۰	۲۵
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	بالا	۴۴	۱۰/۹
	متوسط	۱۸۷	۴۶/۹
	پایین	۱۶۹	۴۲/۲

میانگین (بهترین وضعیت) مربوط به خرده‌مقیاس افسردگی (۲/۹۷) است. میانگین کل پرسش‌نامه سلامت عمومی نیز ۲۸/۶۶ بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و ابعاد مختلف آن را نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های موجود در این جدول، بیشترین میانگین (بدترین وضعیت) مربوط به خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی (۱۱/۲۷) و کمترین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و ابعاد آن

ابعاد سلامت عمومی	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	۷/۳۷	۴/۱۵
اضطراب و بی‌خوابی	۷/۰۴	۴/۶۹
اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۱/۲۷	۳/۸۳
افسردگی	۲/۹۷	۴/۱۴
سلامت عمومی	۲۸/۶۶	۱۲/۸۳

بالای ۲۲ بوده و از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. از این تعداد ۱۹۴ نفر (۴۸/۵ درصد) از پاسخگویان با نمره ۲۳-۴۰ دارای اختلالات جسمی و روانی خفیف، ۴۹ نفر (۱۲/۲ درصد) از پاسخگویان با نمره ۴۱-۶۰ دارای اختلالات جسمی و روانی متوسط و ۱۲ نفر (۳ درصد) از پاسخگویان با نمره ۶۱-۸۴ دارای اختلالات جسمی و روانی شدید بودند.

جدول ۳ وضعیت سلامت عمومی پاسخگویان را با توجه به نقاط برش مقیاس سلامت عمومی نشان می‌دهد. ۱۴۵ نفر (۳۶/۳ درصد) از پاسخگویان با نمره ۰-۲۲ دارای اختلالات جسمی و روانی نبوده؛ یا از کمترین حد اختلالات جسمی و روانی برخوردار بودند، در نتیجه از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار بودند. سایر پاسخگویان، ۲۵۵ نفر (۶۳/۷ درصد)، دارای نمره

جدول ۳. وضعیت سلامت عمومی پاسخگویان با توجه به نقطه برش مقیاس سلامت عمومی

وضعیت سلامت عمومی	نقطه برش	فراوانی	
		تعداد	درصد
سالم	۰-۲۲	۱۴۵	۳۶/۳
هیچ یا کمترین حد اختلالات جسمی و روانی	۲۳-۴۰	۱۹۴	۴۸/۵
اختلالات جسمی و روانی خفیف	۴۱-۶۰	۴۹	۱۲/۲
مشکوک به اختلال	۶۱-۸۴	۱۲	۳
اختلالات جسمی و روانی شدید			

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از پاسخگویان مشکوک به اختلالات جسمی و روانی بوده و بنابراین از وضعیت سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. مطالعات گوناگونی که با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی افراد در ایران با استفاده از مقیاس سلامت عمومی انجام شدند، حاکی از وجود درجات مختلفی از مشکلات جسمی و روانی در پاسخگویان بودند.

نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت عمومی برحسب جنس (آزمون t) نشان داد که مردان از سلامت عمومی بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند ($P=0/011$). اما میانگین سلامت عمومی با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری نداشت. همچنین، نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه (آزمون F) نشان داد که سلامت عمومی در این جمعیت با سن، منطقه سکونت و پایگاه اقتصادی-اجتماعی ارتباط معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون‌های تفاوت میانگین (تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه) سلامت عمومی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	طبقات	میانگین	انحراف معیار	مقدار t، مقدار F	سطح معنی داری																																																			
جنس	مرد	۲۷/۰۳	۱۱/۵۸	-۲/۵۶۵	۰/۰۱۱																																																			
	زن	۳۰/۳۰	۱۳/۸۱			وضعیت تأهل	مجرد	۲۷/۴۰	۱۲/۹۶	-۱/۲۵۳	۰/۲۱۱	متأهل	۲۹/۲۲	۱۲/۷۹	۱۸-۳۰	۲۸/۶۵	۱۳/۹	۳۱-۴۳	۲۹/۳۵	۱۲/۴۵	سن	۴۴-۵۶	۲۶/۳۹	۱۰/۱۲	۰/۹۶	۰/۴۲۴	۵۷-۶۹	۳۱/۷۱	۱۴/۱۴	۷۰-۸۲	۳۱/۵۷	۶/۷۵	منطقه یک	۲۷/۹۱	۱۲/۴۸	منطقه سکونت	منطقه دو	۲۷/۳۴	۱۲/۹۹	۱/۲۲	۰/۳۰۰	منطقه سه	۲۸/۸۲	۱۲/۷۸	منطقه چهار	۳۰/۵۹	۱۳/۰۴	بالا	۲۷/۹۴	۹/۹۲	پایگاه اقتصادی اجتماعی	متوسط	۲۶/۸۰	۱۲/۴۱	۱/۷۱	۰/۱۸۳
وضعیت تأهل	مجرد	۲۷/۴۰	۱۲/۹۶	-۱/۲۵۳	۰/۲۱۱																																																			
	متأهل	۲۹/۲۲	۱۲/۷۹																																																					
	۱۸-۳۰	۲۸/۶۵	۱۳/۹																																																					
	۳۱-۴۳	۲۹/۳۵	۱۲/۴۵																																																					
سن	۴۴-۵۶	۲۶/۳۹	۱۰/۱۲	۰/۹۶	۰/۴۲۴																																																			
	۵۷-۶۹	۳۱/۷۱	۱۴/۱۴																																																					
	۷۰-۸۲	۳۱/۵۷	۶/۷۵																																																					
	منطقه یک	۲۷/۹۱	۱۲/۴۸																																																					
منطقه سکونت	منطقه دو	۲۷/۳۴	۱۲/۹۹	۱/۲۲	۰/۳۰۰																																																			
	منطقه سه	۲۸/۸۲	۱۲/۷۸																																																					
	منطقه چهار	۳۰/۵۹	۱۳/۰۴																																																					
	بالا	۲۷/۹۴	۹/۹۲																																																					
پایگاه اقتصادی اجتماعی	متوسط	۲۶/۸۰	۱۲/۴۱	۱/۷۱	۰/۱۸۳																																																			
	پایین	۲۳/۸۹	۱۰/۹۴																																																					

همکاران در این زمینه همسو می‌باشد. عدم وجود ارتباط معنی دار بین سن و وضعیت سکونت با سلامت عمومی در هر دو مطالعه در یک راستا می‌باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه بیگلر و همکاران که در بین مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، بیش از دو سوم پاسخگویان از نظر وضعیت روانی و جسمی و در نهایت از نظر وضعیت عمومی در سلامت بودند. همچنین مطالعه بیگلر و همکاران نشان داد که ۳۶ درصد از پاسخگویان دارای اختلال در کارکرد اجتماعی بودند (۲۱). با توجه به این که در مطالعه حاضر بیش از نیمی از پاسخگویان مشکوک به اختلالات جسمی و روانی بودند، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه بیگلر و همکاران که وضعیت سلامت عمومی مناسب‌تری را در پاسخگویان خود گزارش کرده‌اند، همسو نمی‌باشد. اما با توجه به این که بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر نیز از بین حیطه‌های مختلف سلامت عمومی، اختلال در کارکرد اجتماعی، شایع‌ترین اختلال در بین پاسخگویان بود، مطالعه حاضر با مطالعه بیگلر و همکاران در این زمینه همسو می‌باشد. این موضوع بیانگر

بر اساس یافته‌های مطالعه صمیمی و همکاران که در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، ۷۱/۷ درصد از پاسخگویان از نظر سلامت عمومی در وضعیت مطلوبی قرار داشتند، ۲۶/۷ درصد تا حدی مطلوب و ۱/۶ درصد از آنان از نظر سلامت عمومی در وضعیتی نامطلوب قرار داشتند. بر اساس یافته‌های این مطالعه سلامت عمومی پاسخگویان با جنس ارتباط معنی داری داشت، به طوری که مردان از وضعیت سلامت عمومی مطلوب‌تری نسبت به زنان برخوردار بودند. از سایر یافته‌های این مطالعه می‌توان به عدم وجود ارتباط معنی دار بین سن و وضعیت سکونت پاسخگویان با سلامت عمومی آنان اشاره کرد (۲۰). با توجه به این که در مطالعه حاضر ۶۳/۷ درصد از پاسخگویان مشکوک به اختلالات جسمی و روانی بودند، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه صمیمی و همکاران که وضعیت سلامت عمومی مناسب‌تری را در پاسخگویان خود گزارش کرده‌اند، همسو نمی‌باشد. همچنین مطالعه حاضر که بیانگر برخورداری زنان از سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به مردان است، با مطالعه صمیمی و

اهمیت بعد اجتماعی سلامت می‌باشد. باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دو آنها بر جامعه، و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه (بعد اجتماعی سلامت) توجه داشته باشد (۲).

بر اساس یافته‌های مطالعه انصاری و همکاران که در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، ۳۸/۸ درصد از پاسخگویان مشکوک به اختلالات روانی یا جسمی بودند. همچنین بر اساس دیگر یافته‌های این مطالعه، وضعیت سلامت عمومی پاسخگویان با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری را نشان داد به طوری که بیشترین مشکل در پاسخگویان مجرد بود. اما در این مطالعه بین وضعیت سلامت عمومی پاسخگویان با سن و وضعیت سکونت آنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۲۲). با توجه به این که انصاری و همکاران وضعیت سلامت عمومی مناسب‌تری نسبت به مطالعه حاضر در پاسخگویان خود گزارش کرده‌اند، نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه حاضر در این زمینه همسو نمی‌باشد. همچنین مطالعه حاضر که بیانگر عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین وضعیت تأهل و سلامت عمومی پاسخگویان است با مطالعه نامبرده در این زمینه همسو نمی‌باشد. اما عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین سن و وضعیت سکونت در این مطالعه با یافته‌های مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه امیدیان که در بین دانشجویان دانشگاه یزد با استفاده از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، ۵۶/۷ درصد از پاسخگویان مشکلات روان‌شناختی نداشته و سالم بودند، ۲۷/۷ درصد به مشکلات متوسط دچار بودند و ۱۵/۷ درصد مشکلات جدی داشته و به خدمات پزشکی نیاز داشتند (۲۳). با توجه به این که

یافته‌های مطالعه امیدیان نشان‌دهنده سلامت عمومی مطلوبی در بیش از نیمی از پاسخگویان می‌باشد، مطالعه نامبرده در این زمینه با مطالعه حاضر که سلامت عمومی نامطلوب‌تری را در پاسخگویان نشان می‌دهد، همسو نمی‌باشد.

بر اساس در مطالعه حیدری و همکاران که بین کارکنان درمانی بیمارستان ولیعصر (عج) بروجن با استفاده از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، ۵۹/۸ درصد از پاسخگویان مشکوک به اختلالات سلامتی بودند. همچنین در این مطالعه بین جنسیت و وضعیت تأهل با سلامت عمومی تفاوت آماری معناداری مشاهده شد. به طوری که مردان نسبت به زنان و متأهلین نسبت به مجردین از سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار بودند (۴). با توجه به این که یافته‌های مطالعه حیدری و همکاران نشان‌دهنده این است که سلامت عمومی بیش از نیمی از پاسخگویان در وضعیت مطلوبی قرار ندارد، مطالعه نامبرده در این زمینه با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. اما برخورداری مردان از سلامت عمومی پایین‌تر نسبت به زنان برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین یافته‌های مبنی بر وجود ارتباط معنی‌دار بین وضعیت تأهل و سلامت عمومی در مطالعه نامبرده، با یافته‌های مطالعه حاضر که بیانگر عدم وجود تفاوت آماری معنی‌دار بین این دو متغیر است، در یک راستا نمی‌باشند.

بر اساس مطالعه مقصودی و همکاران که در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان با استفاده از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، یافته‌ها حاکی از این بود که ۳۳/۶ درصد از پاسخگویان مشکوک به اختلالات روانی یا جسمی بودند. سلامت عمومی پاسخگویان با وضعیت اقتصادی رابطه مستقیم داشت به طوری که پاسخگویانی که سطح اقتصادی بالاتری داشتند از وضعیت سلامتی بهتری برخوردار بودند. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد سلامت عمومی پاسخگویان با جنس، سن، وضعیت تأهل و وضعیت سکونت رابطه معنی‌داری نداشت (۲۶). با توجه به این که مقصودی و همکاران وضعیت سلامت عمومی مناسب‌تری نسبت به مطالعه حاضر در پاسخگویان خود

جامعه هستند و علاوه بر نقش تربیتی، از نقش های اجتماعی متعددی نیز برخوردارند. زنان بار مسئولیت های مرتبط با نقش های همسری و مادری را بر عهده دارند و توأمان به ایفای نقش در اجتماع نیز می پردازند. مسئولیت های زنان در نقش های چندگانه می تواند سلامت ایشان را به خطر بیندازد و فشار مضاعف نقش ها ممکن است آنان را به لحاظ جسمی و روحی دچار مشکل کند. لذا سلامت زنان جامعه به خصوص در عصر حاضر، حائز اهمیت بسیاری است و توجه زیادی را می طلبد.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، سن تعیین کننده مناسبی برای سلامت جسمی و روانی و در نتیجه سلامت عمومی پاسخگویان نبود. با این وجود یافته ها حاکی از آن است که گروه های سنی مختلف دارای مقادیر متفاوتی از اختلالات جسمی و روانی بودند. از دیگر نتایج مطالعه حاضر می توان به عدم وجود اختلاف معنی دار بین وضعیت تأهل و سلامت عمومی اشاره کرد. برخلاف مطالعه حاضر یافته های برخی از مطالعات نشان دادند که متأهلین از سلامت روانی بهتری نسبت به مجردین برخوردارند. این مطالعات از تأثیر حمایت روانی همسر در ایجاد آرامش به عنوان یکی از علل این امر یاد کردند. اما بر اساس یافته های مطالعه حاضر وضعیت تأهل تعیین کننده مناسبی برای وضعیت سلامت جسمی و روانی و در نتیجه سلامت عمومی پاسخگویان نبود. همچنین بر اساس یافته های مطالعه حاضر، وضعیت اقتصادی اجتماعی نیز تعیین کننده مناسبی برای سلامت جسمی و روانی و در نتیجه سلامت عمومی پاسخگویان نمی باشد. یکی از علل همسو نبودن این یافته ها با نتایج مطالعات دیگر را می توان تفاوت در نحوه سنجش وضعیت اقتصادی اجتماعی در مطالعات گوناگون دانست. همچنین امروزه دسترسی طبقات پایین جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی تا حدودی سبب ارتقاء سطح سلامت در این گروه ها شده است. علاوه بر این، درهم ریختگی طبقاتی در جامعه و پیچیدگی ها و ابهامات تحلیل دنیای اجتماعی سبب دشواری سنجش عوامل اجتماعی و ارتباط آن با مسائل و موضوعات گوناگون از جمله سلامتی شده است. در مطالعه حاضر نیز با طیف وسیعی از پاسخگویان

گزارش کرده اند، نتایج این مطالعه با یافته های مطالعه حاضر در این زمینه همسو نمی باشد. از دیگر یافته های مطالعه نامبرده وجود رابطه معنادار بین وضعیت اقتصادی و سلامت عمومی بود که این یافته با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر عدم وجود رابطه معنادار بین وضعیت اقتصادی اجتماعی و سلامت عمومی همسو نمی باشد. علاوه بر این یافته های مطالعه مقصودی و همکاران مبنی بر عدم وجود ارتباط معنادار بین جنس و وضعیت سلامت عمومی پاسخگویان برخلاف نتایج مطالعه حاضر می باشد. اما یافته های مطالعه نامبرده مبنی بر عدم وجود ارتباط معنادار بین سن، وضعیت تأهل و وضعیت سکونت با وضعیت سلامت عمومی پاسخگویان با مطالعه حاضر در یک راستا می باشند.

یافته های مطالعه سلطانی که در بین دانشجویان دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی آجا با استفاده از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) انجام شد، حاکی از این بود که ۶۸ درصد از پاسخگویان دارای از سلامت عمومی مناسبی برخوردار بودند و ۳۲ درصد از آنان مشکوک به اختلال روانی و جسمی بودند (۲۴). با توجه به این که در مطالعه انجام شده توسط سلطانی پاسخگویان از وضعیت سلامت عمومی مناسب تری نسبت به پاسخگویان در مطالعه حاضر برخوردار بودند، بنابراین نتایج مطالعه نامبرده با یافته های مطالعه حاضر در این زمینه همسو نمی باشد.

به طور کلی در تحقیق حاضر از بین عوامل فردی و زمینه ای مرتبط با سلامت عمومی، جنسیت تنها عامل تعیین کننده سلامت عمومی جمعیت مورد مطالعه بود. نتایج نشان داد که زنان نسبت به مردان از سلامت عمومی پایین تری برخوردارند. در عصر حاضر سلامت روان یکی از مهم ترین شاخص های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می شود و مورد توجه متصدیان امر بهداشت، پزشکان و دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری قرار گرفته است. منظور از بهداشت روان این است که فرد بتواند فعالیت های روزمره خود را به خوبی انجام دهد و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار کند. در نتیجه از سطح سلامت مطلوبی برخوردار خواهد بود. زنان جزء لاینفک تمامی بخش های

روبرو هستیم که نمایندگان طبقات گوناگون اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌باشند، دارای پایگاه شغلی و تحصیلی گوناگون بوده و در محلات مختلف ساکن هستند. این عوامل بیانگر درهم‌ریختگی طبقاتی، فرهنگی و اجتماعی در جمعیت مورد بررسی است و این ناهمگونی عملاً واریانس سلامت عمومی را افزایش داده در نهایت نتایج آزمون را تحت تأثیر قرار داده است.

به‌طور کلی وجود شرایط زمینه‌ای متفاوت اعم از شرایط فردی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از مهم‌ترین علل تأثیرگذار در نتایج ناهمسان در مطالعات گوناگون می‌باشند. همچنین باید توجه داشت که مفهوم سلامتی، مطلق نبوده و یک مفهوم نسبی است و هر فرد در مقایسه خود با شرایط قبلی اش و یا مقایسه خود با دیگران، آن را معنی می‌کند و در زمان‌ها و مکان‌های مختلف ممکن است مفهوم آن متفاوت باشد. همچنین، سلامتی تحت تأثیر علل گوناگونی است و نمی‌توان آن را به یک علت خاص محدود کرد.

قابل ذکر است که اگرچه مقیاس سلامت عمومی به‌طور قطع قادر به اثبات مشکلات جسمی و روانی افراد نیست، اما در شناسایی افرادی که در معرض خطر قرار دارند، حائز اهمیت است. لذا انجام این مطالعه در سطح جامعه به‌منظور غربالگری‌های دوره‌ای جهت تشخیص و اقدام به‌موقع از سوی متصدیان امر بهداشت و سلامت جامعه از اهمیت بسیاری برخوردار است.

دشواری توزیع پرسش‌نامه در مناطق چهارگانه شهری که وقت و هزینه زیادی را که گرفت و همچنین ناامنی ناشی از پرسشگری در محله‌های گوناگون سطح شهر و لزوم برقراری تعامل با طیف وسیعی از افراد جامعه، از مشکلات اساسی پژوهش حاضر بودند. عدم همکاری برخی از افراد و خودداری از تکمیل پرسش‌نامه، وجود پرسش‌نامه‌های ناقص و مفقود شدن تعدادی از پرسش‌نامه‌ها (بین ۵ تا ۱۰ درصد نمونه اولیه) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. به

منظور جلوگیری از کاهش حجم نمونه اولیه با مراجعه به نمونه‌های جدید اقدام به پرسشگری مجدد شد. در نتیجه حجم نمونه اولیه با کاهش مواجه نگشت و در نهایت ۴۰۰ پرسش‌نامه به‌طور صحیح تکمیل شد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، بیش از نیمی از پاسخگویان از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. همچنین، از بین حیطه‌های مختلف سلامت عمومی، شایع‌ترین اختلال در بین پاسخگویان، اختلال در کارکرد اجتماعی بود. اهمیت بعد اجتماعی سلامتی در ارتباط سالم فرد با جامعه، خانواده، محیط شغلی و همچنین در سلامت کلی جامعه، لزوم توجه بیش از پیش به ابعاد و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی را نشان می‌دهد. در این مطالعه زنان از سلامت عمومی کمتری نسبت به مردان برخوردار بودند. لذا توجه به وضعیت سلامت عمومی شهروندان کرمان به‌خصوص زنان، از اهمیت بالایی برخوردار است. پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء سلامت عمومی شهروندان بر غربالگری‌های دوره‌ای، آموزش‌های لازم و خدمات مشاوره‌ای تأکید شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی با رویکرد پزشکی اجتماعی با عنوان «بررسی رابطه سبک زندگی (سنتی و مدرن) با سلامت عمومی در جمعیت بالای ۱۸ سال کرمان در سال ۱۳۹۵» است. نویسندگان از کلیه کسانی که در این پژوهش همکاری کرده و صادقانه به تکمیل پرسش‌نامه پرداختند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی نداشتند.

References

1. Motlaq ME, Oleiaei Manesh A, Beheshtian M. Health and its determinants of social issues. 2th

ed. Tehran: Movafagh; 2008. [In Persian]

2. Seyed Nozadi M. Comprehensive public health book, health and disease. Tehran: Arjmand; 2006. [In Persian]

3. Seyed Nozadi M. General and principles of epidemiology. Tehran: Waqefi; 2001.
4. Hatami H, Heidari K. Public health from the medical point of view of the ancestors. In Hatami H, Razavi M (Eds.), Comprehensive public health. Tehran: Arjmand; 2019.
5. Rabiei M, Heydari S, ShariatBahadori M, Kani S. The impact of health indicators on economic growth: a case study of developed and developing countries. *Economic Journal*. 2013;13(7-8):73-88. [In Persian]
6. Omidi R, Ghaffari G. Quality of life, social development index. Tehran: Shirazeh; 2009. [In Persian]
7. Ghaffary G, Karimi A, Nowzeri H. Trend study of quality of life in Iran. *Social Studies and Research In Iran*. 2012; 1(3):107-134. [In Persian]
8. Azam R, Akbar S, Danish M. Consumption style among young adults toward their shopping behavior: an empirical study in Pakistan. *Business and Management Research*. 2012;1(4): 109-116. doi: 10.5430/bmr.v1n4p109.
9. Badaoui K, Lebrun AM, Bouchet P. Clothing style, music, and media influences on adolescents' brand consumption behavior. *Psychology & Marketing*. 2012; 29(8):568-582. doi: 10.1002/mar.20544.
10. Dominic D. A sociological analysis of lifestyle changes and consumption patterns of migrant professionals at Doha. *IOSR-JHSS*. 2014; 19(6):19-24. doi: 10.9790/0837-19641924.
11. Hammig O, Gutzwiller F, Kawachi I. The contribution of lifestyle and work factors to social inequalities in self-rated health among the employed population in Switzerland. *Social Science & Medicine*. 2014; 121:74-84. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.041.
12. Maycroft N. Cultural consumption and the myth of life-style. *Capital & Class*. 2004; 28(3):61-75. doi: 10.1177/030981680408400105.
13. Veal AJ. The concept of Life style:A review. *Leisure Studies*,12(4):233-252.
14. Kaldi A, Kabiran Einoddin H, Mohagheghi Kamal, S, Rezasoltani, P. The evaluation of relationship between health-promoting lifestyle and quality of life (case of study: university of social welfare and rehabilitation sciences students in Tehran). *Journal of Iranian Social Development Studies*, 2014; 6(4):87-95. [In Persian]
15. Khatami Sarvi Kh. A Comparative Study of health-based lifestyle of Yazd university and Yazd University Students. [Master Dissertation]. Yazd: Yazd University; 2014. [In Persian]
16. Naghibi F, Golmakani N, Esmaily H, Moharari F. The relationship between life style and the health related quality of life among the girl students of high schools in Mashhad, 2012-2013. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2013; 16(61):9-19. doi: 10.22038/ijogi.2013.1661. [In Persian]
17. Tol A, Tavassoli E, Sharifi Rad GhR, Shojaeizadeh D. A study of health promoting lifestyle and its relationship with quality of life in undergraduate students of Isfahan university of medical sciences. *J Edu Health Promot*. 2013; 2:11. doi: 10.4103/2277-9531.108006
18. Yarai N. Healthy lifestyle, excerpted from two scientific, educational, cancer knowledge. *Information Journals*. 2012; 27:19-22. [In Persian]
19. Sheybani S. Sociological study of the relationship between lifestyle and health with emphasis on social factors affecting health in Kerman citizens. [Master Dissertation]. Kerman: Shahid Bahonar University of Kerman; 2014. [In Persian]
20. Samimi R, Masrure Rodsary D, Hosseini F, Tamadonfar M. T Correlation between lifestyle and general health in university students. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 19(48):83-93. [In Persian]
21. Biglar M, Hayati Y, Rahmani H, Rajabnezhad Z, Dargahi H. Study of general health among Tehran university of medical sciences hospital's administrators. *Payavard*. 2014; 8(1):13-24. [In Persian]
22. Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasanim M. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan university of medical sciences in 2007. *J Res Med Sci*. 2008 ; 9(4):295-304. [In Persian]
23. Omidian M. The study of general health status and welfare, students in Yazd. *Education Studies and Psychology*. 2010; 10(1):101-116. [In Persian]
24. Soltani N. General health status of nursing students in AJA University of Medical Sciences. *MCS*. 2016; 2(4):191-196. [In Persian]
25. Heidari M, Hasani P, Shirvani M. Evaluation of the general health status and its related factors in medical staffs of Borujen Valyasar hospital. *Community Health Journal*. 2017; 7(1):42-49. [In Persian]
26. Maghsoudi A, Tabrizi R, Haghdoost A, Eslami Shahrebabaki M. The Study of General Health Status and Its Affecting Factors On Students of Kerman University of Medical Sciences in 2012. *J Jiroft Univ Med Sci*. 2015; 1(1):59-67. [In Persian]
27. Surrey A, Hashemi N, Shakib M. Check the status of lifestyle and its relation to mental health in the province of police command staff. *Boushehr Danesh Entezami*, 2012; 2(7):1-32. [In Persian]
28. Rafipoor F. Excavations and assumptions: An introduction to methods of community cognition

- and social research. 21th ed. Tehran: Publishing Joint Stock Company; 2015. [In Persian]
29. Abolhassani M, Mehravar F, Eftekhari N, Talebi M, Saemi M, Karimi A et al. The relationship between internet addiction and general health in nursing students at Shahroud university of medical sciences in 2015: A short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017; 16(3):275-282. [In Persian]
30. Blake N. Social research design. In H Chavoshian (Ed.). 17th ed. Tehran: Ney; 2013. [In Persian]
31. De Vaus, DA. Surveying social research. In H Naebi (Ed.). Tehran: Ney; 2011. [In Persian]
32. Cohen B. Introduction to sociology. In GA Tavassoli, R Fazel (Es.). Tehran: Samt; 1993. [In Persian]
33. Bourdieu P. HCst. Distinction: The Social Critique of Enlightened Judgments. Edition S, editor. Tehran: Sales 2012. [In Persian]
34. Abazary Y, Chavooshiyan H. From social class to lifestyle', new approaches in sociological analysis of social identity. *Journal of Social Sciences Letter*. 2002; 20:3-27. [In Persian]
35. Kazemipour Sh. A model for determining socioeconomic status of individuals and measuring social mobility based on a case study in Tehran. *Journal of Social Sciences Letter*. 1999; 14:139-172. [In Persian]
36. Yaghubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in urabn and rural areas of sowmaesara-Gillan. *IJPCP*. 1995; 1(4):55-60. [In Persian]
37. Taghavi SMR. The normalization of general health questionnaire for Shiraz university students (GHQ-28). *Daneshvar Raftar*. 2008; 15(28):1-12. [In Persian]