# روش شناسی و اجرای یک مطالعه گسترده جمعیتی: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

**علی منتظری:** [*] استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**سپیده امیدواری:** استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**سید علی آذین:** استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**افسون آیین پرست:** استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**کتایون جهانگیری:** استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**ژیلا صدیقی:** دانشیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**مهدی عبادی:** مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**فرانک فرزدی:** دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**فرزانه مفتون:** دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**مریم سادات وحدانی‌نیا:** مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره سوم تابستان ۱۳۹۰ صص ۳۲۲-۳۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ آذر ۱۳۸۹]

## چکیده

برای شناخت وضعیت و معضلات موجود سلامت در جامعه و تصمیم گیری در خصوص نحوه ارتقای آن، اختصاص منابع و کارآیی برنامه‌های نظام سلامت به اطلاعات مناسب نیاز است.

هدف اصلی این مطالعه بررسی درک مردم ایران از سلامت بود. در این راستا تلاش شد ارزیابی مردم ایران از وضعیت سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و وضعیت کلی سلامت خود و رفتارهای زمینه ساز سلامتی و سبک زندگی آنان به تصویر کشیده شود.

این مطالعه از نوع «مقطعی» و جمعیت هدف آن شامل کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بود. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. حجم نمونه در کل کشور ۲۴۰۰۰ نفر برآورد شد که سهم هر استان حداقل ۸۰۰ نمونه بود. با این وجود برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها تلاش شد در هر استان تعداد بیشتری مورد پرسشگری قرار گیرند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که با بهره‌گیری از نظرات متخصصان و پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شد. اعتبار ظاهری، روایی محتوی و پایایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و تأیید گردید. پرسشنامه نهایی شامل ۸ سؤال جمعیتی و ۲۰ سؤال در حیطه سلامت بود.

به نظر می‌رسد اجرای این مطالعه علاوه بر تولید دانش بومی بتواند به شناسایی حیطه‌های نیازمند مداخله به منظور ارتقای سلامت مردم کمک کند و بستری جهت تدوین استانداردهای نیازسنجی و اولویت‌بندی پژوهش در مقوله سلامت فراهم نماید.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت، مردم، ایران

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

## مقدمه

جهان امروز عرصه رقابت جوامع مختلف جهت نیل به پیشرفت و توسعه است و در این میان انسان سالم به عنوان محور توسعه پایدار، بزرگترین و با ارزش‌ترین سرمایه هر جامعه محسوب می‌شود. شواهد علمی نشان می‌دهند لازم است سیاست‌های حفظ سلامت مردم نیز هر روز بیش از پیش به راهکارهای جامعه محور متمایل شود. لازمه تدوین صحیح و بکارگیری این راهکارها، داشتن تصویری واضح از نگرش، میزان درک، خطرات تهدید کننده سلامتی و همچنین عملکرد جامعه در حیطه سلامت است که رسیدن به آن با توجه به تنوع اقلیمی، نژادی و فرهنگی موجود در کشور جمهوری اسلامی ایران، انجام یک مطالعه جامع کشوری (حداقل به تفکیک استان‌های کشور) را طلب می‌کند [۱]. به عبارت دیگر برای شناخت وضعیت و معضلات موجود سلامت در جامعه و تصمیم گیری در خصوص نحوه ارتقای آن، اختصاص منابع و کارآیی برنامه‌های اجرا شده به اطلاعات مناسب نیاز است. در کشور ما همانند سایر کشورها، به رغم وجود نظام‌های اطلاعاتی مختلف که هر کدام جوابگوی بخشی از نیازهای سیاستگذاران و مدیران هستند، انجام بررسی‌های نمونه‌ای نقش مؤثری در تکمیل اطلاعات موجود و فراهم آوردن یک درک کلی از زوایای نظام سلامت کشور خواهد داشت [۲].

مطالعات نمونه‌ای متعددی در کشورهای گوناگون به منظور بررسی وضعیت سلامت جامعه انجام گرفته است. از آن جمله می‌توان به مطالعات بررسی سلامت انجام گرفته در نیوزیلند اشاره کرد. این مطالعات به صورت دوره‌ای هر ۶-۴ سال یک بار در این کشور انجام می‌شود. هدف این مطالعات بررسی وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد، سبک زندگی و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی در بین جمعیت ساکن در نیوزلند است. تاکنون چهار دوره از این مطالعه در سال‌های ۱۹۹۳/۱۹۹۲، ۱۹۹۷/۱۹۹۶، ۲۰۰۳/۲۰۰۲ و ۲۰۰۶/۲۰۰۷ اجرا شده است. در آخرین دوره اجرای مطالعه ۱۲۸۴۷ خانوار در نیوزیلند مورد مصاحبه قرار گرفتند که ۱۲۴۸۸ نفر آنان بزرگسال (۱۵ سال به بالا) و ۴۹۲۱ نفر آنان کودک (۱۴ سال و کمتر) بودند. انجام دوره‌ای این مطالعات امکان بررسی روند تغییرات سطح سلامت در طول زمان را مشخص می‌کند [۳].

در کشور استرالیا نیز به صورت دوره‌ای مطالعاتی به منظور بررسی سلامت جمعیت انجام می‌گیرد. اهداف این مطالعات که به وسیله دفتر آمار استرالیا انجام می‌گیرد، بررسی وضعیت سلامت جمعیت، جنبه‌های سبک زندگی وابسته به سلامت استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی است. چهارمین دوره این مطالعات در سال ۲۰۰۵-۲۰۰۴ انجام گرفت. نمونه مطالعه تقریباً شامل ۱۹۵۰۱ خانوار در کشور استرالیا شامل مناطق شهری و روستایی بود. نمونه گیری به روش چند مرحله‌ای با در نظر گرفتن تراکم جمعیت مناطق مختلف از خانوارها صورت گرفت. نمونه‌گیری نیز از دو جامعه کودکان و بزرگسالان (۱۸ سال و بالاتر) انجام گرفت. بدین صورت که از هر خانوار به صورت تصادفی یک بزرگسال و یک کودک جهت مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه انتخاب می‌شد. داده‌ها با کمک کارشناسان آموزش دیده مرکز آمار و به روش مصاحبه چهره به چهره جمع‌آوری گردید. به منظور کاهش اثر فصول سال در بروز و شیوع بیماری‌ها، جمع آوری داده‌ها به صورت زمان بندی در ۱۰ ماه از سال انجام گرفت. نتایج بررسی حاکی از آن بود که بیش از نیمی از نمونه مورد بررسی سطح سلامت خود را خوب و بسیار خوب ارزیابی کرده بودند. این مطالعه برای پنجمین بار در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ نیز تکرار گردید. مقایسه روند سلامت در طول زمان و عوامل وابسته به آن دیدگاه مناسبی برای برنامه ریزی مداخلات نظام سلامت و جهت گیری‌های آینده آن ارایه داد [۴].

در ایالات متحده آمریکا نیز در سال ۱۹۵۶ به منظور لزوم انجام بررسی‌های مستمر و مطالعات خاص برای فراهم نمودن اطلاعات آماری دقیق در مورد میزان، توزیع و تأثیر بیماری و ناتوانی و خدمات ارایه شده به دلیل این شرایط، قانونی تصویب شد. پس از تصویب این قانون و در سال ۱۹۵۷ مطالعاتی که امروزه به آن «بررسی ملی سلامت» گفته می‌شود آغاز گردید. هدف اصلی این مطالعات، پایش سلامت در جمعیت آمریکا با جمع‌آوری و پردازش اطلاعات در زمینه حیطه گسترده‌ای ازموضوعات سلامت است. جمعیت مورد مطالعه نیز شهروندان ساکن در آمریکا هستند. این مطالعات از نوع مطالعات مقطعی مصاحبه با خانوار است. نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای با در نظر گرفتن نسبت توزیع جمعیت در مناطق انجام می‌گیرد. طرح نمونه‌گیری هر دهه مورد بازبینی قرار می‌گیرد که برای آخرین بار در سال۲۰۰۶ بازبینی شده است. در آخرین مطالعه ۳۵۰۰۰ خانوار شامل ۸۷۰۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای است که محتوای بخش اصلی آن شامل دو قسمت اطلاعات جمعیتی و اطلاعات وضعیت سلامت و استفاده از خدمات سلامتی است. این پرسشنامه



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

نیز هر ۱۵-۱۰ سال یک بار مورد بازبینی قرار می‌گیرد تا امکان پایش تغییرات در طول زمان را فراهم کند. با این وجود با توجه به نیازهای نظام سلامت امکان اضافه کردن بخش‌های تکمیلی به پرسشنامه اصلی وجود دارد. آخرین بازبینی پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ انجام گرفت. این پرسشنامه از سال ۱۹۹۷ تاکنون جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته است. در مراجعه به هر خانوار پس از تکمیل فرم خانوار که شامل تعداد اعضا و ویژگی اعضای خانوار است، یک بزرگسال به صورت تصادفی برای تکمیل پرسشنامه بزرگسالان و یک کودک (در صورت وجود) به صورت تصادفی برای تکمیل پرسشنامه کودکان انتخاب می‌شود. محتوای این دو پرسشنامه اندکی متفاوت است، ولی هر دو اطلاعات اصلی در مورد وضعیت سلامت، رفتارهای سلامت و استفاده از خدمات سلامتی را جمع‌آوری می‌کنند. در دور قبلی مطالعه تمام بزرگسالان شانس یکسانی برای شرکت در مطالعه داشتند، ولی در آخرین دوره مطالعه، بزرگسالان بالای ۶۵ سال که سیاهپوست، بومی آمریکای لاتین یا آسیایی باشند، شانس بیشتری برای انتخاب دارند. مسئولیت جمع‌آوری داده‌های این طرح بر عهده اداره سرشماری است. این مرکز ۴۰۰ مصاحبه‌گر آموزش دیده برای اجرای طرح در اختیار دارد [۵].

چنین مطالعاتی نیز از سال ۱۹۹۰ برای بررسی سلامت و میزان ابتلا در جامعه به صورت سالیانه در کشور انگلستان انجام می‌شود. از سال ۱۹۹۴ تا کنون مسئولیت انجام این مطالعات بر عهده مرکز ملی مطالعات اجتماعی و بخش اپیدمیولوژی و سلامت همگانی دانشگاه لندن قرار گرفته است. در حال حاضر آخرین مستندات منتشر شده در این زمینه به مطالعهٔ سال ۲۰۰۸ مربوط می‌شود. اهداف این مطالعات عبارتند از:

- ارایه داده‌های سالانه در مورد سلامت افراد جامعه
- برآورد نسبت جمعیت که به مشکل سلامتی مشخصی مبتلا هستند
- برآورد شیوع عوامل خطر مرتبط با این مشکلات سلامتی
- ارزیابی فراوانی ترکیب عوامل خطر
- بررسی اختلافات زیر گروه‌های جمعیتی
- پایش اهداف راهبرد سلامت
- (از سال ۱۹۹۵) سنجش قد کودکان در سنین مختلف که به مطالعه ملی سلامت و رشد مربوط می‌شود

موضوعات اصلی مورد بررسی در این مطالعه عبارتند از: سلامت عمومی، مصرف دخانیات و مشروبات الکلی، مصرف میوه و سبزیجات، اندازه‌گیری قد، وزن و فشار خون و بررسی نمونه خون و بزاق. در مطالعه علاوه بر موضوعات اصلی، موضوعات ویژه نیز با توجه به نیازهای سیستم سلامت در نظر گرفته می‌شود. به عنوان نمونه موضوع ویژه مورد بررسی در مطالعه سال ۲۰۰۸ ورزش و تناسب بدنی بود. در این مطالعات که به صورت مقطعی مستمر انجام می‌شود، خانوارهای ساکن در انگلستان در دو گروه سنی کودکان (۱۵-۰ سال) و بزرگسالان (۱۶ سال به بالا) مورد مطالعه قرار می‌گیرند. نمونه گیری نیز به روش چند مرحله‌ای شامل طبقه بندی و تصادفی انجام می‌شود. حجم نمونه مورد مطالعه در سال ۲۰۰۸ شامل ۲۲/۶۲۳ نفر بود. به منظور جمع آوری داده‌ها با توجه به تنوع ابزارهای مورد استفاده از روش‌های مصاحبه چهره به چهره، تکمیل پرسشنامه به شیوه خود ایفا، سنجش‌های جسمی و سنجش‌های بالینی بهره گیری می‌شود. انجام این مطالعات به صورت دوره‌ای نقش مهمی در شناسایی روند تغییرات سلامت در جامعه و برنامه‌ریزی‌های بخش سلامت خواهد داشت [۶].

در سنگاپور نیز مطالعاتی به منظور بررسی سلامت به وسیلهٔ وزارت بهداشت آن کشور انجام می‌گیرد. این مطالعات از سال ۱۹۹۲ آغاز و تاکنون ۴ دوره اجرا شده است. اهداف مطالعات و محتوای آن در طول سال‌ها توسعه یافته است. در آخرین دوره این مطالعات که در سال ۲۰۱۰ انجام گرفت، لیست موضوعات مورد بررسی توسعه یافته است و در پژوهش اخیر حیطه‌های سلامت سالمندان، سلامت روان و ارایه خدمت نیز مورد بررسی قرار گرفته است [۷].

در ایران نیز برای نخستین بار بررسی جامعی در سال ۱۳۶۹ طراحی و تحت عنوان «طرح ملی سلامت و بیماری» اجرا گردید تا داده‌های پایه مورد نیاز از طریق یک بررسی نمونه‌ای گردآوری و مورد تحلیل قرار قرار گیرند. در سال ۷۷ این طرح برای بار دوم طراحی و در سال ۷۸ اجرا شد. در دور دوم مطالعه تغییرات اندکی اعمال شده بود، از جمله حذف معاینات دندانپزشکی و اضافه شدن بررسی سلامت روان. این مطالعه بر روی ۸۷۷۶ خانوار شهری و ۴۷۱۹ خانوار روستایی انجام گرفت. در این مطالعه وضعیت سلامت افراد با کمک معاینات بالینی و شواهد پاراکلینیکی سنجیده شده است [۲].



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

این مطالعات با توجه به اهداف و امکانات مطالعه از رویکردهای متفاوتی برای بررسی سطح سلامت استفاده کرده بودند. دو رویکرد عمده برای بررسی سلامت رویکرد عینی (Objective) و رویکرد ذهنی (Subjective) است. در رویکرد اول از بررسی‌های بالینی به منظور بررسی سطح سلامت استفاده می‌کنند و در رویکرد دوم سلامت را به شیوه خود گزارشی می‌سنجند. در رویکرد عینی ممکن است علاوه بر بیماری‌ها و مسایل شناخته شده بیماری‌های پنهان نیز شناسایی شود، با این وجود انجام این مطالعات به زمان و هزینه قابل ملاحظه‌ای نیاز دارد [۸].

یکی دیگر از مسایلی که در زمینه این دو رویکرد مطرح شده است، حساسیت آنها در اندازه‌گیری شاخص‌های حسی مانند درد است. در واقع روش‌های عینی ابزار دقیقی برای اندازه‌گیری این شاخص‌ها ندارند و تنها روش سنجش این شاخص‌ها بهره‌گیری از رویکرد ذهنی است. یکی دیگر از ویژگی‌های رویکرد ذهنی محدوده اثر گذاری آن است؛ به عبارت دیگر بیان میزان سلامت از دید افراد شاید حیطه گسترده‌تری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و حتی رضایت از زندگی را بیان کند. با این وجود باید اذعان داشت، رویکرد خود گزارشی به رغم نکات مثبت فراوانی که دارد تا حد زیادی تحت تأثیر سواد، اطلاعات عمومی افراد در زمینه سلامت و بیماری و دسترسی به تسهیلات تشخیصی و درمانی قرار دارد. به همین دلیل استفاده از اطلاعات به دست آمده با این روش در سیاستگذاری نظام سلامت باید با احتیاط صورت گیرد [۹،۱۰].

باید توجه داشت که هر یک از این روش‌ها ابعاد متفاوتی از سلامت را می‌سنجند و ابزارها و روش مطالعه منحصر به فردی دارند. در برخی از مطالعات برای بررسی جنبه‌های مختلف سلامت از ترکیبی از این دو رویکرد استفاده می‌شود.

هدف اصلی این مطالعه بررسی درک مردم ایران از سلامت است. در این راستا تلاش می‌شود ارزیابی مردم ایران از وضعیت سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و وضعیت کلی سلامت خود و رفتارهای زمینه ساز سلامتی و سبک زندگی آنان به تصویر کشیده شود. از سوی دیگر نقش عوامل محیطی گوناگون از جمله: درآمد، خانواده، پزشکان و نظام سلامت، محیط زیست و مذهب در سلامت افراد از دیدگاه آنان بررسی شود و نهایتاً رضایت کلی آنان از نظام سلامت کشور مورد بررسی قرار گیرد.

پیش بینی می‌شود انجام چنین مطالعه‌ای علاوه بر شناسایی حیطه‌های نیازمند مداخله به منظور ارتقای سلامت مردم ایران، بستری جهت تدوین استانداردهای نیازسنجی و اولویت‌بندی پژوهش در مقوله سلامت فراهم آورد.

## مواد و روش کار

*طراحی:* این مطالعه به روش مقطعی انجام گرفته است. جمعیت هدف مطالعه شامل جمعیت افراد ۱۸ تا ۶۵ سال کشور جمهوری اسلامی ایران است. این مطالعه در تمام استان‌های کشور ایران در سال‌های ۸۹-۸۸ اجرا می‌شود.

*نمونه مورد مطالعه:* حجم نمونه با احتساب $\alpha$=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P= ٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و Design effect=۲ و در نظر گرفتن تعداد استان‌های کشور (۳۰ استان) حداقل ۲۴۰۰۰ نفر در کل کشور محاسبه شده است. تعداد نمونه‌های هر خوشه مساوی ۱۰ نفر است بنابراین تعداد خوشه‌های هر استان ۸۰ خوشه است. به این ترتیب حداقل در هر استان ۸۰۰ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. با این وجود در اغلب استان‌ها برای جلوگیری از ریزش نمونه‌های کشوری، تعداد افراد بیشتری مورد پرسشگری قرار گرفتند. اطلاعات بیشتر درمورد حجم نمونه مورد بررسی در هر استان به تفکیک در جدول شماره ۱ آمده است.

*روش نمونه گیری:* در این مطالعه از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (Multistage) استفاده شده است. در مرحله اول از روش نمونه گیری طبقه بندی استفاده شد. در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. در مرحله دوم از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید. بدین صورت که شهرهای هر استان بر اساس معیارهایی از جمله جمعیت به سه سطح تقسیم و یک شهر از هر سطح به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله سوم از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. با در نظر گرفتن ۱۰ نفر در هر خوشه، در هر استان ۸۰ خوشه برای جمع‌آوری داده‌ها انتخاب شدند. خوشه‌ها با احتساب توزیع جمعیتی شهرهای منتخب هر استان بین شهرهای تحت مطالعه توزیع گردیدند. اطلاعات بیشتر در مورد شهرستان‌های انتخابی در هر استان و حجم نمونه هر شهرستان در جدول شماره ۲ منعکس شده است. پس از انتخاب خانوارها در هر خوشه، یک پرسشگر آموزش دیده با مراجعه حضوری به در منازل و مصاحبه با فرد مراجعه کننده به درب منزل (در صورت قرار داشتن در محدوده سنی



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

مطالعه) یا فرد داوطلب واجد شرایط عضو خانوار نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمود. تکمیل پرسشنامه با استفاده از روش مصاحبه چهره به چهره انجام گرفت. در صورت عدم تمایل ساکنان منزل به همکاری در مطالعه یا در صورت عدم حضور آنان در منزل پس از ۲ بار مراجعه، خانوار مجاور برای شرکت در مطالعه انتخاب گردید.

*ابزار جمع‌آوری داده:* ریشه اصلی شکل گیری این مطالعه طرح سؤالاتی در رابطه با سلامت مردم بود، از جمله این که «مردم ایران چه چیز را سلامتی می‌دانند؟ مردم ایران برای سلامت خود چه می‌کنند؟ ارزیابی مردم ایران از سلامتی خود چگونه است؟ آنها چه چیزهایی را برای زندگی سالم لازم می‌دانند؟ و سبک زندگی مردم ایران چگونه است؟» این سؤالات اساس شکل گیری اهداف مطالعه بود. پس از تدوین اهداف، بررسی متون گسترده‌ای در مورد مطالعات انجام گرفته در این زمینه و ابزارهای مورد استفاده در این مطالعات انجام گرفت. نمونه پرسشنامه‌های مرتبط با موضوع پژوهش استخراج و مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعات، دسته‌بندی موضوعات مرتبط با سلامت، نحوه نگارش سؤالات و پاسخ آنها مورد بررسی قرار گرفت. دستاوردهای بررسی متون انجام گرفته با اهداف مطالعه تلفیق گردید و چارچوب مناسبی برای سؤالات پرسشنامه طراحی گردید.

پس از این مرحله تعدادی سؤال برای هر یک از حوزه‌های مورد نظر در پرسشنامه طراحی گردید. فعالیت‌های فوق منجر به طراحی نسخه اولیه پرسشنامه گردید.

پس از این مرحله گروه تحقیق اقدام به استانداردسازی پرسشنامه نمودند. اعتبار محتوای سؤالات پرسشنامه اولیه توسط ۱۵ نفر از متخصصان بررسی و نظرات آنان در تکمیل و اصلاح پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پس از این مرحله تعدادی پرسشنامه جهت اجرای آزمایشی و رفع نواقص احتمالی بین نمونه محدودی از جامعه توزیع گردید. تکمیل پرسشنامه توسط تعدادی از افراد جامعه و بررسی نظرات آنان، اعتبار ظاهری پرسشنامه را تأیید نمود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است. پس از تأیید پایایی، نسخه نهایی پرسشنامه تهیه شد. پرسشنامه نهایی شامل ۸ سؤال جمعیتی و ۲۰ سؤال در حیطه سلامت است. متغیرهای جمعیتی در این مطالعه شامل جنسیت، تحصیلات، سن، شغل، وضعیت تأهل و درآمد است. گزینه‌های متغیرهای جمعیتی در این مطالعه نیز عبارت از جنسیت (مرد و زن)، تحصیلات (تعداد سال‌های تحصیل)، سن به سال، شغل (خانه دار، محصل/ دانشجو، شاغل، بیکار و بازنشسته)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه و بیوه) و درآمد (خیلی خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) بوده است.

در سؤالات تخصصی موضوعات ذیل مورد بررسی قرار گرفته است:

- سبک زندگی تأثیر گذار بر سلامت با تأکید بر سه متغیر مصرف دخانیات، تغذیه و فعالیت بدنی (سؤال‌های ۱، ۲ و ۳)
- وضعیت سلامت روان (سؤال‌های ۴، ۵ و ۶)
- وضعیت سلامت اجتماعی (سؤال ۷)
- اهمیت سلامت از دید افراد (سؤال ۸)
- سطح سلامت کنونی افراد (سؤال‌های ۹ و ۱۰)
- اطلاعات عمومی افراد و وضعیت اطلاع‌رسانی جامعه در زمینه سلامت و بهداشت (سؤال‌های ۱۱، ۱۲ و ۱۳)
- برداشت افراد از میزان تأثیر عوامل اجتماعی شامل درآمد، مذهب، خانواده، پزشکان و محیط زیست بر سلامت افراد (سؤال‌های ۱۸-۱۴)
- متولی امر سلامت در جامعه (سؤال ۱۹)
- رضایت کلی افراد از وضعیت بهداشت و درمان (سؤال ۲۰)

پاسخ‌های اکثر سؤالات (به جز سؤال‌های ۱۰ ، ۱۳ و ۱۹) در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شد که شامل گزینه‌های بسیار زیاد، زیاد، نه کم / نه زیاد، کم / بسیار کم و اصلاً بود.

سؤالات این پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده است که برای پاسخگویان در تمام سطوح تحصیلی قابل درک باشد و امکان تکمیل آن به روش خودایفا وجود داشته باشد.

*جمع‌آوری داده‌ها:* به منظور جمع آوری داده‌ها ابتدا هماهنگی با واحدهای جهاد دانشگاهی و مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) در کل استان‌های کشور انجام شد. یک نماینده اجرایی جهت مدیریت جمع‌آوری داده‌ها در هر استان انتخاب شد. دستورالعمل پرسشگری که با نظارت پژوهشگران طراحی شده بود، به نمایندگان استانی تحویل داده شد. این نمایندگان مسئولیت برگزاری جلسات توجیهی و آموزش پرسشگران در هر استان را بر عهده داشتند. نمونه‌گیری در هر استان با راهنمایی گروه تحقیق و با استفاده از نقشه‌های شهری انجام شد. و دستورالعمل آن در اختیار نمایندگان استانی قرار گرفت. با این تمهیدات تلاش گردید رویکرد مشابهی برای جمع‌آوری داده‌ها در سراسر کشور اعمال شود.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

**جدول شماره ۱- توزیع نمونه‌های مورد بررسی در مطالعه سلامت از دیدگاه مردم به تفکیک استان‌های تحت مطالعه**

| کد استان | استان | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| ۱ | آذربایجان شرقی | ۹۶۱ | ۳/۴ |
| ۲ | آذربایجان غربی | ۹۶۶ | ۳/۵ |
| ۳ | اردبیل | ۱۱۱۹ | ۴ |
| ۴ | اصفهان | ۹۸۲ | ۳/۵ |
| ۵ | ایلام | ۸۲۳ | ۳ |
| ۶ | بوشهر | ۹۷۶ | ۳/۵ |
| ۷ | تهران | ۱۱۷۷ | ۴/۲ |
| ۸ | چهارمحال و بختیاری | ۹۵۲ | ۳/۴ |
| ۹ | خراسان جنوبی | ۹۷۰ | ۳/۵ |
| ۱۰ | خراسان رضوی | ۹۴۹ | ۳/۴ |
| ۱۱ | خراسان شمالی | ۸۶۳ | ۳/۱ |
| ۱۲ | خوزستان | ۱۰۱۳ | ۳/۶ |
| ۱۳ | زنجان | ۹۷۳ | ۳/۵ |
| ۱۴ | سمنان | ۸۶۲ | ۳/۱ |
| ۱۵ | سیستان | ۸۷۳ | ۳/۱ |
| ۱۶ | فارس | ۸۱۹ | ۲/۹ |
| ۱۷ | قزوین | ۹۷۰ | ۳/۵ |
| ۱۸ | قم | ۶۳۲ | ۲/۳ |
| ۱۹ | کردستان | ۹۴۳ | ۳/۴ |
| ۲۰ | کرمان | ۷۷۲ | ۲/۸ |
| ۲۱ | کرمانشاه | ۹۶۲ | ۳/۵ |
| ۲۲ | کهگیلویه و بویراحمد | ۸۳۶ | ۳ |
| ۲۳ | گلستان | ۹۷۶ | ۳/۵ |
| ۲۴ | گیلان | ۹۳۰ | ۳/۳ |
| ۲۵ | لرستان | ۹۹۱ | ۳/۶ |
| ۲۶ | مازندران | ۷۳۶ | ۲/۶ |
| ۲۷ | مرکزی | ۹۲۱ | ۳/۳ |
| ۲۸ | هرمزگان | ۹۷۲ | ۳/۵ |
| ۲۹ | همدان | ۱۰۲۲ | ۳/۷ |
| ۳۰ | یزد | ۹۴۲ | ۳/۴ |
| جمع کل | | ۲۷۸۸۳ | ۱۰۰ |

پس از انجام دادن مقدمات فوق، پرسشگران با مراجعه به در منازل پرسشنامه‌ها را به شیوه مصاحبه چهره به چهره تکمیل کردند.

*تجزیه و تحلیل داده‌ها:* در مرحله بعد، یک فایل کامپیوتری جهت ورود داده‌ها درنرم‌افزار آماری SPSS طراحی شد. داده‌های جمع آوری شده با همکاری هفت کارشناس در نرم‌افزار آماری وارد گردید. داده‌ها پس از ورود از نظر جامعیت مورد بررسی قرار گرفت و کنترل شد. طبق تجزیه و تحلیل اولیه، ۲۷۸۸۳ نفر در کشور ایران در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال وارد مطالعه شدند. به منظور تحلیل داده‌ها از مجموعه‌ای از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی شامل فراوانی، میانگین، انحراف معیار، آزمون های آماری شامل آزمون t، کای دو، تحلیل واریانس و رگرسیون خطی و لجستیک استفاده گردید.

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه تلاش گردید روش و ابزار مناسبی برای بررسی ابعاد گوناگون سلامت طراحی گردد. بدین منظور با توجه به گستردگی ابعاد، اهداف و میزان منابع در دسترس برای اجرای مطالعه تصمیم گرفته شد از رویکردهای ذهنی و خود گزارشی به منظور تعیین سطح سلامت استفاده شود. اجرای این مطالعه به شناسایی حیطه‌های نیازمند مداخله به منظور ارتقای سلامت مردم کمک خواهد کرد و بستری جهت تدوین استانداردهای نیازسنجی و اولویت‌بندی پژوهش در مقوله سلامت فراهم می‌آورد. از سوی دیگر انجام دوره‌ای چنین مطالعاتی در شناسایی روند تغییرات ابعاد مختلف سلامت در جامعه و بررسی تأثیر سیاست‌های مختلف نظام سلامت کشور مؤثر خواهد بود. پژوهشگران این طرح امیدوارند که بتوانند با انجام این مطالعه و انتشار نتایج آن در تولید دانش بومی در این زمینه نقش مهمی داشته باشند.

## سهم نویسندگان

علی منتظری و افسون آیین پرست نویسندگان اصلی این مقاله‌اند.

سایر نویسندگان در طراحی اصل مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها مشارکت داشته و خواهند داشت.

یادآوری می‌نماید این مقاله فقط به روش شناسی مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است می‌پردازد.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

**جدول شماره ۲- توزیع نمونه‌های مورد بررسی در هر استان به تفکیک شهرستان‌های منتخب**

| کد استان | استان | شهرستان ۱ (تعداد) | شهرستان ۲ (تعداد) | شهرستان ۳ (تعداد) | جمع |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | آذربایجان شرقی | تبریز (۴۷۳) | مراغه (۲۵۰) | مرند (۲۳۸) | ۹۶۱ |
| ۲ | آذربایجان غربی | ارومیه (۶۲۱) | خوی (۱۹۷) | میاندوآب (۱۴۸) | ۹۶۶ |
| ۳ | اردبیل | اردبیل (۶۲۹) | خلخال (۱۰۹) | مشکین شهر (۳۸۱) | ۱۱۱۹ |
| ۴ | اصفهان | اصفهان (۴۹۶) | نجف آباد (۲۴۷) | دولت آباد (۲۳۹) | ۹۸۲ |
| ۵ | ایلام | ایلام (۴۵۵) | ایوان (۲۰۸) | دره شهر (۱۶۰) | ۸۲۳ |
| ۶ | بوشهر | بوشهر (۴۸۹) | گناوه (۲۴۱) | برازجان (۲۴۶) | ۹۷۶ |
| ۷ | تهران | تهران (۱۱۷۷) | - | - | ۱۱۷۷ |
| ۸ | چهارمحال و بختیاری | شهر کرد (۴۸۱) | بروجن (۲۷۳) | فارسان (۱۹۸) | ۹۵۲ |
| ۹ | خراسان جنوبی | بیرجند (۴۸۷) | نهنبدان (۲۴۰) | قائن (۲۴۳) | ۹۷۰ |
| ۱۰ | خراسان رضوی | مشهد (۶۱۰) | نیشابور (۱۳۴) | گناباد (۲۰۵) | ۹۴۹ |
| ۱۱ | خراسان شمالی | بجنورد (۴۶۵) | شیروان (۱۹۸) | اسفراین (۲۰۰) | ۸۶۳ |
| ۱۲ | خوزستان | اهواز (۵۲۸) | مسجد سلیمان (۲۴۵) | بهبهان (۲۴۰) | ۱۰۱۳ |
| ۱۳ | زنجان | زنجان (۴۹۱) | ابهر (۲۴۰) | قیدار (۲۴۲) | ۹۷۳ |
| ۱۴ | سمنان | سمنان (۴۵۸) | شاهرود (۴۰۴) | (۰) | ۸۶۲ |
| ۱۵ | سیستان و بلوچستان | زاهدان (۴۵۱) | زابل (۲۸۷) | چابهار (۱۳۵) | ۸۷۳ |
| ۱۶ | فارس | شیراز (۵۰۳) | کازرون (۱۹۴) | مرودشت (۱۲۲) | ۸۱۹ |
| ۱۷ | قزوین | قزوین (۴۸۵) | تاکستان (۲۸۶) | اقبالیه (۱۹۹) | ۹۷۰ |
| ۱۸ | قم | قم (۳۳۲) | کهک، سلفچکان (۲۱۶) | دستجرد (۸۴) | ۶۳۲ |
| ۱۹ | کردستان | سنندج (۴۸۳) | مریوان (۱۷۲) | سقز (۲۸۸) | ۹۴۳ |
| ۲۰ | کرمان | کرمان (۴۳۲) | جیرفت (۲۴۲) | کوهبنان (۹۸) | ۷۷۲ |
| ۲۱ | کرمانشاه | کرمانشاه (۷۱۷) | اسلام آباد (۱۴۷) | کنگاور (۹۸) | ۹۶۲ |
| ۲۲ | کهکیلویه و بویراحمد | یاسوج (۵۷۳) | دنا (۲۲۶) | دهدشت (۳۷) | ۸۳۶ |
| ۲۳ | گلستان | گرگان (۴۹۵) | کردکوی (۲۳۲) | علی آباد کتول (۲۴۹) | ۹۷۶ |
| ۲۴ | گیلان | رشت (۴۷۹) | انزلی (۲۶۴) | لنگرود (۱۸۷) | ۹۳۰ |
| ۲۵ | لرستان | خرم آباد (۵۰۴) | بروجرد (۲۹۹) | کوهدشت (۱۸۸) | ۹۹۱ |
| ۲۶ | مازندران | ساری (۲۹۲) | بابل (۱۷۶) | قائم شهر (۲۶۸) | ۷۳۶ |
| ۲۷ | مرکزی | اراک (۴۶۷) | ساوه (۲۷۲) | نیم ور (۱۸۲) | ۹۲۱ |
| ۲۸ | هرمزگان | بندر عباس (۴۹۲) | میناب (۲۳۶) | بندرلنگه (۲۴۴) | ۹۷۲ |
| ۲۹ | همدان | همدان (۵۷۱) | ملایر (۲۷۳) | نهاوند (۱۷۸) | ۱۰۲۲ |
| ۳۰ | یزد | یزد (۴۷۵) | میبد (۲۴۱) | اردکان (۲۲۶) | ۹۴۲ |
| جمع کل | | | | | ۲۷۷۸۳ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]

**تشکر و قدردانی**

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمائیم. جمع‌آوری داده‌های این مطالعه مرهون همکاری بی شائبه رؤسای واحدهای استانی جهاد دانشگاهی، معاونان فرهنگی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است. از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی در تأمین بخشی از هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

**منابع**

**1.** Boischio A, Sanchez A, Orosz Z, Charron D, Health and sustainable development: challenges and opportunities of ecosystem approaches in the prevention and control of dengue and Chagas disease. Cadernos de Saude Publica: Reports in Public Health 2009, 25: 149-54

**2.** Health and Disease Project. 1st Edition, Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Tehran: Iran, 2000

**3.** Methodology report for the 2006/07 New Zealand health survey, Ministry of Health, Wellington, 2008

**4.** National health survey: summary of results, Australian Bureau of Statistics, http://www.abs.gov.au Canberra, 2006. Retrieved at 2010.10.31 from

**5.** About the national health interview survey, Center for Disease Control and Prevention, United states, 2009. Retrieved at 2010.10.31 from http://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm

**6.** Health survey for England, Office of National Statistics, England, 2009. Retrieved at 2010.10.31 from http://www.statistics.gov.uk/ssd/surveys/health_survey_england.asp

**7.** Ai Vee LC, National health survey 2010, Statistics Singapore newsletter; March 2010: 25-27

**8.** Kamiya U, Whelan B, Timonen V, Keny RA. The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors. BMC Geriatrics 2010, 10: 81-90

**9.** Lang T, Delpierre C, How are you? What do you mean? European Journal of Public Health 2010, 19: 353

**10.** Sen A. Health: perception versus observation. British Medical Journal 2002; 324: 860-61

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.1.0 ]