

متغیرهای اقتصادی-اجتماعی و سلامت جامعه

علی کاظمی کرمانی^۱، بهزاد کریمی متین^۲، ستار رضایی^{۳،۱*}، سیروس علی نیا^۱، فرامرز شالحمدی^۴

چکیده

مقدمه: در اغلب کشورها وضعیت اقتصادی اجتماعی و جمعیت شناسی با تمام پیامدهای سلامت به نحوی در ارتباط است. به طور کلی مشکلات سلامتی و مرگ و میر در میان افرادی که در سطوح اجتماعی و اقتصادی پایینتر زندگی می کنند، بیشتر است و میزان آن‌ها با توجه به سن، جنس و نژاد افراد متغیر است و به نظر می رسد که عامل اصلی این تفاوت‌ها همان اختلاف در سطوح اقتصادی-اجتماعی می باشد.

روش بررسی: این مقاله یک مطالعه مروری است و مقالات مرتبط با موضوع از متون منتشر شده و پایگاه‌های اطلاعاتی از قبیل Google Scholar، Science Direct، Web of Science و Google با استفاده از کلید واژه‌های وضعیت اقتصادی-اجتماعی، پیامدهای سلامت، رفتارهای بهداشتی، امید به زندگی مورد جستجو قرار گرفت. هدف این مطالعه بررسی اثرات و روابط متقابل بین متغیرهای بهداشتی و متغیرهای اجتماعی و اقتصادی می باشد.

یافته‌ها: چندین مطالعه در طول دهه‌های اخیر رابطه مثبتی را برای وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES) افراد و سطح سلامت آن‌ها نشان داده‌اند. همچنین مطالعات نشان داده است که وضعیت اقتصادی-اجتماعی (سن، جنس، نژاد، محل زندگی و مهاجرت، میزان تحصیلات، درآمد و شغل و غیره) افراد ارتباط نزدیکی با مرگ و میر، امید به زندگی، بیماری، رفتارهای بهداشتی و دسترسی به خدمات بهداشتی در کشورهای غربی دارد، ولی هنوز این روابط در سایر کشورها به اثبات نرسیده است و این ارتباطات باید در هر کشوری به صورت مجزا و بر اساس زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیت شناسی آن کشور مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که شاخص‌های وضعیت اقتصادی-اجتماعی با سطح سلامت جامعه و سطح رشد اقتصادی رابطه قوی دارد.

واژه‌های کلیدی: وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES)، سلامت جامعه، فرهنگ، امید به زندگی.

۱ دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲ استادیار مدیریت خدمات بهداشتی، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
 ۳ دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت - مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 (*نویسنده مسئول) آدرس الکترونیک: satarrezaei@gmail.com تماس: ۰۹۱۸۴۲۹۳۲۰۸
 ۴ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده بهداشت - گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت

مقدمه

نابرابری در زمینه سلامت یکی از مهم‌ترین موضوعات بهداشتی می‌باشد که اغلب کشورهای با نرخ مرگ و میر پایین با آن روبرو هستند. در اکثر کشورها وضعیت اقتصادی اجتماعی و جمعیت‌شناسی با تمام برون داده‌های بهداشتی به نحوی در ارتباط است (۱). برای مثال افرادی که سطح تحصیلات یا درآمد بیشتری دارند، زندگی طولانی‌تری خواهند داشت و در طول زندگی‌شان اتفاقات ناخوشایند بهداشتی کمتری برای آن‌ها رخ می‌دهد (۲) و به طور کلی مرگ و میر در میان افرادی که در سطوح پایین اجتماعی و اقتصادی زندگی می‌کنند، بیشتر است و میزان این تفاوت با توجه به سن، جنس و نژاد افراد متغیر است که به نظر می‌رسد عامل اصلی این تفاوت‌های کاملاً مشخص همان نابرابری در سطوح اقتصادی اجتماعی می‌باشد (۳). ارتباط بین نابرابری، بی‌عدالتی و سطح بهداشتی به علت مجموعه روابطی است که ما آن را سرمایه اجتماعی می‌نامیم که شامل قراردادهای اجتماعی، قومی و شبکه‌های اجتماعی است. به گفته آقای مارک گرن اوتر سرمایه اجتماعی به مجموعه ارتباطات بین مردم و سازمان‌ها گفته می‌شود (۴). در سال‌های اخیر به علت توجه و تاکید بیشتر بر روی کیفیت زندگی، مطالعات متعددی در زمینه ارتباط بین وضعیت سلامت جامعه و متغیرهای اقتصادی-اجتماعی صورت گرفته است. نتایج بسیاری از این مطالعات نشان داده است که تغییر در متغیرهای اقتصادی-اجتماعی نظیر تحصیلات، شغل، درآمد، سن، جنس، نژاد و محل زندگی تأثیر بسزایی در وضعیت اجتماعی و سلامت جامعه دارند (۵، ۴۴، ۴۵). متغیرهای اثر گذار دیگری نظیر عوامل ژنتیکی، فاکتورهای رفتاری، سطح تحصیلات، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی، شیوع بیماری‌ها، جدایی والدین، بیکاری و بیماری اعضای خانواده نیز می‌تواند به نحوی با وضعیت سلامتی افراد و مخصوصاً کودکان در ارتباط باشد (۶). بسیاری از پیامدهای سلامت مانند معلولیت، وضعیت سلامتی و وجود یا عدم وجود بیماری و خطر مرگ و میر به وسیله بسیاری از فرایندهای پیچیده

محیطی، اجتماعی، رفتاری، اجتماعی روانی و رخداد‌های ژنتیکی تعیین می‌گردد (۴). یکی از اساسی‌ترین معیارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت جمعیت شاخص امید به زندگی می‌باشد که در کشورهای مختلف بر حسب سطح اقتصادی آن‌ها تفاوت‌های اساسی دارد. به طور مثال، امید به زندگی مردم ژاپن نسبت به بسیاری از کشورهای در حال توسعه ۴۰ سال بیشتر می‌باشد. در درون یک کشور نیز نابرابری در میزان امید به زندگی بر اساس متغیرهای اقتصادی-اجتماعی وجود دارد (۷). همچنین شواهد فراوانی مبنی بر تفاوت در امید به زندگی بدون معلولیت و ناتوانی با توجه به تفاوت‌های جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی در کشورهای مختلف دیده می‌شود (۸). یکی دیگر از معیارهای اندازه‌گیری میزان پیشرفت سیستم‌های بهداشتی یک کشور میزان جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت آن کشور است. در سال ۱۹۸۸ در آمریکا ۱۶ درصد مردم فاقد این بیمه بوده‌اند. تحت پوشش بودن بیمه سلامت به طور کلی رابطه مستقیمی با درآمد خانوار (هرچه در آمد بیشتر، جمعیت بیشتری تحت پوشش خواهند بود)، شغل فرد (شغل تمام وقت بهتر از شغل پاره وقت و یا نداشتن شغل است) و محل کار (شرکت‌های بزرگ‌تر شرایط بهتری را از نظر بیمه سلامت فراهم می‌کنند تا شرکت‌های کوچک‌تر) دارد (۶). به همین علت در سال‌های اخیر اولویت‌های بانک جهانی مبنی بر کاهش فقر جهانی تا حدی به سوی بررسی اثرات اساسی سیاست‌های تعدیل ساختاری در سال ۱۹۸۰ تغییر کرده است (۴). با توجه به کمبود چنین مطالعاتی در کشور، هدف این مقاله بررسی هر یک از شاخص‌های وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تأثیر آن‌ها بر سلامت و وضعیت اقتصادی کشور می‌باشد.

روش بررسی

در این مطالعه از طیف وسیعی از مقالات و کتب علمی چاپ شده در مجله‌های مختلف و معتبر در یک دوره ۳۰ ساله (۲۰۱۰-۱۹۸۰) استفاده شد. جستجو برای بررسی مقالات مرتبط با کلید واژه‌های وضعیت اقتصادی-اجتماعی، وضعیت سلامت ۱، ارتباط وضعیت شغلی با سلامت، ارتباط

روستایی بیشتر از مناطق شهری است این در حالی است که امید زندگی در مناطق روستایی معمولاً کمتر از مناطق شهری است. علت اصلی بالاتر بودن نسبت سالمندان در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری است که این مهاجرت در بین جوانان خیلی بیشتر از سالمندان است. مهاجرت جوانان روستایی به شهرها باعث کاهش جمعیت جوانان و افزایش نسبت سالمندان مناطق روستایی می‌گردد. در نهایت متذکر می‌شود که کاهش سریع مولید در طی دهه هفتاد باعث افزایش سریع سالمندان در آینده دورتر خواهد شد (۱۸).

همچنین ساختار سنی یک فاکتور مهم و تأثیرگذار برای نرخ رشد اقتصادی محسوب میشود. بر اساس تئوریهای فنی درونی رومرز^۱، تئوری سرمایه انسانی و تئوری چرخه زندگی، نرخ رشد اقتصادی بر مبنای ساختار سنی می‌باشد، جوامع جوان تر تولید بیشتر و نرخ رشد اقتصاد بالاتری خواهند داشت ولی کشورهای که درصد قابل توجهی از آنها را سالمندان و یا کودکان تشکیل می‌دهند تولید کمتری خواهند داشت و بیشتر جمعیتی مصرف کننده خواهند بود (۱۹). بنابراین سن به عنوان یک عامل مهم و تعیین کننده، تأثیر بسزایی در تعیین وضعیت سلامتی و وضعیت اقتصادی افراد و خانوارها دارد.

جنس

مطالعات نشان داده‌اند اگرچه زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند، اما زنان میزان بیماری، به ویژه بیماری‌های روحی روانی، بالاتری را تجربه می‌کنند که این تفاوت‌ها بیشتر به شغل، محیط کار، دستمزد، مخارج و شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوت آن‌ها بر می‌گردد (۲۰). تفاوت‌های جنسی در میزان مرگ و میر به علت تفاوت در میزان در معرض ریسک فاکتورها می‌باشد، زنان به طور نسبی به دلیل مواجهه کمتر با عوامل خطر و واکنش متفاوت به این خطرات آسیب پذیری کمتری دارند (۲۱). در بیشتر کشورهای غربی به طور کلی مردان وضعیت سلامتی بهتری نسبت به زنان دارند هر چند که

وضعیت سلامت با جنسیت افراد، ارتباط وضعیت سلامت با محل سکونت افراد، ارتباط وضعیت سلامت با نژاد و ارتباط وضعیت سلامت با سطح تحصیلات در پایگاههای اطلاعاتی Science Direct, Pubmed Springer Google scholar, Ovid صورت گرفت. در این مقاله ابتدا متغیرهای اقتصادی-اجتماعی اصلی، که شامل سن، جنس، نژاد، محل زندگی و مهاجرت، میزان درآمد و شغل می‌شوند، را بررسی می‌نماییم و به ارتباط آنها با سلامت افراد جامعه می‌پردازیم سپس بحث ونتیجه‌گیری و پیشنهاداتی در این زمینه ارایه می‌گردد.

سن

سن یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت سلامت افراد و جامعه می‌باشد بطوریکه در سطح کلی با تغییرات سنی افراد و در گروه‌های سنی مختلف ساختار بیماری‌ها و وضعیت سلامت جامعه نیز دچار تغییر می‌شود. امروزه همان‌طور که مرگ و میر در سنین پیری در حال کاهش است، رشد جمعیت مسن در جوامع، همانند وضعیتی که در فرانسه به وجود آمده است، موجب نگرانی‌های زیادی به ویژه در مورد هزینه‌ها و تأمین خدمات درمانی مربوط به آن‌ها شده است و افزایش سالمندی جمعیت افزایش نیاز به خدمات اجتماعی و بهداشتی و افزایش هزینه‌های پزشکی را باعث میشود (۹، ۱۰). نتایج چندین مطالعه نشان داد که شرایط زندگی و رفتارهای بهداشتی در دوران کودکی گسترش ریسک فاکتورها و وضعیت‌هایی مانند بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های تنفسی و بعضی از سرطان‌ها (نظیر سرطان معده) کاملاً مرتبط است (۱۵-۱۱). به طور مثال مشخص گردیده است که وضعیت اقتصادی-اجتماعی نوجوانان با فشار خون آن‌ها با توجه به وضعیت اقتصادی والدینشان در ارتباط است (۱۶). در بین تمام گروه‌های جنسی و نژادی جمعیت تفاوت‌هایی در میزان معلولیت و ناتوانی به علت تفاوت در سطح تحصیلات وجود دارد که این تفاوت در بین افراد میانسال بیشترین مقدار را دارا میباشد (۱۷). با توجه به آخرین آمار و اطلاعات درصد سالمندان در ایران ۶٫۶ درصد می‌باشد. جمعیت سالمندان در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد نسبت سالمندان در مناطق

1- Romers

در تمامی کشورهای جهان زنان امید به زندگی بالاتری دارند. این تفاوت‌های آشکار می‌تواند چندین دلیل داشته باشد که شامل: اثرات مثبت استروژن بر روی چربی خون، اثرات اجباری کروموزوم X اضافی در زنان، توانایی پایین سیستم ایمنی مردان برای جلوگیری از اثرات مضر عفونت‌ها، سازگاری و تحمل نسبتاً بیشتر زنان در مواقع بیماری، درگیر بودن مردان در رفتارهای پرخطر، همچنین آگاهی‌های بهتر زنان نسبت به علایم بیماری و مراجعه سر وقت آن‌ها به خدمات بهداشتی و پزشکی می‌باشد و علیرغم تمامی موارد مذکور هنوز دلیل اصلی این تناقض در مردان و زنان را واضح نیست. موارد ذکر شده در بالا منجر به تفاوت‌هایی در پیامدهای سلامت در بین زنان و مردان می‌شود، بطوری‌که استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی منجر به مرگ و میر بیشتر در میان مردان بزرگسال می‌شود. زنان نسبت به مردان بسیار بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند و در بیمارستان بستری می‌شوند و همچنین میزان شیوع بیماری‌های روانی و عصبی در بین زنان بیشتر از مردان است (۲۴،۲۲).

برابری جنسیتی و ساختار اقتصادی ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند. کارهای انجام شده توسط سازمان توسعه بین‌المللی در جهت کاهش نرخ باروری و سلامت بهتر برای زنان و کودکان و همچنین توسعه اقتصادی توانسته است منجر به ارتقای برابری جنسیتی شود. همچنین امروزه اقتصادهای نئوکلاسیک به طور اخص بر برابری زن و مرد در تصمیم‌گیری و تخصیص منابع و همچنین بر منافع اجتماعی و اقتصادی آموزش دختران به عنوان یک سرمایه‌گذاری سرمایه انسانی متمرکز شده‌اند. در حالیکه توجه و تمرکز بر خانواده و جامعه ممکن است در برنامه‌ها و خدمات برای زنان راهنمایی‌های موثری را فراهم نماید، ما می‌توانیم با ایجاد زمینه جغرافیایی-سیاسی مناسب به طور موثری نابرابری‌های جنسیتی را کاهش داده و موجب ارتقای سلامت جامعه شویم. نابرابری جنسیتی از قانون، علوم سیاسی، اقتصاد توسعه یافته و انسان‌شناسی نشأت می‌گیرد. تحقیقات نشان داده است که تفاوت‌های جنسیتی در وضعیت بهداشتی در تمام گروه‌های سنی وجود دارد و

این شکاف، زمانی که یکی از آن‌ها دچار نقص عملکردی و حرکتی یا مراقبت از خود شوند، بیشتر هم می‌شود. سایر عوامل موثر بر سلامت زنان می‌تواند شامل کیفیت محیطی، قوانین و مقررات و محیط جغرافیایی-سیاسی افراد باشد (۴،۵،۲۵). ویژگی‌های شغلی نقش واسطه‌ای بسیار مهمی در ارتباط بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سلامت ایفا می‌کند که مقدار و وسعت این نقش در پیامدهای بهداشتی با توجه به جنس زن و مرد بودن افراد می‌تواند متفاوت باشد (۲۶). امتیاز و نقطه قوت چنین تحقیقاتی در آن است که افزایش برابری جنسیتی بین زنان و مردان به ویژه در کشورهای در حال توسعه می‌تواند منجر به بهبود شاخص‌های بهداشتی شوند و با رفع هر چه بیشتر نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی به خصوص در کشورهای توسعه یافته سطح بهداشت بالاتری را برای این کشورها به ارمغان می‌آورد (۲۷). علاوه بر این موارد در جوامعی که برابری جنسیتی بیشتری دارند به علت مشارکت بیشتر زنان در بازار کار و با افزایش نرخ اشتغال، تولید و درآمد کشور نیز افزایش یافته و نرخ رشد اقتصادی سریع‌تر می‌گردد. همچنین فراهم بودن تحصیلات و آموزش برابر برای هر دو جنس اثر زیادی بر روی رشد اقتصادی دارد. با توجه به مطالب گفته شده می‌توان عنوان کرد که بین جنسیت افراد و سطح سلامت آن‌ها رابطه محکمی وجود دارد، هر چند که دلیل این ارتباط هنوز کاملاً مشخص نیست (۲۹،۲۸).

نژاد

تاثیر تفاوت‌های نژادی در معلولیت، سلامت و شرایط اجتماعی و اقتصادی در طول دوره زندگی افراد آشکار است. خانواده‌های سیاه‌پوستان نرخ مرگ و میر بالاتری نسبت به سفیدپوستان دارند و مادران سیاه‌پوست مراقبت‌های حول زایمان کمتری دریافت می‌کنند، کودکان سیاه‌پوست دارای وزن کمتر و وضعیت بهداشتی ضعیف‌تری می‌باشند و نسبت خانوارهایی که در آن‌ها زنان سرپرست خانوار هستند در سیاه‌پوستان بالاتر است (۳۰) همچنین درصد کودکان سیاه‌پوست در آمریکا که در خانواده‌های تک‌والدی یا بدون والد زندگی می‌کنند بسیار بیشتر از کودکان سفیدپوست

سیاه پوست می‌باشد و احتمالاً به این دلیل می‌باشد که افراد مسن سیاه پوست شرایط مستعدتری برای ناتوانی بیشتر دارند که این شرایط شامل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون و کمبود منابع اجتماعی کمتر برای حفظ سلامت عمومی آن‌ها می‌باشد (۳۳).

به عقیده وارنر وهای وارد برخی از تفاوت‌های نژادی از نظر مرگ و میر در بین سفید پوستان و سیاه پوستان ممکن است با شرایط اقتصادی-اجتماعی دوره کودکی، ساختار خانوادگی و تفاوت‌هایی از نظر والدین ارتباط پیدا کند (۳۰). در میان تمام گروه‌های سنی، نژادی و اقوام مختلف، سفید پوست‌ها بالاترین و بهترین وضعیت سلامتی را دارند و گروه‌های کودکان اهل آسیا اقیانوسیه و سیاه پوست‌ها در رده‌های بعدی قرار دارند و تنها استثناء در این مورد افراد ۱۸-۳۴ ساله هستند که در این گروه سنی افراد سیاه پوست و سفید پوست وضعیت بهداشتی برابری دارند (۳۴). میزان آموزش، درآمد و ثروت در والدین سیاه پوست کمتر از سفید پوستان است، همچنین سیاه پوستان بیشتر تمایل به سیگار کشیدن و چاق شدن دارند ولی مشروبات الکلی کمتری مصرف می‌کنند و ورزش کمتری نیز انجام می‌دهند (۳۵). به علاوه شیوع چاقی و رفتارهای کمتر بهداشتی در بین جوانان در اقلیت‌های نژادی در هر کشوری بیشترین مقدار را دارد که این افراد وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری نسبت به بقیه دارند. همچنین افراد جوان متعلق به گروه‌های جمعیتی اقلیتی مشکلات تغذیه‌ای بیشتری دارند و کمتر هم به فعالیت‌های ورزشی می‌پردازند (۳۶). در حدود ۶۶٪ کودکان خانواده‌های سیاه پوست، ۳۳٪ کودکان خانواده‌های کودکان اهل آسیا اقیانوسیه و ۲۵٪ کودکان خانواده‌های سفید پوست زیر خط فقر قرار دارند (۶).

بنابراین به طور کلی متغیر نژاد بر روی سلامت افراد موثر است که به نظر می‌رسد این عامل بیشتر تحت تأثیر سایر متغیرها همچون سطح تحصیلات، شغل و درآمد افراد باشد.

محل زندگی و مهاجرت

از ابتدای دهه ۱۹۹۰ علاقه به مطالعات تعیین نقش

است و از آنجایی که خانواده‌های دو والدی توانایی بیشتری برای تهیه کردن منابع و لوازم مورد نیاز زندگی دارند، وضعیت سلامتی خانوارهای غیر والدی با خطر جدی روبرو خواهند شد. مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط بین بیکاری و وضعیت بهداشتی ضعیف‌تر برای کارگران سیاه پوست نسبت به کارگران سفید پوست قوی‌تر است و تعداد فرزندان در خانوارهای سیاه پوست و اقلیت‌های مذهبی یا نژادی بیشتر از خانوارهای سفید پوست و بومی می‌باشد (۶، ۲۹). اقلیت‌های نژادی و مذهبی در اکثر کشورها وضعیت بهداشتی ضعیف‌تری دارند، به عنوان مثال، اقلیت گروه‌های انگلیسی که در کشورهای جنوب آسیا زندگی می‌کنند، میزان مرگ و میر و بیماری‌هایی نظیر بیماری‌های ایسکمیک قلبی و دیابت بیشتری نسبت به مردم بومی آن کشورها دارند (۳۱). امید به زندگی در بدو تولد در سفید پوستان بیشتر از سایر نژادها می‌باشد و به نظر می‌رسد عوامل اصلی تأثیرگذار در این تفاوت‌ها جنس، نژاد و سطح آموزشی و تحصیلی افراد باشد که سطح تحصیلات نقش مهم‌تری را ایفا می‌کند، البته بسیاری از مطالعات انجام شده در آمریکا نشان داده‌اند که امید به زندگی مطلق افراد سفید پوست و سیاه پوست تا حد زیادی برابر می‌باشد در حالی که امید به زندگی سالم در افراد سفید پوست بیشتر از سایرین می‌باشد (۲). در این مطالعات تفاوت‌های اساسی در بین گروه‌های نژادی مختلف از لحاظ وضعیت سلامتی آن‌ها دیده شده است، بطوریکه شاخص رتبه بندی سلامت عمومی^۱ به ترتیب در مردم اروپا، آمریکا و آفریقا بالاترین میزان را داشته است (۳۲). به طور کلی تفاوت‌های نژادی در امید به زندگی سالم در بین جمعیت با سطح آموزشی پایین بیشتر از گروه‌های جمعیتی با سطح آموزشی بالاتر می‌باشد، به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات افراد، تأثیر تفاوت‌های نژادی در امید به زندگی سالم کاهش می‌یابد (۲۲). با استفاده از مراقبت‌های پزشکی و درمانی، رفتارهای بهداشتی و دسترسی آموزشی بیشتر می‌توان معلولیت‌های مرتبط با افراد مسن را کاهش داد، ولی به طور کلی به علل تفاوت‌های نژادی میزان کاهش معلولیت در افراد مسن سفید پوست بیشتر از افراد مسن

محل زندگی و سکونت بر وضعیت سلامت افراد آشکار شده است (۳۳) و به دنبال پاسخ این سوال بوده‌اند که آیا مکان زندگی افراد می‌تواند اثری روی سلامت روانی و فیزیکی آن‌ها داشته باشد؟ (۳۷).

در طول چندین دهه اخیر، جهان شاهد رشد چشمگیری در جمعیت شهر نشینی بوده است، در سال ۲۰۰۳ حدود ۴۸٪ از جمعیت جهان در شهرها ساکن بوده‌اند و این میزان در سال ۲۰۰۷ به ۵۰٪ افزایش یافت و این برای اولین بار در تاریخ است که بیشتر مردم جهان در شهرها ساکن هستند (۳۸). این میزان امروزه در ایران در حدود ۶۸٫۵٪ می‌باشد (۳۹). عامل اصلی رشد جمعیت در مناطق شهری جریان مهاجرت از روستا به شهر می‌باشد. متأسفانه رشد شهر نشینی منجر به رکود اقتصادی و کاهش رشد اقتصادی می‌گردد. به طور مثال جمعیت شهر نشینی در کشورهای آفریقای جنوب صحرا در بین سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۸۰ در حدود ۴/۷٪ در سال افزایش یافته بود در حالی- که سرانه تولیدات ناخالص داخلی (GDP) سالانه در حدود ۰/۸ درصد کاهش داشته است. این وضعیت مانعی را در سر راه توانایی افراد و یک کشور برای تهیه و فراهم آوردن وضعیت زندگی مناسب حداقلی و خدمات اجتماعی پایه ایجاد می‌کند و همین امر می‌تواند برای چندین سال منجر به شیوع بیماری‌هایی شبیه وبا شود و نهایتاً باعث افزایش قابل توجهی در سوء تغذیه، بیماری و مرگ و میر به خصوص مرگ و میر کودکان می‌شود (۳۸).

هر چند که مطالعات زیادی نشان داده‌اند که در بعضی از کشورها، کودکان فقیر شهری وضعیت سلامتی و تغذیه‌ای ضعیف‌تری نسبت به هم‌تایانشان در روستاها دارند. به طور کلی بیشتر مطالعات بیان نموده‌اند که شرایطی که بر سلامت تأثیر گذار است در مناطق شهری وضعیت مطلوب‌تری نسبت به مناطق روستایی دارد. در کشورهای کمتر توسعه یافته، مکان زندگی افراد معمولاً سبک زندگی آن‌ها را تعیین می‌کند که شامل فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و مهم‌تر از همه وضعیت سلامتی آن‌ها می‌باشد. یکی از دلایل مزیت سلامت شهر نشینی این است

که بر خلاف روستاها، شهرها به طور کلی دارای سیستم‌های مراقبت بهداشتی پیشرفته هستند که مداخلات بهداشتی عمومی مانند تلاش برای کنترل بیماری‌های اپیدمی، واکسیناسیون و برنامه‌های سلامتی کودکان و مادران را در مقایسه با مناطق روستایی راحت‌تر و در دسترس‌تر می‌کنند (۳۸). در ایران اگر چه پوشش خدمات اولیه سلامت (PHC) از طریق خانه‌های بهداشت فراهم شده است ولی اجرای برنامه پزشک خانواده نیز گامی در جهت بهبود دسترسی و استفاده افراد از خدمات بهداشتی درمانی در روستاها خواهد بود.

به طور کلی جمعیت شهر نشین مزیت‌هایی را نسبت به جمعیت روستانشین دارند که از آن جمله می‌توان به مواردی از جمله دسترسی به آب آشامیدنی سالم، مسکن مناسب، بهسازی و دیگر برنامه‌های اجتماعی که به صورت مستقیم بر وضعیت سلامتی و مرگ و میر افراد تأثیر می‌گذارد اشاره کرد. هر چند که امروزه شکاف بین تفاوت‌های مرگ و میر بین شهر و روستا به علت کاهش شدید مرگ و میر در سال‌های اخیر در روستاها بسیار کم شده است (۳۸).

تحقیقات نشان داده است که در وضعیت سلامت روانی جمعیت با توجه به متغیرهای جغرافیایی و اکولوژیکی مرتبط با محرومیت اجتماعی، تفاوت‌های اساسی وجود دارد (۴۰) در مناطق روستایی، فقر، عدم توسعه یافتگی و کمبود خدمات بیشتری وجود دارد. بسیاری از مطالعات این مطلب را تایید کرده‌اند که کودکانی که در روستا زندگی می‌کنند، نسبت به هم‌تایان شهری خود بیشتر در معرض خطر سوء تغذیه، بیماری و یا مرگ هستند (۳۸). در ایالات متحده، به طور کلی کودکان مهاجر و کودکانی که از اقلیت‌های مذهبی و نژادی هستند، نسبت به کودکان بومی و سفید پوست وضعیت سلامتی نامناسب‌تری دارند. همچنین درصد کمتری از این کودکان دارای بیمه بهداشتی هستند و بیشتر این تفاوت‌ها را می‌توان به وسیله تفاوت‌های درآمدی در بین گروه‌های جمعیتی و نژادی توجیه کرد (۴). بنابراین محل سکونت افراد به دلیل تفاوت در میزان دسترسی آن‌ها به خدمات بهداشتی و درمانی تأثیر بسزایی در میزان سلامت آن‌ها خواهد داشت.

میزان تحصیلات

به طور کلی افرادی که سطح تحصیلات کمتری دارند نسبت به افرادی که تحصیلات بالاتری را تجربه کرده‌اند امید به زندگی پایین‌تری دارند همچنین این تفاوت در امید به زندگی، در بین مردان بیشتر از زنان و در بین سیاه پوستان بیشتر از سفید پوستان می‌باشد به طوریکه این تفاوت در بین زنان با تحصیلات بالاتر و زنان با تحصیلات کمتر حدود $3/8$ سال و همین مقدار برای مردان در حدود $6/7$ سال برآورد شده است. این تفاوت برای سیاه پوستان و سفید پوستان به ترتیب $10/5$ و $11/8$ بدست آمده است. تأثیر تفاوت‌های آموزشی و تحصیلی در امید به زندگی سالم حتی بیشتر از تفاوت در امید به زندگی مطلق در بدو تولد می‌باشد، به طوری که یک مرد سفید پوست با تحصیلات بالا تقریباً $10/8$ سال امید به زندگی سالم بیشتری نسبت به یک مرد سفید پوست با تحصیلات پایین دارد و این تفاوت برای زنان نسبت به مردان کمتر و در حدود $9/5$ سال می‌باشد. برای هر دو جنس زن و مرد در بین گروه‌های نژادی سیاه پوستان که دارای تحصیلات پایینی هستند می‌توان انتظار داشت که 16 سال کمتر از هم‌تایان خود که دارای تحصیلات بالایی می‌باشند امید به زندگی سالم دارند. میزان مرگ و میر در مردان سفید پوست که دارای تحصیلات ابتدایی هستند $200-125$ درصد بیشتر از افرادی است که دارای تحصیلات دانشگاهی می‌باشند، که این تفاوت در بین افرادی که دارای تحصیلات دبیرستان و یا دانشگاهی هستند کمتر است. این تفاوت‌ها در مرگ و میر با توجه به سطح آموزشی در بین زنان بیشتر از مردان می‌باشد، البته این تفاوت‌ها در بین ارتباطی به سن آن‌ها ندارد. همچنین این تفاوت‌ها در بین گروه‌های جمعیتی سیاه پوستان زن و مرد بیشتر و در حدود 300% می‌باشد و این اختلافات عددی در سال‌های اخیر بیشتر و بیشتر شده است (۲).

میزان معلولیت در مردان سفید پوست $35-30$ ساله که دارای تحصیلات دبیرستان می‌باشد 3 برابر مردانی با همین مشخصات است که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند ولی این تفاوت در بین زنان کمتر و در حدود 140% می‌باشد

(۲) از طرف دیگر تحصیلات، به ویژه تحصیلات مادران آثار و نتایج مثبتی را در وضعیت بهداشتی افراد به جای می‌گذارد بطوری که به وسیله آموزش مادران می‌توان تا حدی آثار منفی سوء تغذیه را جبران کرد (۳۸).

هر چند که سطح اجتماعی افراد نمی‌تواند رابطه بین وضعیت بهداشتی و سطح آموزشی را تعدیل کند ولی هر دو جنس زن و مرد با سطوح تحصیلات پایین دارای سطوح اجتماعی پایین‌تری هم هستند. زنان با سطوح تحصیلات بالا نسبت به سایر زنان تعداد فرزندان کمتری دارند. این مطالعه نشان داده است که مردان با تحصیلات پایین که شبکه‌های ارتباطی بزرگ‌تری دارند و از سنین کودکی از حمایت‌های مالی، عاطفی و مراقبت از بیماری بر خوردار بوده‌اند، مشکلات بهداشتی کمتری داشته‌اند، یافته‌ها نشان می‌دهند که وضعیت بهداشتی مردان با سطح تحصیلات پایین که از حمایت‌های کلیدی اجتماعی بر خوردار بوده‌اند شبیه مردانی بوده است که تحصیلات عالی داشته‌اند (۴۱). علاوه بر این موارد در کشورهای توسعه یافته سالانه $2,4$ درصد دستمزد و نیز استاندارد زندگی افراد افزایش می‌یابد که دلیل آن افزایش تولید و بهره‌وری نیروی کار می‌باشد که سهم تحصیلات افراد در افزایش بهره‌وری طبق مطالعات متعدد صورت گرفته حدود $30-13$ درصد می‌باشد. به همین خاطر در سال‌های اخیر شاهد سرمایه گذاری وسیعی در افزایش سطح تحصیلات افراد بوده‌ایم که از آن به عنوان سرمایه اجتماعی یاد می‌شود (۴۲). همان‌طور که عنوان شد سطح تحصیلات افراد یک عامل بسیار مهم در تعیین سطح سلامت و عاملی برای تسریع رشد اقتصادی آن‌ها می‌باشد، به طوری که به وسیله آن می‌توان بسیاری از مشکلات را حل کرد و به عنوان یک عامل جایگزین برای ارائه خدمات بهداشتی محسوب می‌شود.

درآمد

درآمد در دسترس یک خانوار یک فاکتور بسیار مهم مربوط به سطح سلامتی افراد یک جامعه می‌باشد و قسمت عمده‌ای از تفاوت‌های وضعیت بهداشتی بین گروه‌های مختلف اجتماعی مستقیماً به تفاوت‌های درآمدی بین آن‌ها

بر می‌گردد (۶). در یک سطح کلی ارتباط بین چگونگی توزیع درآمد در جمعیت و امید به زندگی دیده می‌شود، بطوری که در مناطق یا استان‌هایی که نسبت بیشتری از درآمدهای کشور را صاحب می‌شوند نسبت به بقیه مناطق امید به زندگی بالاتری دارند، همچنین در کشوری مانند ژاپن که توزیع برابر و عادلانه‌تری از درآمد دارند، امید به زندگی بالاتری هم دیده می‌شود و به نظر می‌رسد که توزیع برابر درآمد اثر بیشتری بر شاخص‌های بهداشتی دارد تا خود میزان درآمد افراد (۴۳). از آنجایی که در کشورهای با نابرابری‌های اجتماعی بالاتر، امید به زندگی پایین‌تری دارند، می‌توان فهمید که نابرابری درآمدی نسبت به درآمد مطلق افراد نقش بیشتری در میزان مرگ و میر و بیماری افراد دارد. بنابراین امید به زندگی در کشورهای فقیری که نابرابری اجتماعی کمتری دارند نسبت به کشورهای که نابرابری اجتماعی بیشتری دارند به نسبت، بیشتر است (۴۴). به طور کلی فقر با میزان بالای مرگ و میر نوزادان، سوء تغذیه و کمبود وزن در ارتباط است. همچنین کودکانی که در خانواده‌های فقیر به دنیا می‌آیند، نارسایی تنفسی، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مزمن بیشتری خواهند داشت (۳۰).

در کشورهای نظیر چین، روسیه، اندونزی و تایلند که تا قبل از دهه ۱۹۸۰ توزیع درآمد نسبتاً برابری را تجربه کرده بودند با ظهور اقتصاد مبتنی بر بازار رشد قابل ملاحظه‌ای از نظر نابرابری درآمدی را در روبروی خود دیدند. همچنین نابرابری توزیع درآمد بین مردان و زنان در کشورهای توسعه یافته و غربی بعد از سال‌های ۱۹۸۰ به شدت افزایش یافته است (۴). این افزایش در نابرابری توزیع درآمد به علل افزایش تفاوت در نرخ دستمزد کارگران ماهر و غیر ماهر، کاهش اتحادیه‌های کارگری، تعدیل ساختار اقتصادی و سیاست‌های مالیاتی مورد نظر ثروتمندان ایجاد شده است (۴۶). بعضی از مطالعات نتایج معکوسی را بدست آورده‌اند. به طور مثال در سال‌های قبل در کشورهای کمونیست همانند روسیه، چک اسلواکی و مجارستان برابری درآمد بسیار خوبی وجود داشت ولی این شرایط منجر به کاهش امید به زندگی افراد

به خصوص در مردان شد (۴۵).

عوامل زیادی بر میزان درآمد خانوارها تأثیر می‌گذارد، به عنوان مثال مثال خانواده‌هایی که فرزند دارند به احتمال زیاد نسبت به خانوارهایی که فاقد فرزند هستند درآمد بیشتری دارند. در سال ۱۹۹۹ در آمریکا خانواده‌هایی که دارای فرزند بودند، درآمد متوسطی در حدود ۴۶۵۰۰ دلار و خانواده‌های فاقد فرزند، در آمد متوسطی در حدود ۳۴۸۰۰ دلار داشتند. بنابراین بین خانوارهای بزرگ‌تر و درآمد بیشتر رابطه‌ای قوی وجود دارد (۴۷). در استرالیا، بریتانیا، آمریکا و کانادا ۵۰٪ خانوارهای تک سرپرست (که بخش عظیمی از آن‌ها را خانواده‌های با سرپرستی زنان تشکیل می‌دهند) در زیر خط فقر به سر می‌برند. در سطح جهان تعداد خانوارهای با درآمد کمتر از ۱ دلار در روز افزایش یافته است و تا اواخر سال ۱۹۹۹ این میزان به ۱/۵ میلیارد نفر رسید که علت اصلی آن بحران اقتصادی آسیا و عواقب آن بود (۴). همچنین مطالعات تجربی اخیر رابطه منفی نابرابری درآمدی و رشد اقتصادی را تایید کرده‌اند. این ارتباط هم در داخل یک کشور بین استان‌های مختلف و هم در بین کشورهای مختلف وجود دارد به طوری که مناطق با نابرابری توزیع درآمد بیشتر رشد اقتصادی کمتری را تجربه کرده‌اند (۴۸).

بنابراین به نظر می‌رسد که میزان درآمد به همراه سطح تحصیلات افراد مهم‌ترین فاکتورهای وضعیت اقتصادی-اجتماعی هستند که بیشترین تأثیر را بر سلامت می‌گذارند، همچنین میزان رشد درآمد سرانه افراد را به عنوان شاخص توسعه اقتصادی در نظر می‌گیرند.

شغل

وضعیت شغلی افراد یکی از اجزای تشکیل دهنده وضعیت اقتصادی-اجتماعی می‌باشد که چندین مزیت بر دیگر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی دارد. این متغیر به نحوی دسترسی به آموزش و تحصیل و میزان درآمد خانواده و وضعیت اقتصادی آن‌ها را تعیین می‌کند (۴۹). موقعیت شغلی با وضعیت سلامتی و بهداشتی افراد کاملاً مرتبط است و به این علت که این متغیر ساختار اجتماعی افراد را تعیین می‌کند می‌تواند دسترسی افراد به منابعی

سطح آموزشی افراد، وضعیت شغلی، درآمد و ترکیبی از این فاکتورها می‌باشد (۴۴). امروزه توجه به اثرات وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر روی وضعیت بهداشتی افراد و جامعه بیشتر و بیشتر شده است. مطالعات نشان داده است که وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد ارتباط نزدیکی با مرگ و میر، بیماری، رفتارهای بهداشتی و دسترسی به خدمات بهداشتی در کشورهای غربی دارد، ولی هنوز این روابط در سایر کشورها به اثبات نرسیده است و این ارتباطات باید در هر کشوری به صورت مجزا و بر اساس زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمعیت شناسی آن کشور مورد بررسی قرار گیرد (۵۶).

مطالعات بسیار زیادی نشان داده‌اند که بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح سلامت افراد رابطه‌ی دو طرفه و متقابلی وجود دارد. هر چند که این رابطه در بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و چند جزء سلامت همانند درک افراد از سلامت، استعمال دخانیات، نمایه توده بدنی و علائم افسردگی افراد بسیار ناچیز است، ولی بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد با شاخص مطلوبیت سلامت (HUI) افراد رابطه دو طرفه محکم و زیادی وجود دارد (۴۴). تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی افراد می‌تواند دسترسی آن‌ها به مراقبت‌های بهداشتی، پوشش بیمه بهداشتی، دانش و آگاهی‌های بهداشتی و اثرات ناخوشایند بیماری افراد بر توانایی کار کردن آن‌ها و عملکرد اقتصادی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۵۷).

فاکتورهای اقتصادی-اجتماعی شامل تحصیلات، فقر، درآمد، نابرابری درآمد و شغل می‌باشد که جزء قوی‌ترین و پایدارترین عوامل تعیین کننده سلامتی و مرگ و میر هستند و نابرابری اقتصادی-اجتماعی از اقتصاد، علوم اجتماعی، اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی نشأت می‌گیرد (۴). این مطلب به خوبی اثبات شده است که افراد با شرایط اقتصادی-اجتماعی پایین، وضعیت بهداشتی ضعیف‌تری هم نسبت به دیگر افراد دارند (۴۱). کودکانی که شرایط اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری دارند ممکن است که زنجیره‌ای از خطرات که باعث به وجود آمدن زمینه مناسب

را که بر روی سلامت و مرگ و میر تأثیر دارند محدودتر و یا گسترده‌تر کند (۱۳). به علاوه هر شغلی به صورت خاص شرایط متفاوت کاری و دستمزد را دارد که می‌تواند برای افراد شاغل از لحاظ جسمانی خطرناک، و یا از لحاظ روحی برای آن‌ها استرس آمیز باشد و به صورت مستقیم بر سلامت آن‌ها موثر خواهد بود (۵۰). آقای اسمیت در مطالعه خود نشان دادند که تفاوت در شغل افراد می‌تواند منجر به تفاوت در سطح اجتماعی، اقتصادی و سطح سلامتی آن‌ها و خانواده‌شان شود که عمده‌ترین دلایل این موضوع تفاوت در درآمد و تغذیه آن‌ها می‌باشد (۵۱). شغل یا حرفه تنها شاخصی است که رابطه بسیار محکمی با سطح سلامتی و سطح تحصیلات افراد در هر دو گروه جنسی زن و مرد دارد (۵۲). با توجه به نوع شغل، ارگونومی و استرس شغلی افرادی که شغل‌های با درگیری فیزیکی یا روانی بیشتری دارند، نتایج بهداشتی ضعیف‌تری نسبت به دیگران خواهند داشت (۷).

امروزه افراد بیکار به طور کلی وضعیت بهداشتی ضعیف‌تری نسبت به هم‌تایان شاغل خود دارند و این افراد با میزان بالای بیماری‌های قلبی عروقی (مانند فشار خون و حمله قلبی)، اضطراب روانی، بهداشت ضعیف‌تر و اثرات زیستی منفی متعدد دیگر مواجه‌اند (۲۹). همچنین موقعیت شغلی می‌تواند تعیین کننده فاکتورهای سبک زندگی مانند نوشیدن مایعات الکلی، استعمال دخانیات و چاقی باشد (۵۳، ۵۴). به عبارت دیگر افراد بیکار از لحاظ سلامت روانی وضعیت ضعیف‌تری نسبت به سایرین دارند (۳۷).

مدارک موجود حاکی از این است که از دست دادن شغل یک ریسک فاکتور می‌باشد که ممکن است به توزیع و افزایش نابرابری‌های بهداشتی منجر شود (۲۹). به طور کلی هر چه شغل افراد حرفه‌ای‌تر و پر درآمدتر می‌شود وضعیت بهداشتی بهتری پیدا می‌کنند (۳۱، ۵۵).

بحث و نتیجه‌گیری

چندین مطالعه در طول دهه‌های اخیر رابطه مثبتی را برای وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد و سطح سلامت آن‌ها آشکار کرده‌اند، وضعیت اقتصادی-اجتماعی شامل

برای خطرات بیشتر می‌شود را در زندگی خود ببیند. برای مثال کودکانی که در خانواده‌های فقیر زندگی می‌کنند، میزان تحصیلات و فرصت‌های شغلی کمتری خواهند داشت که منجر به درآمد و ثروت پایین‌تر و دسترسی محدود به کالاها و خدمات در بزرگسالی خواهد شد (۵۸). وضعیت اقتصادی-اجتماعی در کودکان از طریق فعالیت، وزن بدن، سیگار کشیدن و مصرف الکل با شرایط مختلف بهداشتی ارتباط پیدا می‌کند. در بین متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، میزان تحصیلات بیشترین همبستگی را با شرایط اقتصادی-اجتماعی کودکان دارا می‌باشد (۵۹) به همین خاطر به احتمال زیاد میزان تحصیلات افراد، بیشترین نقش را در تفاوت‌های نژادی در معلولیت می‌کند (۳۰).

نابرابری اقتصادی-اجتماعی و جنسیتی دو مؤلفه متفاوت و مهم در فهم سلامتی و مخصوصاً در وضعیت بهداشتی زنان می‌باشد و این دو فاکتور مهم از منابع متفاوتی سرچشمه می‌گیرند، در ضمن این دو مؤلفه با یکدیگر مترادف نیستند. داده‌های سازمان ملل پیشنهاد می‌کند که حداقل در سطح کشور برابری جنسیتی و برابری اقتصادی-اجتماعی تا حدی مستقل از یکدیگر در نظر گرفته شوند (۵).

محیط جغرافیایی سیاسی موثر بر وضعیت بهداشتی افراد شامل اقتصاد، سیاست، ساختار اجتماعی و همچنین ویژگی‌های محیط فیزیکی واقعی زندگی افراد می‌باشد. محیط جغرافیایی و سیاسی شامل درجه‌ای از برابری اقتصادی در یک سطح کلی مانند یک شهر، استان، ایالت و یا کشور اندازه گیری شده است (۶۰).

بنابراین با توجه به مدارک و شواهدی که در بالا از مطالعات و پژوهش‌های معتبر و گسترده آورده شده است، وجود ارتباط قوی بین تک به تک شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی و سطح سلامت جامعه غیر قابل انکار است و به همین خاطر این مقاله پیشنهادها و راهکارهای معتبری را بر اساس مطالعات انجام شده به سیاستمداران و سیاست‌گذاران عرصه بهداشت و درمان کشورهای در حال توسعه‌ای همچون ایران ارائه می‌کند که شامل موارد زیر است:

الف) هدایت منابع پولی و غیر پولی بیشتری به بخش‌های آموزش و پرورش، روستاها و مناطق فقیرتر.

ب) تاکید بر افزایش برابری جنسیتی به عنوان عاملی برای بهبود وضعیت سلامت.

پ) توجه و تاکید بیشتر به افزایش سطح استانداردهای زندگی به ویژه در روستاها.

ت) افزایش سطح تحصیلات بانوان، به خصوص بانوان ساکن در شهرها و روستاهای کمتر توسعه یافته.

ج) برنامه‌ریزی دقیق و کارآمد جهت تأمین نیازهای سالمندان کنونی و افراد میان‌سالی که تا چند سال دیگر به جمع سالمندان می‌پیوندند.

خ) مد نظر قرار دادن مهم‌ترین شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی یعنی باسوادی و افزایش درآمد سرانه به عنوان ابزارهایی بسیار تأثیرگذار برای تحریک هر چه بیشتر ارتقای سلامت جامعه.

چ) برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر جهت کاهش نرخ بیکاری به عنوان وسیله‌ای برای افزایش سلامت روانی و جسمانی افراد جامعه و توجه بیشتر و ارتقای استانداردهای مشاغل، به ویژه مشاغل آزاد.

چ) تاکید و سرمایه‌گذاری ویژه برای بهبود متغیرهای اقتصادی-اجتماعی نظیر تحصیلات، درآمد سرانه افراد و برابری جنسیتی برای تسریع رشد اقتصادی.

د) استفاده بهینه و مناسب از ظرفیت جوان بودن کشور و افزایش کارایی آن‌ها که یک فرصت طلایی جهت رشد سریع‌تر اقتصاد کشور محسوب می‌شود، هر چند که در بسیاری از کشورها به این وضعیت به عنوان یک تهدید نگریسته می‌شود.

REFERENCES:

- 1- Crimmin s,E.,&ingegneri,D.(1993).trends in health among the American population in A. M,Raport,&S.J.schieber,Demography and retirement in the twenty –first century (pp.225-253).west port: praeger.
- 2- E.leen, M.crimmins, yasuhiko saito. (2001). Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: Gender, racial and educational differencess.university of southern California, andrus Gerontology center, Los angles.
- 3- Marmot, M.G., kogerinas, M., &Elston, M.A. (1987).social/Economic status and disease, annual review of public health, 8,111-135.
- 4- Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. Social Science & Medicine. 2002;54(5):649-61.
- 5- Barrett H. Women in Africa: The neglected dimension in development. Geography. 1995:215-24.
- 6- Passel JS. Demographic and social trends affecting the health of children in the United States. Ambulatory Pediatrics. 2002;2(2):169-79.
- 7- Warren JR, Hoonakker P, Carayon P, Brand J. Job characteristics as mediators in SES–health relationships. Social Science & Medicine. 2004;59(7):1367-78.
- 8- Bane,M.R.,Bebbington , A.C.,Jagger , C .,Morgan , K .,&Nicolashhealth expectancy and its uses. London: HMSO, (1995).
- 9- Emmanuelle E. Cambois. The Relationship between Occupational Status, Mobility, and Mortality at Older Ages. Springer, 2006, Volume 2, Part II, 213-234, DOI: 10.1007/1-4020-4032-6_14.
- 10- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2002;288(24):3137-46..
- 11- Hayward MD, Gorman BK. The long arm of childhood: The influence of early-life social conditions on men's mortality. Demography. 2004;41(1):87-107..
- 12- Pavalko, E.K., Elder, G.H. & Clipp, E.C. Worklives and longevity: insights from a life course perspective. Journal of Health and Social Behavior, 1993. 34(4):363-380.
- 13- Mare, R.D. Socio-economic careers and differential mortality among older men in the United States. Pp. 362-387 in Measurement and Analysis of Mortality, edited by Vallin, J., D'Souza, S. & Palloni, A. Oxford: Clarendon Press(1990).
- 14- Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. The Journal of Economic Perspectives. 1999;13(2):145-66.
- 15- Hart CL, Davey Smith G, Blane D. Social mobility and 21year mortality in a cohort of Scottish men. Social Science & Medicine. 1998;47(8):1121-30.
- 16- Sweet E. "If your shoes are raggedy you get talked about": Symbolic and material dimensions of adolescent social status and health. Social Science & Medicine. 2010;70(12):2029-35.
- 17- Manton KG, Stallard E. Cross-sectional estimates of active life expectancy for the US elderly and oldest-old populations. Journal of gerontology. 1991;46(3):S170-S82.
- 18- Iran Statistic Center, available at: <http://amar.sci.org.ir/>. Accessed by January 2013.
- 19- Malmberg B. Age structure effects on economic growth—Swedish evidence. Scandinavian

- Economic History Review. 1994;42(3):279-95.
- 20- Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. Soc Sci Med. 1999 Jan; 48(1):33-48.
- 21- Mendelson T, Kubzansky LD, Datta GD, Buka SL. Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: A case of double jeopardy? Social Science & Medicine. 2008;66(6):1284-96.
- 22- Oksuzyan A, Petersen I, Stovring H, Bingley P, Vaupel JW, Christensen K. The male-female health-survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. Annals of epidemiology. 2009;19(7):504-11.
- 23- Jersey, L., Joan, M. Gender differences in old age mortality: role of health behavior baseline health status. J Clin Epidemiology. 2003 Jun; 56(6):572-82.
- 24- Emslie C, Fuhrer R, Hunt K, Macintyre S, Shipley M, Stansfeld S. Soc Sci Med. Gender differences in mental health: evidence from three organisations. 2002 Feb;54(4):621-4.
- 25- Trujillo AJ, Mroz TA, Piras C, Vernon JA, Angeles G. Determinants of Gender Differences in Health among the Elderly in Latin America. World Health & Population. 2010;11(3):24-43.
- 26- Brand JE, Warren JR, Carayon P, Hoonakker P. Do job characteristics mediate the relationship between SES and health? Evidence from sibling models. Social Science Research. 2007;36(1):222-53.
- 27- Khlata M, Sermet C, Le Pape A. Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. Social Science & Medicine. 2000;50(12):1807-25.
- 28- Boschini AD. The impact of gender stereotypes on economic growth: Department of Economics, Stockholm University; 2003.
- 29- Strully K. Racial-ethnic disparities in health and the labor market: Losing and leaving jobs. Social Science & Medicine. 2009;69(5):768-76.
- 30- Bowen ME. Childhood socioeconomic status and racial differences in disability: Evidence from the Health and Retirement Study (1998-2006). Social Science & Medicine. 2009;69(3):433-41.
- 31- Chandola T. Ethnic and class differences in health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification. Social Science & Medicine. 2001;52(8):1285-96.
- 32- Rew L. Ethnic differences in adolescents' perceived health status: preliminary findings. Journal of pediatric nursing. 1997;12(4):223-7.
- 33- Cutler, D.M. Declining disability among the elderly. health affairs (Millwood), 2001, 20(6), 11-27.
- 34- Hernandez DJ, Darke K. Socioeconomic and Demographic Risk Factors and Resources Among Children in Immigrant and Native-Born Families: 1910, 1960, and 1990. Children of immigrants: Health, adjustment, and public assistance. 1999:19.
- 35- Kahn J, Fazio E. Economic status over the life course and racial disparities in health; journal of Gerontology: psychology; and social science, 2005, 60(2), 76-84.
- 36- Delva J, O'Malley PM, Johnston LD. Racial/ethnic and socioeconomic status differences



- in overweight and health-related behaviors among American students: national trends 1986–2003. *Journal of Adolescent Health*. 2006;39(4):536-45.
- 37-David L, Fane.and all. (2006).Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health Place*. 2006 Sep; 12(3):332-44.
- 38-Henry W, Torkild T. (2004).Urban – rural differentials in child malnutrition: Trends and socioeconomic correlates in sub –Saharan Africa. *Int J Equity Health*. 2004; 3: 9.
- 39-World Health Organization, available at: <http://www.who.org>, accessed by: Dec. 2013.
- 40 - Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effect on health: how we can conceptualize, operationalize and measure theme? *Soc Sci Med*. 2002 Jul; 55(1):125-39.
- 41-Tonic C.Antonucci.The effect of social relations with children on the education – health link in men and women aged 40 and over. *Soc Sci Med*. 2003 Mar; 56(5):949-60.
- 42- Dickens WT, Sawhill IV, Tebbs J. The effects of investing in early education on economic growth: Brookings Institution; 2006.
- 43- Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ: British Medical Journal*. 1992;304(6820):165.
- 44- Garbarski D. Perceived social position and health: Is there a reciprocal relationship? *Social Science & Medicine*. 2010;70(5):692-9.
- 45-United Nation Development Program (UNDP). (1999).Human development report 1999.new York: United Nation.
- 46- Karoly LA, Burtless G. Demographic change, rising earnings inequality, and the distribution of personal well-being, 1959–1989. *Demography*. 1995;32(3):379-405.
- 47-J black, Family size and the quality of children, *Demography* 18(1981), pp.321-342.
- 48- Gomez R, Foot DK. Age structure, income distribution and economic growth. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*. 2003:S141-S61.
- 49- Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annual review of sociology*. 1995:349-86.
- 50-House JS, Wells JA, Landerman LR, McMichael AJ, Kaplan BH. Occupational stress and health among factory workers. *Journal of Health and Social Behavior*. 1979:139-60.
- 51- Smith AM, Baghurst KI. Public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *Journal of epidemiology and Community Health*. 1992;46(4):409-16..
- 52- Miech RA, Hauser RM. Socioeconomic status and health at midlife: a comparison of educational attainment with occupation-based indicators. *Annals of epidemiology*. 2001;11(2):75-84.
- 53- Sorensen G, Pirie P, Folsom A, Luepker R, Jacobs D, Gillum R. Sex differences in the relationship between work and health: the Minnesota Heart Survey. *Journal of Health and Social Behavior*. 1985:379-94.
- 54- House JS, Strecher V, Metzner HL, Robbins CA. Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study. *Journal of Health and Social Behavior*. 1986:62-77.
- 55- Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*. 1997;44(6):901-10.
- 56-Alexandru C, Ali N, Moadeli. Socioeconomic status and health in the Japanese population



- Sadanobu Kagamimor, 1994.
- 57-Christina A. Clarke. Racial and class gradients in life expectancy in contemporary California. Soc Sci Med. 2010 May; 70(9):1373-80.
- 58-Ben-shlomo Y. Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives, international Journal of epidemiology, 2002, 31,285-293.
- 59- Van de Mheen H, Stronks K, Looman C, Mackenbach J. Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? International Journal of Epidemiology. 1998;27(3):431-7.
- 60- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, Whitehead M. Challenging inequities in health: from ethics to action: Oxford University Press; 2001. chapter 13.

Socioeconomic variables and health of society

Kazemi Karyani A¹, Karami Matin B², Rezaei S^{3,1}, Alinia S³, Shaahmadi F⁴

Abstract:

Introduction: In most countries, socioeconomic status and demographic characteristics are somehow associated with all health consequences. Generally, the health problems and mortality among people who live in lower socioeconomic levels is higher, and the extent of those varies according to age, gender and race. It seems that the main factor for the differences is in the socioeconomic level.

Materials and Methods: This is a review study, and related articles were collected by searching the keywords like socio - economic status, health outcomes, health behaviors, life expectancy in the published literature and databases such as: Web of Science, Science Direct, Google Scholar, Springer and Google. This study has compared the effects and interactions between health variables and demographic variables.

Results: In recent decades, several studies have shown positive relationship between individual's socioeconomic statuses (SES) with their health. This Studies have shown that the individual's socioeconomic status (age, sex, race, location and migration, education, income, occupation, etc.) are closely associated with mortality, life expectancy, disease, health behaviors, and access to health services in the western countries, but this relationship has not been yet established in the other countries and this relationship should be separately examine in every country based on economic, social, and demographic characteristics of the country.

Conclusion: The results of studies show that socioeconomic status indicators have a strong relationship with the social and community health and economic growth.

Key words: Socioeconomic status (SES), Health of society, Culture, Life expectancy.

1- Ph.D. student in health economics, department of health management and economics, school of public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran.

2- Ph.D. assistant professor, health care management, school of public health, Kermanshah University of medical sciences, Kermanshah, Iran.

3*- Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email:satarrezaei@gmail.com

4- Ph.D. student in health education and promotion, school of public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran.