مردم سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنند: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

مریم سادات وحدانی‌نیا: * مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، 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
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
سپیده امیدواری: استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، 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
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
علی منتظری: استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره سوم تابستان ۱۳۹۰ صص ۳۶۳-۳۵۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۴/۲۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۹ تیر ۱۳۸۹]

چکیده

ارزیابی سلامت توسط فرد یا سلامت خودگزارشی (Self-rated health) به عنوان یک شاخص شناخته شده بین‌المللی در تحقیقات سلامت همگانی و اپیدمیولوژی دارای کاربردی گسترده است. این مطالعه مقطعی بر آن بوده است تا به بررسی سلامت گزارش‌شده توسط افراد در ایران بپردازد.

با طراحی مطالعه‌ای مقطعی افراد در سنین ۶۵-۱۸ سال بعنوان جمعیت هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش طبقه‌بندی‌شده خوشه‌ای به تفکیک استان‌های کشور انجام شد. سطح سلامت با استفاده از یک سؤال «در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟» اندازه‌گیری شد. سایر متغیرهای مورد نیاز نیز با استفاده از ابزار طراحی‌شده جمع‌آوری شد. در مجموع، ۲۷۸۸۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفته و میانگین سنی جمعیت ۳۲/۷ سال (۱۱/۸= انحراف معیار) بود. بیشتر افراد وضعیت سلامت خود را «بسیار خوب» (۱۷/۵ درصد) و «خوب» (۵۴ درصد) ارزیابی نموده و وضعیت سلامت در سطح «بسیار بد» ۰/۸ درصد گزارش شد. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد عوامل اقتصادی ـ اجتماعی از قبیل وضعیت اشتغال، سطح درآمد و شهر محل سکونت تأثیر بسزایی بر سطح سلامت افراد دارد.

نتایج این مطالعه جمعیتی نشان داد بیشتر مردم ایران (۷۱/۵ درصد) سلامت خود را به صورت «بسیار خوب یا خوب» ارزیابی می‌نمایند. انجام مطالعات دوره‌ای بررسی سطح سلامت جمعیت با درنظرداشتن عوامل تأثیرگذار بر سلامت بویژه از منظر تعیین‌کننده‌های اقتصادی ـ اجتماعی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت، وضعیت سلامتی، ادراک سلامت، مطالعه جمعیتی، 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: vahdaninia@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

مقدمه

ارزیابی سلامت توسط فرد یا سلامت خود گزارشی (Self-rated health) یک شاخص شناخته شده بین‌المللی است که برای سنجش وضعیت سلامت افراد در تحقیقات سلامت همگانی و اپیدمیولوژی دارای کاربرد گسترده‌ای است. در واقع ارزیابی سطح سلامت با پاسخ به یک سؤال منفرد توسط «سازمان سلامت جهان» (World Health Organization) و نیز سازمان Euro-REVES (با انجام پروژه‌ای توسط اتحادیه اروپا به منظور هماهنگ‌سازی مفهوم سلامت) به عنوان یکی از بهترین شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت در سطح فردی و جمعیتی در نظرگرفته شده است [۲، ۱]. این دو سازمان، ارتباط بین «ارزیابی سلامت کلی توسط فرد» و پیامدهای سلامتی را در سطح وسیعی بررسی نموده و این سنجش را برای برآورد خط‌مشی داده‌های مرتبط با سلامت همگانی نظیر «امید به زندگی و مرگ» توصیه نموده‌اند [۳].

نتایج مطالعات بیانگر آن است که «ارزیابی سلامت کلی توسط فرد» به ویژه به صورت دوره‌ای دارای ارتباط قوی با سایر سنجش‌های موضوعی و عینی بهزیستی، پیامدهای سلامتی و مرگ است. به بیان دیگر سنجش‌های حاصل از ارزیابی سلامت افراد توسط خودشان، پیشگویی‌کننده پیامدها و مخاطرات سلامتی در طول زندگی آنها است [۸-۴]. رایج‌ترین معیار «ارزیابی سلامت توسط فرد» که مورد اجماع جهانی است، به صورت زیر به کار برده می‌شود: «به طور کلی شما در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» [۲]. البته اغلب یک نقطه مرجع مقایسه نیز به منظور تحکیم ارزیابی به کار برده می‌شود، نظیر مقایسه سلامت فعلی با سلامت پیشین فرد در یک دوره زمانی یا مقایسه با همتایان سنی. در حال حاضر تحقیقات ملی مرتبط با بررسی وضعیت سلامت جمعیت‌ها در بسیاری از کشورها دارای جایگاه شناخته شده‌ای بوده و داده‌های حاصل از این تحقیقات، اطلاعات جامع و مفیدی را در خصوص سلامت افراد و سایر مسایل عمده بهداشتی در جامعه فراهم می‌آورند. به ویژه انجام دوره‌ای این مطالعات در مقاطع زمانی مختلف، بررسی و مطالعه تغییرات سلامتی و نیز روند رفتارهای بهداشتی را در جوامع امکان پذیر می‌سازد [۱۱-۹]. همچنین اطلاعات حاصل از این بررسی‌ها با ارایه تصویری از مسایل عمده بهداشتی، به قانون گزاران و سیاست گزاران حوزه سلامت در اتخاذ تصمیم‌گیری‌ها کمک شایانی می‌نماید. مطالعه‌ای در کشور استرالیا در سال ۵-۲۰۰۴ در شهروندان ساکن ایالت‌های سراسر این کشور انجام شد. این مطالعه، ارزیابی مردم از وضعیت سلامت خود و جنبه‌های مرتبط با آن شامل سبک زندگی و سایر عوامل خطر، استفاده از خدمات بهداشتی و اقدامات مرتبط با سلامت را مورد بررسی قرار داد [۱۲]. نتایج این تحقیق در مقایسه با تحقیق مشابه سال‌های پیشین (۲۰۰۱) امکان پایش تغییرات سلامتی را در سطح جمعیت فراهم آورد. به طور مثال، در سال ۵-۲۰۰۴ اکثر استرالیایی‌ها (۵۶ درصد) وضعیت سلامت خود را در سطح «بسیار خوب یا عالی» ارزیابی نمودند که در مقایسه با میزان ۵۲ درصد در سال ۲۰۰۱ نشان‌دهنده وضعیت مناسب‌تری است. تحقیق ملی سلامت در اسپانیا (۲۰۰۲) نیز تصویری از وضعیت سلامت مردم این کشور را در یک برهه زمانی خاص فراهم نموده و الگویی را در تغییر مجموعه داده‌های مرتبط با سلامت در طول زمان جهت پایش تغییرات سلامت جمعیت فراهم آورد [۱۳]. با در نظر داشتن اهمیت تحقیقات ملی سلامت، این پژوهش بر آن بوده است تا به بررسی «ارزیابی مردم ایران از سلامت کلی خود» پرداخته و بستری را جهت تدوین ادبیات پژوهشی بومی و مورد نیاز در ارتباط با موضوع سلامت در کشور فراهم آورد.

مواد و روش کار

مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۸ انجام شده و افراد در سنین ۶۵-۱۸ سال به عنوان جمعیت هدف مطالعه تعریف شد. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است. حجم نمونه با احتساب α=٪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 ۳۰ استان مساوی ۲۴۰۰۰ در کل کشور برآورد شد. با در نظر داشتن احتمال ریزش نمونه‌ها، تعداد جمعیت بیشتری از افراد کشور به مطالعه وارد شدند. جزئیات بیشتر پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۱۴]. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲۰ سؤال به علاوه مشخصات جمعیتی و اقتصادی ـ اجتماعی صورت گرفت. روایی محتوایی ابزار با استفاده از بررسی متون و نیز نظرات متخصصان بررسی شده و مورد تأیید قرار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

گرفت. افراد پس از کسب اطلاع از هدف مطالعه و جلب رضایت به مطالعه وارد شدند. پرسشنامه توسط پرسشگران استانی تکمیل گردید. در این مقاله نتایج حاصل از یک سؤال اصلی پرسشنامه به منظور ارزیابی سلامت کلی توسط فرد و تعامل آن با متغیرهای جمعیتی، بالینی و اقتصادی ـ اجتماعی ارائه شده است. این سؤال با عبارت «در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» به صورت کیفی در طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم، اصلاً) در پرسشنامه تعریف شد. بانک داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ۱۸ طراحی و تحلیل داده‌ها به صورت توصیفی و تحلیلی انجام شد. میانگین امتیاز سلامت گزارش‌شده افراد به تفکیک استان و مقایسه با امتیاز کل با رسم نمودار مورد مقایسه قرار گرفت. بدین منظور متغیر «سطح سلامت گزارش‌شده توسط فرد»، به متغیری کمی با طیف پاسخ‌های پنج گزینه‌ای به امتیاز ۱ تا ۵ تبدیل شد: ۵= خیلی خوب، ۴= خوب، ۳ = نه خوب، نه بد، ۲= بد، ۱= خیلی بد. با توجه به تعریف امتیازات، افزایش امتیاز به مفهوم بهتر شدن وضعیت سلامت و کاهش امتیاز به معنای بدتر شدن وضعیت سلامت افراد بوده است. همچنین به منظور بررسی اثر تعاملی متغیرهای جمعیتی و اقتصادی ـ اجتماعی بر سطح سلامت گزارش‌شده توسط فرد یا سلامت خودگزارشی، آزمون رگرسیون لجستیک انجام شد. سطح سلامت در دو حالت «خوب و بهتر از خوب» [شامل گزینه‌های بسیار خوب و خوب] و «کمتر از خوب» [شامل گزینه‌های نه خوب نه بد، بد و بسیار بد] به عنوان متغیر وابسته در مدل وارد گردید. متغیرهای مستقل شامل «سن، سطح تحصیلات، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، ارزیابی سطح درآمد، شهر محل سکونت، نمایه توده بدنی و ابتلا به بیماری مزمن» تعریف شدند. به غیر از متغیر «سن»، سایر متغیرها به صورت دسته‌بندی در مدل وارد شدند.

یافته‌ها

در مجموع ۲۷۸۸۳ نفر در سنین ۶۵-۱۸ سال در کشور ایران از نظر «گزارش وضعیت سلامتی در حال حاضر» مورد مطالعه قرار گرفتند. بیشترین جمعیت مورد مطالعه از استان‌های تهران و اردبیل و کمترین جمعیت از استان‌های قم و مازندران بودند. میانگین سنی جمعیت ۳۲/۷ سال (۱۱/۸= انحراف معیار) و متوسط سال‌های تحصیل ۱۱/۰ (۴/۴= انحراف معیار) بود. همچنین از نظر سطح درآمد، بیشتر افراد وضعیت خود را بصورت «نه خوب نه بد» (۴۱/۶ درصد) گزارش کرده و وضعیت طبیعی نمایه توده بدنی نیز در ۵۲/۴ درصد جمعیت مشاهده شد. جدول شماره ۱ مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. وضعیت سلامت گزارش شده توسط فرد به تفکیک استان و در کل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بیشتر افراد وضعیت سلامت خود را «خوب» ارزیابی نموده (۵۴ درصد) و وضعیت سلامت در سطح «بسیار بد» ۰/۸ درصد گزارش شده است. بیشترین و کمترین وضعیت «بسیار خوب» سلامت گزارش‌شده توسط افراد به ترتیب در استان‌های خوزستان و خراسان جنوبی نشان داده شده است (۲۸/۱ و ۱۱/۴ درصد). همچنین میانگین امتیاز سلامت گزارش‌شده توسط افراد در کل کشور برابر با ۲/۱۶ بود. مقایسه میانگین امتیاز سلامت گزارش‌شده توسط افراد به تفکیک استان‌های کشور در مقایسه با امتیاز کل نشان داد استان‌های «کرمان و لرستان» به ترتیب از بیشترین و کمترین میانگین امتیاز سلامت برخوردار بوده‌اند (نمودار شماره ۱). استان‌های تهران و اصفهان میانگین امتیاز برابر با امتیاز کل کشور را داشتند (۲/۱۶). جدول شماره ۳ عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت نامناسب (کمتر از خوب) را در مدل رگرسیون لجستیک ارایه داده است. نتایج نشان دادند:

- به ازای هر سال افزایش سن، سطح سلامت گزارش‌شده توسط فرد کاهش یافته و این رابطه از نظر آماری معنادار است. به نحوی که افراد در سنین بالاتر ۱/۰۲ برابر سطح سلامت خود را کمتر از خوب ارزیابی کرده‌اند.

- سطح تحصیلات نیز ارتباط آماری معناداری با سلامت گزارش‌شده توسط فرد داشته و افراد در سطوح پایین‌تر تحصیلی در مقایسه با افراد دارای تحصیلات دانشگاهی از وضعیت سلامت نامناسب‌تری برخوردار بوده‌اند.

- افراد مطلقه و بیوه از سطح سلامت پایین‌تری در مقایسه با افراد مجرد برخوردار بوده و این ارتباط از نظر آماری معنادار است. به بیان دیگر افراد «مطلقه و بیوه» به ترتیب به احتمال ۱/۹۵ و ۱/۳۶ برابر از سطح کمتر سلامت نسبت به مجردان برخوردار بودند. بین افراد مجرد و متأهل اختلاف آماری معنادار در سطح سلامت گزارش‌شده وجود نداشت.

- همچنین افراد خانه‌دار و بی‌کار در مقایسه با شاغلان سطح کمتر سلامت را گزارش نموده و بترتیب ۱/۲ و ۱/۱۳ برابر این احتمال وجود داشته است که از سطح سلامت پایین‌تری برخوردار باشند (P بترتیب ۰/۰۰۲ و ۰/۰۵).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۲۷۸۸۳)

	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۱۴۰۴۵	۵۰/۴
مرد	۱۳۶۱۹	۴۸/۸
عدم پاسخ	۲۱۹	۰/۸
گروه‌های سنی (سال)		
۱۸-۲۵	۱۰۰۶۵	۳۶/۱
۲۶-۳۵	۸۱۲۷	۲۹/۱
۳۶-۴۵	۵۰۰۹	۱۸/۰
۴۶-۵۵	۳۲۴۱	۱۱/۶
۵۶-۶۵	۱۴۴۱	۵/۲
میانگین (انحراف معیار)	۳۲/۷(۱۱/۸)	
تحصیلات		
بدون سواد-ابتدایی	۴۴۵۲	۱۶/۰
راهنمایی	۳۴۲۷	۱۲/۳
دبیرستان	۹۷۴۰	۳۴/۹
دانشگاهی	۸۹۱۴	۳۲/۰
عدم پاسخ	۱۳۵۰	۴/۸
میانگین (انحراف معیار)	۱۱/۰(۴/۴)	
وضعیت تأهل		
مجرد	۹۹۹۶	۳۵/۸
متأهل	۱۶۸۵۰	۶۰/۴
مطلقه	۲۶۹	۱/۰
بیوه	۵۰۵	۱/۸
عدم پاسخ	۲۶۳	۰/۹
شغل		
خانه‌دار	۷۱۷۵	۲۵/۷
دانش‌آموز-دانشجو	۶۰۷۵	۲۱/۸
کارمند	۱۰۵۶۵	۳۷/۹
بی‌کار	۲۴۵۳	۸/۸
بازنشسته	۱۰۷۹	۳/۹
عدم پاسخ	۵۳۶	۱/۹
ارزیابی سطح درآمد		
بسیار خوب	۹۳۰	۳/۳
خوب	۷۵۸۰	۲۷/۲
نه خوب نه بد	۱۱۵۹۹	۴۱/۶
بد	۳۹۶۸	۱۴/۲
بسیار بد	۲۷۸۳	۱۰/۰
عدم پاسخ	۱۰۲۳	۳/۷
وضعیت توده بدنی		
کم وزن (≤۱۸/۴۹)	۱۴۱۶	۵/۱
نرمال (۱۸/۵۰-۲۴/۹۹)	۱۵۰۵۳	۵۴/۰
بیش‌وزن (۲۵/۰۰-۲۹/۹۹)	۸۱۱۰	۲۹/۱
چاق (≥۳۰/۰۰)	۲۰۷۲	۷/۴
عدم پاسخ	۱۲۳۲	۴/۴
میانگین (انحراف معیار)	۲۴/۲(۳/۹)	
ابتلا به بیماری مزمن		
دارد	۵۵۱۸	۱۹/۸
ندارد	۲۱۱۹۸	۷۶/۰
عدم پاسخ	۱۱۶۷	۴/۲

- سطوح پایین‌تر اقتصادی در مقایسه با سطح اقتصادی «خیلی خوب» بصورت معناداری وضعیت سلامت خود را کمتر ارزیابی نموده‌اند. افراد در سطوح اقتصادی ارزیابی‌شده توسط خودشان در دسته‌بندی‌های «خوب، متوسط، بد و خیلی بد» به ترتیب به احتمال ۱/۲۹، ۲/۱۴، ۲/۸۸ و ۲/۸۱ برابر نسبت به افراد دارای وضعیت بسیار خوب اقتصادی، وضعیت سلامت خود را نامناسب‌تر گزارش کرده‌اند.

- همچنین شهر محل سکونت پیشگویی‌کننده وضعیت سلامت افراد بوده و نتایج نشان دادند سکونت در شهرهای درجه سوم، پیشگویی‌کننده وضعیت بهتر سلامت ساکنین این شهرها در مقایسه با شهرهای درجه اول بوده است (P=۰/۰۱). وضعیت سلامت ساکنان شهرهای درجه اول و دوم از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت.

- نمایه توده بدنی نیز عاملی پیشگویی‌کننده در برآورد سطح سلامت گزارش‌شده توسط فرد بوده و افراد چاق به احتمال ۱/۱۴ برابر افراد دارای وزن نرمال سطح سلامت پایین‌تری را گزارش نموده‌اند.

- ابتلا به بیماری مزمن عاملی اثرگذار در تعیین وضعیت سلامت بوده و افراد بیمار به احتمال ۷/۳۸ برابر در معرض تجربه سطح کمتر سلامت بوده‌اند (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه ۲۷۸۸۳ نفر افراد بالغ سنین ۶۵-۱۸ سال را در سطح کشور ایران از نظر «وضعیت سلامت گزارش‌شده توسط فرد یا سلامت خود گزارشی» مورد بررسی قرار داد. در مجموع، ۷۱/۵ درصد از جمعیت مورد مطالعه، سطح سلامت خود را به صورت «بسیار خوب (۱۷/۵ درصد) و خوب (۵۴ درصد)» ارزیابی نموده‌اند. با در نظر داشتن این امر که مطالعات در مورد بررسی وضعیت سلامت افراد به صورت دوره‌ای امکان مقایسه و پایش سطح سلامت جمعیت را در طول زمان فراهم می‌آورد، اهمیت انجام مطالعات آتی در این خصوص بارزتر می‌گردد. نتایج مطالعه انجام شده در کشور استرالیا نیز نشان دادند که در سال ۲۰۰۵، ۵۶ درصد از مردم در سنین ۱۵ سال و بالاتر سطح سلامت خود را در سطح «بسیار خوب یا عالی» ارزیابی کرده‌اند که در مقایسه با نتایج سال ۲۰۰۱ (۵۲ درصد) نشان‌دهنده وضعیت بهتری بوده است. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، سن عاملی پیشگویی‌کننده در ارزیابی سطح

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

سلامت نامناسب در افراد بوده و با افـزایش هـر سـال سـن، شـانس گزارش سلامت نامناسب ۱/۰۲ برابر افزایش یافته اسـت. ایـن یافتـه در تأیید نتایج مطالعات پیشین در آسیا و نیز اروپا است که کـاهش سـطح سـلامت فـرد بـا افـزایش سـن دارای ارتبـاطی قـوی اسـت [۱۸-۱۵]. همچنـین در افـراد سـالمند «شـاخص ارزیـابی سـلامت توسط فرد یا سلامت خود گزارشی» به عنوان عامل پیشگویی‌کننده مرگ نشان داده شده است [۲۰، ۱۹]. همچنـین سـطح تحـصیلات عامل معناداری در ارزیابی سـطح سـلامت توسـط افـراد بـوده و بـر اساس نتایج، سـطوح تحـصیلی پـایین‌تـر، پیـشگویی‌کننـده سـطح سلامت پایین‌تر در مقایسه با سطح تحصیلات دانشگاهی بوده است. این یافته در تأیید نتایج مطالعه دیگری در ایران است. ایـن مطالعـه اثر نابرابری‌های تحصیلی را بر سطح سلامت گزارش‌شده توسط افراد یا سـلامت خـود گزارشـی مـورد بررسـی قـرار داد و نتـایج آزمـون رگرسیون نشان داد بین سطح تحصیلی و ارزیابی سلامت توسط فرد رابطـه معکـوس وجـود دارد [۱۸]. در مطالعـه‌ای در انگلـستان اثـر نابرابری‌های اجتماعی بر «ارزیابی سلامت افراد توسط خود» بررسی شده و براساس نتایج، اثر تحصیلات و رفتارهـای مهـم بهداشـتی در افراد در تطابق با عامل «نابرابری اجتماعی» برطرف شـده اسـت. در واقع «نـابرابری اجتمـاعی و سـن» بـه عنـوان عـواملی مـستقل بـر خودارزیابی سطح سلامت افراد مؤثر بوده‌اند [۱۶]. در ایـن مطالعـه، افراد مطلقه و بیوه نیز سطح سـلامت خـود را نامناسـب‌تـر از افـراد مجرد گزارش نموده‌اند. در یافته‌های مطالعات پیشین وضعیت تأهل به عنوان عاملی پیشگویی‌کننـده بـر سـطح سـلامت گـزارش شـده توسط افراد نشان داده شـده اسـت. در مطالعـه‌ای در سـوریه، زنـان متأهل سطح سلامت خود را پایین‌تر از افراد مجرد گزارش کرده اند [۱۵]. مطالعه دیگری در آمریکا نیز، داشتن زنـدگی مـشترک را بـه عنوان عامل مثبت مؤثر بر سلامت ارزیابی شده توسط فرد در طـول زمان گزارش کرده است [۲۱]. وضعیت اشتغال نیز به عنوان عـاملی مؤثر بر سطح سلامت ارزیابی شـده توسـط فـرد نـشان داده شـده و «زنان خانه‌دار و بی‌کار» بترتیب به احتمال ۱/۲ و ۱/۱۳ برابـر افـراد شاغل سطح سلامت نامناسب‌تری را گزارش نموده‌انـد. کـم اهمیـت جلوه‌نمودن و بعضاً نادیده گرفتـه‌شـدن اهمیـت وظـایف خانـه‌داری توسط افراد خانواده ممکن است به عنوان عامـل مـؤثری بـر سـطح سلامت نامناسب‌تر گزارش شده توسط زنان خانـه‌دار مطـرح باشـد. انجام مطالعات آتی با در نظـر داشـتن مؤلفـه‌هـای مـؤثر بـر سـطح سلامت بانوان خانه‌دار توصیه می‌شود. همچنین عـدم اشـتغال، کـه درواقع بعنوان شاخصی از سطح درآمد نیز درنظرگرفته مـی‌شـود در مطالعات بعنوان عاملی پیشگویی‌کننـده در ارزیـابی سـطح سـلامت پایین‌تر در افراد نشان داده شـده اسـت [۱۶، ۱۵]. مقایـسه سـطوح اقتصادی از نظر وضعیت درآمد در نمونه مورد مطالعه نشان داد کـه تمامی سطوح درآمدی پایین‌تـر از «خیلـی خـوب» سـطح سـلامت کمتری را گزارش کرده اند (P<۰/۰۵). ایـن یافتـه در تأییـد نتـایج تحقیقات پیشین، نشان‌دهنده اثر معکوس سطح اقتصادی اجتمـاعی و درآمد بر وضعیت سلامتی افراد در جوامع است. درحقیقـت افـراد دارای سطوح پایین درآمد، وضعیت سلامت خود را نسبت به سطوح بالاتر درآمد، بدتر برآورد و گزارش می‌نمایند [۲۲، ۱۶، ۱۵].

بر اساس نتایج، شهر محل سکونت نیز با ارزیابی وضعیت سلامتی توسط فرد رابطه آمـاری معنـادار و مـستقیمی داشـته و شـهروندان ساکن شهرهای درجـه اول و دوم (مرکـز اسـتان و شـهرهای دارای جمعیت بیشتر) وضعیت سلامت پایین‌تـری را نـسبت بـه سـاکنین شهرهای درجه سوم گزارش کرده‌اند. در حقیقت سـاکنان شـهرهای کوچک‌تر در مقایسه با شهرهای بزرگ‌تر سطح سلامت بهتر خـود را برآورد نموده‌اند. این امر می‌تواند به عواملی نظیر آلودگی هوا، تـراکم بیشتر جمعیت و دسترسی به خدمات عمومی اسناد شود.

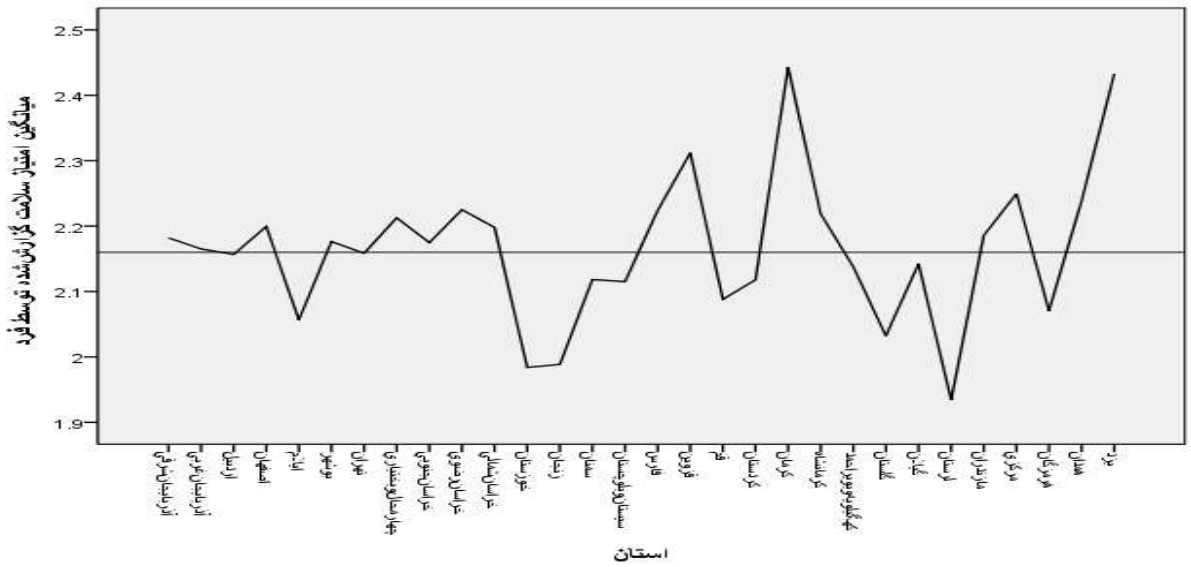
اگرچه طراحی مطالعات آتی به منظـور بررسـی عوامـل مـوثر بـر سطح سلامت شهروندان ساکن شهرهـای کوچـک و بـزرگ توصـیه می‌شود. مطالعه‌ای در انگلستان با بررسی رابطه بین «نابرابری درآمد و گزارش سلامت توسط فرد» چنین استدلال نموده است که از آنجا که منـاطق دارای بیـشترین نـابرابری درآمـدی عمـدتاً نیـز منـاطق شهری بوده‌اند، بنابراین بدتربودن سطح سلامت گزارش شده توسـط افراد با درآمد پایین نیز ممکن است به ویژگی‌هـای شـهرها مـرتبط باشند تا به نابرابری درآمـد افـراد. بنـابراین تفـاوت در ارتبـاط بـین «معیار سنجش نابرابری درآمد با سلامت گزارش شده توسط فـرد»، اهمیت موضوع مشکل‌بودن مطالعه توزیع‌های درآمد را با استفاده از سنجش‌های خلاصه نـابرابری درآمـد نظیـر شـاخص Gini پررنـگ می‌سازد [۲۲]. بر اساس نتایج، نمایه توده بدنی نیز پیشگویی‌کننـده سطح سلامت افراد بوده و افراد چاق در مقایسه بـا افـراد دارای وزن نرمال به احتمال ۱/۱۴ برابر سطح کمتر سلامت را گزارش نموده‌اند. نتایج مشابه در سایر مطالعات نیز بیـانگر آن اسـت کـه افـراد چـاق سطح پایین‌تر سلامت را گزارش نموده و تغیرات نمایه توده بدنی در طول زمان نیز که بـصورت افـزایش وزن بـروز مـی‌نمایـد بـا سـطح سلامت نامناسب‌تر در افراد همراه است [۲۴، ۲۳].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

جدول شماره ۲- وضعیت سلامت گزارش‌شده توسط فرد به تفکیک استان و کل کشور

	بسیار خوب	خوب	نه خوب نه بد	بد	بسیار بد	عدم پاسخ
	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد
آذربایجان شرقی	۱۵۶ (۱۶/۲)	۵۰۹ (۵۳/۰)	۲۳۷ (۲۴/۷)	۳۸ (۴/۰)	۵ (۰/۵)	۱۶ (۱/۷)
آذربایجان غربی	۱۷۳ (۱۷/۹)	۵۰۶ (۵۲/۴)	۲۴۳ (۲۵/۲)	۳۴ (۳/۵)	۷ (۰/۷)	۳ (۰/۳)
اردبیل	۲۲۲ (۱۹/۸)	۵۸۶ (۵۲/۴)	۲۲۷ (۲۰/۳)	۷۶ (۶/۸)	۶ (۰/۵)	۲ (۰/۲)
اصفهان	۱۲۸ (۱۳/۰)	۵۷۵ (۵۸/۶)	۲۲۸ (۲۳/۲)	۳۲ (۳/۳)	۱۰ (۱/۰)	۹ (۰/۹)
ایلام	۱۸۹ (۲۳/۰)	۴۲۸ (۵۲/۰)	۱۶۷ (۲۰/۳)	۲۵ (۳/۰)	۶ (۰/۷)	۸ (۱/۰)
بوشهر	۱۹۱ (۱۹/۶)	۴۹۶ (۵۰/۸)	۲۱۷ (۲۲/۲)	۶۷ (۶/۹)	۴ (۰/۴)	۱ (۰/۱)
تهران	۲۲۴ (۱۹/۰)	۶۱۹ (۵۲/۶)	۲۶۴ (۲۲/۴)	۵۵ (۴/۷)	۱۲ (۱/۰)	۳ (۰/۳)
چهارمحال و بختیاری	۱۳۸ (۱۴/۵)	۵۲۱ (۵۴/۷)	۲۴۰ (۲۵/۲)	۳۹ (۴/۱)	۷ (۰/۷)	۷ (۰/۷)
خراسان جنوبی	۱۱۱ (۱۱/۴)	۵۹۸ (۶۱/۶)	۲۲۷ (۲۳/۴)	۲۶ (۲/۷)	-	۸ (۰/۸)
خراسان رضوی	۱۱۸ (۱۲/۴)	۵۴۸ (۵۷/۷)	۲۲۶ (۲۳/۸)	۴۶ (۴/۸)	۴ (۰/۴)	۷ (۰/۷)
خراسان شمالی	۱۱۹ (۱۳/۸)	۴۹۰ (۵۶/۸)	۱۹۱(۲۲/۱)	۳۷ (۴/۳)	۷ (۰/۸)	۱۹ (۲/۲)
خوزستان	۲۸۵ (۲۸/۱)	۴۸۸ (۴۸/۲)	۱۹۴ (۱۹/۲)	۳۰ (۳/۰)	۵ (۰/۵)	۱۱ (۱/۱)
زنجان	۲۲۰ (۲۲/۶)	۵۶۶ (۵۸/۲)	۱۵۳ (۱۵/۷)	۱۹ (۲/۰)	۶ (۰/۶)	۹ (۰/۹)
سمنان	۱۵۰ (۱۷/۴)	۴۹۳ (۵۷/۲)	۱۶۳ (۱۸/۹)	۳۳ (۳/۸)	۷ (۰/۸)	۱۶ (۱/۹)
سیستان و بلوچستان	۱۴۹ (۱۷/۱)	۵۰۶ (۵۸/۰)	۱۸۵ (۲۱/۲)	۲۳ (۲/۶)	۶ (۰/۷)	۴ (۰/۵)
فارس	۱۰۰(۱۲/۲)	۴۷۴ (۵۷/۹)	۲۰۸ (۲۵/۴)	۳۰ (۳/۷)	۵ (۰/۶)	۲ (۰/۲)
قزوین	۱۱۴ (۱۱/۸)	۵۱۲ (۵۲/۸)	۲۷۹ (۲۸/۸)	۵۲ (۵/۴)	۱۱ (۱/۱)	۲ (۰/۲)
قم	۱۱۷ (۱۸/۵)	۳۶۵ (۵۷/۸)	۱۱۸ (۱۸/۷)	۱۸ (۲/۸)	۶ (۰/۹)	۸ (۱/۳)
کردستان	۱۸۰ (۱۹/۱)	۴۹۸ (۵۲/۸)	۲۱۰ (۲۲/۳)	۳۲ (۳/۴)	۵ (۰/۵)	۱۸ (۱/۹)
کرمان	۱۳۵ (۱۷/۵)	۲۶۵ (۳۴/۳)	۲۷۱ (۳۵/۱)	۶۹ (۸/۹)	۲۱ (۲/۷)	۱۱ (۱/۴)
کرمانشاه	۱۴۵ (۱۵/۱)	۵۳۵ (۵۵/۶)	۲۱۱ (۲۱/۹)	۶۶ (۶/۹)	۴ (۰/۴)	۱ (۰/۱)
کهگیلویه و بویراحمد	۱۳۶ (۱۶/۳)	۴۸۰ (۵۷/۴)	۱۷۲ (۲۰/۶)	۲۸ (۳/۳)	۷ (۰/۸)	۱۳ (۱/۶)
گلستان	۲۲۱ (۲۲/۶)	۵۳۰ (۵۴/۳)	۱۸۳ (۱۸/۸)	۲۴ (۲/۵)	۷ (۰/۷)	۱۱ (۱/۱)
گیلان	۱۴۲ (۱۵/۳)	۵۶۰ (۶۰/۲)	۱۷۵ (۱۸/۸)	۲۸ (۳/۰)	۱۴ (۱/۵)	۱۱ (۱/۲)
لرستان	۳۶۰ (۳۶/۳)	۳۶۹ (۳۷/۲)	۲۲۰ (۲۲/۲)	۳۶ (۳/۶)	۱ (۰/۱)	۵ (۰/۵)
مازندران	۱۱۳ (۱۵/۴)	۴۱۶ (۵۶/۵)	۱۶۲ (۲۲/۰)	۲۲ (۳/۰)	۱۴ (۱/۹)	۹ (۱/۲)
مرکزی	۱۱۰ (۱۱/۹)	۵۰۷ (۵۵/۰)	۲۴۸ (۲۶/۹)	۳۵ (۳/۸)	۶ (۰/۷)	۱۵ (۱/۶)
هرمزگان	۱۷۴ (۱۷/۹)	۵۹۳ (۶۱/۰)	۱۶۱ (۱۶/۶)	۳۶ (۳/۷)	۳ (۰/۳)	۵ (۰/۵)
همدان	۱۳۴ (۱۳/۱)	۶۰۸ (۵۹/۵)	۱۹۰ (۱۸/۶)	۷۴ (۷/۲)	۱۳ (۱/۳)	۳ (۰/۳)
یزد	۱۳۵ (۱۴/۳)	۴۱۴ (۴۳/۹)	۲۵۷ (۲۷/۳)	۱۱۷ (۱۲/۴)	۱۷ (۱/۸)	۲ (۰/۲)
جمعیت کل	۴۸۸۹ (۱۷/۵)	۱۵۰۵۵ (۵۴/۰)	۶۲۲۷ (۲۲/۳)	۱۲۴۷ (۴/۵)	۲۲۶ (۰/۸)	۲۳۹ (۰/۹)



نمودار شماره ۱- مقایسه میانگین امتیاز سلامت گزارش‌شده توسط افراد به تفکیک استان با امتیاز کل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

جدول شماره ۳- بررسی عوامل موثر بر وضعیت سلامت نامناسب (کمتر از خوب) توسط مردم ایران در مدل رگرسیون لجستیک

	میزان بخت (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P
سن	۱/۰۲ (۱/۰۱-۱/۰۲)	<۰/۰۰۱
جنسیت		
مرد	۱(ref.)	
زن	۱/۰۱ (۰/۹۲-۱/۱۱)	۰/۷۴
تحصیلات		
دانشگاهی	۱(ref.)	
دبیرستان	۱/۰۹(۱/۰۰-۱/۱۹)	۰/۰۴
راهنمایی	۱/۴۳(۱/۲۷-۱/۶۰)	<۰/۰۰۱
بدون سواد-ابتدایی	۱/۲۷(۱/۱۳-۱/۴۲)	<۰/۰۰۱
وضعیت تأهل		
مجرد	۱(ref.)	
متأهل	۰/۹۹ (۰/۸۹-۱/۰۹)	۰/۹۰
مطلقه	۱/۹۵ (۱/۴۳-۲/۶۸)	<۰/۰۰۱
بیوه	۱/۳۶ (۱/۰۵-۱/۷۵)	۰/۰۱
وضعیت اشتغال		
شاغل	۱(ref.)	
خانه دار	۱/۲۰ (۱/۰۷-۱/۳۵)	۰/۰۰۲
دانش‌آموز/ دانشجو	۱/۰۰ (۰/۸۹-۱/۱۲)	۰/۹۷
بی‌کار	۱/۱۳ (۰/۹۹-۱/۳۰)	۰/۰۵
بازنشسته	۰/۹۸ (۰/۸۲-۱/۱۷)	۰/۸۵
ارزیابی سطح درآمد		
خیلی خوب	۱(ref.)	
خوب	۱/۲۹ (۱/۰۴-۱/۶۱)	۰/۰۱
متوسط	۲/۱۴(۱/۷۳-۲/۶۵)	<۰/۰۰۱
بد	۲/۸۸ (۲/۳۱-۳/۶۰)	<۰/۰۰۱
خیلی بد	۲/۸۱ (۲/۲۳-۳/۵۴)	<۰/۰۰۱
شهر محل سکونت+		
شهر درجه ۱	۱(ref.)	
شهر درجه ۲	۰/۹۹ (۰/۹۱-۱/۰۸)	۰/۹۰
شهر درجه ۳	۰/۸۹ (۰/۸۱-۰/۹۷)	۰/۰۱
نمایه توده بدنی		
نرمال	۱(ref.)	
کم‌وزن	۱/۱۳(۰/۹۶-۱/۳۲)	۰/۱۳
بیش‌وزن	۱/۰۰(۰/۹۳-۱/۰۸)	۰/۸۵
چاق	۱/۱۴(۱/۰۱-۱/۲۹)	۰/۰۳
ابتلا به بیماری مزمن		
ندارد	۱(ref.)	
دارد	۷/۳۸ (۶/۸۳-۷/۹۸)	<۰/۰۰۱

+ مراکز استان شهر درجه ۱ تلقی گردیده و شهرهای دیگر استان با توجه به تعداد جمعیت و موقعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آن به درجه ۲ و ۳ طبقه‌بندی شدند.

ابتلا به بیماری طولانی‌مدت نیز شانس سطح کمتر سلامت گزارش شده توسط فرد را در مقایسه با افراد سالم ۷/۳۸ برابر افزایش داده است. نتایج مشابه در مطالعات پیشین نیز بر این امر تأکید دارند که بیماران مبتلا به بیماری مزمن از سطح سلامت پایین‌تری برخوردار بوده و در واقع سلامت خود را به میزان کمتری برآورد می‌کنند [۲۵، ۱۷، ۱۵]. همچنین بطورکلی «سطح سلامت گزارش شده توسط فرد» به عنوان عامل مستقل پیشگویی‌کننده میزان مرگ در جمعیت‌های بیمار [۲۵] و نیز سالم [۲۰، ۵، ۴] نشان داده شده است. به این مفهوم که سطح پایین‌تر سلامت ارزیابی شده توسط فرد بویژه در طول زمان در افراد سالم و نیز بیمار، با میزان وقوع مرگ بیشتر در این افراد مرتبط بوده است.

بطور کلی، داده‌های حاصل از تحقیقات ملی سلامت امکان دستیابی به اطلاعات و انجام تحلیل‌های لازم در زیرگروه‌های سنی، جنسی و اقتصادی ـ اجتماعی را در جامعه میسر می‌سازند که این امر به نوبه خود سیاست گزاری‌های مرتبط در هر یک از این حوزه‌ها را تسهیل می‌نماید. این تحقیقات با در نظر داشتن هدف تحقیق و نیز حمایت‌های دریافت شده از ذی‌نفعان و سازمان‌های مرتبط، گستره‌ای از مسائل شامل سبک زندگی، رفتارهای بهداشتی، حمایت‌های اجتماعی، سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و سایر دیدگاه‌های مرتبط با مقوله سلامت را پوشش داده که این یافته‌ها دارای کاربردهای خاص خود در سیاست گزاری‌های مرتبط در سطح کلان هستند.

سهم نویسندگان

مریم سادات وحدانی نیا: نویسنده اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بود.

سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند.

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

تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمائیم.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

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. World Health Organization, Statistics Netherlands. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, no 58): Copenhagen, 1996

2. Robine J-M, Jagger C, Romieu I. Selection of a coherent set of health indicators for the European Union. Phase II: final report. Euro-REVES: Montpellier, France, 2002

3. Robine J-M, Jagger C, Euro-REVES 2 Group. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe. European Journal of Public Health 2003; 13: 6-14

4. Manderbacka K, Kareholt I, Martikainen P, Lundberg O. The effect of point of reference on the association between self-rated health and mortality. Social Science of Medicine 2003; 56: 1447-52

5. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylha M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. Journal of Clinical Epidemiology 2005; 58: 680-87

6. Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health mortality relationship. Gerontologist 2003, 43: 387

7. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. Social Science of Medicine 2003; 56: 2505-14

8. McCullough ME, Laurenceau JP. Gender and the natural history of self-rated health: A 59-year longitudinal study. Health Psychology 2004; 23: 651-55

9. Manton KG. Recent declines in chronic disability in the Elderly U.S population: risk factors and future dynamics. Annual Review of Public Health 2007; 21: 57-62

10. Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Segui-Gomez M, Forga L, Martinez JA, Martinez-Gonzalez MA. Trends in obesity, diabetes mellitus, hypertension and hypercholesterolemia in Spain (1997-2003). Medicina Clínica (Spanish) 2007; 129: 405-8

11. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoe JL, Ravaud JF, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Annales de médecine physique (French) [Annals of physical and rehabilitation medicine] 2007; 50: 640-4

12. Australian Bureau of Statistics. National Health Survey: summary of results. 4364.0.2004-05. Available at: www.abs.gov.au

13. Greenacre M. Correspondence analysis of the Spanish National Health Survey. Gaceta sanitaria (Spanish) 2002; 16: 160-70

14. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception survey: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-322 [Persian]

15. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. BMC Public Health 2007; 7: 177

16. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Hhaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. BMC Public Health 2008, 8: 230

17. Li ZB, Lam TH, Ho SY, et al. Age-versus time-comparative self-rated health in Hong Kong Chinese older adults. International Journal of Geriatrics and Psychiatry 2006; 21: 729-39

18. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. Educational inequalities in self-reported health in a general Iranian population. BMC Research Notes 2008; 1: 50

19. Lyyra T-M, Leskinen E, Jylhä M, Heikkinen E. Self-rated health and mortality in older men and women. A time-dependent covariate analysis. Archive of Gerontology and Geriatrics 2009; 48: 14-18

20. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]

up of the Australian longitudinal study of ageing. BMC Geriatrics 2010; 10: 18

21. Finnegan L, Marion L, Cox C. Profiles of self-rated health in midlife adults with chronic illness. Nursing Research 2005; 54: 167-77

22. Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and self rated health in Britain. Journal of Epidemiology and Community Health 2002; 56: 436-41

23. Simonsen MK, Hundrup YA, Gronbaek M, Heitmann BL. A prospective study of the association between weight changes and self-rated health. BMC Women's Health 2008; 8: 13

24. Imai K, Gregg EW, Chen YJ, Zhang P, Rekeneire ND, Williamson DF. The association of BMI with functional status and self-rated health in US adults. Obesity 2008; 16: 402-8

25. Thong MS, Kaptein AA, Benyamini Y, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW. Association between a self-rated health question and mortality in young and old dialysis patients: a cohort study. American Journal of Kidney Disease 2008; 52: 111-17

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.6.5]