

امید زندگی به فاصله هر ایستگاه مترو تغییر می‌کند! عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بیش از پیش جدی بگیریم

رضا اسماعیلی^{*۱}

۱- استادیار اقتصاد سلامت، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

*نویسنده مسئول: خراسان رضوی، گناباد، خیابان امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی گناباد. تلفن: ۰۵۱۵۷۲۳۳۰۲۸، نمابر: ۰۵۱۵۷۲۳۷۱۱۴. پست الکترونیک: esmaeili.r@gmu.ac.ir

دریافت: ۹۸/۷/۲۸ پذیرش: ۹۸/۱۰/۶

چکیده

امروزه نابرابری‌های سلامت به‌طور محرز و در فواصل جغرافیایی کوتاه، حتی در میان مناطق یک شهر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ظهور پیدا کرده است. در پاسخ به این شرایط، مطالعه نقش ساختارها و عوامل اقتصادی-اجتماعی در بروز و توزیع پیامدهای سلامت، بیش از پیش مهم می‌نماید. شبکه دانش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت در یک چارچوب پنج سطحی به تبیین مکانیسم اثر عوامل اجتماعی بر ایجاد تفاوت‌ها و نابرابری‌ها در سلامت گروه‌های مختلف جمعیتی پرداخته است. هدف مقاله حاضر، بررسی شواهد نابرابری‌های سلامت در سطوح بین‌المللی و منطقه‌ای و تبیین دلایل آن است.

کل واژگان: نابرابری سلامت، عدالت در سلامت، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، امید زندگی

متحدہ اشاره کرد که علی‌رغم فاصله نزدیک جغرافیایی میان واشنگتن و مناطق حاشیه‌ای آن، از نظر شاخص‌های سلامت، مانند امید زندگی، بیماری‌زایی، مرگ‌ومیر و رفتارهای بهداشتی و همچنین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مانند فقر، درآمد، پوشش بیمه و دسترسی به مراقبت‌های سلامت، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. تفاوت شاخص‌های سلامت میان مناطق واشنگتن و براساس خطوط ایستگاه‌های متروی شهری گزارش شده و نتایج حاکی از تفاوت ۷ ساله‌ی امید زندگی میان منطقه کلمبیا^۲ تا فایرفاکس است^۳ [۵].

اما در این‌جا این سوال مطرح می‌شود که عوامل اجتماعی موثر بر سلامت چگونه می‌توانند چنین نابرابری‌های آشکاری را به لحاظ شاخص‌های سلامت در فواصل جغرافیایی نزدیک ایجاد کنند؟ در راستای درک بهتر و دقیق‌تر رابطه‌ی علیتی میان عوامل اجتماعی و سلامت، شبکه دانش اولویت وضعیت سلامت عمومی^۴ کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت [۶]، چارچوبی تحلیلی متشکل از سه بعد فعالیتی تحلیل، مداخله و اندازه‌گیری را معرفی کرده است. این چارچوب بر پنج سطح تحلیل مکانیسم اثر عوامل اجتماعی بر ایجاد تفاوت‌ها و نابرابری‌ها در بروز و توزیع پیامدهای سلامت استقرار یافته است (شکل ۱). سطح اول

معمولاً از ۴۸ سال تفاوت نرخ امید زندگی در میان کشورها [۱]، به‌ویژه میان کشورهای جنوب صحرائی آفریقا و کشورهایی چون ژاپن، به‌عنوان نمادی از نابرابری‌های سلامت یاد می‌شود. اگر به تفاوت ۱۰/۴ ساله‌ی نرخ امید زندگی میان دو کشور همسایه واقع در یک جزیره - یعنی دومینیک با امید زندگی ۷۴ سال و هائیتی با امید زندگی ۶۳/۳ سال - توجه شود [۲]، موضوع نابرابری‌های سلامت، نظر تعداد بیشتری از محققان را به خود جلب می‌کند.

اما امروزه نابرابری‌های سلامت بیش از پیش و به‌طور محرز، در فواصل جغرافیایی کوتاه‌تر در میان مناطق یک شهر ظهور پیدا کرده است. تحلیل داده‌های دیده‌بانی سلامت لندن^۱ نشان می‌دهد که با حرکت از وست‌مینستر به سمت شرق لندن، تقریباً به ازای هر ایستگاه، یک سال امید زندگی مردان کاهش می‌یابد [۳]. در شهر بالتیمور در ایالات متحده، تفاوت امید زندگی میان دو منطقه‌ی Roland Park با امید زندگی ۸۶/۳ سال و Upton/Druid Heights با امید زندگی ۵۶/۷ به ۲۹/۶ سال می‌رسد [۴]. نکته حائز اهمیت، تفاوت در عوامل اقتصادی-اجتماعی به موازات تفاوت در شاخص‌های سلامت است که بیان‌کننده‌ی نقش موثر این عوامل در شکل‌گیری و توزیع پیامدهای سلامت می‌باشد. به‌عنوان مثال، می‌توان به شهر واشنگتن در ایالات

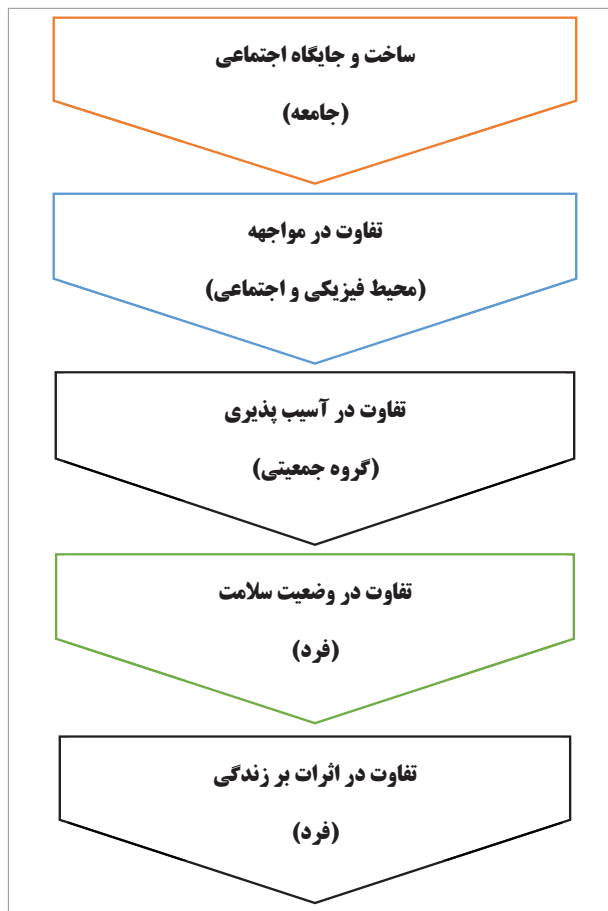
² District of Columbia

³ Fairfax county

⁴ Priority Public Health Conditions Knowledge Network

¹ London Health Observatory

نابرابری‌های سلامت در میان اقشار جامعه جلوگیری کند، پیشنهاد می‌گردد. تجارب مطلوبی همچون استقرار نظام شبکه‌های بهداشت در ایران را می‌توان به‌عنوان یک الگوی موثر در جلوگیری از نابرابری‌های سلامت مورد مطالعه قرار داد. مراقبت‌های فعال شبکه‌های بهداشت و درمان، مانند واکسیناسیون جامع، مراقبت مادران باردار، آموزش بهداشت و بهداشت محیط، به‌ویژه توسط بهورزان و سایر حرفه‌های سلامت در دورافتاده‌ترین مناطق ایران باعث شد تا تفاوت در جایگاه‌های اقتصادی-اجتماعی نتواند اثرات نامطلوب شدیدی بر توزیع شاخص‌های سلامت ایران بجا گذارد.



شکل (۱). چارچوب تحلیلی شبکه‌ی دانش اولویت وضعیت سلامت عمومی از مکانیسم اثر عوامل اجتماعی بر سلامت

شامل ساختار اجتماعی-اقتصادی جامعه (از نظر دسترسی به قدرت، ثروت و منابع) و جایگاه اقتصادی-اجتماعی شهروندان (جنس، شغل، درآمد، تحصیلات و قومیت) است. عدم کنترل و تعدیل این سطح از تعیین‌کننده‌ها باعث قشربندی^۵ مردم در جامعه می‌گردد که مبنای بسیاری از تفاوت‌های اجتماعی از جمله سلامت است. سطح دوم شامل تفاوت در مواجهه است. تفاوت در مواجهه با عوامل خطر محیطی، اجتماعی و رفتاری با جایگاه‌های اجتماعی مردم رابطه معکوس دارد. مردم در جایگاه‌های اجتماعی کم‌تر برخوردار، مواجهه بیشتری با شرایطی هم‌چون مسکن نامناسب، غذای ناکافی، بحران‌های اجتماعی و دسترسی ضعیف به خدمات با کیفیت دارند، که هر یک حتی به‌تنهایی بر بروز پیامدهای خاص سلامت اثر گذار است. سطح سوم تفاوت در آسیب‌پذیری است که باعث می‌شود حتی در شرایط مساوی از نظر عوامل خطر، پیامدهای سلامت متفاوتی میان گروه‌های مردم بروز یابد. سطح چهارم منحصر به تفاوت در مراقبت‌های سلامت است. در راستای نیل به عدالت در سلامت، لازم است دسترسی به‌موقع و مبتنی بر نیاز گروه‌های مختلف مردم به مراقبت‌های سلامت، صرف‌نظر از جایگاه اجتماعی ایشان، میسر گردد. نارسایی موجود در این سطح، که نسبتاً توسط سیاست‌های نظام سلامت قابل تعدیل می‌باشد، اثر سه سطح بالا در ایجاد نابرابری‌های سلامت را تشدید می‌کند. سطح پنجم شامل تفاوت در اثرات نهایی است. سطح پایین سلامت برای فرد یا خانوار، اثرات متنوع اقتصادی-اجتماعی چون کاهش درآمد، کم‌شدن توانایی کار و انزوای اجتماعی در پی دارد. درعین حال، بیماران ممکن است برای تدارک مراقبت‌های درمانی مورد نیاز خود با مشکلات مالی روبرو شوند. میزان اثرات ذکر شده می‌تواند توسط جایگاه اجتماعی مردم تعدیل شود. به‌عنوان مثال، پوشش بیمه درمانی و امنیت شغلی که وابسته به جایگاه اجتماعی هستند، از مواردی است که میزان اثرات فوق بر خانوار را کاهش می‌دهد.

مداخله از طریق اتخاذ و اجرای سیاست‌هایی که بتواند از اثرات نامطلوب هر یک از سطوح پنج‌گانه فوق بر تشدید

References

- 1- Marmot M. Social determinants of health inequalities. The lancet. 2005;365(9464):1099-104.
- 2- Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2017. Pan American Health Organization: United State of America, Washington. 2018: 4-19.
- 3- Green M A. Mapping Inequality in London: A Different Approach. The Cartographic Journal. 2012;49 (3):247-55.
- 4- Evans B F, Zimmerman E, Woolf S H, Haley A D. Neighborhood

- Characteristics and Health in Baltimore, Maryland. Center on Human Needs: United State of America, Virginia. 2012: 10-21.
- 5- Dubay L, Aron L, Holla N, Peters R. Health Needs in the Washington Metropolitan Area. Urban Institute: United State of America, Washington. 2016: 5-27.
- 6- Blas E, Sivasankara Kurup A. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization. 2010: 4-10.

⁵ Stratification

Life Expectancy Changes for Each Subway Station: Taking Social Determinants of Health Seriously More Than Ever

Reza Esmaeili ^{1*}

¹Assistance Professor, Department of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Abstract

Nowadays, health inequalities are emerging at short geographic distances, even among the districts of a city in developed and developing countries. In response to these conditions, it is important to study the role of socioeconomic structures and factors in the incidence and distribution of health outcomes. In a five-level framework, the knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health clarifies the mechanism of the effect of social determinants on the creation of differences and inequalities in the health of different population groups. The present paper examines the evidence of health inequalities at international and regional levels and explains its reasons.

Keywords: Health Inequality; Health Equity; Social Determinants of Health; Life Expectancy

Please cite this article as follows:

Esmaeili R. Life Expectancy Changes for Each Subway Station: Taking Social Determinants of Health Seriously More Than Ever. *Hakim Health Sys Res.* 2019; 22(4): 258-260.

*Corresponding Author: Assistance Professor, Gonabad University of Medical Sciences, Imam Khomeini St., Gonabad, Khorasan Razavi, Iran. Tel: +98-57223028, Fax: +98-57227114, Email: esmaeili.r@gmu.ac.ir