

Depiction of Health

2015; 6(3): 54-62

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

A Review of Factors Influencing Health Inequalities

Hassan Almaspoor Khangah¹, Ali Jannati², Naser Derakhshani*¹

Abstract

Background and Objectives: Inequity in health is a universal term which is used for showing current differences, variations and inequalities of people in accessing to health services. The current study aimed to assess the factors influencing health inequalities to present the results to the researchers and health care professionals.

Material and Methods: In this review, several databases including PubMed, Proquest, Scopus, Google Scholar search engine, SID and IranDoc were searched within 2000-2014 period. We found 746 articles and refined them step by step according to the aim of the study by reviewing the titles, abstracts and full texts. Finally, 16 articles were selected for further study

Results: In the present study, identified determinants in health inequalities were as follows: 1- Economic and income factors 2- Political factors, social and public policy 3- Cultural and social values 4- social and demographic factors 5- Behavioral, psychological and biological factors.

Although, other factors like governmental, international, social cohesion, incidents and even the health system itself were involved in health inequalities, but the listed determinants were among the most important determinants in health inequalities in the conducted studies.

Conclusion: Given the importance of people's health and inequalities in health, the approach should focus on reducing the inequalities in all policies and development programs and the role of these factors should be taken into consideration by managers and policy-makers

Key Words: Health, Health Inequalities, Inequity in Health, Review

Citation: Almaspoor-Khangah H, Jannati A, Derakhshani N. A Review of Factors Influencing Health Inequalities. *Depiction of Health* 2015; 6(3): 54-62.

1. M.Sc. Student of Health Services Management, Department of Health Services Management, Center of Excellence in Health Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran (**Email:** derakhshani.mhc@gmail.com)

2. Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran



© 2015 The Author(s). This work as an open access article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work is permitted ,as long as the original authors and source are properly cited.

بررسی مروری نابرابری‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن

حسن الماس پور خانقاه^۱، علی جنتی^۲، ناصر درخشانی^{۱*}

چکیده

زمینه و اهداف: نابرابری در سلامت اصطلاح کلی است که برای نشان دادن اختلاف‌ها، تغییرات و ناهمسانی‌های موجود در دسترسی به سلامت افراد یا گروه‌ها از آن استفاده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی نابرابری‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن برای استفاده محققان و علاقه‌مندان عدالت در سلامت انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک بررسی مروری می‌باشد که با جستجو در پایگاه‌های داده ای Proquest, Scopus, Pubmed و موتور جست و جوی Google و در پایگاه‌های داده ای فارسی زبان SID, Iran doc, در بازه زمانی ۲۰۱۴-۲۰۰۰ انجام گرفت. حاصل این جست و جو ۷۴۶ مقاله بود که براساس هدف مطالعه، مرحله به مرحله به ترتیب با مطالعه عنوان، چکیده و مقاله کامل، پالایش شد و در نهایت ۱۶ مقاله از میان آن‌ها انتخاب و مورد بررسی تکمیلی قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر عوامل مؤثر در نابرابری‌های سلامت شناسایی شده عبارت بودند از: ۱- عوامل اقتصادی و درآمدی ۲- عوامل سیاسی و سیاست‌های اجتماعی و عمومی ۳- عوامل فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی ۴- عوامل اجتماعی و جمعیتی ۵- عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی. البته عوامل دیگر مثل عوامل حاکمیتی، بین‌المللی، انسجام اجتماعی، حوادث و حتی خود نظام سلامت نیز در نابرابری‌های سلامت دخیل بوده، ولی عوامل پنج‌گانه ذکر شده جزو مهمترین عوامل مؤثر در نابرابری‌های سلامت در مطالعات اکثریت نویسندگان اشاره شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت سلامت در اقشار مختلف جامعه و موضوع نابرابری در سلامت، باید رویکرد و توجه به سمت کاهش این نابرابری‌ها در تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه مد نظر قرار گیرد و نقش این عوامل در سلامت افراد و جامعه برای مدیران و سیاست‌گذاران به خوبی روشن و آشکار گردد.

کلیدواژه‌ها: سلامتی، نابرابری در سلامت، عدالت در سلامت، بررسی مروری

الماس پور خانقاه ح، جنتی ع، درخشانی ن. بررسی مروری نابرابری‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن. تصویر سلامت ۱۳۹۴؛ ۶(۳): ۶۲-۵۴.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت کشور، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: derakhshani.mhc@gmail.com)
۲. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نویسنده (نویسندگان). این اثر به عنوان یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز Creative Commons Attribution License توسط تصویر سلامت منتشر گردیده است. استفاده‌های غیر تجاری از این اثر به شرط ارجاع صحیح به اثر اصلی مجاز است.



مقدمه

عدالت در سلامت (Equity in Health) یکی از مباحث مهم مرتبط با سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت است و به عنوان مشکل اساسی در عرصه همگانی و نابرابری‌های اجتماعی مطرح است (۲۰۱). تعاریفی متفاوت از عدالت در سلامت ارائه شده است. کولیر (Culyer) و واگستاف (Wagstaff) تأکید داشتند که عدالت در سلامت، معیاری مناسب جهت تعیین توزیع سلامت و خدمات سلامتی است (۳-۹). معمول‌ترین و متداول‌ترین تعریفی که از بی عدالتی در سلامت (Health Inequity) ارائه شده است، تعریف وایت هد و داهگرین (Dahlgren & Whitehead) در سال ۱۹۹۲ است: "آن دسته از نابرابری‌های اجتناب پذیر و غیر ضروری سلامت که به صورت غیر منصفانه و ناروا ایجاد شده اند (۱۱ و ۱۰). اما باید ذکر شود که نابرابری در سلامت با بی عدالتی در سلامت متفاوت است. نابرابری در سلامت اصطلاح کلی است که برای نشان دادن اختلاف‌ها، تغییرات و ناهمسانی‌های موجود در دسترسی به سلامت افراد یا گروه‌ها از آن استفاده می‌شود. در حالی که بی عدالتی در سلامت به آن دسته از نابرابری‌هایی اشاره دارد که به نظر می‌رسد ناعادلانه باشند و یا از برخی خطاها یا ناهمسانی‌ها ایجاد شده باشند (۱۰). به عقیده براومن و گروسکین (Gruskin & Braveman)، هرگونه ناهمسانی در سلامت بی عدالتی نیست. برای نمونه، افراد جوان تر از پیرها سالم ترند. بنابراین، تمایز بین این دو واژه بی عدالتی و نابرابری مهم است. به عقیده ایشان، بی عدالتی در سلامت بر توزیع منابع و فرآیندهایی تمرکز دارد که سبب ایجاد نابرابری در سلامت می‌شود (۱۱). بحث نابرابری و بی عدالتی در سلامت بحثی به نسبت جدید است و چندان سابقه ندارد. نخستین مقاله‌های مرتبط با اندازه‌گیری نابرابری در سلامت در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ به چاپ رسیده‌اند (۵-۱۲، ۱۴) و واگستاف، وندورسلر و کاکاوانی (Wagstaff & Kakwani & Van Doorslaer) از جمله نخستین محققاتی بودند که به این موضوع پرداخته‌اند. نکته قابل تأمل این است که بیشتر مطالعات مرتبط با نابرابری در کشور آمریکا و کشورهای اروپایی و بعد در دیگر کشورهای توسعه یافته انجام شده‌اند. اما پس از آن در کشورهای در حال رشد نیز مطالعاتی صورت گرفته است. پینگ یو و همکاران (Ping Yu et al) در سال ۲۰۰۸ در مقاله عدالت در تأمین مالی سلامت، مطالعه موردی مالزی برابری در تأمین هزینه‌های سلامت در کشور مالزی را در سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ مورد بررسی قرار دارند. هدف اصلی این مطالعه ارزیابی نابرابری سلامت بوده و از پیمایش هزینه خانوار استفاده شده است. این مطالعه منابع مالی تأمین کننده هزینه‌های سلامت خانوارها از جمله مالیات، بیمه اجتماعی و خصوصی سلامت و پرداخت از

جیب را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که نظام تأمین مالی هزینه‌های سلامت به طور جزئی تصاعدی و رقم شاخص معادل ۰/۱۸ است. همچنین بیان می‌شود که هر چه این رقم به یک نزدیک‌تر باشد، برابری بیشتر را در میان خانوارها نشان می‌دهد (۱۵). بیگز و همکاران (Biggs et al) در سال ۲۰۱۰ در مطالعه‌ای تحت عنوان آیا ثروتمندان، سالم ترند تأثیر مؤلفه‌هایی مانند سطح درآمد ملی، نابرابری و فقر را بر روی سلامت جامعه مورد ارزیابی قرار می‌دهند. جامعه مورد تحقیق در این پژوهش، کشورهای آمریکای لاتین بودند. نتایج این تحقیق فرضیه تأثیرپذیری سلامت از مؤلفه‌های ذکر شده را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۶). در ایران نیز با گسترش پذیرش دانشجویان در رشته‌های مختلف پزشکی و تربیت مؤثرتر و کارآتر آن‌ها وضعیت بهداشت و سلامت بسیار تغییر کرده است. بررسی‌ها از بهبود شاخص‌های سلامت طی سال‌های ۱۹۸۱ تا ۲۰۱۰ در کشور دارد. مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر کودکان، امید زندگی، رشد جمعیت و پوشش کلی واکسیناسیون از جمله این شاخص‌ها می‌باشند که وضعیت بسیار مناسب‌تری را نسبت به سال‌های پیشین پیدا کرده‌اند (۱۷). شاخص توسعه انسانی که مرکب از سه جزء میزان تحصیلات، سلامت و درآمد است از ۰/۵۳ در سال ۱۹۹۰ به ۰/۷ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است. اما با توجه به پیشرفت کلی این شاخص‌ها در کشور، توجه به نابرابری‌ها در این زمینه و تغییرات الگوی کشور از این لحاظ چندان قابل توجه نبوده است؛ به گونه‌ای که به نظر نمی‌رسد در جهت کاهش نابرابری در برخی از این شاخص‌ها اتفاق قابل توجهی افتاده باشد (۱۷). از آنجا که بازار ارائه خدمات سلامت در ایران و بسیاری کشورهای دیگر نیازمند مداخله دولت است و دولت موظف به پوشش خدمات برای همه مردم است، بنابراین مطالعه درباره‌ی نابرابری می‌تواند اطلاعاتی دقیق و معتبر درباره نحوه توزیع خدمات سلامت در اختیار برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران سلامت قرار دهد تا با استفاده از آن‌ها در تعیین گروه‌های جمعیتی که کمترین استفاده از این خدمات را دارند، به نحو مؤثر مداخله شود (۱۸). بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی نابرابری‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن انجام گرفت تا بتواند مورد استفاده محققان و علاقه‌مندان عدالت در سلامت واقع شود و با شناساندن عوامل مؤثر بر نابرابری‌های سلامت، مدیران و دست‌اندرکاران حیطه سلامت را برای انجام مداخلات مؤثر یاری نماید.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک بررسی مروری می باشد که با جستجو در پایگاه های داده ای Scopus, Pubmed, Proquest و موتور جست و جوی Google Scholar با استفاده از کلید واژه های Inequity in Health, Inequality in Health Health و کلیدواژه های فارسی نابرابری، عدالت در سلامت، نابرابری در سلامت، نابرابری سلامت در پایگاه های داده ای SID, Iran doc در بازه زمانی ۲۰۰۰-۲۰۱۴ انجام گرفت. انتخاب کلیدواژه ها با استفاده از نظر متخصصین و مطالعات مشابه انجام گرفت. حاصل این جست و جو ۷۴۶ مقاله بود که با توجه به معیار های ورود و خروج مطالعه و مرتبط ترین مقالات در این مطالعه انتخاب و وارد نرم افزار End Note شدند. معیار ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن مقالات، بررسی نابرابری ها در سلامت و اشاره به عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت بود. به دلیل این که بیشتر مقالات کار شده در حیطه نابرابری های سلامت بیشتر از نوع مقطعی بودند، بنابراین اولویت انتخاب با مقالات و مطالعات توصیفی و مقطعی بود. در مرحله اول، عناوین تمامی مقالات مورد بررسی قرار گرفت و ۵۵۰ مقاله به دلیل عناوین غیر مرتبط با هدف پژوهش و ۶۸ مقاله به دلیل تکراری بودن، از بررسی خارج شدند. در مرحله دوم نیز ۷۱ مطالعه به علت عدم اشاره به عوامل مؤثر بر نابرابری های سلامت از مطالعه خارج شدند. ۵۱ مقاله باقی مانده از نظر نوع مطالعه (مروری) بررسی شدند. در نهایت ۱۶ مقاله مرتبط با هدف مطالعه شناسایی و انتخاب شدند. شانزده مطالعه انتخاب شده مورد مطالعه و بررسی دقیق قرار گرفتند و عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت از آن ها استخراج گردید. عواملی که بیشترین تکرار را در انواع مقالات داشتند، به عنوان عوامل اصلی مؤثر بر نابرابری های سلامت انتخاب شدند.

یافته ها

از میان ۱۶ مقاله انتخاب شده ۱۲ مقاله در کشورهای خارجی و ۴ مقاله دیگر در ایران انجام شده است. اکثریت مطالعات انتخاب شده به صورت مقطعی انجام شده و بیشتر

مطالعات انجام شده در کشورهای خارجی مربوط به کشور آمریکا بود (جدول ۱).

عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت شناسایی شده در مطالعات منتخب عبارت بودند از: ۱- عوامل اقتصادی و درآمدی ۲- عوامل سیاسی و سیاست های اجتماعی و عمومی ۳- عوامل فرهنگی و ارزش های اجتماعی ۴- عوامل اجتماعی و جمعیتی ۵- عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی. البته عوامل دیگر مثل عوامل حاکمیتی، بین المللی، انسجام اجتماعی، حوادث و حتی خود نظام سلامت نیز در نابرابری های سلامت دخیل بوده ولی بیشتر به عنوان زیر گروه هایی از عوامل پنج گانه ذکر شده مربوط بودند و عوامل پنج گانه ذکر شده جزو مهم ترین عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت در مطالعات اکثریت نویسندگان اشاره شده بود.

بیشتر مقالات انتخاب شده در روش کار خود بیشتر بر روی بررسی عوامل تأثیر گذار بر نابرابری سلامت متمرکز بوده و هدفشان بررسی این عوامل با سلامتی و نابرابری های مؤثر بر آن بود. در مطالعات مؤلفه هایی مثل فرهنگ، اقتصاد، ارزش های اجتماعی، ارزش های رفتاری و مؤلفه های سیاسی مورد بررسی قرار گرفته و در بیشتر مطالعات انتخاب شده این مؤلفه ها با سطح درآمد و اشتغال افراد و جامعه مورد بررسی قرار گرفته و از تأثیر مثبت آن نیز گزارش گردیده است. در نتیجه گیری نهایی بیشتر مقالات مواردی از قبیل عوامل رونشناختی و رفتاری، تبعیض های رفتاری، نابرابری در درآمد و سرمایه، جرم و جنایت، عدم برخورداری از سرمایه و مؤلفه های اجتماعی جزو عوامل مؤثر بر روی نابرابری ها اشاره گردیده است. همچنین به وجود شهر سالم به داشتن جامعه سالم در برخی مقالات اشاره گردیده است. در کل در مقالات منتخب عوامل اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و رفتاری و روانی جزو بیشترین موارد مؤثر بر نابرابری های سلامت آورده شده بودند.

جدول ۱. مشخصات مقالات انتخاب شده

مقالات	کشور و سال مطالعه	نوع مطالعه	روش و هدف مطالعه	یافته ها	نتیجه‌گیری نهایی
ویتچن و همکاران (Wittchen) ^(۱۹)	آمریکا؛ ۲۰۱۴	توصیفی	این مطالعه با هدف بررسی تاثیرات علوم روان‌شناختی بر سلامت روانی به روش مرور کلی چارچوب‌های نظری علوم روان‌شناختی پرداخته است.	یافته‌ها حاکی از ارائه یک نمای کلی از چارچوب نظری از علوم روان‌شناختی و چگونگی بهبود پژوهش‌های روان‌شناختی بوده که به درک از سلامت روانی و اختلالات روانی برای تحقیقات زیست‌پزشکی مؤثر می‌باشد.	توجه بیشتر در برنامه ریزی‌های آینده به علوم روان‌شناختی و رفتاری و تأثیر آن‌ها بر سلامت مردم و جامعه.
گیبونس و همکاران (Gibbons et al) ^(۲۰)	آمریکا؛ ۲۰۱۴	توصیفی-مقطعی	این مطالعه با هدف درک بین تبعیض نژادی و وضعیت سلامت فیزیکی بر روی ۶۸۰ نفر از زنان آمریکایی و آفریقایی انجام شده است.	یافته‌ها حاکی از آن بود که تبعیض‌های نژادی به لحاظ درونی و بیرونی بر سلامتی تأثیر گذاشته و مدل معادلات ساختاری در این مطالعه این وضعیت را به شدت افزایش می‌داد.	تبعیض در رفتارهای مربوط به سلامت منجر به کاهش سلامت جسمی می‌شود.
ایبانیز و همکاران (Ibanez et al) ^(۲۱)	اسپانیا؛ ۲۰۱۱	توصیفی-مقطعی	این مطالعه با هدف بررسی رابطه محیط شهری و زندگی شهری با سلامتی مردم در جامعه در بین مردم کشور اسپانیا انجام شده است.	یافته‌ها حاکی از آن است که محیط زیست شهری و زندگی شهری با سلامتی مردم در جامعه در بین مردم کشور اسپانیا انجام شده است.	شهر سالم کمک ویژه‌ای به جامعه سالم و شهروندان سالم می‌کند.
اسکات و همکاران (Scott et al) ^(۲۲)	آمریکا؛ ۲۰۱۱	کیفی	این مطالعه با هدف شناسایی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به صورت کیفی در بین جمعیت روستایی آفریقایی ساکن آمریکا انجام شده است.	یافته‌های مطالعه عوامل بالقوه سلامت را در پنج سطح فردی، محیطی، ساختاری، روبنایی و آموزشی مشخص کرد.	عوامل اجتماعی توانایی تأثیر بر انواع رفتارهای مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را دارند.
ایدرو و همکاران (Idrovo et al) ^(۲۳)	مکزیک؛ ۲۰۱۰	مقطعی	این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سلامت و نابرابری درآمد با تحلیل داده‌های زیست-محیطی ۱۱۰ کشور به روش مقطعی انجام شده است.	نتایج این تحقیق حاکی از تأیید رابطه بین این دو سلامت و نابرابری درآمد متغیر می‌باشد. به عبارت دیگر تأثیری گذاری متغیر اقتصادی مانند درآمد بر نابرابری‌های سلامت در این تحقیق مورد تأیید می‌باشد.	تأثیر نابرابری درآمد و سرمایه اجتماعی بر امید به زندگی در بدو تولد
بیگز و همکاران (Biggs et al) ^(۱۶)	آمریکای لاتین؛ ۲۰۱۰	مقطعی	این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مؤلفه‌هایی مانند سطح درآمد ملی، نابرابری و فقر بر روی سلامت جامعه در بین کشورهای آمریکای لاتین انجام شده است.	نتایج این تحقیق فرضیه تأثیر پذیری سلامت از مؤلفه‌هایی مانند سطح درآمد ملی، نابرابری و فقر بر روی سلامت جامعه مورد تأیید قرار می‌دهد.	تأثیر نابرابری و فقر در ارتباط با سطح درآمد ملی و سلامت
کارلسون و همکاران (Karlsson et al) ^(۲۴)	آلمان؛ ۲۰۰۹	مقطعی	این مطالعه با هدف بررسی نابرابری‌های درآمدی بر روی سلامت افراد میان‌سال ۲۱ کشور جهان با اطلاعات جمع‌آوری شده سال ۲۰۰۶ انجام شده است.	نتایج این مطالعه که در واقع بررسی بین کشوری را مدنظر قرار داده است نشان می‌دهد که نابرابری‌ها درآمدی عاملی مهم در تبیین تفاوت‌های موجود در سلامت جوامع مختلف به شمار می‌آیند.	تفاوت‌های زیادی به لحاظ نابرابری در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین وجود دارد.
بابونس (Babones) ^(۲۵)	آمریکا؛ ۲۰۰۸	مقطعی	این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین نابرابری درآمد و سلامت افراد در بین هیاتی از کشورها در بازه زمانی ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۵ انجام شده است.	نتایج این تحقیق فرض تأثیرگذاری نابرابری درآمد بر سلامت افراد را مورد تأیید قرار می‌دهد.	تأثیر نابرابری درآمد ملی بر روی سلامت جامعه

<p>بر اساس دیدگاه و نظر اکولوژیکی، چارچوب متشکل از سیستم، زیر سیستم ها، مفاهیم، و ویژگی ها، از جمله زمینه، ارائه دهنده فرد، سازمان، خدمات، و مشتری برای ارائه خدمات فرهنگی شایسته در انواع خدمات بهداشت و درمان عمومی است.</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه ها و نظرات درباره تأثیرات خدمات فرهنگی با کیفیت در سلامت عمومی به صورت کیفی انجام شده است.</p>	<p>کیفی آمریکا؛ ۲۰۰۶</p>	<p>تامسون و همکاران (Thompson et al) (۲۶)</p>
<p>در این مطالعه مسائل مربوط به مسائل شغلی و درآمدی و عوامل اجتماعی آن پرداخته شد. مسائل عمده مثل بهداشت شغلی در رابطه با جهانی شدن، کار کودکان و استخدام به صورت رسمی و غیر رسمی بررسی شد. این بررسی ها نشان از آن داشت که مداخلات در این زمینه ها کارایی خوبی نداشته اند.</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی شرایط استخدامی با عوامل و تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۰۶ در آمریکا انجام شده است.</p>	<p>توصیفی-تحلیلی آمریکا؛ ۲۰۰۶</p>	<p>موری ارسو و همکاران (Moure-Eraso et al) (۲۷)</p>
<p>یافته ها حاکی از آن است که اگر درآمد افراد کاهش یابد یا توزیع درآمدی در سطح جامعه بدتر شود موجب افزایش جرم و جنایت در جامعه میشود و نابرابری های سلامت را نیز افزایش خواهد داد.</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی نابرابری درآمد و تأثیر آن بر روی سلامت جامعه از طریق متغیر وابسته جرم و جنایت انجام شده است.</p>	<p>مقطعی آمریکا؛ ۲۰۰۲</p>	<p>غاجنزلبر و همکاران (Fajnzylber et al) (۲۸)</p>
<p>پرداخت غیر مستقیم برای هزینه های سلامت در خانوارهای فقیر به نسبت افراد ثروتمند بیشتر بوده است به علاوه نابرابری پرداخت از جیب در این کشورها به میزان پوشش بیمه ای مردم در انواع طرح های بیمه ای بستگی دارد.</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی نابرابری در مخارج استفاده از مراقبت های سلامت در هشت کشور در حال توسعه و کشورهای در حال گذار انجام شده است.</p>	<p>مقطعی آمریکا؛ ۲۰۰۰</p>	<p>مکینن و همکاران (Makinen et al) (۲۹)</p>
<p>در این پژوهش ۱۴ درون ماهه و ۵۵ زیر درون ماهه به عنوان عوامل تعیین کننده اجتماعی نابرابری در سلامت تبیین گردید. درون ماهه ها عبارتند از حوادث و تصادفات، جایگاه اقتصادی و اجتماعی، سیاست های کلان اقتصادی، حاکمیت و رهبری، سیاست های اجتماعی، سیاست های عمومی، فرهنگ و ارزش های اجتماعی، حمایت اجتماعی، انسجام و ثروت اجتماعی، حاکمیت دینی، عوامل بین المللی، عوامل رفتاری و بیولوژیکی، عوامل روانی و سیستم سلامت و عوامل اجتماعی و جمعیتی.</p>	<p>این مطالعه با هدف توسعه الگوی مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت به روش کیفی و تحلیل محتوا با مشارکت ۳۳ نفر از خبرگان در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت انجام شده است.</p>	<p>کیفی ایران؛ ۲۰۱۴</p>	<p>زابلی و همکاران (۳۰)</p>
<p>نتایج این تحقیق نشان میدهد که حداقل نابرابریها در سلامت مربوط به سال ۱۳۹۰ و بیشترین آن ها مربوط به سال ۱۳۷۰ و ۱۳۸۶ می باشد. همچنین نتایج حاکی از افزایشی بودن روند نابرابری در کشور است. عدم تمرین سیاست گذاری ها در این زمینه و وجود نابرابری به نفع طبقات پردرآمدتر از جمله دیگر نتایج این مطالعه است</p>	<p>این مطالعه با هدف ارزیابی نابرابری مخارج سلامت خانوارها در ایران در بازه زمانی ۱۳۶۳-۱۳۹۰ انجام شده است.</p>	<p>توصیفی-مقطعی ایران؛ ۲۰۱۳</p>	<p>راغفر و همکاران (۳۱)</p>

<p>سلامت روان در شهر تهران به طور نابرابری توزیع گشته است. عوامل اجتماعی و اقتصادی سهم به سزایی در این توزیع نابرابر دارند. این مسئله لزوم توجه بیشتر به این عوامل در سیاست گذاری‌های سلامت روان را ایجاب می‌کند.</p>	<p>نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که بیشتر نابرابری سلامت روان در تهران ناشی از عوامل اجتماعی است نه عوامل دموگرافیک لذا احتمال تصحیح پذیری و قابل اجتناب بودن آن‌ها زیاد است.</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی نابرابری قابل اجتناب اقتصادی و اجتماعی در حوزه توزیع سلامت در شهر تهران با جامعه آماری ۲۲۱۳۵ نفر از افراد بالای ۱۵ سال در شهر تهران که از طریق نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده بودند انجام شده است.</p>	<p>ایران؛ ۲۰۱۲ پیمایشی</p>	<p>خدمتی مرصع و همکاران^(۳۲)</p>
<p>افزایش یا کاهش برخورداری از هر یک از مؤلفه های سرمایه اجتماعی، به‌عنوان بخشی از سیاست های اجتماعی، می تواند به تغییر در میزان ابتلاء به سرطان بیانجامد.</p>	<p>در این تحقیق بر سرمایه اجتماعی بر دو بعد ساختاری و شناختی تأکید شده است. همچنین در این مطالعه بر سرمایه اجتماعی شخص تأکید شده است.</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی تبیین نابرابری های سلامت و سرمایه اجتماعی غیرمبتلایان و مبتلایان به سرطان مراجعه کننده به انستیتو کانسر در دانشگاه علوم پزشکی تهران با ۱۰۶ نفر نمونه انجام شده.</p>	<p>ایران؛ ۲۰۱۲ توصیفی - تحلیلی</p>	<p>توکل و همکاران^(۳۳)</p>

بحث و نتیجه گیری

ریشه نابرابری در سلامت به نابرابری در وضعیت اجتماعی- اقتصادی و دیگر عناصر تعیین کننده سلامت برمی‌گردد. عبارت عناصر تعیین کننده سلامت شامل همه شرایط زندگی خانوار، شرایط جامعه و محیط کاری همراه با سیاست ها و برنامه های مؤثر بر این شرایط است (۱۱). عوامل اقتصادی و درآمدی یکی از عوامل تأثیرگذار بر نابرابری در سلامت در مطالعات انتخاب شده شناسایی شده که با تأثیر بر بسیاری از عوامل دیگر همچون دسترسی به مراقبت‌های سلامت، تغذیه سالم، آموزش و مسکن نقش خود را ایفا می‌نماید (۱۶-۲۳ و ۲۵-۲۷ و ۲۹ و ۳۱). عوامل سیاسی و سیاست های اجتماعی و عمومی از دیگر عوامل مؤثر بر نابرابری در سلامت بود که در مطالعه ایبانیز و همکاران (Ibanez et al) به روشنی به آن اشاره شده بود (۲۱). همچنین عوامل فرهنگی و ارزش های اجتماعی یکی دیگر از عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت بود که در مطالعه تامسون و همکاران (Thompson et al) (۲۶) به آن اشاره شده بود و در واقع فرهنگ و ارزش های اجتماعی از طریق الگوهای رفتاری و متغیرهای تعیین کننده سبک زندگی تأثیرات زیادی بر سلامت یا نابرابری در سلامت دارد. عوامل اجتماعی و جمعیتی یکی دیگر از عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت بود که در مطالعه اسکات و همکاران (Scott et al) (۲۲)، زابلی و همکاران (۳۰) و توکل و همکاران (۳۳) به آن اشاره گردیده و نشانگر آن بوده که مؤلفه‌هایی مثل جنسیت و فرهنگ در سلامت افراد مؤثر بوده است. همچنین

عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی عاملی مؤثر در نابرابری های سلامت اشاره گردیده که مطالعات ویتچن (Wittchen et al) و همکاران (۱۹)، گیسون (Gibbons et al) و همکاران (۲۰) و مطالعه خدمتی مرصع و همکاران (۳۲) به این عامل اشاره شده است. در واقع نابرابری های سلامتی و عوامل مؤثر بر آن یکی از موضوعاتی است که امروزه به شدت مورد توجه است، به این دلیل که ارتقای سلامت در جوامع بیمار، بسیار سخت تر از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (۳۴). در واقع نابرابری در سلامت، نوع خاصی از تفاوت در سلامت است که گروه های اجتماعی آسیب پذیر وضعیت سلامت وخیم تر و مخاطرات سلامت بیشتری را نسبت به گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی مطلوب تر تجربه می‌کنند (۳۵). اکثر عوامل مؤثر و ایجاد کننده نابرابری در سلامت در بخش‌های مختلف اجتماعی پراکنده است. پس لازم است که در سیاست‌گذاری‌ها، رویکرد فرابخشی مدنظر بوده و تأثیرات احتمالی سیاست های آن‌ها بر سلامت، مخصوصاً بر سلامت گروه‌های آسیب پذیر در اجتماع ارزیابی گردد. در واقع برای پرداختن به ریشه ها و عوامل اصلی تهدید کننده سلامت، باید زمینه های بروز نابرابری را شناخت و سپس با مشارکت جامعه برای اصلاح آن‌ها اقدامات جدی به عمل آورد (۳۶). بیشتر عوامل مؤثر در نابرابری های سلامت در مطالعات مورد بررسی به عواملی چون اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و رفتاری و روانی و بیولوژیکی مربوط بودند و در اکثر مطالعات به این عوامل به عنوان عوامل اصلی اشاره و به تأثیر این عوامل بر روی سلامتی افراد و جامعه به خوبی اذعان

مقالاتی که به عوامل مؤثر بر نابرابری پرداخته بودند، اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می شود مقاله با این عنوان و به شکل مروری ساختار یافته (مرور نظام مند) برای بررسی تکمیلی تر و با بازه زمانی بیشتر انجام گیرد.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می کنند این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان و اشخاص دیگر ندارد.

تقدیر و تشکر

بر خود لازم می دانیم تا از همه کسانی که با نظرات مفیدشان ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند تشکر و قدردانی نماییم.

شده بود. بنابراین با توجه به اهمیت سلامت در اقبال مختلف جامعه و موضوع نابرابری در سلامت باید رویکرد و توجه به سمت کاهش این نابرابری ها در تمامی سیاست ها و برنامه های توسعه کشور مد نظر قرار گیرد و پیشنهاد می شود تا با ارائه آموزش ها و جمع آوری شواهد علمی، نقش این عوامل در سلامت افراد و جامعه برای مدیران و سیاست گذاران به خوبی روشن و آشکار گردد. برای ارتقای سلامت جامعه باید توجه بیشتری به این عوامل داشت تا با کاهش این عوامل مراقبت های بهداشتی درمانی توسعه پیدا کرده و حرکت به سوی عدالت در سلامت در جامعه شتاب و توسعه بیشتری به خود گیرد.

محدودیت های مطالعه: از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به جستجوی صرفاً مقالات انگلیسی و فارسی زبان، عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات، بررسی صرفاً

References

- Ohkusa Y, Honda C. Horizontal Inequity in Health Care Utilization in Japan. *Health Care Management Science*. 2003; 6: 189-96. PubMed PMID:12943154
- Tonoyan T. Poverty, Inequality and Health: case study of Armenia; Discussion Paper Series. *Volkswirtschaftliches Seminar Beitrag Nr 124/ Issued No 124*. University of Goettingen, Germany; 2005.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science & Medicine*. 1999; 49: 1349-56. PubMed PMID:10509825
- Liu GG, Zhao Z, Cai R, Yamada T, Yamada T. Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China. *Social Science & Medicine*. 2002; 55(10): 1779-94. PubMed PMID:12383462
- Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in the finance of health care: Some international comparisons. *Journal of Health Economics*. 1992; 11: 361-87. PubMed PMID:10124309
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*. 1989; 5: 89-112. doi:10.1093/oxrep/5.1.89
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*. 1991; 10(2): 169-205. PubMed PMID:10113709
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. Horizontal equity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*. 1991; 10(2): 251-6. doi:10.1016/0167-6296(91)90009-C
- Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 1991; 33(5): 545-57. doi:10.1016/0277-9536(91)90212-U
- Norheim O F, Asada Y. The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*. 2009; 18(8): 40. PubMed PMID:19922612
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 254-8. PubMed PMID:12646539
- Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:183. PubMed PMID:18789164
- Ourti TGM. Measuring horizontal inequity in health care using belgian panel data. *Erasmus School of Economics (ESE)*. 2004.
- Doorslaer EV, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ*. 2004; 13: 609-28. PubMed PMID:15259042
- Ping Yu C, Whynes D, Ash S T. Equity In Health Care Financing. The case of Malaysia. *BMC International journal for equity in health*. 2008; 7(15):1-14. PubMed PMID:18541025
- Biggs B, King L, Basu S, Stuckler D. Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Social Science & Medicine*. 2010; 71(2): 266-73. PubMed PMID:20471147

17. The World Bank Group. Republic of Iran health sector review main report 39970, 2007.
18. Zhong H. On decomposing the inequality and inequity change in health care utilization: change in means, or change in the distributions? *Int J Health Care Finance Econ*. 2010; 10: 369-86. PubMed PMID:21046462
19. Wittchen HU, Knappe S, Schumann G. The psychological perspective on mental health and mental disorder research: introduction to the ROAMER work package 5 consensus document. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2014; 23(1): 15-27. PubMed PMID:24375533
20. Gibbons FX, Kingsbury JH, Weng CY, Gerrard M, Cutrona C. et al. Effects of perceived racial discrimination on health status and health behaviour: A differential mediation hypothesis. *Health Psychology*. 2014; 33(1):11-15. PubMed PMID:24417690
21. Ibanez ELI. Municipality, space and the social determinants of health. *Environment and Urbanization*. 2011; 23(1):113-7. doi:10.1177/0956247811398586
22. Scott A, Wilson R. Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: An ecological exploration. *Rural & Remote Health*. 2011; 11(1): 1-12. PubMed PMID:21299335
23. Idrovo AJ, Ruiz-Rodriguez M, Manzano-Patino AP. Beyond the income inequality hypothesis and human health: a worldwide exploration. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(4): 695-02. PubMed PMID:20585742
24. Karlsson M, Nilsson T, Lyttkens CH, Leeson G. Income inequality and health: importance of a cross-country perspective. *Social Science & Medicine*. 2009; 70(6): 875- 85. PubMed PMID:19954871
25. Babones, SJ. Income inequality and population health: Correlation and causality. *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 1614-1626. PubMed PMID:18222588
26. Thompson-Robinson M, Reininger B, Sellers DB, Saunders R, Davis K, Ureda J. Conceptual framework for the provision of culturally competent services in public health settings. *Journal of Cultural Diversity*. 2006; 13(2):97-104. PubMed PMID:16856697
27. Moure-Eraso R, Flum M, Lahiri S, Tilly C, Massawe E. A review of employment conditions as social determinants of health part II: The workplace. *New Solutions: A Journal of Environmental & Occupational Health Policy*. 2006;16(4):429-48. PubMed PMID:17317640
28. Fajnzylber P, Lederman D, Loazan. Inequity and violent crime. *Journal of law and economics*. 2002;45(1):1-39. doi: 10.1086/338347
29. Makinen M, Waters H, Rauch M. Inequalities in health care use and expenditure: Empirical data from eight developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000; 78:55-65. PubMed PMID:10686733
30. Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H. Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study. *Journal of Health Promotion Management*. 2014; 3(4): 74-88. [Persian]
31. Raghfar H, Gholami S (2013). Health spending inequality households in Iran. *Hakim Research Journal*. 2013; 16(4): 302-316. [Persian]
32. Khedmati morseh A, Asadi lari M, Setareh forozan A, Mir Rahimi M, Nabavi H (2012). Economic inequality in the distribution of mental health approach in the city of Tehran: standardization cumulative index. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 4(3):311-320. [Persian]
33. Tavakol M, Naseri rad M (2012). State of health and social inequalities capital and non - sufferers to cancer sufferers Tehran University of Medical Sciences Institute. *JOURNAL OF School paramedical, Tehran University of Medical Sciences*. 2012; 6(1): 10-21. [Persian]
34. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*. 2009; 43(3): 229-37. PubMed PMID:19250349
35. Pickering J. Is wellbeing local or global? A perspective from ecopsychology, wellbeing: Individual, community and social perspectives, Basingstoke, Palgrave Macmillan. 2007: 149-162.
36. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27(2): 167-94. PubMed PMID:16533114