# تبیین سلامت خودابراز از دیدگاه مردم ایران: یک مطالعه کیفی

**فاطمه صالحی[۱]، سحرناز نجات[۲*]، زهرا چراغی[۳]، لیلا حقجو[۴]**

۱. مرکز مطالعه آینده‌نگر دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران
۲. دانشکده بهداشت، مرکز بهره برداری از نتایج پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران
۴. مرکز تحقیق و توسعه سیاستهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲
سال شانزدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۶ صص ۲۹۲-۲۸۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ فروردین ۹۶]

**چکیده**

**مقدمه:** سلامت خودابراز یکی از شاخص‌های رایج سنجش سلامتی در جمعیت‌های مختلف است. هدف مطالعه حاضر این بود که بدانیم مردم ایران زمان خودارزیابی سلامت چه عواملی را مد نظر دارند.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. روش گردآوری داده‌ها، مشتمل بر ۷۳ مصاحبه نیمه-ساختاریافته طی سه ماهه دوم سال ۱۳۹۴ بود. نمونه‌گیری به‌صورت حداکثر تنوع از نظر متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، قومیت و وضعیت اقتصادی- اجتماعی بود که تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده ها هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت استقرایی انجام شد.

**یافته ها:** در مجموع ۳۹کد در سه طبقه شامل عوامل مستقیم و غیر مستقیم مؤثر بر خودارزیابی سلامت و معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت، استخراج گردید. عوامل مستقیم شامل زیر طبقات عوامل جسمانی و روانی، عوامل غیر مستقیم شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی و طبقه معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت شامل سه زیرطبقه مقایسه با وضعیت قبل خود از نظر جسمانی و روانی، مقایسه با وضعیت ایده‌آل سلامتی از نظر جسمانی و روانی و مقایسه با همسالان از نظر جسمانی بودند.

**بحث و نتیجه گیری:** ایرانیان نیز در زمان ارزیابی سلامت بیشتر به سلامت جسمانی می اندیشند. آنان سلامت جسمانی خود را با وضعیت ایده‌آل سلامتی در همسالان و نیز در مقایسه با سلامت خودشان در گذشته ارزیابی می نمایند. به هر حال به نظر می رسد تأثیری که عوامل غیر مستقیم مانند محیط، اقتصاد و روابط اجتماعی می گذارد نیز از طریق سلامت روان آنان در ارزیابی سلامتشان موثر است.

**کلیدواژه:** سلامت خودابراز، ایران، ارزیابی سلامت، مطالعه کیفی

**کد اخلاق:** IR.TUMS.REC.1395.2869

* نویسنده پاسخگو: تهران، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
تلفن: ۸۸۹۹۲۹۶۹
E-mail: nejatsan@tums.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

## مقدمه

سلامت خودابراز(Self-rated health-SRH)، یکی از شاخص‌های رایج سنجش سلامتی برای پایش تغییرات و اندازه‌گیری سلامت کلی جمعیت‌های مختلف است [۲, ۱]. این شاخص با مطرح کردن یک سؤال در ارتباط با ارزیابی وضعیت سلامت از دیدگاه خود افراد و انتخاب یک گزینه توسط آنها به‌دست می‌آید [۴, ۳]. تفاوت‌هایی در میزان سلامت خودابراز اندازه‌گیری شده در بین کشورهای مختلف، مشاهده شده است [۵, ۱]. دلیل این تفاوت‌ها مشخص نیست، ممکن است به‌دلیل اختلاف در سلامت عینی جمعیت آنها بوده و یا تفاوت تبیین سلامت خودابراز توسط مردم این کشورها منجر به اختلاف شده باشد [۶, ۴]. بسیاری از مطالعات، تفاوت در تبیین سلامتی را در گروه‌های مختلف نژادی، جنسیتی، سنی، اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی نشان داده‌اند[۱۱-۷]. درک سلامتی، ممکن است از تعادل بین سلامت واقعی فرد و بهترین وضعیت سلامتی که برای خود انتظار دارد، به‌وجود آید. یکی از عواملی که استفاده از سلامت خودابراز را برای اندازه‌گیری سلامت عینی محدود می‌کند، تأثیر عوامل مختلفی مانند وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر انتظاری است که مردم از سلامتی خود دارند. به‌طوری‌که افراد با سلامت عینی یکسان، وضعیت سلامتی-شان را متفاوت گزارش می‌کنند[۱۲]. مطالعات مختلفی نشان داده-اند که سلامت خودابراز، متأثر از عواملی مانند اجتماعی، اقتصادی، روانی، محیطی، شیوه زندگی، فرهنگی، سابقه خانوادگی، دموگرافیک و شاخص‌های بالینی است[۳, ۲]. هنوز به‌طور دقیق مشخص نشده است که مردم هنگام پاسخ‌گویی به سؤال سلامت خودابراز، چه عواملی را درنظر می‌گیرند. سؤال اصلی که مطرح است اینکه چه عواملی بیشترین تأثیر را از دیدگاه آنان بر سلامتی دارد؟ احتمالا پاسخ این سوال به خصوصیات مردم جوامع وابسته است. به هر حال درصورتی‌که جواب این سؤال را بدانیم می‌توانیم برطبق الگوی ذهنی ایرانی‌ها، ابزارهایی برای سنجش خودابراز سلامت طراحی نمائیم. به‌همین منظور، مطالعه حاضر برای اولین بار با هدف تبیین سلامت خود ابراز مردم ایران انجام شده است

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر به صورت تحلیل محتوا قراردادی( Conventional content analysis) انجام شد[۱۳]. روش جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته طی سه ماهه دوم سال ۱۳۹۴ بود. نمونه‌گیری با درنظرگرفتن متغیرهای مورد نظر برای حداکثر تنوع: جنسیت (زن/ مرد)، سن(۲۵ تا ۴۵سال/ بالای ۴۵ سال)، تحصیلات (دانشگاهی/ غیر دانشگاهی) قومیت (فارس/کرد/ لر/ سایر اقوام) وضعیت اقتصادی (خوب/ بد) در ۳۲ لایه انجام شد و در هر لایه نیز حداقل ۲ مصاحبه انجام شد که تعداد کل مصاحبه‌های صورت گرفته در مجموع به ۷۳ مورد رسید. در ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس شروع شد و سپس به صورت نمونه‌گیری هدفمند تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. معیارهای ورود به این مطالعه قرارداشتن گروه سنی بالای ۲۵ سال داشتن رضایت (کتبی و شفاهی برای ورود به مطالعه علاقه به صحبت در مورد عقاید و نگرش‌های خود بودند). مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری در مکانی آرام و بدون تنش توسط مصاحبه‌گر انجام می‌شد و ترجیحاً مکان و زمان مصاحبه توسط مصاحبه شونده‌ها انتخاب می‌شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک راهنمای پرسشگری بود که شامل سؤال‌های "سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟"، "چرا به این نتیجه رسیدید که وضعیت سلامتی‌تان خوب یا .....است؟"، "سلامتی برای شما چه مفهومی دارد؟"، و "زمان ارزیابی وضعیت سلامتی چه عواملی را در نظر گرفتید؟" بود. ۶۸ مصاحبه توسط دستگاه ضبط صدا ثبت شد پنج مورد راضی به ضبط صدای خود نشدند و تنها یادداشت برداری حین مصاحبه انجام شد. برای تضمین کیفیت از روش چک‌کردن با مصاحبه‌شوندگان برای افزایش اعتبار مطالعه[۱۴] استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن، مرور مکرر کدهای استخراج شده، بررسی روند تجزیه و تحلیل و درگیری مداوم و طولانی مدت با داده‌ها انجام شد. در جلسات متعدد سه نفر پژوهشگر در این مطالعه، کدهای مشابه و مفاهیم مشترک ادغام کردند. همچنین پژوهشگران، جزئیات تحقیق را به‌دقت مستند کرده و مراحل تحقیق را از ابتدا تا انتها با جزئیات، شرح دادند[۱۵]. در تحلیل داده‌ها در نهایت داده ها به‌صورت تحلیل محتوای قراردادی که به صورت استقرایی است تجزیه تحلیل گردید. در ابتدا کلیه مصاحبه‌ها به‌طور کامل پیاده شده و چندین بار مرور شدند تا درک کلی از آن ها به دست بیاید. مصاحبه ها خط به خط مطالعه شدند و کدهای مرتبط استخراج شد. کدهای مشابه در دسته های بزرگتری به نام طبقه گروه بندی شد. همین طور تحلیل در مورد ارتباط طبقات با یکدیگر انجام گرفت. در رابطه با ملاحظات اخلاقی از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه رضایت آگاهانه از طریق توضیح شفاف اهداف تحقیق به‌صورت کتبی و شفاهی اخذ شد. همچنین اصولی مانند حق کناره‌گیری افراد در طول مطالعه رعایت گردید و صداهای



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

ضبط شده پس از پیاده‌سازی حذف شدند و اطلاعات افراد کاملا محرمانه ماند. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی و با شماره ۹۳-۰۴-۲۷-۲۸۱۷۴ تصویب گردید.

## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۱/۸۹±۳۹/۶۹ سال بود. ۵۶/۱۶٪ (۴۱ نفر) از شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان به تفصیل در جدول شماره یک آمده است. در مجموع از بین کدهای اولیه استخراج شده عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامت از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان توسط سه مصاحبه‌گر، کدهای مشابه جمع‌بندی و ترکیب شدند و در نهایت ۳۹ کد به‌دست آمد و در سه طبقه شامل عوامل مستقیم و غیر مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامت و معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت جای گرفتند. از نظر افراد مورد مصاحبه در این مطالعه، عوامل جسمانی و در درجه بعدی عوامل روانی، مهمترین عوامل تأثیرگذار بر ارزیابی سلامت‌شان بوده اند. طبقه عوامل مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی، شامل دو زیر طبقه عوامل جسمانی و روانی بود. طبقه عوامل غیرمستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی، شامل سه زیر طبقه عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بود. طبقه معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت شامل سه زیر طبقه مقایسه با وضعیت قبل خود از نظر جسمانی و روانی، مقایسه با وضعیت ایده‌آل از نظر جسمانی و روانی و مقایسه با همسالان از نظر جسمانی بود ( نمودار شماره۱ و جدول شماره۲، ۴،۳).

**طبقه عوامل مستقیم تأثیرگذار بر ارزیابی سلامتی:** در این طبقه، دو زیرطبقه و ۲۱ کد استخراج گردید که در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است. در ادامه هر یک از زیرطبقه‌ها با کدهایش توضیح داده شده‌اند. عین جملات شرکت‌کنندگان با فونت ایتالیک ارائه شده‌اند. از نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، عوامل جسمانی و سپس عوامل روانی در هنگام ارزیابی‌شان از سلامتی خود، در اولویت بالایی قرار داشتند.

**زیر طبقه عوامل جسمانی:**

این زیر طبقه شامل ۱۰ کد بود. در ادامه به ذکر تفصیلی چند مورد از مهمترین کدها پرداخته می‌شود:

**۱- تندرستی و جسم سالم:** اکثریت شرکت کنندگان در قدم اول، سالم بودن همه اندام‌های بدن را مهم‌ترین عامل مؤثر بر ارزیابی سلامت عنوان کردند، به‌طوری‌که یکی از شرکت کنندگان این‌طور گفت: *"سلامتی در درجه اول یعنی اینکه تن آدم سالم باشه."*

**۲- ابتلا/عدم ابتلاء به بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج:** همچنین برخی از افراد مورد مصاحبه، نداشتن بیماری‌های صعب‌العلاج را یک عامل تعیین کننده در سلامت خود می‌دانستند. یکی از شرکت‌کنندگان این‌طور گفت: *" سلامتی‌ام خوبه، چون دچار بیماری‌های صعب‌العلاجی مثل سرطان نیستم."*

**۳- توانایی انجام کارهای روزمره:** برخی از افراد مورد مصاحبه، استقلال و آستانه انرژی افراد در انجام کارهای روزمره را به‌عنوان سلامتی مطرح می‌کردند، به‌طوری‌که خانم ۳۹ ساله‌ای گفت: *" آدم وقتی سالم و سرحال است، که کارهایی که از خودش انتظار داره را بتواند انجام دهد."* یا دیگری این‌طورگفت: *"سلامتی‌ام در حد متوسط است، چون زودتر از معمول خسته میشم وانرژی کافی برای انجام کارهایم ندارم."*

**۴- تحرک/ورزش:** داشتن تحرک بدنی و تمرینات ورزشی منظم به‌طور روزانه و هفتگی، توسط برخی از شرکت‌کنندگان به‌عنوان عامل مؤثر در ارزیابی سلامتشان اشاره شده بود، به‌طوری‌که افراد دارای تحرک بدنی، خود را سالم‌تر از افراد بدون تحرک می‌پنداشتند.

**۵- چاقی:** برخی از شرکت‌کنندگان، براساس جثه بدنی افراد، از سلامتی، قضاوت‌های متفاوتی داشتند. چاق بودن افراد و نداشتن شاخص توده بدنی نرمال، از دیدگاه برخی از شرکت کنندگان در ارزیابی سلامتشان مؤثر بوده است.

**۶- اختلالات خواب:** بی‌نظمی و ناهنجاری‌های خواب، از دیگر عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامت از دیدگاه برخی از شرکت‌کنندگان بود.

**- زیرطبقه عوامل روانی:**

این زیر طبقه شامل ۱۱ کد بود که عبارتند از شادابی و نشاط، احساسات مثبت، احساس پیشرفت در کارها، زودرنجی و عصبانیت، انزواطلبی، اختلالات روانپزشکی، آرامش فکری/ دغدغه، رضایتمندی، مذهب/معنویت، مهارت‌های رفتاری، ارضاء نیازهای جنسی. در ادامه به توصیف تفضیلی چند مورد از مهمترین کدها در زیر پرداخته می‌شود:

**۱-شادابی و نشاط:** احساس شادابی و غمگین نبودن و لذت از زندگی یکی از موارد مهم در زیرطبقه عوامل روانی، از نظر شرکت‌کنندگان بود. در این راستا یکی از شرکت‌کنندگان این‌طور



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

گفت:" *در هر موقعیتی روحیه‌ام را حفظ می‌کنم و اکثر مواقع شادم.*"

**۲-آرامش فکری/ دغدغه** : آرامش، دغدغه‌های فکری، استرس و تنش‌های زندگی از موارد مهم دیگری بودند که برخی از افراد مورد مصاحبه به آن اشاره داشتند. یکی از شرکت‌کنندگان که آقای ۴۵ ساله‌ای بود، گفت: " *سلامتی‌ام خیلی خوبه، همینکه آرامش و آسایش فکری دارم، بزرگترین نعمته.*" خانم ۳۳ ساله‌ای اینطور گفت:" *شاید به نظر سالم بیام، ولی از درون داغونم. دائم نگرانم، استرس دارم، دائم فکر می‌کنم همسرم می‌میره، در کل آرامش درونی ندارم.*"

**۳-مهارت‌های رفتاری:** هنر مدیریت زندگی، داشتن برنامه‌ریزی و استفاده صحیح از زمان، اعتماد به نفس، تمرکز فکری، بردباری، توانایی تصمیم گیری صحیح در موقعیت‌ها، مدل تعامل با دیگران، رفتارهای هنجار، قناعت و هدفمند بودن از سایر عوامل مرتبط با این کد بوده است. یکی از شرکت‌کنندگان گفت :" برنامه ریزی خوب باعث سلامت روحی خوب میشه." همچنین خانم ۳۶ ساله‌ای گفت:" وقتی از وقتم درست استفاده می‌کنم، آرامش روحی دارم."

**۴- مذهب/معنویت:** باورهای مذهبی و اعتقاد به خدا یکی دیگر از عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامت از دیدگاه شرکت‌کنندگان بود. زن ۲۷ ساله‌ای گفت:" اگه ایمان و اعتقاد بالایی داشته باشی، حتی اگه بیمار باشی از نظر روحی سالمی."

**۵-اختلالات روانپزشکی:** از نظر افراد مورد مصاحبه، نداشتن افسردگی، اضطراب ، آلزایمر، وسواس فکری و دیگر اختلالات روانپزشکی در ارزیابی سلامتشان تأثیر گذار بود.

**۲) طبقه عوامل غیر مستقیم تأثیرگذار بر ارزیابی سلامتی:** از نظر شرکت‌کنندگان در این مطالعه عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بر عوامل جسمانی و روانی تأثیرگذارند و به‌طور غیر مستقیم بر ارزیابی سلامتی مؤثر بودند. در این طبقه سه زیرطبقه و ۱۵کد استخراج گردید.

**- زیرطبقه عوامل اجتماعی:**

این زیرطبقه شامل۶ کد بود. ارتباطات اجتماعی، طبقه اجتماعی، فقر اطلاعاتی، اعتماد، حمایت‌های اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی

**۱- ارتباطات اجتماعی**: بیشترین عامل تأثیرگذار بر سلامتی از عوامل اجتماعی که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند، عامل روابط اجتماعی بود. یکی از شرکت‌کنندگان که خانمی ۲۸ ساله بود، این‌طور گفت: " *نداشتن روابط اجتماعی در محیط‌های شغل و دانشگاه روی روان فرد تأثیر دارد و روان فرد هم روی جسم او تأثیر می‌گذارد.*" فرد دیگری که زنی ۵۰ ساله بود، در رابطه با تأثیر روابط اجتماعی بر سلامتی گفت:" *من وقتی با آدم‌ها حرف می‌زنم ، سبک‌تر می‌شوم و احساس راحتی روح و روان دارم. هر چقدر آدم، رفت و آمدش با دیگران زیاد باشد، روح و روانش سالم می‌ماند.*" »

همچنین خانم ۲۵ ساله‌ای در رابطه با اهمیت روابط اجتماعی گفت: «*مسایلی در زندگی وجود دارند که به تنهایی نمی توانید آن‌ها را به دست بیارید، احساس هایی مثل حس دوست داشتن و دوست داشته شدن ، حس کمک کردن، که همه ی این ها در ارتباط با دیگران به دست میاد و روی سلامت روان فرد موثر است.*"

**۲- طبقه اجتماعی:** جایگاه اجتماعی، یکی از عواملی بود که در ارزیابی سلامت برخی از افراد مورد مصاحبه، نقش مهمی داشت، به‌طوری‌که آقایی ۳۳ ساله گفت:" *افراد جامعه بسته به اینکه موقیت اجتماعی‌شان چگونه باشد، تعریف‌های متفاوتی از سلامتی دارند، برای قشرهای پایین همینکه سلامت جسمی‌شان کامل باشد، خودشان را سالم می‌دانند.* "

**۳- فقر اطلاعاتی:** برخی از شرکت‌کنندگان اشاره داشتند که سطح پایین سواد و تحصیلات و دانش افراد بر سلامت عینی و به تبعیت، سلامت ذهنی تأثیر می‌گذارند. آقای ۶۰ ساله‌ای گفت:" *فقر فرهنگیمون به فقر اقتصادی می چربه،خشت اول که کج شده بود این دیوار قوی که با مصرف ویتامین وپروتئین درست کردم به خاطر پایه ضعیف به جایی نرسید.نم نم دندونا خراب شد....*"

**۴-ایفای نقش اجتماعی:** مفید بودن و نقش مؤثر در جامعه از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامتی از دیدگاه افراد بودند به‌طوری‌که خانمی ۳۱ ساله این‌طور گفت:" *همین‌که می‌بینم آدم مفیدی هستم و به مردم یک خدمتی می‌کنم، باعث آرامش روانی‌ام میشه.*" و یا خانم ۳۵ ساله‌ای گفت:" *سلامتی نه به ثروت است و نه به تحصیلات، بلکه نقش مفیدی است که افراد از خودشان در جامعه ایفا می‌کنند.*"

**۵-اعتماد:** از دیگر پاسخ‌های متنوعی که شرکت‌کنندگان به سؤال عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامت‌شان در بعد سرمایه اجتماعی می‌دادند، اعتماد داشتن افراد جامعه به همدیگر بود. به‌طور مثال یکی از شرکت‌کنندگان که خانمی ۲۷ ساله بود، در این رابطه گفت:"*به‌خاطر بی‌اعتمادی به اطرافیان و ناامن بودن بعضی شرایط، سعی می‌کنم از بقیه فاصله بگیرم و با آن‌ها رفت و آمد نکنم و فقط به*



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

*خانواده‌ام اعتماد داشته باشم و با آن‌ها رفت و آمد دارم. همین باعث میشه یک جورهایی منزوی شوم."*

**- زیرطبقه عوامل اقتصادی:**

این زیرطبقه شامل ۳ کد بود که عبارتند از مشکلات مالی، درآمد و هزینه خدمات درمانی

**۱- مشکلات مالی:** اکثر شرکت‌کنندگان در قدم اول در بعد اقتصادی، مشکلات مالی خودشان را مهم‌ترین عامل مؤثر بر سلامتی عنوان کردند. آن‌ها اظهار داشتند که تأمین مخارج زندگی، نامتناسب بودن دخل و خرج، داشتن درآمد کافی، مسکن و شغل مناسب بر سلامت روحی و به دنبال آن بر سلامت جسمی‌شان تأثیر دارد. یکی از شرکت‌کنندگان که آقای ۵۰ ساله‌ای بود، اینطور گفت:" *مشکلات مالی که داشته باشی، غذای خوب نمی‌خوری، مسافرت نمیری، همیشه از نظر روحی درگیری، حتی وقتی مریض میشی واسه درمانت هم خوب مایه نمیذاری، همه اینا به مرور سلامتی را درگیر میکنه."*

**۲- هزینه خدمات درمانی:** برخی از شرکت‌کنندگان، افزایش هزینه‌های خدمات پزشکی را مؤثر بر سلامتی خود اشاره کردند، به‌طوری‌که آقایی ۳۳ساله گفت:" *من مدت‌هاست که دندان پوسیده دارم، ولی به‌دلیل هزینه بالای دندانپزشکی، نمی‌توانم به درمان بپردازم."* یا خانمی ۳۷ ساله، اینطور گفت: "*گران بودن هزینه‌های ناباروری، باعث شد دیگر پیگیر درمان نشیم و همین نداشتن بچه کلی از نظر روحی درگیرم کرده، تا جایی که از فکر و غصه، تنگی نفس گرفتم."*

**- زیرطبقه عوامل محیطی:**

این زیر طبقه شامل ۶ کد بود که عبارتند از: آلودگی محیط (آب و هوا و صوتی)، دسترسی به خدمات درمانی، بستر فرهنگی-اجتماعی، محیط خانواده، سیاست حاکم بر جامعه، تفریح.

**۱- آلودگی محیط( آب و هوا وصوتی):** برخی از شرکت کنندگان به نقش آلودگی محیط در ارزیابی‌شان از سلامت اشاره کردند. آلودگی محیط (سر و صدای محیط، تأثیر آلودگی محیطی بر خوراک، آلودگی هوا و آب) بود. به‌طور مثال یکی از شرکت‌کنندگان گفت:" *فکر نمی‌کنم هیچ کس سالم باشه، با این همه غذاهای شیمیایی و آلودگی هوا، همه تا چند سال دیگه سرطان می‌گیریم."*

**۲- بستر فرهنگی – اجتماعی:** بعضی از افراد مورد مصاحبه بیان می‌کردند که میزان تطابقی که بستر فرهنگی و ارزش‌های موجود در جامعه با ارزش‌های فرد دارد و اینکه ارزش‌های فرد با ارزش‌های جامعه در تضاد نباشد، بر سلامت روان مؤثر هستند. به‌طور مثال یکی از افراد مورد مصاحبه که خانم ۲۶ ساله و از اهل تسنن بود، می‌گوید : " *خیلی وقت‌ها نوع احترامی که مردم جامعه به ارزش‌های تو می‌گذارند و اینکه بستر ارزش‌های جامعه با تو فرق میکنه تا مدت‌ها روی روانم اثر می‌گذاره."*

**۳-دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی:** برخی از افراد مورد مصاحبه، به عامل دردسترس بودن خدمات بهداشتی و درمانی اشاره کرده بودند که تأثیر بر سلامت عینی و به تبع سلامت ذهنی دارند. در این راستا یکی از شرکت‌کنندگان که مردی ۴۶ ساله بود، گفت: " *یادمه فوتبال بازی می‌کردم که آسیب دیدم و بینی‌ام شکست، نه پزشکی، نه پرستاری و نه آمبولانسی، حتی یک چسب زخم نبود که روی آسیب دیدگی‌ام بگذارم، مجبور شدم با لباسم جلوی خونریزی بینی‌ام راگرفتم و همین باعث شد تا الان اثر آسیب دیدگی‌ام بمونه. "*

**۴-محیط خانواده:** یکی دیگر از عواملی که شرکت‌کنندگان به تأثیر آن بر سلامتی اشاره کرده بودند، محیط خانواده بود. از نظر آن‌ها مجموعه عواملی مانند حمایت‌های خانوادگی، تعاملات در خانواده، فرهنگ و نوع آداب و رسوم و احترام متقابل در خانواده، در سلامتی افراد مؤثر هستند.

**۵- سیاست حاکم بر جامعه:** از نظر برخی از افراد مورد مطالعه، وضعیت سیاسی کشور را از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامتی می‌دانستند، به‌طوریکه آقای ۳۶ ساله‌ای اینطور گفت:" *سیاست یک کشور، بنیان سلامت مردم آن جامعه است. طی مدت تحریم، خیلی از داروها وارد کشور نشد و بجای آن از داروهای تغلبی استفاده شد. تو این مدت وضعیت جسمی خیلی از بیماران بدتر شد."*

**۶- تفریح:** برخی از شرکت‌کنندگان به اهمیت تأثیر تفریحات سالم بر سلامتی اشاره کرده بودند. یکی از شرکت‌کنندگان اینطور گفت:" *وضعیت شغلی‌ام باعث شده از صبح تا شب کار کنم، دیگه وقتی برای تفریح و اوقات فراغت ندارم، خیلی کسل شدم و افسرده، تمرکز کافی برای کارام ندارم."*

**طبقه معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت:**

در این طبقه، ۳ زیر طبقه جای گرفت. افراد مورد مصاحبه هنگام ارزیابی سلامتشان، عوامل جسمانی و روانی خود را در مقایسه با گذشته خود و در مقایسه با وضعیت ایده‌آل آن قرار داده بودند. همچنین برخی از شرکت‌کنندگان، خود را از نظر جسمانی با همسالان خود مقایسه کرده بودند.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

**زیرطبقه مقایسه با قبل از نظر جسمانی و روانی:** برخی از افراد مورد مصاحبه هنگام پاسخگویی به سؤال سلامت خودابراز، عوامل جسمانی و روانی خود را در مقایسه با زمان گذشته در نظر گرفته بودند. *خانم ۳۹ساله‌ای که به رغم داشتن بیماری پرکاری تیروئید، به‌دلیل مقایسه وضعیت جسمانی خود با گذشته، همچنان سلامتی خود را خوب ارزیابی کرده و در این رابطه گفت: "قبلا اضافه وزن و زانو درد شدید داشتم، طوری‌که با کوچکترین حرکت درد می‌کشیدم، از وقتی وزنم کم شده زانو دردم بهتر شده، دیگر مثل قبل اذیت نمی‌شم"* . ویا خانم ۲۷ ساله‌ای در مقایسه عوامل روانی خود با وضعیت قبلی خود این‌طور گفت: "*قبلا سمنان تو غربت، خیلی افسرده و مضطرب بودم، الان که فکر میکنم خیلی بهتر شدم و دیگه مضطرب نیستم* " همچنین شرکت کننده‌ی دیگری این‌طور گفت:"*قبل از ازدواج شادتر بودم، اعتماد به نفسم بالاتر بود، الان از نظر روحی در حد متوسطام."*

زیرطبقه **مقایسه با ایده‌آل از نظر جسمانی و روانی:**

از دیدگاه برخی از افراد مورد مصاحبه، معیار ایده‌آلی برای عوامل جسمانی و روانی(به‌طور متفاوت برای هر یک از افراد) وجود دارد که هنگام ارزیابی سلامتی، آنرا درنظر می‌گیرند. یکی از شرکت کنندگان که خانم ۳۵ ساله‌ای بود، گفت: "*یک معیار برای سلامتی در ذهنم است، اینکه همه ارگان‌های بدن درست کار کنه و بیمار نباشی. وقتی خودم را با این معیار می‌سنجم، می‌بینم خوبم.* در مقایسه عوامل روانی با وضعیت ایده‌آل آقای ۳۴ ساله‌ای گفت: "*به نظرم سلامتی از نظر روحی، نداشتن تنش و احساس رضایتمندی است، که بنده خوبم.* " یا خانم ۲۸ ساله‌ای گفت: " *سلامتی یعنی نداشتن افسردگی و اضطراب، با این شرایط متوسطام.*"

زیرطبقه مقایسه با همسالان و اطرافیان از نظر جسمانی:

برخی از شرکت کنندگان نیز خود را با همسالان خود از نظر جسمانی مورد مقایسه قرار داده بودند. خانم۳۱ ساله‌ای در این رابطه گفت: "*در مقایسه با همسن و سالانم خیلی زود خسته میشم، توان آن‌ها را ندارم.*" همچنین شرکت کننده دیگری گفت: *"سلامتی من در حد متوسط است، چون خیلی از مشکلات استخوانی که من دارم، بقیه ندارند."*



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

**جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان(n=۷۳)**

| | طبقه | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| جنسیت | زن | ۴۱ | ۵۶/۱۶ |
| | مرد | ۳۲ | ۴۳/۸۳ |
| قومیت | فارس | ۲۶ | ۳۵/۶۲ |
| | ترک | ۱۹ | ۲۶/۰۳ |
| | لر | ۱۹ | ۲۶/۰۳ |
| | کرد | ۶ | ۸/۲۲ |
| | سایر اقوام | ۳ | ۴/۱۱ |
| شغل | کارمند | ۲۱ | ۲۸/۷۶ |
| | مشاغل پزشکی/پیراپزشکی | ۴ | ۵/۴۸ |
| | خانه‌دار | ۸ | ۱۰/۹۶ |
| | دانشجو | ۱۷ | ۲۳/۲۹ |
| | هیئت علمی | ۲ | ۲/۷۴ |
| | معلم/دبیر | ۵ | ۶/۸۵ |
| | آزاد | ۳ | ۴/۱۱ |
| | بازنشسته | ۶ | ۸/۲۲ |
| | سرباز | ۱ | ۱/۳۷ |
| | بیکار | ۲ | ۲/۷۳ |
| | کارگر | ۳ | ۴/۱۰ |
| | راننده | ۱ | ۱/۳۶ |
| تحصیلات | بیسواد | ۲ | ۲/۷۴ |
| | ابتدایی/راهنمایی | ۷ | ۹/۵۹ |
| | دبیرستان/دیپلم | ۱۱ | ۱۵/۰۷ |
| | دانشگاهی | ۵۳ | ۷۲/۶۰ |
| وضعیت اجتماعی اقتصادی خودابراز | خیلی خوب | ۸ | ۱۰/۹۶ |
| | خوب | ۳۵ | ۴۷/۹۴ |
| | متوسط | ۲۸ | ۳۸/۳۶ |
| | بد | ۲ | ۲/۷۴ |
| | خیلی‌بد | ۰ | ۰/۰ |

**جدول ۲: عوامل مستقیم تأثیرگذار بر سلامت خودابراز**

| | زیر طبقات | کدها |
|---|---|---|
| عوامل مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی | عوامل جسمانی | تندرستی، ابتلا/ عدم ابتلا به بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج، توانایی انجام کارهای روزانه، تحرک/ ورزش، نیاز/عدم نیاز مراجعه به پزشک و مصرف دارو، ، چاقی، معلولیت جسمی، اختلالات خواب، داشتن / نداشتن ژنتیک نرمال، سن |
| | عوامل روانی | شادابی و نشاط، احساسات مثبت، احساس پیشرفت در کارها، زودرنجی و عصبانیت، انزواطلبی، اختلالات روانپزشکی ، آرامش فکری/ دغدغه، رضایتمندی، مذهب/معنویت، مهارت‌های رفتاری، ارضاء نیازهای جنسی |

**جدول ۳: عوامل غیر مستقیم تأثیرگذار بر سلامت خودابراز**

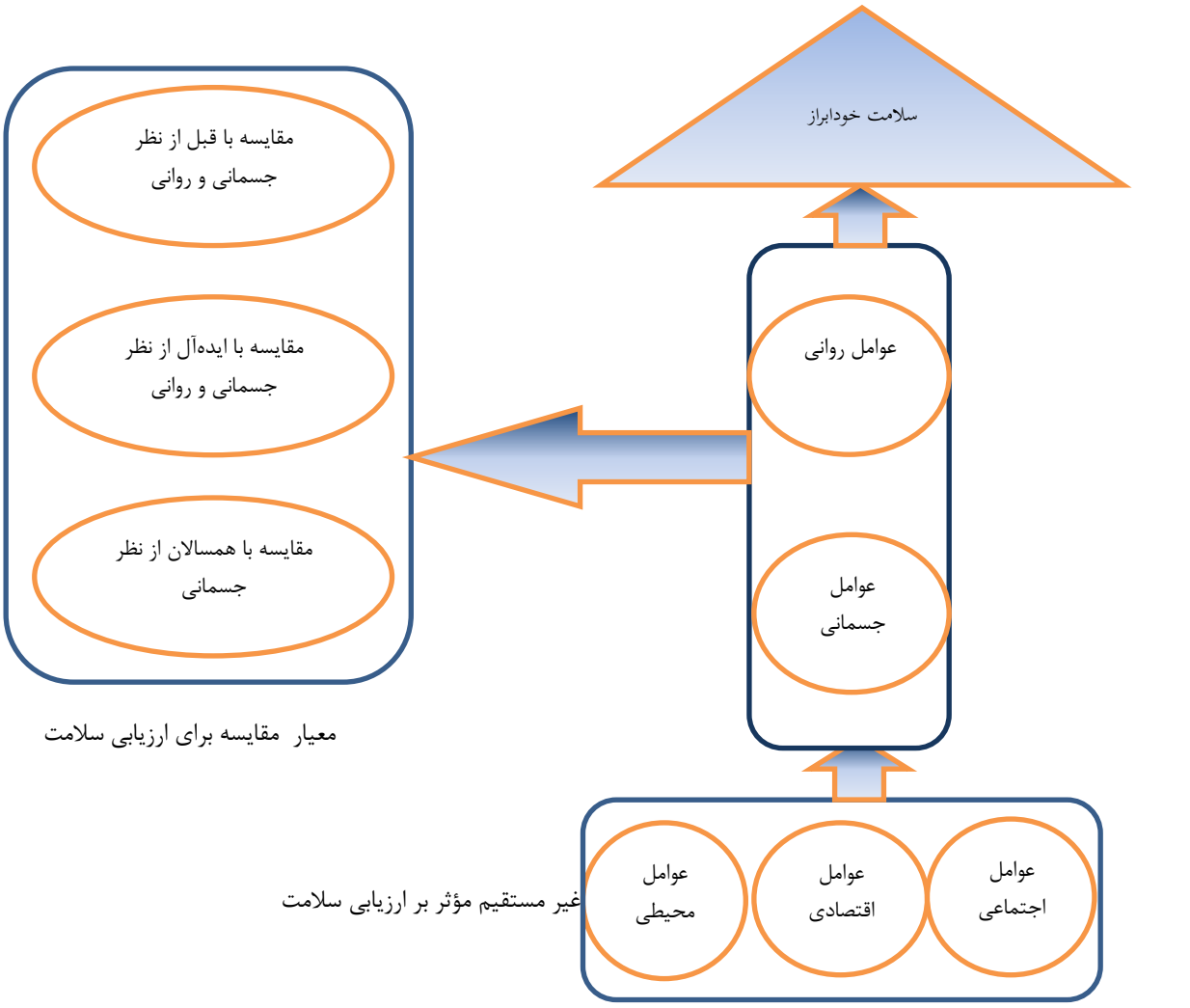
| | زیر طبقات | کدها |
|---|---|---|
| عوامل غیر مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی | اقتصادی | مشکلات مالی، درآمد، هزینه خدمات درمانی |
| | اجتماعی | ارتباطات اجتماعی، اعتماد، فقر اطلاعاتی، اعتماد، حمایت‌های اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی |
| | محیطی | محیط خانواده، تفریح، آلودگی محیط (آب و هوا و صوتی)، دسترسی به خدمات درمانی، سیاست حاکم بر جامعه و بستر فرهنگی- اجتماعی |

**جدول ۴: معیارهای مقایسه خودارزیابی سلامت**

| | زیرطبقات |
|---|---|
| معیار مقایسه خودارزیابی سلامت | مقایسه با وضعیت قبل از نظر جسمانی و روانی |
| | مقایسه با وضعیت ایده‌آل از نظر جسمانی و روانی |
| | مقایسه با همسالان از نظر جسمانی |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]




**نمودار ۱: عوامل مؤثر بر سلامت خودابراز از دیدگاه جمعیت ایران**

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته های این مطالعه حاکی از تأثیر مستقیم سلامت جسمانی و روانی بر خودارزیابی افراد از سلامت بود. در حالی که عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی هنگام ارزیابی سلامت آنان به صورت غیر مستقیم ایفای نقش می نمایند. از دیدگاه شرکت‌کنندگان این مطالعه، عوامل جسمانی و روانی در ابتدا به‌عنوان مهمترین عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامتی محسوب شدند. Murata و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماری و وضعیت جسمی ۴۰-۳۵٪ سلامت خودابراز را تعیین می‌کند[۱۶]. همچنین در مطالعه Singh-Manoux و همکارانش نشان داده شد که بیشترین بخش سلامت خودابراز، مربوط به سلامت جسمی(۳۴/۷٪) و روانی (۴۱/۴٪) بود و تأثیر سن، سابقه خانوادگی، متغیرهای اجتماعی-جمعیتی، عوامل اجتماعی-روانی و رفتارهای بهداشتی نسبتا کم بودند[۱۷]،که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد که در دهه‌های اخیر، بیماری‌های جسمی به‌طور چشمگیرتری در ارتباط با بیماری‌های روحی هستند و بیشتر از گذشته بر سلامت خودابراز تأثیرگذارند. افزایش بروز اختلالات جسمی و متعاقب آن، کاهش مشارکت‌های اجتماعی، می تواند تبیین موجهی از



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

افزایش علائم روانی مربوط به اختلالات جسمی باشد [۱۸]. عوامل مربوط به سلامت خودابراز در جمعیت‌های گوناگون، متفاوت هستند [۱۶]، در این خصوص ممکن است تفاوت‌های فرهنگی بر درک سلامتی افراد جوامع تأثیرگذار باشد [۵]. برخی از شرکت-کنندگان در این مطالعه، هنگام پاسخ‌گویی به سؤال سلامت خودابراز، سلامتی خود را در مقایسه با عوامل جسمانی و روانی خودشان در گذشته سنجیده بودند، که مطابقت با یافته‌های مطالعه‌ای[۱۷]، داشت که نشان داد، سلامت خودابراز در مقایسه با وضعیت سلامتی فرد در سال‌های گذشته پیشگویی می‌شود. در مطالعه Krause ، مشاهده گردید که تفاوت های بیان شده در میزان سلامتی شرکت‌کنندگان هنگام پاسخ‌گویی به سؤال سلامت خودابراز، می‌تواند به این دلیل باشد که افراد مورد مصاحبه گروه-های مختلفی را به‌عنوان گروه مقایسه و مرجع خود قرار می-دهند[۱۹]. از دیدگاه شرکت‌کنندگان این مطالعه، عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بر عوامل جسمانی و روانی تأثیرگذارند و جزء عوامل غیر مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی محسوب می‌شوند. Breidablik و همکاران در مطالعه‌ای در نروژ بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷ سلامت خودابراز نوجوانان را ارزیابی کردند و نشان دادند که سلامت خودابراز آن‌ها متأثر از مجموعه‌ای از عوامل روانی، اجتماعی، رفتارهای بهداشتی و رفاه عمومی و شیوه زندگی است و نقش رفاه عمومی در سلامت خودابراز آن‌ها به‌طور چشمگیری بارز است[۲]. Vingilis و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که سلامت خودابراز افراد مورد مطالعه فقط تحت تأثیر سلامت جسمی‌شان نیست، بلکه عوامل روانی، اجتماعی-محیطی و رفتاری افراد نیز مؤثر هستند، به‌طوری‌که درآمد پایین، سیگار و شاخص توده بدنی بالا منجر به بدتر شدن سلامت خودابراز می‌شوند[۲۰]. مطالعه‌ای در سوئد نشان داد که سلامت روانی و اجتماعی تأثیر مهمی بر سلامت خودابراز دارند[۲۱]. Layes و همکاران نیز در مطالعه‌ای، نقش متغیرهای اجتماعی-اقتصادی، سن، تحصیلات و شیوه زندگی را بر سلامت خودابراز مطرح نمودند[۳]، نتایج با آن با یافته‌های مطالعه ما تطبیق داشت. ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سلامت خودابراز تا حدودی با شیوه زندگی و عوامل روانی اجتماعی توجیه می‌شود [۲۲]. افراد با وضعیت‌های اجتماعی و اقتصادی مختلف، سبک های مختلف زندگی دارند، به‌طور مثال، ممکن است افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالاتر، تمایل بیشتری به شرکت در فعالیت های تناسب اندام داشته باشند[۲۳]، که ممکن است به دلیل وضعیت مالی مناسب خود باشد. همچنین به احتمال زیاد، استرس و افسردگی در افرادی که وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین تری دارند، بیشتر است. روابط اجتماعی مناسب با خانواده و دوستان، نه تنها در ارتقای تحصیلات و افزایش فرصت-های اشتغال آنها مؤثر است، بلکه به کاهش استرس نیز، کمک می‌کند. [۲۲]. این مطالعه اولین پژوهش تبیین سلامت خودابراز در مردم ایران است. با توجه به اینکه توجه به تفاوت‌های گروه‌های مختلف سنی، قومیتی[۱۹]، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و سطوح تحصیلات افراد مورد مصاحبه در تفسیر نتایج پژوهش‌های سلامت خودابراز ضروری هستند[۲۴]. محققان در این مطالعه سعی نمودند که برای دستیابی به نحوه خودارزیابی وضعیت سلامتی از دامنه متفاوتی از گروههای سنی، جنسیتی، قومیتی، گروه‌های اقتصادی-اجتماعی و همچنین علاوه بر افراد سالم، از بیماران نیز بهره ببرند. به هر حال مانند سایر مطالعات کیفی در تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه به جمعیت بزرگتر باید محتاط بود، مصاحبه ها همه با ساکنین شهر تهران انجام شد که اگر چه قومیت های متفاوتی داشتند ولی همگی شهر نشین بودند. اطلاعات سلامت خودابراز افراد مورد مطالعه از برخی از استان‌های ایران جمع‌آوری شده است، و با توجه به تفاوت-های فرهنگی استان‌های مختلف، پیشنهاد می‌شود مطالعات کیفی سلامت خودابراز، در تمام استان‌های ایران انجام و نتایج آن‌ها با یکدیگر مقایسه گردد. ایرانیان نیز در زمان ارزیابی سلامت بیشتر به سلامت جسمانی می اندیشند. آنان سلامت جسمانی خود را با وضعیت ایده‌آل سلامتی در همسالان و نیز در مقایسه با سلامت خودشان در گذشته ارزیابی می نمایند. به هر حال به نظر می رسد تاثیری که عوامل غیر مستقیم اجتماعی، اقتصادی و محیطی نیز بر ارزیابی سلامت نباید نادیده انگاشته شود.

**سهم نویسندگان**

فاطمه صالحی: مشارکت در جمع‌آوری داده‌های طرح تحقیقاتی و تحلیل داده‌های کیفی، نگارش نسخه ابتدایی مقاله و انجام کلیه اصلاحات مد نظر سایر نویسندگان

سحرناز نجات: ایده پژوهشی، نظارت بر جمع آوری و مشارکت در تحلیل داده ها، مشارکت در نگارش مقاله و اصلاحات

زهرا چراغی: مشارکت در جمع‌آوری داده‌های طرح تحقیقاتی و تحلیل داده‌های کیفی، مشارکت در نگارش مقاله

لیلا حقجو: مشارکت در جمع‌آوری داده‌های طرح تحقیقاتی و تحلیل داده‌های کیفی، مشارکت در نگارش مقاله



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

**تشکر و قدردانی**

از کلیه عزیزانی که در مصاحبه ها مشارکت داشتند تشکر می شود. هزینه این طرح توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در قالب طرح پژوهشی به شماره ۹۳-۰۴-۲۷-۲۸۱۷۴پرداخت گردیده است.

**منابع**

**1.** Bardage C, Pluijm SM, Pedersen NL, Deeg DJ, Jylhä M, Noale M, et al. Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. European Journal of Ageing 2005;2:149-58
**2.** Breidablik H-J, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. Scandinavian Journal of Public Health 2008;36:12-20
**3.** Layes A, Asada Y, Kephart G. Whiners and deniers–What does self-rated health measure? Social science & medicine 2012;75:1-9
**4.** Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. European Journal of Eepidemiology 2008;23:773-81
**5.** Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. Social Science & Medicine 1998;46:1355-66
**6.** Nedjat S, Hosseinpoor AR, Forouzanfar MH, Golestan B, Majdzadeh R. Decomposing socioeconomic inequality in self-rated health in Tehran. Journal of Epidemiology and Community Health 2011:jech. 2010.108977
**7.** Benjamins MR, Hirschman J, Hirschtick J, Whitman S. Exploring differences in self-rated health among Blacks, Whites, Mexicans, and Puerto Ricans. Ethnicity & health 2012;17:463-76
**8.** Badland H, Turrell G, Giles-Corti B. Who does well where? Exploring how self-rated health differs across diverse people and neighborhoods. Health & place 2013;22:82-9
**9.** Dowd JB, Zajacova A. Does self-rated health mean the same thing across socioeconomic groups? Evidence from biomarker data. Annals of Epidemiology 2010;20:743-9
**10.** Undén A-L, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? Gender Medicine 2006;3:295-308
**11.** Liu H, Hummer RA. Are educational differences in US self-rated health increasing?: An examination by gender and race. Social Science & Medicine 2008;67:1898-906
**12.** Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta G, Lang T, Berkman L. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? Journal of Epidemiology and Community Health 2009;63:426-32
**13.** Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005;15:1277-88
**14.** Hoffart N. A member check procedure to enhance rigor in naturalistic research. Western Journal of Nursing Research 1991;13:522-34
**15.** Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins, 2011
**16.** Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? Archives of Gerontology and Geriatrics 2006;43:369-80
**17.** Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60:364-72
**18.** Lorem GF, Schirmer H, Wang CE, Emaus N. Ageing and mental health: changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. BMJ Open 2017;7:e013629
**19.** Krause NM, Jay GM. What Do Global Self-Rated Health Items Measure? Medical Care 1994;32:930-42
**20.** Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health: analysis of the National Population Health Survey. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique 2002:193-7
**21.** Undén A-L, Elofsson S. Health from the patient's point of view. How does it relate to the physician's judgement? Family Practice 2001;18:174-80
**22.** Cai J, Coyte PC, Zhao H. Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. International Journal for Equity in Health 2017;16:7
**23.** Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

among men and women in Sweden. The European Journal of Public Health 2007;17:125-33

**24.** Nedjat S. Is Self-Rated Health a Good Indicator for Assessment of Population Health? A Review Article. Iranian Journal of Epidemiology 2015;10:89-96

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

# ABSTRACT

## Self-Rated Health Definition in the point of view of Iranian people

Fatemeh Salehi [1], Saharnaz Nedjat[2*], Zahra Cheraghi [3], Leila Haghjou [4]

1. Shahrekord University of Medical Sciences (SKUMS), Shahrekord, Iran
2. School of Public Health, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences,Tehran, Iran
3. School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Center for Academic and Health Policy Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

Payesh 2017; 3: 281-292
Accepted for publication: 12 March 2017
[EPub a head of print-5 April 2017]

**Objective (s):** Self-rated health is a well-known indicator for measuring health in different populations. The aim of this study was to investigate factors that are considered by Iranians when they assess their own health.
**Methods:** This was a qualitative study. The data were drawn from 73 semi-structured interviews conducted from June 2015 to August 2015. The participants were selected in a manner that maximum variations could achieve and continued until saturation. The data were analyzed by conventional content analysis approach.
**Results:** Three categories were extracted: factors directly affect health; factors indirectly affect health and health as compared with their own previous health conditions and other people.
**Conclusion:** Iranians are mainly concerned with physical health while they rate their own health. They assess their health conditions with reference to their peers in the similar age groups and their own previous health conditions.

**Key Words:** Self -rated health, Iran**,** Qualitative Study

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.2.3 ]

* Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences,Tehran, Iran
Tel: 88992969
E-mail: nejatsan@tums.ac.ir