

Research Paper

Investigating spatial inequality and inequity in health status and its social determinants in Iran

Mohammad Reza Rezvani¹, Siamak Tahmasbi², Bahram Hajari^{3*}

1. Professor, Department of Geography and Rural Planning, Faculty of Geography, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. MSc. Student, Department of RS & GIS, Center for Remote Sensing & GIS Research, Faculty of Earth Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. PhD Candidate in Geography and Rural Planning, Faculty of Geography, University of Tehran.

Received: 28 January 2020

Accepted: 19 April 2021

PP: 1-14

Use your device to scan and
read the article online



Keywords:

Health Inequality, Social Health Determinants, Spatial Inequality, Spatial Analysis, Provinces of Iran

Abstract

Health is a vital component of human well-being. Health justice is one of the political priorities of governments. Most region of the Iran are facing the problem of improving the level of health, which is a major obstacle to sustainable development in these regions. Recognizing and analyzing spatial health inequalities and their determinants at different scales (national, regional, local) is an effective step in policy making. The main purpose of this study is to analyze the spatial inequality in health status and its social determinants in the provinces of Iran. The required data collected through statistical yearbooks of Iran Statistics Center and medical universities. To measure the spatial pattern and spatial clustering, the global Moran's I was used. Also, the bivariate Moran statistic was used to measure the relationship between health status and independent research variables. Findings show that health status and its determinants are distributed unequally among the provinces. In the health stats, the border provinces, especially in the east and southeast of the country are in an unfavorable situation. The provinces of Tehran, Alborz, Kurdistan and Ardabil achieved the highest values. In other words, they can be said to be in a good position. In contrast, the provinces of North Khorasan, Khuzestan, South Khorasan and Sistan and Baluchestan had the lowest scores, which they had poor condition. Health status and independent variables of the study showed significantly positive relationship with health status in the provinces. Highest coefficient values for health prediction status respectively are socio-economic status 0/222 ($p = 0/000$) physical 0/147 ($p < 0/001$), human resources 0/142 ($p < 0/001$) and environmental quality 0/135 ($p < 0/001$). However, these relations are changing among the provinces, and not all provinces follow the same pattern. The influencing factors of research varies among provinces, which is higher in the southeastern and northwestern provinces of the country.

Citation: Rezvani, M.R; Tahmasbi, S; Hajari, B (2023): Investigating spatial inequality and inequity in health status and its social determinants in Iran, Journal of Regional Planning, Vol 12, No 48, PP: 1-14.

DOI: 10.30495/JZPM.2022.537

DOR: 20.1001.1.22516735.1401.12.48.1.5

***Corresponding author:** Bahram Hajari

Address: PhD Candidate in Geography and Rural Planning, Faculty of Geography, University of Tehran, Iran.

Tell: +989362172475

Email: bahramhajari@ut.ac.ir

Extended Abstract Introduction

One of the most important components influencing the development of countries is the quality of health of the people of that society and the fair distribution of health among the different strata and classes of the society. In fact, it is intended to provide the necessary conditions for the health care of all people in the country through the generalization and expansion of health, medical and educational services. Given the interaction between community health and socioeconomic life, human health is in fact an asset in addition to other assets, and health care with its function to increase human health (net investment) or replace lost health due to disease or Payments for events (alternative investment). Today, the issue of health is a priority on the international development agenda, and health inequalities between countries and within societies have become a major concern for the international community. In most developing countries, especially in the more backward areas, the quality of life and health standards are much lower than the level needed to prevent and control infectious diseases and maintain the physical, mental and social health of the people. While the overall goal of health policy in these countries is to cover the whole of society, there is a significant difference between the capital and the big cities on the one hand, and the small towns and rural areas on the other. As one of the developing countries in Iran, it has severe inequalities in terms of indicators of health care and health services. Numerous studies have shown that there are profound differences in the level of health care and health services within areas. Most parts of the country are facing the problem of improving health, which is a major obstacle to the sustainable development of these areas. Therefore, recognizing and analyzing the spatial inequalities of health and its determinants at different scales (national, regional, local) is an effective step in policy making.

Methodology

The nature of the research will vary according to the goals and questions that can be framed in descriptive-analytical and causal-correlation

studies. In this research, the methods and tools of data collection are according to the research nature of the library-documentary method. The time period for examining the health status and its determinants is 2016. Spatial unit in the analysis is province. Therefore, the statistical population of the study includes all provinces of Iran. Also, in order to achieve the required indicators, according to the time and financial constraints based on extensive literature review, various indicators that indicated inequality and injustice in health and its determinants were extracted. The e-mail indicators were then sent to 33 experts in the field. These experts had work and research experience in the field of health, and finally 21 people expressed their opinions. After removing a number of indicators whose data were not available or whose overall average was low, the final indicators of health and its social determinants were obtained as shown in Table (2). After determining the final indicators, their data were extracted from the results of the general census of population and housing in 2016 and statistical yearbooks. Using the Vikor method, the provinces were ranked, and the Geographic Information System (GIS) was used to visualize the results, as well as to study the relationship between health status and determinants of the two-variable Moran statistic in Geo Da software.

Results and Discussion

Here, we deal with the spatial distribution of health inequality and its determinants in the provinces of Iran. First, the spatial distribution of human resources, physical / physical resources, health and environmental quality, socio-economic status and then the spatial distribution of health indicators in the provinces of Iran are analyzed.

Spatial distribution of physical facilities

10 indicators were used to measure the component of physical / physical facilities. The Vikor multi-criteria decision-making method was used to rank the provinces and the Shannon entropy method was used to weight it. The results show that Yazd, Semnan and Mazandaran provinces have the highest score in this component compared to other provinces; on the other hand, Alborz, Kerman and Sistan

and Baluchestan provinces are not in a good position in this component and are in the last ranks. have. The score of 16 provinces is lower than the average, which includes a significant share.

Spatial distribution of the socio-economic situation status

10 indicators were used to measure the socio-economic status of the component. The results show that in the component of socio-economic situation, Gilan, East Azerbaijan and Mazandaran provinces have the highest score, respectively. In contrast, the provinces of Sistan and Baluchestan, South Khorasan and Ilam are ranked last in terms of socio-economic status. Also, 24 provinces have lower scores than average. Provinces show the state of inequality in the socio-economic situation. As the eastern and southeastern provinces of the country, especially Sistan and Baluchestan province, are in a more unfavorable situation.

Spatial distribution of health and environmental quality

Six indicators were used to measure the health component and environmental quality. The results show that the central provinces of Qazvin and Khuzestan are in a better position in terms of health and environmental quality than other provinces. Also, the provinces of Sistan

and Baluchestan, Kerman and North Khorasan are in the last ranks in this component. According to the map, the northeast and southeast of the country are not in a good position in terms of health and environmental quality.

Conclusion

The health situation in the provinces of Iran shows obvious inequality; the health situation in the provinces of North Khorasan, Khuzestan, South Khorasan and Sistan and Baluchestan is at a very low level. In general, it can be said that the health situation in the border provinces is in an unfavorable situation. Spatial clustering of low levels of health and its determinants is widely concentrated in the east and southeast of the country. This situation stems from the unequal and heterogeneous distribution of health determinants in Iran's provinces. All four determinants in Sistan and Baluchestan province are at the lowest level. The researches of Yadollahi et al. (2006), Zarabi and Sheikh Biglou (2011), Pourrsheno et al. (2012), and Ahmadi et al. There are provinces, and in the meantime, Sistan and Baluchestan province is in an unfavorable situation. As health distribution maps show, health determinants are unequally distributed among province.

بررسی وضعیت نابرابری و بی عدالتی در شاخص‌های سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن در ایران

محمدرضا رضوانی^۱، سیامک طهماسبی^۲، بهرام هاجری^{۳*}

۱. استاد، گروه جغرافیای انسانی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش از دور و سیستم اطلاعات جغرافیایی، گروه سنجش از دور و سیستم اطلاعات جغرافیایی، مرکز مطالعات سنجش از دور و GIS، دانشکده علوم زمین، دانشگاه شهید بهشتی، ایران.

۳. دانشجوی دکتری، گروه جغرافیای انسانی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

سلامتی از مؤلفه‌های حیاتی بهزیستی انسان‌ها است. عدالت در سلامت از اولویت‌های سیاستی دولت‌ها به شمار می‌رود. اغلب نواحی کشور با مشکل ارتقاء سطح سلامت مواجه‌اند که این امر مانع بزرگ بر سرراه توسعه پایدار نواحی مذکور به شمار می‌رود. شناخت و تحلیل نابرابری‌های فضایی سلامت و تعیین کننده‌های آن در مقیاس‌های مختلف (ملی، ناحیه‌ای، محلی) گامی مؤثری در امر سیاست‌گذاری‌ها به شمار می‌رود. هدف اصلی این پژوهش، تحلیل فضایی نابرابری در وضعیت سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن در استان‌های ایران می‌باشد. شاخص‌ها از طریق مرور ادبیات و نظر متخصصین انتخاب شد. داده‌های موردنیاز برای سال ۱۳۹۵ از طریق سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران و دانشگاه‌های علوم پزشکی جمع‌آوری شد. برای سنجش الگوی فضایی و خوشه‌بندی فضایی از آماره موران سراسری استفاده شد. همچنین، برای سنجش روابط بین وضعیت سلامت و متغیرهای مستقل پژوهش از آماره موران دو متغیره استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت سلامت و تعیین کننده‌های آن در میان استان‌ها به‌طور نابرابری توزیع شده است. آماره موران سراسری نشان داد که شاخص‌های وضعیت سلامت به صورت خوشه‌ای توزیع شده‌اند. وضعیت سلامت استان‌های مرزی و به‌خصوص شرق و جنوب شرق کشور در وضعیت نامطلوبی قرار دارند. استان‌های تهران، البرز، کردستان و اردبیل مقادیر بالا را به دست آوردند به عبارتی می‌توان گفت در وضعیت مناسبی قرار دارند در مقابل، استان‌های خراسان شمالی، خوزستان، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان کمترین امتیاز را به دست آوردند که می‌توان گفت در وضعیت نامناسبی قرار دارند. وضعیت سلامت و متغیرهای مستقل پژوهش یعنی نیروی انسانی ۰/۱۴۲، کالبدی- فیزیکی ۰/۱۴۷، بهداشت و کیفیت محیط ۰/۱۳۵ و وضعیت اقتصادی- اجتماعی ۰/۲۲۲ رابطه مثبت و معناداری را با وضعیت سلامت در استان‌ها نشان می‌دهد. باین‌حال، این روابط در میان استان‌ها تغییر می‌کند و همه استان‌ها از یک الگوی مشابه پیروی نمی‌کنند. میزان تأثیرگذاری متغیرهای مستقل پژوهش در میان استان‌ها تغییر می‌کند که در استان‌های جنوب شرقی و شمال غربی کشور بیشتر است.

تاریخ دریافت: ۹ بهمن ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۳۰ فروردین ۱۴۰۰
شماره صفحات: ۱-۱۴

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



واژه‌های کلیدی:

نابرابری سلامت، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری فضایی، تحلیل فضایی، استان‌های ایران.

استناد: رضوانی، محمدرضا؛ طهماسبی، سیامک؛ هاجری، بهرام (۱۴۰۱): بررسی وضعیت نابرابری و بی عدالتی در شاخص‌های سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن در ایران، فصلنامه برنامه‌ریزی منطقه‌ای، سال ۱۲، شماره ۴۸، مردودت: صص ۱-۱۴.

DOI: 10.30495/JZPM.2022.537

DOR: 20.1001.1.22516735.1401.12.48.1.5

* نویسنده مسئول: بهرام هاجری

نشانی: دانشیار گروه اقتصاد، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۹۳۶۲۱۷۲۴۷۵

پست الکترونیکی: bahramhajari@ut.ac.ir

مقدمه

یکی از مهمترین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر توسعه یافتگی کشورها، کیفیت سلامت مردم آن جامعه و توزیع عادلانه سلامت در میان اقشار و طبقات مختلف جامعه است. در واقع فراهم آوردن شرایط لازم برای تأمین بهداشت و درمان تمامی افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی مورد هدف است (Azar Adel. Et al, 2010: 66). با توجه به اثر متقابل بهداشت و زندگی اقتصادی- اجتماعی جامعه، در واقع سلامت انسان یک سرمایه در کنار سایر دارایی‌ها محسوب می‌گردد و امور بهداشتی و درمانی با عملکرد خود به افزایش سطح سلامت انسان‌ها (سرمایه‌گذاری خالص) و یا جایگزین کردن سلامت از دست‌رفته به دلیل بروز بیماری یا حوادث (سرمایه‌گذاری جایگزین) می‌پردازد (Sepehrdost, 2010: 338). به همین دلیل امروزه، موضوع سلامت در اولویت دستور کار توسعه بین‌المللی قرار دارد و نابرابری‌های سلامت بین کشورها و درون جوامع، به دغدغه اصلی جامعه جهانی تبدیل شده است (Irwin, 2005, 28; Scully & علی رغم توجه زیاد به مسئله نابرابری‌های سلامت از دهه ۱۹۸۰، امروزه هنوز تفاوت قابل توجه در سلامت در میان و درون کشورها وجود دارد) (Arcaya et al., 2015: 1; Sun et al., 2011: 671). زاتونسکی یکی از بزرگترین چالش‌های پیش روی اروپا را شکاف سلامت شرق- غرب اروپا بیان می‌کند (Zatonski, 2007: 121). امید به زندگی در بدو تولد، به عنوان یک شاخص سلامت، از محدوده ۳۴ سال در سیرالئون به ۸۱٫۹ در ژاپن می‌رسد. در داخل کشورها، نابرابری‌های بزرگ- شکاف ۲۰ ساله در امید به زندگی بیشترین و کمترین در ایالت متحده آمریکا وجود دارد (Marmot, 2005: 1099). تفاوت گروه‌های اجتماعی در کشورها نیز اغلب قابل توجه است (Arcaya et al., 2015: 1). در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته چنین نابرابری‌هایی در کشورها در حال توسعه جدی‌تر است (Sun et al., 2011: 671). در اکثر کشورهای در حال توسعه، به ویژه در مناطق عقب افتاده‌تر، کیفیت زندگی و موازین بهداشتی بسیار پایین‌تر از سطح مورد نیاز برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی و حفظ سلامت جسمی و روحی و اجتماعی مردم قرار داد. در حالی که هدف کلی سیاست‌های بهداشتی در این کشورها، تحت پوشش قرار دادن کل جامعه است، ولی تفاوت چشمگیری بدین لحاظ بین پایتخت و شهرهای بزرگ از یک سو و شهرهای کوچک و بخش‌ها و نواحی روستایی از سوی دیگر مشاهده می‌شود (Zarabi & Sheikh Biglou, 2011: 38). در ایران به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از لحاظ شاخص‌های برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی و سلامت از نابرابری‌های شدیدی برخوردار است. مطالعات متعددی صورت گرفته است که

نشان می‌دهد تفاوت‌های عمیقی در سطح برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی و سلامت در درون نواحی (Seidaei et al, 2014. Zangiabadi et al, 2013. Rezaei & Akbari, 2018) و بین نواحی (Zarabi & Sheikh Biglou, 2011). و از سوی دیگر در مناطق شهری (Ahmadi et al., 2014) و نواحی روستایی (Khakpour et al, 2012) و نواحی (Tahmasebi & Gharghani 2014. Anabestani & Behzadi, 2013. Sheikhi et al, 2012. Afrakhteh & Afkar, 2012) وجود دارد. اغلب نواحی کشور با مشکل ارتقاء سطح سلامت مواجه‌اند که این امر مانع بزرگ بر سر راه توسعه پایدار نواحی مذکور به شمار می‌رود. بنابراین شناخت و تحلیل نابرابری‌های فضایی سلامت و تعیین کننده‌های آن در مقیاس‌های مختلف (ملی، ناحیه‌ای، محلی) گامی مؤثری در امر سیاست‌گذاری‌ها به شمار می‌رود.

محققان سلامت اذعان می‌کنند که سلامت افراد به شدت تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت قرار دارد (Raphael, 2009: 651). اصطلاح پایگاه اقتصادی- اجتماعی به‌طور گسترده‌ای در تحقیقات سلامت به کار رفته است، که اهمیت عوامل اقتصادی- اجتماعی برای پیامدهای متنوع سلامت را منعکس می‌کند (Braveman et al., 2005: 2879). شواهد نشان می‌دهد که هرچه افراد در وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تری باشند و در نردبان قدرت و منابع در سطوح پایین‌تری قرار بگیرند از وضعیت سلامت نامطلوب‌تری برخوردارند (Adler et al., 1994: 15). عوامل اقتصادی- اجتماعی مختلف می‌تواند سلامت افراد را در زمان‌های مختلف دوره زندگی تحت تأثیر قرار دهد، و در سطوح مختلف (به عنوان مثال، فرد، خانوار، محله) و از طریق مسیرهای علی مختلف (مثلاً در معرض قرار گرفتن، آسیب‌پذیری، اثرات فیزیولوژیکی مستقیم) عمل کند (Braveman et al., 2005: 2879).

روابط بین شرایط محیطی و رفتارهای مرتبط با سلامت به مدت طولانی در نظریه‌ها و مدل‌های علوم اجتماعی و رفتاری شناخته شده است. از لحاظ تاریخی، بسیاری از این تحقیقات بر جنبه‌های محیط فیزیکی تمرکز داشته‌اند. با این حال، در ۱۹۷۶، کاسل نشان می‌دهد که عوامل دیگری در اطراف ما، جنبه‌های خاصی از محیط اجتماعی، بر روی سلامت اثر دارند. تأثیر عوامل اجتماعی در حال حاضر به طور گسترده‌ای در تحقیقات رفتار سلامت و به طور رسمی توسط سازمان‌های بهداشتی به عنوان یک تعیین‌کننده مهم سلامت شناخته شده است (McNeill et al., 2006: 1011). محققان در کشورها مختلف گزارش کرده‌اند که محل سکونت با سلامت مرتبط است و فراتر از عوامل خطر در سطح فردی است. چنین وابستگی‌هایی برای

انواع پیامدهای سلامت شامل مصرف دخانیات، آغاز سیگار کشیدن، رفتارهای پرخطر نوجوانان، مرگ‌ومیر عمومی، سلامت ادراک شده، و عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی مشاهده شده است (Bernard et al., 2007: 1839). هدف اصلی این پژوهش تحلیل فضایی نابرابری و بی عدالتی در وضعیت سلامت و تعیین کننده‌های آن در استان‌های ایران می‌باشد.

پیشینه تحقیق و مبانی نظری

عدالت و بی عدالتی در سلامت

مفهوم عدالت و کاربرد آن، پیشینه‌ی طولانی دارد و فیلسوفان و اندیشمندان از قدیم تاکنون در مورد آن دیدگاه‌های خود را بازگو کرده‌اند. افلاطون، فیلسوف بزرگ یونانی، در کتاب "جمهوریت" به‌طور مفصل از عدالت سخن می‌گوید. به نظر او عدالت اجتماعی هنگامی برقرار می‌شود که هر کس به کاری دست زند که شایستگی و استعداد آن را دارد. در دوره جدید جان استوارت میل از نخستین کسانی است که این اصطلاح را بکار گرفت. طبق نظر وی عدالت اجتماعی یعنی، جامعه رفتار یکسانی با کسانی که شایستگی یکسانی دارند، داشته باشد (Hekmatnia et al., 2011: 167-168). عدالت (مفهوم پیچیده‌ای است، بنابراین می‌تواند به‌طور متنوعی تعریف و عملیاتی شود) (Hewko, 2003: 1). مفهوم عدالت در رابطه با سلامت و مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند برای افراد مختلف معانی مختلفی داشته باشد. عدالت در سلامت بدین معنی نیست که هر کس باید وضعیت سلامت یکسانی داشته باشد (Whitehead, 1991: 15). عدالت در سلامت می‌تواند به‌عنوان عدم وجود بی انصافی اجتماعی در نابرابری سلامت تعریف شود (Braveman & Gruskin, 2003: 255). عدالت به انصاف در توزیع کالاها مانند مراقبت‌های بهداشتی در میان افراد اشاره می‌کند (Olabimpe, 2009: 13). سازمان بهداشت جهانی (WHO) در تعریف عدالت در سلامت بیان می‌کند که "هر کس باید فرصت منصفانه برای دستیابی به پتانسیل سلامتی کامل داشته باشد، و به‌طور عملی‌تر هیچ نباید از دستیابی به این امر محروم شود" (DOHC, 2001: 17). عدالت در سلامت شرایط فرصت برابر برای سالم بودن است در حالی که عدالت در مراقبت‌های سلامت^۲ بر اساس "فرصت‌های برابر دسترسی به (مراقبت‌های سلامت) برای نیازهای برابر" است (Asthana & Gibson, 2008: 1). اگرچه اغلب مفاهیم برابری و عدالت را به‌جای همدیگر به کار می‌برند اما مفاهیم دو معنای متفاوت دارند. برابری به مشابه و همسان بودن اشاره

می‌کند در حالی که عدالت به معنی انصاف یا عدل می‌باشد. برابری در توزیع تخصیص مقدار یکسان (یا نسبت یکسان) پدیده به ذی‌نفعان مختلف است. برابری در توزیع می‌تواند عادلانه یا این ناعادلانه باشد. در توزیع واکسن‌های ایمن‌سازی هنگامی که ذی‌نفعان (نوزادان) به دلیل هزینه‌های سفر یا مالی نمی‌توانند به خدمات دسترسی داشته باشند به‌عنوان ناعادلانه دیده می‌شود (Olabimpe, 2009: 13). از آنجاکه عدالت مفهوم هنجاری است، به‌طور مستقیم نمی‌توان عدالت را سلامت به آن دسته از نابرابری‌ها

در سلامت یا مراقبت‌های سلامت سنجید؛ باین‌حال، می‌توان نابرابری در سلامت را در بین گروه‌های اجتماعی محروم و برخوردار سنجید (Braveman, 2003: 182). بی‌عدالتی در در سلامت اشاره می‌کند که غیر منصفانه تلقی می‌شوند یا ناشی از برخی اشکال بی‌عدالتی است (Kawachi et al., 2002: 647).

نابرابری سلامت^۳

نابرابری سلامت، تفاوت‌ها، تغییرات، و نابرابری‌ها در دستاوردهای سلامت افراد و گروه‌ها را توصیف می‌کند (Fang et al., 2010: 14). نابرابری‌های سلامت تفاوت‌های نظامند در سلامت افراد هستند که وضعیت نابرابری را در جامعه ایجاد می‌کنند. این تفاوت‌ها در طیف وسیعی از ابعاد اجتماعی شامل درآمد، طبقه اجتماعی، محرومیت، قومیت، و جغرافیا رخ می‌دهد (McCartney et al., 2013: 221). مفهوم نابرابری، اغلب برای اشاره به تنوع افراد، مکان‌ها و اشیاء استفاده می‌شود (Stillwell et al., 2010: 1). علی‌رغم پیشرفت‌های تجربی و روش‌شناختی در زمینه نابرابری سلامت، توافق کلی در تعریف و معنای نابرابری سلامت وجود ندارد (Bommier and Stecklov, 2002: 497). نابرابری سلامت به‌طور کلی به تفاوت‌ها در وضعیت سلامت بین گروه‌های جمعیتی مختلف گفته می‌شود. برای مثال، تفاوت‌ها در نرخ مرگ‌ومیر بین افراد از گروه‌های اقتصادی-اجتماعی مختلف. جنبه سبزه‌جویانه‌تر این است که چگونه این تفاوت‌ها به وجود می‌آیند و چه کاری می‌توان برای کاهش شکاف بین گروه‌ها انجام داد. به‌عبارت‌دیگر، نابرابری سلامت ناشی از خود افراد است یا محیطی که در آن زندگی می‌کنند (Campbell, 2011: 2). نابرابری سلامت اصطلاح کلی است که برای تعیین تفاوت‌ها، تغییرات و اختلاف‌ها در دستاوردهای سلامت افراد و گروه‌ها به کار می‌رود. به‌عبارت‌دیگر، نابرابری سلامت اصطلاح توصیفی است که نیازی به بیان قضاوت اخلاقی ندارد (Kawachi et al., 2002: 647).

² - Healthcare Equity

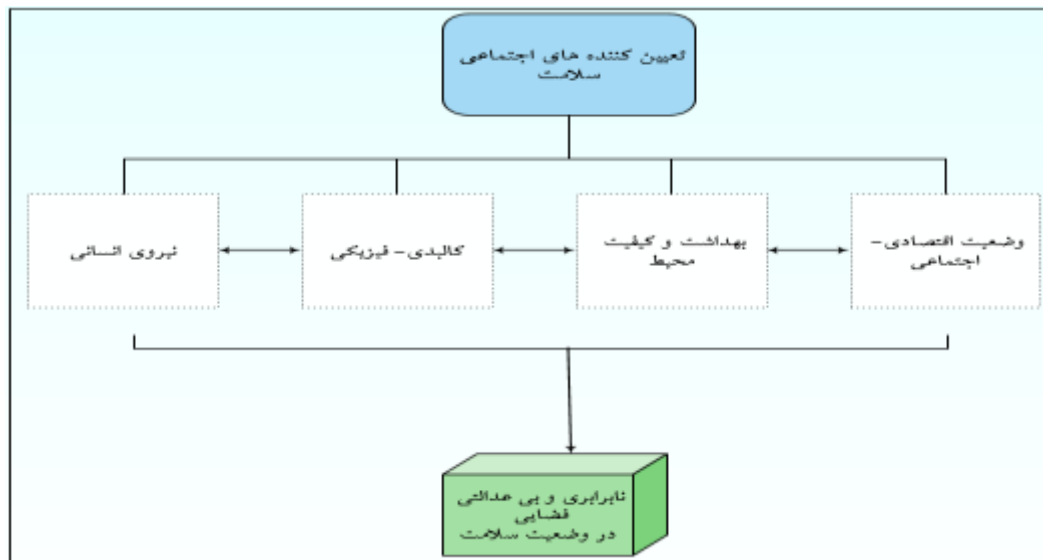
³ Health Inequality

¹ - Equity

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

بیشترین سهم مسائل سلامت مربوط به شرایط اجتماعی است جایی که افراد زندگی و کار می‌کنند، به عنوان تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت اشاره می‌شود. مراقبت‌های پزشکی خوب برای بهزیستی افراد حیاتی است اما برای رفع چالش‌های سلامتی امروز و غلبه بر نابرابری‌های سلامتی ناکافی است (Irwin et al., 2006: 249). تأثیرات اجتماعی بسیاری از جنبه‌های زندگی ما، از جمله سلامت ما را شکل می‌دهد (McGaugh, 2009: 15). اغلب تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به عوامل غیرپزشکی مؤثر در سلامت از جمله دانش مرتبط با سلامت، نگرش‌ها، عقاید یا رفتارها اشاره می‌کند (Braveman et al., 2011: 383). تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت شرایط اجتماعی و اقتصادی هستند که سلامت افراد و جامعه را به عنوان کل تحت تأثیر قرار می‌دهد (Beltran et al., 2011: 42). بنابراین، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر روی زمینه اجتماعی متمرکز هستند (Tyrrell, 2017: 3). همه جوامع سلسله مراتب اجتماعی دارند که در آن منابع اقتصادی و اجتماعی از جمله قدرت و اعتبار به صورت نابرابر توزیع شده‌اند. توزیع نابرابر منابع، آزادی افراد برای هدایت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که به نوبه خود اثر قوی بر روی سلامت و توزیع آن در جامعه دارد. سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی بر توزیع تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت،

از جمله منابع آموزش، سلامت و امنیت مالی تأثیر می‌گذارند (Marmot, 2007: 1159). تعیین کننده‌های سلامت شامل هر دو عوامل بلافصل، با پیوندهای مستقیم و نسبتاً بلافاصله با نتایج سلامت، و عواملی که ممکن است کاملاً دورتر از نتایج سلامت رخ دهند و عمل کنند، در نزدیکی چیزی که می‌تواند آغازگر زنجیره علی طولانی و پیچیده باشد. درحالی که تعیین کننده‌های سلامت لزوماً علت بلافصل نیست، بلکه می‌تواند مؤلفه قطعی محتمل در مسیر علی مهم باشد که منجر به نتایج معینی در سلامت می‌شود. به عنوان مثال، بیماری اسهال، باکتری‌های پاتوژن در آب آلوده علت بلافصل مرسوم است؛ در مقابل، عوامل تعیین کننده مصرف پاتوژن در آب شامل فقر و فقدان سیاست‌های ملی تضمین کننده تأمین آب سالم که نشان‌دهنده تعیین کننده دورتر است (Braveman, 2003: 181). به طور کلی، پنج تعیین کننده سلامت افراد در ادبیات فیزیکی (به عنوان مثال، محل سکونت، علمی شناخته شده است: ۱- بیولوژی و ژنتیک) مثل جنسیت و نژاد، ۲- رفتار فردی (به عنوان مثال، مصرف الکل، تزریق مواد، سیگار کشیدن)، ۳- محیط اجتماعی (به عنوان مثال، تبعیض، قومیت، درآمد، سطح آموزش و وضعیت زناشویی)، ۴- محیط محیط ساخته شده، ۵- خدمات سلامت (وضعیت بیمه، دسترسی به مراقبت‌های سلامت) (Beltran et al., 2011: 42). چارچوب مفهومی پژوهش در شکل (۱) ارائه شده است.



شکل ۱- چارچوب مفهومی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و نابرابری فضای در وضعیت سلامت (منبع: نگارندگان، ۱۳۹۶)

به منابع داخلی و سپس به منابع خارجی پرداخته می‌شود. مطالعات و پژوهش‌های داخلی در مقیاس‌های فضایی مختلف به مسئله بی عدالتی و نابرابری سلامت پرداخته‌اند. در جدول (۱) خلاصه‌ای از پیشینه پژوهش ارائه شده است

مطالعاتی داخلی و خارجی متعددی در زمینه سلامت، نابرابری سلامت، تعیین کننده‌های سلامت در مقیاس‌های جغرافیایی مختلف وجود دارد؛ و از جنبه‌های مختلف به این مفاهیم کلان توجه شده است. در زیر به طور خلاصه به برخی از آن‌هایی که ارتباط بیشتری با موضوع و هدف تحقیق دارند اشاره می‌شود. ابتدا

جدول ۱- پیشینه تحقیق

نویسنده و سال	عنوان	روش	خلاصه نتایج و یافته‌ها
رضایی و اکبری (۱۳۹۷)	بررسی نابرابری نماگرهای سلامت در شهرستان‌های استان فارس	این پژوهش از طریق ۱۸ متغیر سلامت با استفاده از روش‌های شاخص تمرکز، گستاف، پاسی و دورسلا نابرابری سلامت را ارزیابی کردند.	یافته‌های پژوهش بر وجود نابرابری در میان شهرستان‌های استان فارس را تأکید می‌کند و همچنین تمرکز بالای مولفه‌های سلامت در شهرستان شیراز را نشان می‌دهد.
موسوی و همکاران (۱۳۹۴)	ارزیابی شهرستان‌های استان آذربایجان غربی در زمینه بهره‌مندی از شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی	۱۵ شاخص در زمینه خدمات بهداشتی، استفاده از سه روش امتیاز استاندارد شده، تاکسونومی عددی و تاپسیس	(۱) توزیع نامتوازن خدمات درمانی، (۲) وجود اختلاف زیاد بین شهرستان‌ها در توسعه خدمات سلامت.
احمدی و همکاران (۱۳۹۳)	تحلیل فضایی برخورداری استان‌های ایران در شاخص‌های سلامت	برای سنجش سلامت از ۲۴ شاخص، همچنین برای تحلیل و سنجش نیز از تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای استفاده شد.	(۱) شاخص‌های سلامت به صورت نابرابر توزیع شده است. (۲) استان‌های سمنان، خراسان رضوی، و یزد برخوردار و استان سیستان و بلوچستان از استان‌های خیلی محروم به شمار می‌رود.
پوررشنو و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی و مقایسه درجه توسعه یافتگی بخش بهداشت و خدمات بهداشتی استان‌های ایران در سال ۱۳۸۷	با استفاده از ۱۷ شاخص بهداشتی و درمانی استان‌ها از طریق تجزیه به مولفه‌های اصلی و تاکسونومی عددی بررسی شد.	(۱) نابرابری شدیدی در میان استان‌ها وجود دارد.
فنگ و همکاران (۲۰۱۰)	نابرابری منطقه‌ای در سلامت و تعیین کننده‌های آن: شواهدی از چین	شاخص‌های سلامت شامل: امید به زندگی، مرگ و میر نوزادان، سوء تغذیه، شیوه بیماری عفونی، نرخ مرگ و میر ناشی از شیوع بیماری عفونی. برای سنجش نابرابری منطقه‌ای از ضریب جینی استفاده شد.	(۱) نابرابری منطقه‌ای آشکاری وجود دارد که عمدتاً در "سلامت مادر و کودک" و "بیماری‌های عفونی" منعکس می‌شود. (۲) نابرابری منطقه‌ای سلامت با رشد سریع اقتصادی در حال افزایش است. نابرابری منطقه‌ای سلامت با توزیع منابع سلامت و خدمات بهداشتی اولیه ارتباط دارد.
کرنگ و یانگ (۲۰۱۱)	برابری تخصیص منابع در مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سیستم بیمه سلامت ملی در تایوان	در این مطالعه از رویکرد تصمیم‌گیری چندمعیاره برای سنجش عدالت افقی تخصیص منابع بیمارستانی استفاده شد.	(۱) تمرکز منابع در شمال تایوان. (۲) نابرابری جغرافیایی به دلیل عدم تعادل در تخصیص منابع مراقبت‌های بهداشتی. (۳) تمرکز بیمارستان‌های بزرگ مقیاس در مناطق متروپلیتن. (۴) محدودیت بیماران نواحی روستایی در دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی.
ژائو و همکاران (۲۰۱۸)	تفاوت‌های منطقه‌ای در وضعیت سلامت در چین: ۲۰۱۳-۲۰۰۳	در این پژوهش برای سنجش تفاوت‌های منطقه‌ای از روش‌های نمایه تایل، موران سراسری و آماره ارد-گیتس جی استفاده شد. همچنین برای تحلیل عوامل موثر بر سلامت از رگرسیون‌های فضایی استفاده شد.	یافته‌ها نشان داد که وضعیت سلامت در طی دوره مورد مطالعه با نرخ سالیانه ۲٫۶۹ درصد کاهش یافته است. توزیع فضایی وضعیت سلامت الگوی T شکل در سراسر چین شکل داده است به طوری که از شرق به مرکز و سپس به سمت غرب کاهش با یک کاهش متقارن شمال و جنوب کاهش می‌یابد. همچنین نتایج مدل رگرسیونی نشان داد که افزایش سرانه GDP، سرانه هزینه‌های سلامت، و شهرنشینی و بهبود کیفیت محیطی به بهبود وضعیت سلامتی منجر می‌شود.

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۶.

مواد و روش تحقیق

همبستگی قرار گیرد. در این تحقیق روش‌ها و ابزار گردآوری اطلاعات با توجه به ماهیت تحقیق روش کتابخانه‌ای- اسنادی است. مقطع زمانی برای بررسی وضعیت سلامت و تعیین‌کننده‌های

ماهیت پژوهش با توجه به اهداف و سؤالات متفاوت خواهد بود که می‌تواند در چارچوب پژوهش‌های توصیفی- تحلیلی و علی-

نمودند. پس از حذف تعدادی از شاخصها که داده‌های آن موجود نبود یا میانگین کل آنها پایین بود، شاخص‌های نهایی سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن به دست آمد که در جدول (۲) آورده شده است. پس از تعیین شاخص‌های نهایی داده‌های آنها از نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ و سالنامه‌های آماری استخراج گردید. با استفاده از روش ویکور استان‌ها رتبه‌بندی شدند و برای بصری سازی نتایج از سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) استفاده شد. همچنین برای بررسی تعیین کننده از آماره دو متغیره^۱ در نرم افزار Geo Da استفاده شد.

آن سال ۱۳۹۵ می‌باشد. مقیاس فضایی در تحلیل‌ها استان است. بنابراین، جامعه آماری پژوهش تمامی استان‌های ایران را در برمی‌گیرد. همچنین در این پژوهش برای دستیابی به شاخص‌های مورد نیاز، با توجه به محدودیت‌های زمانی و مالی بر اساس مرور گسترده ادبیات، شاخص‌های مختلف که بر نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت و تعیین کننده‌های آن دلالت داشتند، استخراج شد. سپس شاخص‌های مستخرج از طریق ایمیل برای ۳۳ نفر از متخصصین این حوزه ارسال گردید. این خبرگان دارای تجربه کاری و پژوهشی در زمینه بهداشت و سلامت بودند در نهایت ۲۱ نفر نظر خود را بیان

جدول ۲- شاخص‌های نهایی وضعیت سلامت و تعیین کننده‌های آن در استان‌های ایران

شاخص‌ها	ابعاد/ مؤلفه
نسبت پزشک عمومی، نسبت پزشک متخصص، نسبت دندانپزشک، تعداد پرستار حرفه‌ای و کاردان، تعداد بهیار، تعداد بهورز، نسبت ماما، نسبت داروساز، نسبت دامپزشک	نیروی انسانی
نسبت موسسات درمانی فعال به ده هزار نفر، نسبت تخت ثابت در موسسات درمانی فعال به ده هزار نفر، تعداد داروخانه، خانه‌های بهداشت فعال، مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، پایگاه بهداشت شهری، مراکز بهداشتی و درمانی شهری، آزمایشگاههای تشخیص طبی، مراکز توانبخشی، تعداد درمانگاه، کلینیک و پلی کلینیک	منابع فیزیکی / کالبدی
سرانه فضای ورزشی، درصد خانوارهای دارای شبکه آبرسانی عمومی شهری یا آبادی، درصد واحدهای مسکونی دارای حمام، درصد واحدهای مسکونی توالی، درصد جمعیت تحت پوشش خدمات جمع آوری و دفع بهداشتی فاضلاب شهری، کود شیمیایی به سطح زیرکشت، سرانه فضای ورزشی	بهداشت و کیفیت محیط
میزان باسواد، نرخ بیکاری، بار تکفل، بعد خانوار، نرخ طلاق، درصد خانوار تحت پوشش کمیته امداد، درآمد، درصد بیمه شدگان اصلی و تبعی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران، درصد خانوارهای با دسترسی به اینترنت در محل سکونت	وضعیت اقتصادی- اجتماعی
درصد مرگ بر اثر بیماری‌های قلبی و عروقی، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یکسال، میزان مرگ کمتر از ۵ سال، درصد مرگ به دلیل عوارض حاملگی و زایمان، درصد مرگ به دلیل بیماری‌های دوران حول تولد، میزان کل معلولین در هزار نفر، تب مالت، سالک، سل، درصد مرگ و میر به دلیل سرطان	وضعیت سلامت

منبع: استخراج از مرور ادبیات و نظرات کارشناسان، ۱۳۹۶

بحث و یافته‌های تحقیق

۱- توزیع فضایی نابرابری سلامت و تعیین کننده‌ها

در این اینجا، به توزیع فضایی نابرابری سلامت و تعیین کننده‌های آن در استان‌های ایران می‌پردازیم. در ابتدا به توزیع فضایی مؤلفه‌های نیروی انسانی، منابع کالبدی/ فیزیکی، بهداشت و کیفیت محیط، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سپس وضعیت توزیع فضایی شاخص‌های سلامت در استان‌های ایران تحلیل می‌شود.

۱- توزیع فضایی تعیین کننده‌های سلامت

۱-۱- توزیع فضایی مؤلفه تسهیلات کالبدی

وجود و دسترسی فیزیکی به تسهیلات بهداشتی و درمانی، بهره‌مندی از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به طور مستقیم بر روی

سلامت جامعه تأثیر می‌گذارد. بنابراین توزیع نابرابر در تسهیلات کالبدی/ فیزیکی حوزه سلامت ارتباط زیادی با نابرابری در وضعیت سلامت مناطق دارد. برای سنجش مؤلفه تسهیلات کالبدی / فیزیکی از ۱۰ شاخص استفاده شد. برای رتبه‌بندی استان‌ها از روش تصمیم‌گیری چندمعیاره ویکور و برای وزن دهی به آن از روش آنتروپی شانون استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب استان‌های یزد، سمنان و مازندران در این مؤلفه نسبت به سایر استان‌ها بیشترین امتیاز را به دست آورده‌اند؛ در مقابل، استان‌های البرز، کرمان و سیستان و بلوچستان در این مؤلفه از وضعیت مناسبی برخوردار نمی‌باشند و در رتبه‌های آخر قرار دارند. امتیاز ویکور ۱۶ استان کمتر از میانگین می‌باشد که سهم قابل توجهی را در

1- Bivariate Moran's I

محیط نسبت به سایر استان‌های کشور در وضعیت بهتری قرار دارند. همچنین استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان و خراسان شمالی در این مؤلفه در رتبه‌های آخر قرار دارند. شکل (ج ۲) توزیع فضایی مؤلفه بهداشت و کیفیت محیط را نشان می‌دهد. بر اساس نقشه مذکور، شمال شرق و جنوب شرق کشور در مؤلفه بهداشت و کیفیت محیط از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند.

۴-۱- توزیع فضایی مؤلفه نیروی انسانی حوزه سلامت

موجودیت و دسترسی به نیروی انسانی حوزه سلامت یکی از مؤلفه‌های مهمی است که بر روی سلامت افراد و جامعه تأثیر می‌گذارد. برای سنجش مؤلفه نیروی انسانی حوزه سلامت ۹ شاخص با همدیگر ترکیب شدند و امتیاز نهایی به دست آمد. بر اساس نتایج روش ویکور به ترتیب استان‌های زنجان، ایلام و خراسان جنوبی بیشترین امتیاز را به دست آورده‌اند؛ در حالی که استان‌های تهران، البرز و قم براساس این شاخص در رتبه‌های آخر قرار می‌گیرند. نمره میانگین استانی ۰/۶۱۱ می‌باشد که حدود ۱۳ استان کمتر از میانگین می‌باشند. به نظر می‌رسد یکی از دلایل اصلی که استان‌های تهران و البرز در رتبه آخر قرار می‌گیرند تمرکز بالای جمعیت در این استان‌ها می‌باشد که متعاقباً حجم نیروی انسانی سلامت متناسب با جمعیت زیاد آنها نمی‌باشد. همچنین شکل (۲-د) توزیع فضایی مؤلفه نیروی انسانی سلامت را نشان می‌دهد. همانطور که نقشه مذکور نشان می‌دهد، مقادیر به صورت نابرابری در میان استان‌ها توزیع شده است.

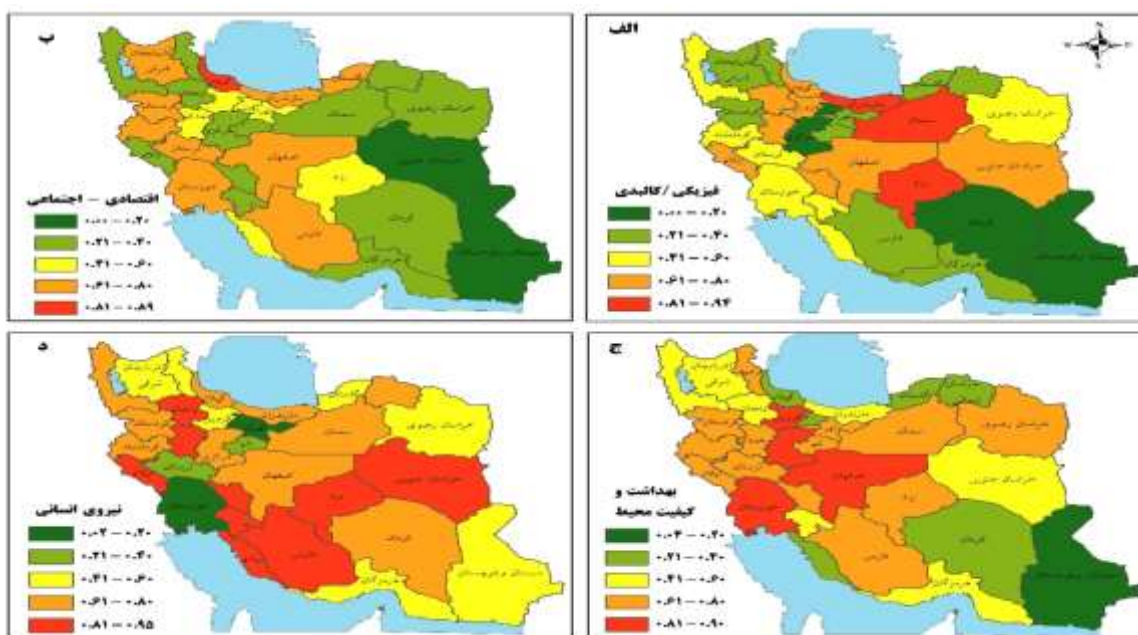
برمی‌گیرد. همچنین شکل (۲ الف) توزیع فضایی مؤلفه کالبدی-فیزیکی را در سطح استان‌ها نشان می‌دهد.

۲-۱- توزیع فضایی مؤلفه وضعیت اقتصادی-اجتماعی

وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر روی وضعیت سلامت تأثیر می‌گذارد و یکی از مهمترین پیش‌بینی کننده‌های تجربه بیماری افراد است. معمولاً خانوارهای فقیر شاخص‌های سلامت ضعیفی دارند. برای سنجش مؤلفه وضعیت اقتصادی-اجتماعی از ۱۰ شاخص استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که در مؤلفه وضعیت اقتصادی-اجتماعی به ترتیب استان‌های گیلان، آذربایجان شرقی و مازندران بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل، استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی و ایلام به لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی در رتبه‌های آخر قرار دارند. همچنین تعداد ۲۴ استان امتیاز کمتر از میانگین را دارند. در شکل (۲ ب) توزیع فضایی مؤلفه وضعیت اقتصادی-اجتماعی استان‌ها نمایش داده شده است. استان‌ها وضعیت نابرابری را در مؤلفه وضعیت اقتصادی-اجتماعی نشان می‌دهند. به طوری که استان‌های شرقی و جنوب شرقی کشور، به خصوص استان سیستان و بلوچستان از وضعیت نامطلوب تری برخوردار هستند.

۳-۱- توزیع فضایی مؤلفه بهداشت و کیفیت محیط

محیطی که ما در آن زندگی می‌کنیم یکی از تعیین کننده‌های اصلی سلامت می‌باشد. برای سنجش مؤلفه بهداشت و کیفیت محیط از شش شاخص استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که استان‌های مرکزی، قزوین و خوزستان در مؤلفه بهداشت و کیفیت



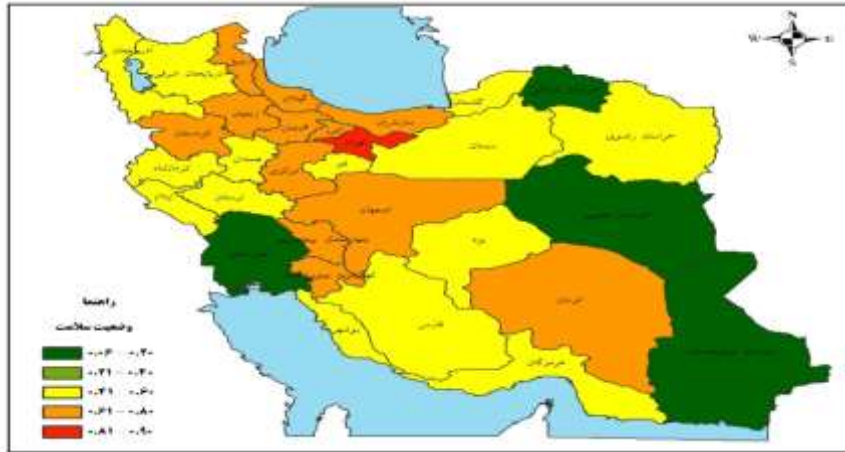
شکل ۲- نقشه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت الف: فیزیکی / کالبدی - ب: اقتصادی-اجتماعی - ج: بهداشت و محیط د: نیروی انسانی

۲- توزیع فضایی وضعیت سلامت در استان‌های

ایران

برای سنجش وضعیت سلامت در سطح استان‌ها از ۱۰ شاخص استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که استان‌های تهران، البرز و کردستان در وضعیت سلامت نسبت به سایر استان‌های کشور بیشترین امتیاز را دارند؛ در مقابل، استان‌های خراسان شمالی، خوزستان، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان کمترین امتیاز

را به دست آوردند. بیشترین تعداد استان‌ها (۱۱ استان) در طبقه ۰/۶۵۹-۰/۵۳۹ است که حدود ۳۵/۵ درصد از استان‌ها را در برمی‌گیرد. میانگین کل ۰/۵۳۵ می‌باشد که تعداد ۱۳ استان کمتر از این مقدار می‌باشند که رقم قابل توجهی از استان‌ها را در برمی‌گیرد. شکل (۳) توزیع فضایی وضعیت سلامت استان‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس نقشه مذکور، می‌توان گفت که عمدتاً استان‌های مرزی در وضعیت خوبی قرار ندارند و اغلب رتبه‌های آخر در زمینه شاخص‌های سلامت را به خود اختصاص داده‌اند.



شکل ۳ - نقشه توزیع فضایی وضعیت سلامت ترسیم: نگارندگان، ۱۳۹۶

مقدار ضریب موران ضعیف است ولی به‌طور نسبی این واقعیت را تأیید می‌کند که رابطه‌ی این دو مثبت و با ۹۹۹ جایگشت تصادفی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. به طوری که با یک واحد افزایش در مؤلفه نیروی انسانی، وضعیت سلامت به میزان ۰/۱۴۲ افزایش می‌یابد. رابطه بین تسهیلات کالبدی/ فیزیکی و سلامت نیز مثبت و معنادار می‌باشد و مقدار موران دو متغیره ۰/۱۴۷ و با ۹۹۹ جایگشت تصادفی در سطح (p = 0.001) معنادار می‌باشد. به طوری که یک واحد افزایش در تسهیلات کالبدی/ فیزیکی، ۰/۱۴۷ وضعیت سلامت افزایش می‌یابد.

سنجش رابطه بین تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و وضعیت سلامت

در جدول (۳) رابطه بین تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و وضعیت سلامت در استان‌ها ارائه شده است. برای سنجش رابطه فضایی بین متغیرها از ضریب موران دو متغیره استفاده شد. در سنجش رابطه بین نیروی انسانی و وضعیت سلامت، ضریب موران دو متغیره برابر با ۰/۱۴۲ شد که با توجه به خط شیب رگرسیون بین مؤلفه نیروی انسانی (محور X) و وضعیت سلامت (محور Y)، نشان از رابطه مثبت بین این دو متغیر دارد. گرچه

جدول ۳- رابطه بین تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و وضعیت سلامت در استان‌ها

P- Value	شاخص موران دو متغیره	متغیر مستقل
۰/۰۰۱	۰/۱۴۲	نیروی انسانی
۰/۰۰۱	۰/۱۴۷	کالبدی/ فیزیکی
۰/۰۰۱	۰/۱۳۵	بهداشت و کیفیت محیط
۰/۰۰۰	۰/۲۲۲	وضعیت اقتصادی- اجتماعی

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶.

تصادفی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. به طوری که با افزایش بهبود در بهداشت و کیفیت محیط، میزان سلامت نیز افزایش می‌یابد. مقدار موران دو متغیره بین وضعیت اقتصادی- اجتماعی

رابطه بین مؤلفه بهداشت و کیفیت محیط و وضعیت سلامت مثبت و معنادار می‌باشد. ضریب موران دو متغیره برابر با Moran s I = ۰/۱۳۵ است، این رابطه با ۹۹۹ جایگشت

و سلامت ۰/۲۲۲ است که رابطه مثبت بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و وضعیت سلامت را نشان می‌دهد. این رابطه با ۹۹۹ جایگشت تصادفی در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. به طوری که با بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی، وضعیت سلامت نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادات:

عدالت و بی‌عدالتی در سلامت مفهومی هنجاری و پیچیده است. به طوری که اغلب نمی‌توان آن را به طور مستقیم سنجش کرد. بنابراین، عمدتاً تفاوت‌ها و اختلاف در واحدهای فضایی (بخش، شهرستان، استان، شهر یا روستا) و یا گروه‌های جمعیتی مختلف را می‌سنجند. عدالت در سلامت چندبعدی، چندوجهی و چندمقیاسی است. همچنین مفهوم سلامت نیز چندبعدی و پیچیده است به طوری که می‌تواند ابعاد مختلف روانشناختی، بیوفیزیکی، اقتصادی - اجتماعی و مکانی را در برگیرد. بعد مکانی اغلب در ادبیات به‌عنوان سلامت محیطی شناخته شده است. هدف اصلی پژوهش، تحلیل فضایی بی‌عدالتی و نابرابری در وضعیت سلامت و تعیین کننده‌های آن در استان‌های ایران می‌باشد. در این پژوهش وضعیت سلامت با استفاده از ۱۰ شاخص در استان‌ها برای سال ۱۳۹۵ محاسبه شد. تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت نیز در چهار گروه نیروی انسانی حوزه سلامت (۹ شاخص)، تسهیلات کالبدی/ فیزیکی حوزه سلامت (۱۰ شاخص)، بهداشت و کیفیت محیط (۶ شاخص) و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (۱۰ شاخص) محاسبه شد. وضعیت سلامت در استان‌های ایران نابرابری آشکاری را نشان می‌دهد؛ به طوری که در استان‌های خراسان شمالی، خوزستان، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان در سطح بسیار پایینی قرار دارد. به طور کلی می‌توان گفت وضعیت سلامت در استان‌های مرزی در وضعیت نامطلوبی قرار دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد که فرصت‌های دستیابی به منابع حوزه سلامت به طور ناعادلانه‌ای توزیع شده است و شکاف عمیقی در میان مناطق وجود دارد. در مولفه نیروی انسانی، علی‌رغم رشد سریع تعداد فارغ التحصیلان حوزه پزشکی و سلامت، هنوز بسیاری از مناطق از با کمبود نیروی انسانی روبرو هستند. کمبود نیروی انسانی در برخی مناطق هر دو هم کمبود تعداد مطلق و هم توزیع نابرابر ناشی می‌شود. وضعیت سلامت در مناطق از طریق دامنه وسیعی از عوامل اقتصادی-اجتماعی و

محیطی تعیین می‌شود. خوشه‌بندی فضایی مقادیر پایین سلامت و تعیین کننده‌های آن به طور گسترده‌ای در شرق و جنوب شرق کشور تمرکز یافته است. این شرایط از توزیع نابرابر و ناهمگن تعیین کننده‌های سلامت در استان‌های ایران ناشی می‌شود. همه چهار مؤلفه تعیین کننده در استان سیستان و بلوچستان در پایین‌ترین سطح قرار دارد. پژوهش‌های یداللهی و همکاران (۱۳۸۵)، ضرابی و شیخ بیگلر (۱۳۹۰)، پوررشو و همکاران (۱۳۹۱)، و احمدی و همکاران (۱۳۹۳) که عمدتاً در فاصله سالهای ۱۳۹۰-۱۳۸۰ انجام شده است، یافته‌های آنها نشان می‌دهد که نابرابری شدیدی میان استان‌ها وجود دارد و در این میان استان سیستان و بلوچستان در شرایط نامطلوبی قرار دارد. همانطور که نقشه‌های توزیع فضایی مربوط به تعیین کننده‌های سلامت نشان دادند، تعیین کننده‌های سلامت به طور نابرابری در میان استان‌ها توزیع شده است. با توجه به نتایج و یافته‌های پژوهش پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

- باز توزیع جغرافیایی منابع سلامت براساس نیازهای هر استان (یا واحد برنامه‌ریزی) توزیع شود. بنابراین، با توجه به شرایط نامناسب سلامت در مناطق شرقی کشور به خصوص استان سیستان و بلوچستان توجه ویژه شود. - از روش قابلیت دسترسی فضایی^۱ برای سنجش نابرابری در منابع و خدمات سلامت استفاده شود. این روش سه مؤلفه عرضه خدمات بهداشتی درمانی، تقاضای خدمات بهداشتی درمانی و ارتباطات- زیرساخت (به عبارتی فاصله بین دو مؤلفه عرضه کنندگان و تقاضاکنندگان) را با همدیگر ترکیب می‌کند. زیرا در روش‌های نسبت محور فقط عرضه و تقاضا در نظر گرفته می‌شود. - رصد مستمر وضعیت سلامت و تعیین کننده‌های آن در مقیاس‌های جغرافیایی مختلف.
- در سنجش نابرابری‌های سلامت و همچنین توزیع منابع سلامت نباید تنها بر میزان جمعیت تأکید کرد، همچنین باید نیازهای جمعیت را لحاظ کرد.
- استفاده از تحلیل‌های چندمقیاسی و فضایی- زمانی از وضعیت سلامت انجام شود.

سپاسگذاری

این مقاله بر گرفته از طرحی با عنوان (بررسی وضعیت نابرابری و بی عدالتی در شاخص‌های سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن در ایران) می‌باشد که با حمایت مالی، مرکز تحقیقات

References

1- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health:

the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15.

¹ - Spatial Accessibility

- 2- Afrakhteh, Hassan; Afkar, Abolhassan (2012), Factors Affecting Rural Health Level, *Journal of Rural Research and Planning*, No. 1, pp. 44-25. In Persian.
- 3- Ahmadi, Sajjad; Saburikhah, Hamid; Darvishi, Hedayatullah; Jabbari, Habib (2014), Spatial Analysis of Iran's Provinces in Health Indicators, *Regional Planning Quarterly*, Fourth Year, No. 14, pp. 44-31. In Persian.
- 4- Ali Akbar Anabestani; Behzadi, Sedigheh (2013), Assessing the level of rural health and individual factors affecting it in Meybod-Yazd city, third year, first issue, pp. 18-18. In Persian.
- 5- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38 (4), 261-271.
- 6- Asthana, S., & Gibson, A. (2008). Health care equity, health equity and resource allocation: towards a normative approach to achieving the core principles of the NHS. *Radical Statistics*, 96, 6.
- 7- Ataguba, J. E. O., Day, C., & McIntyre, D. (2015). Explaining the role of the social determinants of health-on-health inequality in South Africa. *Global health action*, 8(1), 28865.
- 8- Azar, Adel; Andalib Ardakani, Davood; Shah Tahmasbi, Ismail (2010), Evaluating the efficiency of provinces in rural health and treatment in the third program and the early years of the fourth development program, *Health Management Quarterly*, No. 13, pp. 65-87. In Persian.
- 9- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., & Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood. *Social science & medicine*, 65(9), 1839-1852.
- 10- Braveman, P. A. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of health, population and nutrition*, 181-192.
- 11- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Jama*, 294(22), 2879-2888.
- 12- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32, 381-398
- 13- Campbell, M. H. (2011). Exploring the social and spatial inequalities of ill-health in Scotland: A spatial microsimulation approach. (Doctoral dissertation, University of Sheffield).
- 14- DOHC (2001), *Quality and Fairness: A Health System for You*, Dublin: Stationery Office.
- 15- Fang, P., Dong, S., Xiao, J., Liu, C., Feng, X., & Wang, Y. (2010). Regional inequality in health and its determinants: evidence from China. *Health Policy*, 94(1), 14-25.
- 16- Hewko, J. N. (2003). *Spatial equity in the urban environment: Assessing neighbourhood accessibility to public amenities (Alberta)*.
- 17- Hekmatnia, H., Givehchi, S., Heidary Noshahr, N., Heidary Noshahr, M. (2011). *Analysis Distribution of Urban Public Services with Data Standardization, Taxonomy and Specification Coefficient Model (Case Study: Ardakan Town)*. *Human Geography Research Quarterly*, Volume: 43 Issue: 77,
- 18- Irwin, A., Valentine, N., Brown, C., Loewenson, R., Solar, O., Brown, H., & Vega, J. (2006). The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS medicine*, 3(6), e106.
- 19- Irwin, Alk; Scully, Elena (2005), *Measures related to social factors affecting health: derived from previous experiences*. Translated by Mohammad Hossein Niknam. Tehran: Wefaq. In Persian.
- 20- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652.
- 21- Khakpour, Baratali and Bavan Poori, Alireza. (2012). Investigation and analysis of inequality in developmental areas of Mashhad city. *Journal of Knowledge and Development*, 16 (27), 182-202. (In Persian).
- 22- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- 23- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- 24- McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy*, 113(3), 221-227.
- 25- McGaugh, M. (2009). The utility of Self-Organizing Maps in the analysis of social determinants of health. *Oklahoma State University*.

- 26- McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Social science & medicine*, 63(4), 1011-1022.
- 27- Mousavi, Seyed Meysam; Anjum Shooa, Mina; Rajabi Vasuklaei, Qasem; Ezzati Asar, Mohammad; Vareh Razdi, Ramin; (2015), Evaluation of West Azarbaijan Province in the field of benefiting from the indicators of development of health services, *Journal of the School of Nursing And Midwifery of Urmia*, Volume 13, Number 3, pp. 234-245. (In Persian).
- 28- Olabimpe, O. K. (2009). Analysis of equity in the pattern of health care utilization in South Africa (Doctoral dissertation, University of Cape Town).
- 29- Pourrshano, Firooz; Mohammad, Shiva; Pourzamani, Hamidreza (2012), A Study and Comparison of the Developmental Degree of Health and Health Services in Iran's Provinces in 2008, *Journal of Health System Research*, Volume 8, Number 7, pp. 1330-1322. In Persian.
- 30- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4), 651-677.
- 31- Rezaei, Mohmmadreza, and Akbari, Mahmood (2018), Survey of Health Indicator Inequalities in the township of Fars, *Journal of Regional Planning*, Volume 8, Number 31, pp. 19-31. In Persian.
- 32- Seidaei, Seyed Eskandar; Jamini, Davood; Jamshidi, Alireza (2014) Fourth year, first issue, (consecutive 12), pp. 64-43. (In Persian).
- 33- Sepehrdost, Hamid (2010), The role of government in the distribution of health and medical facilities in Hamadan province, *Quarterly Journal of Social Welfare*, No. 37, pp. 307-326. In Persian.
- 34- Sheikhi, Davood; Rezvani, Mohammad Reza; Mahdavi, Masoud (2012), Assessment and Analysis of Health Level in Rural Areas Based on the Healthy Village Approach: A Case Study of Khandab County, Markazi Province, *Rural and Development Quarterly*, Year 15, No. 2, Pp. 109-138. In Persian.
- 35- Sun, S., Chen, J., Johannesson, M., Kind, P., Xu, L., Zhang, Y., & Burström, K. (2011). Regional differences in health status in China: Population health-related quality of life results from the National Health Services Survey 2008. *Health & Place*, 17(2), 671-680.
- 36- Tahmasbi, Siamak; Gharghani, Masoumeh (2014), Evaluation of the country's rural health services, *Proceedings of the National Conference on Sustainable Rural Development in the Sixth Development Plan*. (In Persian).
- 37- Tyrrell, O. C. (2017). Analysis of Social Determinants of Health in Justice-Involved Youth: Relevance in the Context of Poverty.
- 38- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.
- 39- Zangiabadi, Ali; Bahari, Issa; Ghaderi, Reza (2013), Spatial Analysis and Leveling of Health-Medical Indicators Using GIS (Case Study: Cities of East Azarbaijan Province), *Geographical Research*, No. 108, pp. 75-106. (In Persian).
- 40- Zarabi, Asghar; Sheikh Biglou, Rana (2011), Leveling of Health Development Indicators of Iranian Provinces, *Social Welfare Quarterly*, Volume 11, Number 42, pp. 128-107. (In Persian).
- 41- Zatonski, W. (2007). The east-west health gap in Europe—what are the causes? *The European Journal of Public Health*, 17(2), 121-121.