سلامت و درآمد در ایران: مروری بر مطالعات چاپ شده به زبان فارسی در سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸٦

حمیرا سجادی[۱]، مروئه وامقی[۲*]، سعید مدنی‌قهفرخی[۳]

۱- گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۲- گروه پژوهشی رفاه اجتماعی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۳- دکترای جرم‌شناسی

* نویسنده مسؤول: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ساختمان نشریات، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. کدپستی: ۱۹۸۵۷۱۳۸۳۴، تلفن و نمایر: ۲۲۱۸۰۱۲۷

پست الکترونیک: m_vameghi@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۹/۱۷ پذیرش: ۹۱/۹/۱۹

چکیده

مقدمه: *در سال‌های اخیر، ارتباط میان عوامل اجتماعی و وضعیت سلامت افراد به طور روزافزونی مورد توجه محققان و دست‌اندرکاران سلامت قرار گرفته است. هدف این مطالعه، جمع‌بندی از نتایج مطالعاتی در کشور است که در دوره زمانی ۱۳۸٦ -۱۳۷۹ رابطه میان درآمد و سلامت افراد و خانوارها و ساز و کارهای این رابطه را نشان داده‌اند.*

روش کار: *مطالعه از نوع تحقیقات توصیفی با مرور اسناد و منابع کتابخانه‌ای بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، چهار بانک اطلاعات الکترونیکی ایرانی و کتابخانه‌های دانشگاه‌های مرتبط، با کلیدواژه‌های مربوط به درآمد جستجو گردید. مطالعات جمع‌آوری شده بر اساس معیارهای ورود، شامل مطالعات کمی مربوط به جمعیت ساکن ایران در دوره زمانی ۱۳۷۹ تا ۱۳۸٦ که دارای اطلاعات وضعیت درآمد در میان گروه‌های بیمار و سالم و/ یا داده‌های ارتباط بین درآمد و وضعیت سلامت و بیماری بودند ارزیابی گردیدند. داده‌های مرتبط بر اساس شاخص‌های مندرج در وارسی‌نامه، استخراج و طبقه‌بندی و توصیف و تحلیل شد.*

یافته‌ها: *در این مطالعه، ٤۷ سند پژوهشی در خصوص وضعیت اقتصادی و سلامت جسمی و روانی جمع‌آوری شد. بیشتر مطالعات (۷٦/۵٪) رابطه معناداری میان وضعیت سلامتی با شاخص وضعیت اقتصادی یافته‌اند و ٦/۵٪ مطالعات وجود رابطه معنادار را رد کرده‌اند. با این حال در درصدی از مطالعات (۱۷٪)، رابطه برخی از شاخص‌های سلامت با درآمد تأیید و برخی رد شده‌اند. در حدود ٤۰٪ مطالعاتی که رابطه معنادار میان درآمد و سلامت را گزارش کرده‌اند نشان داده‌اند که وضعیت سلامتی در گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، بدتر بوده است و سایرین جهت رابطه را نشان نداده‌اند.*

نتیجه‌گیری: *اغلب مطالعات، رابطه درآمد و وضعیت سلامتی افراد را تأیید کرده‌اند؛ اما نمی‌توان از آن الزاماً استنباط رابطه علت و معلولی داشت. به نظر می‌رسد که ساز وکارهای تأثیر وضعیت اقتصادی بر سلامت و بالعکس به طور مستقل، مورد نظر پژوهشگران نبوده است. انجام مرورهای نظام‌مند به منظور دستیابی به مطالعات بیشتر و انجام مطالعات با متدولوژی مناسب در این حوزه پیشنهاد می‌گردد.*

گل‌واژگان: *اقتصاد بهداشت، ایران، تعیین کننده اجتماعی، درآمد، سلامت*

مقدمه

در سال‌های اخیر ارتباط میان عوامل اجتماعی و وضعیت سلامت افراد به طور روزافزونی مورد توجه محققان و دست‌اندرکاران سلامت قرار گرفته است. هر چند تأثیر عواملی چون فقر، آموزش و برخورداری از سرپناه و امکانات بهداشتی بر بیماری‌ها و مرگ و میر افراد پیش از این نیز مورد توجه بوده است، بررسی علل وجود نابرابری‌های عمیق سلامت در درون و

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

میان جوامع، نقش این عوامل را در چارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به طور جدی‌تری در دستور کار نهادهای متولی سلامت در سطح جهانی و اندیشمندان و پژوهشگران قرار داده است. در پرتو این رویکرد مفهوم سلامت، عوامل مرتبط با آن و مداخلات مربوط به سلامت، از دایره رفتارهای فردی و خدمات درمانی تخصصی خارج شده و به حیطه وسیع بستر اجتماعی- اقتصادی زندگی افراد چون شرایط محیطی که در آن زندگی می‌کنند، امنیت شغلی و شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی و برخورداری از آموزش، گسترش یافته است. اکنون می‌دانیم که در درون و میان جوامع مختلف، افراد از نظر سلامتی وضعیتی نابرابر دارند و این نابرابری از شرایط نابرابر زیست آن‌ها حاصل شده است (۱). مطالعات متعددی در کشورهای مختلف جهان و در درون کشورها آشکار ساخته‌اند که برخورداری از درجات متفاوتی از دانش و اطلاعات (۲ و ۳)، مسکن و محیط زندگی سالم (۶ -۴)، درآمد (۲ و ۹ -۷) و مشاغل پایدار و محیط کار مطلوب (۱۲ -۱۰) سطوح مختلفی از سلامت را رقم می‌زند و چنان که پیداست عوامل یادشده از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند و خود تحت تأثیر ساختارهای سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کلان جوامع قرار دارند (۱). از آنجا که نابرابری‌های شرایط زندگی افراد، قابل پیشگیری و تغییر پذیرند، نابرابری در سلامت که در طول طیف نابرابری‌های اجتماعی- اقتصادی مشاهده می‌شود غیرعادلانه بوده (۱۳) و تلاش برای شناخت و درک ساز و کارهای تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت افراد برای رفع نابرابری‌های سلامت در سطح جهانی مورد تأکید قرار گرفته است.

در سال‌های اخیر، درآمد به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی مؤثر بر سلامت افراد موضوع مطالعات متعددی در سراسر جهان بوده است. به عبارت دیگر، بسیاری از تحقیقات با فرض این که وضعیت درآمد افراد بر سلامت آن‌ها مؤثر است بر چگونگی این رابطه و تأثیر درآمد بر سلامت و بیماری انجام شده و جنبه‌های مختلف وضعیت اقتصادی چون فقر، سطوح درآمد و نابرابری درآمدی را مورد نظر قرار داده‌اند. این که فقر و درآمد پایین و وضعیت نامطلوب سلامتی با یکدیگر ارتباط دارند کمتر مورد تردید است. در سال ۲۰۰۱ بنزوال[1] و جاج[2] در مروری بر ۱۶ مطالعه از چهار کشور جهان که از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت برای بررسی ارتباط میان درآمد و سلامت استفاده کرده‌اند نتیجه گرفتند که "همه مطالعاتی که از سنجه‌های مختلف درآمد استفاده کرده‌اند رابطه معنادار میان درآمد و وضعیت سلامت را نشان می‌دهند". مولاهی[3] و همکارانش نیز از مرور حجم زیادی از مطالعات تجربی، ارتباط محکم میان درآمد و بیماری‌ها و مرگ و میر با استفاده از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت را در مقاطع زمانی مختلف نشان دادند (۸). با وجود شواهد جدی دال بر این رابطه، روشن شدن چگونگی این ارتباط هنوز موضوع توجه بسیاری از محققان است. از جمله شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رابطه میان وضعیت درآمد و سلامت رابطه‌ای دو سویه است؛ به عبارت دیگر همان گونه که کم‌درآمد بودن با احتمال بالاتر وضعیت سلامت نامطلوب همراه است، ابتلا به بیماری نیز ممکن است فرد را در معرض کسب درآمد کمتر قرار دهد. از جمله کاری[4] و مادریان[5] در سال ۱۹۹۹ در مرور مطالعات ارتباط میان سلامت و درآمد کاری، مطالعاتی را که تأثیر سلامت بر درآمد را نیز ارزیابی کرده‌اند مورد بررسی قرار داده و تأثیر منفی سلامت نامطلوب بر پیامدهای بازار کار را نشان دادند (۱۴). از سویی ساز وکارهای تأثیر درآمد بر سلامت نیز متنوعند. به عنوان مثال، برخی بر تأثیرات مستقیم درآمد فرد بر سلامت و عده‌ای از محققان بر ارتباط غیرمستقیم آن با سلامت از طریق نابرابری درآمدی، محرومیت نسبی، سرمایه اجتماعی و مسیرهای پیچیده دیگری که تعریف و اندازه‌گیری آن‌ها دشوار است تأکید داشته‌اند (۷). شاخص‌هایی که برای ارزیابی وضعیت درآمد استفاده می‌شوند، مانند استفاده از سطوح شغلی، دارایی‌ها و درآمد شخصی برای تعیین وضعیت درآمد و روش‌های مطالعاتی که برای بررسی این رابطه به کار می‌روند نیز متفاوتند و این تفاوت‌ها بر نتایج مطالعات و درک ماهیت این ارتباط تأثیرگذار است. برخی از مطالعات برای اندازه‌گیری درآمد در طول زمان، سطوح درآمد در تعدادی از سال‌ها، برخی تغییرات درآمد در طول زمان و برخی طول مدت تجربه فقر را ملاک ارزیابی تغییرات درآمد قرار می‌دهند (۱۵). شواهد فراوان حاصل از مرور مطالعات انجام شده با شاخص‌های متنوع وضعیت درآمد و سلامت افراد و جوامع بر رابطه میان این دو تأکید داشته است؛ اما به نظر می‌رسد که این ارتباط پیچیده بوده و شناخت ابعاد مختلف آن هنوز نیازمند مطالعه و تحلیل است.

در ایران نیز به رغم بهبود قابل توجه در شاخص‌های سلامت در سه دهه اخیر، وجود نابرابری در سطوح سلامت، موجب توجه بیشتر به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر وضعیت سلامت افراد شده

[1] Benzeval
[2] Judge
[3] Mullahy
[4] Currie
[5] Madrian

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

است. بهبود وضعیت بهداشتی کشور در افزایش قابل توجه برخی شاخص‌های مهم سلامت چون امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان مشخص شده و به عواملی چون ایجاد سیستم مراقبت و گسترش خدمات بهداشتی اولیه، توسعه فرصت‌های آموزش پزشکی و پیراپزشکی، تأمین آب سالم، گسترش واکسیناسیون و مراقبت از زنان و مادران نسبت داده شده است (۱۶). علی‌رغم این دستاوردها هنوز نابرابری قابل توجهی در وضعیت سلامت مناطق و استان‌های مختلف وجود دارد. بر اساس داده‌های کشوری منتشر شده در شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، در سال ۱۳۸۵ امید به زندگی به طور متوسط در تهران ۷۰ سال و در سیستان و بلوچستان ۶۳/۳ بوده است. در حالی که میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال در کل کشور ۲۸ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است. این رقم در تهران ۲۱ و در سیستان و بلوچستان ۴۱ بوده است که تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. همچنین در حالی که میزان‌های کم‌وزنی، کوتاه قدی و لاغری کودکان زیر پنج سال در کل کشور به ترتیب ۵/۲۵، ۴/۷ و ۳/۷ درصد بوده است، در استان اردبیل میزان‌های ۱/۵، ۲/۸ و ۱ درصد و در استان سیستان و بلوچستان ۱۵/۷، ۱۶/۱ و ۷ درصد را نشان می‌دهد (۱۷). بر اساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت، دسترسی به مراقبت بهداشتی و پوشش واقعی بیمه برای ۱۰-۵ درصد جمعیت یا وجود ندارد و یا بسیار اندک است. از سوی دیگر، نسبت افرادی که از بیماری روانی رنج می‌برند بالاست و رقم آن ۲۱/۹ گزارش شده است. در حالی که این رقم برای زنان بالاتر بوده و ۲۵/۹ می‌باشد (۱۸). تفاوت در سطوح سلامت در گروه‌های مختلف جمعیتی در کشور را می‌توان به عوامل متعددی چون میزان‌های متفاوت دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، سبک زندگی، شرایط محیط زندگی و کار، میزان برخورداری از آموزش و آگاهی و مانند آن مرتبط دانست. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های مرگ‌ومیر شیرخواران در ایران به ترتیب عبارتند از وضعیت اقتصادی خانوار، سواد مادر، زندگی در مناطق روستایی و فاصله مخاطره آمیز میان تولدها (۱۸). آشکار است که بسیاری از عوامل یاد شده با وضعیت درآمد افراد در ارتباطی دو سویه قرار دارند. به عبارت دیگر، چگونگی برخورداری از آموزش، دسترسی به محیط زیست سالم، کار و اشتغال مطلوب و رفتارهای مؤثر بر سلامت، بر وضعیت درآمد افراد مؤثرند و متقابلاً از آن تأثیر می‌پذیرند. نظر به اهمیت نقش درآمد و سایر عوامل اجتماعی بر سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از آن که در سال ۲۰۰۵ به عضویت کمیسیون جهانی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در سازمان جهانی بهداشت درآمد، اقدام به تحلیل وضعیت مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی و وضعیت عدالت در سلامت در کشور نمود و در گام بعدی، از حوزه‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اولویت‌بندی به عمل آورد. بر اساس این اولویت‌بندی، مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت در کشور به ترتیب عبارتند از نابرابری جغرافیایی در میان استان‌ها و مناطق شهری و روستایی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، جنسیت، سبک زندگی، وضعیت اشتغال، بیکاری جوانان، رشد دوران اولیه کودکی و خدمات بهداشتی (۱۹).

آیا می‌توان به منظور درک بهتر رابطه میان وضعیت درآمد و سلامت در ایران و بر اساس مطالعات موجود در کشور، به تصویری از رابطه درآمد افراد به عنوان یک عامل اجتماعی و وضعیت سلامت جسمی و روانی ایشان پی برد؟ هدفی که این مطالعه در پی دست یافتن به آن است، جمع‌بندی کلی از نتایج مطالعاتی در کشور است که در دوره زمانی ۱۳۸۶-۱۳۷۹ رابطه میان درآمد و سلامت افراد و خانوارها و ساز و کارهای این رابطه را نشان دهد. در هر کشور، وجود چنین شواهد و مستنداتی به منظور اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌ریزی برای مداخلاتی که با تغییر در وضعیت عوامل اجتماعی، سلامت افراد را بهبود بخشد ضرورتی آشکار است. جمع‌بندی نتایج مطالعات انجام شده، شناخت روش‌شناسی و شاخص‌های مورد استفاده مطالعات و نقاط کمتر توجه شده پژوهش‌های این حوزه، علاوه بر آن که امکان استفاده از نتایج را برای دست‌اندرکاران اجرایی فراهم می‌سازد راهگشای محققان برای پیشگیری از تکرار مطالعات قبلی و پیگیری مطالعات آینده خواهد بود.

روش کار

نوع مطالعه[۶]: مطالعه از نوع تحقیقات توصیفی با مرور اسناد و منابع کتابخانه‌ای بود. جامعه آماری آن، کلیه اسناد موجود در زمینه درآمد شامل کتاب‌ها، پایان‌نامه‌های دکترا و کارشناسی ارشد، مقالات منتشر شده در مجلات علمی- پژوهشی و گزارش‌های رسمی بودند که در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ انجام شده بودند.

[۶] این مقاله بر اساس داده‌های بخشی از مطالعه "مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی" نگاشته شده است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

روش جمع‌آوری داده‌ها: به منظور انتخاب کلیدواژه‌هایی که برای جستجوی منابع به کار گرفته شدند، با توجه به وسیع بودن دامنه مشکلات سلامت و عدم امکان تمام‌شماری منابع مرتبط با سلامت، تصمیم گرفته شد جستجوی منابع بر اساس کلیدواژه‌های مرتبط با درآمد انجام پذیرد. بر اساس مرور اولیه منابع مرتبط، پانزده کلید واژه شامل درآمد، فقر، نابرابری، امنیت، عدالت، بی‌عدالتی، انصاف، تبعیض، اختلاف طبقاتی، شکاف طبقاتی، تبعیض، طبقه اجتماعی، هزینه، تورم و رفاه انتخاب و عناوین مطالعات بر اساس این کلید واژه‌ها جستجو شدند. اسناد از منابع الکترونیکی شامل پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (www.irandoc.ac.ir)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (www.sid.ir)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (www.iranmedex.com)، بانک اطلاعات نشریات کشور (www.magiran.com) و منابع غیرالکترونیکی شامل مؤسسه فرهنگی و اطلاع‌رسانی نمایه و کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های مرتبط شهر تهران جمع‌آوری شد. مطالعاتی مشمول معیارهای ورود شدند که: ۱- دارای داده‌هایی باشند که به روش کمی جمع‌آوری شده باشند؛ ۲- جمعیت هدف آن‌ها ساکن ایران بوده باشند؛ ۳- در فاصله سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۹ انجام شده باشند؛ ۴- به توصیف وضعیت درآمد در میان گروه‌های بیمار و سالم و/ یا؛ ۵- ارتباط بین درآمد و وضعیت سلامت و بیماری پرداخته باشند.

کلیه عناوین جستجوی اولیه توسط دو نفر از همکاران طرح بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعات ارزیابی شدند و مطالعات غیرمرتبط حذف گردیدند. در مرحله بعدی چکیده مطالعات باقیمانده از حیث تطبیق با معیارهای ورود توسط دو نفر از همکاران طرح مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت اختلاف نظر با هم‌فکری همکار سوم در مورد رد یا ورود مطالعه تصمیم‌گیری شد. به منظور استخراج و طبقه‌بندی مطالعاتی که در بررسی نهایی دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند وارسی‌نامه‌ای تهیه گردید. ویژگی‌های مطالعات و اطلاعات مرتبط با وضعیت درآمد در کشور، توصیف وضعیت درآمد در میان گروه‌های بیمار و سالم و رابطه میان درآمد و سلامت و بیماری بدون ارزیابی کیفیت مطالعات بر اساس شاخص‌های مندرج در وارسی‌نامه استخراج و طبقه‌بندی و توصیف و تحلیل شد. به منظور جمع‌بندی از نتایج مطالعات تلاش گردید تا گونه‌ای طبقه‌بندی از یافته‌های مطالعات به عمل آید. بر این اساس با نظر تیم تحقیق و مرور مطالعات مشابه، یافته‌هایی که تفاوت یا ارتباط معنادار یا وجود همبستگی میان شاخص سلامت و درآمد را نشان می‌دادند، یافته مثبت و به معنای وجود ارتباط میان درآمد و سلامت گرفته شد و نبود رابطه، همبستگی یا تفاوت معنادار در نتایج مطالعات یافته منفی تلقی گردید. همچنین مطالعاتی که کلیه یافته‌های آن مثبت بود در زیرگروه مطالعات تأیید کامل، مطالعاتی که یافته‌های آن‌ها این رابطه را تأیید نمی‌کرد در زیرگروه رد کامل و مطالعاتی که دارای هر دو دسته یافته‌ها بودند در زیرگروه تأیید نسبی قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه از جستجوی مطالعات با کلیدواژه‌های درآمد، ۹۸ سند پژوهشی جمع‌آوری شد. بیشترین فراوانی نوع اسناد مربوط به گزارش پژوهش‌ها و مقالات و پس از آن کتاب و پایان‌نامه بود (جدول ۱). همچنین بیشترین فراوانی ناشرین اسناد جمع‌آوری شده دانشگاه‌های علوم پزشکی و ناشرین مجلات پزشکی (۵۰ مورد) و پس از آن به ترتیب سازمان‌ها، ناشرین خصوصی و مجلات غیر پزشکی بودند (جدول ۱). داده‌های بیشتر مطالعات کشوری بوده و مطالعات شهری در رتبه بعدی قرار داشتند (جدول ۲).

جدول ۱- فراوانی اسناد تعیین‌کننده درآمد بر حسب نوع سند و ناشر

نوع سند	فراوانی	درصد	ناشر	فراوانی	درصد
گزارش طرح و مقاله	۴۷	۴۸	غیرپزشکی	۱۳	۱۳/۳
			پزشکی	۵۰	۵۱
پایان‌نامه	۲۲	۲۲/۴	خصوصی	۱۴	۱۴/۳
کتاب	۲۹	۲۹/۶	سازمان‌ها	۲۱	۲۱/۴
جمع	۹۸	۱۰۰	جمع	۹۸	۱۰۰

جدول ۲- فراوانی مطالعات درآمد بر حسب مکان مطالعه

مکان مطالعه	فراوانی	درصد
ملی	۵۰	۵۱
چند استانی	۰	۰
یک استان	۱	۱
شهری	۴۴	۴۴/۹
روستا	۰	۰
شهر و روستا	۲	۲
نامشخص	۱	۱
جمع	۹۸	۱۰۰

از مجموع مطالعات، ۴۷ سند حاوی اطلاعات مربوط به ارتباط درآمد و سلامت بود و سایر مطالعات وضعیت درآمد یا ارتباط آن با کیفیت زندگی را نشان می‌دادند. از حیث بعدی از سلامت که مطالعات درآمد و سلامت به آن پرداخته‌اند این مطالعات را می‌توان در دو گروه سلامت جسمی و عمومی (۳۳ مطالعه) و سلامت روانی (۱۴ مطالعه) تقسیم نمود. این مطالعات شامل دو کتاب، شش پایان‌نامه و ۳۹ مقاله بودند. بیشترین فراوانی مقالات پایان‌نامه‌ها از حیث طراحی مربوط به تحقیقات مقطعی بود (جدول ۳).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۳- فراوانی مقالات و پایان‌نامه‌ها بر حسب نوع مطالعه

نوع مطالعه	فراوانی	درصد
مقطعی	۳۷	۸۲/۲
مورد- شاهدی	۴	۸/۹
نیمه تجربی- تجربی	۳	۶/۷
مروری	۱	۲/۲
جمع	۴۵	۱۰۰

خلاصه یافته‌های ۳۳ مطالعه مربوط به درآمد و سلامت جسمی و وضعیت عمومی سلامت (۵۲ -۲۰) در جدول ۴ و نتایج ۱۴ مطالعه مربوط به درآمد و سلامت روانی (۶۶ -۵۳) در جدول ۵ آمده است. بیشترین مسایل سلامت جسمی که در این مطالعات مورد توجه قرار گرفته‌اند وضعیت تغذیه، بیماری‌های عفونی به ویژه عفونت‌های گوارشی و پوستی و پس از آن مسایل مربوط به دوران بارداری و بیشترین مشکل سلامت روانی در این مطالعات افسردگی بوده است. وضعیت اقتصادی با شاخص‌هایی شامل دهک درآمدی، درآمد سرانه خانوار، درآمد فرد و خانواده، منطقه جغرافیایی محل سکونت و وضعیت اشتغال (بیکاری، شغل فرد، همسر یا والدین) سنجیده شده است.

جدول ۴- خلاصه یافته‌های مطالعات درآمد و سلامت جسمی

	موضوع سلامت	نویسنده اول و سال انتشار	نوع سند	حجم نمونه	نوع مطالعه	محل مطالعه	یافته	
							مثبت	منفی
۱	الگوی تغذیه و امنیت غذایی	جمعی از نویسندگان ۱۳۸۰ (۲۰)	کتاب	----	----	کشوری	عدم دریافت حداقل کالری مورد نیاز در سه دهک پایین درآمدی به ویژه از لبنیات و گوشت	----
۲	الگوی تغذیه	کیمیاگر، ۱۳۸۴ (۲۱)	مقاله	مروری	مقطعی	کشوری	بالاترین فراوانی کم‌وزنی و کوتاه‌قدی در استان سیستان و بلوچستان (۱۶ و ۳۸ درصد)، مصرف کمتر از مقدار توصیه شده پروتئین در دهک‌های پایین درآمدی، سهم پروتئین دریافتی از گوشت قرمز، مرغ و ماهی بسیار کمتر در دهک‌های درآمدی پایین نسبت به دهک‌های بالا و مصرف بیشتر از نیاز در دهک‌های درآمدی بالا	----
۳	هزینه خوراکی	عبادی، ۱۳۸۲ (۲۲)	کتاب	----	----	کشوری	کاهش نسبت هزینه خوراکی به کل هزینه‌ها از ۳۵/۶٪ در دهک اول (بالاترین درآمد) به ۱۹/۲٪ در دهک دهم در خانوارهای شهری	----
۴	وضعیت تغذیه	علی‌آبادی، ۱۳۸۶ (۲۳)	مقاله	۲۱۸۰	مقطعی	استان خراسان رضوی	رابطه معنادار چاقی سالمندان با منبع درآمد، شغل فعلی (شامل بیکار) (p□۰/۰۰۱)، فراوانی بالاتر چاقی در افراد دارای مشاغل آزاد و بیکار، حقوق باز نشستگی و زندگی با کمک فرزندان، رابطه معنادار بین سوءتغذیه و منبع درآمد، شغل(شامل بیکار) (p□۰/۰۰۱)، فراوانی بالاتر سوءتغذیه در بیکاران و کارگران، تحت پوشش‌های کمیته امداد، سازمان بهزیستی و زندگی با کمک فرزندان، مؤثرترین عوامل اجتماعی اقتصادی بر سوءتغذیه عبارتند از منبع درآمد، سواد و شغل فعلی (p□۰/۰۰۱)	----
۵	امنیت غذایی	*دستگیری، ۱۳۸۵ (۲۴)	مقاله	۳۰۰	مقطعی	تبریز	همبستگی مستقیم و معنادار مصرف گروه گوشت، میوه، سبزی و لبنیات (p□۰/۰۱)، برنج (p□۰/۰۵) و همبستگی معکوس و معناداری سیب‌زمینی (p□۰/۰۱) و نان (p□۰/۰۵) با درآمد سرانه سالیانه خانوار	عدم همبستگی مصرف غلات و حبوبات با درآمد سرانه
۶	سوءتغذیه	*هلاکویی نائینی، ۱۳۸۴ (۲۵)	مقاله	۱۷۲۵	مورد شاهدی	هرمزگان	تفاوت معنادار تعداد پدران کارگر و پدران کارمند در کودکان مبتلا به سوءتغذیه در مقایسه با کودکان سالم (p□۰/۰۰۴)، تعداد بیشتر پدران کارگر درکودکان مبتلا به سوءتغذیه	----
۷	رفتار تغذیه‌ای	نظری، ۱۳۸۲ (۲۶)	پایان‌نامه	۸۰	نیمه تجربی-تجربی	چابهار	ارتباط معنادار الگوی مصرف مواد غذایی در دختران دانش‌آموز ابتدایی و درآمد خانواده (p=۰/۰۴)	عدم ارتباط آگاهی و نگرش افراد نسبت به الگوی تغذیه با درآمد خانواده
۸	نابرابری سلامت باروری	*مرادی لاکه، ۱۳۸۹ (۲۷)	مقاله	۹۰۷۳۹	مقطعی	کشوری	افزایش معنادار میانگین تعداد مراقبت‌های بارداری، نسبت زایمان در محل و با کمک فرد مناسب و مراقبت‌های مطلوب پس از زایمان با افزایش سطح رفاهی. رابطه معنادار میانگین تعداد فرزندان زنده هر زن و میانگین تعداد فرزندان زیر ۵ سال با افزایش سطح رفاه. روند نزولی نسبت زایمان به روش طبیعی با افزایش سطح اقتصادی و تحصیلات. کمترین نسبت استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در بالاترین سطح رفاهی	----
۹	فاصله‌گذاری بین حاملگی	محمدی باغملایی، ۱۳۸۵ (۲۸)	مقاله	۳۱۱	مقطعی	بوشهر	ارتباط معنادار شغل مادر و فاصله بین حاملگی‌ها (p□۰/۰۰۰۱)	----
۱۰	بارداری ناخواسته	*کهنموئی اقدم، ۱۳۸۴ (۲۹)	مقاله	۶۰۰	مقطعی	اردبیل	رابطه معنادار حاملگی ناخواسته و وضعیت اشتغال زنان باردار (p□۰/۰۰۱)، فراوانی بالاتر حاملگی ناخواسته در زنان غیرشاغل	----
۱۱	تعداد فرزندان	عباسعلی‌زاده، ۱۳۸۴ (۳۰)	مقاله	۷۷۰	مقطعی	تبریز	----	عدم ارتباط معنادار درآمد خانوار و تعداد فرزندان خانواده‌ها
۱۲	سن یائسگی	آیت‌اللهی، ۱۳۸۳ (۳۱)	مقاله	۹۴۸	مقطعی	شیراز	رابطه معنادار مستقیم سن یائسگی و طبقه فرهنگی (p□۰/۰۱۶)، طبقه اقتصادی (p□۰/۰۱) و طبقه اجتماعی (p□۰/۰۱)، این سه مؤلفه ۸۶٪ تغییرات در سن یائسگی را تبیین می‌کنند	عدم ارتباط معنادار درآمد خانوار با سن یائسگی
۱۳	فاصله‌گذاری، شیردهی و تغذیه کمکی	افتخاری، ۱۳۸۱ (۳۲)	مقاله	۲۲۳۸	مقطعی	لارستان	رابطه معنادار بین طبقه اقتصادی با زمان شروع تغذیه کمکی (p□۰/۰۰۵)، بالاترین شیوع شروع تغذیه بعد از ماه ششم در مادران دارای وضعیت اقتصادی خوب	عدم رابطه معنادار طبقه اقتصادی خانواده با فاصله‌گذاری بین فرزندان و بین طبقه اقتصادی با نوع شیر مصرفی و مدت زمان تغذیه با شیر مادر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

ادامه جدول ۴

۱۴	نوع زایمان	* پیری، ۱۳۸۰ (۳۳)	مقاله	۶۳۹۴	مقطعی	تهران	رابطه معنادار میان نوع زایمان و شغل مادر و نوع زایمان و محل زندگی مادر (p□۰/۰۰۰۱)، بالاترین فراوانی زایمان طبیعی و کمترین سزارین در جنوب شهر تهران و در مادران کارگر	----
۱۵	ناباروری	کرمی نوری، ۱۳۸۰ (۳۴)	مقاله	۱۲۰	مقطعی	تهران	اکثر گروه‌های پزشکی بیماران نابارور خود را از طبقه کم درآمد می‌دانند متخصصین زنان و زایمان این بیماران را بیشتر به طبقه متوسط و پردرآمد وابسته می‌دانند	----
۱۶	سرطان پستان	عطار پارسایی، ۱۳۸۰ (۳۵)	پایان نامه	۳۲۳	مورد شاهدی	تبریز	رابطه معناداری با ۹۵٪ اطمینان میان درآمد خانواده و عوامل تنش‌زای مرتبط با سرطان پستان	----
۱۷	عفونی	عرب‌زاده، ۱۳۸۶ (۳۶)	مقاله	۳۹۷	مقطعی	کرمان	----	عدم رابطه معنادار میان درآمد خانوار و ابتلا به عفونت سیتومگالوویروس
۱۸	عفونی	*رفیع‌نژاد، ۱۳۸۵ (۳۷)	مقاله	۴۳۳۴	مقطعی	املش	تفاوت معنادار نسبت آلودگی به شپش سر در مدارس غیرانتفاعی و مدارس دولتی (p□۰/۰۵)، شیوع بالاتر در مدارس دولتی و ضریب شانس ۱۴/۴۲،تفاوت معنادار نسبت آلودگی با شغل پدر (p□۰/۰۰۰۱)، بالاترین فراوانی در پدران بیکار، ضریب شانس ابتلا در پدران بیکار ۰/۹ (۲/۵۷-۰/۳۳)	----
۱۹	عفونی	ضاربان، ۱۳۸۵ (۳۸)	مقاله	۱۰۶۶	نیمه تجربی-تجربی	زابل	ارتباط معنادار آلودگی با شپش سر و میزان درآمد ماهیانه خانواده (p□۰/۰۲)	----
۲۰	عفونی	ایمان‌زاده، ۱۳۸۳ (۳۹)	مقاله	۹۴	مورد شاهدی	تهران	تفاوت معنادار (p□۰/۰۱) ابتلا به مشکل گوارشی و هلیکوباکترپیلوری مثبت در کودکان دارای پدر بدون تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با سایر کودکان، (ضریب شانس ۴/۷) و مادر زیر دیپلم، ضریب شانس ۴/۵	----
۲۱	عفونی	*رفیع، ۱۳۸۲ (۴۰)	پایان نامه	۳۱۷	مقطعی	تبریز	ارتباط معنادار (p□۰/۰۰۰۱)، شغل پدر و مادر با آلودگی به اکسیور و شیوع انتروبیازیس، بالاترین فراوانی در پدران کارگر و مادران قالیباف و کمترین در پدران و مادران کارمند	----
۲۲	عفونی	*اشرف گنجویی، ۱۳۸۲ (۴۱)	مقاله	۱۳۰	مقطعی	کرمان	معناداری (p□۰/۰۵) رابطه ابتلا به واژینوز و وضعیت اقتصادی، شیوع بالاتر واژینوز باکتریایی در افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر (ضریب شانس ۲/۷۱)	----
۲۳	عفونی	*شهرکی، ۱۳۸۰ (۴۲)	مقاله	۱۲۰۰	مقطعی	یاسوج	ارتباط معنادار (x^2= ۵۱/۷۸ و p□ ۰/۰۰۱) شیوع آلودگی شپش در دانش‌آموزان ابتدایی و شغل پدر خانواده (شامل بیکار)، فراوانی بالاتر در پدران بیکار و کارگر	----
۲۴	عفونی	*آخوندی، ۱۳۷۹ (۴۳)	مقاله	۴۰۰	مقطعی	یزد	رابطه معنادار (x^2= ۰/۰۰۱) مثبت شدن تیتر آنتی‌بادی IgG هلیکوباکترپیلوری و گروه‌های شغلی، بالاترین فراوانی در در گروه کارگر و کشاورز	----
۲۵	ادراک درد	*مسعودنیا، ۱۳۸۴ (۴۴)	مقاله	۱۴۶	مقطعی	اصفهان	معناداری (p= ۰/۰۲۹) رابطه ی درآمد با ادراک بیماری، همبستگی مستقیم معنادار ادراک بیماری با طبقه اجتماعی اقتصادی (تحصیلات، درآمد، شغل، منطقه مسکونی و نوع مسکن)	----
۲۶	بیماری اتوپیک	*رحمانی، ۱۳۸۳ (۴۵)	مقاله	۳۵۰۰	مقطعی	سنندج	رابطه معنادار آسم فصلی رینیت آلرژیک، کونژکتیویت (p<۰/۰۱) و آسم فصلی (p< ۰/۰۱۴) با درآمد خانواده (p<۰/۰۵)، شیوع بالاتر آسم در نواحی با وضعیت اقتصادی بالا و سایر بیماری‌ها در مناطق در مناطق فقیرنشین	----
۲۷	پوسیدگی دندان	قندهاری مطلق، ۱۳۸۳ (۴۶)	مقاله	۴۰۰	مقطعی	تهران	رابطه معناداری (p<۰/۰۵) پوسیدگی، پرشدگی و از دست دادن دندان‌ها (DMFT†) با شغل مادر، بالاتر بودن DMFT در کودکان مادران شاغل از کودکان زنان خانه‌دار	فقدان رابطه معنادار شغل پدر و DMFT
۲۸	رشد جسمی	کبیری، ۱۳۸۲ (۴۷)	مقاله	۳۰۰	مقطعی	کرج	رابطه معنادار وزن کودک با وضعیت اشتغال پدر (p< ۰/۰۰۰۱)	----
۲۹	شاخص جمجمه	ابوالحسن‌زاده، ۱۳۸۲ (۴۸)	مقاله	۱۸۶۲	مقطعی	تهران	معنی داری تفاوت شاخص جمجمه زنان و مردان ۲۴-۲۰ ساله در مناطق پنجگانه تهران (p<۰/۰۵)	----
۳۰	پوکی استخوان	*راهنورد، ۱۳۸۵ (۴۹)	مقاله	۷۶۰	مقطعی	تهران	معناداری رابطه وضعیت اقتصادی خانواده با سبک زندگی مرتبط با پوکی استخوان در نوجوانان دختر (p=۰/۰۴۳)، بالاترین فراوانی سبک زندگی نامطلوب در گروه وضعیت اقتصادی نامطلوب	----
۳۱	وضعیت سلامت	گشتاسبی، ۱۳۸۲ (۵۰)	مقاله	۴۱۶۳	مقطعی	تهران	معناداری رابطه زندگی در مناطق مختلف شهر تهران و ارزیابی افراد از سلامتی‌شان (p<۰/۰۰۱)، افزایش فراوانی احساس سلامتی عالی و بد از شمال به جنوب شهر تهران	----
۳۲	وضعیت سلامت	*نادر، ۱۳۸۵ (۵۱)	مقاله	۱۳۰۰۱	مقطعی	شیراز	تفاوت معنادار (p<۰/۰۰۵) کم وزنی کودکان در مناطق مختلف، بالاتر بودن فراوانی در مناطق اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر	نبود رابطه معنادار اختلالات بینایی، شنوایی، افزایش وزن و پوسیدگی دندان در مناطق مختلف
۳۳	رفتار بهداشتی	کرمان ساروی، ۱۳۸۵ (۵۲)	مفاله	۲۰۰	نیمه تجربی-تجربی	زاهدان	ارتباط معنادار درآمد با رفتارهای بهداشتی کارگران (p=۰/۰۱) و مفهوم سلامت و درک کنترل سلامت (p=۰/۰۲)	----

* مطالعاتی که رابطه معنادار و بیشتر بودن فراوانی وضعیت نامطلوب در گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر را نشان می‌دهند.

† Decayed (D) Missing (M) Filled (F) teeth (T)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۵- خلاصه یافته‌های مطالعات درآمد و سلامت روان

	مشکل سلامت	نویسنده اول و سال انتشار	نوع سند	حجم نمونه	نوع مطالعه	محل مطالعه	یافته	
							مثبت	منفی
۱	اعتیاد	امینی، ۱۳۸۲ (۵۳)	مقاله	۹۶	مقطعی	همدان	در میان عوامل شغلی ۷۱٪ بیکاری را و در میان علل اقتصادی، ۶۳/۶٪ فقر را مهم‌ترین علل عود مصرف دانسته‌اند	----
۲	افسردگی	هادوی، ۱۳۸۵ (۵۴)	مقاله	۳۵۰	مقطعی	رفسنجان	----	نبود ارتباط معنادار بین درآمد خانوار و شدت افسردگی
۳	افسردگی	*حیدری، ۱۳۸۲ (۵۵)	پایان‌نامه	۶۰	مقطعی	ورامین	معناداری (p> ۰/۰۵) و همبستگی معکوس (r=۰/۵۶۶) بین وضعیت اقتصادی و میزان افسردگی زنان طلاق گرفته، ارتباط معنادار وضعیت اقتصادی زنان طلاق گرفته با افسردگی در رگرسیون	معنادار نبودن همبستگی میان افسردگی و وضعیت اقتصادی مردان طلاق گرفته
۴	افسردگی	بیگلری ابهری، ۱۳۸۱ (۵۶)	مقاله	۳۶۳	مقطعی	تهران	۶/۱٪ دختران دانش‌آموز راهنمایی مشکل مالی را علل افسردگی خود می‌دانستند	____
۵	افسردگی	اعتصام، ۱۳۸۱ (۵۷)	پایان‌نامه	۸۸۹	مقطعی	تهران	ارتباط معنادار شیوع افسردگی و وضعیت اجتماعی اقتصادی (اشتغال والدین، تحصیلات والدین، محل سکونت، وضعیت مالکیت منزل مسکونی، تعداد اتاق‌های منزل، تعداد مسافرت و مالکیت اتومبیل شخصی) دانش‌آموزان دبیرستانی	----
۶	افسردگی	خمسه، ۱۳۸۱ (۵۸)	مقاله	۲۵۴	مقطعی	کرج	همبستگی معکوس (r=-۰/۲۳) کفایت میزان درآمد برای هزینه‌های زندگی و میزان افسردگی	____
۷	خودکشی	معماری، ۱۳۸۵ (۵۹)	مقاله	۹۹	مقطعی	تهران	اختلاف معنادار بین گروه‌های شغلی با میزان درآمد مختلف و میزان خودکشی	____
۸	خودکشی	محمدی، ۱۳۸۳ (۶۰)	مقاله	۲۰۵	مقطعی	نیشابور	بالاتر بودن فراوانی خودکشی (۷۷/۸٪) در افراد متعلق به خانواده‌های کم درآمد	____
۹	خشونت خانگی	نجفی دولت آباد، ۱۳۸۵ (۶۱)	مقاله	۱۷۱	مقطعی	کشوری	۱۱/۶۷٪ افراد متأهل و ۱۴.۷٪ افراد مجرد علت خشونت را مسایل اقتصادی ذکر کرده‌اند	____
۱۰	خشونت خانگی	زارعی، ۱۳۸۳ (۶۲)	پایان‌نامه	۱۰۰۰	مقطعی	تهران	معناداری تفاوت درآمد خانواده در زنان خشونت دیده و غیرخشونت دیده (p=۰/۰۰۰۵)	____
۱۱	خشونت خانگی	*نریمانی، ۱۳۸۴ (۶۳)	مقاله	۴۰۰	مقطعی	اردبیل	تفاوت معنادار (p<۰/۰۱) خشونت مردان نسبت به زنان در میان خانواده‌های دارای طبقه اجتماعی پایین با خانواده‌های دارای طبقه اجتماعی متوسط و بالا، ارتباط معکوس درآمد خانواده و خشونت خانوادگی، همبستگی معکوس میزان درآمد با میزان خشونت (r = -۰/۳۵) (p<۰/۰۰۱)	نبود تفاوت معنادار خشونت در میان خانواده‌های طبقات متوسط و بالا
۱۲	کودک آزاری	* صحبائی، ۱۳۸۵ (۶۴)	مقاله	۳۰۰	مورد شاهدی	تهران	تفاوت معنادار وضعیت اقتصادی خانواده کودکان آزار دیده در مقایسه با کودکان غیرآزاردیده (p<۰/۰۰۱)، فراوانی بالاتر کودک آزاری در خانواده دارای وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر	____
۱۳	خودپنداشت	پورحسین، ۱۳۸۱ (۶۵)	پایان‌نامه	۲۶۳	مقطعی	تهران	معناداری (p<۰/۰۰۰۱)رابطه طبقه اقتصادی- اجتماعی (منطقه سکونت، تحصیلات، درآمد و امکانات رفاهی) (۰/۰۷) و نمره خود پنداشت کودکان، نمره بالاتر در گروه اجتماعی اقتصادی بالاتر	____
۱۴	استرس	*روح‌افزا، ۱۳۸۶ (۶۶)	مقاله	۶۰۰۰	مقطعی	مناطق شهری و روستای استان‌های اصفهان و مرکزی	بیشترین فراوانی موارد استرس‌زا: بالا رفتن هزینه زندگی ۵۷/۷٪، مشکلات اقتصادی ۴۷/۸٪، عدم کفایت حقوق و درآمد ۴۵/۱٪	----

* مطالعاتی که رابطه معنادار و بیشتر بودن فراوانی وضعیت نامطلوب در گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر را نشان می‌دهند.

جدول ۶ طبقه‌بندی مطالعات را برحسب وضعیت تأیید یا رد رابطه میان درآمد و سلامت به تفکیک نوع سلامت نشان می‌دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که از مجموع ۴۷ مطالعه، ۳۶ مطالعه رابطه میان سلامت و درآمد را تأیید کرده است؛ سه مطالعه رابطه را رد نموده و هشت مطالعه دیگر دارای هر دو دسته نتایج تأیید کننده و رد کننده این رابطه است.

از ۴۴ مطالعه که رابطه معنادار میان متغیرهای سلامت و درآمد را به طور کامل یا نسبی تأیید کرده است، در ۱۸ مطالعه وضعیت سلامت نامطلوب، در گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر بیشتر بوده است که چهارده مورد آن مربوط به مطالعاتی بوده که رابطه معنادار را مورد تأیید کامل قرار داده‌اند. سایر مطالعات تنها معناداری رابطه را مورد تأیید قرار داده‌اند؛ اما جهت این رابطه را مشخص نکرده‌اند. بر اساس نتایج هشت مطالعه در گروه سلامت جسمی، میان درآمد سرانه و مصرف غلات و حبوبات (۲۴)، درآمد خانوار و تعداد فرزندان(۳۰)، سن یائسگی (۳۱)، عفونت سایتومگالوویروس (۳۶)، آگاهی و نگرش به الگوی تغذیه‌ای (۲۶)، طبقه اقتصادی و فاصله‌گذاری بین فرزندان، نوع شیر مصرفی و مدت تغذیه با شیر مادر (۳۲) ارتباط معناداری یافته نشد. همچنین رابطه معنادار میان شغل پدر و پوسیدگی دندان (۴۶) و میان اختلالات بینایی، شنوایی، افزایش وزن و پوسیدگی دندان کودکان در مناطق مختلف (۵۱) دیده نشد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

در مطالعات گروه سلامت روان نیز بر اساس نتایج سه مطالعه، رابطه معناداری میان درآمد خانوار و افسردگی (۵۴)، وضعیت اقتصادی مردان و افسردگی پس از طلاق (۵۵) و خشونت خانگی در دو طبقه اقتصادی متوسط و بالا (۶۳) دیده نشد.

جدول ۶- طبقه‌بندی مطالعات بر حسب تأیید، تأیید نسبی و رد رابطه درآمد و سلامت

وضعیت نهایی مطالعه / نوع سلامت	تأیید کامل (درصد)	تأیید نسبی (درصد)	رد کامل (درصد)	جمع (درصد)
سلامت جسمی	۲۵ (۷۶)	۶ (۱۸)	۲ (۶)	۳۳ (۱۰۰)
سلامت روان	۱۱ (۷۸/۵)	۲ (۱۴/۳)	۱ (۷/۲)	۱۴ (۱۰۰)
جمع	۳۶ (۷۶/۵)	۸ (۱۷)	۳ (۶/۵)	۴۷ (۱۰۰)

بحث

در این مطالعه، ۴۷ سند پژوهشی در خصوص وضعیت اقتصادی و سلامت جسمی و روانی جمع‌آوری شد. اکثریت مطالعات جمع‌آوری شده، معناداری رابطه میان یک یا چند متغیر سلامتی با شاخصی از وضعیت اقتصادی را بررسی کرده‌اند. هر چند عمدتاً درآمد به عنوان شاخص اصلی ارزیابی وضعیت اقتصادی استفاده شد، چنان که اشاره شد این شاخص‌ها در مطالعات مختلف یکسان نبودند. از سوی دیگر وضعیت سلامت یا بیماری که مورد بررسی قرار گرفته نیز متنوع بوده است. با در نظر گرفتن تفاوت‌ها بیشتر مطالعات (۷۶/۵٪) رابطه معناداری میان ابتلا به بیماری یا وضعیت سلامتی مورد نظر با شاخص وضعیت اقتصادی یافته‌اند و نسبت مطالعاتی که وجود رابطه معنادار را رد کرده‌اند (۶/۵٪) بسیار کمتر بوده است. با این حال در بخشی از مطالعات (۱۷٪)، رابطه برخی از شاخص‌های سلامت با درآمد تأیید و برخی رد شده‌اند. در حدود ۴۰٪ مطالعاتی که رابطه معنادار میان درآمد و سلامت را گزارش کرده‌اند نشان داده‌اند که گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، بیمارتر بوده‌اند و سایرین ضمن تأیید رابطه جهت رابطه را گزارش نکرده‌اند.

یافته‌های این مطالعه در خصوص وجود رابطه میان درآمد و سلامت افراد با یافته‌های مطالعات در دیگر کشورهای جهان هماهنگی دارد. چنان که پیشتر اشاره شد، بنزوال و جاج در سال ۲۰۰۱ در مروری بر ۱۶ مطالعه از چهار کشور جهان و مولاهی و همکارانش نیز در مرور مطالعات تجربی، ارتباط میان درآمد و بیماری‌ها و مرگ و میر با استفاده از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت را در مقاطع زمانی مختلف نشان دادند (۸). مرور انجام گرفته بر ۱۵۵ مطالعه بین‌المللی،کشوری، منطقه‌ای و شهری در خصوص رابطه نابرابری درآمد و سلامت توسط ویلکینسون[7] و پیکت[8] (۶۷) در کشورهای مختلف جهان نیز نشان داد که از ۱۶۸ تحلیل انجام شده در مطالعات، سه چهارم آن‌ها رابطه مثبت و معنادار میان افزایش برابری درآمد و استانداردهای بالاتر سلامت را در جامعه مورد بررسی مطالعات، به طور کامل یا نسبی تأیید کرده‌اند.

در گروه سلامت جسمی، دو مطالعه و در گروه مطالعات سلامت روان، تنها یک مطالعه رابطه میان سلامت و درآمد را تأیید نکرده‌اند. محدودیت تعداد مطالعات و تنوع موضوع سلامت مورد نظر، مانع از جمع‌بندی نتایج مطالعات با نتایج منفی، و یافته‌های غیرمعنادار مطالعات تأیید نسبی شد. این مسأله نیاز به مطالعات مروری دقیق‌تر به ویژه مرورهای نظام‌مند به منظور دست‌یابی به مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد. نکته قابل توجه، تأیید رابطه معنادار میان سلامت و درآمد در مطالعاتی است که رابطه بیماری خاصی را با درآمد بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال در حالی که یک مطالعه (۵۴) -هادوی، ۱۳۸۵- رابطه معناداری بین شدت افسردگی زنان و درآمد خانواده نیافته است، در همان حال سه مطالعه دیگر افسردگی، رابطه را تأیید نموده‌اند. مقایسه میان نتایج دو گروه مطالعات سلامت جسمی و روانی در این پژوهش نشان می‌دهد که نسبت مطالعاتی که رابطه میان درآمد و سلامت روانی را به طور کامل (۷۶/۵٪) یا نسبی (۱۷٪) تأیید کرده‌اند با مطالعات تأیید کننده کامل و نسبی ارتباط درآمد و سلامت جسمی (۷۶٪ و ۱۸٪) تفاوت چندانی ندارد. نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این خصوص نیازمند بررسی مطالعات بیشتر درباره تأثیر شرایط اقتصادی بر سلامت افراد است. همچون مطالعات سلامت جسمی، پژوهش‌های فراوانی در کشورهای مختلف رابطه درآمد و سلامت روان را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند. از آنجا که اختلالات روانی هزینه‌های زیادی را به دلیل درمان طولانی‌مدت و از دست دادن توانایی کسب درآمد ایجاد می‌کند، می‌توان گفت که این اختلالات به شکل معناداری با فقر مرتبطند (۶۸). به علاوه سازمان جهانی بهداشت تأکید کرده است که نتایج مطالعات بیست ساله اخیر تعامل جدی میان فاکتورهای مرتبط با فقر و سلامت روان نامطلوب را نشان می‌دهد؛ به طوری که فراوانی اختلالات روانی شایع در میان فقرا دو برابر بیشتر از ثروتمندان است. همچنین بالاترین شیوع اختلالات روانی را می‌توان در میان افراد دارای کمترین سطوح تحصیلات یا افراد بیکار یافت (۶۹).

[7] Wilkinson
[8] Pickettb

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

علی‌رغم تأکید اغلب مطالعات ایرانی بر رابطه درآمد و وضعیت سلامتی افراد، طراحی بسیاری از این مطالعات به گونه‌ای است که نمی‌توان از آن استنباط رابطه علی داشت. همچنین به نظر می‌رسد که ساز وکارهای تأثیر وضعیت اقتصادی بر سلامت و بالعکس به طور مستقل مورد نظر پژوهشگران نبوده است. از سوی دیگر ابعاد مختلف وضعیت اقتصادی مانند سطوح درآمد، تغییرات درآمد و فقر که تحلیل رابطه آن‌ها با سلامت در توضیح و درک ارتباط میان درآمد و سلامت افراد و جوامع مؤثر است در مطالعات، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و غالباً به وجود همبستگی سطوح درآمد یا تفاوت‌های آن در گروه‌های مختلف بسنده شده است. به این ترتیب کمبود مطالعاتی که بتوانند چگونگی تأثیر متغیرهای مختلف درآمد بر سلامت و بالعکس را روشن سازند، آشکار است. در این میان فقدان مطالعات مداخله‌ای در بررسی علل و ارزشیابی تأثیر مداخلات تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت نیز روشن است.

با آن که حجم شواهد حاصل از مطالعات تأیید کننده روابط سلامت و درآمد در سطوح جهانی به شکل روز افزونی در حال افزایش است، عواملی چون میزان قابلیت تعمیم نتایج حاصل از محیط کنترل شده مطالعات به شرایط بیرونی، قابلیت تکرار نتایج آن‌ها از یک موقعیت به موقعیتی دیگر و چارچوب‌های معرفت‌شناختی و بسترهای فرهنگی که بر درک از نتایج مطالعات در شرایط مختلف تأثیرگزارند، امکان انتقال داده‌های هر جامعه به سایر جوامع را با تردید مواجه می‌سازد (۱۳). به علاوه وضعیت شیب نابرابری سلامتی که یکی از محوری‌ترین مفاهیم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و مداخلات آن به شمار می‌رود، در کشورهای گوناگون متفاوت است و این تفاوت‌ها سیاست‌های متفاوتی را ضروری می‌سازد. به این جهت توصیه گزارش نهایی شبکه دانش سنجش و شواهد، به کمیسیون تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت (۱۳) مطالعات میان‌فرهنگی[9] بیشتر و بهتر برای کمک به روشن ساختن تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی زمینه‌ای در کشورهای مختلف و مسیرهایی است که این عوامل بر نابرابری سلامتی تأثیر می‌گذارند. گسترش این مطالعات به حوزه‌ای فراتر از کشورهای پردرآمد نیز در این گزارش توصیه شده است.

نتیجه‌گیری

از آنجا که دوره زمانی جمع‌آوری مطالعات در این مرور تا سال ۱۳۸۶ بوده است و توجه به تعیین کننده‌های سلامت در سال‌های اخیر افزایش روز افزون داشته است احتمالاً گسترش دامنه جستجو به سال‌های پس از آن با افزایش بیشتر مقالات در این زمینه همراه است. به این جهت انجام مرورهای نظام‌مند (سیستماتیک) به منظور دستیابی به مطالعات بیشتر در این حوزه کمک‌کننده خواهد بود. به علاوه شناخت مسیرهای رابطه میان درآمد و سلامت نیازمند مطالعات بیشتر در این حوزه با روش‌های مناسب است. با در نظر داشتن این که کلیه مطالعاتی که در این مرور جمع‌آوری شده‌اند کمی بوده‌اند، به خصوص به منظور درک بهتر روابط میان شرایط اقتصادی و سلامت افراد انجام مطالعات کیفی به منظور درک عمیق‌تر از رابطه میان شرایط اقتصادی و سلامت افراد که با مطالعات کمی پیگیری شوند مفید خواهد بود.

[9] Cross-cultural

References

1- Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva: World Health organization; 2008. 256.

2- Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), Geneva: World Health Organization; 2010. 79.

3- Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2006. 39.

4- Prel X, Krämer U, Behrendt H, Ring J, Oppermann H, Schikowski T, et al. Preschool Children's Health and its Association with Parental Education and Individual Living Conditions in East and West Germany. BMC Public Health 2006; 6:312.

5- Freudenberg N, Galea S, Vlahov D. Beyond Urban Penalty and Urban Sprawl: Back to Living Conditions as the Focus of Urban Health. Journal of Community Health 2005; 30(1): 2-9.

6- Yip AM, Kephart G, Veugelers PJ. Individual and Neighborhood Determinants of Health Care Utilization Implications for Health Policy and Resource Allocation. Canadian Journal of Public Health 2002; 93(4): 303.

7- Jones AM, Wildman J. Disentangling the Relationship between Health and Income. York: Department of Economics and Related Studies, University of York; 2005.

8- Phipps Sh. The Impact of Poverty on Health, a Scan for Health Literature. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2003. 39.

9- Marmot M. The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist, Does money really matter? Or is it a marker for something else? Health Affairs Journal 2002; 21(2): 31-46.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

10- Debrand T, Lengagne P. Working Conditions and Health of European Older Workers. Paris: Institute de recherche et documentation en economie de la santé; 2008. 23.
11- Robone S, Jones AM, Rice N. Contractual Conditions, Working Conditions, Health and Well-Being in the British Household Panel Survey. York: University of York; 2008. 33.
12- Virtanen M, Kivimäki MJ, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera, J. Temporary employment and health: a review. International Journal of Epidemiology 2005; 34(3):610- 622.
13- Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy Butt J, Bergman V. The Social Determinants Of Health: Developing An Evidence Base For Political Action Final Report To World Health Organization Commission on The Social Determinants of Health Measurement and Evidence Knowledge Network. Universidad del Desarrollo, Chile, and National Institute for Health and Clinical Excellence, United Kingdom; 2007.165 p
14- Leigh A, Jencks C, Smeeding TM. Health and Economic Inequality, the Oxford Handbook of Economic Inequality. Oxford: Oxford University Press; 2009. 33.
15- Benzeval M, Taylor J, Judge K. Evidence on the Relationship between Low Income and Poor Health: Is the Government Doing Enough? Fiscal Studies 2000; 21(3): 375-399.
16- Fazaeli AA. Poverty and Health Situation in Iran. Journal of Sustainable Development 2008; 5(16): 35-49.
17- Khosravi A, Najafi F, Rahbar MR, Motlagh ME, Kabir MJ. Health Profile Indicators in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Centre for Health Network Development and Health Promotion, Technical Group for Health Information Management and Technology, Secretariat for Health Applied Research; 2009. 451. (in Persian)
18- World Health Organization. Country Cooperation study for WHO and Islamic Republic of Iran, 2005-2009. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2005. 79.
19- World Health Organization. Country Cooperation study for WHO and Islamic Republic of Iran, 2010-2014. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2011.68.
20- Group of Writers. Third Socio-Economic and Cultural Development Plan of Islamic Republic of Iran from the Point of View of Experts.Tehran: Industrial Management Institute; 2001. 320.
21- Kimiagar M, Bajan M. Poverty and Malnutrition in Iran. Social Welfare Quarterly 2005; 5:18: 91-111. (in Persian)
22- Ebadi F. Food Security and Income Distribution. Agricultural Planning Economic and Rural Development Research Institute, 2004, 146. (in Persian)
23- Aliabadi M, Kimiagar M, Gayoor Mobarhan M, Ilati Feizabadi A. Prevalence of malnutrition and factors related to it in the elderly subjects in Khorasan Razavi province, Iran, 2006. Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology 2007; 2(3): 45-56. (in Persian)
24- Dastgiri S, Mahboob S, Tootoonchi H, Ostad-Rahimi A. Factors affecting food insecurity: a cross sectional study in Tabriz in 1383-84. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2006; 6 (3): 233-239. (in Persian)
25- Holakoui-Naini K, Fotoohi K, Borhani A, Pooya B. Factors influencing malnutrition in 6 to 30 months children, of health care centers in Hormozgan, Iranian journal of Epidemiology 2005; 1 (2): 27-32. (in Persian)
26- Nazari M. (dissertation). Evaluation of Health education effect on nutritional behavior in elementary school girls Chabahar. Tehran: Tarbiat Modares University; 2003. (in Persian)
27- Moradi-Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Inequality in safe delivery and its determinants in Iran. Payesh 2010, 9 (2): 145-154. (in Persian)
28- Mohammadi Bagh molai M, Hashemi LM, Ghaedi H, Zare M, Sharifi SH, Bahreini M. Factors associated with good spacing between pregnancies in women referred to health centers in Bushehr. Dena Journal 2005;1(1):11-20. (in Persian)
29- Kahnamoei Aghdam F, Mohammadi, MA, Dadkhah B, Asadzadeh F, Afshinmehr M. Outbreak and Factors of Unwanted Pregnancy among Women Referring to Health Care Centers of Ardabil. Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services 2002; 1 (2): 167-171. (in Persian)
30- Abbasalizadeh SH, Abbasalizadh F, Sedaghat K. Study of Social and Cultural Areas Effective on the Birth of the Third and More Child in Urban and Rural Families in Tabriz. Tehran University Medical Journal 2005; 63(5):367-372. (in Persian)
31- Ayatollahi MT, Ghaem H, Ayatollahi A. Sociodemographic Factors and Age at Natural Menopause in Shiraz. Journal of Guilan Medical Sciences 2000; 14(44): 51-61. (in Persian)
32- Eftekhari MH, Mazloom Z. A Survey on Breast Feeding in Province of Larestan and the Surroundings and Its Relationship with Mothers' Education and Family Social Economic. Teb Va Tazkieh, 2002, (45):34-39. (in Persian)
33- Peeri Sh, Kiani Asiabar A. Prevalence and causes of labor Types and demographic factors. Daneshvar 2001; 8 (35): 7-14. (in Persian)
34- Karami Nouri R. Psychological Aspects of infertility from the perspective of Iranian Physicians. Journal of Reproduction and Infertility 2001; 2 (3): 13-26.
35- Attar Parsai F, Golchin M, Asvadi Kermani I. Relationship between Individual Characteristics of Lifestyle and Social Stressors with Breast Cancer. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services 2001; 35 (50): 13-26. (in Persian)
36- Arabzadeh S, Mosavat SA, Eftekhari N. Seroepidemiology of Human Cytomegalovirus in Pregnant Women and their Neonates in Kerman City during 2005. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2007; 14(4):279-288. (in Persian)
37- Zareban I, Abbaszadeh MR, Moodi M, Mehrjoufard H, Ghaffari H. Evaluating a Health Education Program inorder to Reduce Infection of Pediculus Humanus Capitis among Female Elementary Students. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2006; 13(1):25-32. (in Persian)
38- Rafinezhad J, Nourollahi A, Javadian E, Mehrjoufard H, Ghaffari H. Iranian Epidemiology of Head Louse Infestation and Related Factors in School Children in The County of Amlash, Gilan Province, 2003-2004. Journal of Epidemiology 2006; 1(4):51-63.
39- Imanzadeh F, Eghbali A, Sayyari AA, Valaei N. Investigation of Risk Factors of H.Pylori Infection in Pediatrics. Pejouhandeh 2004; 9(2 (38)):87-92. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

40- Rafie AAN, Bazmani A. Prevalence Of Enterobiasis and Its Relation to Sociologic and Demeanor Factors in Kindergartens and Schools of Two Regions of Tabriz. Journal of Medical Council of I.R.I. 2003; 21(3):223-227. (in Persian)
41- Ashraf Ganjouei T, Shahabi M. Epidemiology and Risk Factors of Bacterial Vaginosis in Women Visiting the Gynecologic Clinic of Bahonar Hospital of Kerman University of Medical Sciences in 2002. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2003; 10(4):200-210. (in Persian)
42- Shahraki Gh. Factors Affecting Pediculosis in Primary Schools of Urban Areas. Armaghan Danesh 2001; 6(23):32-37. (in Persian)
43- Akhoundi M. Seroepedimeology of Helicobacter Pylori among the Population in Yazd. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2000; 8(4):11-16. (in Persian)
44- Masoudnia E, Oreizi FS, Rabbani R, Zamani AR, Ahmadi A. Social impact on the quality perception of symptoms and pain of rheumatoid arthritis patients. Daneshvar Raftar Research Journal 2005; 12 (13): 37-46. (in Persian)
45- Rahmani MR, Zarei M. Effect of Socio-Economic Status on Level of the Atopic Diseases in 16-25 Year Old Men in Sanandaj City. Journal of Babol University of Medical Sciences 2004; 6(2 (22)):30-34. (in Persian)
46- Ghandehari Motlagh M, Zeraati HA, Jamshidi Sh. An Epidemiologic Survey on DMFT among 4-5 Year Old Children of Kindergartens under the Supervision of Behzisti Organization in Tehran (2003). Dentistry Journal 2004; 16(50): 15-21. (in Persian)
47- Kabiri M, Parsinia M, Goudarzi M, Babaei GhR. Relation Between Physical Growth Of 0-2 Year-Old Children And Socioeconomic And Educational Situation Of Their Parents In Karadj/Iran. Iranian Journal of Pediatrics 2003; 13(1):47-52. (in Persian)
48- Abolhasan Zadeh A. Relationship between Educational Level and Residential Area and the Skull index of 24-20 Years Old Male and Female Youths of Tehran, 1380-81. Journal of Forensic Medicine 2003; 9 (29): 31-34. (in Persian)
49- Raahnavard Z, Zou Alfaghari M, Kazemnejad A, Zareei L. Relation between Female Teenagers' Life Style and Osteoporosis Prevention. Hayat 2006; 12(2):53-61. (in Persian)
50- Goshtasbi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi A, Mohammad K. Self-Reported and Socioeconomic Status: Results from a Population-Based Study in Tehran, Iran. Payesh 2003; 2(3):183-189. (in Persian)
51- Nader F, Aramesh K. Assessment of the Status of the Health of Shiraz's Primary Schools' Children; 2001-2002. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2005; 15(46):56-64. (in Persian)
52- Kermansaravi F, Rakhshani F, Sharakhipoor M. Applying Pender's Educational Model in Promotion of Health Behavior of Workers. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2006; 15(58):54-60. (in Persian)
53- Amini K, Amini D, Afshar Mf, Azar M. A Study on Social And Environmental Factors Which Made Addicts to Relapse Into Drug Abuse In Hamedan. Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services 2004; 11(45):41-47. (in Persian)
54- Hadavi M, Alidalaki S, Halakouei M. Prevalence of Depression in Women Referring to Health Centers. Iranian Journal of Nursing Research 2006; 1(2):55-61. (in Persian)
55- Heidari H. (dissertation). Comparison of Levels of depression in divorced men and women from divorce to a year later, in the city of Varamin. Tehran: School of Psychology and Education, Tarbiat Moaalem University: 2003. (in Persian)
56- Biglari Abhari M. (dissertation). Prevalence and Causes of Depression in Guidance School Girls of 8th district of Tehran, 1380-81. Tehran: General Medicine, Iran University of Medical Sciences. 2002. (in Persian)
57- Etesam G. (dissertation). Assessment of Depression Symptoms and Related Factors in Middle School Students of Tehran. Tehran: Tehran University of Medical Sciences 2002. (in Persian)
58- Khamseh F. Evaluation of Psycho-social Factors Affecting Post-Partum Depression. Kowsar Medical Journal 2003; 7(4):327-332. (in Persian)
59- Memari AAM, Ramim T, Amir Moradi F, Khosravi Kh, Goudarzi Z. Causes of Suicide in Married Women. Hayat 2006; 12(1):47-53. (in Persian)
60- Mohammadi Gh, Saadati A. Survey of Epidemiology and Etiology of Suicidal Attempt and Relation to Socio demographic Factors in the Administrated Emergency Unit Central Hospital of Neishabur in 2003. Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2004-2005; 6(23-24):117-125.
61- Najafi Dolatabad Sh, Alavi Majd H, Khatami Zonoozian A, Mohebbi Nobandegani, Z. Reasons of Violence Incidence against Women and Girls Referred to Forensic Medicine Center of Tehran in 1382. Dena Scientific Journal 2003; 1(3): 27-34. (in Persian)
62- Zarei M. (dissertation). Assessment of Mental Violence Frequency against Spouses and Related Factors among Women Referred to Hospitals of Medical Science University of Iran. Tehran: University of Medical Sciences of Iran. 2004. (in Persian)
63- Narimani M, Agha Mohammadian HR. A Study of the Extent of Men's Violence against Women and its Related Variables among Families Inhabited in Ardabil City. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2005-2006; 7(27-28):107-113.
64- Sahbaie F, Davachi A, Zeraati–Najafi Ardakani Z. Surveying the Relationship between Familial, Psychological and Social Factors and Child Abuse in Primary Schools in Tehran. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University 2006; 16(1):43-48. (in Persian)
65- Pourhosein R. (dissertation). Developmental Study of Self-Concept in 6-12 Years Old Iranian Children and its Relationship with Sex and Socio-Economic Status. Tehran: School of Humanities of Tarbiat Modarres University. 2002. (in Persian)
66- Rouhafza HR, Salehi B, Sadeghi M. Prevalence and Severity of Emotional Stress in Isfahan and Markazi Provinces, 2002. Arak Medical University Journal 2007; 10(2 (39)):22-30. (in Persian)
67- Wilkinson RG, Pickettb KE. Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence. Social Science and Medicine 2006; 62(7): 1768-84.
68- World Health Organization. Investing in Mental Health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health, World Health Organization; 2003. 52.
69- World Health Organization. Breaking the Vicious Cycle between Mental Ill-health and Poverty. Geneva: World Health Organization; 2007. 5.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

Health and Income in Iran: A Review on Published Studies in Farsi, 2000 to 2007

Sajjadi H[1] (MD), Vameghi M[2*] (MD), Madani Ghahfarokhi S[3] (PhD)

[1] *Social Medicine Specialist, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Social Determinants of Health Research Center, Social Welfare Research Group, University of Social Welfare and rehabilitation, Tehran, Iran*
[3] *PhD in Criminology*

Received: 8 Dec 2011, Accepted: 8 Dec 2012

Abstract

Introduction: The relationship between social factors and individuals' health status is a major issue nowadays. This study aimed to identify the relationship between income and physical health of individuals and households as well as relationship mechanisms by reviewing the studies performed in the country during 2000-2007.

Methods: In this study, we reviewed library documents and sources. Data on relationship between income, health and disease were extracted, classified, described and analyzed based on indicators mentioned in a checkout list.

Results: In this study, we collected 47 research documents on economic status and physical and mental health. Most studies (76.5%) had found significant relationships between health status and economic indicators. A few studies (6.7%) had rejected the relationship, and 17% had presented both types of findings. Almost 40% of the studies had reported significant relationship between income and health demonstrating worse situation among the poor.

Conclusion: Most of the studies had shown relationships between income and health status; however, cause and effect relationship cannot be inferred. It seems that mechanisms of economic status impact on health and vice versa have not been investigated by authors independently. Performing systematic reviews in order to achieve more studies in this field is recommended.

Key words: health, income, Iran, social determinant

Please cite this article as follows:

Sajjadi H, Vameghi M, Madani Ghahfarokhi S. Health and Income in Iran: A Review on Published Studies in Farsi, 2000 to 2007. Hakim Research Journal 2013; 15(4): 309- 320.

*Corresponding Author: Social Welfare and Health, Related Social Factors Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Tel & Fax: +98- 21- 22180127, E-mail: m_vameghi@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]