

تبیین سلامت خودابراز از دیدگاه مردم ایران: یک مطالعه کیفی

فاطمه صالحی^۱، سحرناز نجات^{۲*}، زهرا چراغی^۳، لیلا حقجو^۴

۱. مرکز مطالعه آینده‌نگر دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران

۲. دانشکده بهداشت، مرکز بهره برداری از نتایج پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران

۴. مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲

سال شانزدهم، شماره سوم، خرداد - تیر ۱۳۹۶ صص ۲۸۱-۲۹۲

نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۶ فروردین ۹۶]

چکیده

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

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

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

بحث و نتیجه‌گیری: ایرانیان نیز در زمان ارزیابی سلامت بیشتر به سلامت جسمانی می‌اندیشند. آنان سلامت جسمانی خود را با وضعیت ایده‌آل سلامتی در همسالان و نیز در مقایسه با سلامت خودشان در گذشته ارزیابی می‌نمایند. به هر حال به نظر می‌رسد تأثیری که عوامل غیر مستقیم مانند محیط، اقتصاد و روابط اجتماعی می‌گذارد نیز از طریق سلامت روان آنان در ارزیابی سلامتشان مؤثر است.

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

کد اخلاق: IR.TUMS.REC.1395.2869

* نویسنده پاسخگو: تهران، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تلفن: ۸۸۹۹۲۹۶۹

E-mail: nejatsan@tums.ac.ir

مقدمه

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

مواد و روش کار

مطالعه حاضر به صورت تحلیل محتوا قراردادی (Conventional content analysis) انجام شد [۱۳]. روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته طی سه ماهه دوم سال ۱۳۹۴ بود. نمونه‌گیری با در نظر گرفتن متغیرهای مورد نظر برای حداکثر تنوع:

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

سلامت عنوان کردند، به طوری که یکی از شرکت کنندگان این طور گفت: "سلامتی در درجه اول یعنی اینکه تن آدم سالم باشه."

۲- **ابتلا/عدم ابتلاء به بیماری های سخت و صعب العلاج:** همچنین برخی از افراد مورد مصاحبه، نداشتن بیماری های صعب العلاج را یک عامل تعیین کننده در سلامت خود می دانستند. یکی از شرکت کنندگان این طور گفت: "سلامتی ام خوبه، چون دچار بیماری های صعب العلاجی مثل سرطان نیستم."

۳- **توانایی انجام کارهای روزمره:** برخی از افراد مورد مصاحبه، استقلال و آستانه انرژی افراد در انجام کارهای روزمره را به عنوان سلامتی مطرح می کردند، به طوری که خانم ۳۹ ساله ای گفت: "آدم وقتی سالم و سرحال است، که کارهایی که از خودش انتظار داره را بتواند انجام دهد." یا دیگری این طور گفت: "سلامتی ام در حد متوسط است، چون زودتر از معمول خسته میشم و انرژی کافی برای انجام کارهایم ندارم."

۴- **تحرك/ورزش:** داشتن تحرك بدنی و تمرینات ورزشی منظم به طور روزانه و هفتگی، توسط برخی از شرکت کنندگان به عنوان عامل مؤثر در ارزیابی سلامتشان اشاره شده بود، به طوری که افراد دارای تحرك بدنی، خود را سالم تر از افراد بدون تحرك می پنداشتند.

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

۶- **اختلالات خواب:** بی نظمی و ناهنجاری های خواب، از دیگر عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامت از دیدگاه برخی از شرکت کنندگان بود.

- زیرطبقه عوامل روانی:

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

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

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

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان $39/69 \pm 11/89$ سال بود. $56/16\%$ (۴۱ نفر) از شرکت کنندگان را زنان تشکیل می دادند. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان به تفصیل در جدول شماره یک آمده است. در مجموع از بین کدهای اولیه استخراج شده عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامت از دیدگاه مصاحبه شوندهگان توسط سه مصاحبه گر، کدهای مشابه جمع بندی و ترکیب شدند و در نهایت ۳۹ کد به دست آمد و در سه طبقه شامل عوامل مستقیم و غیر مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامت و معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت جای گرفتند. از نظر افراد مورد مصاحبه در این مطالعه، عوامل جسمانی و در درجه بعدی عوامل روانی، مهمترین عوامل تأثیرگذار بر ارزیابی سلامتشان بوده اند. طبقه عوامل مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی، شامل دو زیر طبقه عوامل جسمانی و روانی بود. طبقه عوامل غیرمستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی، شامل سه زیر طبقه عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بود. طبقه معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت شامل سه زیر طبقه مقایسه با وضعیت قبل خود از نظر جسمانی و روانی، مقایسه با وضعیت ایده آل از نظر جسمانی و روانی و مقایسه با همسالان از نظر جسمانی بود (نمودار شماره ۱ و جدول شماره ۲، ۳، ۴).

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

زیر طبقه عوامل جسمانی:

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

۱- **تندرستی و جسم سالم:** اکثریت شرکت کنندگان در قدم اول، سالم بودن همه اندام های بدن را مهم ترین عامل مؤثر بر ارزیابی

دانشگاه روی روان فرد تأثیر دارد و روان فرد هم روی جسم او تأثیر می‌گذارد." فرد دیگری که زنی ۵۰ ساله بود، در رابطه با تأثیر روابط اجتماعی بر سلامتی گفت: "من وقتی با آدم‌ها حرف می‌زنم، سبک‌تر می‌شوم و احساس راحتی روح و روان دارم. هر چقدر آدم، رفت و آمدش با دیگران زیاد باشد، روح و روانش سالم می‌ماند." « همچنین خانم ۲۵ ساله‌ای در رابطه با اهمیت روابط اجتماعی گفت: «مسایلی در زندگی وجود دارند که به تنهایی نمی‌توانید آن‌ها را به دست بیارید، احساس‌هایی مثل حس دوست داشتن و دوست داشته شدن، حس کمک کردن، که همه‌ی این‌ها در ارتباط با دیگران به دست می‌آید و روی سلامت روان فرد موثر است."

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- زیرطبقه عوامل اجتماعی:

این زیرطبقه شامل ۶ کد بود. ارتباطات اجتماعی، طبقه اجتماعی، فقر اطلاعاتی، اعتماد، حمایت‌های اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی

۱- **ارتباطات اجتماعی:** بیشترین عامل تأثیرگذار بر سلامتی از عوامل اجتماعی که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند، عامل روابط اجتماعی بود. یکی از شرکت‌کنندگان که خانمی ۲۸ ساله بود، این‌طور گفت: "نداشتن روابط اجتماعی در محیط‌های شغل و

جامعه در تضاد نباشد، بر سلامت روان مؤثر هستند. به‌طور مثال یکی از افراد مورد مصاحبه که خانم ۲۶ ساله و از اهل تسنن بود، می‌گوید: "خیلی وقت‌ها نوع احترامی که مردم جامعه به ارزش‌های تو می‌گذارند و اینکه بستر ارزش‌های جامعه با تو فرق میکنه تا مدت‌ها روی روانم اثر می‌گذاره."

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

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

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

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

طبقه معیار مقایسه برای ارزیابی سلامت:

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

خانواده/م اعتماد داشته باشم و با آن‌ها رفت و آمد دارم. همین باعث میشه یک جورهایی منزوی شوم."

- زیرطبقه عوامل اقتصادی:

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

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

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

- زیرطبقه عوامل محیطی:

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

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

۲- بستر فرهنگی-اجتماعی: بعضی از افراد مورد مصاحبه بیان می‌کردند که میزان تطابقی که بستر فرهنگی و ارزش‌های موجود در جامعه با ارزش‌های فرد دارد و اینکه ارزش‌های فرد با ارزش‌های

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

زیرطبقه مقایسه با همسالان و اطرافیان از نظر جسمانی: برخی از شرکت کنندگان نیز خود را با همسالان خود از نظر جسمانی مورد مقایسه قرار داده بودند. خانم ۳۱ ساله‌ای در این رابطه گفت: "در مقایسه با همسن و سالانم خیلی زود خسته میشم، توان آن‌ها را ندارم." همچنین شرکت کننده دیگری گفت: "سلامتی من در حد متوسط است، چون خیلی از مشکلات استخوانی که من دارم، بقیه ندارند."

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

زیرطبقه مقایسه با ایده‌آل از نظر جسمانی و روانی:

از دیدگاه برخی از افراد مورد مصاحبه، معیار ایده‌آلی برای عوامل

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان (n=۷۳)

طبقه	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۴۱
	مرد	۳۲
قومیت	فارس	۲۶
	ترک	۱۹
	لر	۱۹
	کرد	۶
	سایر اقوام	۳
شغل	کارمند	۲۱
	مشاغل پزشکی/پیراپزشکی	۴
	خانه‌دار	۸
	دانشجو	۱۷
	هیئت علمی	۲
	معلم/دبیر	۵
	آزاد	۳
	بازنشسته	۶
	سرباز	۱
	بیکار	۲
تحصیلات	کارگر	۳
	راننده	۱
	بیسواد	۲
	ابتدایی/اوهنمایی	۷
	دبیرستان/دیپلم	۱۱
وضعیت اجتماعی	دانشگاهی	۵۳
	خیلی خوب	۸
	خوب	۳۵
	متوسط	۲۸
	بد	۲
خودابراز	خیلی بد	۰
	بد	۲

جدول ۲: عوامل مستقیم تأثیرگذار بر سلامت خودابراز

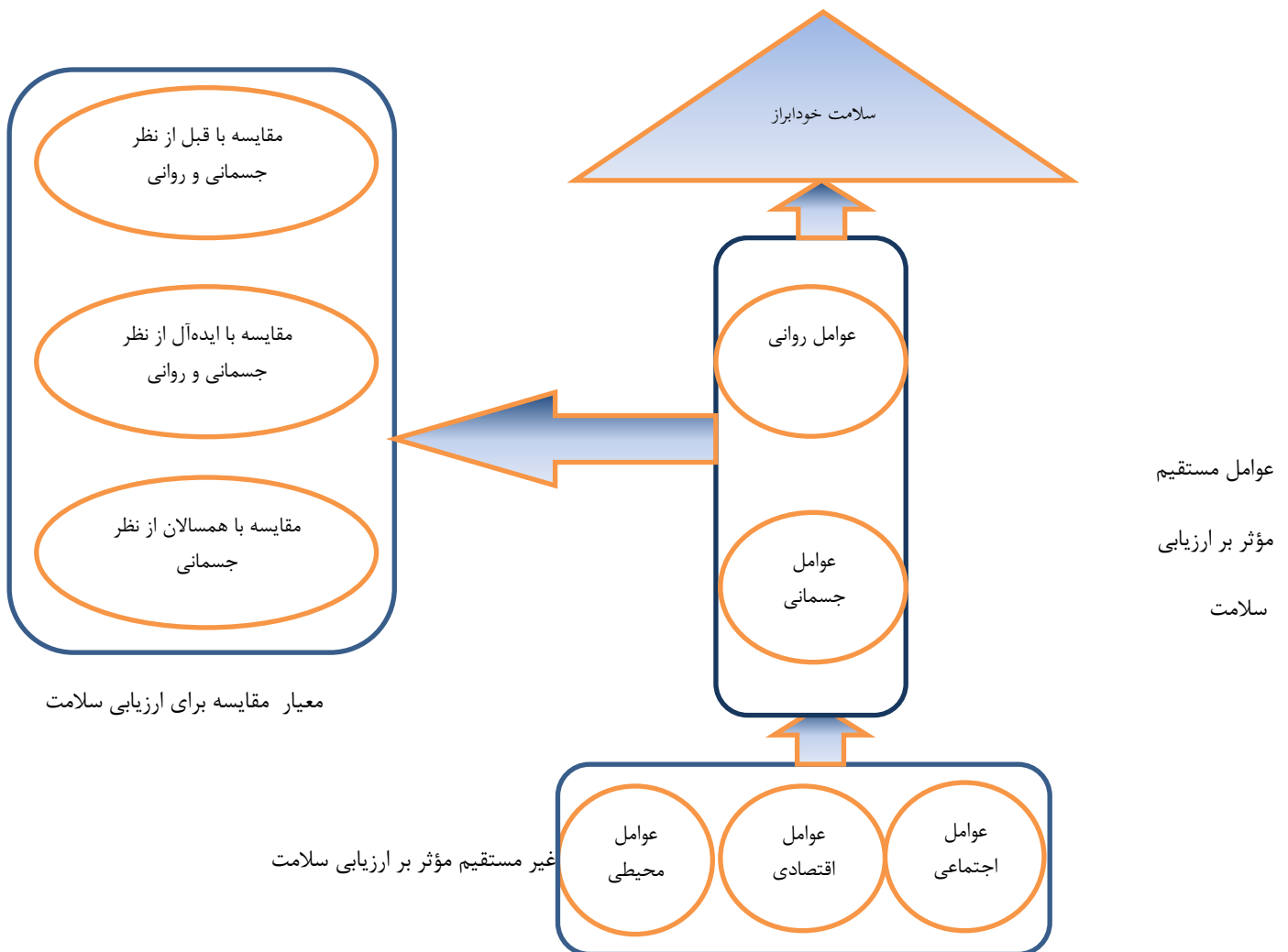
زیر طبقه	کدها
عوامل جسمانی	تندرستی، ابتلا/عدم ابتلا به بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج، توانایی انجام کارهای روزانه، تحرک/ورزش، نیاز/عدم نیاز مراجعه به پزشک و مصرف دارو، چاقی، معلولیت جسمی، اختلالات خواب، داشتن / نداشتن ژنتیک نرمال، سن
عوامل روانی	شادابی و نشاط، احساسات مثبت، احساس پیشرفت در کارها، زودرنجی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

جدول ۳: عوامل غیر مستقیم تأثیرگذار بر سلامت خودابراز

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

جدول ۴: معیارهای مقایسه خودارزیابی سلامت

زیر طبقه	معیار مقایسه خودارزیابی سلامت
مقایسه با وضعیت قبل از نظر جسمانی و روانی	
مقایسه با وضعیت ایده‌آل از نظر جسمانی و روانی	
مقایسه با همسالان از نظر جسمانی	



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

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه حاکی از تأثیر مستقیم سلامت جسمانی و روانی بر خودارزیابی افراد از سلامت بود. در حالی که عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی هنگام ارزیابی سلامت آنان به صورت غیر مستقیم ایفای نقش می نمایند. از دیدگاه شرکت کنندگان این مطالعه، عوامل جسمانی و روانی در ابتدا به عنوان مهمترین عوامل مؤثر بر ارزیابی سلامتی محسوب شدند. Murata و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که بیماری و وضعیت جسمی ۳۵-۴۰٪ سلامت خودابراز را تعیین می کند [۱۶]. همچنین در مطالعه

Singh-Manoux و همکارانش نشان داده شد که بیشترین بخش سلامت خودابراز، مربوط به سلامت جسمی (۳۴/۷٪) و روانی (۴۱/۴٪) بود و تأثیر سن، سابقه خانوادگی، متغیرهای اجتماعی-جمعیتی، عوامل اجتماعی-روانی و رفتارهای بهداشتی نسبتاً کم بودند [۱۷]. که با یافته های مطالعه ما همخوانی دارد. یافته های مطالعه ای نشان داد که در دهه های اخیر، بیماری های جسمی به طور چشمگیری در ارتباط با بیماری های روحی هستند و بیشتر از گذشته بر سلامت خودابراز تأثیر گذارند. افزایش بروز اختلالات جسمی و متعاقب آن، کاهش مشارکت های اجتماعی، می تواند تبیین موجهی از

که ممکن است به دلیل وضعیت مالی مناسب خود باشد. همچنین به احتمال زیاد، استرس و افسردگی در افرادی که وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین تری دارند، بیشتر است. روابط اجتماعی مناسب با خانواده و دوستان، نه تنها در ارتقای تحصیلات و افزایش فرصت‌های اشتغال آنها مؤثر است، بلکه به کاهش استرس نیز، کمک می‌کند. [۲۲]. این مطالعه اولین پژوهش تبیین سلامت خود ابراز در مردم ایران است. با توجه به اینکه توجه به تفاوت‌های گروه‌های مختلف سنی، قومیتی [۱۹]، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و سطوح تحصیلات افراد مورد مباحثه در تفسیر نتایج پژوهش‌های سلامت خود ابراز ضروری هستند [۲۴]. محققان در این مطالعه سعی نمودند که برای دستیابی به نحوه خودارزیابی وضعیت سلامتی از دامنه متفاوتی از گروه‌های سنی، جنسیتی، قومیتی، گروه‌های اقتصادی-اجتماعی و همچنین علاوه بر افراد سالم، از بیماران نیز بهره ببرند. به هر حال مانند سایر مطالعات کیفی در تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه به جمعیت بزرگتر باید محتاط بود، مصاحبه‌ها همه با ساکنین شهر تهران انجام شد که اگر چه قومیت‌های متفاوتی داشتند ولی همگی شهر نشین بودند. اطلاعات سلامت خود ابراز افراد مورد مطالعه از برخی از استان‌های ایران جمع‌آوری شده است، و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی استان‌های مختلف، پیشنهاد می‌شود مطالعات کیفی سلامت خود ابراز، در تمام استان‌های ایران انجام و نتایج آن‌ها با یکدیگر مقایسه گردد. ایرانیان نیز در زمان ارزیابی سلامت بیشتر به سلامت جسمانی می‌اندیشند. آنان سلامت جسمانی خود را با وضعیت ایده‌آل سلامتی در همسالان و نیز در مقایسه با سلامت خودشان در گذشته ارزیابی می‌نمایند. به هر حال به نظر می‌رسد تاثیری که عوامل غیر مستقیم اجتماعی، اقتصادی و محیطی نیز بر ارزیابی سلامت نباید نادیده انگاشته شود.

سهم نویسندگان

فاطمه صالحی: مشارکت در جمع‌آوری داده‌های طرح تحقیقاتی و تحلیل داده‌های کیفی، نگارش نسخه ابتدایی مقاله و انجام کلیه اصلاحات مد نظر سایر نویسندگان
سحرناز نجات: ایده پژوهشی، نظارت بر جمع‌آوری و مشارکت در تحلیل داده‌ها، مشارکت در نگارش مقاله و اصلاحات
زهرا چراغی: مشارکت در جمع‌آوری داده‌های طرح تحقیقاتی و تحلیل داده‌های کیفی، مشارکت در نگارش مقاله
لیلا حقجو: مشارکت در جمع‌آوری داده‌های طرح تحقیقاتی و تحلیل داده‌های کیفی، مشارکت در نگارش مقاله

افزایش علائم روانی مربوط به اختلالات جسمی باشد [۱۸]. عوامل مربوط به سلامت خود ابراز در جمعیت‌های گوناگون، متفاوت هستند [۱۶]، در این خصوص ممکن است تفاوت‌های فرهنگی بر درک سلامتی افراد جوامع تأثیرگذار باشد [۵]. برخی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه، هنگام پاسخ‌گویی به سؤال سلامت خود ابراز، سلامتی خود را در مقایسه با عوامل جسمانی و روانی خودشان در گذشته سنجیده بودند، که مطابقت با یافته‌های مطالعه‌ای [۱۷]، داشت که نشان داد، سلامت خود ابراز در مقایسه با وضعیت سلامتی فرد در سال‌های گذشته پیشگویی می‌شود. در مطالعه Krause، مشاهده گردید که تفاوت‌های بیان شده در میزان سلامتی شرکت‌کنندگان هنگام پاسخ‌گویی به سؤال سلامت خود ابراز، می‌تواند به این دلیل باشد که افراد مورد مصاحبه گروه‌های مختلفی را به‌عنوان گروه مقایسه و مرجع خود قرار می‌دهند [۱۹]. از دیدگاه شرکت‌کنندگان این مطالعه، عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بر عوامل جسمانی و روانی تأثیرگذارند و جزء عوامل غیر مستقیم مؤثر بر ارزیابی سلامتی محسوب می‌شوند. Bredablik و همکاران در مطالعه‌ای در نروژ بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷ سلامت خود ابراز نوجوانان را ارزیابی کردند و نشان دادند که سلامت خود ابراز آن‌ها متأثر از مجموعه‌ای از عوامل روانی، اجتماعی، رفتارهای بهداشتی و رفاه عمومی و شیوه زندگی است و نقش رفاه عمومی در سلامت خود ابراز آن‌ها به‌طور چشمگیری بارز است [۲]. Vingilis و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که سلامت خود ابراز افراد مورد مطالعه فقط تحت تأثیر سلامت جسمی‌شان نیست، بلکه عوامل روانی، اجتماعی-محیطی و رفتاری افراد نیز مؤثر هستند، به‌طوری‌که درآمد پایین، سیگار و شاخص توده بدنی بالا منجر به بدتر شدن سلامت خود ابراز می‌شوند [۲۰]. مطالعه‌ای در سوئد نشان داد که سلامت روانی و اجتماعی تأثیر مهمی بر سلامت خود ابراز دارند [۲۱]. Layes و همکاران نیز در مطالعه‌ای، نقش متغیرهای اجتماعی-اقتصادی، سن، تحصیلات و شیوه زندگی را بر سلامت خود ابراز مطرح نمودند [۳]، نتایج با آن با یافته‌های مطالعه ما تطبیق داشت. ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سلامت خود ابراز تا حدودی با شیوه زندگی و عوامل روانی اجتماعی توجیه می‌شود [۲۲]. افراد با وضعیت‌های اجتماعی و اقتصادی مختلف، سبک‌های مختلف زندگی دارند، به‌طور مثال، ممکن است افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالاتر، تمایل بیشتری به شرکت در فعالیت‌های تناسب اندام داشته باشند [۲۳]،

تشکر و قدردانی

از کلیه عزیزانی که در مصاحبه ها مشارکت داشتند تشکر می شود. هزینہ این طرح توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

تهران در قالب طرح پژوهشی به شماره ۹۳-۰۴-۲۷-۲۸۱۷۴ پرداخت گردیده است.

منابع

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

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

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

ABSTRACT

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

Fatemeh Salehi¹, Saharnaz Nedjat^{2*}, Zahra Cheraghi³, Leila Haghjou⁴

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

Payesh 2017; 3: 281-292

Accepted for publication: 12 March 2017

[EPub a head of print-5 April 2017]

Objective (s): Self-rated health is a well-known indicator for measuring health in different populations. The aim of this study was to investigate factors that are considered by Iranians when they assess their own health.

Methods: This was a qualitative study. The data were drawn from 73 semi-structured interviews conducted from June 2015 to August 2015. The participants were selected in a manner that maximum variations could achieve and continued until saturation. The data were analyzed by conventional content analysis approach.

Results: Three categories were extracted: factors directly affect health; factors indirectly affect health and health as compared with their own previous health conditions and other people.

Conclusion: Iranians are mainly concerned with physical health while they rate their own health. They assess their health conditions with reference to their peers in the similar age groups and their own previous health conditions.

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

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