

The Relationship between Socioeconomic Status with Mental and Physical Health

Sa-eideh Bazzazian
Islamic Azad University
Abhar Branch

Yadollah Raga-ei, PhD
Islamic Azad University
Abhar Branch

دکتر یدالله رجایی
دانشگاه آزاد اسلامی
واحد ابهر

سعیده بزازیان
دانشگاه آزاد اسلامی
واحد ابهر

Abstract

This research examined the relationship between the indicators of socioeconomic status (income, education, and occupation) and mental and physical health. 150 participants from Zanjan, Iran who worked as university presidents, professors, teachers, administrators, farmers and a few other employees were administered the Mental Health Inventory (Veit & Ware, 1983), the Physical Health Checklist (Boardman, 2004), and a demographic information questionnaire. Data were analyzed using multivariate analyses and chi square tests. Results showed a significant interaction effect of occupation and income on the psychological distress subscale of mental health. The relations between the level of education and two subscales of mental health (psychological well-being and distress) were significant, but between the level of education and physical health was not significant. Women as compared to men, showed lower levels of psychological well-being and higher levels of psychological distress. But no gender differences were found in physical health. By confirming the relationship between mental health and socioeconomic status, the present research can be helpful in devising preventive policies and programs for promoting public health.

Key words: socioeconomic status, physical health, mental health, psychological health, psychological well-being, psychological distress.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین شاخصهای موقعیت اقتصادی و اجتماعی (درآمد، تحصیلات و شغل) با سلامت روانی و جسمانی بود. ۱۵۰ نفر از مدیران ارشد، معاونین و رؤسای دانشگاهها، استادان دانشگاه، دبیران، کارمندان، کارگران و کشاورزان استان زنجان، پرسشنامه سلامت روانی MHI (ویت و ویر، ۱۹۸۳)، فهرست سلامت جسمانی PHC (بوآردمن، ۲۰۰۴) و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از روشهای آماری تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون مجذور کای تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که اثر تعاملی شغل و درآمد بر زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی سلامت روانی معنادار بود. بین سطوح تحصیلات با دو زیر مقیاس سلامت روانی (بهبودی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) همخوانی وجود داشت اما سطوح تحصیلات با سلامت جسمانی فاقد همخوانی بود. زنان در مقایسه با مردان از سطوح پایین‌تر بهبودی روان‌شناختی و سطوح بالاتر درماندگی روان‌شناختی برخوردار بودند. اما در زمینه سلامت جسمانی تفاوت معنادار نبود. پژوهش حاضر با تأیید رابطه بین سلامت روانی با موقعیت اقتصادی - اجتماعی می‌تواند راهگشای سیاست‌گذاریهای مناسب در زمینه ارائه برنامه‌های پیشگیرانه و برنامه‌های مرتبط با ارتقای سطح سلامت جامعه باشد.

واژه‌های کلیدی: موقعیت اقتصادی - اجتماعی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، بهبودی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی.

مقدمه

سلامت مفهومی است که قدمتی به اندازه طول عمر بشر دارد. از زمان پیدایش انسان و شکل‌گیری جوامع بشری مفاهیم بیماری و سلامت نیز با او بوده‌اند و در هر برهه از زمان تعریف خاصی از سلامت ارائه شده است. در حال حاضر، روند تاریخی تحول مفهوم سلامت به آنجا رسیده است که سلامت را مفهومی می‌دانند که متأثر از عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) نقل از کرتیس^۱، (۲۰۰۰/۱۳۸۲) با توجه به نقش حیاتی سلامت جسمانی و روانی، سلامت را چنین تعریف می‌کند: سلامت عبارت از حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی است و صرفاً عدم بیماری و ضعف نیست. در مجموع عوامل سلامت در دو بُعد جسمانی و روانی - رفتاری در نظر گرفته می‌شوند و باید توانایی شخص در مقابله با مشکلات زندگی روزمره، تمایل وی به جستجوی چالش و تنوع در زندگی نیز در بررسی سلامت مورد توجه قرار گیرد. مرور تاریخچه زندگی بشر نشان‌دهنده ارتقای تدریجی سلامت جسمانی و روانی از زمان انقلاب اول کشاورزی (ده هزار سال پیش) تا انقلابهای جدید کشاورزی و صنعتی بوده است (سارافینو، ۲۰۰۳). اما بیان این نکته که ارتقای سطح سلامت در قرن بیستم پیامد عوامل پزشکی، اجتماعی و اقتصادی بوده است و یا حاصل تعامل این عوامل، مشکل می‌نماید. بنابراین، امروزه چالش اصلی روان‌شناسان، چگونگی استفاده از این اطلاعات برای حصول سلامت و ارتقای آن است.

در خلال ده سال گذشته، شاهد پژوهشهای گسترده‌ای در قلمروهای مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن و همچنین چگونگی ارتقای کیفیت زندگی بوده‌ایم و امروزه نیز به بررسی نقش عوامل فردی و اجتماعی بر سلامت جسمانی و روانی بسیار تأکید می‌شود. نتایج پژوهشهای دو دهه گذشته نشان داده‌اند که از بُعد عوامل فردی، سلامت با رفتارهایی مانند فعالیت جسمانی و تفریحی، وزن مطلوب و متناسب با قد و انجام آزمایشهای پزشکی پیشگیرانه ارتباط مثبت و با رفتارهایی مانند مصرف

سیگار و تنیدگی رابطه منفی دارد (ماتیو، جاگر و هانکوک، ۲۰۰۶؛ آدامز، ۱۹۹۳؛ ویلیامسون، ۲۰۰۰؛ بلیر، ۱۹۹۳؛ دیویدسون و هانت، ۲۰۰۶).

اما از بُعد عوامل اجتماعی در اکثر تحقیقات درآمد، شغل و تحصیلات به عنوان سه شاخص عمده «موقعیت اقتصادی - اجتماعی^۲»، که رابطه علی با متغیرهای مختلف دارند، مطرح‌اند. ویژگیهای اجتماعی مانند درآمد، تحصیلات، شغل، شرایط خانوادگی، رهبری، نقشها و قدرتها و ... اجزای تشکیل‌دهنده موقعیت اقتصادی و اجتماعی هستند. افراد براساس کاری که انجام می‌دهند و مقدار درآمدی که برای انجام آن کار دریافت می‌کنند، یا به عبارت دیگر عواملی که منزلت و رفاه اقتصادی آنها را تعیین می‌کند، طبقه‌بندی می‌شوند. پژوهشگران از طریق شاخصهای موقعیت اقتصادی و اجتماعی منزلت افراد را بر روی یک پیوستار ارزیابی می‌کنند. وقتی منزلت اقتصادی و اجتماعی بالا یا پایین می‌رود افراد با موقعیتهای متغیری مواجه می‌شوند که عمیقاً بر عملکرد فردی و اجتماعی آنها تأثیر می‌گذارند (ون، هاکلی و کاپوپو، ۲۰۰۶). بررسی ارتباط بین سلامت و شاخصهای موقعیت اقتصادی و اجتماعی در جمعیت‌های هدف، این نتیجه عمومی را در برداشته که موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالا با سلامت بهتر و عمر طولانی‌تر مرتبط است (دالی و ویلیامز، ۲۰۰۲؛ اکوب و اسمیت، ۱۹۹۹؛ سابرامانیان و کاواچی، ۲۰۰۴). پژوهشها نشان می‌دهند که میزان وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین، درآمد ناکافی و سطح تحصیلات پایین در ارتباط است. احتمال به تأخیر انداختن درمانگری در بیماران واجد موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین به دلایل مختلف بیشتر است: نخست آنکه، اطلاعات آنها در مورد بیماری کمتر از افرادی است که از موقعیت اقتصادی - اجتماعی بالاتر و تحصیلات بیشتری برخوردارند و دوم، رابطه طولانی مدت با یک پزشک برقرار نمی‌کنند و بالاخره بدون انجام توصیه‌های درمانی پزشک معالج را تغییر می‌دهند (گریلی، ۲۰۰۵). به طور کلی، بر مبنای پژوهشهای مختلف می‌توان گفت که رابطه مستقیمی بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و سلامت فرد در

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی (پس رویدادی) است. جامعه پژوهش از کلیه رؤسا و معاونین دانشگاهها و مراکز آموزش عالی، رؤسا و معاونین ادارات و سازمانهای مختلف دولتی، اعضای هیأت علمی دانشگاهها، دبیران دبیرستانهای دولتی، کارمندان و کارگران و کشاورزان متأهل استان زنجان تشکیل شد. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر، از هر موقعیت شغلی ۳۰ نفر (۱۵ نفر مرد و ۱۵ نفر زن) بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین زنان و مردان متأهل متصدی مشاغل مذکور در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال انتخاب شدند. لازم به ذکر است که به دلیل عدم اشتغال زنان در سمتهای ریاست، مدیریت کل و معاونت به تعداد حجم نمونه و ناکافی بودن تعداد زنان کشاورز، این دو گروه از نمونه پژوهش حذف شدند.

در این پژوهش از مقیاسهای زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد: «پرسشنامه سلامت روانی»^۱ (MHI) (ویت^۲ و ویر^۳، ۱۹۸۳ نقل از بشارت، ۱۳۸۵) یک آزمون ۳۴ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ می‌سنجد. در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای از زوجین نابارور ایرانی اجرا شد، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ۰/۸۹ و برای نمره شوهرها، ۰/۸۸ و ۰/۹۱ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنیها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای یک نمونه دانشجویی به ترتیب $r = 0/87$ برای بهزیستی روان‌شناختی و $r = 0/85$ برای درماندگی روان‌شناختی و با فاصله یک هفته برای نمونه‌ای از زوجین نابارور به ترتیب $r = 0/83$ برای بهزیستی روان‌شناختی و $r = 0/87$ برای درماندگی روان‌شناختی، نشانه پایایی باز آزمایشی خوب مقیاس است (بشارت، ۱۳۷۹).

«فهرست سلامت جسمانی»^۴ (PHC) (بوآردمن، ۲۰۰۴) یک فرم خود گزارش‌دهی استاندارد است که از

جوامع صنعتی وجود دارد. به عبارت دیگر شیب خط سلامت موازی با شیب خط موقعیت اقتصادی و اجتماعی است. این شیب نشان می‌دهد که بیش از یک عامل در این امر نقش دارد. شواهد نشان می‌دهند که آنچه اثر موقعیت اقتصادی و اجتماعی را بر سلامت تعدیل می‌کند وضعیتی است که در نتیجه تعامل افراد با موقعیتهای اقتصادی و اجتماعی مختلف پیش می‌آید. باور و اعتقاد فرد، تعیین کننده‌تر از موقعیت اقتصادی و اجتماعی به خودی خود است. اگر فرد بر این باور باشد که به موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتری تعلق دارد این باور اثر حمایت‌کننده‌ای بر سلامت او خواهد داشت. به عبارت دیگر می‌توان گفت که عملکرد افراد فقیر در جوامع فقیر بهتر از عملکرد آنها در جوامع ثروتمند است (آدامز، ۲۰۰۳).

با توجه به این که اکثر مطالعات انجام شده مربوط به کشورهای صنعتی است و پژوهشهای انجام شده در ایران به بررسی وضعیت سلامت در یک گروه شغلی خاص پرداخته‌اند و بررسی گستره‌ای که به اکثر گروههای شغلی پوشش دهد و رابطه بین شاخصهای موقعیت اقتصادی - اجتماعی را تعیین کند به ندرت صورت گرفته است، در این پژوهش کوشش شد تا رابطه شاخصهای موقعیت اقتصادی و اجتماعی (درآمد، شغل و تحصیلات) با سلامت جسمانی و سلامت روانی بررسی و تفاوتهای جنسی در این قلمروها برجسته شوند. بنابراین در این پژوهش پرسشهای زیر مورد آزمون قرار گرفتند: (۱) آیا بین سه شاخص موقعیت اقتصادی و اجتماعی (درآمد، تحصیلات و شغل) با ابعاد سلامت روانی رابطه وجود دارد؟ (۲) آیا بین سه شاخص موقعیت اقتصادی و اجتماعی با سلامت جسمانی رابطه وجود دارد؟ (۳) آیا بین مقیاسهای سلامت روانی (بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی) در دو جنس تفاوت وجود دارد؟ (۴) آیا بین سلامت جسمانی در دو جنس تفاوت وجود دارد؟

1. Mental Health Inventory (MHI)
2. Veit, C. T.

3. Ware, J. E.
4. Physical Health Checklist (PHC)

سه قسمت تشکیل شده است. سلامت جسمانی با ترکیب سه نمره براساس پاسخهای آزمودنیها به دست می‌آید. قسمت اول شامل فهرستی از بیماریها است و از آزمودنیها خواسته می‌شود که در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهایی که در فهرست آمده است، مقابل آن علامت‌گذاری کنند و اگر بیماری فرد در فهرست نباشد در قسمت سایر موارد قید شود. تعداد پاسخهای فرد از نمره کل کم می‌شود و باقی‌مانده به عنوان نمره فرد در این قسمت در نظر گرفته می‌شود. در قسمت دوم، پاسخ فرد به سؤال «به نظر شما چقدر بیماری با فعالیتهای شغلی و روزانه شما تداخل می‌کند؟» در دامنه ۵ درجه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم درجه‌بندی می‌شود. در قسمت سوم از فرد خواسته می‌شود سلامت جسمانی خود را به صورت کلی در دامنه ۵ درجه‌ای از بسیار خوب تا خیلی ضعیف درجه‌بندی کند. همچنین مصرف سیگار نیز به عنوان یک رفتار پُر خطر در قالب دو سؤال مورد بررسی قرار می‌گیرد: «آیا سیگار مصرف می‌کنید؟» و «در صورت مصرف آیا مداوم است یا تفننی؟» پاسخ مثبت به منزله یک نمره منفی تلقی می‌شود.

در نهایت با جمع کردن این چهار نمره، نمره فرد در سلامت جسمانی مشخص می‌شود. ارزشهای بالاتر سلامت بهتر را نشان می‌دهند. این فهرست به طور وسیعی در جامعه‌شناسی پزشکی و پژوهشهای مربوط به سلامت عمومی به کار می‌رود و اعتبار آن ($\alpha = 0/82$) به طور ثابت تأیید شده است (بنیامین و سولومون، ۲۰۰۵؛ بوآردمن، ۲۰۰۴).

در فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی مشخصات فردی شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد مورد سؤال قرار گرفت. سطوح سه شاخص موقعیت اقتصادی - اجتماعی عبارت بودند از: شغل با ۶ سطح کارگران، کشاورزان، کارمندان، دبیران، مدیران ارشد و معاونین ادارات و رؤسا و معاونین و اساتید دانشگاهها، تحصیلات با ۳ سطح زیردیپلم و دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس، فوق لیسانس و دکتری، و درآمد با ۵ سطح: زیر ۱/۵ میلیون ریال، ۱/۵ تا ۲/۵ میلیون ریال، ۲/۵ تا ۴ میلیون ریال، ۴ تا ۶ میلیون ریال، ۶ تا ۸ میلیون ریال، ۸ تا ۱۰ میلیون ریال، ۱۰ تا ۱۲ میلیون ریال، ۱۲ تا ۱۴ میلیون ریال، ۱۴ تا ۱۶ میلیون ریال، ۱۶ تا ۱۸ میلیون ریال، ۱۸ تا ۲۰ میلیون ریال، ۲۰ تا ۲۲ میلیون ریال، ۲۲ تا ۲۴ میلیون ریال، ۲۴ تا ۲۶ میلیون ریال، ۲۶ تا ۲۸ میلیون ریال، ۲۸ تا ۳۰ میلیون ریال، ۳۰ تا ۳۲ میلیون ریال، ۳۲ تا ۳۴ میلیون ریال، ۳۴ تا ۳۶ میلیون ریال، ۳۶ تا ۳۸ میلیون ریال، ۳۸ تا ۴۰ میلیون ریال، ۴۰ تا ۴۲ میلیون ریال، ۴۲ تا ۴۴ میلیون ریال، ۴۴ تا ۴۶ میلیون ریال، ۴۶ تا ۴۸ میلیون ریال، ۴۸ تا ۵۰ میلیون ریال، ۵۰ تا ۵۲ میلیون ریال، ۵۲ تا ۵۴ میلیون ریال، ۵۴ تا ۵۶ میلیون ریال، ۵۶ تا ۵۸ میلیون ریال، ۵۸ تا ۶۰ میلیون ریال، ۶۰ تا ۶۲ میلیون ریال، ۶۲ تا ۶۴ میلیون ریال، ۶۴ تا ۶۶ میلیون ریال، ۶۶ تا ۶۸ میلیون ریال، ۶۸ تا ۷۰ میلیون ریال، ۷۰ تا ۷۲ میلیون ریال، ۷۲ تا ۷۴ میلیون ریال، ۷۴ تا ۷۶ میلیون ریال، ۷۶ تا ۷۸ میلیون ریال، ۷۸ تا ۸۰ میلیون ریال، ۸۰ تا ۸۲ میلیون ریال، ۸۲ تا ۸۴ میلیون ریال، ۸۴ تا ۸۶ میلیون ریال، ۸۶ تا ۸۸ میلیون ریال، ۸۸ تا ۹۰ میلیون ریال، ۹۰ تا ۹۲ میلیون ریال، ۹۲ تا ۹۴ میلیون ریال، ۹۴ تا ۹۶ میلیون ریال، ۹۶ تا ۹۸ میلیون ریال، ۹۸ تا ۱۰۰ میلیون ریال.

تا ۶ میلیون ریال، ۶ میلیون ریال به بالا (لازم به ذکر است که انتخاب دامنه درآمد با توجه به متوسط درآمد منطقه در زمان ارائه طرح پژوهش بوده است).

روش اجرا به صورت فردی بود و همکاران پژوهش پس از انجام هماهنگیهای لازم با مراجعه به محل کار افراد و ارائه معرفی‌نامه، پرسشنامه‌ها را که در پاکت در بسته قرار داشتند تحویل داده، پس از چند روز و براساس هماهنگی انجام شده با پاسخ‌دهنده‌ها، برای تحویل و عودت پرسشنامه‌ها مراجعه می‌کردند. برای محرمانه ماندن اطلاعات شخصی از پاسخ‌دهنده‌ها خواسته شده بود تا پرسشنامه‌های تکمیل شده را در پاکت در بسته به همکاران پژوهش تحویل دهند.

برای تحلیل آماری داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون مجذور کای استفاده شد. با توجه به اینکه گروههای شغلی مورد مطالعه به گونه مستقل نمونه‌برداری شدند و میزان درآمد نیز به عنوان متغیر تعدیل‌کننده به کار رفت. بنابراین، برای بررسی رابطه آنها با سلامت جسمانی و روانی از مدل تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. برای بررسی رابطه تحصیلات با متغیرهای وابسته نیز روش مجذور کای و جهت بررسی تفاوت‌های دو جنس در متغیرهای وابسته روش تحلیل واریانس چند متغیری به کار گرفته شد.

یافته‌ها

شاخصهای میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی به تفکیک جنس در جدول ۱ منعکس شده است. میانگین نمره‌های مردان در بُعد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت جسمانی بالاتر از میانگین نمره‌های زنان و در بُعد درماندگی روان‌شناختی پایین‌تر از میانگین نمره‌های زنان است.

در راستای پاسخ به پرسشهای اول و دوم پژوهش، جهت واریانس رابطه درآمد و شغل با بُعد سلامت روان - شناختی (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) و سلامت جسمانی از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد (جدولهای ۲ و ۳). نخستین گام در تحلیل واریانس چند متغیری، آزمون معناداری مشخصه F چند

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی به تفکیک جنس (n = ۱۵۰)

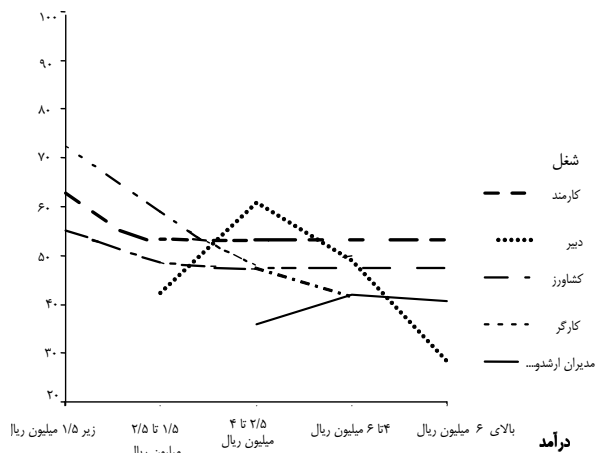
	بهزیستی روان‌شناختی	درماندگی روان‌شناختی	سلامت جسمانی
مرد	میانگین	۴۷/۸۷۷۸	۱۹/۸۲۲۲
	انحراف استاندارد	۷/۴۲۰	۲/۵۲۷۷
زن	میانگین	۵۴/۰۵۰۰	۱۹/۶۱۶۷
	انحراف استاندارد	۸/۴۳۳	۲/۲۶۳۱

متغیری است. با توجه به اینکه در این پژوهش متغیر شغل دارای سطوح متعددی است (کارگران، کشاورزان، کارمندان، دبیران، اساتید دانشگاه، مدیران ارشد و معاونین ادارات، رؤسا و معاونین دانشگاهها) از مشخصه لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری مدل مورد مطالعه استفاده شد (جدول ۲).

متغیری است. با توجه به اینکه در این پژوهش متغیر شغل دارای سطوح متعددی است (کارگران، کشاورزان، کارمندان، دبیران، اساتید دانشگاه، مدیران ارشد و معاونین ادارات، رؤسا و معاونین دانشگاهها) از مشخصه لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری مدل مورد مطالعه استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای معناداری ضریب چند متغیری

ارزش	F	درجه آزادی	سطح معناداری
شغل	۱/۹۲۲	۱۲	۰/۰۳۱
درآمد	۱/۶۱۸	۱۲	۰/۰۴۵
شغل - درآمد	۱/۵۶۴	۲۷	۰/۰۳۸



نمودار ۱: اثر تعاملی شغل و درآمد بر درماندگی روان‌شناختی

با درآمد ۲/۵ تا ۴ میلیون ریال، پایین‌تر از نمره‌های سایر گروه‌های شغلی است. همچنین در سه گروه شغلی کشاورز، کارمند و کارگر، در پایین‌ترین حد درآمد، میزان درماندگی روان‌شناختی بالا است و با افزایش درآمد کاهش می‌یابد

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود مشخصه F لامبدای ویلکز برای هر دو متغیر شغل و درآمد و اثر تعاملی آنها از لحاظ آماری معنادار (F = ۰/۰۳۸ ، F = ۰/۰۴۵ ، F = ۰/۰۳۱) است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (تأثیر متغیرهای درآمد و شغل بر بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی) را نشان می‌دهد.

طبق جدول ۳ اثرات اصلی شغل و درآمد بر هیچ یک از متغیرهای مذکور معنادار نیستند و از بین اثرات تعاملی، تنها اثر تعاملی شغل و درآمد بر درماندگی روان‌شناختی معنادار است (F = ۲/۵۱۵ و P < ۰/۰۱۱). اثر تعاملی شغل و درآمد بر درماندگی روان‌شناختی (نمودار ۱)، نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های درماندگی روان‌شناختی کارگران دارای درآمد کمتر از ۱/۵ میلیون ریال بالاتر و میانگین نمره‌های دبیران دارای درآمد ۱/۵ تا ۲/۵ میلیون ریال و مدیران ارشد و معاونین و اساتید دانشگاه

و در دو گروه کارمند و کشاورز تقریباً تثبیت می‌شود. در گروه شغلی دبیران با افزایش درآمد از ۲/۵ تا ۴ میلیون ریال افزایش میانگین نمره‌های درماندگی روان‌شناختی مشاهده می‌شود که این روند با افزایش درآمد کاهش می‌یابد. همچنین در گروه شغلی مدیران ارشد، معاونین و استادان دانشگاه با افزایش درآمد، افزایش نمره‌های درماندگی روان‌شناختی با شیب بسیار کم و کاهش مجدد آن مشاهده می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری: تأثیر متغیرهای درآمد و شغل بر بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی

سطح معناداری	F	میانگین مجزورها	درجه آزادی	مجموع مجزورها		
۰/۵۵۰	۰/۷۶۵	۴۲/۵۳۵	۴	۱۷۴/۱۴۲	بهزیستی روان‌شناختی	شغل
۰/۰۶۶	۲/۲۶۵	۴۲۱/۲۷۶	۴	۱۶۸۵/۱۰۳	درماندگی روان‌شناختی	
۰/۰۹۲	۲/۰۴۰	۱۰/۵۴۰	۴	۴۲/۱۶۲	سلامت جسمانی	
۰/۶۷۸	۰/۵۷۹	۳۲/۹۵۸	۴	۱۳۱/۸۳۱	بهزیستی روان‌شناختی	درآمد
۰/۰۹۰	۲/۰۵۹	۳۸۳/۰۰۲	۴	۱۵۳۲/۰۰۹	درماندگی روان‌شناختی	
۰/۴۲۸	۰/۹۶۷	۴/۹۹۹	۴	۱۹/۹۹۶	سلامت جسمانی	
۰/۱۷۵	۱/۴۴۵	۸۲/۲۳۳	۹	۷۴۰/۱۰۱	بهزیستی روان‌شناختی	شغل - درآمد
۰/۰۱۱	۲/۵۱۵	۴۶۷/۷۴۱	۹	۴۲۰۹/۶۶۶	درماندگی روان‌شناختی	
۰/۳۵۹	۱/۱۱۲	۵/۷۴۵	۹	۵۱/۷۰۲	سلامت جسمانی	

جدول ۴: نتایج آزمون χ^2 : مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی براساس تحصیلات (درجه آزادی = ۲)

سطح معناداری	χ^2	فراوانی بهزیستی روان‌شناختی		تحصیلات
		پایین	بالا	
۰/۰۵	۶/۵۳۲	۲۹	۲۴	دیپلم
		۲۹	۲۲	فوق دیپلم و لیسانس
		۱۵	۳۱	فوق لیسانس و دکتری
		۶۳	۷۷	جمع
سطح معناداری	χ^2	فراوانی درماندگی روان‌شناختی		تحصیلات
		پایین	بالا	
۰/۰۰۱	۲۶/۴۲	۳۴	۱۹	دیپلم
		۲۹	۲۲	فوق دیپلم و لیسانس
		۷	۳۹	فوق لیسانس و دکتری
		۷۰	۸۰	جمع
سطح معناداری	χ^2	فراوانی سلامت جسمانی		تحصیلات
		پایین	بالا	
۰/۰۸	۵/۷۶	۳۶	۱۷	دیپلم
		۲۶	۲۵	فوق دیپلم و لیسانس
		۲۰	۲۶	فوق لیسانس و دکتری
		۶۸	۸۲	جمع

معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) در حالی که در زمینه سلامت جسمانی بین سه سطح تحصیلات تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

برای بررسی تفاوت‌های دو جنس از لحاظ متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی در سطح کلی و به تفکیک سه متغیر مذکور، به ترتیب از آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد (جدول‌های ۵ و ۶).

برای واریس رابطه تحصیلات با متغیرهای وابسته از آزمون مجذور کای استفاده شد (جدول ۴). جهت تقسیم متغیرهای سلامت جسمانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به دو گروه بالا و پایین، پس از محاسبه میانه متغیرهای مذکور، نمره‌های پایین‌تر از میانه به عنوان گروه پایین و نمره‌های بالاتر از میانه به عنوان گروه بالا مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که در هر دو سطح سلامت روان‌شناختی بین سه سطح تحصیلات تفاوت

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری: مقایسه دو جنس از لحاظ متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی،

درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی (درجه آزادی = ۳، درجه آزادی خطا = ۱۴۶)

سطح معناداری	F	ارزش	تست
۰/۰۴۸	۰/۷۰۲	۰/۰۵۳	اثر پیلاپی
۰/۰۴۸	۰/۷۰۲	۰/۹۴۷	لامبدای ویلکز
۰/۰۴۸	۰/۷۰۲	۰/۰۵۶	اثر هتلینگ
۰/۰۴۸	۰/۷۰۲	۰/۰۵۶	بزرگترین ریشه روی

معنادار وجود دارد ($P < 0/018$ و $P < 0/020$) که با توجه به میانگین‌های نمره‌های دو گروه (جدول ۱) این تفاوت به سود مردان است. بین دو گروه در نمره‌های سلامت جسمانی تفاوت معنادار به دست نیامد (جدول ۶).

نتایج جدول ۵ نشان دادند که تفاوت بین دو جنس در سطح کلی معنادار ($P < 0/048$) است و براساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیری، بین دو جنس از نظر بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی تفاوت

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری: مقایسه دو جنس از لحاظ متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی،

درماندگی روان‌شناختی و سلامت جسمانی (درجه آزادی = ۱)

سطح معناداری	F	میانگین مجذورها	مجموع مجذورها	
۰/۰۱۸	۵/۷۳۰	۳۵۲/۱۸۸	۳۵۲/۱۸۸	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۲۰	۵/۴۹۳	۱۳۷۱/۱۶۸	۱۳۷۱/۱۶۸	درماندگی روان‌شناختی
۰/۶۱۳	۰/۲۵۷	۱/۵۲۱	۱/۵۲۱	سلامت جسمانی

مقیاس سلامت روانی یعنی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی رابطه معنادار به دست آمد اما رابطه تحصیلات و سلامت جسمانی معنادار نبود. در زمینه معنادار نبودن اثرات اصلی شغل و درآمد با متغیرهای وابسته و نیز عدم معناداری رابطه بین تحصیلات با سلامت جسمانی به نظر می‌رسد که عامل تعیین‌کننده بستگی به فرهنگ، محل سکونت و توزیع درآمد در

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که دو شاخص موقعیت اقتصادی - اجتماعی یعنی شغل و درآمد، با دو زیر مقیاس سلامت روانی یعنی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی و نیز سلامت جسمانی رابطه معنادار ندارند اما اثر تعاملی شغل و درآمد بر درماندگی روان‌شناختی معنادار بود. همچنین بین سطوح تحصیلات با دو زیر

منطقه مورد بررسی از یکسو و درآمد کلی جامعه از سوی دیگر دارد و نیز با توجه به کشور محل اقامت فرد، ممکن است یکی از شاخصها رابطه قویتری با سلامت داشته باشد. برای مثال در کشور آلمان، درآمد مهمترین پیش‌بینی کننده میزان سلامت است اما این رابطه در امریکا به دست نیامده است (کنسیک، ۲۰۰۳). ویلیامسون (۲۰۰۰) معتقد است که رابطه بین رفتارهای سالم افراد با سلامت، بیش از آنکه به کفایت درآمد و دیگر شاخصهای موقعیت اقتصادی - اجتماعی وابسته باشد، مشروط به توزیع درآمد در منطقه، ایالت، بخش و کشوری است که فرد در آنجا زندگی می‌کند.

اما یافته‌های پژوهشهایی (مانند دالی و ویلیامز، ۲۰۰۲) که بین شاخصهای موقعیت اقتصادی - اجتماعی و سلامت رابطه معنادار به دست آورده‌اند، نشان می‌دهند که میزان وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین، درآمد ناکافی و سطح پایین تحصیلات در ارتباط است. چنانکه از نظر شغلی بیماری روانی با درصد بالاتری بین کارگران کشاورز در مقایسه با کشاورزان، کارگران در مقایسه با کارفرمایان و تجار در مقایسه با مالکین و رؤسا شایع بوده است. دالی و ویلیامز خاطر نشان ساختند که این رابطه با متغیرهای مختلف سلامت مانند ابتلا به بیماریها، سلامت روانی و شاخصهای زیستی از یکسو و وضعیت اقتصادی و اجتماعی مانند شغل، درآمد و تحصیلات از سوی دیگر مرتبط است. تحقیقات نشان می‌دهند که شکست در مراحل مختلف درمان بیشتر در بیمارانی دیده می‌شود که دارای موقعیت اقتصادی - اجتماعی پایین هستند. مثلاً کارگری که حقوق او به سختی کفاف الزامهای اساسی زندگی او را می‌دهد امکان ندارد به آسانی علائم جسمانی خود را نیازمند توجه پزشکی بداند یا از کار خود مرخصی بگیرد و حقوق یک روز را از دست بدهد. تصمیم در مورد میزان وخامت نشانه‌ها در چهارچوب منابع فردی و خانوادگی قرار می‌گیرد. تحقیقات مارموت (۱۹۹۹) نشان می‌دهند که نرخ مرگ و میر کارمندان دولت که سیگار مصرف می‌کنند با کاهش موقعیت شغلی افزایش می‌یابد. پژوهش آدامز (۲۰۰۳) مبین آن است که پایین بودن درآمد، جستجوی کمک و مراقبت پزشکی را با موانعی

مواجه می‌کند و کاهش دسترسی به خدمات پزشکی و درمان را در پی دارد. بنابراین، فقر عامل مهمی در بیماری است که امید به زندگی را کاهش می‌دهد. افراد غیرمرفه به علت عاداتهای بهداشتی و سلامت ضعیف‌تر، در خطر فزاینده بیماری قرار می‌گیرند، احساس کفایت شخصی آنها کاهش می‌یابد و در معرض ابتلا به مشکلات روانی از جمله اضطراب و افسردگی هستند (ویلیامسون، ۲۰۰۰). اکوب (۱۹۹۹) در بررسی رابطه درآمد با بیماریهای مزمن به این نتیجه دست یافت که بین شاخصهای بیماری که از طریق خود گزارش‌دهی و گزارشهای مربوط به سلامت و بیماری به دست آمده بودند با تمام سطوح اقتصادی - اجتماعی، به جز درآمدهای بسیار بالا و پایین، رابطه خطی وجود داشت. به این معنا که افزایش درآمد با سلامت بهتر همراه بود اما در سطوح بسیار بالای اقتصادی، بازگشت مجدد به سوی عدم سلامت مشاهده می‌شد. دو برابر شدن درآمد با آثار مشابه در سلامت مربوط بود.

اثر درآمد بر میزان سلامت با اثر دیگر متغیرهای موقعیت اقتصادی - اجتماعی توأم با آن قابل مقایسه است. دالی و ویلیامز (۲۰۰۲) در بررسی ارتباط بین شاخصهای موقعیت اقتصادی و اجتماعی با بیماری جسمانی دریافته‌اند که رفاه و درآمد فعلی خانواده شاخصهای موقعیت اقتصادی - اجتماعی ثابتی هستند و در مورد زنان در مقایسه با مردان و در مورد افراد نوجوان در مقایسه با افراد مسن از اهمیت بیشتری برخوردارند.

پژوهشها (گالو و ماتیزو، ۲۰۰۳) نشان می‌دهند که از جمله عواملی که در حفظ رفتارهای سالم مؤثرند برخورداری از منابع شناختی است یعنی دانش درباره رفتارهای سالم و مهارت برنامه‌ریزی برای تغییر رفتارهای ناسالم خویشتن. بنابراین، تحصیلات رابطه‌ای قوی با دامنه اطلاعات فرد و فعالیتهای او دارد. فقدان تحصیلات و در نتیجه، برخورداری نبودن از اطلاعات کافی بهداشتی مسئول ۶۰ درصد تفاوت‌های گروههای سالم و مبتلا به اختلال است. همچنین سطح تحصیلات پایین با رفتارهای خطرزا و حفظ سبک زندگی کم تحرک مرتبط است. بیماران دارای سطح تحصیلات پایین به دلیل داشتن اطلاعات اندک در

اقتصادی - اجتماعی با سلامت تبیینهای زیر قابل طرح اند:

• روی (۲۰۰۴) معتقد است که چون انسان موجودی اجتماعی است احساس سلامت او براساس تعاملهای اجتماعی تعیین می شود. در جوامعی که سلسله مراتب موقعیتهای اجتماعی حاکم است افراد متعلق به موقعیتهای پایین تر در تعامل با افراد دارای موقعیت بالاتر احساس خشم، شرم و افسردگی می کنند. این عواطف به فعال شدن سیستم هشداردهنده فیزیولوژیک مانند سیستم اعصاب سمپاتیک و ترشح هورمونهای غدد فوق کلیوی منجر می شوند. فعالیت مداوم این سیستمها با ایجاد تغییر در ارگانهای مختلف سیستم، بروز بیماریهایی مانند دیابت، فشار خون، افسردگی شدید و ضعف سیستم ایمنی را در پی دارد. از سوی دیگر برای بقای انسان، پذیرش اجتماعی به منزله یک عامل ضروری است و پذیرش توسط گروه مستلزم آن است که رفتار افراد با قوانین اجتماعی منطبق باشد و اگر کسی نتواند از قوانین گروه پیروی کند، در خطر محرومیت اجتماعی با پیآمدهای فاجعه آمیز آن قرار می گیرد.

• تبیین دیگر این ارتباط از دیدگاه آدامز (۲۰۰۳) چنین است: اولاً درآمد پایین منجر به ناکامی در جستجوی مراقبت پزشکی می شود. همچنین افزایش خطر مشکلات سلامت ممکن است از تنیدگی فزاینده یا ناکامی و یا از مواجهه مکرر با خطرات محیطی که به موقعیت اقتصادی - اجتماعی پایین مربوط است به وجود آید. این عوامل می توانند رابطه علی مستقیمی را با سلامت به وجود آورند. ثانیاً سطح پایین سلامت ممکن است برای کاهش توانایی فرد در کارکردن یا مراقبت از خود، هزینه مراقبت پزشکی را افزایش دهد و به کاهش درآمد و فرصت کمتری برای پس انداز منجر شود. این عامل نیز می تواند یک رابطه علی بین سلامت با موقعیت اقتصادی - اجتماعی را به وجود آورد. همچنین ممکن است عوامل مشترک پنهانی وجود داشته باشند که منجر به ارتباط بوم شناختی^۱ سلامت و موقعیت اقتصادی - اجتماعی شوند. برای مثال عوامل ژنتیکی غیرقابل مشاهده می توانند هم

مورد بیماری، درمان را به تأخیر می اندازند و رابطه طولانی مدت را با یک پزشک حفظ نمی کنند (برانون و فیست، ۱۹۹۷). پژوهشگران معتقدند میزانی که یک فرد خود را ملزم به مشارکت در برنامه های سلامت جسمانی و روانی می داند به عوامل انگیزشی وابسته است. تحقیقات نشان می دهند (مانند اکوب و اسمیت، ۱۹۹۹) که سطح تحصیلات فرد، هدفها و دیدگاههای اصلی او را مشخص می کند و راهبردهایی که فرد در زمینه سلامت خود به کار می برد به دانش و آگاهی او بستگی دارد. افراد تحصیل کرده قادرند ارتباطهای اجتماعی مؤثرتری برقرار کنند و با ایجاد تعاملهای مناسب از حمایتهای اجتماعی مقتضی برخوردار شوند. از سوی دیگر، افراد تحصیل کرده بهتر می توانند هیجانهای منفی خود را که از عوامل مؤثر در سلامت جسمانی و روانی است مهار کنند. گرازی واکز و اتنر (۲۰۰۴) نشان دادند که در یک موقعیت و زمان معین، افراد تحصیل کرده، نشانه های جسمانی و آشفتگی روانی کمتری دارند. اگرچه این افراد در معرض عوامل تنیدگی زای بیشتری هستند اما از نظر شدت و میزان تأثیر عوامل تنیدگی زا در مقایسه با افراد دارای تحصیلات کمتر، مصونیت بیشتری دارند. تحلیل عوامل خطر در بیماریهای مزمن نشان دهنده آن است که میزان تحصیلات با عوامل خطر برای بیماریهای مزمن، ارتباط معناداری دارد و احتمال وجود سبک زندگی سالم در آنهايي که تحصیلاتشان پایینتر از دیپلم متوسطه است کمتر است. همچنین سطح تحصیلات با امید به زندگی نیز مرتبط است. رابطه بین سطح تحصیلات پایین با رفتارهایی مانند مصرف سیگار، رژیم غذایی پرچرب و حفظ یک سبک زندگی کم تحرک که همگی برای سلامت مضرند نیز نشان داده شده است. این رفتارها با انواعی از اختلالها مرتبطند که ممکن است حداقل بخشی از رابطه بین موقعیت اقتصادی - اجتماعی با سلامت را تبیین کنند. نتایج به وضوح نشان می دهند که عوامل تنیدگی زای مربوط به سلامت نمی توانند از موقعیت اقتصادی و اجتماعی مستقل باشند (کیرکیدی، ۱۹۹۸).

در زمینه مکانیزم عمل رابطه شاخصهای موقعیت

مقاومت در برابر بیماری و هم توانایی کارکردن را تحت تأثیر قرار دهند. روابط علی ممکن است با پاسخ رفتاری تقویت یا تضعیف شوند. احتمال تأثیر عوامل رفتاری مانند تغذیه دوران کودکی و تنیدگی، ورزش و مصرف سیگار بر سلامت و سطح فعالیت اقتصادی نیز وجود دارد. افزون بر این، تصمیم‌گیری اقتصادی منطقی و مبتنی بر نیاز، ممکن است مصرف‌کننده‌های غنی‌تر را به پس‌انداز کردن برای دوره بازنشستگی و افراد با درآمد کم را به مصرف پس‌انداز وادار کند.

• به نظر گالو و ماتیوز (۲۰۰۳) محیط‌های اقتصادی - اجتماعی پایین تنیدگی‌زا هستند، توان فرد برای مهار تنیدگی را کاهش و عواطف منفی را افزایش می‌دهند. افزون بر این، سلامت متأثر از تعامل بین شرایط اقتصادی و اجتماعی با رفتارهای بهداشتی فرد نیز هست. همچنین از آنجا که رابطه بین رفتارهای سالم و وضع سلامت برحسب شرایط اقتصادی و اجتماعی متغیر است، بنابراین شیوه تعامل بین رفتارهای آسیب‌زننده بر سلامت با شرایط اقتصادی و اجتماعی نیز متفاوت است. تأثیر سیگار بر سلامت، در سطوح اقتصادی - اجتماعی پایین جامعه بیش از سطوح بالاتر آن است. نتایج پژوهش ون (۲۰۰۶) نشان‌دهنده رابطه مثبت بین رفتارهای آسیب‌زننده بر سلامت با موقعیت اقتصادی و اجتماعی هستند.

یافته دیگر این پژوهش تفاوت معنادار بین دو جنس از نظر سلامت روانی به سود مردان شاغل است، اما این تفاوت در سلامت جسمانی مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان به افزایش نقش‌های چندگانه زنان به واسطه اشتغال و آثار تجمعی تنیدگی‌های حاصل از الزام‌های همزمان چند نقش (مادرگری، همسری و حرفه‌ای) اشاره کرد که این تنیدگیها در سطح سلامت روانی نمود پیدا کرده است. این یافته‌ها همسو با برخی از پژوهش‌های پیشین (دالی و ویلیامز، ۲۰۰۲ و اسپون، ۲۰۰۰) و ناهمخوان با برخی دیگر (کوپل و مک کیوفین، ۱۹۹۹) است، چرا که در زمینه تفاوت دو جنس یافته‌های متناقضی وجود دارد.

کوپل و مک کیوفین (۱۹۹۹) در بررسی رابطه بین پذیرش‌های روانپزشکی، جنس و شاخص‌های موقعیت اقتصادی - اجتماعی دریافتند که شیوع بیماری روانی با محرومیت اقتصادی و اجتماعی در هر دو جنس رابطه دارد. اگر چه این امر در مورد تمام گروه‌های تشخیصی به جز اختلالات جسمانی صادق است اما در مورد روان گسستگی^۱، اختلال هذیانی^۲ و سوء مصرف مواد و نیز اختلالات شخصیت^۳ ارتباط بیشتر است. از سوی دیگر برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارتباط بین شاخص‌های موقعیت اقتصادی - اجتماعی و سلامت در زنان بیشتر از مردان است (اسچون، ۲۰۰۲؛ دالی و ویلیامز، ۲۰۰۲). پژوهشگران معتقدند که نابرابریهای اجتماعی - اقتصادی منجر به نابرابری در تحصیلات و شغل و درآمد بین زنان و مردان می‌شود. تعیین‌کننده‌های سلامت روانی در حیطه اشتغال مانند خصیصه‌ها و تنیدگی حرفه‌ای، سطح پایین مهارت بر کار، الزام‌های شغلی بالا، منابع شخصی محدود، ناکامی و تبعیض در محیط کار همه می‌توانند منجر به آشفتگی روانی شوند و این عوامل در طولانی‌مدت برای سلامت مضرند و می‌توانند بیماریهای قلبی - عروقی، غیبت از کار و تنیدگی را در پی داشته باشند. در بررسیهایی که درباره تأثیر خانواده، کار و شرایط مادی بر سلامت انجام شده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت پایین در بین زنان نه فقط مربوط به موقعیت حرفه‌ای، سطح کار و مالکیت منزل (همانند مردان) است بلکه با موقعیت والدینی و زناشویی نیز بستگی دارد. مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت خوب در زنان و مردان در مقوله‌های درآمد بالا، کار تمام وقت، مراقبت از خانواده و داشتن سطوح بالای حمایت اجتماعی قرار دارند (کوهن، ۲۰۰۴). همچنین نابرابری درآمد با تفاوت در ابتلا به بیماری و ارزیابی شخصی زنان از وضعیت جسمانی مرتبط است. کوهن نتیجه می‌گیرد که عوامل اقتصادی - اجتماعی نقش مهمی در سلامت زنان ایفا می‌کنند اما زمانی زنان در خطر بیشتری هستند که علائم افسردگی را نیز داشته باشند. ماتیوز، جاگر و هانکوک (۲۰۰۶) در بررسی تأثیر

- 2473-2483.
- Broinnon, I., & Feist, J. (1997).** Health Psychology. *An introduction to Behavior and Health.* (3rd Ed.). Brooks, Cole Publishing Company.
- Cohen, A. (2004).** Effects of stress and social support or recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 85*, 620-631.
- Daley, M. C., & Williams, P. R. (2002).** Optimal indicators of socio-economic status for health research. *American Journal of Pubic Health, 92* (7), 1151-1157.
- Davidson, R., & Hunt, K. (2006).** The wealthy get health, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequality's. *Social Science & Medicine, 6*, 2171-2182.
- Ecob, R., & Smith, G. D. (1999).** Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science and Medicine, 48* (5), 693-705.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003).** Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin, 129* (1), 19-51.
- Grzywacz, J. G., & Ettner, S. L. (2004).** Socioeconomic status and health : A micro level analysis of exposure and vulnerability to daily stressors. *Journal of Health And Social Behavior, 45* (1), 1-16.
- Kirkealdy, B. D. (1998).** National differences in personality, socioeconomic and work related attitudinal variables. *European Psychologist, 3* (4), 255-262.
- Knesebeck, O. (2003).** Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross- sectional study. *Social Science and Medicine, 57* (9), 1643-1652.
- Koppel, S., & McGuffin, P. (1999).** Socioeconomic

موقعیت اقتصادی - اجتماعی بر سلامت بزرگسالان در ۱۴۸۰ نفر بزرگسال ۷۵ ساله یا بالاتر دریافتند که اثر موقعیت اقتصادی - اجتماعی بر امید به زندگی مردان در یک دوره ۷ ساله بیش از زنان است، همچنین افرادی که در منزل شخصی زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که در خانه استیجاری سکونت دارند یک سال بیشتر عمر می‌کنند.

با توجه به محدود بودن این پژوهش به یک استان و تفاوت موجود در درآمد و اهمیت شاخصهای موقعیت اقتصادی - اجتماعی در مناطق و استانهای مختلف کشور، در تعیین شاخص یا شاخصهای عمده پیش‌بینی کننده سلامت در کشور ما تحقیقات گسترده‌تر پاسخهای قطعی‌تری را خواهند یافت.

منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۱-۱۶.
- بشارت، م. ع. (۱۳۷۹). نقش سبک دلبستگی زوجین بر سازش روان‌شناختی با ناباروری. *فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری*، ۱۷، ۵-۲۵.
- کرتیس، آ. ج. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه ف. سهرابی. تهران: رشد، (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۰).
- Adames, P. M. D. (2003).** Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct casual paths between health and Socioeconomic status. *Journal of Econometrics, 112*, 3- 56.
- Benyamini, Y., & Solomon, Z. (2005).** Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health. *Social Science & Medicine, 61*, 1267- 1277.
- Blair, S. N. (1993).** Physical activity, physical fitness and health practices. *Preventive Medicine, 2*, 623-637.
- Boardman, L. D. (2004).** Stress and physical health: The role of neighbourhoods as mediating and moderating mechanisms. *Social Science & Medicine, 58*,

- Schoon, I. (2002).** The long-term influence of socio-economic disadvantage on the psychological adjustment of women. <http://www.ScienceDirect.com>.
- Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2004).** *Whose health is affected by income inequality?* Retrieved October, 21, 2006, from : <http://www.elsevier.com/healthplace>.
- Wen, M., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2006).** Objective and perceived neighbourhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: An analysis of older adults in cook country, Illinois. *Social Science and Medicine*, 63, 2575- 2590.
- Williamson, D. L. (2000).** Health behaviors and health: Evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Social Science and Medicine*, 50, 1741- 1754.
- factors that predict psychiatric admissions at a local level. *Psychological Medicine*, 29 (5), 1235-1241.
- Marmot, M. (1999).** Epidemiology of Socioeconomic Status and Health : Are determinants within countries the same as between countries? *Annals of The New York Academy of Sciences*, 896, 16-29.
- Matthews, R. J., Jagger, C., & Hancock, R. M. (2006).** Does socio- economic advantage lead to a longer, healthier old age? *Social Science and Medicine*, 62, 2489-2499.
- Roy, J. P. (2004).** Socioeconomic status and health: A neurobiological perspective. *Medical Hypotheses*, 62, 222-227.
- Sarafino, E. P. (2003).** *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. 4th Ed. John Wiley & Sons, INC.