

نابرابری بهداشتی با منشا اقتصادی-اجتماعی و شاخص‌های اندازه‌گیری آن در مطالعات اپیدمیولوژی

مریم سادات وحدانی نیا^۱، علی منتظری^۲

^۱ مربی پژوهشیار، پژوهشکده‌ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

^۲ دانشیار پژوهش، پژوهشکده‌ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

نویسنده رابط: مریم سادات وحدانی نیا، آدرس: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، بلاک ۵۱، پژوهشکده‌ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی،

تلفن: ۸-۰۲۱-۶۶۹۵۱۸۷۶، نامبر: ۰۲۱-۶۶۴۸۰۸۵، پست الکترونیک: mvahdani@ihsr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۵/۲/۱۷، پذیرش: ۸۵/۷/۱۱

اصطلاح «نابرابری‌های بهداشتی» یک مفهوم توصیفی صرف نیست و به تفاوت میزان مرگ، ابتلا به بیماری، امید به زندگی، سال‌های زندگی به سرشده با ناتوانی و ... با سه منشا طبقه‌ی اجتماعی، جنسیت و قومیت/نژاد می‌پردازد. این مقاله فقط به موضوع نابرابری بهداشتی با منشا اقتصادی-اجتماعی می‌پردازد. نابرابری‌های بهداشتی با منشا طبقه‌ی اجتماعی به صورت تفاوت در میزان بروز یا شیوع مشکلات بهداشتی بین افراد جمعیت در موقعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر و بالاتر تعریف می‌شود. در حالی که اندازه‌گیری نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی در سلامتی در اروپا دارای قدمتی کهن است. در این زمینه در سایر مناطق، به ویژه جهان در حال توسعه کار تجربی محدودتری صورت گرفته است. در سلسله مراتب اجتماعی، اندازه‌گیری وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر اساس وضعیت شغلی، سطح تحصیلی و درآمد افراد صورت گرفته است و اثر هر یک از این عوامل در ارتباط با سلامتی باید به طور جداگانه مطالعه شود. منابع اصلی داده در مورد وضعیت سلامتی و اندازه‌گیری نابرابری‌های بهداشتی جمعیت در سطح بین‌المللی مراکز ثبت و مطالعات مقطعی طراحی شده خاص هستند.

به نظر می‌رسد مطالعات اپیدمیولوژیک در ارزیابی، پایش و پیش‌گیری از نابرابری‌های بهداشتی به ویژه با تمرکز بر گروه‌های اقتصادی-اجتماعی در بسیاری از مناطق رو به توسعه، از جمله ایران، محدود بوده است. با توجه به فقدان مراکز ثبت منسجم، انجام مطالعات مقطعی طراحی شده‌ی خاص و مطالعات جمعیتی در ارزیابی و پیش‌گیری از نابرابری‌های بهداشتی توصیه می‌شود. واژگان کلیدی: نابرابری‌های بهداشتی، نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامتی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، مطالعات اپیدمیولوژیک.

مقدمه

گردد.

حجم زیادی از ادبیات موجود در علم اپیدمیولوژی به مطالعه در خصوص ارزیابی و پیش‌گیری از سطوح نابرابری‌های بهداشتی اختصاص دارد و در این زمینه تفاوت میزان مرگ، ابتلا به بیماری و عوارض ناشی از آن، امید به زندگی، سال‌های زندگی بسر شده با ناتوانی و ... با سه منشا طبقه‌ی اجتماعی، جنسیت و قومیت/نژاد بررسی می‌شود. در این مقاله نابرابری‌های بهداشتی با منشا جنسیت و قومیت/نژاد از حوزه‌ی بحث خارج است و تنها نابرابری‌های بهداشتی با منشا طبقه اجتماعی (نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامتی) بررسی می‌شود.

اصطلاح «نابرابری‌های بهداشتی» (Health inequality) یک مفهوم توصیفی صرف نیست و از مفهوم «بی‌عدالتی بهداشتی» (Health inequity) متفاوت است. ارزیابی این امر که به چه میزان نابرابری‌های واقعی نیز بی‌عدالتی محسوب می‌شوند به آگاهی در مورد علل این نابرابری‌ها و نیازمند قضاوت در مورد منصفانه بودن یا نبودن این علل است.

به عنوان مثال، تفاوت در میزان شیوع ژن‌های خاصی بین گروه‌های اقتصادی-اجتماعی ناعادلانه در نظر گرفته نمی‌شود (۱). همچنین نابرابری بهداشتی نباید با نابرابری در میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و نیز کیفیت مراقبت دریافت شده یکسان تلقی