Volume 25, Issue 4 (July- August 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The relationship between environmental factors and access to healthcare services with self-rated health in Tehran, Iran

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

1. Department of Social Sciences, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Population Health Research Group, Health Metrics Research Center, Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
3. Department of Youth and Intergenerational Relations, Iranian Research Institute for Humanities and Social Studies, ACECR, Tehran, Iran

Received: 2 June 2026
Accepted for publication: 2 June 2026
[EPub a head of print- 13 June 2026]
Payesh: 2026; 25(4): 611- 621

Abstract

Objective(s): Self-rated health (SRH) is a widely used indicator of population health that captures individuals' overall assessment of their physical, psychological, and social well-being. Growing evidence suggests that health perceptions are shaped not only by individual characteristics but also by broader social and environmental contexts. Given the pronounced socioeconomic and spatial inequalities across Tehran, this study examined the association of environmental conditions and access to healthcare services with self-rated health among adults living in the city.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 2025 among 400 adults residing in Tehran, Iran. Participants were recruited through convenience sampling and completed a researcher-developed online questionnaire. Data were collected on sociodemographic characteristics, social class, neighborhood environmental conditions, and access to healthcare services. Descriptive statistics were used to characterize the study population. Univariate and multivariable logistic regression analyses were performed to identify factors associated with poor self-rated health. Analyses were conducted using SPSS version 26.

Results: Overall, 72.3% of respondents reported good or very good health. In the adjusted model, age (OR=1.018, 95% CI: 1.003–1.034, P<0.001), social class (OR=3.660, 95% CI: 1.800–7.442, P=0.002), access to healthcare services (OR=1.113, 95% CI: 1.009–1.229, P=0.003), and neighborhood environmental conditions (OR=0.893, 95% CI: 0.799–0.999, P=0.004) were independently associated with self-rated health. Individuals from lower social classes, those experiencing poorer access to healthcare, and those living in less favorable environmental conditions exhibited higher odds of reporting poor health.

Conclusion: The findings underscore the importance of social and environmental determinants in shaping health perceptions among urban populations. Beyond individual-level characteristics, inequities in access to healthcare services and neighborhood environmental quality appear to play a significant role in self-rated health. Policies aimed at improving urban living conditions and promoting equitable access to healthcare may contribute to reducing health disparities and enhancing population health in metropolitan settings.

Keywords: Self-rated health, Social determinants of health, Environmental factors, Healthcare access, Health inequalities, Tehran

[*] Corresponding Author: Health Metrics Research Center, Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

سال بیست و پنجم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

نقش عوامل محیطی و دسترسی به خدمات بهداشتی– درمانی در خودگزارشی سلامت شهروندان تهرانی

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 جهاددانشگاهی، تهران، ایران
۳. گروه جوانان و مناسبات نسلی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۱۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۳ خرداد ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۶۲۱- ۶۱۱ :(۴)۲۵ ؛۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: امروزه سلامت به عنوان برآیند تعامل عوامل زیستی، اجتماعی و محیطی شناخته می‌شود؛ لذا ارزیابیِ افراد از سلامت خود، فراتر از وضعیت بالینی، به تجربه زیسته و تسهیلات دسترسی به خدمات درمانی وابسته است. نظر به تفاوت‌های چشمگیر مناطق شهر تهران در زیرساخت‌های رفاهی و کیفیت زیست‌محیطی، شناساییِ محرک‌های محیطیِ مؤثر بر سلامتِ ادراک‌شده ضروری است. از این‌رو، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از شاخصِ «خودگزارشی سلامت»، و با هدف تعیین نقش عوامل محیطی و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی بر خودگزارشی سلامت شهروندان تهرانی است.

مواد و روش کار: در یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، ۴۰۰ نفر از بزرگسالان ساکن تهران در سال ۱۴۰ از طریق نمونه گیری در دسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، و یک پرسشنامه محقق ساخته درباره شاخص‌های محیطی (محله زندگی و شرایط زیست‌محیطی) و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی بود. داده‌ها به‌صورت برخط از طریق سامانه پرس‌لاین گردآوری و با به کارگیری نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندمتغیره، تحلیل شد.

یافته‌ها: در مجموع، تعداد ۲۶۵ حدود (۷۲/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان سلامت خود را در سطح «خوب» و بالاتر گزارش کردند. نتایج رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد که متغیرهای سن (p=<۰/۰۰۱، (۹۵٪ CI: ۱/۱-۰۰۳/۰۳۴ OR=۱/۰۱۸)، طبقه اجتماعی (p=<۰/۰۰۲، CI: ۱/۸-۶۲۳/۲۲۴ OR=۳/۶۶۰)، دسترسی به خدمات سلامت (p=<۰/۰۰۳، CI: ۱/۱-۰۰۹/۲۲۹ OR=۱/۱۱۳) و عوامل محیطی p=<۰/۰۰۴، CI: ۰/۰-۷۹۹/۹۹۹ OR=۰/۸۹۳). به‌طور معناداری با خودگزارشی سلامت مرتبط بودند.

نتیجه‌گیری: خودگزارشی سلامت، افزون بر ویژگی‌های فردی و اجتماعی-اقتصادی، با شرایط محیطی محله و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی ارتباط معناداری داشت. بهبود دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت محیط‌های شهری، به‌ویژه در مناطق کمتر برخوردار، می‌تواند نقش مهمی در کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود سلامت ادراک‌شده جمعیت ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: خودگزارشی سلامت؛ عوامل محیطی؛ دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی؛ نابرابری در سلامت؛ تهران

کداخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1403.508

* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
Email: montazeri@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

مقدمه

درک معاصر از سلامت، آن را پدیده‌ای چندسطحی می‌داند که حاصل برهم‌کنش شرایط زیستی، زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و ویژگی‌های محیطی زندگی افراد است. در این نگاه، سلامت صرفاً نتیجه وضعیت فیزیولوژیک یا انتخاب‌های فردی نیست، بلکه به میزان قابل توجهی تحت تأثیر شرایطی قرار دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و سالمند می‌شوند. این شرایط که در ادبیات سلامت عمومی با عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته می‌شوند، نقش مهمی در شکل‌گیری نابرابری‌های سلامت دارند. بر همین اساس، تأمین و ارتقای سلامت مردم مستلزم توجه به کیفیت محیط زندگی، توزیع منابع اجتماعی و اقتصادی، و نحوه دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی به خدمات سلامت است [۴-۱].

یکی از شاخص‌هایی که امکان بررسی وضعیت سلامت را در سطح جمعیت فراهم می‌کند، خودگزارشی سلامت است. این شاخص بر قضاوت کلی افراد درباره وضعیت سلامت خود استوار است و به دلیل سادگی سنجش، قابلیت استفاده در پیمایش‌های جمعیتی و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی، به‌طور گسترده در مطالعات اپیدمیولوژیک و اجتماعی سلامت به‌کار گرفته می‌شود [۷-۵]. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که خودگزارشی سلامت با پیامدهای مهمی مانند بیماری‌های مزمن، محدودیت‌های عملکردی، کیفیت زندگی و حتی خطر مرگ‌ومیر ارتباط معناداری دارد [۸-۶]. از این منظر، خودگزارشی سلامت را می‌توان بازتابی از تجربه کلی افراد از وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی خود در متن زندگی روزمره دانست؛ تجربه‌ای که فراتر از نشانه‌های بالینی و تشخیص‌های پزشکی شکل می‌گیرد [۷،۹،۱۰].

بخش مهمی از این تجربه در ارتباط مستقیم با شرایط محیطی محل سکونت افراد قرار دارد. محیط‌های شهری از طریق عواملی مانند کیفیت هوا، آلودگی صوتی، تراکم جمعیت، وضعیت بهداشت محیط، مدیریت پسماند، کیفیت فضاهای عمومی، احساس امنیت و سرمایه اجتماعی محله، بسترهای متفاوتی برای زیست سالم یا ناسالم فراهم می‌کنند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند افرادی که در محله‌هایی با شرایط محیطی نامناسب، بی‌نظمی اجتماعی یا فیزیکی، مخاطرات محیطی و سطح پایین‌تر امنیت زندگی می‌کنند، بیش از دیگران سلامت خود را در سطح نامطلوب‌تری ارزیابی می‌کنند [۱۹-۱۵]. همچنین شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که ویژگی‌های محیط محله می‌تواند از طریق اثرگذاری بر فعالیت بدنی، استرس روانی، تعاملات اجتماعی و احساس تعلق به محل زندگی، بر سلامت جسمی و روانی شهروندان اثرگذار باشد [۲۰،۲۱]. به این ترتیب، محیط محله به‌عنوان یکی از زمینه‌های مهم شکل‌گیری نابرابری‌های سلامت قابل توجه است.

در کنار شرایط محیطی، دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ و ارتقای سلامت افراد ایفا می‌کند. دسترسی به خدمات سلامت مفهومی چندبعدی است و تنها به وجود فیزیکی مراکز درمانی محدود نمی‌شود، بلکه ابعادی مانند فراهمی خدمات، فاصله مکانی، استطاعت مالی، پذیرش‌پذیری، سهولت استفاده، تناسب خدمات با نیازهای مردم و امکان استفاده مستمر از مراقبت‌ها را نیز دربرمی‌گیرد [۲۲،۲۳]. محدودیت در هر یک از این ابعاد می‌تواند موجب تأخیر در دریافت خدمات ضروری، کاهش استفاده از خدمات پیشگیرانه، کاهش اثربخشی مراقبت‌ها و در نهایت افت وضعیت سلامت افراد شود [۲۶-۲۴]. همچنین شواهد نشان داده‌اند که کیفیت ارتباط افراد با نظام سلامت و میزان اعتماد به خدمات نیز می‌تواند با ارزیابی آنان از سلامت خود مرتبط باشد [۲۷]. از این رو، بررسی دسترسی به خدمات سلامت به‌عنوان بخشی از شرایط زندگی افراد، اهمیت ویژه‌ای در مطالعات سلامت شهری دارد.

اهمیت توجه هم‌زمان به محیط زندگی و دسترسی به خدمات سلامت در کلان‌شهرهایی مانند تهران برجسته‌تر می‌شود. تهران شهری با ناهمگنی گسترده در کیفیت محیطی، توزیع امکانات شهری، وضعیت اقتصادی-اجتماعی مناطق و زیرساخت‌های سلامت است. تفاوت‌های بین‌منطقه‌ای در سطح آلودگی، تراکم جمعیت، کیفیت خدمات عمومی، وضعیت محیط محله و پراکندگی مراکز بهداشتی-درمانی می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای متفاوتی از تجربه سلامت در میان شهروندان منجر شود [۲۸،۲۹]. در چنین بستری، درک افراد از سلامت خود می‌تواند بازتابی از شرایط نابرابر زندگی در مناطق مختلف شهری باشد.

این تفاوت‌ها را نمی‌توان صرفاً با ارجاع به ویژگی‌های فردی توضیح داد، بلکه باید آن‌ها را در پیوند با نحوه توزیع منابع، امکانات و فرصت‌های زندگی تحلیل کرد. تفاوت در دسترسی به محیط سالم، خدمات عمومی، منابع اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند ظرفیت افراد برای حفظ و ارتقای سلامت را به‌صورت نابرابر تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که وضعیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

اجتماعی-اقتصادی، سطح تحصیلات، درآمد، امنیت محله، کیفیت محیط زندگی و دسترسی به خدمات سلامت با خودگزارشی سلامت ارتباط دارند [۵،۱۳،۱۴]. در نتیجه، خودگزارشی سلامت را می‌توان شاخصی دانست که از طریق آن اثر نابرابری‌های اجتماعی، محیطی و خدماتی در سطح تجربه فردی قابل مشاهده می‌شود[۳۰،۳۱]..

با وجود این، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های داخلی بیشتر بر متغیرهای فردی، جمعیت‌شناختی یا اجتماعی-اقتصادی متمرکز بوده‌اند و نقش ادراک افراد از شرایط محیطی محل سکونت و دسترسی به خدمات سلامت کمتر به‌صورت هم‌زمان بررسی شده است [۳۵-۳۲]. این در حالی است که مطالعه توأمان این دو حوزه می‌تواند به درک دقیق‌تری از سازوکارهای مؤثر بر سلامت شهروندان در بستر شهری بینجامد. بر این اساس، پژوهش حاضر با تمرکز بر شهروندان تهرانی، به تعیین نقش عوامل محیطی محل زندگی و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی در خودگزارشی سلامت می‌پردازد.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی، جامعه آماری شامل تمامی افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله (زن و مرد) بود. قلمرو مکانی مطالعه تمامی مناطق ۲۲گانه شهر تهران را دربر گرفت و گردآوری داده‌ها در بازه زمانی شهریور ۱۴۰۳ تا تیر ۱۴۰۴ انجام شد تا امکان بررسی تفاوت‌های اجتماعی و محیطی در تجربه سلامت شهروندان فراهم شود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با فرض فراوانی مورد انتظار ۵۰ درصد، سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای مجاز ۵ درصد محاسبه شد و بر این اساس حجم نمونه اولیه ۳۸۴ نفر به دست آمد. با لحاظ احتمال ریزش حدود ۱۰ درصد، حجم نمونه نهایی ۴۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی هدفمند- آسان انجام شد و تلاش شد مشارکت‌کنندگان از مناطق مختلف شهر تهران انتخاب شوند تا تنوع جغرافیایی حفظ شود. معیارهای ورود شامل سکونت در یکی از مناطق تهران، داشتن سن ۱۸ تا ۶۵ سال، دسترسی به اینترنت، تمایل به مشارکت و تکمیل پرسشنامه آنلاین بود. معیارهای خروج شامل افراد بالای ۶۵ سال، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها (کمتر از ۸۰ درصد پاسخ‌ها) و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه ای بود. بخش دوم به سنجش خودگزارشی سلامت اختصاص داشت و با یک سؤال استاندارد («در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟») در قالب طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت اندازه‌گیری شد. پاسخ‌ها برای تحلیل کمی به مقیاس ۱ تا ۵ تبدیل گردید و نمره بالاتر بیانگر سلامت بهتر بود [۱۷،۱۸].

بخش سوم به ویژگی‌های محیطی محله و دسترسی به خدمات سلامت اختصاص داشت. مؤلفه‌های محیطی شامل میزان شلوغی و سروصدا، وجود بوی نامطبوع، وضعیت مدیریت پسماند و سطح پایین جرم و جنایت بود. برای سنجش ابعاد مربوط به دسترسی، گویه‌هایی درباره رضایت از خدمات مراکز بهداشتی- درمانی و سهولت دسترسی به این استفاده شد. پاسخ‌ها همگی در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» ثبت شدند. در بخش ملاحظات اخلاقی، مجوز لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.508 اخذ شد و پس از توضیح هدف از اجرای این تحقیق برای افراد شرکت کننده، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان دریافت گردید. ضمنا به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه است و صرفاً برای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد.

شایان ذکر است که جمع‌آوری داده‌ها ابتدا قرار بود به‌صورت حضوری در خانه‌های سلامت انجام شود، اما به‌دلیل محدودیت‌های اجرایی، پرسشنامه از طریق سامانه پرس‌لاین منتشر شد و لینک آن از طریق شبکه‌های اجتماعی واتساپ و تلگرام در دسترس شهروندان قرار گرفت. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. در بخش توصیفی از میانگین، خطای استاندارد، فراوانی و درصد استفاده شد. متغیر خودگزارشی سلامت که ابتدا چندسطحی بود، برای تحلیل‌های استنباطی به‌صورت دوحالتی بازکدگذاری شد و پاسخ‌های«عالی»، «خیلی خوب» و «خوب» در یک سطح (مطلوب ۰) و سایر سطوح در سطح دوم (نامطلوب ۱) قرار گرفت[۱۸]. برای بررسی ارتباط متغیرهای مستقل با پیامد، ابتدا رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و سپس رگرسیون لجستیک چندمتغیره با کنترل متغیرهای مؤثر انجام شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جامعه آماری در این مطالعه شامل ۴۰۰ شرکت‌کننده (با نرخ پاسخگویی ۲/۹۵ درصد) بود. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان ۳۸/۶ (۱۴/۶۹) سال بود که از این تعداد، ۲۵۵ نفر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

(۶۳/۸درصد) زن و ۱۴۵ نفر (۳۶/۲ درصد) مرد بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال (۳۸/۵درصد) است. از نظر وضعیت تأهل و اشتغال، (۵۴/۳ درصد) از پاسخگویان متأهل و (۴۶/۳ درصد) شاغل بودند. اغلب شرکت کنندگان در مقاطع کارشناسی ارشد (۴۴/۵ درصد) و دکتری (۳۳/۸ درصد) گزارش شد. (۵۳ درصد) از افراد وضعیت درآمدی خود را در سطح متوسط و (۴۴/۷ درصد) ارزیابی کردند. در نهایت، یافته‌های مربوط به خودگزارشی سلامت حاکی از آن بود (۷۵/۲ درصد) شرکت‌کنندگان وضعیت سلامت خود را در سطح «خوب» و «بالاتر از خوب» گزارش کرده بودند (جدول ۱).

حدود (۴۶ درصد) از پاسخگویان، محیط زندگی خود را شلوغ و پر سروصدا ارزیابی کردند؛ در مقابل، اکثریت شرکت‌کنندگان به عدم وجود بوی نامطبوع و تجمع زباله در محل زندگی خود اشاره داشتند. افزون بر این، بیش از نیمی از پاسخگویان سطح جرم و جنایت را پایین و دسترسی به مراکز بهداشتی-درمانی را آسان تلقی کردند. در نهایت، بررسی میزان رضایت از خدمات سلامت ارائه‌شده نشان داد که گزینه «نه موافقم، نه مخالفم» بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (جدول ۲).

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره، متغیرهای سن، طبقه اجتماعی، دسترسی به خدمات سلامت و عوامل محیطی پیش‌بین‌های معنادار خودگزارشی سلامت هستند. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که به ازای هر سال افزایش سن، احتمال گزارش سلامت در سطح نامطلوب ۱/۸ درصد افزایش می‌یابد (جدول ۳). (OR=۱/۰۱۸ CI: ۱/۱-۰۰۳/۰۳۴ (۹۵٪)، p=<۰/۰۰۱). افراد متعلق به طبقه اجتماعی پایین در مقایسه با افراد طبقه اجتماعی بالا، ۳/۶۶ برابر بیشتر شانس گزارش سلامت نامطلوب داشتند (OR=۳/۶۶۰ CI: ۱/۸-۶۲۳/۲۲۴ ،p=<۰/۰۰۲).

علاوه بر این، با افزایش هر یک واحد در نمره محدودیت دسترسی به خدمات سلامت، احتمال گزارش سلامت نامطلوب افزایش یافت (OR=۱/۱۱۳ CI: ۱/۱-۰۰۹/۲۲۹ ،p=<۰/۰۰۳) در مقابل، افزایش نمره عوامل محیطی و محله زندگی با کاهش احتمال گزارش سلامت نامطلوب همراه بود (OR=۰/۸۹۳ CI: ۰/۰-۷۹۹/۹۹۹ ،p=<۰/۰۰۴). سایر متغیرهای مورد بررسی شامل جنسیت، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و درآمد، پس از کنترل سایر عوامل، ارتباط معناداری با خودگزارشی سلامت نشان ندادند (p=>۰/۰۰۵).

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

متغیر	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	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

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)
خودگزارشی سلامت	
خوب و بالاتر از خوب	۲۹۲(۷۵/۱)
نه خوب /نه بد	۹۵(۲۳/۸)
بد/بسیار بد	۱۳(۳/۳)

جدول ۲: توصیف شرایط محیطی محل زندگی و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی (n=۴۰۰)

	کاملا موافقم	موافقم	نه موافقم، نه مخالفم	مخالفم	کاملا مخالفم
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
محیط و محل زندگی					
شلوغ و سر و صدا زیاد است	۶۵(۱۶/۳)	۱۱۸(۲۹/۵)	۱۰۰(۲۵/۰)	۹۶(۲۴/۰)	۲۱(۵/۳)
بوی نامطبوع زیادی وجود دارد	۱۷(۴/۳)	۳۵(۸/۸)	۸۳(۲۰/۸)	۱۹۱(۴۷/۸)	۷۴(۱۸/۵)
با وجود سطل زباله، آشغال‌های زیادی رها شده است	۳۲(۸/۰)	۶۴(۱۶/۰)	۹۵(۲۳/۸)	۱۴۲(۳۵/۵)	۶۷(۱۶/۸)
جرم و جنایت پایین است	۴۳(۱۰/۸)	۱۶۳(۴۰/۸)	۱۲۷(۳۱/۸)	۵۶(۱۴/۰)	۱۱(۲/۸)
دسترسی به خدمات سلامت					
از خدمات ارائه شده در مرکز بهداشتی درمانی محله راضی هستم	۳۶(۹/۰)	۱۲۰(۳۰/۰)	۱۶۵(۴۱/۳)	۵۵(۱۳/۸)	۲۴(۶/۰)
دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی آسان است	۸۱(۲۰/۳)	۲۰۳(۵۰/۷)	۸۰(۲۰/)	۲۸(۷/۰)	۸(۲/۰)

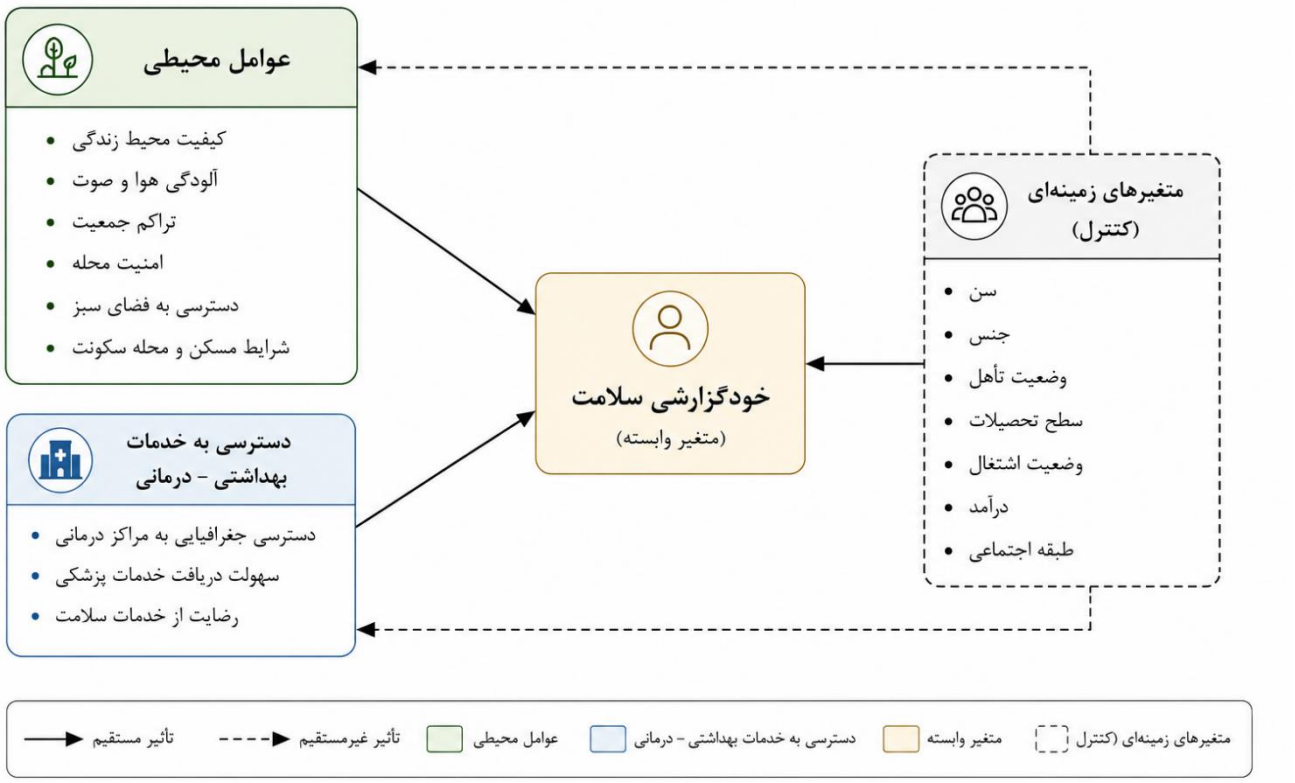
جدول ۳: عوامل موثر بر خودگزارشی سلامت در بین افراد مورد مطالعه(n=۴۰۰)

	یک متغیره		چند متغیره*	
	نسبت بخت خام شده (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P	نسبت بخت تعدیل (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P
سن	۱/۰۱۸ (۱/۱-۰۰۳/۰۳۴)	**<۰/۰۰۲**	۱/۰۳۳ (۱/۱-۰۰۲/۰۶۶)	**<۰/۰۰۳**
جنسیت				
زن	۱/۰۰(ref.)	-	۱/۰۰(ref.)	-
مرد	۰/۸۲۸ (۰/۱-۵۲۶/۳۰۳)	۰/۴۱۶	۱/۱۲۱ (۰/۱-۶۳۴/۹۸۱)	۰/۶۹۵
تحصیلات	۱/۰۰۰ (۰/۱-۹۳۸/۰۶۸)	۰/۹۸۸	۰/۹۹۳ (۰/۱-۹۹۱/۰۷۱)	۰/۸۶۳
شغل				
شاغل	۱/۰۰(ref.)		۱/۰۰(ref.)	
بیکار/خانه دار	۰/۶۱۱ (۰/۱-۳۶۶/۰۲۰)	۰/۰۶۰	۱/۰۳۶ (۰/۲-۴۶۶/۳۰۱)	۰/۹۳۲
محصل/ دانشجو	۰/۷۲۵ (۰/۱-۳۲۶/۶۱۳)	۰/۴۳۱	۰/۶۹۳ (۰/۱-۲۷۹/۷۲۳)	۰/۴۳۰
وضعیت تاهل				
مجرد	۱/۰۰(ref.)	-	۱/۰۰(ref.)	-
متاهل	۰/۶۶۱ (۰/۳۶۱-۱/۱۲۴)	۰/۲۱۷	۰/۷۴۷ (۰/۴۴۲-۱/۲۵۲)	۰/۲۲۴
درآمد				
خیلی خوب	۱/۰۰(ref.)	-	۱/۰۰(ref.)	-
نه خوب ، نه بد(متوسط)	۰/۴۵۰ (۰/۰-۲۳۲/۸۷۲)	۰/۰۱۸	۱/۶۲۳ (۱/۳-۷۱۰/۷۱۲)	۰/۲۵۱
بد/بسیار بد	۰/۶۴۶ (۰/۱-۳۸۷/۰۸۰)	۰/۰۹۶	۲/۷۶۴ (۰/۷-۹۸۲/۷۱۲)	۰/۰۵۴
طبقه اجتماعی		-		-
طبقه بالا	۱/۰۰(ref.)		۱/۰۰(ref.)	
طبقه متوسط	۱/۱۸۹ (۰/۱-۷۱۵/۷۴۲)	۰/۲۳۷	۱/۵۷۵ (۰/۳-۷۱۴/۴۷۷)	**۰/۲۶۰**
طبقه پایین	۳/۹۷۲ (۱/۸-۸۸۸/۳۵۵)	**<۰/۰۰۱**	۳/۶۶۰ (۱/۸-۶۲۳/۲۵۴)	**<۰/۰۰۲**
دسترسی به خدمات سلامت	۰/۸۱۳ (۰/۰-۷۱۲/۹۲۸)	**<۰/۰۰۲**	۱/۱۱۳ (۱/۱-۰۰۹/۲۲۹)	**<۰/۰۰۳**
عوامل محیطی	۰/۸۵۰ (۰/۰-۷۶۹/۹۳۹)	**<۰/۰۰۱**	۰/۸۹۳ (۰/۰-۷۹۹/۹۹۹)	**<۰/۰۰۴**

*متغیرها به روش همزمان وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]



شکل ۱. مدل مفهومی نقش عوامل محیطی و دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی در خودگزارشی سلامت شهروندان تهرانی

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش عوامل محیطی و دسترسی به خدمات سلامت بر خودارزیابی سلامت در میان شهروندان بزرگسال شهر تهران انجام شد. یافته‌ها نشان داد که اگرچه بخش قابل‌توجهی از پاسخگویان وضعیت سلامت خود را مطلوب ارزیابی کرده‌اند، اما این وضعیت در میان گروه‌های مختلف جمعیت مورد مطالعه به‌صورت یکنواخت توزیع نشده است. معنادار شدن متغیرهایی مانند سن، طبقه اجتماعی، دسترسی به خدمات سلامت و شرایط محیط/محل زندگی در مدل چندمتغیره بیانگر آن است که خودارزیابی سلامت تنها بازتاب وضعیت جسمانی یا تجربه فردی بیماری نیست، بلکه شاخصی چندبعدی است که از شرایط اجتماعی، اقتصادی، محیطی و خدماتی زندگی افراد نیز تأثیر می‌پذیرد. این یافته با چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت همخوان است؛ چارچوبی که سلامت را متأثر از شرایط زندگی روزمره، توزیع منابع و فرصت‌ها، و کیفیت دسترسی به خدمات عمومی و سلامت می‌داند[۴-۱]. همچنین مطالعات پیشین نشان داده‌اند که خودارزیابی سلامت می‌تواند ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را به‌طور هم‌زمان منعکس کند و شاخصی معتبر برای ارزیابی وضعیت سلامت جمعیت باشد [۱۱-۶].

یافته‌های مطالعه نشان داد که گزارش سلامت مطلوب در بخشی از جامعه، لزوماً به معنای نبود نابرابری در سلامت نیست. به بیان دیگر، ممکن است در سطح کلی، وضعیت سلامت مطلوب به نظر برسد، اما در زیرگروه‌های جمعیتی، تفاوت‌های معناداری در تجربه سلامت وجود داشته باشد. از این منظر، خودارزیابی سلامت می‌تواند شاخصی حساس برای آشکار کردن تفاوت‌های پنهان میان گروه‌های مختلف اجتماعی باشد. هم‌راستایی این یافته با شواهد داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که نابرابری‌های اجتماعی حتی در جوامعی که از نظر برخی شاخص‌های کلی سلامت در وضعیت قابل قبول

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

قرار دارند، همچنان می‌توانند تجربه سلامت را میان گروه‌های جمعیتی متمایز سازند [۳۳،۳۴].

طبق نتایج حاصل از مطالعه حاضر، سن یکی از متغیرهای موثر بر خودارزیابی سلامت بود؛ به‌گونه‌ای که با افزایش سن، احتمال گزارش سلامت نامطلوب افزایش یافت. این یافته را می‌توان تا حدی ناشی از افزایش بیماری‌های مزمن، کاهش توان عملکردی و محدودیت‌های جسمانی در سنین بالاتر دانست. با این حال، رابطه سن و سلامت تنها به تغییرات زیستی محدود نمی‌شود. بر اساس رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و دیدگاه دوره زندگی، مواجهه طولانی‌مدت با شرایط نامساعد اجتماعی، اقتصادی و محیطی می‌تواند در مراحل بعدی زندگی به افت سلامت منجر شود. بنابراین، سلامت در سنین بالاتر را باید حاصل برهم‌کنش عوامل زیستی و تجربه‌های اجتماعی انباشته‌شده در طول زندگی دانست [۲،۳]. این تفسیر با گزارش‌های جهانی درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نیز همخوان است که بر اهمیت شرایط زندگی و ساختارهای اجتماعی در تبیین نابرابری‌های سلامت تأکید دارند [۳-۶].

طبق نتایج حاصل، طبقه اجتماعی از عوامل موثر بر خودارزیابی سلامت بود، به طوری که قرار گرفتن در طبقات اجتماعی پایین‌تر با افزایش احتمال گزارش سلامت نامطلوب همراه است. این یافته بیانگر آن است که طبقه اجتماعی مفهومی فراتر از درآمد یا تحصیلات است و مجموعه‌ای از منابع مادی، منزلت اجتماعی، امنیت اقتصادی، فرصت‌های زندگی، کیفیت سکونت و میزان کنترل افراد بر شرایط زندگی را در بر می‌گیرد. به همین دلیل، افراد متعلق به طبقات اجتماعی پایین‌تر ممکن است هم‌زمان با محدودیت‌های اقتصادی، استرس‌های مزمن، دسترسی کمتر به خدمات و کیفیت پایین‌تر محیط زندگی مواجه باشند. این الگو با مفهوم "شیب اجتماعی سلامت" سازگار است؛ مفهومی که سلامت را نه به‌صورت دوگانه فقیر/غنی، بلکه در امتداد سلسله‌مراتب اجتماعی تبیین می‌کند [۱،۵،۱۳،۱۴].

در بافت شهری تهران، اهمیت طبقه اجتماعی به‌دلیل پیوند آن با محل سکونت و کیفیت برخورداری از امکانات شهری برجسته‌تر می‌شود. جایگاه طبقاتی افراد اغلب با نوع محله، کیفیت مسکن، دسترسی به زیرساخت‌ها و امکان استفاده از خدمات عمومی و سلامت ارتباط دارد. مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نشان داده‌اند که وضعیت اقتصادی-اجتماعی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم خودارزیابی سلامت است و تفاوت در منابع و فرصت‌های زندگی می‌تواند به نابرابری در تجربه سلامت منجر شود [۳۵-۳۳]. افزون بر این، شواهد موجود درباره عدالت سلامت شهری در تهران بر اهمیت نابرابری‌های مکانی، اجتماعی و خدماتی در تحلیل وضعیت سلامت شهروندان تأکید دارند [۳۴،۳۶].

یافته‌های مطالعه نشان داد شرایط محیط/محل زندگی از عوامل موثر بر خودارزیابی سلامت بود، به طوری که نامطلوب بودن شرایط محیطی با افزایش احتمال گزارش سلامت نامطلوب همراه بود. این نتیجه بیانگر آن است که محیط زندگی صرفاً فضای فیزیکی سکونت نیست، بلکه می‌تواند از طریق کیفیت فیزیکی محله، وضعیت محیط ساخته‌شده، انسجام اجتماعی، سرمایه اجتماعی، دسترسی به امکانات و احساس تعلق محله‌ای بر سلامت اثر بگذارد [۱۵،۲۰،۲۳]. مطالعات محله‌محور نیز نشان داده‌اند که سکونت در محله‌های برخوردار از شرایط اجتماعی و محیطی نامناسب، بی‌نظمی فیزیکی یا اجتماعی، محرومیت محله‌ای و مخاطرات محیطی با احتمال بیشتر گزارش سلامت ضعیف همراه است [۲۳-۲۱]. در کلان‌شهر تهران، این موضوع اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا کیفیت محیط زندگی در مناطق مختلف شهر به‌طور برابر توزیع نشده و اغلب با وضعیت اقتصادی-اجتماعی ساکنان پیوند دارد. بنابراین، اثر محیط بر سلامت را باید در ارتباط با نابرابری‌های مکانی، محله‌ای و طبقاتی تحلیل کرد [۳۷-۳۴].

احساس امنیت در محله نیز یکی دیگر از ابعاد مهم کیفیت محیط زندگی بود که با خودارزیابی سلامت ارتباط داشت. احساس امنیت می‌تواند از طریق کاهش اضطراب، افزایش امکان حضور در فضاهای عمومی، تقویت تعاملات اجتماعی و ارتقای حس تعلق، نقش محافظتی در سلامت ایفا کند. در مقابل، احساس ناامنی ممکن است موجب محدود شدن فعالیت‌های روزمره، کاهش تحرک، تضعیف روابط اجتماعی و افزایش فشار روانی شود. این یافته با مطالعات حوزه سلامت شهری همخوان است که نشان داده‌اند ادراک از امنیت محله، بی‌نظمی محیطی، ترس از جرم، سرمایه اجتماعی و کیفیت روابط محله‌ای می‌توانند با سلامت روان، عملکرد جسمانی و سلامت خودارزیابی‌شده ارتباط داشته باشند[۱۸-۱۶]. از این منظر، امنیت محله‌ای تنها یک موضوع انتظامی یا کالبدی نیست، بلکه بخشی از زیرساخت اجتماعی سلامت شهری به شمار می‌آید. نتایج مطالعه همچنین نشان داد که دسترسی به خدمات سلامت یکی دیگر از عوامل موثر بر خودارزیابی سلامت بود. افرادی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

که با محدودیت بیشتری در دسترسی به خدمات مواجه بودند، احتمال بیشتری برای گزارش سلامت نامطلوب داشتند. این یافته نشان می‌دهد که وجود مراکز درمانی به‌تنهایی برای تحقق سلامت کافی نیست، بلکه امکان استفاده واقعی، به‌موقع، مقرون‌به‌صرفه و متناسب از خدمات اهمیت دارد. در مدل‌های نظری، دسترسی به خدمات سلامت مفهومی چندبعدی است که ابعادی مانند فراهم‌بودن خدمات، دسترسی جغرافیایی، استطاعت مالی، پذیرش‌پذیری و تناسب خدمات با نیازهای افراد را شامل می‌شود [۲۵،۲۶]. بنابراین، عواملی مانند هزینه خدمات، زمان انتظار، پوشش بیمه‌ای، کیفیت تعامل با ارائه‌دهندگان خدمت و تناسب خدمات با نیازهای افراد می‌توانند بر تجربه دسترسی اثرگذار باشند. شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که محدودیت در دسترسی، بی‌اعتمادی به نظام سلامت، ضعف مراقبت اولیه و موانع استفاده از خدمات پیشگیرانه می‌توانند با پیامدهای نامطلوب سلامت و خودارزیابی ضعیف‌تر از سلامت همراه باشند [۲۷،۲۹-۲۴]. در مطالعات داخلی نیز وضعیت اقتصادی-اجتماعی، توان پرداخت و محل سکونت از عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات و تجربه سلامت گزارش شده‌اند [۳۸-۳۵].

نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر نشان داد پاسخگویان در ارزیابی سلامت خود تنها وضعیت جسمانی یا وجود بیماری را مدنظر قرار نمی‌دهند، بلکه تجربه‌های روزمره‌ای مانند کیفیت محیط زندگی، احساس امنیت، امکان استفاده از خدمات سلامت و میزان کنترل بر شرایط زندگی نیز در این ارزیابی نقش دارد. این موضوع با مطالعات کلاسیک درباره اعتبار خودارزیابی سلامت همخوان است که نشان داده‌اند این شاخص می‌تواند پیامدهایی مانند بیماری، ناتوانی، استفاده آتی از خدمات سلامت و مرگ‌ومیر را پیش‌بینی کند [۶،۸،۱۰]. بنابراین، خودارزیابی سلامت را باید شاخصی ترکیبی و حساس دانست که وضعیت زیستی، روانی، اجتماعی و محیطی افراد را به‌طور هم‌زمان بازتاب می‌دهد [۷،۹،۱۷].

با توجه به اینکه خودگزارشی سلامت یکی از شاخص‌های مهم برای پایش وضعیت سلامت افراد در یک جامعه و پیش‌بینی پیامدهای آتی سلامت است، نابرابری مشاهده‌شده در این شاخص می‌تواند برای نظام سلامت و سیاست‌گذاران شهری هشداردهنده باشد [۶،۸،۳۹]. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر مداخلات درمانی یا توصیه‌های فردمحور برای اصلاح سبک زندگی، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی، محیطی و خدماتی، نمی‌تواند به‌طور مؤثر نابرابری‌های سلامت را کاهش دهد. ارتقای سلامت شهروندان در کلان‌شهر تهران مستلزم سیاست‌هایی است که به‌طور هم‌زمان بر کاهش نابرابری‌های اجتماعی، بهبود کیفیت محیط سکونت، ارتقای امنیت محله‌ای و افزایش دسترسی عادلانه به خدمات سلامت تمرکز داشته باشند. گزارش‌های بین‌المللی نیز بر ضرورت اقدام ساختاری و بین‌بخشی برای کاهش نابرابری‌های سلامت تأکید کرده‌اند [۴-۲]. همچنین چارچوب‌های نظری دسترسی به خدمات سلامت نشان می‌دهند که عدالت در سلامت بدون توجه به ابعاد مختلف دسترسی، از جمله استطاعت مالی، فراهمی، تناسب و قابلیت استفاده از خدمات، قابل تحقق نیست [۲۷-۲۴].

در نهایت، یافته‌های این مطالعه نشان داد که خودارزیابی سلامت، پدیده‌ای چندعاملی و چندسطحی است که تحت تأثیر سن، طبقه اجتماعی، کیفیت محیط زندگی، احساس امنیت محله‌ای و دسترسی به خدمات سلامت قرار دارد. این نتایج تأکید می‌کند که سلامت پاسخگویان صرفاً پیامد ویژگی‌های فردی یا خدمات درمانی نیست، بلکه در بستر نابرابری‌های اجتماعی، محیطی، محله‌ای و خدماتی شکل می‌گیرد. بنابراین، کاهش نابرابری‌ها در سلامت مستلزم اتخاذ سیاست‌هایی فراتر از حوزه درمان است؛ سیاست‌هایی که عدالت اجتماعی، عدالت محیطی و منطقه‌ای، بهبود کیفیت محیط شهری و دسترسی برابر به خدمات عمومی و سلامت را به‌عنوان اجزای اصلی ارتقای سلامت مردم در نظر بگیرند.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافعی ندارند.

سهم نویسندگان

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

علی منتظری: نویسنده مسئول، راهنمای طرح، طراحی مطالعه، تحلیل داده‌ها و تایید نسخه نهایی مقاله

فروزنده جعفرزاده‌پور: مشاور؛ همکاری در نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده اول در رشته جامعه‌شناسی است که با راهنمایی استادان راهنما و مشاور انجام شده است. نویسندگان از همکاری تمامی افرادی که در مراحل طراحی، گردآوری داده‌ها و بهبود کیفیت این پژوهش مشارکت داشته‌اند، قدردانی می‌کنند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

منابع

1. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Journal of Lancet 2005; 365:1099-1104
2. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1 [Access date 09/06/2026]
3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010. Available at: https://iris.who.int/handle/10665/44489 [Access date 08/02/2026]
4. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Journal of Lancet 2008; 372:1661-1669
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior 1997; 38:21-37
6. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Social Science and Medicine 2009; 69:307-316
7. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. Journal of General Internal Medicine 2006; 21:267-275
8. Garbarski D. Research in and prospects for the measurement of health using self-rated health. Public Opinion Quarterly 2016; 80:977-997
9. Zajacova A, Dowd JB. Reliability of self-rated health in US adults. American Journal of Epidemiology 2011; 174:977-983
10. Manor O, Matthews S, Power C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. International Journal of Epidemiology 2000; 29:149-157
11. Tunstall H. Neighbourhoods and health. Kawachi I and Berkman LF (eds). New York: Oxford University Press Inc, USA, 2003. Journal of Epidemiology 2005; 34:231-232.
12. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. Journal of Epidemiology and Community Health 2017; 71:565-575
13. Meyer OL, Castro-Schilo L, Aguilar-Gaxiola S. Determinants of mental health and self-rated health: a model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. American Journal of Public Health 2014; 104:1734-1741
14. Kawachi I, Berkman LF. Neighborhoods and health. 1st Edition, Oxford University Press: New York, 2003
15. Ross CE, Mirowsky J. Neighborhood disadvantage, disorder, and health. Journal of Health and Social Behavior 2001; 42:258-276
16. Mujahid MS, Diez Roux AV, Morenoff JD, Raghunathan TE. Assessing the measurement properties of neighborhood scales: from psychometrics to ecometrics. American Journal of Epidemiology 2007; 165:858-867
17. Rostami-Kateshali T, Montazeri A, Jafarzadehpour F. Self-rated health and socioeconomic status in Tehran, Iran: A cross-sectional study. Journal of Payesh 2026; 25:79-87[Persian]
18. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Journal of Quality-of-Life Research 2005; 14:875-882
19. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Perceptions of the neighborhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. Journal of Public Health 2007; 7:285
20. Stronegger WJ, Titze S, Oja P. Perceived characteristics of the neighborhood and its association with physical activity behavior and self-rated health. Journal of Health and Place 2010; 16:736-743
21. Lindén-Boström M, Persson C, Eriksson C. Neighborhood characteristics, social capital and self-rated health: a population-based survey in Sweden. Journal of Public Health 2010; 10:628
22. Ou JY, Peters JL, Levy JI, Bongiovanni R, Rossini A, Scammell MK. Self-rated health and its association with perceived environmental hazards, the social environment, and cultural stressors in an environmental justice population. Journal of Public Health 2018; 18:970
23. Ma J, Mitchell G, Dong G, Zhang W. Inequality in Beijing: a spatial multilevel analysis of perceived environmental hazard and self-rated health. Journal of Annals of the American Association of Geographers 2017; 107:109-129

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]

24. Chen H, Liu Y, Zhu Z, Li Z. Does where you live matter to your health? Investigating factors that influence the self-rated health of urban and rural Chinese residents: evidence drawn from Chinese General Social Survey data. Journal of Health and Quality of Life Outcomes 2017; 15:78
25. Haraldsdóttir S, Valdimarsdóttir UA, Guðmundsson S, et al. Poorer self-rated health in residential areas with limited healthcare supply. Journal of Public Health 2014; 42:310-318
26. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Journal of Medical Care 1981; 19:127-140
27. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health 2013; 12:18
28. Yang TC, Matthews SA, Shoff C. Individual health care system distrust and neighborhood social environment: how are they jointly associated with self-rated health? Journal of Urban Health 2011; 88:945-958
29. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D. Primary care and receipt of preventive services. Journal of General Internal Medicine 1996; 11:269-276
30. Wang W, Shi L, Mao Z, Maitland E, Nicholas S, Liu X. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. International Journal for Equity in Health 2015; 14:107
31. Gomez LF, Soto-Salazar C, Guerrero J, Garcia M, Parra DC. Neighborhood environment, self-rated health and quality of life in Latin America. Journal of Health Promotion 2020; 35:196-204
32. Lee JA, Park JH, Kim M. Social and physical environments and self-rated health in urban and rural communities in Korea. Journal of Environmental Research and Public Health 2015; 12:14329-14341
33. Subramanian SV, Kubzansky L, Berkman L, Fay M, Kawachi I. Neighborhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2006; 61:S153-S160
34. Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi Foroushani A, Mohammad K. Self-reported health and socioeconomic status: results from a population-based study in Tehran, Iran. Payesh 2003; 2:187-193 [Persian]
35. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi MR, Faghihzadeh S, Cherghian B, Esteghamati A, Farshad AA, Golmakani M, Haeri-Mehrizi AA, Hesari H, Kalantari N, Kamali M, Kordi R, Malek-Afzali H, Montazeri A, Moradi-Lakeh M, Motevallian A, Noorbala A, Raghfar H, Razzaghi E. Response-oriented measuring inequalities in Tehran: second round of UrbanHealth Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART-2), concepts and framework. Journal of the Islamic Republic of Iran 2013; 27:236-248
36. Rezaei Z, Mohammadi NK, Pouragha H, Shakibazadeh E. Can a single general self-rated health question mirror social determinant of health? Journal of Public Health 2022; 51:2350-2359
37. Abbasi M, Yahak S, Keshavarz Dizjini S. Measurement of social factors affecting self-declaration health: case study, districts 6 and 16 of Tehran. Journal of Bioethics and Health Law 2022; 2:1-10
38. Azmand S, Ghahramani S, Doostfatemeh M, et al. Determinants of self-rated health in socioeconomically disadvantaged women: a cross-sectional study in Iran. Journal of Public Health 2025; 25:734
39. Bazyar M, Kakaei H, Azadi H, Jalilian M, Mansournia MA, Malekan K, Pakzad R. Self-rated health status and associated factors in Ilam, west of Iran: results of a population-based cross-sectional study. Journal of Frontiers in Public Health 2025; 12:1435687

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.611]