

آیا سلامت خودابراز شاخص مناسبی برای اندازه‌گیری سلامت افراد جامعه است: مطالعه مروری

سحرناز نجات^۱

^۱ دانشیار اپیدمیولوژی، بخش اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده رابط: سحرناز نجات، نشانی: تهران خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تلفن: ۰۲۱۸۸۹۹۲۹۶۹،

نمبر: ۰۲۱۸۸۹۹۱۲۳، آدرس الکترونیک: nejatsan@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۵؛ پذیرش: ۹۳/۷/۵

مقدمه و اهداف: سلامت به عنوان معمول‌ترین پی‌آمد در پژوهش‌های سلامت مد نظر می‌باشد. ابزار زیادی برای ارزیابی عینی و ذهنی سلامت وجود دارد. یکی از شاخص‌های سنجش سلامت، «سلامت خودابراز» می‌باشد که تنها با یک سؤال به ارزیابی سلامت می‌پردازد؛ بنابراین استفاده از آن آسان و مقرون به صرفه است. در این مطالعه مروری، به چالش‌ها و سوگیری‌هایی که این شاخص در تفسیر نتایج ایجاد می‌نماید؛ توجه شده است.

روش کار: در این مطالعه مروری با واژگان کلیدی سلامت خودابراز در عنوان، بانک اطلاعاتی مدلاین و ایران مدکس در دسامبر ۲۰۱۳ میلادی جستجو گردید

۱۱۰۶ عنوان و چکیده به دست آمده مرور گردید که از این میان ۱۰۶ مقاله در مرور ابتدایی مرتبط تشخیص داده شدند. همین‌طور منابع برخی از این مقالات در صورت مرتبط بودن (۱۶ مقاله) نیز بررسی گردید.

نتایج: اگر چه سؤالات ۵ یا ۷ گزینه‌ای، مقایسه‌ای و غیر مقایسه‌ای برای خودارزیابی سلامت وجود دارد، شواهد بیانگر از هم‌پوشانی یافته‌های این سؤالات می‌باشند؛ به طوری که برتری هیچ‌یک بر دیگری نشان داده نشده است. از طرفی روایی این شاخص در گروه‌های اقتصادی- اجتماعی و نژادی مختلف متفاوت گزارش شده است؛ به طوری که می‌تواند باعث بیش یا کم برآورد نمودن تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه گردد.

نتیجه‌گیری: سؤال سلامت خودابراز هم‌چنان در پژوهش‌ها و ارزیابی‌های سلامت و درمان پر استفاده و مفید باقی مانده است. نکته‌ی مهم این که لازم است در تفسیر و مقایسه‌ی نتایج این پژوهش‌ها به تفاوت در سطح تحصیلات، وضع اقتصادی و فرهنگی گروه‌های شرکت کننده توجه شود.

واژگان کلیدی: سلامت خودابراز، سلامت ذهنی، اندازه‌گیری سلامت

مقدمه

سلامت مهم‌ترین پی‌آمد پژوهش‌های سلامت می‌باشد، بنابراین اندازه‌گیری آن هم‌واره یکی از چالش‌های پژوهش‌های سلامت بوده است. برای اندازه‌گیری سلامت ابزارهای متفاوتی وجود دارد، یک سر طیف اندازه‌گیری بر اساس معاینه پزشک می‌باشد، که

اگرچه گران است؛ اما به عنوان استاندارد طلایی در نظر گرفته می‌شود و پس از آن پرسشنامه‌های عریض و طویلی است که سابقه بیماری، مصرف دارو و در نهایت نشانه‌های بیماری را می‌پرسد تا به صورت عینی‌تری در مورد سلامت قضاوت نماید، در بسیاری موارد نیز به ارزیابی چند بعدی سلامت از دیدگاه خود بیمار پرداخته می‌شود که به نوعی سازه کیفیت زندگی را در بر می‌گیرد. در حالی که در آن سر طیف سلامت خودابراز وجود دارد که تنها یک سؤال به ارزیابی سلامت از دیدگاه خود بیمار

سلامت مهم‌ترین پی‌آمد پژوهش‌های سلامت می‌باشد، بنابراین اندازه‌گیری آن هم‌واره یکی از چالش‌های پژوهش‌های سلامت بوده است. برای اندازه‌گیری سلامت ابزارهای متفاوتی وجود دارد، یک سر طیف اندازه‌گیری بر اساس معاینه پزشک می‌باشد، که اگرچه گران است؛ اما به عنوان استاندارد طلایی در نظر گرفته می‌شود و پس از آن پرسشنامه‌های عریض و طویلی است که سابقه بیماری، مصرف دارو و در نهایت نشانه‌های بیماری را می‌پرسد تا به صورت عینی‌تری در مورد سلامت قضاوت نماید، در بسیاری موارد نیز به ارزیابی چند بعدی سلامت از دیدگاه خود بیمار پرداخته می‌شود که به نوعی سازه کیفیت زندگی را در بر می‌گیرد. در حالی که در آن سر طیف سلامت خودابراز وجود دارد که تنها یک سؤال به ارزیابی سلامت از دیدگاه خود بیمار

است، سالمندانی که سلامت خود را ضعیف گزارش می‌کنند؛ نیاز به توجه ویژه دارند چون بیش‌تر در معرض خطر قرار دارند (۱۱). اگرچه میزان پیش‌گویی سلامت خودابراز برای میزان مرگ‌ومیر در افرادی که جوان‌ترند و محدودیت عملکرد ندارند؛ بیش‌تر است (۱۹).

با استفاده از همین یک سؤال ساده می‌توان به یک جمع‌بندی در خصوص اجزاء و مؤلفه‌های مختلف و گوناگون سلامت رسید. چون پاسخ به آن جمع‌بندی و متأثر از تمام حیطه‌های سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)، تاریخچه خانوادگی، متغیرهای اجتماعی- اقتصادی و دموگرافیک، عوامل بیولوژیک و شاخص‌های بالینی می‌باشد. به عبارت دیگر پاسخ به این سؤال متأثر از اندازه سلامت واقعی و نیز رفتار گزارش‌دهی فرد از خود می‌باشد (۲۰-۲۲). در مطالعه‌ای نشان داده شد که بخش بزرگی از واریانس این سازه با سلامت جسمانی و روانی توجیه می‌شود و اثر سن، متغیرهای اجتماعی- اقتصادی، سابقه‌ی خانوادگی، و عوامل روانی- اجتماعی خفیف می‌باشد (۲۳). همین‌طور این سؤال پایایی بسیار خوبی در تمام زیرگروه‌های سنی، جنسی و تحصیلاتی از خود نشان داده است؛ اگر چه این صحت این شاخص در مردان مسن بالاتر گزارش شده است، اما در تمام زیرگروه‌های دیگر نیز هم‌چنان قابل قبول است (۲۴).

انواع سؤال سلامت خودابراز

در کل سلامت خود ابراز به مفهوم متداول آن تنها با یک سؤال سنجیده می‌شود. این سؤال می‌تواند بخشی از یک پرسشنامه مفصل‌تر مانند پرسشنامه‌های کیفیت زندگی باشد یا می‌تواند تنها سؤالی باشد که با آن سلامت سنجیده می‌شود.

سه نوع سؤال برای سنجش سلامت خودابراز وجود دارد (۲):

غیر مقایسه‌ای: در این نوع سؤال از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود وضع سلامت خود را ارزیابی کنند که خود این گونه سؤال، دو نوع سوال پنج گزینه‌ای و هفت گزینه‌ای دارد که انتخاب گزینه پنج یا هفت به معنی سلامت خودابراز عالی می‌باشد (۲-۱). برخی موارد از مقیاس بینایی (VAS)^۱ به جای گزینه‌های لیکرت ۵ یا ۷ گانه استفاده می‌شود (۲۵).

مقایسه‌ی سنی: در این نوع سؤال، سلامت خودابراز از شرکت‌کنندگان سؤال می‌شود که وضع سلامت آنان در مقایسه با افراد هم‌سن آن‌ها بهتر، مساوی یا بدتر است (۲).

مقایسه‌ی زمانی: در این نوع سؤال، سلامت خودابراز از

در این مقاله مروری هدف ارایه تعریف و انواع سؤالات برای اندازه‌گیری سلامت خود ابراز می‌باشد. ضمن این که نویسنده به تشریح انواع سوگیری‌ها و محدودیت‌های این شاخص در اندازه‌گیری سلامت خواهد پرداخت.

روش کار

در این مطالعه مروری با واژگان کلیدی سلامت خودابراز^۱ در عنوان بانک اطلاعاتی مدلاین و ایران مدکس در دسامبر ۲۰۱۳ میلادی جستجو گردید.

۱۱۰۶ عنوان و چکیده به دست آمده مرور گردید که از این میان ۱۰۶ مقاله در مرور اولیه مرتبط تشخیص داده شدند. منابع برخی از این مقالات نیز در صورت مرتبط بودن (۱۶ مقاله) بررسی گردید. در نهایت، نکات مهم اندازه‌گیری سلامت خودابراز و تناقض‌ها و چالش‌های آن به شکل زیر خلاصه گردید.

یافته‌ها

نخستین مقاله‌ای که در عنوان آن سلامت خود ابراز آمده است در سال ۱۹۸۲ میلادی در مدلاین ایندکس شد؛ در حالی که تا سال ۱۹۹۵ میلادی، هم‌چنان تعداد مقاله‌هایی که در عنوان آن‌ها این واژه وجود داشت؛ به ۱۰ مقاله هم نمی‌رسید. از سال ۱۹۹۶ میلادی به بعد به صورت افزایش یابنده‌ای تعداد مقاله‌های یاد شده افزایش یافت؛ به طوری که این تعداد در سال ۲۰۰۰ میلادی به ۱۸ مقاله و در سال ۲۰۱۰ میلادی به ۹۶ مقاله رسید. در حال حاضر نیز سلامت خودابراز یکی از موضوع‌های جذاب پژوهش می‌باشد و البته سبب آن هم بدیهی است، اگر بتوان تنها با یک سؤال سلامت را اندازه‌گیری نمود، فرایند پژوهش‌های سلامت تسهیل می‌گردد.

اهمیت

نشان داده شده است که این شاخص سلامت حتی پس از کنترل متغیرهای مخدوش کننده، پیش‌گویی کننده پی‌آمدهایی مانند ناتوانی و مرگ‌ومیر (۱۱-۵)، عملکرد جسمانی و بروز برخی بیماری‌ها مانند دمانس (۱۴-۱۲)، بیماری‌های قلبی- عروقی (۱۵) و استفاده از خدمات بهداشتی می‌باشد (۱۶). همین‌طور سلامت خودابراز یکی از بهترین شاخص‌های مورد مطالعه در تمام انواع سرطان می‌باشد، به طوری که در پیش‌بینی بقا حتی بهتر از وضع عملکرد بیمار می‌باشد (۱۷ و ۱۸).. از طرفی نشان داده شده

^۱Visual Analogues Scale; VAS

^۱Self-rated health, Self reported health; SRH

پرسشنامه‌ها مانند SF-36 و WHOQOL-BREF سؤال مربوط به سلامت خودابراز را در ابتدای پرسشنامه قرار می‌دهند (۳۰-۲۹، ۲۶). بنابراین پاسخ‌ها تحت تأثیر سایر سؤالات قرار نمی‌گیرد؛ در حالی که برخی پرسشنامه‌ها مانند QLQ-C30 به صورت عمدی سؤال سلامت خودابراز را در انتهای پرسشنامه قرار می‌دهند تا پاسخ‌گویان تحت تأثیر الگو و محتوای سایر بخش‌های پرسشنامه قرار گیرند.

این که شرکت‌کنندگان سلامت خودابراز را چه میزان از کیفیت زندگی متفاوت در نظر گرفته می‌گیرند؛ مشخص نیست. به هر حال به نظر می‌رسد زمان ارزیابی سلامت خودابراز بیش‌تر مشکلات جسمانی مدنظر پاسخ‌گویان است؛ در حالی که زمان پاسخ‌گویی به سؤال کیفیت زندگی بیش‌تر مشکلات روانی در نظر گرفته می‌شود (۲۶) به هر حال پاسخ به دو سؤال کلی سلامت خودابراز و کیفیت زندگی کلی در مطالعه‌های مختلف بسیار هم‌پوشانی دارد (۲۶).

مقایسه سؤالات سلامت خود ابراز

آن چه که مطالعه‌های مختلف نشان داده‌اند؛ بیان‌گر آن است که پاسخ افراد به انواع سؤالات سلامت خودابراز تفاوت چندانی با هم ندارد؛ به طوری که استفاده از هر یک از سه نوع سؤال یاد شده سلامت خود ابراز، تفاوتی در توصیف یا تحلیل سلامت جوامع نشان نداده است (۱). اگرچه توصیه می‌شود در مطالعه‌های طولی و پیمایشی از سؤالات غیر مقایسه‌ای استفاده گردد؛ چون سؤالات مقایسه‌ای بیش از حد برای سن تطابق داده می‌شود (۲۷، ۲). البته نشان داده شده است که عدم پاسخ‌گویی به مقیاس بینایی (VAS) در مقایسه با تک سؤال بیش‌تر بوده است (۲۸).

از طرفی اگر چه از ۵ یا ۷ گزینه در پاسخ سؤالات سلامت خودابراز استفاده می‌شود، اما بیش‌تر زمانی که پژوهشگران می‌خواهند از این شاخص به عنوان متغیر وابسته استفاده کنند؛ آن را به یک متغیر دو وضعیتی مانند سلامت خودابراز خوب در مقابل غیر خوب یا بد در مقابل غیر بد تبدیل می‌کنند. نشان داده شده است که رابطه‌ی متغیرهای دموگرافیک و اقتصادی-اجتماعی با سلامت خودابراز- از نظر معنی‌داری و اندازه‌ی اثر- در حالتی که دو حالتی در نظر گرفته شود و از مدل لجستیک استفاده شود؛ با مدل‌های رگرسیونی که سلامت خودابراز را متغیر رتبه‌ای در نظر می‌گیرند؛ تفاوت ندارد (۳۱).

شرکت‌کنندگان سؤال می‌شود که وضع سلامت آنان در مقایسه با خودشان در زمان معینی در گذشته بهتر، همان یا بدتر است (۲). به هر حال برخی شرکت‌کنندگان زمان پاسخ به این سؤال از پرسشگر یا از خود می‌پرسند در مقایسه با چه کسی یا چه زمانی. بنابراین حتی اگر سؤال از نوع مقایسه‌ای نیز مطرح نشود، در زمان پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان خود را با سایر افراد هم‌سن خود یا با خودشان قبل از بیماری مقایسه می‌نمایند. از طرفی افراد در زمان پاسخ به این سؤال ایده‌آل خود را بر اساس وضع بیماری خود تغییر می‌دهند، مثلاً می‌گویند: «با توجه به این که من سرطان دارم، یا سن بالا دارم نسبتاً خوبم». این همان پدیده‌ی «تغییر معیار»^۱ در پژوهش‌های کیفیت زندگی می‌باشد. به عبارت دیگر در طول زمان معیارهای پاسخ بیماران برای مقایسه تغییر می‌نماید. در تأیید این موضوع نشان داده‌اند؛ سن رابطه‌ی ضعیفی با سلامت خودابراز دارد که نشان دهنده‌ی این است که شرکت‌کنندگان پاسخ خود را با سن خود تطبیق می‌دهند. البته نشان داده شده است افراد تمایل دارند وضع سلامت خود را در مقایسه با سلامت سایرین بیش‌برآورد کنند و این موضوع با افزایش سن افزایش می‌یابد. بنابراین در سؤالات مقایسه‌ای اثر سن بیش از حد تطبیق^۲ داده می‌شود (۲-۱).

پاسخی که شرکت‌کنندگان به سؤال سلامت خودابراز می‌دهند تعادلی بین وضع سلامت عینی و انتظار سلامت است. انتظار سلامت، بهترین وضعیت سلامت است که فرد برای خود انتظار دارد. انتظار سلامت می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند وضع اقتصادی- اجتماعی و عوامل فرهنگی-اجتماعی قرار گیرد؛ بنابراین ممکن است افرادی با سلامت عینی یکسان مقادیر متفاوتی از سلامت خودابراز را گزارش نمایند (۲۵).

در بیش‌تر پرسشنامه‌های کیفیت زندگی نیز یک سؤال سلامت خودابراز گنجانده شده است (۲۶). در برخی پرسشنامه‌ها مانند SF-36 و WHOQOL-BREF این سؤال در ابتدای پرسشنامه و پنج گزینه‌ای است؛ در حالی که پرسشنامه کیفیت زندگی EQ-5D از مقیاس بینایی ۱۰۰-۰ استفاده می‌کند، که صفر به منزله‌ی بدترین وضع سلامت قابل تصور و ۱۰۰ به منزله‌ی بهترین وضع سلامت قابل تصور می‌باشد. در پرسشنامه‌ی QLQ-C30 از مقیاس ۷ گزینه‌ای از خیلی بد تا عالی استفاده شده است. برخی

^۱ Response shift
^۲ Over-adjustment

برخی مطالعه‌ها به دنبال یافتن فرد جایگزین برای پاسخ به این سؤال هستند. برای مثال در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۹ میلادی نشان داده شده است که برآورد وضع سلامت توسط همسر به اندازه خودارزیابی سلامت در پیش‌گویی مرگ قوی است (۳۲).

چالش‌ها و سوگیری‌های اندازه‌گیری سلامت خودابراز

پژوهش‌های زیادی انجام شده است که نشان‌گر تفاوت در اندازه سلامت خود ابراز در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی، جنسی، نژادی، و سنی می‌باشد (۳۸-۳۳،۴). اگر چه این تفاوت می‌تواند به علت تفاوت در وضعیت سلامت عینی این افراد باشد، اما می‌تواند متأثر از تفاوت نگرش پاسخ‌گویان به وضعیت ایده‌آل سلامت نیز باشد. در واقع گروه‌های مختلف جمعیتی زمانی که به ارزیابی سلامت خود می‌پردازند؛ گروه‌های مختلفی را به عنوان گروه مقایسه خود در نظر می‌گیرند (۳۹). در کل الگوی مقایسه‌ای در افراد مختلف در زمان ارزیابی سلامت متفاوت است، برخی زمان ارزیابی به مشکلات خاص سلامت وابسته به بیماری خود می‌اندیشند و برخی دیگر به عملکرد جسمانی- رفتاری خود توجه دارند. همین‌طور رابطه‌ی سلامت خودابراز با سلامت عینی در گروه‌های مختلف اقتصادی- اجتماعی متفاوت گزارش شده است. اگر چه برخی از مطالعه‌ها نشان داده‌اند که سلامت خودابراز گروه‌های با تحصیلات بالاتر به ویژه زنان بیشتر تحت تأثیر سلامت عینی می‌باشد، اما در یک مطالعه گزارش شده است که سلامت خودابراز تنها در مردان پیش‌گویی کننده مرگ است و نه در زنان (۴۰،۴۱). نشان داده شده است که در گروه‌های با تحصیلات بالاتر مشکلات عینی‌تر سلامت بیشتر در خودارزیابی سلامت تأثیر گذار است و البته این موضوع می‌تواند باعث کم‌برآورد نمودن نابرابری اجتماعی- اقتصادی سلامت در مطالعه‌هایی شود که از سلامت خودابراز به عنوان شاخص سلامت استفاده می‌کنند، چون افراد با تحصیلات بیشتر سلامت خود را بدتر از افراد کم‌سوادتر گزارش می‌کنند و تفاوت بین این دو گروه کم می‌شود (۴۲،۲۵). اگر چه در پژوهشی که در شش کشور عربی انجام شد؛ این شاخص برای ارزیابی نابرابری روایی داشت؛ به طوری که رابطه‌ی سلامت خودابراز با سلامت عینی در گروه‌های مختلف اجتماعی متفاوت گزارش نشد (۴۳). به هر حال قابلیت مقایسه وضع سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی- اقتصادی با یک دیگر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مشکل دیگر این که تأثیر عوامل شناخته شده مؤثر بر سلامت مانند سیگار و عملکرد مختل جسمانی بر سلامت کم‌رنگ می‌شود.

گزارش شده است که گروه‌های مختلف نژادی با وضعیت سلامت عینی مساوی، پاسخ‌های متفاوتی انتخاب می‌کنند (۴۴). برای مثال نشان داده‌اند شرکت‌کنندگان کره‌ای، ویتنامی، چینی یا اسپانیایی معمولاً گزینه‌ی بدتری را برای وضع سلامت خود انتخاب می‌نمایند (۴۵). بنابراین تفاوت‌های نژادی سلامت خودابراز به عنوان ارزیابی نابرابری می‌تواند بیش برآورد گردد (۴۶). البته شواهدی نیز بیان‌گر ارزیابی سلامت بالاتر در پاسخ‌گویان غیر انگلیسی زبان و اسپانیایی (۴۷) یا روایی مشابه در گروه‌های نژادی مختلف وجود دارد (۴۸). هم‌چنین پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند زنان وضع سلامت خود را کمی بدتر از مردان گزارش می‌کنند؛ در حالی که عواملی که زمان ارزیابی سلامت مد نظر شرکت‌کنندگان زن و مرد مد نظر قرار می‌گیرد؛ یکسان است (۴۹). اگر چه سطح تحصیلات، میزان فعالیت فیزیکی، و فعالیت‌های فرهنگی نقش مؤثرتری در خودارزیابی سلامت مردان دارد، در حالی که در زنان رضایت از کمیت و کیفیت خواب و ملاقات با پزشکان نقش مهم‌تری می‌آفریند و می‌تواند به طور مثبتی روی سلامت خود ابراز آنان تأثیرگذار باشد (۵۰). در مطالعه دیگری نشان داده شده است اگرچه زنان سلامت خودابراز خود را در حالت خام و غیر تطبیق داده شده بهتر از مردان گزارش می‌نمایند، اما این تفاوت پس از آنالیز تطبیقی با استفاده از سناریوهای وینیتی از بین می‌رود؛ بنابراین در مقایسه سلامت خودابراز زنان و مردان نمی‌توان هر گونه تفاوت را به تفاوت در سلامت عینی آنان نسبت داد (۵۱). نشان داده شده است که در گروه‌های با وضعیت اقتصادی بهتر روایی و پایایی سلامت خودابراز بیشتر است. بنابراین در ارزیابی‌ها و مقایسه‌ی گروه‌ها باید به این نکته توجه نمود (۵۲،۳۵-۳۴).

نکته‌ی دیگر که اشاره به آن لازم به نظر می‌رسد بدتر شدن وضع سلامت خود ابراز از نسل‌های گذشته به سمت نسل‌های امروز است. به عبارت دیگر نسل‌های جدیدتر حتی پس از کنترل تأثیر مخدوشگرها سلامت خود را بدتر ارزیابی می‌کنند که به نوعی اثر کوهورتی محسوب می‌شود (۵۳).

هم‌چنین شواهد بیان‌گر آن است که تفاوت بین سلامت خودابراز افراد با تحصیلات بیشتر با کم‌سوادترها در طول زمان افزایش یافته است، البته همواره سلامت خودابراز افراد با تحصیلات بیشتر بالاتر بوده است (۵۴).

سؤالی که هم‌چنان پاسخ داده نشده است این است که هنگام پاسخ به این سؤال مردم به چه آیت‌هایی فکر می‌کنند. یافته‌های پژوهش‌های جهانی نیز در همین راستا می‌باشد و همواره در

پیش‌گیری، سلامت مرتبط با شیوه‌ی زندگی (۵۹)، شناسایی افراد هدف برای مداخله و مراقبت‌های اولیه مفید می‌باشد (۶۲-۶۰). تنها در مقایسه‌ی نتایج سلامت خودابراز جمعیت‌های مختلف لازم است احتیاط شود، چون تفاوت در سلامت خودابراز جوامع مختلف لزوماً به معنای تفاوت در سلامت آنان نمی‌باشد. این مطالعه مروری منظم نیست و مانند سایر مطالعه‌های مروری غیر منظم می‌تواند تحت تأثیر سوگرایی انتخاب مقاله‌ها باشد. از طرفی مانند سایر مقالات مروری، کیفیت روش‌شناختی مقاله‌های مورد اشاره بررسی نشده است.

نتیجه‌گیری

سلامت خودابراز یک شاخص مهم و کاربردی در پژوهش‌های سلامت است که با گنجاندن آن در پرسشنامه‌ها به صورت مقرون به صرفه‌ای می‌توان پی‌آمدهای سلامت را پیش‌بینی نمود. شواهد محکمی در جهان برای برتری انواع سؤالات سلامت خودابراز وجود ندارد و نشان داده شده است استفاده از گونه‌های مختلف سؤال تأثیر چندانی بر تحلیل‌های موجود نمی‌گذارد. آن چه که اهمیت دارد توجه به چالش‌ها و سوگیری‌هایی است که لازم است در تفسیر نتایج این پژوهش‌ها مد نظر قرار گیرد. به عبارت دیگر توجه به تفاوت‌های سلامت خودابراز با سلامت عینی دارای اهمیت می‌باشد. توصیه می‌شود به ارزیابی روایی پایایی این شاخص در گروه‌های اقتصادی- اجتماعی مردم کشور پرداخته شود. از طرفی این که مردم دقیقاً زمان خودارزیابی سلامت به چه سازه‌هایی می‌اندیشند از سؤالاتی است که هنوز پاسخ داده نشده است. از طرفی پیشنهاد می‌گردد انواع سلامت خودابراز در جمعیت ایرانی مقایسه گردد تا معلوم شود کدام یک قدرت پیش‌گویی احتمالی بهتری برای سلامت عینی دارند.

راستای مورد انتظار نیست. برای مثال در یک مطالعه‌ی اکولوژیک نشان داده شده است اندازه سلامت خودابراز با امید زندگی در ۶۷ کشور جهان رابطه‌ی ضعیفی داشته است. یک توضیح این موضوع می‌توانست جوان‌تر بودن کشورهای با امید زندگی پایین باشد؛ در حالی که پس از تطابق سنی و جنسی جمعیت این کشورها هنوز شاخص هم‌بستگی کوچک ماند (۵۵).

به هر حال مطالعه‌ها نشان داده‌اند که عوامل خطر مرگ و سلامت خودابراز دقیقاً مشابه نیستند و برخی عوامل روان‌شناختی مانند تنهایی درک شده در منزل تنها با سلامت خودابراز رابطه دارند؛ در حالی که عواملی مانند سن، عملکرد جسمانی، و روابط اجتماعی با هر دوی این‌ها رابطه دارند (۱۹).

در همین مطالعه رابطه‌ی سلامت خودابراز با درآمد سرانه کشورها قوی بود که پس از کنترل برای سن و جنس بالاتر هم رفت. در این مطالعه بر خلاف انتظار، رابطه‌ی سلامت خودابراز با نابرابری در درآمد مستقیم و مثبت بود به عبارت دیگر در کشورهای با نابرابری بیش‌تر سلامت خودابراز بهتر برآورد گردید. پس از تطابق سنی و جنسی این همبستگی ضعیف شد، اما از بین نرفت. از آن‌جا که نابرابری در درآمد با میزان امید به زندگی کشورها رابطه‌ی منفی داشت؛ رابطه‌ی مثبت آن با سلامت خودابراز غیر منتظره باقی ماند (۵۵).

آن چه که توجه به آن مهم است این است که سلامت خودابراز، سلامت درک شده توسط مردم را می‌سنجد و نه سلامت واقعی را (۵۶،۵۷)؛ اگر چه رابطه بین سلامت خودابراز و سلامت عینی در مطالعه‌های مختلف نشان داده شده است (۵۸). توصیه می‌شود با به کارگیری سؤالات باز یا روش‌های مطالعه‌های کیفی به برداشت‌های متفاوت از این سازه در گروه‌های مختلف و نیز فرهنگ‌های مختلف توجه گردد (۲۲). به هر حال با تمامی این مشکلات استفاده از این شاخص هم‌چنان در پژوهش‌ها،

منابع

- Jurges H, Avendano A, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol*. 2008; 23: 773-81.
- Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylha M. Comparative vs global self-rated health: associations with age and functional ability. *Aging Clin Exp Res*. 2006; 18: 211-7.
- Desesquelles AF, Egidi V, Salvatore MA. Why do Italian people rate their health worse than French people do? An exploration of cross-country differentials of self-rated health. *Soc Sci Med*. 2009; 68: 1124-8.
- Nedjat S, Hoseinpoor A, Foruzanfar H, Golestan B, Majdzadeh R. Decomposing socioeconomic inequality in self-rated health in Tehran. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66: 495-500.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner Pet al., Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 267-75.
- Benyamini Y. Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychol Health*. 2011; 26: 1407-13.
- Burström B. Commentary: self-rated health and mortality in low income settings. *Int J Epidemiol*. 2012; 41: 1727-8.

8. Ferraro KF, Wilkinson LR. Alternative Measures of Self-Rated Health for Predicting Mortality Among Older People: Is Past or Future Orientation More Important? *The Gerontologist*. 2013; 5: 2-10
9. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw K. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Soc Sci Med*. 2009; 68: 275-80.
10. Schou MB, Krokstad S, Westin S How is self-rated health associated with mortality?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006; 126: 2644-7.
11. Lima-Costa MF, Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambui Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol*. 2012; 175: 228-35.
12. Editor's note: self-rated health and risk of incident dementia: a community-based elderly cohort, the 3C study. *Neurology*. 2011; 77: 1459.
13. Montlahuc C, Soumaré A, Dufouil C, Berr C, Dartigues JF, Poncet M, Tzourio C, Alperovitch A. Self-rated health and risk of incident dementia: a community-based elderly cohort, the 3C study. *Neurology*. 2011; 77: 1457-64.
14. St John P, Montgomery P. Does self-rated health predict dementia? *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2013; 26: 41-50.
15. van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT, Kinmonth AL. Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLoS One*. 2013; 8: e65290.
16. Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *WMJ*. 2001; 100(7):35-9.
17. Puts M, Monette J, Girre V, Sourial N, Wolfson C, Monette M, et al. The relationship of self-rated health with functional status, toxicity and mortality: results of a prospective pilot study of older patients with newly-diagnosed cancer. *J Geriatr Oncol*. 2013; 4: 319-26.
18. Mohan R, Beydoun HA, Beydoun MA, Barnes-Eley M, Davis J, Lance R, et al. Self-rated health as a tool for estimating health-adjusted life expectancy among patients newly diagnosed with localized prostate cancer: a preliminary study. *Qual Life Res*. 2011; 20: 713-21.
19. Murata C, 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? *Arch Gerontol Geriatr*. 2006; 43: 369-80.
20. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health*. 2008; 36: 12-20.
21. Layes A, Asada Y, Keparat G. Whiners and deniers- what does self-rated health measure? *Soc Sci Med*. 2012; 75: 1-9.
22. Salem MT, Abdulrahim S, Zurayk H. Using open-ended data to enrich survey results on the meanings of self-rated health: a study among women in underprivileged communities in Beirut, Lebanon. *Women Health*. 2009; 49: 625-41.
23. 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. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 364-72.
24. Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med*. 1996; 24: 218-24.
25. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63: 426-32.
26. Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. *Lancet*. 2002; 359: 187-8.
27. Eriksson I, Undén A, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol*. 2001; 30: 326-33.
28. Daniilidou NV, Gregory SP, Zavras DJ, Pavi EA, Athanasakis KP, Lionis CD, et al., Comparison between two different measures of self-rated health :a single-question measure and a visual analogue scale. *Folia Med (Plovdiv)*, 2010; 52: 63-9.
29. Nedjat S, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A. Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). *Int J Public Health*. 2011; 56: 55-61.
30. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res*. 2008; 21: 61.
31. Manor O, Matthews S, Power C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *Int J Epidemiol*. 2000; 29: 149-57.
32. Ayalon L, Covinsky KE. Spouse-rated vs self-rated health as predictors of mortality. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 2156-61.
33. Benjamins MR, Hirschman J, Hirschtick J, Whitman S. Exploring differences in self-rated health among Blacks, Whites, Mexicans, and Puerto Ricans. *Ethn Health*. 2012; 17: 463-76.
34. 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.
35. Dowd JB, Zajacova A. Does self-rated health mean the same thing across socioeconomic groups? Evidence from biomarker data. *Ann Epidemiol*. 2010; 20: 743-9.
36. Finch BK, Hummer RA, Reindl M, Vega WA. Validity of self-rated health among Latino(a)s. *Am J Epidemiol*. 2002; 155: 755-9.
37. Griffith BN, Lovett GD, Pyle DN, Miller WC. Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors. *BMC Public Health*. 2011. 11: 229.
38. Holstein BE, Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008; 17: 186-92.
39. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care*, 1994; 32: 930-42.
40. Deeg DJ, Kriegsman DM. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. *Gerontologist*. 2003; 43: 376-86
41. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998; 53: S144-52.
42. Alazraqui M, Diez Roux AV, Fleischer N, Spinelli H. Self-rated health and social inequalities, Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saude Publica*. 2009; 25: 1990-2000.
43. Abdulrahim S, Asmar KEI. Is self-rated health a valid measure to use in social inequities and health research? Evidence from the PAPPAM women's data in six Arab countries. *Int J Equity Health*. 2012; 11: 53.
44. Agyemang C, Denktas S, Bruijnzeels M, Foets M. Validity of the single-item question on self-rated health

- status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. *Public Health*. 2006; 120: 543-50.
45. Seo S, Chung S, Shumway M. How good is "very good"? Translation effect in the racial/ethnic variation in self-rated health status. *Qual Life Res*. 2013. 23: 593-600.
 46. Su D, Wen M, Markides KS. Is self-rated health comparable between non-Hispanic whites and Hispanics? Evidence from the health and retirement study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68: 622-32.
 47. Lee S, Schwarz N. Question context and priming meaning of health: effect on differences in self-rated health between hispanics and non-Hispanic whites. *Am J Public Health*. 2014; 104: 179-85.
 48. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. 2000; 5: 151-9.
 49. Unden, A.L. and S. Elofsson, Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gend Med*, 2006. 3(4): p. 295-308.
 50. Brunner RL. Understanding gender factors affecting self-rated health. *Gend Med*. 2006; 3: 292-4.
 51. Grol-Prokopczyk H, Freese J, Hauser RM. Using anchoring vignettes to assess group differences in general self-rated health. *J Health Soc Behav*. 2011; 52:246-61.
 52. Zajacova A, Dowd JB. Reliability of self-rated health in US adults. *Am J Epidemiol*. 2011; 174: 977-83.
 53. Chen H, Cohen P, Kasen S. Cohort differences in self-rated health: evidence from a three-decade, community-based, longitudinal study of women. *Am J Epidemiol*. 2007; 166: 439-46.
 54. Liu H, Hummer RA. Are educational differences in US. self-rated health increasing?: an examination by gender and race. *Soc Sci Med*. 2008; 67: 898-906.
 55. Babones SJ.. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health*. 2009; 123: 199-201.
 56. Huisman M, Deeg DJ. A commentary on Marja Jylha's "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model"(69:3, 2009, 307-316). *Soc Sci Med*. 2010; 70: 652-4.
 57. Sugisawa H, Sugisawa A. Development of research on self-rated health in the United States. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 1995; 42: 366-78.
 58. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013; 13: 320.
 59. Yamada C, Moriyama K, Takahashi E. Self-rated health as a comprehensive indicator of lifestyle-related health status. *Environ Health Prev Med*. 2012; 17: 457-62.
 60. Perruccio AV, Badley EM, Hogg-Johnson S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Soc Sci Med*. 2010; 71: 1636-43.
 61. Rohrer JE, Arif A, Denison A, Young R, Adamson S. Overall self-rated health as an outcome indicator in primary care. *J Eval Clin Pract*. 2007; 13: 882-8.
 62. Rohrer JE, Herman DC, Merry SP, Naessens JM, Houston MS. Validity of overall self-rated health as an outcome measure in small samples: a pilot study involving a case series *J Eval Clin Pract*. 2009; 15: 366-9.

Is Self-Rated Health a Good Indicator for Assessment of Population Health? A Review Article

Saharnaz Nedjat¹

1- Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author Nedjat S, nejatsan@tums.ac.ir

Background and Objectives: Health is the most common outcome in health research. In addition to the physician's examinations as the gold standard, there are many questionnaires to assess objective and subjective health. One of the health indicators is the Self-Rated Health (SRH) which can evaluate health through one question. The use of this indicator is very easy and efficient; therefore, it has become very common in health research. In this review, the biases and controversies in the interpretation of the SRH have been elaborated.

Methods: In this narrative review, Medline and Iran-Med databanks were searched using self-rated or self reported health in the title in December 2013. The titles and abstracts of 1106 article were assessed and 106 articles were recognized as relevant articles. Some of the references of these articles were assessed and 16 articles were added to the list of relevant articles.

Results: There are different types of the SRH questions; five or seven item questions, and comparative or non-comparative ones. However, the findings of these types of questions are similar and none is preferred over the others in the literature. On the other hand, the validity of this indicator is not similar in different socio-economic and ethnic groups. Thus, the estimated health difference between these groups is rated with bias.

Conclusion: This question still works in the research and clinical setting evaluations. The main point is paying attention to the socio-economic and cultural status of the study groups in SRH interpretation.

Keywords: Self-rated health, Subjective health, Health measurement