ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود برحسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی: یک مطالعه جمعیتی

دکتر آزیتا گشتاسبی:* استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر علی منتظری: دانشیار پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مریم‌سادات وحدانی نیا: کارشناس، گروه بهداشت خانواده، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر عباس رحیمی فروشانی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر کاظم محمد: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال دوم شماره سوم تابستان ۱۳۸۲ صص ۱۸۹-۱۸۳
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۲/۲/۲

چکیده

نابرابری بهداشتی همواره در بهداشت عمومی مقوله‌ای مطرح و مورد توجه بوده و در این زمینه تاکنون مطالعات متعددی انجام شده است. براساس نتایج مطالعات عوامل اقتصادی- اجتماعی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نابرابری‌های بهداشتی در جوامع هستند. مطالعه حاضر بر آن است تا به بررسی ارتباط بین جنس، تحصیلات و منطقه محل سکونت با میزان سلامت در جمعیت بالاتر از ۱۵ سال شهر تهران بپردازد. مطالعه از نوع مقطعی بوده و نمونه حاضر که شامل ۴۱۶۳ نفر از افراد بالای ۱۵ سال ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بود به روش خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده است. میزان سلامت با استفاده از پرسشنامه استاندارد Short Form 36(SF-36) و سایر اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیتی در مصاحبه حضوری افراد سنین بالاتر از ۱۵ سال جمع آوری شد.

میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۳۵/۱ (SD=۱۶) و میانگین سال‌های تحصیل رسمی ۱۰ (SD=۴/۵) به‌دست آمد. بر اساس نتایج مطالعه بانوان به‌طور کلی سطح سلامت خود را نسبت به مردان به میزان پایین‌تری برآورد کردند (P<۰/۰۰۱، χ^2=۶۰). همچنین بین سطح تحصیلات و منطقه محل سکونت در برآورد از سطح سلامتی نمونه مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری به‌دست آمد (P<۰/۰۰۱). به این مفهوم که افراد در سطوح بالاتر تحصیلی نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی سطح بالاتری از سلامتی راگزارش کرده‌اند. سکونت در مناطق مختلف جغرافیایی شهر تهران نیز بر ارزیابی افراد از سطح سلامتشان اثر گذار بوده است (P<۰/۰۰۱).

به‌طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده آن است که ارزیابی سطح سلامتی در جمعیت به میزان زیادی تحت تأثیر عوامل جمعیتی و اقتصادی- اجتماعی قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: سطح سلامتی، بهداشت عمومی، مطالعه جمعیتی، ایران

*نویسنده اصلی: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن: ۶۴۸۰۸۰۴، ۸-۶۹۵۱۸۷۶ نمابر: ۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: agoshtasebi@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]

مقدمه

نابرابری بهداشتی واژه‌ای شناخته شده در بهداشت عمومی است. علی‌رغم ارتقای سطح سلامت و بهبود کلی شاخص‌های بهداشتی- درمانی جامعه و حتی کوچکتر شدن اندازه گروه‌های محروم، نابرابری بهداشتی در طی دهه‌های گذشته در سطوح ملی و بین المللی افزایش یافته است[۳-۱].

مطالعات نابرابری بهداشتی همگی نشان دهنده تأثیر موقعیت اقتصادی- اجتماعی بر روی سلامتی هستند[۷-۴]. این ارتباط در همه جوامع حتی غنی‌ترین آنها و همه طبقات اجتماعی مشاهده می‌شود[۸].

گروه‌های محروم از نظر اقتصادی- اجتماعی به صورت واضح میزان‌های مرگ و میر بیشتری دارند، به احتمال بیشتر دارای رفتارهای پر خطر هستند و سلامت روانی و تعامل اجتماعی کمتری را نیز تجربه می‌کنند[۳، ۴، ۵ و ۹]. افزون بر این تعلق به یک طبقه اجتماعی خاص در استفاده از خدمات بهداشتی- درمانی مؤثر است. مردم با تحصیلات بیشتر شانس بیشتری برای مشاوره با متخصص، دندانپزشک یا فیزیوتراپیست دارند و احتمالاً بیشتر در بیمارستان بستری می‌شوند[۱۲-۱۰]. محل سکونت افراد نیز بر تفاوت‌های مشاهده شده در سلامت آنها مؤثر است[۱۵-۱۳].

اندازه نابرابری بهداشتی برای مردان، نسبتاً بزرگ و برای زنان کوچکتر است[۱۴-۱۲]. همچنین اندازه نابرابری در کشورهای مختلف فرق می‌کند، اما حتی کشورهای با رفاه دموکراتیک مانند کشورهای اسکاندیناوی هم نتوانسته‌اند آن را از بین ببرند[۱۷ و ۱۸].

به‌رغم اثبات ارتباط سلامتی و بیولوژی با عوامل اقتصادی- اجتماعی، مکانیزم این ارتباط به‌خوبی روشن نیست [۸، ۹، ۱۹ و ۲۰] و نظریات مختلفی نیز در این مورد ارایه شده است[۳ و ۲۱].

با دقت در سطور فوق به‌خوبی روشن است که مطالعات نابرابری بهداشتی تا به‌حال روی اندازه‌های ابتلا و مرگ و میر تمرکز داشته‌اند[۲۴-۲۲]، اما مطالعات جدید شاخص‌های دیگری نظیر امید به زندگی و ارزیابی افراد از سلامتی خود را ملاک بررسی نابرابری بهداشتی قرار داده‌اند[۵، ۱۱، ۱۶، ۲۳ و ۲۵].

پرسشنامه‌های وضعیت سلامتی (Health Status) که نظر فرد را در مورد سلامتی خود می‌سنجند و به‌طور گسترده‌ای در کارآزمایی‌های بالینی و پایش سلامتی به‌کار می‌روند[۲۸-۲۶] نیز در این زمینه استفاده شده‌اند[۱۳، ۲۹ و ۳۰].

تحقیق حاضر با هدف بررسی نابرابری بهداشتی در شهر تهران انجام شده است و شاید اولین مطالعه در این زمینه در ایران باشد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بوده و به روش مقطعی انجام شد. داده‌های مقاله حاضر بخش کوچکی از اطلاعات یک مطالعه بزرگ بررسی کیفیت زندگی در جمعیت عمومی شهر تهران است و با هدف بررسی ارتباط میان طبقه اجتماعی و سلامتی افراد انجام شده است. یک نمونه تصادفی ۴۱۶۳ نفری از افراد سالم بالای ۱۵ سال ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران از طریق نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده و داده‌های آنها از طریق یک پرسشنامه خودساخته برای متغیرهای مستقل به روش مصاحبه حضوری جمع آوری گردید. طبقه اجتماعی افراد نیز به‌وسیله میزان تحصیلات و منطقه محل سکونت بررسی شد.

وضعیت سلامتی با استفاده از پرسش اول پرسشنامه (Short form 36 item-SF-36) که به صورت یک سؤال نظر مصاحبه‌شونده را در مورد سلامتی وی می‌پرسد و دارای ۵ گزینه از عالی تا بد است اندازه گیری شد.

همچنین متغیر تحصیلات توسط یک سؤال خام به‌صورت تعداد سال‌های تحصیلی بررسی و در سه گروه: ۱- بیسواد و ابتدایی (۵-۰ سال تحصیلی)، ۲- سواد متوسطه (۱۲-۶ سال تحصیلی) و ۳- تحصیلات عالی (بیشتر از ۱۲سال تحصیلی) طبقه‌بندی شد. متغیر محل سکونت فرد نیز در یکی از مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران تعیین شد و این مناطق از نظر نزدیکی جغرافیایی و شباهت فرهنگی و نیز برای سهولت در مقایسه یافته‌ها در چهار گروه: شمال، مناطق: ۱تا۳، غرب، مناطق: ۵، ۶، ۹، ۱۰،۱۱، ۲۱ و ۲۲، شرق، مناطق: ۴، ۸، ۱۳ و ۱۴) و جنوب، مناطق: ۱۵ تا ۲۰ تقسیم شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه نرم افزاری SPSS استفاده گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. ۵۲ درصد مصاحبه شوندگان زن و اکثریت آنها (۵۸ درصد) متأهل بودند. میانگین سن مصاحبه شوندگان ۳۵ سال (SD = ۱۶) و ۷۵ درصد آنها ۴۶ ساله و کمتر بودند.

میانگین سال‌های تحصیلات برای جمعیت مطالعه شده نیز ۱۰ سال (SD = ۴/۵) بود و تقریباً ۲۵ درصد افراد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ضمن آن که میانگین سال‌های تحصیل در زنان کمتر از مردان بود (P<۰/۰۰۰۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۴۱۶۳)

	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)		
۱۵-۲۴	۱۴۲۰	۳۴
۲۵-۴۴	۱۶۱۴	۳۹
۴۵-۶۴	۸۸۲	۲۱
بالاتر از ۶۵	۲۴۷	۶
وضعیت اشتغال		
بی‌کار	۴۰۷	۱۰
خانه دار	۱۲۲۵	۳۰
محصل- دانشجو	۸۰۱	۱۹
شاغل	۱۴۸۲	۳۵
بازنشسته	۲۴۸	۶
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۶۰۱	۴۱
متاهل	۲۴۰۵	۵۸
مطلقه	۱۵۷	۴
تحصیلات (سال)		
۰-۵	۷۵۵	۱۸
۶-۱۲	۲۵۹۵	۶۲
<۱۲	۸۱۲	۲۰
منطقه محل سکونت		
شمال	۶۹۶	۱۷
جنوب	۱۳۷۹	۳۳
شرق	۱۰۹۱	۲۶
غرب	۹۹۷	۲۴
وضعیت سلامتی		
عالی	۶۰۳	۱۴
بسیار خوب	۸۴۷	۲۰
خوب	۱۴۰۵	۳۴
متوسط	۱۱۱۹	۲۷
بد	۱۸۹	۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]

اکثـریت افـراد مطالعـه شـده سلامتی خود را خوب گزارش کرده‌اند (۳۳/۷ درصد) در حالی که زنان در کل سلامتی خود را بدتر از مردان گزارش نموده‌اند(P<0/001) (جدول شماره ۲).

جـدول شـماره ۳ وضـعیت سلامتی افراد مطالعه شده را به تفکیک میزان تحصیلات نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌شود ارزیابی افراد از سلامتی خود با افزایش سطح تحصیلات بهتـر شـده اسـت (P<۰/۰۰۱). در هـر دو جـنس افـراد دارای تحـصیلات عالـی، سـلامتی خـود را بهتـر از افـراد با تحصیلات متوسـطه و افـراد بـا تحـصیلات متوسـطه نیـز بهتـر از افراد با تحـصیلات ابتدایـی یا بی‌سواد گزارش کرده‌اند. اکثریت افراد در هـر دو جـنس سلامتی خود را خوب گزارش کرده‌اند. همچنین بـا افـزایش سـطح تحـصیلات تعداد افرادی که سلامتی خود را عالی و خوب گزارش کرده‌اند بیشتر و تعداد افرادی که سلامتی خود را متوسط گزارش کرده‌اند کمتر شده است.

جـدول شـماره ۴ وضعیت سلامتی افراد را بر حسب منطقه محـل سـکونت نـشان مـی‌دهد. زندگی در مناطق مختلف شهر تهـران در ارزیابـی افـراد از سلامتی‌شان مؤثر بود (P<۰/۰۰۱). اگـر چـه ایـن ارتباط خطی نبود اما اختلاف بین گروه‌ها از نظر آمـاری معنی‌دار بود. همچنین هر چه از شمال به سمت مناطق جنوبـی مـی‌رویم تعداد افرادی که سلامتی خود را بد و یا عالی گزارش کرده‌اند بیشتر شده است.

جدول شماره ۲- فراوانی افراد مطالعه شده بر حسب وضعیت سلامتی و به تفکیک جنس (n=۴۱۶۳)

	زن (n=۲۱۶۶)		مرد (n=۱۹۹۷)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عالی	۲۵۳	۱۱	۳۵۰	۱۷
بسیار خوب	۳۹۴	۱۸	۴۵۳	۲۳
خوب	۷۵۰	۳۵	۶۵۵	۳۳
متوسط	۶۶۳	۳۱	۴۵۶	۲۳
بد	۱۰۶	۵	۸۳	۴

جدول شماره ۳- فراوانی افراد مطالعه شده بر حسب وضعیت سلامتی و به تفکیک میزان تحصیلات (n=۴۱۶۳)

	۰-۵ سال		۶-۱۲ سال		>۱۲	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عالی	۴۴	۶	۴۴۰	۱۷	۱۱۹	۱۵
بسیار خوب	۴۵	۶	۵۷۵	۲۲	۲۲۷	۲۸
خوب	۲۴۶	۳۲	۸۶۱	۳۳	۲۹۸	۳۷
متوسط	۳۲۴	۴۳	۶۴۴	۲۵	۱۵۱	۱۸
بد	۹۶۲	۱۳	۷۶	۳	۱۷	۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]

جدول شماره ۴- فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت سلامتی به تفکیک منطقه محل سکونت (n=۴۱۶۳)

	شمال		جنوب		شرق		غرب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عالی	۸۳	۱۲	۲۴۹	۱۸	۱۲۹	۱۲	۱۴۲	۱۴
بسیار خوب	۱۴۹	۲۱	۳۰۹	۲۳	۲۰۳	۱۹	۱۸۶	۱۹
خوب	۲۴۰	۳۴	۴۱۶	۳۰	۳۸۶	۳۵	۳۶۳	۳۶
متوسط	۲۰۶	۳۰	۳۳۳	۲۴	۳۲۰	۲۹	۲۶۰	۲۶
بد	۱۸	۳	۷۲	۵	۵۳	۵	۴۶	۵

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در مجموع، اکثریت افراد (۳۳/۷ درصد) سلامتی خود را در حد خوب ارزیابی کرده‌اند. در حالی که از گروه مورد مطالعه تنها ۱۴/۵ درصد سلامتی خود را عالی گزارش نموده‌اند که بیشتر آنها در گروه‌های سنی جوان قرار دارند و بدیهی است که با افزایش سن علاوه بر مشکلات جسمی ناشی از سن، فشار های روانی- اجتماعی و اقتصادی هم تأثیر سوء خود را بر سلامتی بروز می‌دهند.

این مطالعه از دو ملاک تحصیلات و منطقه محل سکونت به‌عنوان شاخص‌های وضعیت اقتصادی- اجتماعی استفاده کرده است. هر چه سطح تحصیلات بالاتر می‌رود ارزیابی افراد از سلامتی خود بهتر می‌شود و این با یافته‌های سایر مطالعات کاملاً منطبق است[۱۰-۸، ۱۱ و ۱۲]. یعنی سطوح پایین اقتصادی- اجتماعی با وضعیت پایین‌تر سلامتی مرتبط است. اگر چه هیچ آستانه‌ای برای حفظ فرد از مشکلات مربوط به سلامتی وجود ندارد، اما ارتباط بین سلامتی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی یک ارتباط خطی است. همچنین نابرابری مشاهده شده در سطح سلامتی برای مردان (بر حسب طبقات اقتصادی- اجتماعی) بزرگتر از زنان است علی‌رغم این که وضعیت سلامتی زنان بدتر از مردان است.

از طرفی مقایسه وضعیت سلامتی در مناطق مختلف تهران یک ارتباط خطی را نشان نمی‌دهد. متأسفانه هیچ گزارشی در مورد میزان‌های ابتلا و مرگ و میر در سازمان‌های وابسته به نظام بهداشتی کشور به‌دست نیامد تا امکان مقایسه با داده‌های مطالعه حاضر فراهم شود و مشخص گردد که آیا گزارش افراد از سلامتی خود با میزان‌های ابتلا و مرگ و میر نیز تطابق دارد یا خیر؟

اکثریت افراد در همه مناطق و در هر دو جنس سلامتی خود را در حد خوب گزارش کرده‌اند و متغیر از عالی به بعد یک روند خطی را در مناطق مختلف تهران نداشت. برخلاف انتظار ساکنین مناطق جنوبی شهر تهران که از پرجمعیت ترین و فقیرترین مناطق شهر هستند، احساس سلامتی بهتری را نسبت به ساکنین سایر مناطق گزارش کردند. علت این مشاهده می‌تواند به عوامل دیگر مؤثر بر سلامتی مانند ساختار خانواده و تأثیر زندگی خانوادگی[۳۱] و نیز عوامل روانی و اجتماعی در ارزیابی افراد از سلامتی خود مربوط باشد[۴ و ۲۱].

نکته دیگری که در یافته‌های این مطالعه مشاهده می‌شود پایین‌تر بودن سطح سلامت زنان نسبت به مردان است و این یافته در سطوح مختلف تحصیلات و مناطق مختلف سکونت افراد همچنان پابرجاست، اگر چه اندازه نابرابری بهداشتی برای مردان بزرگتر از زنان است. یعنی تفاوت بین طبقات مختلف اجتماعی از نظر وضعیت سلامتی برای مردان بیشتر از زنان است. شاید به این دلیل که طبقه اقتصادی- اجتماعی زنان فقط به‌وسیله عوامل شخصی آنها مثل تحصیلات یا شغل مشخص نمی‌شود و تحت تأثیر عوامل مربوط به همسر یا خانواده وی نیز قرار می‌گیرد[۱۱]. اما این که چرا زنان در کل سلامتی خود را بدتر از مردان گزارش کرده‌اند بیانگر وجود نابرابری بهداشتی جنسیتی بوده و نیازمند بررسی جامع‌تری است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]

از طرف دیگر نتایج مطالعه حاضر مؤید مطالعات سایر نقاط دنیاست[۱۲ و ۲۷]. یعنی زندگی در طبقات مختلف اقتصادی- اجتماعی بر روی سلامتی افراد موثر است. از آنجا که رسالت اصلی بهداشت و درمان بهبود سلامتی در همه جمعیت است و بهبود سلامتی گروه‌های محروم حداقل از نظر تئوریک می‌تواند منافع بهداشتی بزرگی را برای جامعه و دولت بیافریند، بنابراین توجه به سلامت این گروه‌ها، ساخت شاخص‌های مناسب برای بررسی وضعیت سلامت در طبقات مختلف اجتماعی و تغییرات آن در طی زمان و نیز توجه به سایر عواملی که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم روی سلامتی گروه‌های محروم جامعه اثر می‌گذارند را می‌توان نیازهای رو به رشد بخش سلامت دانست و تمرکز روی کاهش نابرابری در سلامت به‌وسیله بهینه سازی شاخص‌های زیر بنایی سلامت توصیه می‌شود. این مطالعه برای اولین بار در ایران از محل سکونت افراد به‌عنوان ملاک طبقه بندی اقتصادی- اجتماعی برای بررسی نابرابری در سلامت استفاده کرده است که یک شاخص جدید در ادبیات نابرابری بهداشتی محسوب می‌شود. اما برای کاربرد وسیع‌تر آن در مطالعات آتی شاید ضروری باشد نحوه استفاده از محل سکونت (مثلاً تقسیم بندی محل سکونت افراد، سطح زیر بنای مسکن و ...) به‌عنوان شاخص نابرابری بهداشتی تغییر کند. در این مطالعه از متغیر شغل به‌عنوان یک شاخص وضعیت اقتصادی- اجتماعی استفاده نشد، چرا که هیچ اطلاعاتی که بتواند به‌درستی و به‌طور علمی مشاغل موجود را رتبه بندی کند در دسترس نبود و لذا همکاری صاحب‌نظران علوم اجتماعی و بهداشتی برای تدوین چنین شاخص‌هایی توصیه می‌شود.

در انتها نگارندگان امیدوارند تحقیقاتی از این دست بتواند سیاستگذاران و متولیان امر سلامت را بر اهمیت محرومیت مادی و اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت واقف سازد و راهبردهای ملی برای ارتقای سلامت با عنایت به این امر تدوین شوند.

منابع

1- Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. Inequalities in mortality in the Italian longitudinal studies. Epidemiology & Prevention 1999; 23:141-152

2- Anitun C, Esnaola S. Changes in social inequalities in health in the Basque country. Journal of Epidemiology & Community Health 2000; 54: 437-43

3- Fein O. The influence of social class on health status: American and British research on health inequalities. Journal of General Internal Medicine 1995; 10: 577-586

4- Geyor S, Peter R. Income, occupational, qualification and health inequalities: competing risks? (comparing indicators of social health). Journal of Epidemiology and Public Health 2000; 54: 299-305

5- Marmot M. Social determinants of health: from observation to policy. Medical Journal of Australia 2000; 172: 379-382

6- Eachus J, Chan P, Pearson N, Propper C, Davey SG. An additional dimension to health inequalities: disease severity and socioeconomic position. Journal of Epidemiology and Community Health 1999; 53: 603-11

7- Power C, Mattew S. Origins of health inequalities in national population sample. Lancet 1997; 350: 1584-1589

8- Charton BG, White M. Living on the margin: a salutogenic model for socioeconomic differentials in health. Public Health 1995; 109: 235-43

9- Turreu G, Mathers S. Socioeconomic status and health in Australia. Medical Journal of Australia 2000; 172:434-438

10- Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, van den heuvel WJ. Socioeconomic inequality in health care: a study of services utilization in curacao. Social Sciences and Medicine 1997; 45: 213-220

11- Rahkonen O, Arber S, Labelma E. Health inequalities in early adulthood: a comparison of young men and women in Britain and Finland. Social Sciences and Medicine 1995; 41: 163-171

12- Lahelma E, Manderbacka K, Rahkonen O, Karisto A. Comparisons of inequalities in health: evidence from national surveys in Finland, Norwey and Sweden. Social Sciences and Medicine 1994; 38: 517-527

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]

13- Bowling A, Bond M, Jenkinson C, Lamping OL. Short from 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the omnibus survey in Britain, the health survey for England and the Oxford healthy life survey. Journal of Public Health Medicine 1999; 21: 255-270

14- Cattell V. Poor people, Poor places and poor health: the mediating role of social networks and social capital. Social Sciences and Medicine 2001; 52: 1501-1516

15- Caughy MO, O,campo PJ, Paterson J. A brief observational measure for orban neighborhood. Health and place 2001; 7: 225-36

16- Matthews S, Manor O, Power C. Social inequalities in health. are there gender differences? Social Sciences and Medicine 1999; 48: 49-60

17- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, et al. Differences in self reported Morbidity by educational level: A comparison of 11 western European countries. Journal of Epidemilogy and Public Health 1998; 52: 219-227

18- Dahl E, Brikelund GE. Health inequalities in later life in a social demographic welfare state. Social Sciences and Medicine 1997; 44: 871-881

19- Bronner E. Stress and the biology of inequality. British Medical Journal 1997; 314: 1472-76

20- Dixon JM, Douglas RM, Eckersley RM. Making a difference to socioeconomic determinants of health in Australia: a research and development strategy. Medical Journal of Australia 2000; 172: 541-44

21- Lynch JW, Koplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. Social Sciences and Medicine 1997; 44: 809-819

22- Mackenbach JP. Socioeconomic health differences in the Netherlands: a review of recent epirical finding. Social Sciences and Medicine 1992; 34: 213-26

23- Sihvonen AP, Kunst AE, Laholma E, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980 s. Social Sciences and Medicine 1998; 47: 303-313

24- Judge K, Benzeval M. Health inequalities: new concerns about the children of single mothers. British Medical Journal 1993; 306: 677-80

25- Power C, Matthew S, Manor O. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort life time social circumstances or social morbidity? British Medical Journal 1996; 313: 449-53

26- Ziebland S. The Short form 36 Health state questionnaire: clues from the oxford regions normative data about its usefulness in measuring health gain in population surveys. Journal of Epidemiology and Community Health 1995; 49: 102-105

27- Read PJ, Moore DD. SF 36 as a prediction of health status. Value in Health 2000; 3: 202-207

28- Li l, Wang HM, Shen Y. Chinese SF 36 Health survey: Translation, cultural adaptation, validation and normalization. Journal of Epidemilogy and Community Health 2003; 57: 259-263

29- Thumboo J, Fong KY, Machin D, Chan SP, Soh CH, Leong KH, et al. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socioeconomic status. Social Sciences and Medicine 2003; 56: 1761-1772

30- Brazier J, Roberts J, Devevill M. The estimation of a preferenc based measure of health from the SF36. Journal of Health Economics 2002; 21: 271-292

31- Sweeting H, West P. Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate. Social Sciences & Medicine 1995; 40: 163-75

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.3.6]