

متغیرهای اصلی اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوارها: مرور نظام‌مند

محمد مسکر پورامیری^۱، سید مرتضی حسینی شکوه^{۱،۲}

۱- استادیار اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

۲- استادیار اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه و اهداف: عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت شامل طیف گسترده‌ای از متغیرها می‌شود که دسته‌بندی ثابت و مشخصی از آن در مطالعه‌ها دیده نمی‌شود. هدف از این مطالعه، شناسایی و دسته‌بندی متغیرهای اصلی اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوارها بود.

روش کار: این مطالعه از نوع کاربردی است که با رویکرد کمی و به روش مرور نظام‌مند در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جست‌وجو و شناسایی متغیرهای اصلی اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار با مرور نظام‌مند مطالعه‌ها و استفاده از راهنمای پریسما در پایگاه‌های معتبر علمی بین‌المللی و ملی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمرکز بر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح خانوار، ارائه مدل مشخص برای تأثیرگذاری متغیرهای اقتصادی-اجتماعی بر سلامت، انتشار به زبان انگلیسی یا فارسی و دسترسی به متن کامل مطالعه بود. ارزیابی کیفی مطالعه‌ها و همچنین تطابق آن‌ها با معیارهای ورود و خروج توسط مرور هم‌تا انجام شد. تمامی متغیرهای اقتصادی-اجتماعی با استفاده از فرم پژوهشگر ساخته از مطالعه‌ها استخراج و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 2018 دسته‌بندی و به شیوه نقلی سنتز شدند.

یافته‌ها: ۲۱ مدل مفهومی برای تأثیرگذاری عوامل اقتصادی-اجتماعی بر سلامت خانوار شناسایی شد. تمامی مدل‌ها توسط پژوهشگران و سازمان‌های بین‌المللی ارائه شده بودند و هیچ مدل بومی در زمینه عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار به زبان فارسی مشاهده نشده بود. تحلیل محتوای مطالعه‌ها نشان داد سه متغیر اصلی آموزش، درآمد و اشتغال در تمام مدل‌ها (۱۰۰ درصد) به عنوان عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت به کار رفته بودند. پس از آن به ترتیب رفتارهای بهداشتی خانوار (۰/۸۱)، سن (۰/۷۱)، حمایت خانوادگی (۰/۷۱)، سرانه مساحت مسکن (۰/۶۷)، محل اقامت (۰/۶۷)، سرمایه اجتماعی (۰/۶۲) و جنس (۰/۵۷) پرکاربردترین متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار بودند.

نتیجه‌گیری: علاوه بر متغیرهای کلیدی اقتصادی-اجتماعی (آموزش، درآمد و اشتغال)، متغیرهای زمینه‌ای دیگری مانند رفتارهای بهداشتی خانوار، حمایت خانوادگی، سرانه مساحت مسکن و سرمایه اجتماعی باید به‌منظور انجام مداخله‌های سیاستی مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مدل بومی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت متناسب با شرایط اقتصادی-اجتماعی خانوارهای ایرانی طراحی شود.

تاریخ دریافت

۱۴۰۱/۱/۱۴

تاریخ پذیرش

۱۴۰۱/۰۶/۲۳

نویسنده رابط

سید مرتضی حسینی شکوه

ایمیل نویسنده رابط

hosainysh.morteza@bmsu.ac.ir

نشانی نویسنده رابط

تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان

شیخ بهایی جنوبی، کوچه نصرتی، دانشگاه

علوم پزشکی بقیه... (عج).

تلفن: ۰۲۱۸۷۵۵۴۴۷۶

واژگان کلیدی

متغیرهای اقتصادی-اجتماعی،

سلامت، خانوار، مرور نظام‌مند

مقدمه

نابرابری در حوزه سلامت کشورها هستند (۲). با تأکید ویژه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر سنجش نابرابری‌های سلامت و شناخت سبب‌های اقتصادی-اجتماعی آن در کشورهای با سطح درآمد متوسط و پایین و با توجه به اندک مطالعه‌های انجام شده در این کشورها، پرداختن به سلامت خانوارها و درک، شناخت و تحلیل مناسب تعیین‌کننده‌های اقتصادی-اجتماعی آن از اهمیت

امروزه سلامت به‌عنوان حق اساسی افراد شناخته شده و تعیین شرایط اقتصادی-اجتماعی که منشأ ایجاد بیماری هستند، نقش و تأثیر شایانی در ارتقای سلامت افراد ایفا می‌کند (۱). سهم زیادی از مشکلات سلامت به شرایط اقتصادی-اجتماعی بازمی‌گردد و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت واضح‌ترین علت

بالایی برخوردار است (۳، ۴).

از منظر سازمان جهانی بهداشت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اشاره به مجموعه شرایطی دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند و نابرابری در این موارد، موجب نابرابری در سلامت افراد می‌شود (۵). با این وجود شرایط مورد نظر در این تعریف شامل طیف گسترده‌ای از متغیرها می‌شود که دسته‌بندی ثابت و مشخصی از آن‌ها در مطالعه‌ها ارائه نشده است. براساس مرور ادبیات موجود، در بررسی‌های اپیدمیولوژی اجتماعی و اقتصاد سلامت نمود عینی شرایط اقتصادی- اجتماعی به‌صورت سنتی و کلاسیک براساس سه شاخص عمده درآمد، آموزش و شغل تعریف شده است (۶)، اما در مطالعه‌های صورت گرفته در این زمینه علاوه بر سه شاخص عمده اقتصادی- اجتماعی و با توجه به اثرات مستقیم و غیرمستقیم شاخص‌های پیشگفت، متغیرهای متعدد دیگری نظیر وضع مسکن (۹-۷)، مصرف دخانیات (۷، ۱۰، ۱۱)، شاخص توده بدنی (۴، ۵، ۷، ۱۲)، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی (۱۳)، قومیت (۱۴، ۱۵)، پوشش بیمه‌ای (۱۶)، منطقه محل سکونت (۷)، مذهب (۷، ۱۱، ۱۷)، فعالیت بدنی (۱۱) و سرمایه اجتماعی (۱۸) مورد تأکید و سنجش قرار گرفته‌اند. از آن‌جا که درک درستی از عوامل زمینه‌ساز سلامت مستلزم شناخت متغیرهای اصلی آن و نیز مکانیسم اثر مستقیم و غیر مستقیم این علت‌ها بر یکدیگر است، در این مطالعه با انجام مرور نظام‌مند مطالعه‌ها به شناسایی و دسته‌بندی مهمترین عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار پرداخته شده است.

امروزه مفهوم سلامت ابعاد گسترده‌ای یافته است که بسیاری از ابعاد زندگی انسان با محیط پیرامون (عوامل زیست‌محیطی، کالبدی، اقتصادی و اجتماعی) را در برمی‌گیرد و تنها در نداشتن بیماری و در حوزه سلامت فردی خلاصه نمی‌شود (۱۹). بیان عوامل مؤثر بر سلامت که به دو صورت مدل‌های سطح فردی (خرد) و سطح کلان و ملی صورت می‌گیرد، در واقع نشان دهنده عوامل تعیین‌کننده سطح سلامت و نیز میزان تأثیر هر کدام از این عوامل بر سطح سلامت هستند. سلامت در سطح کلان و کشوری و با توجه به شاخص‌هایی مانند میزان مرگ‌ومیر نوزادان، میزان مرگ‌ومیر مادران، میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال و امید به زندگی از بدو تولد قرار می‌گیرند و در این بین وضع سلامت فردی و خانوارها به‌صورت خرد و در مقیاس خانوارها و افراد کمتر مورد توجه بوده است (۲۰). بر این اساس تمرکز این مطالعه بر عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح فرد و خانوار بود.

در خصوص عوامل تعیین‌کننده سلامت، متغیرهای بسیار متفاوت و متنوعی در مطالعه‌ها برای توصیف تأثیر شرایط اقتصادی- اجتماعی بر سلامت ارائه شده است که دسته‌بندی ثابت و مشخصی ندارد (۲۱). با توجه به اهمیت موضوع و تأکید ویژه سازمان جهانی بهداشت بر تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت، این مطالعه با انجام یک مرور نظام‌مند مهمترین متغیرهای اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوارها را شناسایی و دسته‌بندی نموده است. امید است یافته‌های این مطالعه بتواند به ایجاد همگرایی در ارائه شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت و ارائه یک الگوی مفهومی واحد در این زمینه کمک مؤثری نماید.

روش کار

این مطالعه از نوع مرور نظام‌مند بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. برای شناسایی متغیرهای اصلی اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوارها از مرور نظام‌مند مطالعه‌ها استفاده شد. اجرای مرور نظام‌مند بر اساس دستورالعمل استاندارد پریسما^۱ (۲۲) انجام شد. جست‌وجوی نظام‌مند مطالعه‌ها به مدت ۲ ماه (اردیبهشت و خرداد) و با استفاده از دو دسته پایگاه‌های اطلاعاتی زیر انجام شد.

الف) پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر بین‌المللی شامل:

PubMed, Scopus, Elsevier, Ovid, Google Scholar, Springer, ProQuest, WHO, Word Bank.

ب) پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی شامل:

Iranmedex, Magiran, Medlib, SID, Irandoc

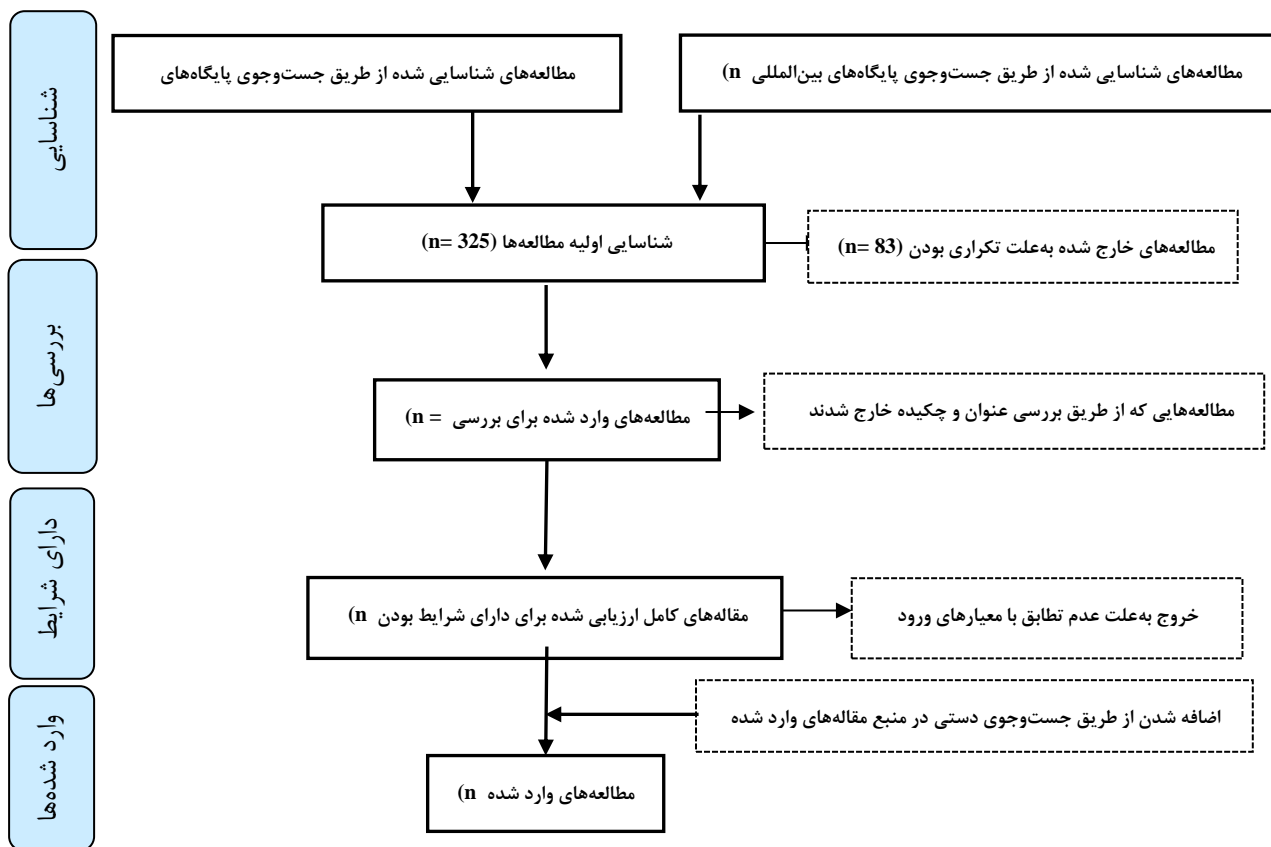
تمامی مطالعه‌هایی که در قالب مقاله، گزارش و گزارش کار^۲ روی تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت تا پایان سال ۲۰۱۸ میلادی منتشر شده بودند؛ مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمرکز بر متغیرهای اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح خانوار، ارائه مدل مشخص برای تأثیرگذاری متغیرهای اقتصادی- اجتماعی بر سلامت، انتشار به زبان انگلیسی یا فارسی و دسترسی به متن کامل مطالعه بود. بر این اساس مطالعه‌هایی بدون ارائه مدل مفهومی مشخص و به‌صورت پراکنده، به بررسی تأثیر یک یا چند متغیر اقتصادی- اجتماعی بر سلامت پرداخته بودند؛ از مطالعه خارج شدند. همچنین مطالعه‌هایی که متن کامل آن‌ها در دسترس نبود یا به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و فارسی منتشر شده بودند؛ از مطالعه خارج شدند. برای جست‌وجو پایگاه‌های بین‌المللی از

۳ مرحله و به‌ترتیب بر اساس عنوان، چکیده و متن کامل اسناد صورت گرفت. فرایند بررسی مطالعه‌ها مربوط به تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت خانوار در نمودار شماره (۱) ارائه شده است. نتیجه جست‌وجوی اولیه پایگاه‌های داخلی و بین‌المللی شامل ۳۱۸ مطالعه در قالب مقاله و گزارش بود. در بازبینی صورت گرفته در گام‌های بعدی به‌ترتیب، ۸۳ مقاله به‌علت تکراری بودن، ۲۲۲ مقاله به علت عدم تطابق با معیارهای ورود از مطالعه خارج شدند و یک مقاله نیز از راه جست‌وجوی دستی در منبع مقاله‌ها وارد شده شناسایی و اضافه شد. سرانجام ۲۱ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. برای استخراج متغیرهای اقتصادی- اجتماعی از مقاله‌ها یک فرم پژوهشگرساخته به شکل جدول‌های اکسل تهیه و متغیرها به شیوه روایی^۲ از مطالعه‌های مربوط استخراج شدند و فراوانی هر یک مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت متغیرهای اقتصادی- اجتماعی به شیوه کیفی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 2018 کدگذاری و سپس دسته‌بندی شدند.

کلیدواژه‌های زیر که با استفاده از سرعنوانین موضوعی پزشکی^۱ در PubMed به‌دست آمده بود و معادل‌های فارسی آن برای جست‌وجو در پایگاه‌های داخلی استفاده شد.

"Socioeconomic determinants/Socioeconomic variables/Socioeconomic status/Socioeconomic factors/Socioeconomic position/Socioeconomic characteristics/Socioeconomic stratification/Social determinants/Social class/Social condition/Social stratification" AND "conceptual framework/conceptual models/conceptual pattern/framework" AND "Household health/Individual health/Health/Wellbeing"

ارزیابی کیفی مطالعه‌ها و همچنین تطابق آن‌ها با معیارهای ورود و خروج مطالعه توسط یکی از پژوهشگران انجام و توسط پژوهشگر دیگر مورد بازبینی قرار گرفت. غربالگری مطالعه‌ها در



نمودار شماره ۱- فرایند بررسی مطالعه‌های مربوط به تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت خانوار

(۱) ارایه شده است که ۷ مدل مربوط به سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۰ و ۱۰ مدل مربوط به سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۰ بودند. همچنین در سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۱۷ نیز ۴ مدل منتشر شده بود.

یافته‌ها

با مرور نظامند مطالعه‌ها ۲۱ مدل مفهومی برای تأثیرگذاری عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار شناسایی شد. نام مدل‌ها، تمرکز محتوایی هر مدل و سال انتشار آن در جدول شماره

جدول شماره ۱- مدل‌های مفهومی عوامل اجتماعی سلامت استخراج شده از بررسی متون

شماره	نام مدل	نویسنده	سال	تمرکز اصلی مدل	منبع
۱	مدل مفهومی مؤسسه سلامت و رفاه استرالیا	Australian Institute of Health and Welfare	۲۰۱۴	ارائه مدلی اختصاصی از عوامل مؤثر بر سلامت که به ۴ گروه عمده تقسیم شده و برای اثرگذاری آن‌ها از عوامل زمینه‌ای مثل مسائل فرهنگی و ثروت به عوامل اثرگذار فوری مثل فشار خون است و این عوامل عبارت‌اند از: ۱. ویژگی‌های گسترده جامعه (broad features of society) و عوامل محیطی (Environmental factors) ۲. ویژگی‌های اقتصادی- اجتماعی (Socioeconomic characteristics)، و آگاهی، نگرش و اعتقادات بهداشتی ۳. رفتارهای بهداشتی (Health behavior) و عوامل روان‌شناختی و ایمنی (Psychological and safety factors) ۴. عوامل زیست‌شناختی	(۲۳)
۲	مدل رده‌بندی سلامت شهرستان	Senterfitt et al	۲۰۱۳	ارائه مدلی اختصاصی برای شناخت عوامل مؤثر بر سلامت و سهم هر کدام از آن‌ها در شهر لس‌آنجلس با تأکید بر نقش عوامل اقتصادی و اجتماعی (social and economic factors) با ۵ شاخص آموزش، اشتغال، درآمد، حمایت خانوادگی و اجتماعی و ایمنی جامعه	(۲۴)
۳	مدل نوپدید ناپس	Kelly et al	۲۰۰۹	توضیح و تبیین مسیر و سازوکارهای علیتی سلامت و بیماری در فرد و جامعه با تأکید بر شناخت تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سلامت در کنار عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی	(۲۵)
۴	مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت	World Health Organization	۲۰۱۰ ۲۰۰۵	ارائه مدل مفهومی با تأکید بر شناخت ۲ دسته از عوامل در بحث تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: الف- تعیین‌کننده‌های ساختاری (Structural determinants): • زمینه سیاسی و اقتصادی- اجتماعی (Socioeconomic and Political Context) • موقعیت اقتصادی- اجتماعی (Socioeconomic Position) ب- تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای (Intermediary Determinants) در این مدل به منظور ارتباط بین تعیین‌کننده‌های ساختاری و واسطه‌ای از اصطلاحات همبستگی اجتماعی و سرمایه اجتماعی استفاده شده و از آن‌ها به عنوان تعیین‌کننده میان‌بر (Crosscutting determinant) یاد شده است.	(۲۶، ۲۷)
۵	مدل هاملتون و همکاران	Hambleton et al	۲۰۰۵	مولفه‌های پیشگویی‌کننده وضعیت سلامت با رویکردی فازبندی شده از مراحل زندگی، شاخص‌های پیشگویی‌کننده خود گزارش دهنده سلامت را به ۴ گروه مشخص زیر تقسیم شده است: ۱- شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی تاریخی یا پیشین (historical SEIs) ۲- شاخص‌های مربوط به عوامل خطر سبک زندگی (lifestyle risk factors) ۳- شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی کنونی یا جاری (current SEIs) ۴- شاخص‌های مربوط به بیماری‌ها (disease indicators)	(۲۸)

شماره	نام مدل	نویسنده	سال	تمرکز اصلی مدل	منبع
۶	مدل مفهومی عوامل اجتماعی سلامت آلبرتا	Alberta Health and Wellness	۲۰۰۴	ارائه مدل اختصاصی به منظور اتخاذ چهارچوبی همراه با تغییر اساسی از رویکرد نظام مراقبت بهداشتی بیمار محور (illness based health care system) که با ویژگی تأکید بر مراقبت حاد (acute care) شناخته شده است به نظامی با رویکردی سلامت محور (wellness-based system) که تمرکز اصلی آن بر پیشگیری از بیماری‌های مزمن با توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است.	(۲۹)
۷	مدل مسیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت گراهام و کلی	Graham H, Kelly MP	۲۰۰۴	تاکید بر شناخت و مسیر تأثیر عوامل اجتماعی سلامت و سبب‌های ریشه‌ای مؤثر بر سلامت را به صورت طیفی از عوامل تعیین‌کننده زیر توصیف می‌نمایند: ۱- ساختار اجتماعی (Social structure) ۲- موقعیت اجتماعی فرد (Individual's social position) ۳- عوامل میانجی (Intermediary factors) ۴- پیامدهای سلامت (Health outcomes)	(۳۰)
۸	مدل پروگرس پلاس	Evans and Brown	۲۰۰۳	اشاره به حرف نخست ۱۰ عامل مهم در ایجاد اختلافات و نابرابری‌های سلامت شامل محل سکونت (Place of residence)، نژاد/ قومیت (Race/ethnicity)، شغل (Occupation)، جنس (Gender/sex)، مذهب (Religion)، آموزش (Education)، وضعیت اقتصادی- اجتماعی (Socioeconomic status)، شبکه‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی (social networks and capital) و سایر عوامل (Plus) (مانند سن، ناتوانی و ...)	(۳۱)
۹	مدل سلامت عمومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	Ansari et al	۲۰۰۳	تاکید بر شناخت تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت از راه ارتباط متقابل و علیتی ۴ گروه عمده زیر: • تعیین‌کننده‌های اجتماعی (social determinants) • ویژگی‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی (health care system attributes) • رفتارهای القاکننده بیماری (disease inducing behaviors) • پیامدهای سلامت (health outcoms)	(۳۲)
۱۰	مدل مفهومی راهبرد کاهش فقر بانک جهانی	Claeson et al	۲۰۰۲	درک نوین از ماهیت چندبعدی فقر با نگاهی ویژه به نظام سلامت و عوامل مؤثر بر آن از مسیر علیتی ۳ تعیین‌کننده اصلی پیامدهای سلامت: • خانوارها • نظام سلامت • سیاست‌ها و اقدامات دولت	(۳۳)
۱۱	مدل اجتماعی ایجاد بیماری	Finn Diderichsen	۲۰۰۱ ۹۹۳	شناخت علل اجتماعی مؤثر بر نابرابری‌های سلامت و نیز سازوکارها و مداخله‌های سیاسی ممکن برای اثر بر نابرابری‌های موجود	(۳۴)
۱۲	مدل مفهومی تعیین‌کننده‌های پیامدهای بخش سلامت	Claeson et al	۲۰۰۰	تاکید بر مسیر عوامل مؤثر بر پیامدهای سلامت در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و سیاست‌های دولتی در بخش سلامت و سایر بخش‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم. در این مدل عوامل مختلف مؤثر بر پیامدهای سلامت به ۳ قسمت عمده تقسیم شده‌اند که عبارت‌اند از: ۱- خانوارها و جوامع (Household and communities) ۲- نظام سلامت و بخش‌های وابسته به آن (health system and related sectors) ۳- سیاست‌ها و اقدامات بخش عمومی یا دولتی (Public or government policies and actions)	(۳۵)

شماره	نام مدل	نویسنده	سال	تمرکز اصلی مدل	منبع
۱۳	مدل توسعه‌یافته تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	House and Williams	۲۰۰۰	تأکید بر نقش و ارتباط متغیرهای شرایط اقتصادی- اجتماعی (آموزش، شغل، درآمد و ثروت) فرد و والدین بر سلامت و نیز تأکید بر نقش و ارتباط قومیت یا نژاد، سن و جنس بر شکل‌گیری مؤلفه‌های اقتصادی- اجتماعی	(۳۶)
۱۴	مدل مفهومی تارل و مادرز	Turrel and Mathers	۲۰۰۰	ارائه مدلی مفهومی با تأکید بر ۳ سطح برای تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت و روابط بین سطوح: الف) عوامل سطح بالایی یا کلان (Upstream or Macro Level Factors) ب) سطح میانی (Midstream or Intermediate Level Factors) ج) سطح پایینی یا خرد (Downstream or Micro Level Factors)	(۳۷)
۱۵	مدل مفهومی سیبل	Hertzman	۱۹۹۹	شناخت تعیین‌کننده‌های سلامت با تأکید بر رویکرد دوره زندگی و تعیین‌کننده‌های روان‌شناختی و اقتصادی- اجتماعی سلامت (the socioeconomic and psychological determinants of health) در ۳ سطح در هم ادغام شده (aggregation) در جامعه عمل می‌کنند.	(۳۸)
۱۶	مدل تعیین‌کننده‌های اقتصادی و اجتماعی وزارت بهداشت نیوزیلند	Howden-Chapman and Tobias	۱۹۹۹	ارائه مدلی اختصاصی برای شناخت نابرابری‌های اجتماعی موجود با تأکید بر درک ویژگی‌های ساختاری جامعه، اقتصاد و محیط و نقش مهم و برجسته این عوامل در تعیین رفتار افراد و نیز ارتباط متقابل بین آن‌ها	(۳۹)
۱۷	مدل مفهومی شبکه مک آرتور	Adler et al	۱۹۹۹	توجه به چگونگی تأثیرگذاری وضعیت اقتصادی- اجتماعی (SES) بر سلامت از راه سازوکارهای اجتماعی، روان‌شناختی، رفتاری و زیست‌شناختی	(۴۰)
۱۸	مدل برونر و مارموت	Brunner and Marmot	۱۹۹۹	تأکید بر ساختارهای اجتماعی و اثر آن بر سلامت و رفاه فردی از راه ۳ سازوکار به هم پیوسته مادی، اجتماعی- روان‌شناختی و رفتاری با ارائه مفاهیم جدیدی مانند تنش‌های اجتماعی- روان‌شناختی و سرمایه اجتماعی برای توضیح نابرابری‌های سلامت	(۴۱)
۱۹	مدل انتخاب و علیت	Mackenbach et al	۱۹۹۴	توضیح در خصوص نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت با رویکرد مسیر زندگی با دو سازوکار انتخاب و علیت	(۴۲)
۲۰	مدل رنگین‌کمان	Dahlgren and Whitehead	۱۹۹۳	شناخت و درک عوامل مؤثر بر سلامت یا تعیین‌کننده‌های سلامت مستلزم توجه به ۵ عامل یا لایه مختلف و تعاملات میان آن‌ها است: ۱- لایه مرکزی: ویژگی‌های فردی؛ ۲- لایه دوم: عوامل سبک زندگی فردی؛ ۳- لایه سوم: عوامل مربوط به تعامل افراد با همسالان و شبکه‌های اجتماعی؛ ۴- لایه چهارم: عوامل مربوط به شرایط محیط زندگی و کاری؛ و ۵- لایه پنجم: عوامل اقتصادی- اجتماعی، فرهنگی و شرایط محیطی	(۴۳)
۲۱	مدل مفهومی ویلیامز	Williams	۱۹۹۰	تشریح ارتباط بین شرایط اقتصادی- اجتماعی، عوامل روانی- اجتماعی و مراقبت‌های پزشکی با پیامدهای سلامت با تأکید بر وضعیت اقتصادی- اجتماعی به عنوان مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های پیامد سلامت	(۴۴)

(۱۹۹۰) با معرفی ۵ متغیر اقتصادی- اجتماعی، ساده‌ترین مدل بود. مرور مدل‌های مفهومی استخراج شده نشان داد متغیرهای متعددی به عنوان شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت در سطح خرد (خانوار) به‌عنوان عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار مد نظر قرار گرفته است. تمامی این متغیرها (۱۹) متغیر) و درصد تکرار آن در مدل‌ها در جدول شماره (۲) ارائه شده است. یافته‌های جدول (۲) نشان داد ۳ متغیر تحصیلات/آموزش، درآمد و اشتغال در تمام مدل‌ها (۱۰۰٪) به‌عنوان عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت به‌کار رفته بودند. پس از آن به‌ترتیب رفتارهای بهداشتی خانوار (۸۱٪)، سن (۷۱٪)، حمایت خانوادگی (۷۱٪)، سرانه مساحت مسکن (۶۷٪)، محل اقامت (۶۷٪)، سرمایه اجتماعی (۶۲٪) و جنس (۵۷٪) به‌ترتیب پرکاربردترین متغیرهای اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار بودند.

تمامی مدل‌ها توسط پژوهشگران خارجی، نهادهای و سازمان‌های بین‌المللی ارائه شده بود و هیچ مدل بومی ایرانی در زمینه عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار توسط پژوهشگران یا سازمان‌ها به زبان فارسی یا انگلیسی ارائه نشده بود. با گذشت زمان، مدل‌ها مفاهیم گسترده‌تری را برای شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار مطرح می‌کردند. مدل‌های اولیه روی متغیرهای دموگرافیک خانوار و محیط پیرامون آن متمرکز بودند؛ در حالی که مدل‌های پس از سال ۲۰۰۰ علاوه بر متغیرهای دموگرافیک، طیف گسترده‌تری از متغیرهای اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی را مورد بررسی قرار داده بودند. از نظر تعداد و تنوع متغیرها، گسترده‌ترین مدل‌ها به‌ترتیب شامل مدل مفهومی راهبرد کاهش فقر بانک جهانی (۲۰۰۲)، مدل سلامت عمومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (۲۰۰۳)، مدل پروگرس پلاس (۲۰۰۳) و مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰) بودند. همچنین مدل مفهومی ویلیامز

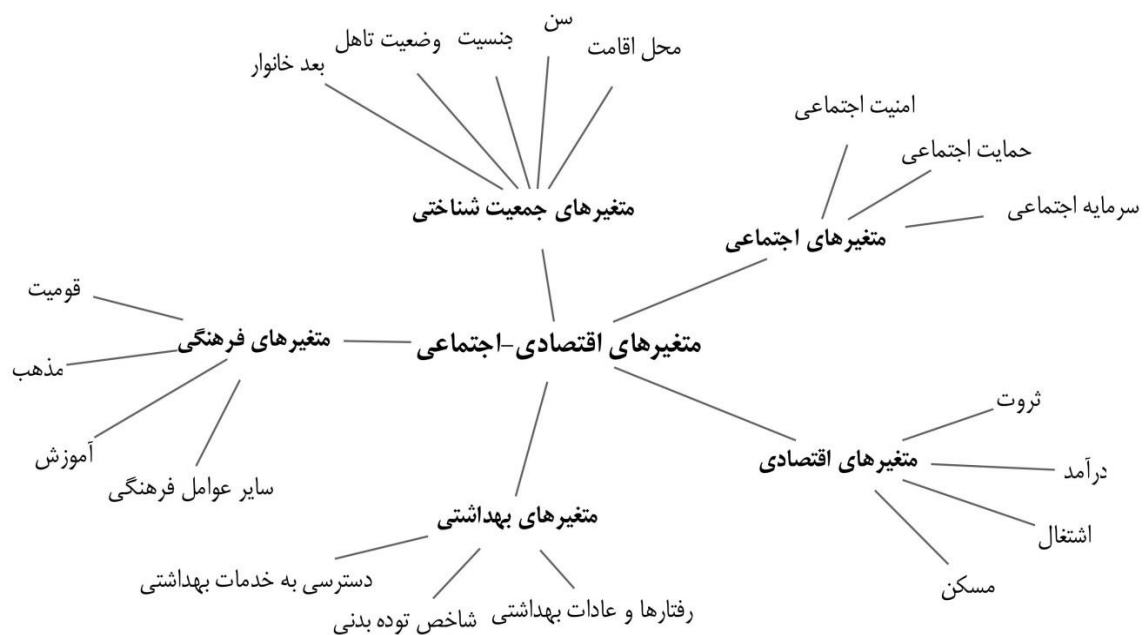
جدول شماره ۲- متغیرهای اقتصادی- اجتماعی سلامت در مدل‌های مفهومی مورد مطالعه

درصد فراوانی استفاده از شاخص (%)	فراوانی متغیرها از نظر استفاده در مدل‌ها	مدل مفهومی ویلیامز	مدل رنگین کمان	مدل آنتنخاب و علیت	مدل پروتر و مارموت	مدل مفهومی شبکه مک آر نور	مدل تعیین‌کننده‌های اقتصادی و اجتماعی وزارت بهداشت نیوزیلند	مدل مفهومی سبیل	مدل مفهومی تارل و مادرز	مدل توسعه‌یافته تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	مدل مفهومی تعیین‌کننده‌های پیامدهای سلامت	مدل اجتماعی ایجاد بیماری	مدل مفهومی راهبرد کاهش فقر بانک جهانی	مدل سلامت عمومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	مدل پروگرس پلاس	مدل مسیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت گراهام و کلی	مدل مفهومی عوامل اجتماعی سلامت آبرتا	مدل هاملتون و همکاران	مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت	مدل نوپدید ناپس	مدل ره‌بندی سلامت شهرستان	مدل مفهومی مؤسسه سلامت و رفاه استرالیا		
۱۰	۲۱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	درآمد	۱
۱۰	۲۱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	آموزش / تحصیلات	۲
۱۰	۲۱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	شغل / اشتغال	۳
۸۱	۱۷	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	رفتار بهداشتی	۴
۷۱	۱۵	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	سن (مسیر زندگی)	۵
۷۱	۱۵	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	حمایت خانوادگی و اجتماعی	۶
۶۷	۱۴	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	مسکن / مساحت سرانه	۷
۶۷	۱۴	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	محل اقامت (منطقه / شهری یا روستایی)	۸

۶۲	۱۳	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	۹ سرمایه و اعتماد اجتماعی					
۵۷	۱۲	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	۱۰ جنس					
۴۸	۱۰			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	۱۱ دسترسی به خدمات بهداشتی					
۳۸	۸	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	۱۲ قومیت/ نژاد					
۳۸	۸				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	۱۳ ثروت و دارایی					
۲۴	۵		✓	✓	✓				✓								✓	۱۴ امنیت خانوادگی و اجتماعی					
۱۹	۴								✓	✓	✓						✓	۱۵ مذهب					
۱۴	۳				✓				✓								✓	۱۶ شاخص توده بدنی (BMI)					
۱۴	۳		✓						✓								✓	۱۷ عوامل فرهنگی					
۵	۱																✓	۱۸ وضعیت تأهل					
۵	۱																✓	۱۹ بعد خانوار					
-	-	۵	۱۰	۸	۱۰	۸	۱۲	۷	۸	۷	۸	۹	۱۶	۱۴	۱۳	۱۱	۱۱	۱۱	۱۳	۷	۸	۱۰	جمع متغیرهای هر مدل

متغیرهای بهداشتی و متغیرهای فرهنگی دسته‌بندی شدند. هر یک از دسته‌های اصلی و متغیرهای اقتصادی-اجتماعی زیر مجموعه آن در نمودار شماره (۲) ارائه شده است.

با نظر اعضای تیم پژوهش متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار در ۵ دسته کلی شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی، متغیرهای اجتماعی، متغیرهای اقتصادی،



نمودار شماره ۲- متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار

است که عوامل و عناصر متعدد و متنوعی در تأمین، گسترش یا تخریب آن تأثیر داشته و همه افراد، نظام‌ها و سازمان‌ها، در ایجاد و دریافت پیامدهای سلامت نقش دارند. همان‌طور که مطالعه‌ها نشان داده است در بین عوامل مؤثر در سلامت، امروزه بیشترین

بحث

براساس مدل‌های مفهومی و شاخص‌های برآورد شده در این مطالعه می‌توان گفت سلامت، موضوعی چند بعدی و پیچیده

شده بودند. شواهد نیز گویای این مطلب است که در بسیاری از کشورها اقدامات اجتماعی برای کاهش نابرابری و عدالت در سلامت در دهه‌های پیش از سال ۱۹۹۰ موفقیت‌آمیز نبوده است؛ بنابراین از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی نگرانی اصلی بسیاری از کشورها و توجه آن‌ها به موضوع عوامل اجتماعی سلامت تمرکز داشته است (۴۹).

همچنین با گذشت زمان، مدل‌ها به جای تمرکز صرف پیرامون متغیرهای دموگرافیک خانوار به طیف گسترده‌تری از متغیرهای اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی پرداخته بودند. از نظر تنوع و گستردگی متغیرها، مدل مفهومی راهبرد کاهش فقر بانک جهانی (۲۰۰۲)، مدل سلامت عمومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (۲۰۰۳)، مدل پروگرس پلاس (۲۰۰۳) و مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰) گسترده‌ترین مدل‌های عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت بودند. مدل‌های یاد شده از نظر ماهیت توجه به موضوع تعیین‌کننده‌های سلامت و همچنین متغیرهای اثرگذار بر سلامت خانوار دارای تفاوت‌هایی هستند. مدل مفهومی راهبرد کاهش فقر بانک جهانی بر درک نوین و گسترده از مفهوم چندبعدی فقر به عنوان محرومیت‌های اقتصادی - اجتماعی اثرگذار بر سلامت و عوامل مؤثر بر آن از مسیر علیتی بر ۳ عامل تعیین‌کننده اصلی پیامدهای سلامت شامل خانوارها، نظام سلامت و سیاست‌ها و اقدامات دولت تأکید می‌نماید (۳۳). در حالی که در مدل سلامت عمومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، تأکید بر شناخت تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت از راه ارتباط متقابل و علیتی ۴ گروه عمده از متغیرها است که شامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی، ویژگی‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی، رفتارهای الفاکنده بیماری و پیامدهای سلامت هستند (۳۲). مدل پروگرس پلاس نیز با تمرکز بر مفهوم نابرابری سلامت، مجموعه‌ای از متغیرهایی را که در ایجاد اختلاف‌ها و نابرابری‌های سلامت مؤثر هستند به عنوان عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت مشخص نموده است. این عوامل شامل محل سکونت، قومیت، شغل، جنس، مذهب، آموزش، سطح اقتصادی - اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، سرمایه اجتماعی و سایر عوامل هستند (۳۱). با این وجود اختصاصی‌ترین مدل در زمینه سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است. سازمان جهانی بهداشت با ارائه یک مدل مفهومی علاوه بر موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانوار بر زمینه‌های سیاسی و اقتصادی - اجتماعی جامعه متمرکز شده است و مجموعه‌ای از متغیرها را به عنوان تعیین‌کننده‌های ساختاری و واسطه‌ای معرفی نموده است. همچنین در این مدل

سهام مربوط به عوامل اقتصادی - اجتماعی است. به همین منظور اساسی‌ترین علت مؤثر بر نابرابری‌های سلامت را تفاوت در شرایط اقتصادی - اجتماعی دانسته و قوی‌ترین و جدی‌ترین عوامل ناخوشی‌ها را تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی محسوب می‌نمایند که در ادبیات موضوع از آن به عنوان «علت‌العلل» نام برده می‌شود (۶). تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت و نابرابری در آن‌ها، بر چگونگی تأثیر این عوامل و چگونگی توزیع آن‌ها بر گستره وسیعی از قابلیت‌ها و ضعف‌های نظام سلامت، رفتارهای مرتبط با سلامت و مدیریت این نظام مؤثر هستند (۲). شاهد این موضوع مطالعه روچا^۱ و همکاران در سال ۲۰۲۱ در برزیل است که نشان داد شاخص آسیب‌پذیری ناشی از نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی بر آمادگی و پاسخ نظام سلامت این کشور در مقابله با همه‌گیری کووید-۱۹ اثری منفی داشته است و میزان مرگ ناشی از همه‌گیری ارتباط مثبت معنی‌داری با آسیب‌پذیری‌های اقتصادی - اجتماعی دارد (۴۵). نتیجه مطالعه دیگری در خصوص ارتباط شرایط اقتصادی - اجتماعی با مرگ‌ومیر کودکان نشان داد شانس مرگ کودکان در خانوارهای با شرایط اقتصادی - اجتماعی پائین ۲/۹۳ برابر کودکان در خانوارهای با شرایط اقتصادی - اجتماعی بالا بوده؛ بنابراین ارتقای شرایط اقتصادی - اجتماعی در کاهش چشمگیر مرگ کودکان بسیار مؤثر است (۴۶). مطالعه مرور نظام‌مند لورد^۲ و همکاران (۴۷) و گرین^۳ و همکاران (۴۸) نیز در خصوص تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ بیان‌گر این نکته است که گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیر شامل اقلیت‌های قومی و افراد با سطح درآمدی پائین به‌طور نامناسبی تحت تأثیر این پاندمی قرار گرفته‌اند و رخداد این همه‌گیری باری دیگر نیاز به اقدام در خصوص نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت را گوشزد نمود. عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت شامل طیف گسترده‌ای از متغیرها می‌شود که دسته‌بندی ثابت و مشخصی از آن در مطالعه‌ها دیده نمی‌شود. شناخت درست از متغیرهای اصلی اقتصادی - اجتماعی می‌تواند به توسعه پژوهش‌های کاربردی در حوزه تعیین‌کننده‌های سلامت مؤثر باشد. هدف از این مطالعه شناسایی و دسته‌بندی متغیرهای اصلی اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوارها بود.

مرور نظام‌مند مطالعات انگلیسی و فارسی زبان نشان داد ۲۱ مدل مفهومی برای تأثیرگذاری عوامل اقتصادی - اجتماعی بر سلامت خانوار ارائه شده است. بر اساس یافته‌های این مطالعه بیشتر مدل‌های ارائه شده برای عوامل اقتصادی - اجتماعی سلامت با رویکرد عمومی و کلی در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۰ ارائه

در کشورهای توسعه‌یافته انجام پذیرفته و بنابراین مدل‌های پیشنهاد شده و نیز شاخص‌های مورد نظر متناسب با وضعیت کشورهای در حال توسعه نبوده و لازم است این کشورها متناسب با شرایط اقتصادی-اجتماعی حاکم بر جامعه خود نسبت به مطالعه، طراحی مدل مفهومی و نیز تعریف شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی معتبر اقدام نمایند. کشور ایران از نظر جمعیت و مساحت، هجدهمین کشور بزرگ دنیا بوده و به دلیل وسعت و پراکندگی قومیتی، اقلیمی، فرهنگی، آب و هوایی، اجتماعی و مذهبی، از تنوع زیادی در متغیرهای اقتصادی-اجتماعی خانوارها برخوردار است که می‌تواند به‌طور بالقوه بر سلامت خانوارها تأثیرگذار باشد (۶۸). اگرچه مطالعه‌های پراکنده‌ای در خصوص تأثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی بر سلامت خانوارهای ایرانی انجام شده است، اما تاکنون شناسایی این عوامل و ارتباط‌های متقابل آن‌ها در قالب رایج یک مدل بومی تعیین‌کننده‌های اقتصادی-اجتماعی سلامت در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است که پیشنهاد می‌شود مطالعه جامعی در این خصوص صورت گیرد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد متغیرهای متعددی به عنوان عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح خرد (خانوار) رایج شده‌اند که همه آن‌ها در ۵ دسته کلی شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی، متغیرهای اجتماعی، متغیرهای اقتصادی، متغیرهای بهداشتی و متغیرهای فرهنگی قابل دسته‌بندی هستند. ۱۹ شاخص در مدل‌های مورد نظر به عنوان متغیرهای شرایط اقتصادی-اجتماعی مورد اشاره قرار گرفته است. هر چند استفاده از شاخص‌های متفاوت اقتصادی-اجتماعی در پژوهش‌های بهداشتی انعکاس بهتری از اختلافات و نابرابری‌های سلامت است (۶۹)، اما در این خصوص بهترین شاخص وجود ندارد (۷۰، ۷۱) که با اهداف تمامی مطالعه‌ها تناسب داشته و در موقعیت‌های زمانی و مکانی مختلف کاربرد داشته باشد (۷۰)، اما به‌طور معمول از ۳ مؤلفه تحصیلات (سطح یا تعداد سال‌های تحصیلی)، درآمد و شغل (اشتغال) در تمام مستندهای علمی و مدل‌های مفهومی به عنوان اصلی‌ترین و عمده‌ترین شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت نام برده شده است (۴۴-۲۳) که در منابع اپیدمیولوژی از این ۳ شاخص به عنوان سنجه‌های سنتی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نیز نام برده شده است. البته در استفاده از این شاخص‌ها باید ملاحظه‌های متناسب خاصی را مد نظر داشت و گاهی برای اعتبار بیشتر یافته‌ها از متغیرهای جایگزین مانند شاخص ثروت (دارایی) یا هزینه‌ها به‌جای شاخصی مانند درآمد استفاده کرد. از طرف دیگر ۷ شاخص رفتارهای بهداشتی خانوار، سن، حمایت خانوادگی، سرانه

به‌منظور ارتباط بین تعیین‌کننده‌های ساختاری و واسطه‌ای از اصطلاحات همبستگی اجتماعی و سرمایه اجتماعی استفاده شده و از آن‌ها به‌عنوان تعیین‌کننده میان‌بر یاد شده است (۲۶). در یک جمع‌بندی می‌توان گفت ۱- مدل مفهومی ویلیامز، از نظر تاریخی یکی از نخستین و قدیمی‌ترین مدل‌های مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بوده که البته با رویکردی عمومی رایج شده است؛ در حالی که جدیدترین مدل مربوط به مدل مفهومی مؤسسه سلامت و رفاه استرالیا است که یک مدل مفهومی اختصاصی است؛ ۲- مدل‌های جدید از حالت عمومی و کلی خارج شده و رویکردی اختصاصی از نظر شرایط مکانی و حتی در مطالعه‌های جدید با تأکید به خدمت یا گروه بیماران (۵۳-۵۰) را مورد تأکید قرار می‌دهند. همان‌طور که این مطالعه نشان داد کشورهای امریکا، کانادا، نیوزیلند و استرالیا دارای مدل اختصاصی و جدیدتری هستند. بنابراین هر کشوری می‌تواند متناسب با وضعیت سلامت، بیماری‌های شایع و متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مرتبط نسبت به شناسایی و طراحی مدل مورد نظر (رویکرد مکانی مدل‌ها) اقدام نماید؛ ۳- این مطالعه نشان داد مدل مفهومی رنگین‌کمان در بسیاری از مقالات و گزارش‌هایی مانند مطالعه کمسیون عوامل اجتماعی سلامت (۵۴)، مکنباخ و همکاران (۵۵)، OECD و WHO (۵۶)، بینویت (۵۷)، برادشو (۵۸)، وایت هد (۵۹)، هیدن (۶۰)، زکسورثی (۶۱)، مایککونن (۶۲)، بمبرا (۶۳)، سیگنال (۶۴)، گراهام (۶۵) و وزارت بهداشت نیوزیلند (۶۶) مورد استناد قرار گرفته است؛ و ۴- می‌توان گفت مدل سازمان جهانی بهداشت در مقایسه با سایر مدل‌ها، دارای رویکرد سیستمی یکپارچه و پویا است. در مدل دارای رویکرد سیستمی یکپارچه و پویا نه تنها به مؤلفه‌های زیست‌شناختی، مسیر علیتی و تعاملی توجه شده است؛ بلکه این مدل شامل ترکیب بسیاری از ویژگی‌های سایر مدل‌های موجود (سطوح چندگانه، عوامل اصلی و میانجی و نیز عواملی مؤثر در زمان‌های مختلف) بوده و به صراحت ارتباط بین عوامل، همبستگی‌های غیرخطی و بازخورد را مد نظر قرار داده است (۶۷). در واقع این مدل با منطق فرایندی و ارتباط دو سویه شرایط اقتصادی-اجتماعی با سلامت همخوانی داشته و در سال‌های اخیر مورد اقبال بسیاری از پژوهشگران کشورهای دنیا از جمله ایران قرار گرفته است.

با این وجود و براساس جست‌وجوی صورت گرفته می‌توان گفت تاکنون مدل بومی در زمینه عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار توسط پژوهشگران یا سازمان‌های داخلی به زبان فارسی یا انگلیسی رایج نشده است. اغلب مطالعه‌های صورت گرفته و شاخص‌های ارائه شده در خصوص نابرابری‌های سلامت

با شرایط اقتصادی - اجتماعی حاکم بر جامعه خود نسبت به مطالعه، طراحی مدل مفهومی و نیز تعریف شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی معتبر اقدام نمایند.

در نهایت باید گفت مطالعه مدل‌ها و شاخص‌های مربوط به وضعیت اقتصادی - اجتماعی مستلزم اتخاذ رویکردهای مختلفی برای کاهش نابرابری‌های سلامت است که با استناد به پیشنهاد مکنباخ باید ۴ حوزه مهم برای اتخاذ مداخله‌های سیاستی ممکن مد نظر داشت که عبارت‌اند از: الف - شناخت درست تعیین‌کننده‌های اصلی اقتصادی - اجتماعی مانند درآمد و آموزش؛ ب - شناخت و در نظر گرفتن عوامل میانجی بین تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی و سلامت مانند شرایط محیطی و رفتارهای بهداشتی؛ ج - در نظر گرفتن سلامت پائین و اثر متقابل آن بر شرایط اقتصادی - اجتماعی یا شناخت مسیر علیت معکوس؛ و د - خدمات درمانی که سلامت و ناتوانی را مورد حمایت قرار می‌دهد (۷۹).

این مطالعه با محدودیت‌هایی مانند عدم امکان دسترسی پژوهشگران به پایگاه اطلاعاتی ISI Web of Science در زمان جست‌وجو با مواجه بود. از سویی نبود چهارچوب لازم برای انجام مقایسه تطبیقی و محاسبه نظام‌مند شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

کاهش یا حذف نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت مستلزم شناخت متغیرها، مکانیسم و مسیر علیتی آن‌ها بوده که با توجه به مدل‌های مفهوم موجود می‌توان به این شناخت رسید، اما لازم است هر کشوری با توجه به شرایط خود نسبت به طراحی مدل مفهومی اختصاصی خود اقدام نماید. استاندارد طلایی در خصوص شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی وجود ندارد؛ بنابراین استفاده و مطالعه مجموعه‌ای از شاخص‌های متعدد با رویکرد مسیر زندگی مفید است. یافته‌های این مطالعه نشان داد علاوه بر متغیرهای کلیدی اقتصادی - اجتماعی (آموزش، درآمد و اشتغال)، متغیرهای زمینه‌ای دیگری مانند رفتارهای بهداشتی خانوار، حمایت خانوادگی، سرانه مساحت و سرمایه اجتماعی باید به منظور انجام مداخله‌های سیاستی مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود متناسب با شرایط اقتصادی - اجتماعی حاکم بر خانوارهای ایرانی نسبت به مطالعه و طراحی مدل مفهومی تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت اقدام شود. این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافعی برای نویسندگان مقاله ندارد.

مساحت مسکن، محل اقامت، سرمایه اجتماعی و جنس به ترتیب پرکاربردترین متغیرهای اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوار بودند که در مدل‌های مفهومی این مطالعه به صراحت به آن‌ها اشاره شده بود.

در مطالعه‌ای صورت گرفته برای توضیح ارتباط بین تحصیلات و سلامت از منظر تجربی ۳ دلیل اصلی ذکر شده است که عبارت‌اند از: الف - سازوکارهای کارایی (۷۲، ۷۳)؛ ب - تنوع و ناهمسانی نامشهود (۷۴، ۷۵)؛ ج - هزینه - فرصت‌های آینده (۴۴، ۷۶). در کنار آموزش، درآمد به عنوان دومین متغیر عمده تعیین‌کننده شرایط اقتصادی - اجتماعی افراد محسوب می‌شود. درآمد به شدت با اشتغال و شرایط کاری ارتباط داشته و انعکاسی از منابع در دسترس در یک زمان مشخص است. به عبارتی درآمد نشان‌دهنده جریان منابع اقتصادی در یک دوره از زمان است (۷۷). افراد با درآمد بالاتر احتمالاً امکان بیشتری برای بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی، تغذیه، مسکن، تفریح و سرگرمی و... خواهند داشت (۵۵). شغل یا وضعیت اشتغال از این نگاه به عنوان یک شاخص اقتصادی - اجتماعی در مطالعه‌ها مورد توجه قرار گرفته است، که نشان‌دهنده جایگاه فرد در ساختار اجتماعی جامعه بوده و بدین ترتیب تبیین‌کننده دسترسی به منابع، مواجهه با خطرهای روان‌شناختی و آسیب‌های فیزیکی است و در نهایت تأثیری که بر سبک زندگی دارد (۷۸).

بر اساس یافته‌های این مطالعه ۳ متغیر اصلی آموزش، درآمد و اشتغال به عنوان متغیرهای کلیدی در تعیین شرایط اقتصادی - اجتماعی افراد محسوب شده و جایگاه افراد را در سلسله مراتب اجتماعی تعیین می‌نمایند (۲، ۳، ۷۸). سایر عوامل اگرچه ممکن است از اهمیت کمتری برخوردار نباشند، اما در کنار متغیرهای کلیدی و با اثرگذاری و اثرپذیری متقابل از آن‌ها در تعیین وضعیت سلامت ایفای نقش می‌نمایند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد علاوه بر متغیرهای کلیدی اقتصادی - اجتماعی (آموزش، درآمد و اشتغال)، متغیرهای زمینه‌ای دیگری چون رفتارهای بهداشتی خانوار، سن، حمایت خانوادگی، سرانه مساحت مسکن، محل اقامت، سرمایه اجتماعی و جنس نیز در مدل‌های مورد اشاره قرار گرفته است که باید در مطالعه‌های مربوط به نابرابری‌های سلامت لحاظ گردیده و یا به منظور انجام مداخله‌های سیاستی مورد توجه سیاستگذاران سلامت قرار بگیرد. نکته لازم به یادآوری این‌که اغلب مطالعه‌های صورت گرفته و شاخص‌های ارایه شده در خصوص نابرابری‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته انجام پذیرفته (۶۹)، بنابراین مدل‌های پیشنهاد شده و نیز شاخص‌های مورد نظر متناسب با وضعیت کشورهای در حال توسعه نبوده و لازم است این کشورها متناسب

References

1. Toebes B. The right to health as a human right in international law. *Refugee Survey Quarterly*, 2001. 20 (3).
2. Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G, et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 2015. 15(1): p. 914.
3. Allen L, Williams J, Townsend N, Mikkelsen B, Roberts N, Foster C, et al. Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 2017. 5(3): p. e277-e289.
4. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low-and lower-middle-income countries. *Journal of Global Health*, 2018. 8(2).
5. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012. 380(9846): 1011-1029.
6. Shokouh SMH, Mohammad A, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health: a narrative review. *Iranian Journal of Public Health*, 2017. 46(4): 435.
7. Howlader M. An analyzing the socio-demographic variables impact on health status of Bangladesh. Available at SSRN 2294871, 2013.
8. Bryant T. The current state of housing in Canada as a social determinant of health. *Policy Options-Montreal*. 2003. 24(3): 52-56.
9. Dunn JR, Hayes MV, Hulchanski JD, Hwang SW, Potvin L. Housing as a socio-economic determinant of health: Findings of a national needs, gaps and opportunities assessment. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 2006: S11-S15.
10. Pevalin DJ, Robson K. Social determinants of health inequalities in Bosnia and Herzegovina. *Public Health*. 2007. 121(8): 588-95.
11. Khang YH, Kim HR. Explaining socioeconomic inequality in mortality among South Koreans: an examination of multiple pathways in a nationally representative longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*, 2005. 34(3): 630-37.
12. Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA. Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002. 53(4): 891-95.
13. Howlader M. An estimation of health production function of Bangladesh. Available at SSRN 2388938, 2014.
14. Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ*. 2004. 328(7447): 1070-72.
15. Braun L. Race, ethnicity, and health: can genetics explain disparities? *Perspectives in Biology and Medicine*, 2002. 45(2): 159-74.
16. Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *JAMA*. 1993. 269(24): 3140-45.
17. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007. 370(9593): 1153-63.
18. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly*, 2001. 79(3): 387-427.
19. Saylor C. The circle of health: a health definition model. *Journal of Holistic Nursing*. 2004. 22(2): 97-115.
20. Tremblay M, Wolfson W, Connor SG. Canadian Health Measures Survey: rationale, background and overview. *Health Reports*, 2007. 18: 7-20.
21. Herd P, Goesling B, House JS. Socioeconomic position and health: the differential effects of education versus income on the onset versus progression of health problems. *Journal of Health and Social Behavior*. 2007. 48(3): 223-38.
22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 2009. 6(7):1000097.
23. AIHW. Australia's health 2016. Australian Institute of Health and Welfare 2016. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2016/contents/chapter-4-determinants-of-health>.
24. Senterfitt JW, Shih M, Teutsch SM. How social and economic factors affect health: Los Angeles county department of public health; 2013. Available at: http://publichealth.lacounty.gov/epi/docs/SocialID_Final_Web.pdf.
25. Kelly MP, Stewart E, Morgan A, Killoran A, Fischer A, Threlfall A, et al. A conceptual framework for public health: NICE's emerging approach. *Public health*, 2009. 123(1): e14-e20.
26. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010; Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf.
27. Health CoSDo. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2005.
28. Hambleton IR, Clarke K, Broome HL, Fraser HS, Brathwaite F, Hennis AJ. Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005. 17: 342-352.
29. O'Hara P. Creating social and health equity: adopting an Alberta social determinants of health framework. Edmonton Social Planning Council; 2005. Available at: https://era.library.ualberta.ca/items/25da396d-90eb-4ce8-bc30-edde42624b39/view/b36f2986-a065-4fb5-be6f-6c3b83fe8ca0/2005_equity.pdf.
30. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. 2004. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.607.3686&rep=rep1&type=pdf>.
31. Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury control and safety promotion*, 2003. 10(1-2): 11-12.
32. Ansari Z, Carson NJ, Ackland MJ, Vaughan L, Serraglio A. A public health model of the social determinants of health. *Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*. 2003. 48(4): 242-251.
33. Klugman, J. A sourcebook for poverty reduction strategies. 2 ed. 2002, Washington, DC: World Bank Washington, DC.
34. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. *Challenging inequities in health: From ethics to action*. 2001. 1: 12-23.
35. Claeson M, Griffin C, Johnston TA, McLachlan M, Soucat A, Wagstaff A, et al. Poverty reduction and the health sector-the health, nutrition, and population network's chapter in the World Bank's poverty reduction strategy sourcebook. 2001.
36. House J, Williams DR. Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health, in: Smedley BD, Syme SL, Editors. *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. 2000, National Academy Press: Washington, D.C. p. 81-124.

37. Turrell G, Mathers CD. Socioeconomic status and health in Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2000. 172(9): 434-38.
38. Hertzman C. Population health and human development, in *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics*. 1999, The Guilford Press: New York, NY, US. p. 21-40.
39. Howden-Chapman P, Tobias M. *Social inequalities in health: New Zealand 1999*. Wellington: Ministry of Health, 2000. 76.
40. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1999. 896(1): 3-15.
41. Brunner E, Marmot M. *Social organization, stress, and health*. 2009.
42. Mackenbach JP, Van de Mheen H, Stronks K. A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 1994. 38(2): 299-308.
43. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? *King's Fund*. In *International Seminar on Tackling Inequalities in Health*, Working paper 1993.
44. Williams DR. Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social psychology quarterly*, 1990: 81-99.
45. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health* 2021;9: e782-92.
46. Gholami Taramsari M, Moeini SR, Kazemipour S. Socio-economic status and infant mortality rate. *Int J Health Stud* 2021;7(1):33-36.
47. Lord H, Fernandez R, MacPhail C. Social determinants of health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *European Journal of Public Health* 2021; 31(Supplement 3): iii182.
48. Green H, Fernandez R, MacPhail C. The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nursing* 2021; 1-11. <https://doi.org/10.1111/phn.12959>.
49. Graham H. *Understanding Health Inequalities*. 2nd Ed. Berkshire: Open University Press, 2009.
50. Moscrop A, Ziebland S, Bloch G, Iraola JR. If social determinants of health are so important, shouldn't we ask patients about them? *BMJ* 2020; 371: m4150. doi:10.1136/bmj.m4150.
51. Zolfaghari F, Heydari Z, Zamani-Alavijeh F, Araban M. Determinants of Postpartum Depression According to the World Health Organization Model: A Review of Literature. *J Health Syst Res* 2020; 16(4): 284-96 .
52. Bazzazian S, Riazi H, Mahmoodi Z, Nasiri S, Ozgoli G. Relationship between Social Determinants of Health and Postpartum weight retention in Iran Based on the WHO Model: A Systematic Review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2020; 23(8): 87-106. doi: 10.22038/ijogi.2020.17302
53. Srivastava S, Purkayastha N, Chaurasia H, Muhammad T. Socioeconomic inequality in psychological distress among older adults in India: a decomposition analysis. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 179. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03192-4>.
54. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT, 2005. Available at: http://www.determinants.fiocruz.br/pdf/texto/ln_texto2.pdf. (Access: Des 23, 2014).
55. Mackenbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: *Reducing inequalities in health: A European perspective*. Mackenbach J, Bakker M, eds. London: Routledge, 2002, 3-19.
56. OECD and WHO. *Poverty and health (DAC guidelines and reference series)*. Paris: OECD Publication Services, 2003 .
57. Benoit C, Shumka L. *Gendering the health determinants framework: why girls and women's health matters*. Vancouver: Women's Health Research network, 2009.
58. Bradshaw D. Determinants of health and their trends. In: *South African health review*. Barron P, Roma-Reardon J, eds. Durban: Health Systems Trust, 2008. Available at: www.hst.org.za/uploads/files/chap4_08.pdf. (Access May 27, 2015).
59. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuia A, Wirth M eds. New York: Oxford University Press, 2001, pp. 309-22.
60. Hayden TC. *Socioeconomic determinants as predictors of disparities in health outcomes in Kentucky [PhD thesis]*. Kent School of Social Work, University of Louisville, United States: 2010.
61. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy Plan*, 2008; 23(5): 318-27.
62. Mikkonen J, Raphael D. *Social determinants of health: the Canadian facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010.
63. Bamba C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(4): 284-91.
64. Signal L, Martin J, Cram F, Robson B. *The health equity assessment tool: a user's guide*. Wellington: Ministry of Health, 2008.
65. Graham H. *Unequal lives: health and socioeconomic inequalities*. Maidenhead: Open University Press, 2007.
66. National Health Committee. *The social, cultural and economic determinants of health in New Zealand: action to improve health*. Wellington: National Advisory Committee on Health and Disability, 1998.
67. Diez Roux AV. Conceptual Approaches to the Study of Health Disparities. *Annu Rev Public Health* 2012; 33: 41-58.
68. Zaboli R, Sanaeinasab H. The Challenges and Solutions for Action of Social Determinants of Health in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2014. 2(1):5-16.
69. Galobardes B, Lynch J, Davey Smith G. Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin* 2007; 81 and 82: 21-37.
70. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:7-12.
71. Oakes JM, Kaufman JS. *Methods in social epidemiology*. 1th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2006, p: 48.
72. Grossman M. The human capital model, in *Handbook of health economics*. 2000, Elsevier. p. 347-408.
73. Rosen S, Taubman P. Some socioeconomic determinants of mortality. *Economics of health care*, 1982: 255-271.
74. Cutler DM, Lleras-Muney A. *Education and health: evaluating theories and evidence*. 2006, National bureau of economic research.
75. Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological bulletin*, 2003. 129(1): 10.

76. Cowell AJ. The relationship between education and health behavior: some empirical evidence. *Health economics*, 2006. 15(2): 125-46.
77. Campbell-White A, Merrick TW, Yazbeck AS. Reproductive health--the missing Millennium Development Goal: poverty, health, and development in a changing world. 2006: The World Bank.
78. Gontijo DT. Social determinants of health: perspective for understanding the relationship between processes of social exclusion and equity in health. *Rev Eletr Enf*, 2010. 12(1): 9.
79. Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *Brit Med J* 1994; 309: 1487-91.

Tehran University of
Medical Sciences

Iranian Epidemiological Association

Review article

Main Socioeconomic Variables Affecting Household Health: A Systematic Review

Mohammad Meskarpour-Amiri¹, Sayyed-Morteza Hosseini-Shokouh^{1,2}

1- Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information**Abstract****Received**
03 April 2022**Accepted**
14 September 2022**Corresponding author**
Sayyed_Morteza Hosseini_Shokouh
Corresponding author E-mail
hosainysh.morteza@bmsu.ac.ir**Keywords**Socioeconomic variables,
Health, Household,
Systematic review

Background and Objectives: The socioeconomic factors affecting health include various variables that are not clearly and consistently classified in the studies. This study aimed to identify and classify the main socioeconomic variables affecting household health.

Methods: This applied study was conducted with a quantitative approach and a systematic review method in 2019. A systematic review of the studies with PRISMA protocol was used to search and identify the main socioeconomic variables affecting household health in international and national scientific databases. The inclusion criteria included focusing on socioeconomic variables affecting health at the household level, providing a specific model for influencing socioeconomic variables on health, publishing in English or Persian, and accessing the full text of the study. The qualitative evaluation of the studies as well as their conformity with the inclusion and exclusion criteria, were performed by peer review. All socioeconomic variables were extracted in researcher-made form, classified using MAXQDA 2018 software and finally synthesized narratively.

Results: Twenty-one conceptual models were identified to influence socioeconomic factors on household health. Researchers and international organizations provided all models, and no native models were found in Persian regarding socioeconomic factors affecting household health. Content analysis of the studies showed that the three main variables of education, income and employment in all models (100%) were used as socioeconomic factors affecting health. After that, household health behaviors (81%), age (71%), family support (71%), housing area per capita (67%), place of residence (67%), social capital (62%) and gender (57%) were the most commonly used socioeconomic variables affecting household health respectively.

Conclusion: In addition to vital socioeconomic variables (education, income, and employment), other contextual variables such as household health behaviors, family support, per capita housing area, and social capital need to be considered for policy interventions. In addition, it is suggested that a native model of socioeconomic factors affecting health be designed for Iranian households' socioeconomic conditions.

