

ارتباط مصرف سیگار با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵

رقیه صمیمی^۱ اعظم ولیزاده^۲

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران ^۲ کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره چهارم زمستان ۸۶ صفحات ۳۰۸-۳۰۳

چکیده

مقدمه: ارتقاء بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد. اهمیت موضوع سلامت و علل مرتبط با آن محققان را بر آن داشته که به بررسی عوامل مرتبط با سلامت بپردازند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط مصرف سیگار با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران بود.

روش کار: در این مطالعه تحلیلی، تعداد ۱۳۰۰ دانشجو در مطالعه شرکت کردند. نمونه‌گیری بصورت طبقه‌ای انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق استفاده از پرسشنامه مشتمل بر سه بخش پرسشنامه دموگرافیک، سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن و سلامت عمومی با ۲۸ سؤال بود. نتایج با استفاده از آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

نتایج: بر اساس نتایج بدست آمده، سلامت عمومی با سیگار کشیدن ($P < 0/05$) و جنس دانشجویان ($P < 0/01$) ارتباط معنی‌دار و با سن و وضعیت سکونت ارتباط نداشت. سبک زندگی با مصرف سیگار ارتباط معکوس معنی‌دار داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: جهت ارتقای آگاهی دانشجویان کاربرد وسایل آموزشی مانند (پفلت، بروشور و پوستر) و ارائه دوره‌های آموزشی و راهکارهای مناسب در جهت ترک سیگار و یا کاهش مصرف آن توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت - سیگار کشیدن - دانشجویان

نویسنده مسئول:

رقیه صمیمی

بیمارستان سوانح و سوختگی

شهیدمطهری - بخش ۲

دانشگاه علوم پزشکی ایران

تهران - ایران

تلفن: ۰۲۱ ۸۸۷۷۰۰۳۱ ۹۸+

پست الکترونیکی:

rogayehs@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۶/۷/۱۷ اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۲۶ پذیرش مقاله: ۸۶/۱۲/۱۹

مقدمه:

ارتقا بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد (۱). حرف بهداشتی که قبلاً بر معالجه بیماری تمرکز می‌نمودند، اکنون توجهشان بر پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی است که به نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد (۲). کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقای سلامت فردی مؤثر می‌باشد (۳). ۵۳٪ علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی آنها ارتباط دارد (۴). فرد در مقابل انتخاب الگوهای رفتاری سبک زندگی و حفظ سلامت خود مسئول بوده و با این عمل در جهت حفظ و ارتقاء سلامت خود و

پیشگیری از بیماریها تلاش می کند (۲). بسیاری از مشکلات سلامت از قبیل چاقی، بیماریهای قلب و عروق، انواع سرطان و اعتیاد که امروزه در اغلب کشورها خصوصاً کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد با دگرگونیهای سبک زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد (۵). سبک زندگی نا مناسب همچنین یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز بیماریهای مزمن از جمله سرطان کولون، فشارخون بالا، بیماریهای مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بیماریهای قلب و عروق می‌باشد (۶). مطالعه دیگری که تحت عنوان رفتارهای سبک زندگی و وضعیت سلامت روانی در کارگران کارخانه‌های ژاپن با هدف تعیین ارتباط الگوهای رفتاری

سبک زندگی و وضعیت سلامت روانی در شهر اوساکای ژاپن در سال ۱۹۸۹ توسط Ezo e s, Morimoto انجام شد، نشان داد که الگوهای رفتار بهداشتی کارگران کارخانه در کل با وضعیت سلامت روانی آنها ارتباط داشته است (۷).

در مطالعه‌ای که تحت عنوان بررسی ارتقاء سلامت و رفتارهای پرخطر در پسران نوجوان دانشجویی دانشگاه‌های نواحی جنوبی Albama at Birmingham که توسط Rozmus و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شد، نشان داد ۱۲٪ آنها سیگاری بودند. بین جنس و وضعیت سلامت یک ارتباط معنی‌دار و میان مصرف یا عدم مصرف الکل و هیجان در زندگی و سلامت جسمی و روانی نیز ارتباط وجود داشت (۸). همچنین در مورد تأثیر اختلاف جنس در رفتارهای بهداشتی میان دانشجویان دانشگاه و توجه به ارتقاء سلامت خوابگاهها تحقیقی در آلمان انجام شد. نتایج تحقیق بیانگر این مسئله بود که تفاوت معنی‌داری بین جنس و مصرف سیگار وجود دارد (۹). این مطالعه و مطالعات بعدی می‌تواند راهگشایی جهت ارائه یک برنامه پیشگیری‌کننده برای اصلاح و استاندارد کردن سبک زندگی و عاملی برای ارتقاء سلامت آنها باشد.

هدف کلی این تحقیق تعیین ارتباط سیگار کشیدن با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۴ بود.

روش کار:

در این مطالعه تحلیلی سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن و وضعیت سلامت عمومی و ارتباط بین سیگار کشیدن و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد بررسی قرار گرفت. کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل پذیرفته شده قبل از سال (۱۳۸۴) که در یکی از رشته‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در یکی از مقاطع تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا) که قبل از پذیرش در دانشگاه فاقد اختلالات روانی، بیماری مزمن و معلولیت بودند، جامعه پژوهش را

تشکیل می‌داد. دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران شامل علوم پزشکی، پیراپزشکی، مدیریت، بهداشت، توانبخشی و پرستاری و مامایی محیط پژوهش را تشکیل می‌داد. تعداد نمونه‌ها ۱۳۰۰ دانشجویی که شامل ۸۶۴ دختر و ۴۳۶ پسر بود. نمونه‌گیری بصورت چندمرحله‌ای بوده و تعداد نمونه‌های انتخابی در هر یک از دانشکده‌های ذکر شده به روش طبقه‌ای بر اساس جنس، رشته تحصیلی و وضعیت سکونت انجام شد. دانشجویان ترم یک از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه از سه پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد که پرسشنامه اول مربوط به مشخصات واحدهای مورد پژوهش که شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی، سال ورود به دانشگاه، مقطع تحصیلی، وضعیت سکونت قبل از پذیرفته شدن در دانشگاه و وضعیت سکونت فعلی و وضعیت درآمد بود. پرسشنامه دوم مربوط به سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن تنظیم شده بود. پرسشنامه سبک زندگی با اقتباس از ابزار ارزیابی سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن (۱۰) بود نمره‌گذاری آن بر مبنای لیکرت درجه‌بندی شد. به این صورت که به پاسخ همیشه "نمره ۴"، اکثر اوقات "نمره ۳" معمولاً "نمره ۲" بعضی وقتها "نمره ۱" و به پاسخ هرگز "نمره صفر" داده شد. سبک زندگی واحدهای مورد پژوهش در بعد سیگار کشیدن بر اساس مجموع نمرات حاصل از سؤالات پرسشنامه سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن بدست آمد. سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن دارای ۳ سؤال و ۱۲ امتیاز بود. امتیاز بین (۳-۰) به عنوان نامطلوب، امتیاز بین (۷-۴) به عنوان تا حدودی مطلوب و امتیاز بین (۱۲-۸) به عنوان مطلوب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه سوم پرسشنامه سلامت عمومی (General health questionair) ۲۸ موردی بود توسط اسپیرز در سال ۱۹۹۴ در نیوزیلند و در ایران نیز توسط توسط دادستان در سال ۱۳۷۶ در تهران مورد استفاده قرار گرفته بود (۱۱). نمره گذاری این پرسشنامه بر مبنای لیکرت بود بطوری که به پاسخ به هیچ وجه "نمره صفر" به

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۲۲/۲۳ سال با انحراف معیار ۲/۹۸۹ بود.

نتایج مطالعه نشان داد که از نظر سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن، ۸۷/۷٪ دانشجویان مورد مطالعه وضعیت مطلوب، ۹/۸٪ وضعیت تاحدی مطلوب و ۲/۵٪ دانشجویان مورد مطالعه وضعیت نامطلوب داشتند.

جدول شماره ۱ ارتباط بین سن، جنس و محل سکونت دانشجویان را با سبک زندگی از نظر مصرف سیگار نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده سن و جنس با سبک زندگی از نظر مصرف سیگار رابطه معنی‌داری ($P < 0/001$) ولی محل سکونت دانشجویان رابطه معنی‌داری با سبک زندگی نداشت.

جدول شماره ۲، ارتباط سلامت عمومی دانشجویان مورد مطالعه را با سن، جنس، وضعیت سکونت نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، بین سلامت عمومی و جنس رابطه معنی‌داری ($P < 0/05$) ولی بین سلامت عمومی و سن و محل سکونت دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره ۳، رابطه بین سلامت عمومی و سبک زندگی دانشجویان را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج حاصله، رابطه معنی‌داری بین سبک زندگی و سلامت عمومی وجود دارد ($P < 0/05$).

پاسخ نه بیش از معمول "نمره ۱" به پاسخ بیش از معمول "نمره ۲" و به پاسخ بسیار بیش از معمول "نمره ۳" داده شد. نمره سلامت عمومی هر یک از واحدهای مورد پژوهش در این پرسشنامه از مجموع نمرات چهار زیر مقیاس ذکر شد محاسبه گردید. پس از نمره گذاری به سؤالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط به سؤالات محاسبه گردید. نمره سلامت عمومی هریک از واحدهای مورد پژوهش بین (۲۷-۰) بعنوان سلامت در حد مطلوب، (۵۵-۲۸) بعنوان تا حدی مطلوب و نمرات بین (۸۴-۵۶) بعنوان سلامت در حد نامطلوب در نظر گرفته شد. اعتبار علمی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد. جهت تعیین اعتماد علمی ضریب آلفا کرونباخ محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0/86$ برای سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن و برای سلامتی عمومی $\alpha = 0/82$ بدست آمد و اعتماد علمی ابزار تأیید شد. نتایج با استفاده از آزمون کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ معنی‌داری تلقی گردید.

نتایج:

در این مطالعه ۹۲/۸٪ از نمونه‌ها در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۶ سال، ۵/۵٪ در محدوده سنی ۲۷ تا ۳۵ سال و ۰/۶٪ از نمونه‌ها در محدوده سنی ۳۶ تا ۴۴ سال بودند.

جدول شماره ۱- ارتباط سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن دانشجویان مورد مطالعه با (سن، جنس، وضعیت سکونت)

نتیجه آزمون	سیگار کشیدن					سن، وضعیت سکونت
	مطلوب تعداد (درصد)	تا حدی مطلوب تعداد (درصد)	نامطلوب تعداد (درصد)	جمع	تعداد (درصد)	
$X^2 = 19/66$ ($P = 0/000$)	۱۰۷۷ (۸۸/۳)	۱۱۸ (۹/۷)	۲۵ (۲)	۱۲۲۰ (۱۰۰)	۱۸-۲۶	سن
	۵۶ (۷۷/۸)	۸ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۷۲ (۱۰۰)	۲۷-۳۵	
	۷ (۸۷/۵)	۱ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۸ (۱۰۰)	۳۶-۴۴	
	۱۱۴۰ (۸۷/۷)	۱۲۷ (۹/۸)	۳۳ (۲/۵)	۱۳۰۰ (۱۰۰)	جمع	
$X^2 = 29/66$ ($P = 0/000$)	۷۸۲ (۹۰/۵)	۷۳ (۸/۴)	۹ (۱)	۸۶۴ (۱۰۰)	دختر	جنس
	۳۸۵ (۸۲/۱)	۵۴ (۱۲/۴)	۲۴ (۵/۵)	۴۳۶ (۱۰۰)	پسر	
	۱۱۴۰ (۸۷/۷)	۱۲۷ (۹/۸)	۳۳ (۲/۵)	۱۳۰۰ (۱۰۰)	جمع	
$X^2 = 1/48$ ($P = 0/48$)	۴۲۹ (۸۸/۳)	۴۸ (۹/۹)	۹ (۱/۹)	۴۸۶ (۱۰۰)	خوابگاهی	سکونت
	۷۱۱ (۸۷/۳)	۷۹ (۹/۷)	۲۴ (۲/۹)	۸۱۴ (۱۰۰)	غیر خوابگاهی	
	۱۱۴۰	۱۲۷ (۹/۸)	۳۳ (۲/۵)	۱۳۰۰ (۱۰۰)	جمع	

جدول شماره ۲- ارتباط سلامت عمومی دانشجویان با سن، جنس و محل سکونت

نتیجه آزمون	سلامت عمومی				جنس، سن، وضعیت سکونت
	مطلوب	تا حدی مطلوب	نامطلوب	جمع	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$X^2 = 4/98$ ($P = 0/08$) * دو مورد بدون پاسخ	۸۶۴ (۷۰/۹)	۳۳۴ (۲۷/۵)	۲۰ (۱/۶)	۱۲۱۸ (۱۰۰)	۱۸-۲۶
	۵۸ (۸۰/۶)	۱۳ (۱۸/۱)	۱ (۱/۳)	۷۲ (۱۰۰)	۲۷-۳۵
	۸ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۸ (۱۰۰)	۳۶-۴۴
	۹۳۰ (۷۱/۶)	۳۴۷ (۲۶/۷)	۲۱ (۱/۶)	۱۲۹۸ (*۱۰۰)	جمع
$X^2 = 13/49$ ($P = 0/01$) * دو مورد بدون پاسخ	۵۹۰ (۶۸/۵)	۲۵۸ (۳۹/۹)	۱۴ (۱/۶)	۸۶۲ (۱۰۰)	دختر
	۳۴۰ (۷۸)	۸۹ (۲۰/۴)	۷ (۱/۶)	۴۳۶ (۱۰۰)	پسر
	۹۳۰ (۷۱/۶)	۳۴۷ (۲۶/۷)	۲۱ (۱/۷)	۱۲۹۸ (*۱۰۰)	جمع
	۲۲۷ (۶۹/۷)	۱۴۲ (۳۹/۳)	۵ (۱)	۴۸۴ (۱۰۰)	خوابگاهی
$X^2 = 4/03$ ($P = 0/13$) * دو مورد بدون پاسخ	۵۹۳ (۷۲/۸)	۲۰۵ (۲۵/۲)	۱۶ (۲)	۸۱۴ (۱۰۰)	غیر خوابگاهی
	۹۳۰ (۷۱/۶)	۳۴۷ (۲۶/۸)	۲۱ (۱/۶)	۱۲۹۸ (*۱۰۰)	جمع
	۲۲۷ (۶۹/۷)	۱۴۲ (۳۹/۳)	۵ (۱)	۴۸۴ (۱۰۰)	جمع

جدول شماره ۳- ارتباط سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن با سلامت عمومی دانشجویان مورد مطالعه (سال ۱۳۸۴)

سلامت عمومی	سیگار کشیدن			
	مطلوب	تا حدی مطلوب	نامطلوب	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مطلوب	۸۲۸ (۸۹)	۸۰ (۸/۶)	۲۲ (۲/۴)	۹۳۰ (۱۰۰)
تا حدی مطلوب	۲۹۲ (۸۴/۱)	۴۶ (۱۳/۳)	۹ (۲/۶)	۳۴۷ (۱۰۰)
نامطلوب	۱۸ (۸۵/۷)	۱ (۴/۸)	۲ (۹/۵)	۲۱ (۱۰۰)
جمع	۱۱۳۸ (۸۷/۷)	۱۲۷ (۹/۸)	۳۳ (۲/۵)	۱۲۹۸ (*۱۰۰)
آزمون کای اسکوئر	$X^2 = 10/99$ $P = 0/027$ * دو مورد بدون پاسخ			

بحث و نتیجه گیری:

یافته‌های پژوهش نشان داد که امتیاز سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن، ۸۷/۷٪ دانشجویان مورد مطالعه امتیاز مطلوب، ۹/۸٪ امتیاز تا حدی مطلوب و ۲/۵٪ امتیاز نامطلوب کسب کردند. نتیجه مطالعه Stock christiane و همکاران نشان داد امتیاز سبک زندگی دانشجویان در بعد سیگار کشیدن ۶۴/۳٪ مطلوب، ۱۰/۹٪ تا حدی مطلوب و ۲۴/۵٪ امتیاز نامطلوب بود (۹).

مطالعه Wiley و همکاران نشان داد که ۳۲٪ دانشجویان از نظر سیگار کشیدن امتیاز مطلوب، ۴۲/۶٪ تا حدی مطلوب و ۲۵/۴٪ دانشجویان در سیگار کشیدن امتیاز نامطلوب کسب کردند (۱۲). در تأیید نتیجه بدست آمده مصلی در مطالعه خود نشان داد که واحدهای مورد مطالعه از نظر سیگار کشیدن ۸۶/۷٪ امتیاز مطلوب، ۸٪ تا حدودی مطلوب و ۵/۳٪ امتیاز نامطلوب کسب کردند (۱۳).

ارتباط سن با سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن رابطه آماری معنی داری را نشان می‌دهد که با نتایج مصلی و Prokhorov و همکاران مطابقت دارد (۱۴). در خصوص رابطه سیگار کشیدن با جنس ارتباط آماری معنی داری وجود دارد که با نتایج مطالعه بصیر، بهشتی، Stroke و همکاران مطابقت دارد. Stathakos و همکاران نیز در مطالعات خود نشان دادند که بین مصرف سیگار و جنس واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی دار وجود دارد (۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

رابطه سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن با محل سکونت ارتباط آماری معنی داری نشان نداد. مطالعه بصیر و Shohanimi و همکاران نیز رابطه معنی داری بین سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن و محل سکونت را نشان نداد (۱۹).

در رابطه با ارتباط سلامت عمومی با سن واحدهای مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه عمران‌نصب و هاشمی‌نسب مشابه بود (۲۰، ۲۱).
 رابطه جنس با سلامت عمومی با نتایج مطالعات Sender و همکاران، هاشمی‌نسب، Rozmusc و همکاران مطابقت دارد (۲۲، ۲۰، ۷).
 در رابطه با ارتباط سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن و سلامت عمومی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد که نتیجه مطالعه موجود مشابه نتایج مطالعات ایزو موریوموتو و استوک سی بود (۷، ۱۸).

سپاسگزاری:

در پایان پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از کلیه کسانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش سهم داشتند بویژه معاونت امور پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، فرنیس شاهپوریان و سرکار خانم نیکپور بعنوان استاد ناظر همچنین مسئولین کتابخانه دانشکده پرستاری و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکر و قدردانی نماید.

References

منابع

۱. سیدنوزادی، محسن. کلیات و اصول اپیدمیولوژی. تهران: انتشارات واقعی، ۱۳۸۰ صفحه ۱۲ و ۴۲.
2. Phipps C. Fundamental of nursing. Philadelphia: Lipincott; 2001;50-52.
3. Delaun SC, Ladner PK. Fundamental of nursing standard and practice. Albany: Delmar. 1998;75.
4. Montgomery J. Health care law. New York: Oxford University Press; 1997.
۵. شجاعی تهرانی، خ. در درسنامه پزشکی اجتماعی. پارک جی، پارک کی. جلد چهارم. انتشارات سماط، ۱۳۸۴، ص ۴۲.
6. Black J, Hawk JH, Keene AM. Medical surgical of nursing. Philadelphia. W.B. Saunders; 2001.
7. Ezoe S, Morimoto K. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory worker. *Prev Med*. 1994;23:98-105.
8. Rozmus C, Evans R, Wysochansky M, Mixon D. An analysis of health promotion and risk behaviours of freshman college students in a rural southern setting. *J Pediatr Nurs*. 2005;20(1):25-32.
9. Stock C, Wille L, Kramer A. Gender-specific behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion. *Health Promot Int*. 2001;16:145-154.
10. Brukner Fricker PA. Endocrinologic condition in medical problems: in Athlets, London: Blackwell Science; 1997.
۱۱. دادستان، پ. در ترجمه تنیدگی و استرس (بیماری جدید قرن)، استوراج، ب. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۷.
12. Wiley D, James G, Furney S, Jordan GC. Using the youth risk behavior survey to compare risk behaviors of Texas high school and college students. *J Sch Health*. 1997;67(2):45-49.
۱۳. مصلی، نیر. بررسی و مقایسه رفتارهای بهداشتی دانشجویان دختر و پسر سال آخر و پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۱، ص ۶۸.
14. Prokhorov AV, Warneke C, de Moor C, Emmons KM, Mullin Jones M, Rosenbhm C, et al. Self-reported health status, health vulnerability, and smoking behavior in college students: implications for intervention. *Nicotine Tobacco Res*. 2003;5(4):545-552.
۱۵. بصیر. بررسی عوامل مؤثر بر مصرف سیگار دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۲، ص ۷۸.
۱۶. بهشتی، الف. بررسی ارتباط بین تغییرات رفتارهای بهداشتی پس از ابتلا به مراکز آموزش درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: ۱۳۷۸. ص ۷۴.

17. Stathakos D, Pratsinis H, Zachos I, Vlahaki I, Gianakopoulou A, Zianni D, et al. Greek centenarians: assessment of functional health status and life-style characteristics. *Exp Gerontol*. 2005;40:512-518.
18. Stock C, Kucuk N, Misericiene I, Guillen-Grima F, Petheviene J, Aguinaga ontoso I, et al. Differences in health complaints among university students from three European countries. *Prev Med*. 2003;37:535-543.
19. Shohaimi S, Welch A, Bingham S, Luben R, Day N, Warebam N, et al. Residential area deprivation predicts fruit and vegetable consumption independently of individual educational level and occupational social class: a cross sectional population study in the Norfolk cohort of the European prospective investigation into cancer. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:686-691.
۲۰. هاشمی‌نسب، ن. بررسی میزان استرس شغلی وضعیت سلامت جسمی و روانی ماماها‌های شاغل در بیمارستان دولتی شهر تهران، پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد، ۱۳۸۴، ص ۷۲.
۲۱. عمران‌نسب، ن. بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان دانشجویان سال آخر کارشناسی. پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۸، ص ۵۸.
22. Sender R, Salamero M. Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorders in medical students at the university of Barcelona. *Educ Med*. 2001;4:66.