مقاله پژوهشی

# بررسی ارتباط خودارزیابی سلامت با حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد به نظام بهداشتی– درمانی در ساکنین شهر شیراز

مجید موحد[۱]، مهدی شهیری[۲]، خدیجه اسدی سروستانی[۳*]

• دریافت مقاله: ۹۷/۲/۱۲ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۵/۲۵ • پذیرش مقاله: ۹۷/۵/۲۷

## چکیده

**مقدمه:** سلامت خودارزیابی شده یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت جامعه است که متأثر از عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است. هدف از انجام مطالعه، بررسی وضعیت خودارزیابی سلامت و ارتباط خودارزیابی سلامت با حمایت اجتماعی و اعتماد به نظام بهداشتی – درمانی در ساکنین شهر شیراز بود.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی– تحلیلی بود که به صورت مقطعی از مهرماه سال ۱۳۹۵ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۶ بر روی ۶۰۱ نفر از شهروندان شهر شیراز که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده وین فیلد و تیکرمن و پرسشنامه محقق ساخته برای سنجش میزان اعتماد به نظام بهداشتی– درمانی بود. از آزمون آماری پیرسون جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند.

**یافته‌ها:** میانگین امتیاز وضعیت خودارزیابی سلامت از دید آنان ۱۲/۶۵±۸۵ بود. ۱۲ درصد از افراد جامعه سلامت خود را ضعیف و ۶۸/۷ درصد متوسط ارزیابی نمودند. خودارزیابی افراد از سطح سلامتی‌شان در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی با حمایت اجتماعی و میزان اعتماد به نظام بهداشت و درمان رابطه آماری معنی‌دار داشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** توجه سیاست‌گذاران حوزه‌های سلامت و بهداشت به مفهوم سلامت خودارزیابی شده و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند نقش مهمی را در جهت ارتقاء سلامت افراد جامعه و پیشگیری از بروز مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی ایفا کند.

**واژگان کلیدی:** خودارزیابی سلامت، حمایت اجتماعی، اعتماد به نظام بهداشت و درمان

•**ارجاع:** موحد مجید، شهیری مهدی، اسدی سروستانی خدیجه. بررسی ارتباط خودارزیابی سلامت با حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد به نظام بهداشتی– درمانی در ساکنین شهر شیراز. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۲): ۱۸-۲۰۷.

۱. استاد، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

*** نویسنده مسئول:** زاهدان، بلوار دانشگاه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی

**تلفن:** ۰۵۴۳۱۱۳۲۰۰۰ **Email:** Asadi.kh1982@gmail.com

[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

**مقدمه**

در چارچوب مفهومی توسعه پایدار، سلامت نقش محوری و کلیدی دارد؛ زیرا توسعه پایدار چیزی جزء رضایت‌بخش کردن وضعیت زندگی مردم نیست و ازآنجاکه بدون سلامت هیچ‌کس از زندگی خود راضی نخواهد بود، سلامت جایگاه اساسی در توسعه و رفاه اجتماعی جوامع دارد. سلامت و بیماری از نظر جامعه‌شناسان پدیده‌ای اجتماعی و طبقاتی و از نظر مردم‌شناسان موضوعی فرهنگی است. از مفهوم سلامتی و بیماری نمی‌توان برداشت ساده آماری داشت. بیمار بودن و سالم بودن هرگز از نظر مردم یکی نیست. به‌طور خاص سلامتی یک حالت معمولی تلقی می‌شود. سالم بودن و بهنجار بودن از یک سو و بیمار بودن از سوی دیگر تقریباً مشابه هستند. در همه افراد، خود را سالم یا بیمار پنداشتن یک قضاوت ارزشی است. تحلیل تأثیر پشتوانه اجتماعی بر سلامتی افراد، افق‌های تازه جامعه‌شناختی‌تری را پیش‌روی محققان می‌گشاید. فرد اساساً سالم است و سلامتی او کاملاً به خود او بستگی دارد. تقابل سلامتی و بیماری به زبان بیمارانی که مورد پرسش قرار گرفته‌اند با تقابلی که آن‌ها از فرد و جامعه در ذهن دارند تشدید می‌شود و این نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی بر جنبه‌های مختلف سلامتی تأثیر دارد (۱). نکته دیگر قابل‌توجه در رابطه با موضوع بیماری یا سلامت این است که خود را بیمار دانستن یا نیازمند به مشورت پزشکی دانستن فرآیندی پیچیده‌تر از آن است که انگاره سنتی بیماری بتواند بیانگر آن باشد (۲)؛ بنابراین احساس افراد در رابطه با میزان سلامت خود یا همان خودارزیابی سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. به عبارت دقیق‌تر یکی از شاخص‌های شناخته شده بین‌المللی در تحقیقات سلامت همگانی و اپیدمیولوژی که دارای کاربردی گسترده است، ارزیابی سلامت توسط فرد یا خودارزیابی سلامت است (۳).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که ارزیابی سلامت کلی توسط فرد به‌ویژه به صورت دوره‌ای دارای ارتباط قوی با سایر سنجش‌های موضوعی و عینی بهزیستی، پیامدهای سلامتی و مرگ است. به‌بیان‌دیگر سنجش‌های حاصل از ارزیابی سلامت افراد توسط خودشان، پیشگویی کننده مخاطرات سلامتی و رفتار آن‌ها در ارتباط با سلامتی‌شان در طول زندگی و کیفیت زندگی‌شان است (۷-۴). جدای از این بررسی خودارزیابی سلامت به تنهایی از اهمیت بالایی در یک جامعه برخوردار است چرا که به نوعی نشان دهنده وضعیت سلامت جامعه و به‌طور دقیق‌تر نشان‌دهنده احساس سلامتی در افراد است که به استناد تحقیقات صورت گرفته رابطه مستقیمی با میزان مرگ‌ومیر دارد. به همین جهت محققان معتقدند که خودارزیابی سلامت می‌تواند ابزار اندازه‌گیری مفیدی برای سیستم پزشکی باشد (۸). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سلامت و خودارزیابی سلامت تحت تأثیر فاکتورهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی متعددی قرار دارند. از فاکتورهای تأثیرگذار بر سلامت و خودارزیابی سلامت، درک افراد از میزان حمایت اجتماعی و میزان اعتماد آن‌ها به نهادهای بهداشتی- درمانی می‌باشد. اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی یکی از فاکتورهای اجتماعی مؤثر بر میزان فعالیت فیزیکی و به دنبال آن سلامت افراد است (۹). در ارتباط با حمایت اجتماعی این نکته قابل ذکر است که حمایت اجتماعی از چند طریق می‌تواند بر خودارزیابی سلامت مؤثر باشد. زمانی که فردی از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار باشد،



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

اطرافیان یا همان جامعه از وی مراقبت می‌کنند که این مراقبت یا به صورت مراقبت مستقیم است مانند مادری که از کودکی خردسال مراقبت می‌کند یا به صورت دلگرمی، راهنمایی، نصیحت، مشاوره و آموزش. بنابراین از خطرات جسمی و روانی، بیشتر از دیگران در امان خواهد ماند. همچنین، درک در مورد دسترس بودن افرادی که احساس می‌کنیم به ما اهمیت می‌دهند و اطمینان از این‌که افرادی وجود دارند که بتوان در هنگام نیاز روی کمک آن‌ها حساب کرد باعث می‌شود که احساس خوبی داشته باشیم (۱۰،۱۱). وقتی فردی به این باور برسد که در زمان نیاز افرادی وجود دارند که به وی کمک کنند، توانایی آن فرد برای کنار آمدن با فشارهای روانی بهتر می‌شود (۱۲،۱۳) که این خود به افزایش سطح سلامت روان و به دنبال آن سلامت جسمی در افراد کمک می‌نماید. هر چند باید به این نکته توجه داشت که رابطه بین ارزیابی فرد از وضعیت سلامتی با وضعیت سلامتی واقعی او رابطه دو سویه وجود دارد؛ به‌عبارت‌دیگر افرادی که سلامت جسمی و روانی بهتری دارند، ارزیابی بهتری از وضعیت سلامت خود در مقایسه با دیگران دارند (۱۴). اعتماد به نظام بهداشت و درمان بخش دیگری از حمایت اجتماعی و یکی دیگر از فاکتورهای مهمی است که می‌تواند سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهد. اهمیت پرداختن به اعتماد به نظام بهداشتی و درمانی از این جهت حائز اهمیت است که نتیجه وجود اعتماد کافی شهروندان به دستورات پزشکان و نهادهای درمانی، بهبود سلامت آنان خواهد بود؛ اما در صورت عدم وجود این مؤلفه در جامعه، اثربخشی نهادهای بهداشتی خدشه‌دار خواهد شد. در مراجعه مردم به پزشک نیز میزان اعتماد به آن‌ها بسیار مؤثر است. این مسئله را می‌توان در مصرف دارو، سبک زندگی که پزشک توصیه می‌کند، انجام معاینات تشخیصی و آزمایش‌های قبل از بیماری تسریع داد (۷،۸).

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که در حقیقت، درک افراد از میزان حمایت اجتماعی دریافتی‌شان می‌تواند نقش مهمی را در ارزیابی افراد از وضعیت سلامتی‌شان داشته باشد. برای مثال نتایج مطالعه‌ای که Morgan و Eastwood با عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خودارزیابی شده مادران در جنوب غربی استرالیا انجام دادند، نشان داد که حدود ۴ درصد از زنان وضعیت سلامت خود را بد گزارش نموده‌اند. محققان در پایان این مطالعه به این نتیجه دست یافتند که ضعف و انزوای اجتماعی در ارزیابی مادران از وضعیت سلامتی‌شان تأثیر معنی‌داری دارد (۱۵). یافته‌های مطالعه دیگری که Lamarca و همکاران در جهت بررسی تأثیر ارتباط بین همسایگان و سرمایه اجتماعی فردی با خودارزیابی سلامت در برزیل صورت گرفت، نشان داد که سرمایه‌های فردی اجتماعی شامل حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با خودارزیابی سلامت رابطه آماری معنی‌دار داشتند. به صورت دقیق‌تر نتایج این مطالعه نشان داد که سرمایه اجتماعی فردی و حمایت اجتماعی پایین بر خودارزیابی زنان از وضعیت سلامتی‌شان تأثیر منفی داشته است (۱۶). در ارتباط با اهمیت و نقش اعتماد اجتماعی، Jen و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان تحلیل خودارزیابی سلامت و اعتماد اجتماعی بر اساس پیمایش جهانی سلامت که به مقایسه ۶۹ کشور جهان از نظر وضعیت ارزیابی کلی از سلامتی با در نظر گرفتن سطح اعتماد اجتماعی پرداخته است، به این نتیجه دست یافتند که بین دو متغیر مذکور رابطه مثبتی وجود داشت (۱۷).



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

یکی دیگر از مباحثی که در این راستا وجود دارد این است که آیا خودارزیابی سلامت، شاخص معتبری از وضعیت واقعی سلامت فرد محسوب می‌شود یا خیر؟ بر این اساس، Wu و همکاران در تحقیقی با عنوان ارتباط میان سلامت خودارزیابی شده و سلامت عینی که در میان شهروندان پنج شهرستان کشور چین با ۱۸۰۰۰ نمونه انجام گرفت، به این نتیجه رسیدند که شیوع تمام بیماری‌ها با سطح پایین خودارزیابی سلامت همراه است و خودارزیابی سلامت یک شاخص معتبر است (۱۸).

بنابراین بررسی وضعیت سلامتی افراد از نگاه خودشان یک سنجه مهم از نظر وضعیت سلامت عمومی جامعه است؛ اما مروری بر مطالعات گذشته نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در شهر شیراز به عنوان یکی از کلان شهرهای ایران صورت نگرفته است. این نکته نیز قابل یادآوری است که یکی دیگر از دلایل انتخاب شهر شیراز به عنوان جامعه مورد مطالعه، آشنایی محققان با ابعاد مختلف جمعیت‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی این شهر بوده است. بر این اساس، این مطالعه به بررسی رابطه ارزیابی مردم از وضعیت سلامتی‌شان و ارتباط آن با وضعیت حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد آنان به سیستم بهداشت و درمان در شهر شیراز پرداخت.

## روش بررسی

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی مهرماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ۱۳۹۶ انجام شد. ۶۰۱ نفر بزرگ‌سال بالای ۱۸ سال ساکن در شهر شیراز با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب، به عنوان نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند. به بیان دقیق‌تر، ابتدا تعداد و نسبت جمعیت بیشتر از ۱۸ سال بر اساس مناطق نه‌گانه شهرداری شیراز در سرشماری ۱۳۹۰ مشخص شد. سپس نسبت جامعه آماری در مناطق مذکور در جمعیت نمونه مدنظر قرار داده شد. در ادامه و بعد از مشخص شدن تعداد نمونه در هرکدام از مناطق شهرداری به صورت تصادفی از هر منطقه، سه محله انتخاب شد. در درون محله‌ها به شیوه تصادفی سیستماتیک به درب منازل مراجعه و نمونه مورد نظر شناسایی شد و با او مصاحبه به عمل آمد. این نکته قابل ذکر است که قبل از تکمیل پرسشنامه در مورد اهداف گردآوری اطلاعات توضیح داده شد و به آن‌ها گفته شد که پاسخگویی به سؤالات کاملاً اختیاری است، اطلاعات آن‌ها بدون نام بوده و به صورت کاملاً محرمانه نگهداری می‌شود. به علاوه رضایت‌نامه کتبی از پاسخگویان اخذ گردید. داده‌های موردنیاز با استفاده از سه پرسشنامه جمع‌آوری گردید که در ابتدای آن ویژگی‌های دموگرافیک نظیر جنسیت، سن، میزان درآمد ماهانه و سطح تحصیلات طرح شد. اولین پرسشنامه، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ: General Health Questionnaire) بود. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال جهت سنجش میزان سلامت فرد از منظر خودش است که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ طراحی گردید. سؤالات پرسشنامه در برگیرنده چهار بُعد، علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی بودند که هر یک از آن‌ها خود شامل ۷ سؤال می‌باشند (۱۹). امتیازدهی به سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این شکل که نمره صفر نشان دهنده کمترین میزان سلامت و امتیاز چهار حاکی از بیشترین میزان سلامت بود. حداقل و حداکثر نمره هر فرد در هر بعد بین ۱ تا ۲۸ بود و



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

امتیاز کل هر فرد بین ۲۸ تا ۱۱۲ بود (۳). با توجه به داده‌های پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده، میانگین امتیازها برای نشان دادن وضعیت افراد از نظر سلامت عمومی محاسبه شد و میانگین نمرات کمتر از ۷۳ نشان‌دهنده وضعیت ضعیف، میانگین نمرات بین ۷۳ تا ۹۶ نشان‌دهنده وضعیت متوسط و میانگین نمرات ۹۷ و بالاتر نشان‌دهنده وضعیت سلامت در حد مطلوب بود. در ارتباط با بعد سلامت جسمانی میانگین نمرات کمتر از ۱۷ نشان‌دهنده وضعیت ضعیف، میانگین نمرات ۱۷ تا ۲۵ نشان‌دهنده وضعیت متوسط و میانگین بالاتر از ۲۵ نشان‌دهنده وضعیت خوب سلامت جسمانی بود. در خصوص کارکرد اجتماعی، میانگین نمرات کمتر از ۱۵ نشان‌دهنده وضعیت ضعیف، میانگین نمرات ۱۵ تا ۲۳ حاکی از وضعیت متوسط و میانگین بالاتر از ۲۳ نشان‌دهنده سطح بالای کارکرد اجتماعی بود. در خصوص بُعد اضطراب، میانگین نمرات کمتر از ۱۶ نشان‌دهنده اضطراب بالا، میانگین نمرات ۱۶ تا ۲۱ حاکی از اضطراب متوسط و میانگین نمرات بالاتر از ۲۱ نشان‌دهنده اضطراب پایین بود. در ارتباط با بعد افسردگی، میانگین نمرات کمتر از ۲۰ نشان‌دهنده افسردگی بالا، میانگین نمرات ۲۰ تا ۲۴ بیانگر افسردگی متوسط و میانگین نمرات بالاتر از ۲۴ نشان‌دهنده افسردگی پایین بود. سازمان بهداشت جهانی در مطالعه‌ای در سطح جمعیت عمومی در تعداد زیادی از کشورها به این نتیجه رسید که این پرسشنامه قابل استفاده در تمامی فرهنگ‌ها می‌باشد (۳،۲۰،۲۱). در ایران نیز بارها مورد استفاده قرار گرفته است و روایی و پایایی آن مورد تأیید واقع شده است (۳). پرسشنامه دوم، پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده وین فیلد و تیکرمن بود که در سال ۱۹۹۲ جهت سنجش متغیر درک حمایت اجتماعی طراحی شد و متشکل از ۱۰ سؤال بود و روایی و پایایی آن مورد تأیید است (۱۱). امتیازدهی به سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این شکل که نمره صفر نشان‌دهنده کمترین میزان درک حمایت اجتماعی و امتیاز چهار حاکی از بیشترین میزان درک حمایت اجتماعی بود. درصورتی‌که میانگین نمرات شهروندان مورد بررسی در شهر شیراز کمتر از ۱۲ باشد، نشان‌دهنده سطح پایین درک حمایت اجتماعی، میانگین نمرات بین ۱۲ تا ۲۷ نشان‌دهنده سطح متوسط و نمرات ۲۸ و بالاتر نشان‌دهنده درک بالای شهروندان از حمایت اجتماعی بود. سومین پرسشنامه، پرسشنامه محقق ساخته‌ای مشتمل بر ۱۰ سؤال جهت سنجش میزان اعتماد پاسخگویان به نظام بهداشتی- درمانی بود. در این پرسشنامه میزان اعتماد پاسخگویان به بیمارستان‌های دولتی، بیمارستان‌های خصوصی، درمانگاه‌های شبانه‌روزی، مراکز بهداشت شهری، پزشک عمومی، پزشک متخصص، پرستار، بیمه‌های درمانی و طرح پزشک خانواده ارزیابی شد. طراحی شد. به علاوه، جهت سنجش روایی پرسشنامه، پرسشنامه‌های مذکور برای ۱۵ نفر از متخصصین حوزه جامعه‌شناسی پزشکی، پزشکی اجتماعی و مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی فرستاده و نظرات آنان اخذ شد. سپس پیش آزمون بر روی ۴۰ نفر صورت گرفت. برای تعیین پایایی، پرسشنامه بین ۴۰ نفر از شهروندان شهر شیراز قرار گرفت و نسخه تکمیل شده تحویل شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی این پرسشنامه بود. امتیازدهی به سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این شکل که نمره صفر نشان‌دهنده کمترین میزان اعتماد



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

و امتیاز چهار حاکی از بیشترین میزان اعتماد بود. درصورتی‌که میانگین نمرات شهروندان کمتر از ۱۶ باشد نشان‌دهنده سطح پایین اعتماد مردم، میانگین نمرات بین ۱۶ تا ۳۱ نشان‌دهنده میزان متوسط اعتماد شهروندان و میانگین نمرات ۳۲ و بالاتر حاکی از اعتماد بالای شهروندان به نظام بهداشتی و درمانی بود. نرخ پاسخگویی ۹۵/۴ درصد بود. آماره‌های توصیفی نظیر فراوانی، میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری پیرسون استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها**

۳۳/۷۸ درصد از پاسخگویان بین سنین ۲۹-۲۰ سال قرار داشتند. به علاوه ۵۱/۱ درصد از پاسخگویان مرد و ۴۹/۹ درصد بودند. ۴۵ درصد از شهروندان مورد بررسی دارای سطح تحصیلات کاردانی و کارشناسی بودند. همچنین حدود ۷۰ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه متوسط می‌دانستند (جدول ۱).

**جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شهروندان مورد بررسی در شهر شیراز**

| ویژگی‌های دموگرافیک | | تعداد(درصد) | ویژگی‌های دموگرافیک | | تعداد(درصد) |
|---|---|---|---|---|---|
| گروه سنی | زیر ۲۰ سال | (۴/۸۳)۳۹ | سطح تحصیلات | زیر دیپلم | (۱۴)۸۳ |
| | ۲۹- ۲۰ | (۳۳/۷۸)۲۰۳ | | دیپلم | (۲۹)۱۷۳ |
| | ۳۹-۳۰ | (۲۷/۱۲)۱۶۳ | | کاردانی و کارشناسی | (۴۵)۲۶۷ |
| | ۴۹-۴۰ | (۱۹/۴۷)۱۱۷ | | کارشناسی ارشد | (۹/۵)۵۸ |
| | ۵۹-۵۰ | (۱۰/۱۵)۶۱ | | دکتری | (۲/۵)۱۶ |
| | ۶۰ ≤ | (۴/۶۵)۲۸ | طبقه اقتصادی-اجتماعی | بالا | (۱۶)۹۸ |
| جنسیت | مرد | (۵۱/۵)۳۱۰ | | متوسط | (۷۰)۴۱۹ |
| | زن | (۴۸/۵)۲۹۱ | | پایین | (۱۴)۸۴ |

در مورد خودارزیابی سلامت، بعد افسردگی با میانگین امتیاز ۲۴±۴/۲ دارای بالاترین امتیاز بود که حاکی از سطح افسردگی پایین بود. پایین‌ترین میانگین امتیاز مربوط به بعد کارکرد اجتماعی با ۱۸/۷±۳/۹بود که حکایت از ارزیابی نسبتاً متوسط فرد از کارکرد اجتماعی‌اش داشت. میانگین کلی امتیاز مقیاس سلامت گلدبرگ برابر با ۸۵±۱۲/۶ بود که نشان از وضعیت متوسط سلامت شهروندان از دید خودشان داشت (جدول ۲). به علاوه ۱۹درصد از شهروندان، سطح سلامتی خود را مطلوب، ۶۸/۷ درصد متوسط و ۱۲/۳ درصد سلامت خود را ضعیف ارزیابی کردند.



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

جدول ۲: میانگین امتیاز خودارزیابی وضعیت سلامتی شهروندان مورد بررسی در شهر شیراز

| ابعاد وضعیت سلامتی | | | | میانگین کل |
|---|---|---|---|---|
| سلامت جسمانی | کارکرد اجتماعی | عدم اضطراب | عدم افسردگی | |
| انحراف معیار±میانگین | انحراف معیار±میانگین | انحراف معیار±میانگین | انحراف معیار±میانگین | |
| ۲۱/۵±۳/۹ | ۱۸/۷±۳/۹ | ۲۰/۸±۴/۵ | ۲۴±۴/۲ | ۸۵±۱۲/۶ |

میانگین نمرات مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده ۷/۹ ±۲۰ بود که حاکی از وضعیت متوسط آنان از این حیث بود. از نظر ۶۷ درصد شهروندان، حمایت اجتماعی در سطح متوسطی قرار داشت و نظر ۱۵/۶ درصد آنان این بود که وضعیت حمایت اجتماعی در سطح پایینی قرار دارد.

میانگین نمرات مقیاس اعتماد به نهادهای بهداشتی و درمانی ۸/۴ ±۲۴/۵ بود. ۱۳ درصد از شهروندان دارای اعتماد بالا، ۷۲ درصد دارای اعتماد متوسط و ۱۴/۵ درصد دارای اعتماد بالایی به نهادهای بهداشتی و درمانی بودند. میزان اعتماد ۳۶ درصد از شهروندان به بیمارستان‌های دولتی و ۴۵/۶ درصد از آنان به بیمارستان‌های خصوصی در سطح متوسط بود. همچنین ۴۲ درصد از آنان اظهار داشتند که اعتماد بالایی به پزشکان متخصص داشتند. اعتماد ۴۲ درصد از شهروندان به پرستاران و ۲۶ درصد آنان به بیمه‌های درمانی و ۳۸ درصد به دندان‌پزشکان در حد متوسط بود. همچنین ۳۵/۵ درصد آنان عنوان نمودند که هیچ‌گونه اعتمادی به طرح پزشک خانواده اعتماد نداشتند. همچنین اعتماد ۷۲ درصد از شهروندان به نهادهای بهداشتی و درمانی در حد متوسط و ۱۴/۵ درصد در سطح پایینی قرار داشت.

نتایج نشان داد بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و امتیاز کلی سلامت خودارزیابی شده و ابعاد مختلف آن یعنی بعد جسمانی (P=۰/۰۰)، عدم اضطراب (P=۰/۰۰)، کارکرد اجتماعی(P=۰/۰۰) و عدم افسردگی (P=۰/۰۰۵) رابطه معنی‌دار و مثبتی وجود داشت به این معنا که هر چه فرد میزان بالاتری از حمایت اجتماعی را احساس می‌کرد، ارزیابی کلی او از وضعیت سلامتی و ابعاد مختلف آن در سطح بالاتری قرار می‌گرفت. همچنین بین اعتماد فرد به نظام سلامت و امتیاز کلی سلامت خودارزیابی شده و ابعاد مختلف آن یعنی بعد جسمانی(P=۰/۰۰)، عدم اضطراب (P=۰/۰۰۴)، کارکرد اجتماعی (P=۰/۰۰) و عدم افسردگی (P=۰/۰۰) رابطه آماری معنی‌دار و مثبتی وجود داشت؛ به‌بیان‌دیگر هر چه اعتماد افراد به نظام سلامت بیشتر شود، میزان ارزیابی آن‌ها از وضعیت سلامتی‌شان در سطح بالاتری قرار می‌گرفت (جدول ۳).



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

جدول ۳: ارتباط بین حمایت اجتماعی و اعتماد به نظام سلامت با ابعاد مختلف خودارزیابی سلامت

| متغیرها | آزمون پیرسون | ابعاد مختلف خودارزیابی سلامت | | | | مقیاس کلی خودارزیابی سلامت |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | جسمانی | عدم اضطراب | کارکرد اجتماعی | عدم افسردگی | |
| حمایت اجتماعی | ضریب همبستگی | ۰/۴۳۸ | ۰/۳۰۱ | ۰/۳۹۱ | ۰/۳۱۴ | ۰/۲۴۵ |
| | P-Value | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۰ |
| اعتماد به نظام سلامت | ضریب همبستگی | ۰/۴۴۴ | ۰/۵۱۶ | ۰/۵۶۰ | ۰/۳۹۴ | ۰/۳۵۷ |
| | P-Value | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |

## بحث و نتیجه‌گیری

بالاترین و پایین‌ترین میانگین امتیاز خودارزیابی سلامت مربوط به بعد عدم وجود افسردگی با ۲۴±۴/۲ و کارکرد اجتماعی با ۱۸/۷±۳/۹ بود. میانگین امتیاز سلامت عمومی در افراد مورد بررسی ۸۵±۱۲/۶ بود. با توجه به این‌که مطالعات مشابه بر روی کارمندان، پرستاران، دانشجویان، مدیران و سایر اقشار انجام شده بود و بر روی شهروندان انجام نشده بود؛ لذا در این زمینه مطالعه مشابهی به عنوان شاهد یافت نشد. در ارتباط با ابعاد مختلف خودارزیابی سلامت، افراد نسبت به کارکرد اجتماعی خود پایین‌ترین سطح ارزیابی را نسبت به سه بعد دیگر داشته‌اند که این موضوع می‌تواند هم ناشی از نوعی بی‌ثباتی در مسائل اجتماعی باشد که فرد را به صورت منفی در انجام نقش‌های روزمره، برنامه‌ریزی‌هایش و احساس رضایتش از نحوه انجام نقش‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد و هم ناشی از عدم کفایت مهارت‌های اجتماعی فردی.

۶۸/۷ درصد از شهروندان به نظر خودشان از سطح متوسطی از سلامت برخوردار بودند. این در حالی است که Molarius و همکاران بر اساس مطالعه‌ای بر روی زنان و مردان سوئدی بالای ۱۸ سال دریافتند که ۹۰ درصد از افراد وضعیت سلامت خود را در حد بالا ارزیابی نمودند (۱۹). نتیجه Hetlevik و همکاران نیز نشان داد که حدود ۹۰ درصد از افراد مورد بررسی، سلامت خود را در حد بالا ارزیابی نمودند (۲۲). در مطالعه کشوری وحدانی‌نیا و همکاران در خصوص خودارزیابی ۲۷۸۸۳ نفر از سلامتشان که در سنین ۱۸ تا ۶۵ ساله بودند، مشخص شد که ۷۱ درصد از پاسخگویان سلامت خود را به صورت بسیار خوب یا خوب ارزیابی کرده بودند (۳). به این ترتیب می‌توان دریافت که خودارزیابی ساکنین شهر شیراز در خصوص وضعیت سلامتی‌شان به نسبت مطالعه ملی صورت گرفته توسط وحدانی‌نیا و همکاران از سطح پایین‌تری برخوردار بوده که این خود می‌تواند به عنوان یک زنگ خطر در نظر گرفته شود و نیازمند بررسی دقیق‌تر است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۶۷ درصد از پاسخگویان حد متوسطی از حمایت اجتماعی را دریافت نمودند، به‌بیان‌دیگر اکثریت پاسخگویان میزان حمایت دریافتی خود را از منابع عمده حمایت اجتماعی از قبیل خانواده، همسالان، همسایگان و خویشاوندان در حد متوسط می‌دانستند. هر چند یافته‌های آماری دقیقی در خصوص میزان حمایت نزدیکان در مطالعات یافت نشد؛ اما به نظر می‌رسد میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط افراد در جامعه سنتی‌تر در سطح بالاتری قرار داشته باشد. کشور ایران مانند بسیاری از دیگر کشورها در مسیر



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

صنعتی شدن و تغییرات اجتماعی – فرهنگی از جمله فردگرایی قرار گرفته است. این موضوع می‌تواند منجر به تغییراتی در روابط افراد با خانواده، خویشاوندان و دوستان و کاهش درک حمایت اجتماعی از سوی آنان گردد. یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد ۷۰ درصد از ساکنین شهر شیراز در حد متوسط به نظام بهداشت و درمان اعتماد داشتند و پایین‌ترین سطح اعتماد پاسخگویان به طرح تحول سلامت و بالاترین اعتماد به پزشکان متخصص بود. یافته‌های مطالعه تبریزی و همکاران در شهر تبریز نشان داد که بیشترین اعتماد مردم به پزشکان متخصص و کمترین اعتماد مربوط به سیاست‌های کلان در حوزه بهداشت و درمان بود (۲۳). به علاوه یافته‌ها نمایانگر آن بود که بین خودارزیابی سلامت در ابعاد مختلف و اعتماد به نظام بهداشتی– درمانی، رابطه مثبتی وجود داشت. بدین‌معنا که هر چه سطح اعتماد افراد به نظام بهداشتی و درمانی کشور بیشتر باشد، میزان ارزیابی آن‌ها از سطح سلامتی‌شان به‌طورکلی و در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی در سطح بهتر و بالاتری قرار داشت.

از نگاه Jen و همکاران نیز اعتماد اجتماعی رابطه مثبتی با خودارزیابی سلامت داشت (۱۷). Mohseni وLindstrom نیز در پژوهش خود دریافتند که رابطه مثبتی بین اعتماد به نظام سلامت و خودارزیابی سلامت وجود داشت (۲۴). Yang و همکاران یافته‌های مطالعه دیگری در فیلادلفیا نشان داد که محیط اجتماعی محله بر میزان اعتماد افراد به نظام بهداشتی و درمانی تأثیر معنی‌دار داشت؛ اما حتی پس از کنترل متغیر محیط اجتماعی محله، اعتماد به نظام بهداشتی و درمانی و خودارزیابی افراد از سطح سلامتی‌شان با یکدیگر رابطه معکوس داشت (۲۵).

کاملاً مشهود است که میزان اعتماد اجتماعی به اجزای مختلف نظام بهداشت و درمان از قبیل اعتماد به پزشکان، مراکز بهداشتی – درمانی خصوصی و دولتی نقش مهمی در ارتقاء سلامت افراد جامعه دارد، چرا که این اعتماد از مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر در مراجعه به موقع جهت بررسی وضعیت سلامت، پیشگیری از بیمارهای جسمی و روانی و پیگیری مراحل درمان در صورت نیاز می‌باشد. به علاوه اعتماد به نظام‌های بهداشتی – درمانی به عنوان بخشی از حمایت ادراک شده این احساس را در افراد به وجود می‌آورد که هر زمان نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی– درمانی داشته باشند می‌توانند به آن تکیه کنند و از خدمات آن بهره مناسب را ببرند. بر این اساس، افزایش اعتماد مردم به بخش‌های مختلف نظام بهداشت و درمان به ویژه در ارتباط با طرح تحول سلامت و بخش‌های دولتی می‌تواند در بهبود ارزیابی آن‌ها از وضعیت سلامتی‌شان نقش مؤثری ایفا کند. به‌طور خلاصه ترکیبی از میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و میزان اعتماد به نظام بهداشت و درمانی تأثیر بسیار مهمی بر ارزیابی افراد از وضعیت سلامتی‌شان دارد.

به علاوه یافته‌ها نشان داد میزان درک شهروندان از میزان حمایت اجتماعی با ارزیابی کلی آنان از سطح سلامتی‌شان و تمامی ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی رابطه مثبت داشت، بدین‌معنی هر چه افراد میزان بالاتری از حمایت اجتماعی را دریافت و احساس می‌کردند، ارزیابی بهتر و مثبت‌تری از وضعیت سلامت خود داشتند. Morgan و Eastwood نیز در مطالعه خود در استرالیا رابطه معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی افراد از میزان سلامتی‌شان به دست آوردند (۱۵). Lamarca و همکاران نیز دریافتند که رابطه معنی‌دار و مثبتی بین حمایت اجتماعی و



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

خودارزیابی سلامت وجود دارد (۱۶). Belanger و همکاران در مطالعه‌ای که در کانادا انجام دادند نیز دریافتند که حمایت اجتماعی با هر دو بعد سلامت جسمی و سلامت روانی رابطه آماری مثبت داشت (۲۶). به‌طورکلی مطالعه حاضر و مطالعات ذکر شده تأیید کننده این مطلب هستند که هر چه فرد سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را دریافت و درک نماید، از سطح بالاتری از سلامت در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار خواهد شد.

## پیشنهادها

سیاست‌گذاران باید توجه داشته باشند که سلامتی پدیده‌ای اجتماعی است و در نتیجه، بهبود وضعیت سلامت در جامعه نیازمند توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است. مدیران و سیاست‌گذاران می‌توانند با شناخت عوامل اجتماعی که موجب کاهش شاخص‌های تندرستی در جامعه می‌شود.

## سپاسگزاری

این مقاله بر اساس بخشی از داده‌های پایان‌نامه کارشناسی ارشد در گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه شیراز آماده شد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند که از تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

## تضاد منافع

بین نویسندگان و سازمانی تعارض منافع وجود نداشت.

## References

**1.** Cockerham WC. Medical Sociology. 13th ed. NweYork: Routledge; 2015.
**2.** Safiri K, Imanian S. A Sociological Study of Health and Illness, Investigating health-related behaviors among female students of Tehran and Alzahra Universities. Journal of Historical Sociology 2009;1(1):145-66. Persian
**3.** Vahdaninia M, Ebadi M, Azin A, Aeenparast A, Omidvari S, Jahangiri K. How people rate their own health: a nationwide study from Iran. Payesh 2011; 10 (3):355-63. Persian
**4.** DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med 2006;21(3):267-75. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
**5.** DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. Med Care 2009;47(4):440-7. doi: 10.1097/MLR.0b013e318190b716.
**6.** Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Stud 2005;42(2):147-58. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.003
**7.** Hetlevik Ø, Vie TL, Meland E, Breidablik HJ, Jahanlu D. Adolescent self-rated health predicts general practice attendance in adulthood: Results from the Young-HUNT1 survey. Scandinavian Journal of Public Health 2019;47(1):37-44. doi.org/10.1177/1403494818772212
**8.** Marques A, Peralta M, Santos T, Martins J, Gaspar de Matos M. Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. Public Health 2019;170:89-94. doi: 10.1016/j.puhe.2019.02.022.
**9.** Scarapicchia TMF, Amireault S, Faulkner G, Sabiston CM. Social support and physical activity participation among healthy adults: a systematic review of prospective studies. International Review of Sport and Exercise Psychology 2017;10(1):50-83. doi: 10.1080/1750984X.2016.1183222
**10.** Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 1976; 38(5): 300-14. doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003
**11.** Harooni J, Hassanzadeh A, Salahshoori A, Poorhaji F, Mostafavi F. Investigation impact of perceived social and religious support on health status of the elderly Women and Men. J Health Syst Res 2013; 9(11): 1230-8. Persian
**12.** Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei MT,



[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

Nojomi M, Richter J. A Persian Version of the Social Support Questionnaire (SSQ). Social Welfare 2011;11(41):251-66. Persian

**13.** Ghasemipoor M, Jahanbakhsh Ganje S. The relationship between the social support and mental health in Lorestan university students in 2009. Yafte 2010;12(1):57-89. Persian

**14.** Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen JG. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act 2017;14(1):56. doi: 10.1186/s12966-017-0509-8.

**15.** Morgan KJ, Eastwood JG. Social determinants of maternal self-rated health in South Western Sydney, Australia. BMC Res Notes 2014;7:51. doi: 10.1186/1756-0500-7-51.

**16.** Lamarca GA, do CLM, Sheiham A, Vettore MV. The association of neighbourhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. BMC Pregnancy Childbirth 2013;13:1. doi: 10.1186/1471-2393-13-1.

**17.** Jen MH, Sund ER, Johnston R, Jones K. Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. Health Place 2010 Sep;16(5):1022-9. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.06.008.

**18.** Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 2013;13(1):320. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320

**19.** Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. Eur J Public Health 2007;17(2):125-33. doi: 10.1093/eurpub/ckl070

**20.** Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 66. doi: 10.1186/1477-7525-1-66

**21.** Kashyap GC, Singh SK. Reliability and validity of general health questionnaire (GHQ-12) for male tannery workers: a study carried out in Kanpur, India. BMC Psychiatry 2017;17(1):102. doi: 10.1186/s12888-017-1253-y.

**22.** Hetlevik Ø, Vie TL, Meland E, Breidablik HJ, Jahanlu D. Adolescent self-rated health predicts general practice attendance in adulthood: Results from the Young-HUNT1 survey. Scandinavian Journal of Public Health 2019;47(1):37-44. doi.org/10.1177/1403494818772212

**23.** Tabrizi JS, Saadati M, Sadeghi Bazargani H, Abedi L, Alibabayee, R. Iranian public trust in health services: evidence from Tabriz, Islamic Republic of Iran. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal 2016; 22(10): 713 - 18.

**24.** Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. Soc Sci Med 2007;64(7):1373-83. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.023

**25.** Yang TC, Matthews SA, Shoff C. Individual health care system distrust and neighborhood social environment: how are they jointly associated with self-rated health? J Urban Health 2011; 88(5): 945–58. doi: 10.1007/s11524-011-9561-x

**26.** Belanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio CL, Phillips SP, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. BMJ Open 2016;6(6):e011503. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011503.

[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]

Original Article

# The Relationship of Self-Rated Health with Perceived Social Support and Trust in Health Care System in Residents of Shiraz City

**Movahed Majid[1], Shahiri Mahdi[2], Asadi Sarvestani Khadijeh[3]***

• Received: 02. 05. 2018 • Revised: 16. 08. 2018 • Accepted: 18. 08. 2018

## Abstract

**Background & Objectives:** Self-rated health is one of the main health indexes of society which is affected by several economic, social and cultural factors. Accordingly, the purpose of this study was to find the level of self-rated health and its relationship with perceived social support and trust in health care system among residents of Shiraz City/ Iran.

**Methods:** The study was descriptive-analytical which conducted as cross-sectional on 601 of Shiraz City citizens over 18 years old selected by proportional stratified-sampling method, from September 2016 to April 2017. Data were collected by Goldberg public health questionnaire (GHQ-28) to measure the Self-Rated Health and Winfield & Tuckerman Questionnaire to measure the perceived social support and a researcher-made questionnaire to measure trust in health care system. Pearson statistical test was used to analyze the data. Data analysis was done through SPSS software version 20.

**Results:** Mean score of self-rated health was 85± 12.65. In whole, 12% of respondents rated low level and 68.7% intermediate level of health. In addition, according to the results, self-rated health in physical, psychological and social domains had significant relationship with perceived social support and trust in health care system.

**Conclusion:** The attention of policy makers in the field of health to the concept of self-assessed health and influencing factors can play an important role in promoting the health of the community and preventing the occurrence of physical, psychological and social problems.

**Keywords:** Self-Rated Health, Perceived Social Support, Trust in Health Care System

•**Citation:** Movahed M, Shahiri M, Asadi Sarvestani K. The Relationship of Self-Rated Health with Perceived Social Support and Trust in Health Care System in Residents of Shiraz City. Journal of Health Based Research 2018; 4(2): 207-18. [In Persian]

1. Professor, Department of Sociology and Social Planning, School of Economics, Management & Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
2. MS Student, Department of Sociology and Social Planning, School of Economics, Management & Social Sciences Shiraz University, Shiraz, Iran
3. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
***Correspondence:** Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Sistan and Baluchestan , University Blvd, Zahedan, Iran
**Tel:** 00985431312000 **Email:** Asadi.kh1982@gmail.com

[ Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-13 ]