

## تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۱ سال ۱۳۹۳ صفحه ۲۱ - ۱۵

## تعیین کننده‌های اجتماعی وضعیت سلامت: تأثیر پایگاه اجتماعی اقتصادی بر سلامت افراد

اکبر عزیزی زین‌الحاجلو<sup>\*</sup>، جعفر صادق تبریزی<sup>۱</sup>

## چکیده

**زمینه و اهداف:** سلامتی به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی مهم، دارای اثرات و پیامدهای بسیار مهمی در سطح فردی و اجتماعی می‌باشد و سلامت افراد جامعه از ارکان و مقاصد پیشرفت و توسعه جوامع می‌باشد. امروزه از طرفی شاهد تغییر در الگوی همه‌گیر شناختی بیماری‌ها از بیماری‌های مسری و عفونی به بیماری‌های مزمن و از طرف دیگر شاهد شکاف عمیق در وضعیت سلامت، امید به زندگی و میزان مرگ و میر در سطح جهان هستیم. به استناد داده‌های جهانی، با وجود موفقیت‌های چشم‌گیر بشر در ارتقاء وضعیت سلامت در سطح جهان، بار بیماری‌های مزمن روز به روز در حال افزایش بوده و نابرابری زیادی در وضعیت سلامت در بین کشورهای مختلف و طبقات اجتماعی مختلف یک کشور وجود دارد. تبیین تغییرات مذکور مستلزم جایگزینی رویکردی جامع‌تر با رویکرد بیومدیکال و توجه بیش از پیش به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر پایگاه اجتماعی اقتصادی بر وضعیت سلامت افراد انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک بررسی متون است که در آن از داده‌های سازمان ملل، سازمان بهداشت جهانی، پایگاه داده‌های مرتبط انگلیسی و فارسی شامل ISI، Medline، Pubmed، SID، گزارش سازمان‌های فعال در زمینه سلامت، کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، مجلات و نشریات مرتبط با سیاست‌های بهداشتی ایران استفاده شده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** سلامتی سازه‌ای چند بعدی بوده و از عوامل متعددی اثر پذیر است. تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه خارج از توان صرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده و دسترسی به جامعه‌ای سالم نیازمند توجه کافی به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و همکاری‌های بین بخشی می‌باشد. بدون اتخاذ رویکرد جامع در تبیین سلامت و بیماری و بدون جایگزینی رویکرد سلامت محور با رویکرد درمان محور دسترسی به سلامت به عنوان ارزشمندترین سرمایه انسانی و در نتیجه دسترسی به توسعه پایدار امکان‌پذیر نبوده و موجب هدر رفت منابع جامعه خواهد بود.

**کلیدواژه‌ها:** وضعیت سلامت، تعیین کننده‌های اجتماعی، پایگاه اجتماعی اقتصادی، تحصیلات، شغل، میزان درآمد

## مقدمه

اهمیت سلامتی از جنبه فردی و اجتماعی واضح بوده و نیازمند دلیل آوری نیست. وجود انسان‌های سالم و کارآمد هم زمینه‌ساز توسعه و بهگشت جامعه و هم نتیجه و پیامد آن می‌باشد. انسان سالم محور توسعه پایدار بوده و غفلت از تعیین کننده‌های سلامت، دسترسی به توسعه‌ای پایدار را ناممکن می‌سازد. سلامت سازه‌ای چند عاملی می‌باشد که عوامل مؤثر بر آن هم در درون شخص و هم بیرون از او در جامعه‌ای که او زندگی می‌کند قرار دارند. این عوامل بر هم اثر گذارند و در ضمن این برهمکنش، ممکن است سلامت فرد تضعیف شده یا ارتقاء یابد. لذا سلامت جامعه را می‌توان نتیجه برهمکنش‌های بسیار دانست (۱). با وجود ارتقای سلامت و کاهش چشمگیر مرگ و میر در جهان توسعه یافته امروزی، شکاف عمیقی در وضعیت سلامت درون جوامعی و بین جوامعی وجود داشته و افراد متعلق به پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین‌تر در مقایسه با پایگاه بالاتر، میزان مرگ و میر بیشتری دارند (۲). بررسی‌های کمیسیون بین‌المللی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت که در سال ۲۰۰۵ تشکیل شده، نشان داد که ۵۰ درصد از تعیین کننده‌های سلامت به عواملی مانند پایگاه اجتماعی - اقتصادی، نابرابری اجتماعی، اشتغال، وضعیت مسکن، تغذیه و فشارهای روحی روانی مربوط است، که بیرون از حوزه عملکرد نظام سلامت کشورها می‌باشد (۳). شواهدی از این دست گویای این واقعیت است که سلامت مردم با ویژگی‌های جامعه و ساختار اجتماعی و اقتصادی آن مرتبط بوده و همین امر ضرورت پرداختن به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت را برجسته‌تر می‌نماید. اهمیت بررسی الگوی اجتماعی سلامت از آن جهت است که؛ اولاً تأثیر محیط اجتماعی بر سلامت، تغییرناپذیر نبوده و با درک چگونگی این تأثیر می‌توان تغییراتی در آن اعمال نمود و ثانیاً با تشخیص مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، تأثیرات جداگانه هر یک را مورد مطالعه قرار داد (۴). علاوه بر آن شناسایی تهدیدکننده‌های سلامتی و رفع ابهامات مربوط به علل بیماری‌ها، راه‌گشای برنامه‌های ارتقاء سلامت بوده (۵) و می‌تواند به بهبود سیاست‌گذاری‌ها و اصلاح رویکردها کمک کند.

## مفهوم سلامت

سلامت مفهومی است که قدمتی به اندازه حیات بشر دارد. از زمان شکل‌گیری جوامع بشری مفاهیم بیماری و سلامت مطرح بوده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه شده است. طبق پذیرفته شده‌ترین تعریف، سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت (۶). از تعریف فوق استفاده می‌شود که، مفهوم سلامت دارای ابعاد گسترده‌ای بوده که دستیابی به آن نیازمند

شناخت این ابعاد تلاش گروهی و بین بخشی در راستای رسیدن به اجزای تشکیل دهنده آن است. تعریف فوق، متشکل از دو قسمت می‌باشد؛ قسمت اول وجه ایجابی و قسمت دوم وجه سلبی سلامت است. تاکنون اغلب محققان سیاست‌های اجتماعی و دست‌اندرکاران سلامت، به وجه سلبی سلامت بیشتر توجه داشته‌اند تا وجه ایجابی آن (۷).

## رویکردهای مربوط به سلامت و بیماری

رویکرد غالب در بررسی سلامت و بیماری رویکرد بیومدیکال می‌باشد، که از اواسط قرن نوزدهم به عنوان مدل غالب مورد استفاده بوده است (۸). این رویکرد، ریشه در نظریه میکروبی داشته و بر این فرضیه استوار است که هر بیماری دارای منشأ بیماری‌زایی خاصی است، که درمان آن از طریق حذف یا کنترل علت بیماری با استفاده از روش‌های پزشکی و دارو درمانی میسر است. از مهم‌ترین انتقادات وارده به رویکرد بیومدیکال این است که سازه چند بعدی سلامت را به مقوله‌ای صرفاً جسمانی تقلیل داده و این تقلیل‌گرایی تحلیل سلامت و حدوث بیماری را با اشکالاتی مواجه کرده است. این رویکرد، نقش عوامل محیطی، اجتماعی، فرهنگی و روانی را در سلامت بسیار کم رنگ در نظر گرفته و با وجود موفقیت‌های چشمگیر در درمان بیماری‌ها، در حل مسائلی از قبیل بیماری‌های مزمن، تصادفات، اعتیاد، بیماری‌های روانی و افزایش جمعیت نارسا بوده است (۷). شواهد نشان می‌دهد؛ بیماری و حتی مرگ و میرهایی که آشکارا مبنای زیست شناختی دارند، ممکن است محصول عوامل اجتماعی باشند (۹). با این وصف مدل زیستی روانی اجتماعی (Biopsychosocial)، به عنوان جایگزینی برای رویکرد بیومدیکال مطرح گردید. مدل زیستی روانی اجتماعی، بر این فرض استوار است که همه عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی، نقش مهم و قابل توجهی در بیماری و ناخوشی انسان دارند (۱۰). بحث عمده کنفرانس بین‌المللی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰، که در سال ۱۹۷۸ در آلماتا برگزار گردید، به رسمیت شناختن این مسئله بود که علت اصلی مشکلات سلامت در بیرون از نظام سلامت قرار دارد (۱۱). کنفرانس آلماتا چرخشی از مدل بیومدیکال به مدلی اجتماعی در تبیین سلامت و بیماری بوده و بر عدالت اجتماعی به عنوان پیش‌نیازی برای سلامت، و آموزش سلامت، برای افزایش آگاهی درباره عوامل اجتماعی، سیاسی و محیطی مؤثر بر سلامت تأکید نمود.

## عوامل اجتماعی؛ انتخاب یا عاملیت

در بررسی روابط متغیرها، جهت و مکانیسم تأثیر متغیرها بر همدیگر و روابط علی بین آنها حالت‌های مختلفی

بود (۱۶). تحقیقات نشان داده؛ عوامل اجتماعی و اقتصادی نیز همانند اقدامات پزشکی بر سلامتی اثر گذارند. این عوامل بر بروز، سیر و پیش‌آگهی بیماری‌ها تأثیر دارند (۷). شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان بیماری و معلولیت را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت ترسیم نماید.

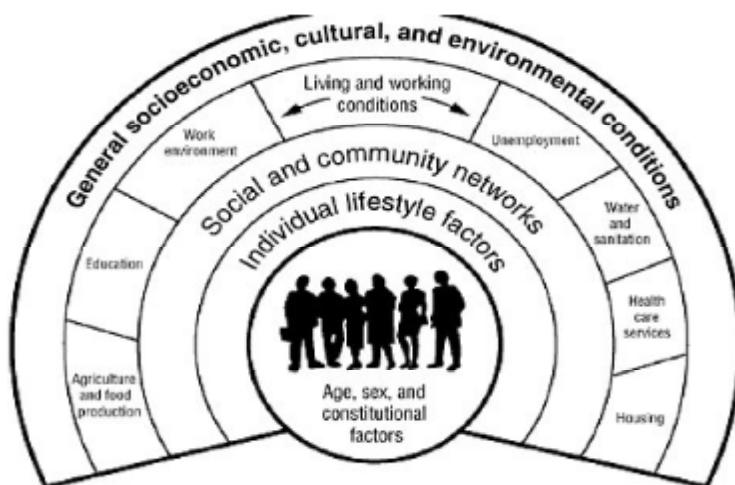
امروزه نابرابری فاحشی در وضعیت سلامت کشورهای مختلف وجود دارد (۱۷). برخی از کشورها نسبت به برخی دیگر، یا بخشی از یک کشور نسبت به بخش‌های دیگر آن کشور میزان‌های بالایی از بیماری دارند که نشان دهنده تفاوت‌های جنسی، قومی و اجتماعی در میزان وقوع بیماری می‌باشد (۱۸). در هر سیستم اجتماعی-سیاسی و در هر موقعیت جغرافیایی، تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی به چشم می‌خورد (۲۳). تفاوت در شانس زندگی تا حد زیادی بستگی به این دارد که فرد، کجا متولد شده و رشد می‌کند. امید به زندگی در بدو تولد از ۳۴ سال در سیرالئون تا ۸۱.۹ سال در ژاپن متغیر است (۱۹). در داخل کشورها نیز تفاوت زیادی در شانس زندگی بین افراد وجود دارد (۲۰) و در نواحی مختلف جغرافیایی داخل یک کشور تفاوت‌ها کاملاً مشهود می‌باشند. شواهد زیادی گویای این مطلب است که گروه‌های محروم‌تر عمر کوتاه‌تری دارند و در سنین پایین‌تری فوت می‌نمایند. آمارها نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۳، بیش از ۷۸ درصد کل مرگ و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته و کمتر از ۲۲ درصد در کشورهای بیشتر توسعه یافته اتفاق افتاده است (۲۱).

مؤلفه‌های اجتماعی سلامت شرایطی است که فرد در آن زاده شده، رشد، زندگی و کارکرده و در نهایت پیر شده است (۲۲). مفهوم رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، این است که زنجیره‌های علی از ساختارهای کلان اجتماعی، سیاسی و اقتصادی به پیدایش بیماری کشیده می‌شود (۲۳). شواهد نشان می‌دهد بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها و بخش عمده‌ای از نابرابری‌های بهداشتی با عوامل اجتماعی ایجاد می‌شود (۲۴). دالگرن و وایت‌هید (۱۹۹۱) با ارائه تئوری اکولوژیک- اجتماعی رابطه فرد، محیط و بیماری را به تصویر کشیده‌اند (شکل ۱). طبق این مدل که فرد در مرکز آن قرار دارد، لایه‌های مؤثر بر سلامت عبارتند از: رفتار فردی و سبک زندگی، حمایت و شبکه‌های اجتماعی، شرایط کار و زندگی (دسترسی به خدمات و تسهیلات از قبیل آموزش، آب و فاضلاب بهداشتی، خدمات سلامت) و در نهایت موقعیت اجتماعی اقتصادی، فرهنگی و شرایط زیست‌محیطی (۲۵).

می‌تواند داشته باشد. رابطه عوامل اجتماعی و سلامت نیز ممکن است دو سویه باشد؛ به گونه‌ای که موقعیت برتر فرد در سلسله مراتب اجتماعی به حفظ و ارتقاء سلامت او کمک کرده و وضعیت مناسب فرد از نظر سلامتی مسیر فرد را برای رسیدن به موقعیت‌های مناسب اجتماعی هموار کند. سلامت، موقعیت اجتماعی- اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد. سلامت یکی از مؤلفه‌های اصلی در فراهم کردن فرصت‌های رشد و تعالی است. این امر، "انتخاب وابسته به سلامت" (Health Selection) نامیده می‌شود و به این معنی است که سلامت، عامل انتخاب و قرار گرفتن افراد در طبقات مختلف اجتماعی است (۱۲). آدامز و همکاران (۲۰۰۴) ارتباط شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی با سلامت را به این صورت تبیین می‌کند: اولاً درآمد پایین منجر به ناکامی در دسترسی به مراقبت‌های پزشکی می‌شود. همچنین بیماری و ناخوشی ممکن است از ناکامی، تنیدگی یا مواجهه با خطراتی که به موقعیت اجتماعی- اقتصادی پایین مربوط است، به وجود آید و این عوامل رابطه علی مستقیمی با سلامت داشته باشند. ثانیاً سطح پایین سلامت هزینه مراقبت‌های پزشکی را افزایش داده و با کاهش توانایی کار کردن فرد، به کاهش درآمد منجر می‌گردد. این عامل نیز می‌تواند رابطه‌ای علی بین پایگاه و وضعیت سلامت فرد به وجود آورد (۱۳). مارموت با طرح شواهدی نتیجه‌گیری می‌کند که جهت علیتی، احتمالاً از عوامل اجتماعی به بیماری است نه برعکس (۴). بررسی هر یک از مسیرهای دوسویه علت و معلولی بین عوامل اجتماعی و سلامت، می‌تواند نتایج و یافته‌های قابل توجهی را در پی داشته باشد و در توسعه دانش و معرفت در حوزه سلامت مؤثر باشد.

### تعیین‌کننده‌های اجتماعی وضعیت سلامت

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی بر سلامت از مدت‌ها پیش شناخته شده است (۷) و امروزه پذیرش و تأیید فزاینده‌ای بر این اعتقاد بوجود آمده که؛ سلامت نه تنها توسط عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی، بلکه توسط گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی تعیین می‌شود (۱۴). تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت افراد بیش از آن چیزی است که تصور می‌شود. جامعه می‌تواند فرد را بیمار کرده یا سلامتی او را ارتقاء بخشد (۱۵). امید به زندگی و احتمال ابتلا به بیماری‌هایی نظیر نازاحتی‌های قلبی و سرطان به شدت از ویژگی‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرند و هرچه افراد از زمینه اجتماعی مرفه‌تری برخوردار باشند، احتمال اینکه در مرحله‌ای از زندگی‌شان از بیماری‌های جدی رنج ببرند کمتر خواهد



شکل ۱. عوامل اصلی تعیین کننده سلامت

از ۲۵۱۵۳ مرد و ۲۸۲۶۱ زن ۱۶-۸۴ ساله نشان داد که پایین بودن سرمایه اقتصادی و اجتماعی با پایین بودن وضعیت سلامتی افراد رابطه معناداری دارد (۳۱). توزیع اختلالات روانی در بین طبقات مختلف اجتماعی نیز متفاوت بوده و بیشترین فراوانی مربوط به طبقه اجتماعی پایین و کمترین فراوانی آن مربوط به طبقه بالای اجتماعی می‌باشد (۳۲). در مطالعه‌ای درباره توزیع اختلال روانی در شیکاگو مشخص گردید که بیشترین موارد اسکیزوفرنی در مناطق فقیرنشین شهر متمرکز شده‌اند (۳۲). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع هیپرتانسیون در کشورهای با درآمد بالا، از کشورهای با درآمد پایین کمتر می‌باشد (۳۳).

### اشتغال و وضعیت سلامت

شاخص‌های مبتنی بر اشتغال، جایگاه فرد را در سلسله مراتب اجتماعی مشخص می‌کنند. شغل افراد نشان دهنده درآمد، منزلت و تعاملات اجتماعی افراد و خانواده‌ها می‌باشد (۳۴). اشتغال به کاری پویا، باعث ارتقای سلامت می‌شود. از دست دادن کار به معنای از دست دادن درآمد، موقعیت و منزلت بوده و آسیب‌های روانی و اجتماعی بدن‌بال دارد (۷). بیکاری موجب فقر و تنگدستی شده و با ایجاد احساس بی‌ارزشی در فرد زمینه‌ساز بزه‌کاری و اعتیاد و به تبع آن اختلال در سلامتی فرد می‌باشد. جامعه شناسان، فقر و بیکاری را از علل بزه‌کاری و اعتیاد می‌دانند. مستقیم‌ترین نتیجه بیکاری، از دست دادن درآمد بوده و فشار اقتصادی زیاد در نهایت وضعیت سلامت فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد حاکی از وجود رابطه علی میان بیکاری و ناخوشی بوده و تجربه یک دوره کوتاه مدت بیکاری نیز افراد را مستعد ابتلاء به بیماری می‌سازد (۹). افراد با از دست دادن کار نه فقط

### پایگاه اجتماعی - اقتصادی و وضعیت سلامت

از جمله مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و بیماری، پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد می‌باشد. پایگاه اجتماعی، موقعیت و جایگاهی است که فرد در گروه یا در مرتبه اجتماعی یک گروه، در مقایسه با گروه‌های دیگر، احراز می‌کند (۲۶). منزلت شغلی، تحصیلات و درآمد اجزای اصلی تشکیل دهنده پایگاه اجتماعی هستند (۲۷). انسان‌ها در رابطه با پایگاه متفاوتی که دارند، از نظر وضعیت سلامت نیز از یکدیگر متمایز می‌شوند. افرادی که در موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی پایین قرار دارند، در مقایسه با دارندگان موقعیت‌های بالاتر، اطلاعات اندکی در مورد سلامت و بیماری داشته و به دلیل مشکلات مالی، برای حفظ یا ارتقاء سلامت خود امکان سرمایه‌گذاری مناسب ندارند. وضعیت سلامت از یک شیب اجتماعی پیروی می‌کند. هر چه موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر، وضعیت سلامت بدتر (۲۰) و بهبود موقعیت اجتماعی اقتصادی با وضعیت سلامت مناسب‌تر همراه است (۲۸).

پایگاه فرد در جامعه به طرق مختلف بر وضعیت سلامت او تأثیر می‌گذارد. محدودیت منابع درآمدی، تغذیه، بهداشت، آرامش روانی و مراقبت را به خطر می‌اندازد. بررسی مولانو و اسکولر (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامتی تأثیر مثبت و متقابلی بر هم دارند و تأثیر سببی پایگاه اجتماعی - اقتصادی بر سلامتی، قوی‌تر از مسیر عکس آن می‌باشد. پایگاه اجتماعی - اقتصادی از طریق تأثیر بر سبک‌زندگی سلامت محور و استرس بر وضعیت سلامت تأثیر می‌گذارد (۲۹). نتایج مطالعات حکایت از آن دارد که پایین بودن پایگاه اجتماعی - اقتصادی با وزن نوزادان هنگام تولد، قد، احساس ناتوانی و میزان مرگ و میر افراد بالغ همبستگی دارد (۳۰). نتیجه پیمایش ملی سوئد (۲۰۰۹) مرکب

بود که عامل اصلی آن، درصد بالای باسوادی زنان (۸۷ درصد) در کرالا در مقایسه با (۵۴ درصد) کل هند بوده است (۷).

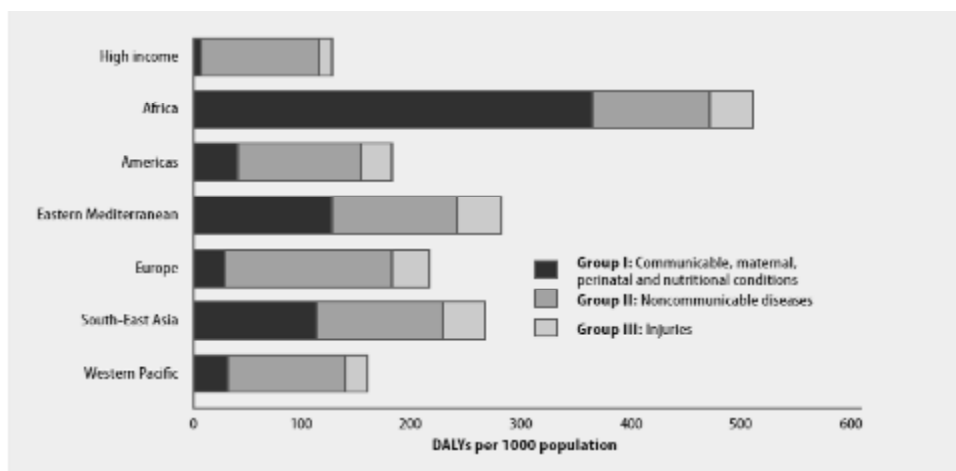
### درآمد و وضعیت سلامت

درآمد یکی از شاخص‌های معمول موقعیت اجتماعی اقتصادی می‌باشد که بطور مستقیم با مقدار پول در دسترس فرد و خانواده برای خرید کالا و خدمات اندازه‌گیری می‌شود. میزان درآمد با وضعیت سلامت رابطه خطی مثبت و مستقیم داشته و با افزایش میزان درآمد، وضعیت سلامت افراد ارتقا می‌یابد. به عنوان مثال افراد واقع در پایین‌ترین پنجم درآمدی جنوب استرالیا، در مقایسه با افراد واقع در بالاترین پنجم درآمدی، نرخ بالاتری از ناخوشی و بیماری دارند و این شکاف در حال افزایش است (۳۹). آنچه مسلم است رابطه بین ثروت و سلامت دو سویه است که افزایش هرکدام بر دیگری اثر گذار است زیرا با بهبود وضعیت اقتصادی سطح سلامت افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش سلامت و توان جسمی و ذهنی، وضعیت اقتصادی افراد نیز بهبود می‌یابد (۴۰). افراد فاقد توان اقتصادی از یکسو امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و تأمین سلامت خود و خانواده خود را نداشته و سلامتی آنها به مخاطره می‌افتد و از سوی دیگر اختلال در سلامتی می‌تواند ضمن تحمیل هزینه زیاد، موقعیت شغلی او را متزلزل‌تر کرده و فرد و خانواده را در یک چرخه معیوب گرفتار نماید. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (شکل ۲) بار بیماری‌ها بر حسب میزان درآمد کشورها متفاوت بوده و بیشترین بار بیماری‌ها مربوط به کشورهای با درآمد پایین می‌باشد (۴۱).

از نظر اقتصادی بلکه به لحاظ روانی نیز دچار آسیب می‌گردند (۳۵). شواهد نشان دهنده میزان مرگ و میر بیشتر بیکاران نسبت به افراد شاغل است. شرایط نامناسب برخی مشاغل، نوبت کاری، فشارهای جسمانی و روانی حاصل از کار و عدم توازن تلاش- پاداش، نقش تعیین کننده‌ای بر سلامت افراد دارند (۳۶ و ۲).

### میزان تحصیلات و وضعیت سلامت

میزان تحصیلات به عنوان یکی از مؤلفه‌های پایگاه اجتماعی- اقتصادی در وضعیت سلامت فرد دخیل می‌باشد. تحصیلات با ارتقای آگاهی‌های عمومی فرد را از مخاطرات سلامت و عوامل بیماری آگاه می‌نماید و افزایش آگاهی، به تغییر در رفتار فرد و تغییرات مثبت در سبک زندگی می‌انجامد و در نهایت موجب ارتقای سلامت او می‌گردد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که در یک موقعیت معین، افراد تحصیل کرده، آشفستگی روانی کمتری داشته و از نظر شدت و تأثیر عوامل تنش‌زا در مقایسه با افراد دارای تحصیلات کمتر، مصونیت بیشتری دارند (۳۷). تحصیلات بالاتر به افزایش سواد سلامت می‌انجامد. نتایج پژوهشی در ۵ استان ایران نشان داده سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت دارد و هر چه وضعیت اقتصادی- اجتماعی افراد بالاتر باشد، میانگین سطح سواد سلامتی نیز بیشتر می‌شود و از بین متغیرهای مورد بررسی میزان تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سلامت افراد دارد (۳۸). مقایسه نقشه بی‌سوادی جهان با نقشه فقر، سوءتغذیه، بیماری، مرگ و میر بالای نوزادان و کودکان نشانگر شباهت زیاد بین آن‌ها می‌باشد. در سال ۱۹۹۹ میزان مرگ و میر نوزادان در استان کرالای هند ۱۴ در هزار بود؛ در حالی که این میزان در همین سال برای کل هند ۷۱ در هزار



شکل ۲. بار بیماری‌ها بر اساس علل و مناطق (۲۰۰۴)

## بحث و نتیجه‌گیری

در عصر حاضر با وجود بهبود و ارتقای چشمگیر شاخص‌های بهداشتی و درمانی نابرابری‌های زیادی در وضعیت سلامت، بار بیماری‌های مزمن، امید به زندگی و میزان مرگ و میر درون جوامعی و بین جوامعی وجود دارد. این نابرابری‌ها بیشترین تأثیر را از عوامل اجتماعی و اقتصادی می‌پذیرد به گونه‌ای که می‌توان ادعا کرد نابرابری‌های وضعیت سلامت ریشه در نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی دارد.

سلامت سازه‌ای چند بعدی بوده و از مؤلفه‌های مختلفی تأثیر می‌پذیرد. سلامت غیر از زمینه زیستی، دارای زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی نیز می‌باشد. عدم توجه به ابعاد و مؤلفه‌های مختلف سلامت نوعی تقلیل‌گرایی می‌باشد. بی‌توجهی به نقش عوامل یاد شده نه تنها تحقق سلامتی، یعنی مهم‌ترین عنصر تشکیل دهنده سرمایه انسانی

اعضای جامعه را به مخاطره می‌اندازد، بلکه موجب هدر رفتن منابع مالی و غیر مالی جامعه هم می‌گردد. به دلیل چند وجهی بودن سلامت، دستیابی یک جامعه به آن نیازمند به کارگیری روش‌هایی است که به مشارکت و همکاری بین بخشی منجر شود. نگاهی به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت مشخص می‌سازد که تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه خارج از توان و حیطه فعالیت صرف وزارت بهداشت می‌باشد. به منظور کاستن از عوامل تهدید کننده سلامت باید به مقابله مستقیم با فقر، توجه به خطرات تهدیدکننده سلامت در میان افراد مستضعف، بهبود سلامت مردم و در نتیجه رشد اقتصاد عمومی و نهایتاً بهبود سلامت مردم پرداخت.

## References

- Sajjadi H, Sadrolsadat SJ. Index of social health. Political & Economic Information. 2005;19(2):53-244.
- Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. The Milbank Quarterly. 1993;279-322.
- Babakhani M. Economic development, income inequality and health in Iran: 1976-2006. Social Welfare. 2008;7(28):59-239.
- Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: Oxford University Press; 2005.
- Naidoo J, Wills J. Health promotion: foundations for practice. 2 ed: Baillière Tindall London; 2000.
- Organization WH. WHO Constitution; 1948. Official Records of the World Health Organization. 1948;2:100.
- Park K, Park J. Textbook of preventive and community medicine. 1 ed. Tehran: Ilya; 2007.
- Annandale E. The Sociology Of Health And Medicine: A Critical Introduction Author: Ellen Annandale, Publisher: Polity Pages: 352 Publi. 1998.
- Armstrong D. Medical Sociology. Tehran: Hooghoghi 2008: 362.
- Santrock JW, Johnson C, Patterson C. A topical approach to life-span development: McGraw-Hill New York; 2012.
- Organization WH. Declaration of Alma-Ata, 1978: World Health Organization; 2005.
- Blane D. The life course, the social gradient, and health. Social determinants of health. 1999;2:54-77.
- Adams P, Hurd MD, McFadden D, Merrill A, Ribeiro T. Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. Journal of Econometrics. 2003;112(1):3-56.
- Pilkington P. Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively. Journal of Public Health. 2002;24(3):9-156.
- Cockerham W. Social causes of health and disease: Polity; 2007.
- Giddens A. Sociology: Cambridge; 1989.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet. 2005;365(9464):104-1099.
- Marmot M. Economic and social determinants of disease. Bulletin of the World Health Organization. 2001;79(10):9-988.
- Organization WH. The world health report 2004 changing history. Geneva: WHO, 2004. 2005.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008;372(9650):9-1661.
- Bureau PR. The 2013 World Population Data Sheet. 2013:20.
- Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi J. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. journal of health. 2013;3(4):8-20.

23. Blas E, Gilson L, Kelly MP, Labonté R, Lapitan J, Muntaner C, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *The Lancet*. 2008;372(9650):9-1684.
24. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*. 2002;21(2):78-93.
25. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.
26. Kuhn B. *Introduction to Sociology*. Tehran: Samt; 1938.
27. Miller DC. *Handbook of research design and social measurement*: McKay; 1967.
28. Graham H. *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*: McGraw-Hill International; 2007.
29. Mulatu MS, Schooler C. Causal connections between socio-economic status and health: reciprocal effects and mediating mechanisms. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43(1):22-41.
30. Mackenbach JP. Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical findings. *Social science & medicine*. 1992;34(3):26-213.
31. Ahnquist J, Wamala SP, Lindstrom M. Social determinants of health—a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*. 2012;74(6):9-930.
32. Masoodnia E. Psychological aspects of social inequalities (A Case Study of Isfahan). *The Culture of Isfahan*. 2004;27, 28:19-107.
33. WHO. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. 2013.
34. Marks G. The measurement of socioeconomic status and social class in the LSAY project. *Measurement*. 2000;10:1-1999.
35. Mohammadian A, Arizi SR. A study to investigate interaction between employment commitment and employment status in affecting psychological distress. *Social welfare Quarterly*. 2006;5(3):34-117.
36. Siegrist J, Marmot M. *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*: Oxford University Press; 2006.
37. Bazzazian S, Ragari Y. The relationship between socioeconomic status with mental and physical health. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007;3(1):48-237.
38. Tehrani Banihashemi S-A, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1):1-9.
39. Glover J. *A social health atlas of South Australia: Public Health Information Development Unit, University of Adelaide*; 2006.
40. Maher A. Study of relation between poverty and health in Iran. *Social welfare*. 2005;5(1):48-129.
41. Mathers C, Fat DM, Boerma J. *The global burden of disease: 2004 update*: World Health Organization; 2008.