



Comparison of Physical and Mental Health of Women in Tabriz, Cities and Suburbs in East Azarbaijan Province Abstract

Mahta Eskandarnejad¹, Zahra Hoseinzadeh², Safiyeh Ebrahimi³

Received Date: 2022 January 30 Review Date: 2022 April 8 Accepted Date: 2023 January 5 Published Date: 2022 April 13

Abstract

The aim of this study was to compare the physical and mental health of women in Tabriz, cities and villages of East Azerbaijan province. The statistical population of the present study included all women in the age range of 25 to 64 years in East Azerbaijan province. The statistical sample of the present study, including 384 women, was divided into 5 central, northwestern, northeastern, southwestern and southeastern regions using cluster sampling method and based on geographical distribution using the Morgan table. The results of study showed that the levels of physical and mental health of women in the city of Tabriz, counties and villages of the province were significantly different. The physical and mental health of women in the villages of the province had higher quality compared to women of Tabriz city and counties of the province ($p < 0.001$). The women of Tabriz city and the women of counties of the province had the same physical health ($P < 0/99$), but in the mental health area, the women of counties of the province had a higher quality compared to women of Tabriz city ($p < 0.001$). Based on the results of the research, it can be stated that the quality of life in women living in villages and counties of East Azarbaijan province is far better than that of women living in Tabriz city.

Keyword: Physical Health, Mental Health, City, County, Village.

1- Associate Professor, Department of Motor Behavior, Faculty of Physical Education and Sport Science.University of Tabriz,Tabriz,Iran. (Corresponding).

2- Phd Student, Department of Motor Behavior, Faculty of Physical Education and Sport Science.University of Tabriz,Tabriz,Iran.

3- Master of Science, Department of Motor Behavior, Faculty of Physical Education and Sport Science.University of Tabriz,Tabriz, Iran.





سال اول شماره ۱
زمستان ۱۴۰۱، صفحات ۳۳-۴۷



DOI:10.22034/MMBJ.2022.14514

مقایسه سلامت جسمانی و روانی زنان شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاهای حومه در استان آذربایجان شرقی

*مهتا اسکندر نژاد^۱، زهرا حسین زاده^۲، صفیه ابراهیمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۴ تاریخ آنلاین: ۱۴۰۱/۱۱/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت جسمانی، روانی زنان در شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاهای استان آذربایجان شرقی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۶۴ سال استان آذربایجان شرقی تشکیل می‌دهند. نمونه آماری پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و از تعداد کل زنان استان آذربایجان شرقی با توزیع جغرافیایی به ۵ منطقه مرکزی، شمال غرب، شمال شرق، جنوب غرب و جنوب شرق تقسیم و تعداد ۳۸۴ نفر با کمک جدول مورگان تعیین گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد میزان سلامت جسمی و روانی زنان، در شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاهای استان تفاوت معنادار است. سلامت جسمانی و روانی زنان در روستاهای استان از زنان شهر تبریز و زنان شهرستان‌های استان از سلامت جسمانی یکسانی برخوردار هستند ($p < 0/99$) و در زمینه سلامت روانی زنان شهرستان‌های استان نسبت به زنان شهر تبریز از کیفیت بالاتری برخوردار هستند ($p < 0/001$). بر اساس نتایج تحقیق می‌توان گفت که کیفیت زندگی در روستاها و شهرهای کوچک استان آذربایجان شرقی به مراتب نسبت به شهر بزرگ تبریز در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارند.

کلید واژه‌ها: سلامت جسمانی، سلامت روانی، شهر، شهرستان، روستا.

۴- گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول). m.eskandarnejad@tabrizu.ac.ir

۵- دانشجوی دکتری، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۶- کارشناس ارشد، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.



مقدمه

سلامت انسان‌ها به‌عنوان حقی اساسی و یک دارایی ارزشمند برای تمامی طبقات جامعه مطرح است و تمامی کشورها نیز این حق را اساسی‌ترین حق مردم می‌دانند. امروزه سلامت نه به‌عنوان یک نیاز، بلکه به‌عنوان حقی مورد تقاضا از سوی مردم قرار گرفته است (Ministry of Health, 2019). سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را به‌صورت سیستماتیک مورد بررسی قرار داده و آن را شرایطی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند که در برگیرنده نبود بیماری و نیز بهره‌مندی از بالاترین استاندارد سلامت قابل دسترسی بدون تبعیض فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی است (Lindau et al., 2003). سلامت جسمانی و روانی از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار جوامع نقش حیاتی دارد. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی حجم مشکلات رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به فزونی است و این افزایش به میزان زیادی به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی از قبیل شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و تغییر در شیوه زندگی و مشکلات اقتصادی مرتبط است (Solhjou et al., 2011). بهداشت به‌ویژه بهداشت روانی، مناسب‌ترین راه‌حل برای مواجهه با این مشکلات انسانی است (Bahrami, 2002). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است (Ministry of Health, 2016).

سلامت روانی جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است و به‌عنوان قدرتی برای زندگی آرام با خود و دیگران تعریف می‌شود. علاوه بر این، آرامش، آگاهی از خود و احساسات خود، تصمیم‌گیری در زمان بحران و مقابله موفقیت‌آمیز با استرس را نیز شامل می‌شود. سلامت روانی هنری است که به افراد کمک می‌کند تا از نظر روانی و عاطفی با محیط خود سازگار شوند و مطلوب‌ترین راه‌حل‌ها را برای حل مشکلاتشان انتخاب کنند چون افراد نمی‌توانند در انجام مسئولیت‌های اجتماعی خود اگر از نظر ذهنی تحت فشار باشند، مؤثر باشند. امروزه، سلامت روانی بسیار در کانون توجه است (Abedi, 2021). در مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان داده شده است که اختلالات روانی در زنان حدوداً دو برابر شایع‌تر از مردان است (Kornstein and Clayton, 2004). با توجه به این که نیمی از جمعیت کشورمان را زنان تشکیل می‌دهند و به اذعان همه روان‌شناسان اجتماعی و کارشناسان امر، جامعه سالم بر پایه خانواده سالم بنا نهاده می‌شود و رکن اصلی خانواده را نیز زنان و مادران تشکیل می‌دهند و با توجه به گسترش روزافزون اختلالات روانی در جامعه به‌خصوص در میان بانوان که از طرفی مادران این سرزمین به شمار می‌روند ممکن است به علت احساس مسئولیت بیشتر نسبت به افراد خانواده، علاوه بر آن استرس‌های خاص شغلی بیرون از خانه و مسائل دیگر، تحت فشارهای روانی زیاد و در معرض آسیب‌های روحی و جسمی قرار گیرند (Farahani & Moradi, 2017). زنان در مجموع یک سوم نیروی کار جهان را تشکیل می‌دهند که در کشورهای در حال توسعه این نسبت بالاتر و در حدود ۴۰ درصد و در سایر نقاط جهان کم‌تر از یک سوم می‌باشد (Salehi Et Al., 2009). بنا به گزارش

(Moghdam Tbrizi, 2006) از سال ۱۹۵۰ به بعد تعداد زنانی که در کشورهای غربی به کار گمارده شده‌اند افزایش چشمگیر و معناداری را نشان می‌دهد. در سال ۱۹۵۰ حدود ۳۰٪ زنان ایالات متحده در کارهای سخت اشتغال داشتند؛ اما در سال ۱۹۸۶ این تعداد به ۵۵٪ افزایش یافت. آمارها بین سال‌های ۱۹۸۱ و ۱۹۸۶ یک افزایش ۲۳٪ را در خانواده‌هایی که پدران و مادران هر دو شاغل و دارای فرزندان کم‌تر از ۵ سال بودند نشان می‌دهد، این‌گونه موارد سلامتی بانوان را تحت فشار قرار می‌دهند (Moghdam Tbrizi, 2006). تحقیقات و مشاهدات علمی انجام شده توسط (Naderian and Hashemi, 2009) بیانگر این است که بانوان در آمادگی‌های جسمانی، وضعیت قامت از سطح نامطلوبی برخوردار هستند، و با توجه به حفظ ارزش‌های اسلامی و ملاحظات فرهنگی محدودیت حرکتی مضاعفی نسبت به آقایان دارند (Farahani et al., 2017). با آن‌که آمار حاکی از طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان است ولی کیفیت زندگی آنان به‌گونه‌ای جدی با مشکل همراه است که زنان نسبت به مردان بیش‌تر دچار عوارض و بیماری‌ها می‌شوند. امروزه مسائل زیستی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی آسیب‌های خود را بیش‌تر در حیطه‌های روانی و جسمانی زنان نشان می‌دهد (Sadeghi et al., 2011). پیشرفت زمان، فناوری، وجود عرصه‌های گوناگون اطلاع‌رسانی و آموزشی منجر به تحولاتی در جوامع مختلف گردیده است. از آنجایی که تقریباً نیمی از جمعیت ایران را دختران و زنان تشکیل می‌دهند، توجه به مشارکت بانوان در زندگی اجتماعی باید جامع‌تر و دقیق‌تر باشد. دختران و زنان جوان با پیشرفت‌های گوناگونی که در جهان به وجود می‌آید، خواستار فعال‌تر شدن و کسب موفقیت‌های روزافزون می‌باشند. به عبارت دیگر، عدم تحرک جسمانی زنان یعنی محروم شدن بخش مهمی از جامعه از سلامتی و بهداشت جسمانی و روانی که لطمه‌های جبران‌ناپذیر برای کل جامعه به دنبال خواهد داشت (Bagerzadeh et al., 2002). طبق نظریه عدالت اجتماعی، عدالت اجتماعی لازمه دستیابی به سلامت و رفاه جامعه است (Poor Eslami, 2003). اگرچه انسان‌ها برابر متولد نمی‌شوند، اما محیط و شرایط اجتماعی نقش مهمی در تأمین عدالت اجتماعی دارد. بنا به این نظریه، تأمین عدالت اجتماعی عامل اصلی جلوگیری از ناتوانی و مرگ زودهنگام است (Duhl et al., 1999). عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی شرایطی هستند که افراد در آن به دنیا می‌آیند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند و کار می‌کنند. عدالت در سلامت به معنای عدم وجود تفاوت‌های سلامت قابل پیشگیری در میان جمعیت‌ها یا گروه‌های جامعه است که می‌تواند ناشی از تفاوت در وضعیت نژادی، اقتصادی، جمعیتی یا جغرافیایی باشد (Abedi et al., 2021). محیط و رژیم غذایی می‌توانند اثر قاطعی بر سلامت انسان‌ها داشته باشند. محیطی که از سلامت پشتیبانی می‌کند، فاقد هر نوع آسیب‌رسانی عمدی بر سلامت است؛ چنین شرایطی نیازهای پایه زندگی سالم را تأمین می‌کند و زمینه اجتماعی قابل قبولی را فراهم می‌نماید (Farshad et al., 2006). می‌توان چنین بیان کرد که محیط‌زیست از طبیعت، جوامع انسانی، نیز فضاهایی که با فکر و دست انسان ساخته شده‌اند، تشکیل یافته است و کل فضای زیستی کره زمین یعنی زیست‌کره را فرامی‌گیرد. برای همگی ما نیاز اساسی به شرایطی ایمن که در آن آب سالم، غذا و سرپناه کافی مهیا باشد و افراد مختلف بتوانند در صلح و آرامش در کنار هم زندگی کنند، یکسان است. چندین سال از اجلاس زمین گذشته است و در این مدت گام‌های جدیدی در

سطح ملی و جهانی برداشته شده که ضرورت اقدامات مؤثرتر در حوزه بهداشت و محیط را به خصوص در محیط‌های روستایی که مردم نیاز بیش تری به رعایت بهداشت دارند آشکار کرده است (Gholamhoseini et al., 2014). در هر محیط و منطقه زندگی، برای خود سبک زندگی خواصی وجود دارد که مخصوص بافرهنگ آن منطقه می‌باشد، (Chiou et al., 2016)، در مطالعه عوامل پیش‌بینی کننده رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیان کردند که بین سبک‌های زندگی بالا برنده سلامت، با مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جسمانی و روانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (Chiou et al., 2016). Sinol et al (2014) در مطالعه رابطه بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی افراد سالمند در ترکیه مشخص کردند که به غیر از دو مؤلفه استقلال و عملکرد حسی، بین سایر مؤلفه‌های سبک زندگی بالا برنده سلامت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (Sinol et al., 2014). سطح بالای فعالیت فیزیکی (به عنوان مثال، به دلیل داشتن شیب در منطقه‌ای که فعالیت قلبی - عروقی ساکنان را شدیدتر می‌کند)، مصرف قابل توجه میوه و سبزیجات، غذاهای مشتق شده از غلات و مصرف متوسط محصولات لبنی محلی، طول عمر را در میان مردم ارتقا می‌دهد. Rio et al., 2022 در مطالعه‌ای به این موضوع پرداختند که آیا منطقه آبی سردینایی نیوشنگری لا برای سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در بزرگسالان تأثیرگذار است؟ نتایج نشان‌دهنده ارتباط قابل توجهی بین منطقه جغرافیایی، سلامت روانی، سلامت فیزیکی درک شده، زمان صرف شده در باغبانی، پروتئین‌ها و دریافت کربوهیدرات‌ها بود. شرکت‌کنندگان در منطقه آبی سردینایی زمان بیش تری را صرف باغبانی کردند و سلامت جسمی بهتری را گزارش کردند (Rio et al., 2022). با توجه به تمامی مطالب بیان شده، به نظر می‌رسد سلامت زنان به تعاملات پیچیده بین بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، سبک زندگی و عوامل جغرافیایی-مکانی زنان بستگی دارد. به عنوان یک تعریف نسبتاً جامع، دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع، حوزه سلامت زنان را این‌گونه تعریف نموده است: (۱) موضوعات سلامت زنان در حد فراگیر بوده و در طول چرخه زندگی آنان می‌باشد و محدود به مشکلات باروری نیست. (۲) مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری‌ها یا نارسایی‌هایی است که مختص زنان، شایع‌تر در زنان، یا دارای عوامل خطر یا دوره‌های متفاوت در زنان نسبت به مردان است. (۳) سلامت باید به طور گسترده، هم در بعد منفی و هم در بعد مثبت در نظر گرفته شود. ابعاد سلامت شامل فیزیکی، روانی، اجتماعی است (Ahmadi, 2007). بر این اساس، هدف از تحقیق حاضر، بررسی سلامت جسمانی و روانی زنان در شهر بزرگ (تبریز)، شهرستان‌ها و روستاهای استان آذربایجان-شرقی است. شناخت این مسئله برای برنامه‌ریزی ارتقای سطح سلامت جسمانی و روانی ضرورت و اهمیت بسیار بالایی دارد و می‌تواند نقش مهمی در توسعه پایدار این نواحی داشته باشد. اصلاحات این موارد به عنوان پیش شرط لازم رشد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی اهمیت زیادی دارند و این مسئله‌ای است که می‌تواند بیانگر هدف از انجام تحقیق حاضر باشد. پرسش‌های اساسی تحقیق حاضر این است که آیا سلامت جسمانی و روانی زنان در شهر بزرگ (تبریز)، شهرستان‌ها و روستاهای حومه متفاوت است؟ کدام گروه از سلامت جسمانی و روانی بهتری برخوردار هستند؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش، توصیفی - پیمایشی بود که به صورت میدانی انجام شد. جامعه آماری این تحقیق کلیه زنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۶۴ سال (میان‌سالان) استان آذربایجان شرقی می‌باشد بر اساس آخرین سرشماری استناداری در سال ۱۳۹۵، تعداد زنان این استان شامل ۱۹۲۰۲۵۲ نفر می‌باشد. در بررسی ساختار جمعیت‌شناختی استان مشاهده می‌گردد، ۵۵/۸۷ درصد از جمعیت کل استان را میان‌سالان (۲۵-۶۴ سال) تشکیل می‌دهند، از کل تعداد جمعیت استان در سال ۱۳۹۵، ۷۲ درصد در مناطق شهری و ۲۸ درصد در مناطق روستایی ساکن بوده‌اند که شهرستان تبریز و روستاهایش با ۴۵ درصد از کل جمعیت، بیش‌ترین تعداد افراد ساکن را به خود اختصاص داده است. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و از تعداد کل آزمودنی‌های استان آذربایجان شرقی با توجه به توزیع جغرافیایی به ۵ منطقه مرکزی، شمال غرب، شمال شرق، جنوب غرب و جنوب شرق تقسیم و تعداد ۳۸۴ نفر با کمک جدول مورگان تعیین گردید. پرسش‌نامه‌ها بر اساس درصد تشکیل‌دهنده تعداد زنان در شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاهای استان به ۳ قسمت تقسیم شد و سپس پرسش‌نامه مورد نظر برای مناطق انتخابی (شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاهای چهار منطقه دیگر) با توجه به جمعیت مناطق به صورت تصادفی پخش گردید و توضیحات لازم به تمامی شرکت‌کنندگان تحقیق داده شد و برای افرادی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند نیز توضیحات داده شده و پرسش‌نامه مورد نظر را بر طبق گفته آن‌ها پر گردید. برای سنجش سلامت جسمانی و روانی از پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن SF-۳۶ فرم کوتاه استفاده شد، این پرسش‌نامه خود گزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲۹) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه جسمانی (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزیابی می‌نماید. نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (Montazeri et al., 2005؛ Asghari & Faghehi, 2003) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها بافاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسش‌نامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک نماید (Asghari & Faghehi, 2003). تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی به عمل آمد. در بخش آمار استنباطی، از مقدار چولگی و کشیدگی متغیرها از لحاظ کجی، برای مشخص کردن نرمال بودن جامعه استفاده شد و در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده تحلیل واریانس برای مقایسه شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ محاسبه شد. یافته‌های توصیفی تحقیق حاضر نشان داد که دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۵ تا ۶۵ (میان‌سالان) بود. بیش

تر افراد شرکت‌کننده در تحقیق متأهل بودند (۸۵/۵٪). در جدول (۱)، آمار توصیفی، تفاوت میانگین و انحراف استاندارد بین تقسیم‌بندی استان (شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها) را از نظر سلامت جسمانی و روانی بررسی می‌کنیم. با توجه به این که شهر تبریز ۴۵ درصد جمعیت را به خود اختصاص داده به‌عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شد و با شهرستان‌ها و روستاهای استان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد

متغیرها	تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	شهر تبریز	۱۲۴	۲۸/۷۸	۵/۱۰
	شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۸/۸۴	۴/۰۹
	روستاها	۱۰۸	۳۶/۰۲	۲/۲۳
سلامت روانی	شهر تبریز	۱۲۴	۳۲/۴۰	۴/۲۸
	شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۸/۷۲	۴/۰۱
	روستاها	۱۰۸	۳۶/۷۵	۲/۳۱

با توجه به مقادیر جدول بالا می‌توان گفت تفاوت قابل‌ذکری در روستاهای استان نسبت به شهر تبریز و شهرستان‌ها در سلامت جسمانی و روانی دیده می‌شود، و بین شهر تبریز که به‌عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شده بود با شهرستان‌ها یا شهرهای کوچک تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. در ادامه برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آماره چولگی و کشیدگی متغیرها، استفاده شد و نتایج آزمون در جدول (۲)، ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج مقادیر نرمالیده بودن داده‌ها

متغیر	چولگی		کشیدگی	
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد
سلامت جسمانی	-۰/۴۱	۰/۲۳	-۱/۴۴	۰/۴۶
سلامت روانی	۰/۱۱	۰/۱۲	-۰/۹۸	۲/۴۸

مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر سلامت جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۴۱-، ۰/۱۱ است و در بازه (۲) و (۲-) قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیر سلامت جسمانی نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی سلامت جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۱/۴۴-، ۰/۹۸- است و در بازه (۲) و (۲-) قرار دارد، این نشان می‌دهد توزیع متغیر از کشیدگی نرمال برخوردار است. برای به‌دست آوردن تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس آنوا استفاده شد که در جدول (۳)، قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۳- تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

متغیر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
سلامت جسمانی	بین گروهی	۲	۲۰۱۶/۱۰	۱۲۲/۵۴	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۸۱	۱۶/۴۵		
	کل	۳۸۳			
سلامت روانی	بین گروهی	۲	۲۰۳۸/۷۵	۱۴۷/۴۹	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۸۱	۱۳/۸۲		
	کل	۳۸۳			

* $p \leq 0/05$

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس برای سلامت جسمانی و روانی زنان می‌توان بیان کرد سلامت جسمانی سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است. با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی متغیر سلامت جسمانی و روانی در جدول (۴)، ارائه داده شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر سلامت جسمانی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
سلامت جسمانی	شهر تبریز	شهرستان‌ها	۰/۴۹۱	۰/۹۹
	شهرستان‌ها	روستاها	۰/۵۳۴	۰/۰۰۱
		روستاها	۰/۵۱	۰/۰۰۱
سلامت روانی	شهر تبریز	شهرستان‌ها	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	شهرستان‌ها	روستاها	۰/۴۸	۰/۰۰۱
		روستاها	۰/۴۶	۰/۰۰۱

* $p \leq 0/05$

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول (۴) می‌توان بیان کرد که در تقسیم‌بندی استان بین شهر بزرگ (تبریز) و شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) در سلامت جسمانی این دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. ولی بین شهر تبریز و روستاها و همچنین شهرستان‌ها و روستاها تفاوت معنادار مشاهده شد، و در مورد متغیر سلامت روانی نیز می‌توان گفت بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) و روستاها تفاوت معنادار است. در ادامه از آزمون توکی برای رتبه‌بندی استفاده شده است.

جدول ۵- رتبه‌بندی سلامت جسمانی زنان استان بر اساس آزمون توکی

رتبه‌بندی	میانگین	تعداد	تقسیم‌بندی استان	متغیرها
۱	۳۶/۰۲	۱۰۸	زنان روستایی‌ها	سلامت جسمانی
۲	۲۸/۸۴	۱۵۲	زنان شهرستان‌ها	
۲	۲۸/۷۸	۱۲۴	زنان شهر تبریز	
۱	۳۶/۷۵	۱۰۸	زنان روستایی	سلامت روانی
۲	۳۲/۴	۱۵۲	زنان شهرستان	
۳	۲۸/۷۲	۱۲۴	زنان شهر تبریز	

با توجه به جدول (۵)، می‌توان بیان کرد سلامت جسمی و روانی زنان روستایی‌ها در رتبه یک قرار گرفته است، با توجه به این که در نمره دهی سلامت جسمی و روانی نمره بالا نشان‌دهنده کیفیت جسمی و روانی بهتر بود می‌توان بیان کرد که زنان روستایی نسبت به زنان شهر تبریز و شهرستان‌ها از سلامت جسمانی و روانی بهتری برخوردار هستند و زنان شهر تبریز و شهرستان‌ها از نظر سلامت جسمانی در یک جایگاه بوده و از نظر سلامت روانی زنان شهرستان‌ها جایگاه بالاتری نسبت به زنان شهر تبریز به خود اختصاص دادند.

یافته‌ها و بحث

با پیشرفت علم و فناوری و وفور امکانات رفاهی و مواد غذایی در مقایسه با سال‌های گذشته، مردم از رفاه بیش تری برخوردار شده‌اند، به طوری که دیگر کم‌تر کسی از گرسنگی و کمبود امکانات اصلی و روزمره زندگی رنج می‌برد. اما با وجود پیشرفت و رفاه مادی، ناراحتی‌های عصبی بی‌شماری همچون سردرگمی، بی‌هدفی، خشم، ضعف روحیه، افسردگی و هزاران ناراحتی دیگر به وجود آمده و اکثر مردم را تحت پوشش خود در آورده است، تا جایی که بنا بر نظر متخصصان، بیش از نیمی از ناراحتی‌های جسمی بیماران که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، منشأ روانی دارد (MirzaMohamadi et al., 2011). برای ادامه زندگی سالم و بانشاط برخوردار از سلامت جسمانی و روانی یک ضرورت اساسی است و انسان زمانی می‌تواند از یک زندگی سودمند جسمانی برخوردار شود که بتواند قوای جسمانی و روانی خود را در جهت اهداف سودمند به کار گیرد (Esfahani, 2002). علاوه بر این می‌توان مفهوم سلامت را، میزان رضایت‌مندی افراد از وضعیت زندگی خود دانست، این مفهوم پیچیده و چندبعدی که متکی به شاخص‌های عینی و ذهنی است، در رابط با شرایط و وضعیت جمعیت، در یک مقیاس جغرافیایی خاص (روستا، شهر و کشور) معرفی می‌شود (Kokabi, 2005).

نتیجه‌گیری

هدف از اجرای پژوهش حاضر پایش سلامت جسمی، روانی زنان در شهرهای بزرگ (تبریز)، شهرستان‌ها و روستاهای استان آذربایجان شرقی بود. در این پژوهش حاضر نشان داده شد که سلامت جسمانی و روانی زنان در

روستاهای استان آذربایجان شرقی شرایط بهتری از زنان شهر بزرگ تبریز و شهرستانها دارد. تعدادی از مطالعات، در کنار بررسی اوضاع سلامت در شهرها، اشاراتی هم به سطح روستایی داشتند. مقاله‌ای در سال ۱۹۵۵، شهر و روستای سالم را بررسی کرده است و تأثیر محیط‌زیست بر سلامت اشاره شده است (Khosh Chashm, 1995). از آنجا که زنان مطالعه شده به دلیل قرار گرفتن محیط زندگی و سکونت آنها در روستا از محیط زندگی سالم‌تری، به ویژه از نظر دسترسی به هوای پاک و مواد غذایی سالم و ارگانیک، برخوردارند و همچنین، کمتر با عوامل استرس‌زای مختلف مواجه می‌شوند، وضعیت جسمانی و روانی سالم‌تری دارند. همچنین در مطالعه (Rezaei et al., 2016)، نتایج حاصل از اولویت‌بندی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت نشان داد که زنان روستاییان سلامت بهتری را دارا هستند و اشاره کرد که در روستاییان به خاطر مدیریت بهتر تغذیه که از فاکتورهای مهم در سلامت است، برخوردار هستند. در این زمینه، با توجه به این که زنان در مناطق روستایی دسترسی خوبی به مواد غذایی سالم دارند، این موضوع سبب شده به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه مدیریت تغذیه نسبتاً خوبی داشته باشند، برای نمونه، بیشتر زنان روستایی در رژیم غذایی خود از مواد حاوی فیبر مانند میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده می‌کنند و در هر وعده غذایی اصلی، پنج گروه مهم مواد غذایی شامل نان، گوشت، شیر، میوه و سبزی را دارند. همچنین، آنها از مواد غذایی با چربی کم استفاده می‌کنند و تقریباً به طور منظم در طول روز، سه وعده اصلی غذایی شامل صبحانه، ناهار و شام را رعایت می‌کنند که این موضوع سبب شده مؤلفه مدیریت تغذیه اولویت بالاتری داشته باشد (Rezaei et al., 2016).

در مطالعه (Rajabi et al (2014) بر سلامتی جسمانی و روانی زنان روستایی اشاره شده است. بیان کرده است که انجام دادن مستمر ورزش و فعالیت‌های منظم جسمانی به طور مستقیم بر وضعیت جسمانی و روانی زنان تأثیر دارد و به این ترتیب، موجب بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان می‌شود. افزون بر این، فعالیت‌های بدنی به شادابی و نشاط و سلامت روحی و ذهنی زنان منجر می‌شود و با کاهش سطح عوامل تخریب‌کننده سلامت روانی، نقش مهمی در بهبود سلامت روان زنان دارد. قابل ذکر است که با توجه به محیط زندگی زنان در مناطق روستایی و مشارکت آنان در فعالیت‌های بیرون از خانه، به ویژه کشاورزی و دامپروری، به طور ناخودآگاه زنان تحرک فیزیکی نسبتاً بالایی دارند که این مطلب می‌تواند سلامت آنها را رقم بزند (Rajabi et al (2014). این مطالب با مطالعه انجام شده هم راستا می‌باشد و همچنین مطالعه‌های هم‌سوی دیگر از جمله، (Rezaei et al., 2016) و Chiou (et al., 2016)، چنین بیان کردن که سلامتی و برخورداری از زندگی سالم و باکیفیت مستلزم داشتن سبک زندگی مناسب و سلامت محور است؛ به نحوی که از طریق اصلاح و بهبود سبک زندگی و انجام دادن رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در طول زندگی روزمره می‌توان از بروز بسیاری از بیماری‌ها اجتناب کرد و از یک زندگی سالم توأم با رضایت‌مندی برخوردار شد. در این زمینه، با توجه به ماهیت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، هر یک از مؤلفه‌های آن می‌توانند بر بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار باشند. برای نمونه، مدیریت تغذیه از طریق کمک به داشتن رژیم غذایی مناسب و استفاده از مواد غذایی سالم در تغذیه روزمره، به سلامت فیزیکی و بهبود وضعیت عمومی بدن زنان منجر می‌شود و علاوه بر کمک به تندرستی، می‌تواند در پیشگیری از ابتلا به انواع

بیماری‌های مختلف و درمان آن‌ها نیز مؤثر باشد. به همین منوال، مؤلفه حمایت اجتماعی به طور مستقیم بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار است، زیرا زنان روستایی از طریق توجه به اطرافیان و ابراز احساسات و عواطف خود به آنان می‌توانند اعتماد اطرافیان را جلب کند و روابط اجتماعی منسجم‌تر و محکم‌تری را با افراد دیگر برقرار کند. همچنین، زنان با دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، اعتماد به نفس بالاتری در زندگی شخصی خود پیدا می‌کنند و به دلیل داشتن پشتوانه محکم، به شکل بهتری می‌توانند با فشارها و استرس‌های زندگی روزمره مقابله کنند که این امر به نوبه خود در افزایش بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثرگذار است.

در پژوهش دیگری که با مطالعه ما ناهمسو است در زمینه بررسی عوامل سطح پایین سلامت روستایی انجام شده است چنین نتیجه گرفته است که فقر در روستاها، به خطر افتادن سلامتی را در پی دارد (Fraser, 2005). مطالعات گوناگون سلامت و ابعاد و عوامل مختلفی را بررسی کرده‌اند، برخی مطالعات به طور خاص درباره سلامت شهرها انجام شده است که می‌توان به مطالعه (Shaikhi, 2009) و (Duhl et al, 1999) و مطالعه (Bahreni, 2005) اشاره کرد که به موفقیت شهر سالم و یکپارچگی بخش‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی و صنعتی و لحاظ کردن شاخص سلامت در برنامه‌ریزی شهری تأکید داشتند. مطالعاتی که در مورد سلامت و وضعیت سلامت روستا انجام شده است، می‌توان به مطالعات Farasar et al اشاره کرد که به بررسی عوامل مؤثر در سطح نازل سلامت روستایی پرداختند (Farasar et al, 2005). همچنین شیخی در رساله‌ای با عنوان تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی شهرستان خنداب استان مرکزی وضعیت سلامت را مورد بررسی قرار داده است و عوامل فضایی و مکانی در مقایسه با عوامل اجتماعی و اقتصادی بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت داشته است (Shaikhi, 2009). مطالعه Yuyang et al (2021) تفاوت‌های روستایی - شهری در ارتباط بین خدمات مراقبت اجتماعی و سلامت روانی افراد مسن در استان شانکسی چین بررسی کردند که یافته‌ها نشان داد استفاده از خدمات اجتماعی، تفریحی در گروه روستایی به طور قابل توجهی بالاتر از گروه شهری بود و از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. مطالعه هم‌سو دیگری با مطالعه انجام شده، Kokabi, 2005 در پایان‌نامه خود در دانشگاه تربیت مدرس، برنامه‌ریزی به منظور ارتقاء سلامت شهری در مرکز شهر، مطالعه خود را در شهر خرم‌آباد انجام داد، به همین مورد با مطرح کردن سؤالاتی همچون کیفیت زندگی شهری چیست؟ و با به‌کارگیری معیارهایی در عرصه‌های کالبدی، ارتباطی و حمل‌ونقل و با تأکید بیش‌تر بر ابعاد اجتماعی و اقتصادی، به بررسی و ارزیابی موضوع مورد مطالعه پرداخته شده است. نتایج مطالعات نشان‌دهنده قرار داشتن مرکز شهر خرم‌آباد در رده مراکز شهری با کیفیت پایین زندگی شهری بوده است (Kokabi, 2005).

Quinn and Lancaster مطالعه خود را در زمینه محل سکونت و شغل مناسب در تعیین طبقات اجتماعی و ارتباط آنان را با سلامت تأکید داشتند (Quinn and Lancaster, 1989). یافته‌های پژوهش‌های انجام شده دیگر نیز در این زمینه بر روی شرکت‌کنندگان متفاوت، هم‌راستا است شامل (Afrakhteh, H., Afkar, Eroin & Skali, 2005).

(2012) و Fild (2015) نیز بر سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامتی تاکید می‌کند (Fild, 2015). بارون و بایرن به نقل از بورت و میلر، اشاره می‌کنند: فرد بهنجار فردی است که با خود و محیطش و دنیایی که در اطراف اوست و مردمی که با او هستند و همچنین با استعدادهای خویش تطابق کرده است و چنانچه لازم باشد برای تغییر وضعی که برایش ناخوشایند است فعالیت می‌کند (Mohamadiet al., 2011). برای رسیدن به این مرحله، داشتن سلامت جسمانی و روانی امری مهم می‌باشد و برای داشتن این سلامتی محیط نیز بی‌تأثیر نیست. با توجه به این حقیقت که روستائیان به دلیل زندگی در محیط کم‌فشار نسبت به دو گروه دیگر و انجام بیش تر کارها به صورت یدی توسط عضلات خود موجبات سالم تر بودن خود را فراهم کرده‌اند؛ از جمله مطالعاتی که در حیطه تأثیر بلندمدت فعالیت بدنی بر روی عملکرد روانی می‌توان اشاره کرد: مروری بر پژوهش Blumenthal (1998) در خصوص آثار بلندمدت تمرین بر عملکرد روانی در زنان و مردان کهن سال است، نتایج پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد، افرادی که ۱۴ ماه تمرینات ورزشی هوازی را انجام داده بودند و بهبود ۱۰ تا ۱۵ درصدی در ظرفیت هوازی داشتند، بهبودی متوسط در برخی از عوامل روانی تجربه کرده بودند. نتایج مطالعه حاضر در این زمینه نشان می‌دهد که سلامت جسمانی زنان در شهر بزرگ تبریز و شهرستان‌ها و روستاهای استان آذربایجان شرقی متفاوت است. پژوهش حاضر نشان داد که زنان روستاهای استان آذربایجان شرقی نسبت به زنان شهرستان‌های استان و زنان شهر تبریز از سلامت جسمانی بهتری برخوردار هستند، و زنان شهرستان‌های استان و شهر تبریز از سلامت جسمانی یکسانی برخوردار هستند. همچنین از لحاظ سلامت روانی نیز زنان روستاهای استان از زنان شهرستان‌های استان و شهر تبریز از سلامت روانی بهتری برخوردار هستند. زنان شهرستان‌های استان نیز از زنان شهر تبریز از سلامت روانی بهتری برخوردار هستند. بر اساس نتایج تحقیق می‌توان ادعا کرد که سلامت جسمانی و روانی در روستاهای استان آذربایجان شرقی به مراتب بالاتر است و کیفیت زندگی در روستاها و شهرهای کوچک به مراتب نسبت به شهرهای بزرگ در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر در زمینه اندازه‌گیری سلامت جسمانی و روانی در شهر بزرگ تبریز و شهرستان‌ها و روستاهای استان اجرا شده است توصیه می‌شود پژوهشی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمانی و روانی زنان استان آذربایجان شرقی انجام گیرد. عوامل تأثیرگذاری همچون تحرک و میزان فعالیت بدنی، مشکلات پیشروی فعالیت بدنی، عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعه گسترده‌ای در کشور با حجم نمونه بیش تر بین مناطق شهرهای بزرگ، شهرهای کوچک و روستاها انجام شود و نتایج آن در برنامه‌ریزی ملی استفاده گیرد. از لحاظ کاربردی شناخت این مسئله برای برنامه‌ریزی ارتقای سطح سلامت جسمانی و روانی زنان استان کمک می‌کند و می‌تواند نقش مهمی در توسعه پایدار این نواحی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که در این مطالعه ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌نمایم، بالخصوص از تمامی بانوانی که لایق دانستند و وقت گران‌بهای خود را در اختیار ما قرار دادند کمال قدردانی را می‌نمایم.



تضاد منافع

نویسندگان این مقاله، هیچ نفع متقابلی از انتشار آن ندارند.

References

- Abdi, F., Rahnemaei, F. A., Shojaei, P., Afsahi, F., Mahmoodi, Z. (2021). "Social determinants of mental health of women living in slum: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology Science*, 64 (2), 143-155.
- Afrakhteh, H., Afkar, A. (2012). Factors affecting the level of health and villages (case study of Shaft city villages), *Journal of Rural Research and Planning*, 1 (1), 25-43. (In Persian).
- Asghari Moghaddam, M., Faghehi, S. (2003). Validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in Two Iranian Samples, *Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality*, 1 (1), 1-10.
- Bagerzadeh, F., Hemayatalab, R., Motagipor, M. (2002). Investigating the causes of non-participation of high school female students in extracurricular sports activities, *Quarterly Journal of Movement*, 11, 23-31. (In Persian).
- Bahrami, A. H. (2002). Mental health in the 21st century and the challenges ahead, *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 32 (1), 28- 5-42. [in Persian].
- Bahreyni, H. (2005). The project of healthy cities of global health and the need for its serious implementation in the Islamic Republic of Iran, *Journal of Ecology*, 21 (17), 19-32. [in Persian].
- Blumenthal, J. A., Emery, C. F., Madden, D. J., George, L. K., Coleman, R. E., Riddle, M. W., Williams, R. S. (1989). Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women, *Journal of gerontology*, 44 (5), M147-M157.
- Chiou, A. F., Hsu, S. P., Hung, H. F. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease, *Applied Nursing Research*, 30, 1-6.
- Duhl, L. J., Sanchez, A. K., World Health Organization. (1999). *Healthy cities and the city planning process: a background document on links between health and urban planning* (no. eur/icp/chdv 03 04 03), copenhagen: who regional office for europe. <https://scholar.google.com/eur/icp/chdv 03 04 03. copenhagen>
- Eroin, A., Skali, A. (2005). *Measures related to health factors*, Translated by Mohammad Hussein Niknam, Tehran, Publish Wefaq.
- Esfahani, N. (2002). The effect of exercise on mental health in physical dimension, anxiety and sleep disorders, social function and depression of Al-Zahra University students, *Journal of Movement*, 12, 75-86. (In Persian).
- Farahani, A., Moradi, R. (2017). Prioritize the obstacles facing women working in sports activities in Alborz province, *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*, 15 (1), 23-34. (In Persian).
- Farshad, A., Khosravi, Y., Alizadeh, S. H, (2006). The role of HSE management system in improving the health, safety and environmental performance of organizations and sustainable development (Case Study), scientific magazine Iran's occupational health, 3 (2), 1-20. (In Persian).

- Fild, J. (2015). *Social capital*. Translated by Jalal Mottagi, Tehran, Higher Research Institute, (In Persian).
- Fraser, G. (2005). Changing place: The impact of rural restructuring on mental health in Australia, *Journal of health and place*, 11, 157-171.
- Galateau-Salle, F., Churg, A., Roggli, V., Travis, W. D., & for Tumors, W. H. O. C. (2016). The 2015 World Health Organization classification of tumors of the pleura: advances since the 2004 classification, *Journal of Thoracic Oncology*, 11 (2), 142-154.
- Gholamhoseini, L., Narimani, F., Sadegiyan, B., Narimani, M. (2014). Factors affecting the health of rural women and its impact on the environment. National Conference on Women and Sustainable Rural Development, Ferdowsi University of Mashhad, Course 1. (In Persian).
- Khosh Chashm, K. (1995). *Healthy city and healthy villages*, Eastern Mediterranean health Journal. 1, 103-111. (In Persian).
- Kokabi, A. (2005). Planning for improving the quality of life in city centre. Unpublished master's thesis), Tarbiyat Modares University, Tehran, Iran. [in Persian].
- Kornstein, S. G., Clayton, A. H. (Eds.). (2004), *Women's mental health: a comprehensive textbook*, Guilford Press.
- Lindau, S. T., Laumann, E. O., Levinson, W., Waite, L. J. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model, *Perspectives in biology and medicine*, 46 (3 Suppl), S74.
- Ministry of Health and Medical Education. (2019). Health document. [in Persian].
- MirzaMohamadi, M. H., Farahani, M., Esfandiyari, S. (2011). Investigating the role of religious education in individual and social health, *Quarterly Journal of Culture at Islamic University*, 15 (2), 47. (In Persian).
- MogadamTabrizi, F. (2006). Investigating the factors affecting the mental health status of women working in Urmia, *Quarterly Journal of the School of Nursing and Midwifery*, 3 (3), 93-100. (In Persian).
- Mohamadi, M., Yavariyan, R., Arefi, M. (2011). A comparison of mental health and life expectancy of employed and non-employed women in West Azerbaijan Province, *Journal of Urmia School of Nursing and Midwifery*, 1 (3), 39-43. (In Persian).
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version, *Qual Lif Res*, (14), 875-82. (In Persian).