Volume 25, Issue 1 (January- February 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Self-rated health and socioeconomic status in Tehran, Iran: A cross-sectional study

Tahereh Rostami- Kateshali[1], Ali Montazeri[2*] , Forouzandeh Jafarzadeh Pour[3]

1. Department of Social Science, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Population Health Research Group, Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
3. Department of Youths & Inter-generational Relationships, Institute of Humanities and Social Sciences, ACECR, Tehran, Iran

Received: 8 January 2026
Accepted for publication: 20 January 2026
[EPub a head of print- 20 January 2026]
Payesh: 2026; 25(1): 79- 87

Abstract

Objective (s): Self-rated health (SRH) is a widely used and reliable indicator for assessing individual health status and health inequalities. Evidence suggests that socioeconomic conditions significantly shape individuals' health perceptions. This study aimed to examine the association between key socioeconomic factors, including occupation, education, and income and SRH among adults in Tehran, Iran.

Methods: A cross-sectional survey was conducted among 400 adults aged 18–65 years in Tehran. Data were collected using a structured questionnaire covering demographic variables (age, gender, marital status), socioeconomic indicators (occupation, education, income), and SRH. Descriptive statistics and multivariable logistic regression analyses were applied to identify independent predictors of SRH.

Results: The mean (SD) age and years of education of participants were 38.06 (14.06) and 15.76 (3.36) years, respectively. Most participants reported their income as "faire" good nor bad" (53%). Multivariable logistic regression revealed that social class and age were the strongest predictors of SRH. Participants in the lower social class were more likely to report poor health compared to those in the upper class (OR=4.47, P=0.01). Additionally, increasing age was associated with a higher likelihood of reporting suboptimal health (OR=1.03, P=0.04). Other factors, including gender, education, occupation, and income, were not independently associated with SRH, although some showed associations in univariate analyses.

Conclusions: SRH appears to be predominantly influenced by social position and age rather than individual characteristics such as education, occupation, or income. These findings highlight the critical role of structural and social inequalities in shaping health outcomes. Public health policies should prioritize reducing social disparities and promoting social equity to improve population health.

Keywords: Self-rated health, socioeconomic status, health inequality, Tehran

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

* Corresponding author: Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

رابطه بین خودگزارشی سلامت و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی مردم شهر تهران، ایران: یک مطالعه مقطعی

طاهره رستمی کتشالی[۱]، علی منتظری [۲*]، فروزنده جعفرزاده پور[۳]

۱. گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه سلامت جامعه، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی، تهران، ایران
۳. گروه جوانان و مناسبات نسلی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۳۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳۰ دی ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۸۷- ۷۹ :(۱)۲۵ ؛۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: خودگزارشی سلامت یکی از شاخص‌های معتبر و پرکاربرد در سنجش وضعیت سلامت افراد و نابرابری‌های سلامت است. شواهد نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی- اجتماعی افراد نقش مهمی در شکل‌گیری ادراک سلامت دارد. هدف مطالعه حاضر، تعیین ارتباط بین مؤلفه‌های وضعیت اقتصادی- اجتماعی و خودگزارشی سلامت در میان بزرگسالان شهر تهران بود.

مواد و روش کار: این مطالعه به‌صورت مقطعی در بین ۴۰۰ نفر از افراد بزرگسال شهر تهران در سال ۱۴۰۴ که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته‌ای که شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل)، وضعیت اقتصادی- اجتماعی (شغل، سطح تحصیلات، درآمد) و خودگزارشی سلامت بود، به صورت الکترونیک و آنلاین از طریق سامانه پرس‌لاین جمع‌آوری گردید. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک چندمتغیره استفاده گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۵۱ ٪ سلامت خود را «خوب»، ۱۷٪ «خیلی خوب»، ۲۷٪ (نه خوب نه بد و بد) و تنها ۴/۰۳ ٪ وضعیت سلامت خود را «بسیار عالی» گزارش کردند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد که طبقه اجتماعی و سن مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های خودگزارشی سلامت هستند. افرادی که در طبقه پایین اجتماعی قرار داشتند، نسبت به طبقه بالا ۴/۴۷ برابر احتمال گزارش وضعیت سلامت نامطلوب داشتند (OR=۴/۴۷ p=<۰/۰۰۱) و با افزایش سن، احتمال گزارش سلامت نامطلوب نیز افزایش یافت (OR=۱/۰۳ p=<۰/۰۰۴). سایر عوامل مانند جنسیت، تحصیلات، شغل و درآمد اثر مستقل معنادار نداشتند، اگرچه در تحلیل تک‌متغیره برخی از این عوامل به طور جداگانه با خودگزارشی سلامت مرتبط بودند

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که اکثریت افراد (۷۲/۳ ٪)، سلامت خود را در سطح خوب و بالاتر گزارش کرده بودند و در بین افراد متعلق به طبقه اجتماعی پایین‌تر و افراد مسن‌تر، احتمال گزارش سلامت نامطلوب افزایش می‌یافت. لذا به نظر می رسد، سیاستگذاران سلامت در هنگام طراحی برنامه‌های بهداشتی- درمانی لازم است به این دو قشر جامعه، توجه ویژه‌ای داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: خودگزارشی سلامت، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، نابرابری سلامت، تهران

کد اخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1403.508

* نویسنده پاسخگو: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید و حید نظری، پلاک ۲۳
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی و توسعه اجتماعی-اقتصادی در هر جامعه محسوب می‌شود. در دهه‌های اخیر، با پیشرفت‌های علمی، فناوری و افزایش سطح رفاه، توجه به سلامت فردی و جمعی به‌طور فزاینده‌ای در برنامه‌ریزی‌های ملی و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است[۱]. به‌طور کلی، سلامت نه تنها به کیفیت زندگی افراد مرتبط است، بلکه با توسعه اقتصادی، بهره‌وری نیروی کار و پایداری سیستم‌های اجتماعی ارتباط تنگاتنگ دارد. با وجود بهبودهای کلی در شاخص‌های سلامت و افزایش امید به زندگی در بسیاری از کشورها، تفاوت‌ها و نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی در سلامت همچنان پابرجاست و نشان می‌دهد که صرف افزایش سطح عمومی رفاه نمی‌تواند تمامی نابرابری‌های سلامت را کاهش دهد [۲،۳].

خودگزارشی سلامت یکی از شاخص‌های معتبر و کاربردی برای سنجش وضعیت سلامت جمعیت است و به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای بروز بیماری، میزان استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و حتی پس از مرگ شناخته می‌شود [۴،۵]. این سنجه معمولاً از طریق یک پرسش ساده از افراد درباره ارزیابی کلی سلامت خود به‌دست می‌آید و با وجود سادگی، اطلاعات ارزشمندی درباره سلامت جسمانی و روانی، کیفیت زندگی و نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی ارائه می‌کند. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که خودگزارشی سلامت با عوامل مختلفی از جمله وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات، شغل، درآمد، سبک زندگی، شرایط روانی و جمعیت‌شناختی مرتبط است [۱۰-۷]. این شاخص به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت شناخته شده است. افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر، معمولاً خودگزارشی سلامت ضعیف‌تری دارند و بیش‌تر در معرض بیماری‌ها و مرگ زودرس قرار دارند. این اثر می‌تواند از طریق چند مسیر مختلف عمل کند: محدودیت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، سبک زندگی ناسالم ناشی از فشارهای اقتصادی، و افزایش استرس و مشکلات روانی مرتبط با وضعیت اقتصادی [۶،۷،۹]. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند که سطح تحصیلات می تواند یکی از متغیرهای اثرگذار بر خودگزارشی سلامت باشد. همچنین درآمد و شغل نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت افراد دارند؛ شغل‌های پایدار و با درآمد مناسب، دسترسی به منابع مراقبت سلامت و سبک زندگی سالم‌تر را تسهیل می‌کنند و در مقابل، شغل‌های غیررسمی، پرخطر یا با درآمد پایین، با سلامت ضعیف‌تر ارتباط دارند [۸،۹]. عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت و وضعیت تأهل نیز می‌توانند بر خودگزارشی سلامت تأثیرگذار باشند. به طور کلی، سالمندان سلامت خود را نسبت به جوانان نامطلوب گزارش می کنند [۱۳-۱۰]. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اثر طبقه اجتماعی بر سلامت با سن تغییر می کند؛ به‌گونه‌ای که طبقه اجتماعی در میان جوانان اهمیت بیشتری دارد، اما در میان سالمندان نقش تعیین‌کننده‌ای ندارد [۱۴]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی بدون توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ممکن است نتایج مورد انتظار نباشد[۱۲]. علاوه بر عوامل اقتصادی و جمعیت‌شناختی، سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی نیز نقش مهمی در خودگزارشی سلامت دارند. مصرف مواد غذایی سالم، فعالیت بدنی منظم، عدم مصرف سیگار و الکل و مدیریت مناسب بیماری‌ها از جمله عواملی هستند که می‌توانند وضعیت سلامت را بهبود دهند [۱۱]. با این حال، تفاوت‌های اجتماعی-اقتصادی اغلب منجر به سبک زندگی ناسالم‌تر در گروه‌های کم‌درآمد می‌شود و این امر بخشی از نابرابری‌های سلامت را توضیح می‌دهد. به‌طور مشابه، عوامل روانی-اجتماعی مانند استرس، افسردگی و رضایت از زندگی، به‌ویژه در افرادی که در موقعیت اقتصادی پایین قرار دارند، می‌توانند خودگزارشی سلامت را تحت تأثیر قرار دهد [۱۲،۱۳]. در ایران، مطالعات محدودی ارتباط بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و خودگزارشی سلامت را بررسی کرده‌اند. برخی شواهد نشان می‌دهند که زنان نسبت به مردان کمتر احتمال دارد سلامت خود را خوب ارزیابی کنند [۱۸-۱۵]. همچنین تفاوت‌های منطقه‌ای و شهری-روستایی می‌تواند بر خودگزارشی سلامت اثرگذار باشد و در سالمندان، وضعیت اقتصادی پایین و کمبود حمایت اجتماعی، به‌ویژه حمایت فرزندان، سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۲-۱۹].

نظریه‌های متعددی برای توضیح نابرابری‌های سلامت اقتصادی-اجتماعی ارائه شده است. نظریه مادی-ساختاری بر نقش شرایط محیطی، امکانات مادی و شرایط کار تأکید دارد و بر این باور است که دسترسی به منابع و شرایط زندگی مطلوب، عامل اصلی نابرابری‌های سلامت است. نظریه رفتار/سبک زندگی بر نقش عوامل رفتاری مانند فعالیت بدنی، تغذیه و مصرف دخانیات تأکید می‌کند و معتقد است تفاوت‌های سلامت ناشی از سبک زندگی ناسالم گروه‌های کم‌درآمد است. نظریه روانی-اجتماعی نیز استرس، سرمایه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

اجتماعی، حمایت اجتماعی و احساس استقلال را به‌عنوان عوامل مهم سلامت معرفی می‌کند و می‌گوید که عادات ناسالم ممکن است واکنشی به فشارها و استرس‌های اجتماعی باشد [۲۳]. با این حال، هیچ یک از این نظریه‌ها به تنهایی قادر به توضیح کامل نابرابری‌های سلامت نیستند و ترکیبی از عوامل مادی، رفتاری و روانی-اجتماعی باید در تحلیل‌ها مدنظر قرار گیرد.

با توجه به اهمیت شناسایی عوامل تعیین‌کننده خودگزارشی سلامت و نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی، بررسی جامع متغیرهای جمعیت‌شناختی، اقتصادی-اجتماعی، سبک زندگی و عوامل روانی-اجتماعی ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خودگزارشی سلامت و وضعیت اقتصادی- اجتماعی انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی- تحلیلی بود و جامعه آماری آن شامل تمامی افراد بزرگسال ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن شهر تهران (زن و مرد) بود. قلمرو مکانی پژوهش شامل تمامی مناطق ۲۲ گانه شهر تهران و قلمرو زمانی آن از شهریور ۱۴۰۳ تا تیر ۱۴۰۴ در نظر گرفته شد تا امکان بررسی تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و مکانی در خودگزارشی سلامت فراهم گردد. برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از فرمول کوکران و با فرض فراوانی مورد انتظار ۵۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای مجاز ۵ ٪، حجم نمونه اولیه ۳۸۴ نفر محاسبه شد. با احتمال ریزش حدود ۱۰ درصد، حجم نمونه نهایی مورد نیاز برای مطالعه ۴۲۰ نفر برآورد گردید.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه بصورت نمونه گیری در دسترس بود و با حفظ تنوع جغرافیایی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سکونت در یکی از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، دسترسی به اینترنت، رضایت به شرکت در مطالعه و تمایل به تکمیل پرسشنامه آنلاین بود. معیارهای خروج شامل افراد با سن بالای ۶۵ سال، و افرادی که پرسشنامه را ناقص (کمتر از ۸۰٪ پاسخ‌ها) تکمیل نموده بودند و عدم رضایت به ادامه مشارکت در هر مرحله از پژوهش بود.

پرسشنامه مورد استفاده شامل سوالات جمعیت‌شناختی و اقتصادی - اجتماعی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سطح درآمد و محل سکونت) و همچنین سنجش خودگزارشی سلامت بود. خودگزارشی سلامت با یک سؤال کلیدی: «در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» سنجیده شد و پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت از «خیلی خوب» تا «خیلی بد» جمع‌آوری و برای تحلیل کمی به مقیاس عددی ۱ تا ۵ تبدیل شد؛ به‌گونه‌ای که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وضعیت سلامت بهتر بود. استفاده از این سنجه در مطالعات متعددی به کار رفته و نشان داده شده است [۱۷،۱۸].

جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه آنلاین انجام شد. لینک پرسشنامه در شبکه‌های اجتماعی شامل واتساپ، تلگرام منتشر شد تا نمونه‌ای متنوع و گسترده از نظر گروه‌های سنی و طبقات اجتماعی به دست آید. ضمنا از همه افراد خواسته شد با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه و بدون ذکر نام افراد استفاده خواهد شد. پس از جمع آوری، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. متغیر خودگزارشی سلامت به‌عنوان متغیر پیامد و سایر متغیرها به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. در تحلیل داده های توصیفی، شاخص‌های میانگین و خطای استاندارد برای متغیرهای کمی و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی محاسبه گردید. متغیر خودگزارشی سلامت که به‌صورت چندسطحی اندازه‌گیری شده بود، برای انجام تحلیل‌های استنباطی به‌صورت دوحالتی بازکدگذاری شد؛ به‌طوری که پاسخ‌های «خیلی خوب» و «عالی» در یک گروه و سایر سطوح در گروه دیگر قرار گرفتند[۱۸]. به‌منظور بررسی ارتباط هر یک از متغیرهای مستقل با خودگزارشی سلامت، از رگرسیون لجستیک تک‌متغیره استفاده شد. سپس متغیرها وارد رگرسیون لجستیک چندمتغیره شدند تا اثرات مستقل هر متغیر با کنترل سایر متغیرها بررسی گردد. ضمناً سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در مورد ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، ابتدا شماره طرح پژوهشی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.508) اخذ شد.

یافته ها

در مجموع ۴۰۰ نفر که ۱۴۵ نفر مرد و ۲۵۵ زن مورد مطالعه قرار گرفتند (میزان پاسخگویی: ۹۵/۲). بیشترین گروه سنی شرکت‌کنندگان مربوط به جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال (۳۸/۵ ٪) بود. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت شرکت‌کنندگان متأهل (۵۴/۳ ٪) بودند. بیشترین سطح تحصیلات مربوط به کارشناسی ارشد (۴۴/۵ ٪) و دکتری (۳۳/۸ ٪) بود. در زمینه اشتغال، اکثریت افراد شاغل بودند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

(۴۶٪/۳) و از نظر درآمد، بیشترین فراوانی در گروه «نه خوب نه بد» (۵۳ ٪) قرار داشت. از نظر طبقه اجتماعی، ۴۴/۷ ٪ افراد خود را در طبقه متوسط گزارش کردند (جدول ۱).

بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۱٪) سلامت خود را «خوب» ارزیابی کرده‌اند، ۱۷٪ «خیلی خوب» و تنها ۴/۰۳ ٪ وضعیت خود را «بسیار عالی» گزارش کردند. در مقابل، حدود ٪۲۷ شرکت‌کنندگان وضعیت سلامت خود را (نه خوب نه بد و بد) گزارش کردند (جدول ۲). نتایج رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندمتغیره عوامل اقتصادی- اجتماعی مرتبط با خودگزارشی سلامت در جدول شماره ۳ آمده است. در تحلیل چندمتغیره، پس از کنترل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، درآمد و طبقه اجتماعی، مشخص شد که متغیر طبقه اجتماعی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده خودگزارشی سلامت است. افراد متعلق به طبقه پایین نسبت به طبقه بالا احتمال قابل توجهی برای گزارش سلامت نامطلوب داشتند (OR=۴/۳۱۵ p=<۰/۰۰۱ CI=۱/۹۹۱ -۹/۳۵۳).

متغیر سن نیز با خودگزارشی سلامت مرتبط بود و نشان داد که با افزایش سن، احتمال گزارش سلامت نامطلوب افزایش می‌یابد (OR=۱/۰۳ p=<۰/۰۰۴ CI=۱/۰۰۱ -۱/۰۵۸) در مقابل، متغیرهای جنسیت، تحصیلات، شغل و درآمد در مدل چندمتغیره ارتباط معناداری با خودگزارشی سلامت نشان ندادند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی افراد تحت مطالعه (n=۴۰۰)

	تعداد	درصد
گروه‌های سنی		
۱۸-۳۰	۱۵۴	۳۸/۵
۳۱-۴۵	۹۵	۲۳/۸
۴۶-۶۰	۱۳۱	۳۲,۸
۶۱ و بالاتر	۲۰	۵/۰
جنسیت		
مرد	۱۴۵	۳۶/۳
زن	۲۵۵	۶۳/۸
وضعیت تاهل		
مجرد	۱۶۵	۴۱/۳
متاهل	۲۱۷	۵۴/۳
متارکه کرده/ همسر فوت کرده	۱۸	۴/۵
وضعیت تحصیلات		
دیپلم و زیر دیپلم	۱۶	۴/۰
کارشناسی	۷۱	۱۷/۸
کارشناسی ارشد	۱۷۸	۴۴/۵
دکتری	۱۳۵	۳۳/۸
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۳۰	۷/۵
دانش‌آموز / دانشجو	۱۲۱	۳۰/۳
شاغل	۱۸۵	۴۶/۳
بیکار	۶	۱/۵
بازنشسته	۵۸	۱۴/۵
وضعیت درآمد		
بسیار خوب	۶	۱/۵
خوب	۸۴	۲۱/۰
نه خوب نه بد	۲۱۲	۵۳/۰
بد	۷۱	۱۷/۸
بسیار بد	۲۷	۶/۸
طبقه اجتماعی		
طبقه بالا	۶۶	۱۶/۷
طبقه متوسط	۱۵۷	۴۴/۷
طبقه پایین	۱۵۳	۳۸/۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

جدول ۲: وضعیت کلی خودگزارشی سلامت در افراد تحت مطالعه (n=۴۰۰)

	تعداد	درصد
بسیار عالی	۱۷	۴/۳
خیلی خوب	۷۱	۱۷/۸
خوب	۲۰۴	۵۱/۰
نه خوب نه بد	۹۵	۲۳/۸
بد	۱۳	۳/۳

جدول ۳: نتایج رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندمتغیره عوامل اجتماعی–اقتصادی مرتبط با خودگزارشی سلامت

	تک متغیره		چند متغیره	
	نسبت بخت خام (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P	نسبت بخت تعدیل‌شده (فاصله اطمینان ۹۵٪)*	P
سن	۱/۰۱۷(۱/۰۰۱ - ۱-/۰۳۲)	**<۰/۰۰۳**	۱/۰۲۹(۱/۰۰۱ - ۱-/۰۵۸)	**<۰/۰۰۴**
جنسیت				
مرد	**۱/۰(ref)**		**۱/۰(ref)**	
زن	۰/۸۵۶ (۰/۱-۵۴۳/۳۵۰)	**۰/۵۰**	۱/۱۷۷ (۰/۱-۶۹۴/۹۹۱)	**۰/۵۴**
تحصیلات	۰/۹۹۵ (۰/۱-۹۳۱/۰۶۴)	**۰/۸۹**	۱/۰۰۳ (۰/۱-۹۳۱/۰۸۰)	**۰/۹۴**
شغل				
شاغل	**۱/۰(ref)**		**۱/۰(ref)**	
بیکار/خانه دار	۱/۲۳۲ (۰/۲-۷۱۷/۱۱۴)	**۰/۴۵**	۰/۸۴۲ (۰/۱-۴۳۹/۶۱۷)	**۰/۶۰**
محصل/ دانشجو	۰/۷۵۵ (۰/۴۵۵--۱/۲۹۰)	**۰/۳۰**	۱/۳۳۴(۰/۳-۵۸۶/۰۴۰)	**۰/۴۹**
درآمد				
خیلی خوب	**۱/۰(ref)**		**۱/۰(ref)**	
نه خوب ، نه بد(متوسط)	۱/۴۰۱ (۰/۷۶۸ – ۲/۵۵۶)	**۰/۲۷**	۰/۸۹۹ (۰/۴۶۹ – ۱/۷۲۶)	**۰/۷۵**
پایین	۲/۲۲۲ (۱/۱۴۷ – ۴/۳۰۶)	**<۰/۰۰۱**	۱/۳۴۱ (۰/۶۳۶ – ۲/۸۲۶)	**۰/۴۴**
طبقه اجتماعی				
طبقه بالا	**۱/۰(ref)**		**۱/۰(ref)**	
طبقه متوسط	۱/۶۱۷ (۰/۷۴۲ – ۳/۵۷۲)	**۰/۲۳**	۱/۶۳۳ (۰/۷۴۲ – ۳/۷۲۶)	**۰/۲۱**
طبقه پایین	۴/۳۱۵ (۱/۹۹۱ – ۹/۳۵۳)	<۰/۰۰۱	۴/۴۷۱ (۱/۹۴۳ – ۱۰/۲۸۹)	<۰/۰۰۱

*تعدیل شده برای سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، درآمد، طبقه اجتماعی و نمره خودگزارشی سلامت

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و خودگزارشی سلامت در جمعیت بزرگسال شهر تهران انجام شد. یافته‌ها نشان داد که اگرچه بیش از نیمی از افراد شرکت‌کننده وضعیت سلامت خود را در سطح «خوب» ارزیابی کرده‌اند، اما توزیع این وضعیت یکنواخت نبوده و بخش قابل‌توجهی از افراد، سلامت خود را در سطوح متوسط یا نامطلوب گزارش کرده‌اند. این الگو بیانگر آن است که خودگزارشی سلامت، صرفاً بازتابی از وضعیت زیستی یا تجربه فردی بیماری نیست، بلکه شاخصی چندبعدی است که شرایط اجتماعی، اقتصادی و ساختاری زندگی افراد را نیز در خود منعکس می‌کند. هم‌راستایی این یافته با شواهد داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که حتی در جوامعی که از نظر شاخص‌های کلی سلامت در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارند، نابرابری‌های اجتماعی می‌توانند به‌طور معناداری تجربه سلامت را میان گروه‌های مختلف جمعیت متمایز سازند [۱،۳،۱۵،۲۲].

ترکیب جمعیت‌شناختی مطالعه حاضر نشان داد که بخش قابل‌توجهی از شرکت‌کنندگان را جوانان و افراد تحصیل‌کرده تشکیل می‌دادند. با این حال، نتایج تحلیل‌های چندمتغیره آشکار ساخت که برخورداری از تحصیلات عالی یا حضور در گروه‌های سنی جوان‌تر، به‌تنهایی تضمین‌کننده سلامت مطلوب نیست. این یافته تأکید می‌کند که سلامت، محصول ساده ویژگی‌های فردی نیست، بلکه در بستر موقعیت اجتماعی و دسترسی نابرابر به منابع شکل می‌گیرد. خودگزارشی سلامت در این مطالعه، به‌عنوان یک شاخص تلفیقی، توانست شکاف‌های پنهان ناشی از نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی را حتی در میان جمعیتی با سطح تحصیلات بالا آشکار سازد. البته با توجه به اینکه دسترسی به تحصیلات عالی امروزه در جامعه ایرانی آسان تر از گذشته است لذا شاید دیگر تحصیلات عالی تعیین کننده خوبی برای جایگاه و موقعیت اجتماعی - اقتصادی افراد نباشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، احتمال گزارش سلامت نامطلوب افزایش می‌یابد. این روند را می‌توان در چارچوب انباشت تدریجی مواجهه با شرایط نامطلوب اجتماعی و اقتصادی در طول زندگی تفسیر کرد؛ به‌گونه‌ای که اثرات محدودیت‌های مادی، فشارهای روانی، ناامنی شغلی و دسترسی نابرابر به خدمات حمایتی، در مراحل بعدی زندگی به‌صورت افت سلامت نمایان می‌شود [۶،۸]. اینکه افراد مسن تر سلامت خود را نسبت به گروه های جوانتر بهتر گزارش کنند امری طبیعی به نظر می رسد. البته این یافته با گزارش‌های جهانی همخوان است که بر این نکته تأکید دارند که سالمندی سالم، نه صرفاً نتیجه مراقبت‌های پزشکی در سنین بالا، بلکه پیامد کیفیت شرایط زندگی در سراسر دوره زندگی است [۲]. از این منظر، سلامت در سنین بالاتر را باید بازتابی از تاریخچه اجتماعی زندگی افراد دانست، نه صرفاً پیامد تغییرات زیستی.

در این مطالعه، جنسیت پس از کنترل سایر متغیرها ارتباط معناداری با خودگزارشی سلامت نشان نداد. این نتیجه حاکی از آن است که تفاوت‌های مشاهده‌شده در سلامت زنان و مردان، بیش از آنکه ناشی از تفاوت‌های زیستی باشد، ریشه در نابرابری‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد. هنگامی که این عوامل تعدیل می‌شوند، اثر مستقل جنسیت کاهش می‌یابد. چنین الگویی در مطالعات متعدد داخلی نیز گزارش شده و نشان می‌دهد که شکاف جنسیتی سلامت در ایران تا حد زیادی تابع موقعیت اجتماعی، نقش‌های جنسیتی، فرصت‌های اقتصادی و میزان دسترسی به منابع حمایتی است [۴،۱۱،۱۵،۱۶].

یافته‌های مربوط به وضعیت اشتغال پاسخگویان در این مطالعه نشان داد که این متغیر در مدل چندمتغیره ارتباط معناداری با خودگزارشی سلامت ندارد. این موضوع بیانگر آن است که اثر شغل بر سلامت، غالباً غیرمستقیم بوده و از طریق سازوکارهایی مانند امنیت اقتصادی، درآمد پایدار، شرایط کار، منزلت اجتماعی و دسترسی به شبکه‌های حمایتی اعمال می‌شود. به عبارت دیگر، شغل به‌تنهایی نمی‌تواند نقش حفاظتی خود را بر سلامت ایفا کند، مگر آنکه به فرصت‌های واقعی اقتصادی و اجتماعی تبدیل شود. این نتیجه با مرورهای نظام‌مند همخوان است که نشان می‌دهند شغل، در تعامل با سایر مؤلفه‌های موقعیت اجتماعی- اقتصادی معنا پیدا می‌کند و اثر آن بدون در نظر گرفتن زمینه‌های ساختاری، ممکن است محدود یا حتی خنثی شود [۱۰]. در تحلیل بدست آماده از رگرسیون تک‌متغیره، سطح درآمد افراد با خودگزارشی سلامت ارتباط معناداری داشت، اما این ارتباط پس از تعدیل سایر عوامل تضعیف شد. بنابراین بر اساس یافته های بدست از آمده از این مطالعه نشان داد که درآمد، اگرچه یکی از مؤلفه‌های مهم وضعیت اقتصادی- اجتماعی است، اما به‌تنهایی قادر به تبیین نابرابری‌های سلامت نیست. درآمد زمانی بیشترین اثر خود را بر سلامت نشان می‌دهد که در بستر ساختار طبقاتی، امنیت شغلی، ثبات زندگی و دسترسی به خدمات عمومی تحلیل شود. پژوهش‌های پیشین نیز تأکید دارند که تمرکز صرف بر درآمد، بدون توجه به شرایط اجتماعی گسترده‌تر، می‌تواند به درک ناقص از سازوکارهای نابرابری سلامت منجر شود [۵،۹،۱۱].

در میان تمامی متغیرهای بررسی‌شده، طبقه اجتماعی قوی‌ترین و پایدارترین عامل مرتبط با خودگزارشی سلامت بود. افراد متعلق به طبقه اجتماعی پایین، حتی پس از کنترل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل و درآمد، احتمال به‌مراتب بیشتری برای گزارش سلامت نامطلوب داشتند. این یافته نشان می‌دهد که طبقه اجتماعی مفهومی فراتر از شاخص‌های منفرد اقتصادی است و مجموعه‌ای از شرایط مادی، روانی، نمادین و اجتماعی را در بر می‌گیرد که به‌صورت ساختاری بر تجربه سلامت اثر می‌گذارند [۳،۱۳]. طبقه اجتماعی نه‌تنها میزان دسترسی به منابع مادی را تعیین می‌کند، بلکه بر میزان مواجهه با استرس‌های مزمن، احساس کنترل بر زندگی، کیفیت محیط زندگی و سطح حمایت اجتماعی نیز اثرگذار است. این نتیجه با شواهد گسترده داخلی و بین‌المللی همخوانی دارد. مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نشان داده‌اند که وضعیت اقتصادی- اجتماعی و به‌ویژه طبقه اجتماعی، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده خودگزارشی سلامت است و بخش عمده‌ای از نابرابری‌های سلامت را توضیح می‌دهد [۱۹،۲۰،۲۴،۲۵]. مرورهای نظام‌مند نیز نشان می‌دهند که نابرابری‌های سلامت در ایران ماهیتی ساختاری دارند و ریشه آن‌ها را باید در سیاست‌های کلان اقتصادی، اجتماعی و رفاهی جست‌وجو کرد [۱۴،۲۲،۲۳،۲۶].

از منظر مباحث نظری در مطالعات، یافته‌های این پژوهش با چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت همسو است که بر نقش عوامل ساختاری، توزیع نابرابر قدرت و منابع، و موقعیت اجتماعی افراد در شکل‌دهی به سلامت تأکید دارد [۳،۱]. همچنین این نتایج با دیدگاه مادی- ساختاری همخوانی دارد که بر اهمیت شرایط زندگی، امنیت اقتصادی و محیط اجتماعی در تبیین نابرابری‌های سلامت تأکید می‌کند [۴،۱۸]. در عین حال، نقش عوامل روانی-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

اجتماعی نظیر استرس مزمن، احساس بی‌عدالتی و کاهش سرمایه اجتماعی نیز در تبیین سلامت پایین‌تر طبقات اجتماعی پایین‌تر قابل توجه است.

با توجه به اینکه خودگزارشی سلامت یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مرگ‌ومیر، ناتوانی و استفاده از خدمات سلامت است [۷،۲۸،۲۹]، نابرابری مشاهده‌شده در این شاخص، هشداری جدی برای نظام سلامت و سیاست‌گذاران اجتماعی محسوب می‌شود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات فردمحور و رفتارمحور، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی، نمی‌توانند به‌طور مؤثر نابرابری‌های سلامت را کاهش دهند. ارتقای سلامت جمعیت مستلزم سیاست‌هایی است که به‌طور همزمان بر کاهش فقر، بهبود شرایط زندگی، تقویت حمایت‌های اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر تمرکز داشته باشند [۱،۱۳،۱۸،۲۲]. تفاوت‌های مشاهده‌شده در خودگزارشی سلامت میان طبقات اجتماعی مختلف می‌تواند هشداری جدی نسبت به تداوم نابرابری‌های سلامت در جامعه باشد. گزارش‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت و مرور مارموت نیز بر ضرورت اقدام ساختاری برای کاهش این نابرابری‌ها تأکید دارند [۱۳،۱۸،۲۹].

از محدودیتهای مطالعه حاضر می‌توان به خودگزارشی در زمان تکمیل پرسشنامه توسط شرکت کنندگان اشاره نمود که ممکن است اطلاعات صحیح و دقیقی را در اختیار تیم تحقیق قرار ندهد. همچنین تعداد کم نمونه‌ها، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و عدم دسترسی به افرادی که به مراکز بهداشتی مراجعه نمی کنند. لذا نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به بزرگسالان سایر نقاط کشور نیست. بنابراین انجام این مطالعه در مقیاس وسیع‌تری از بزرگسالان سایر نقاط کشور و به خصوص در بین بزرگسالان روستایی، توصیه می‌شود.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که اکثریت افراد (۷۲/۳ درصد)، سلامت خود را در سطح خوب و بالاتر گزارش کرده بودند و در بین افراد متعلق به طبقه اجتماعی پایین‌تر و افراد مسن‌تر، احتمال گزارش سلامت نامطلوب افزایش می‌یافت. لذا سیاستگذاران سلامت در هنگام طراحی برنامه‌های بهداشتی-درمانی باید به این دو قشر از بزرگسالان، توجه ویژه‌ای مبذول کنند.

سهم نویسندگان

طاهره رستمی: طراحی و اجرای طرح، جمع آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها و تدوین پیش نویس مقاله

علی منتظری: تحلیل داده‌ها و تایید نسخه نهایی مقاله

فروزنده جعفرزاده‌پور: همکاری در نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری در رشته جامعه‌شناسی بود. پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها و اجرای این مطالعه همکاری کرده‌اند، صمیمانه ابراز می‌دارند. همچنین از حمایت‌ها و راهنمایی‌های علمی استادان و همکاران جهاد دانشگاهی، صمیمانه قدردانی می گردد.

منابع

1. World Health Organization. World report on health equity and social determinants of health. Geneva: WHO Press; 2010. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-health-equity-and-social-determinants-of-health [Access date 06/30/2026]

2. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2024. Available at: https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics [Access date 06/30/2026]

3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010 Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852 [Access date 06/30/2026]

4. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Health Affairs (Millwood) 2002; 21: 60-76

5. Galea S, Putnam S. The role of macrosocial determinants in shaping the health of populations. In: Galea S, editor. Macrosocial Determinants of Population Health. 3st Edition, New York: Springer 2007:91–102

6. House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, et al. The social stratification of aging and health. Journal of Health Social Behavior 1994; 35:213–234

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]

7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of community studies. Journal of Health Journal of Health Social Behavior 1997; 38:21-37
8. Adler NE, Stewart J. Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. Journal New York Academy of Sciences 2010; 1186:5-23
9. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. Journal of the American Medical Association 2010; 303:1159–1166
10. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review. Journal of Epidemiol Community Health 2017; 71: 565–575
11. Albano JD, Lawrence JA, Williams DR, et al. Socioeconomic position and self-rated health. International Journal of Epidemiology 2005; 34: 74-85
12. Shi L, Tsai J, Kao SY. Public health, social determinants of health, and public policy Journal of Medical Sciences 2009; 29:43–59
13. World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health. Rio de Janeiro; 2011.Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789241502450 [Access date 06/30/2025]
14. Bahadori M, Sanaeinasab H, Ghanei M, et al. social determinants of health in Iran: a systematic review. Journal of Public Health 2015; 44: 728-741
15. Rezaei S, Hajizadeh M, Ahmadi S, et al. Socioeconomic-related inequalities in self-rated health in Iran. Journal of East Mediterr Health 2020; 26: 760-765
16. Nouraei Motlagh S, Asadi Piri Z, Bajoulvand R, Rezaei S. Socioeconomic status and self-rated health in Iran. Journal of Cost Effectiveness and Resource Allocation 2022; 20: 30-41
17. Mahmood Tavousi, Jila Sadighi, Faranak Farzadi, Mahdi Ebadi, Sepideh Omidvari, Ali Azin, et al . Iranian's percpectives about health importance. Journal of Payesh 2012; 11:611-619[Persian]
18. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Build back fairer: the COVID-19. Journal of Lancet 2022; 400:106-119
19. Garmaroudi GR, Moradi A. Socio-Economic status in Iran: a study of measurement index. Payesh 2010; 9:137-144 [Persian]
20. Nadi T, et al. Socioeconomic inequality in health literacy and self-rated health in Iran. Journal of BMC Public Health 2021; 21:12-34
21. Rezaei S, et al. Socioeconomic status as the strongest predictor of self-rated health in Tehran. Journal of Public Health 2019; 48:1496-1505
22. Can a single general self-rated health question mirror social determinants of health among Iranian employees? Journal of Public Health 2023; 52: e24875-24883
23. Salehnia N, Olyaeemanesh A, Sadeghi S. Social determinants of population health in Iran. Journal of Health Sciences 2023; 11:75-86
24. Social determinants of health inequity in Iran: a narrative review. Journal of Education and Health Promotion 2022; 11:345-361
25. Rezaei S, Hajizadeh M, Ahmadi S, Karyani AK, Khosravipour M, Khosravi F, Latifi A. Socioeconomic-related inequalities in self-rated health status in Kermanshah city, Islamic Republic of Iran: a decomposition analysis. Journal of East Mediterr Health 2020; 23:820-827
26. Nouraei Motlagh S, Asadi Piri Z, Asadi H, Bajoulvand R, Rezaei S. Socioeconomic status and self-rated health in Iran: findings from a general population study. Journal of Cost Effectiveness and Resource Allocation 2022; 29:20-30
27. Bahadori M, Sanaeinasab H, Ghanei M, Mehrabi Tavana A, Ravangard R, Karamali M. The Social Determinants of Health (SDH) in Iran: A Systematic Review Article. Iran Journal of Public Health 2015; 44:728-41
28. Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdaninia M S, Rahimi Fouroshani A, Mohammad K. Self-reported health and socioeconomic status: results from a population-based study in Tehran, Iran. Journal of Payesh 2003; 2:187-193 [Persian]
29. Wu S, Wang R, Zhao Y, et al. The relationship between self-rated health and objective health status. Journal of BMC Public Health 2013; 13:320-337

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.79]