

عنوان
تعیین کننده های اجتماعی و جمعیتی سلامت

دکتر محمود مشفق
عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

۱۴۰۲/۲/۱۰

گذار سلامت و مرگ و میر
در ایران

مراحل انتقال مرگ و میر بر اساس نظریه عمران

- مرحله اول :

- دوره طاعون و قحطی که تا اواسط قرن نوزدهم ادامه یافت.
- از نشانه های این دوره میزان مرگ و میر بالا و نوسان مرگ به دلیل بیماریهای عفونی است.

- مرحله دوم :

- دوره افول اپیدمیهای عالمگیر است که در اواسط قرن بیستم برای اکثر کشورهای توسعه یافته به وقوع می پیوندد
- و با هذار از بیماریهای عفونی به بیماری مزمن و همراه با افزایش امید زندگی از مرحله قبل متمایز میشود.

- مرحله سوم :

- دوره ی بیماریهای انهدامی که با غلبه بر بیماریهای مزمن
- و ثبات در میزان مرگ و میر در سطحی پایین شناخته میشود.

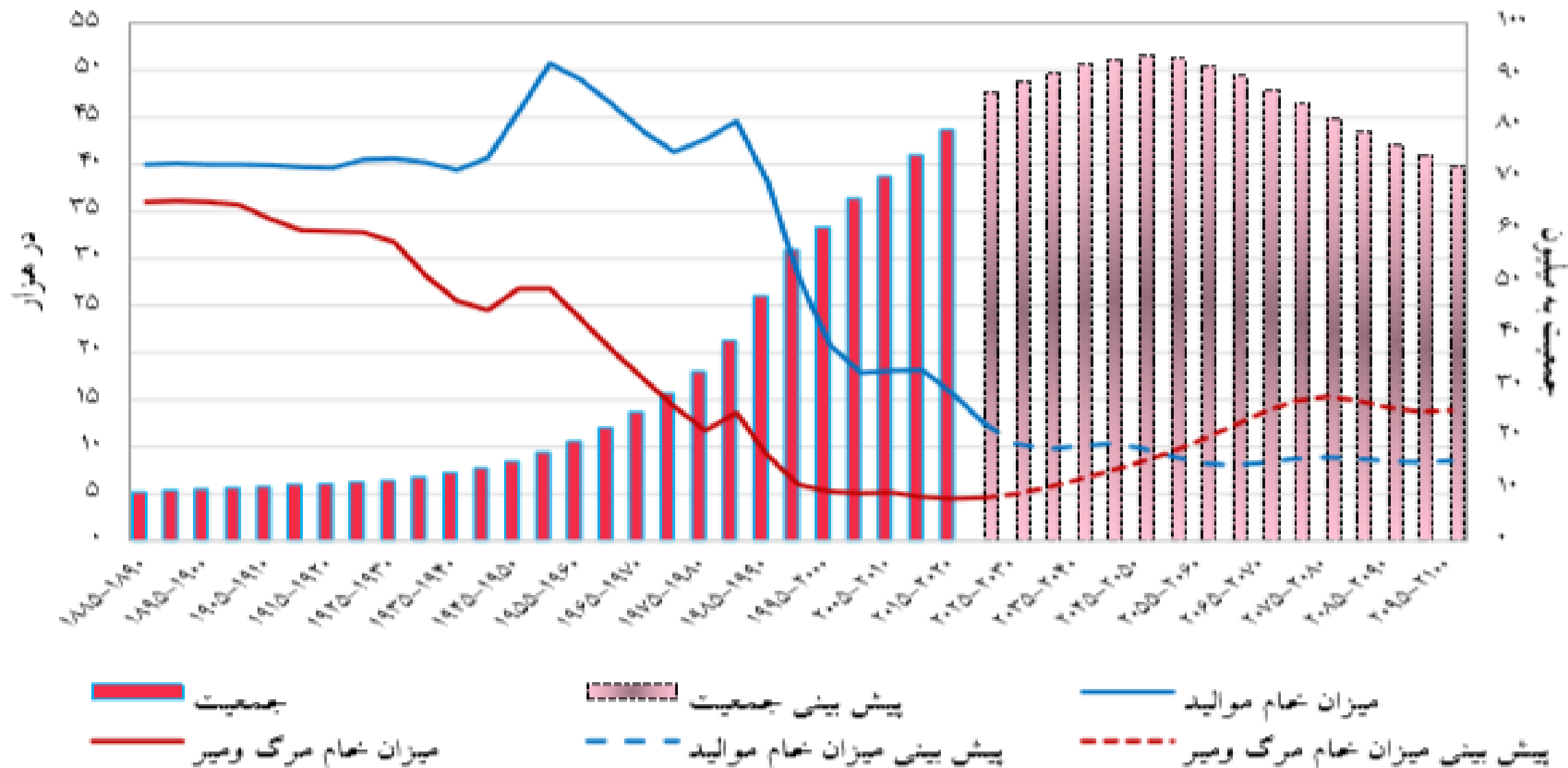
انواع بیماریها و تغییرات آنها در مراحل گذار مرگ و میر

- گروه اول بیماریهای عفونی و انگلی هستند که از ویژگی های آنها مسری و قابل انتقال بودن آنهاست.
- گروه دوم، بیماریهای ناشی از کهولت سن می باشند که مسری و قابل انتقال نیستند نظیر بیماریهای قلبی عروقی و سرطانها
- گروه سوم صدمات خارجی که شامل آسیبهای ناشی از علل خارجی را شامل می شوند.

مقایسه مراحل انتقال جمعیت و انتقال اپیدمیولوژیک

شرح	پیش از گذار و دوره طاعون و قحطی	میانه‌ی گذار کاهش پاندمیک‌ها	اواخر گذار	پس از گذار
الگوی علل مرگ در گذار اپیدمیولوژیک	غلبه شرایط بهداشتی ناشی از علل گروه اول	کاهش اهمیت علل گروه دوم	غلبه‌ی شرایط بهداشتی ناشی از علل گروه دوم	غلبه‌ی شرایط بهداشتی علل علل گروه دوم
الگوی مرگ در گذار جمعیتی	$e_0 < 40$ مرگ و میر بالا در کودکان و بزرگسالان	افزایش e_0 کاهش مرگ و میر کودکان	$e_0 > 70$ اغلب افراد تا بزرگ سالی زنده می‌مانند.	افزایش e_0 مرگ تا سنین بالاتر هم به تاخیر می‌افتد.

انتقال مرگ و میر در ایران



تعیین کننده های اجتماعی سلامت

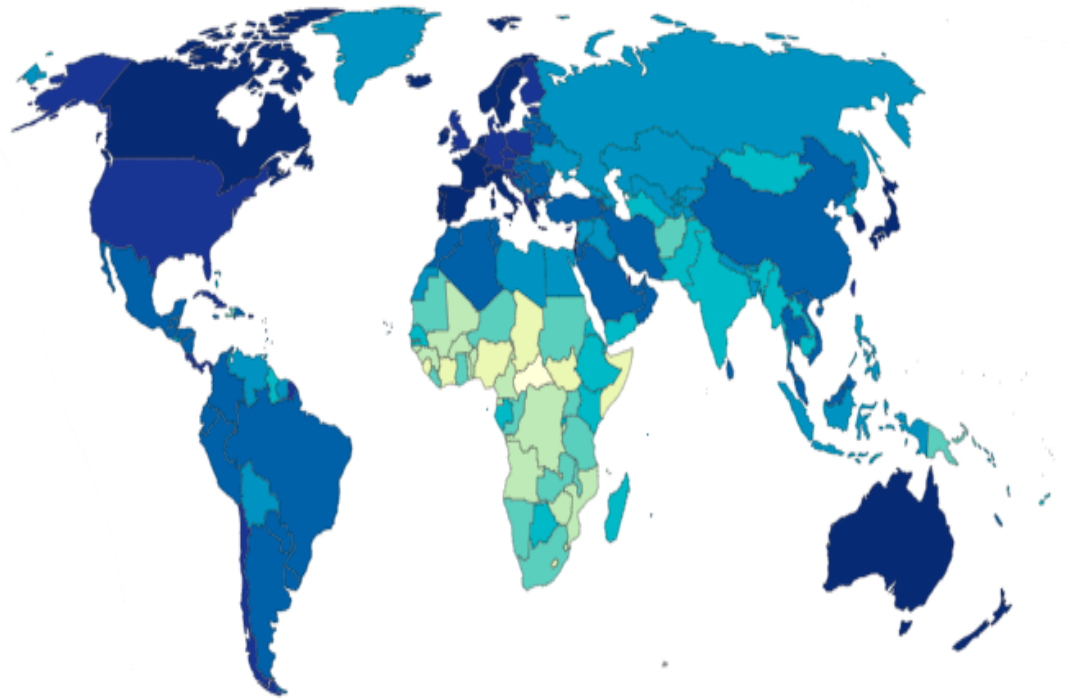
- عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت چیست؟ سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2019) تعیین کننده های اجتماعی سلامت را به عنوان شرایطی تعریف می کند که در آن افراد «به دنیا می آیند، رشد می کنند، کار می کنند، زندگی می کنند و پیر می شوند، و مجموعه وسیع تری از نیروها و سیستم ها که (سیاست های اقتصادی، اجتماعی و سیستم های سیاسی) شرایط زندگی روزمره را شکل می دهد.
- این شرایط توزیع پول، قدرت و منابع را در سطح جهانی، ملی و محلی رقم می زند و زمینه های نابرابری در سلامت را فراهم می کند.
- این شرایط بر سلامت، عملکرد و پیامدهای کیفیت زندگی فرد تأثیر می گذارد و مستقیماً منجر به نابرابری های سلامتی می شود که در صورتی که همه افراد دسترسی برابر به منابع اجتماعی و/یا اقتصادی داشته باشند، می توان از آن جلوگیری کرد (Kneipp et al., 2018).

چگونه شرایط اجتماعی بر سلامت تاثیر می گذارد. ؟
موقعیت اجتماعی در مرکز مدل " Diderichsen's model مکانیسم های نابرابری سلامت "
قرار دارد. مکانیسم های که در نابرابری اجتماعی سلامت نقش دارند عبارتند از

- زمینه های اجتماعی که باعث ایجاد قشربندی اجتماعی می شود و افراد را به موقعیت های اجتماعی مختلف منتسب می کند.
- قشربندی اجتماعی به نوبه خود باعث ایجاد تفاوت قرار گرفتن در معرض شرایط مخرب سلامتی و آسیب پذیری افتراقی می شود، از نظر شرایط سلامت و در دسترس بودن منابع مادی نابرابری ایجاد می کند.
- قشربندی اجتماعی نیز به نوبه خود نتایج افتراقی بیماری برای گروه های بیشتر و کم برخوردار تعیین می کند(از جمله پیامدهای اقتصادی و اجتماعی، و همچنین سلامت متفاوت نتایج فی نفسه).

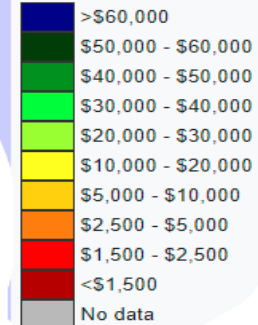
مقایسه نقشه امید زندگی و درآمد سرانه در جهان توزیع نابرابر ثروت و سلامت

Life expectancy, 2019



54 years 58 years 62 years 66 years 70 years 74 years 78 years 82 years 86 years 90 years

English: Map of countries



<https://ourworldindata.org/life-expectancy> •

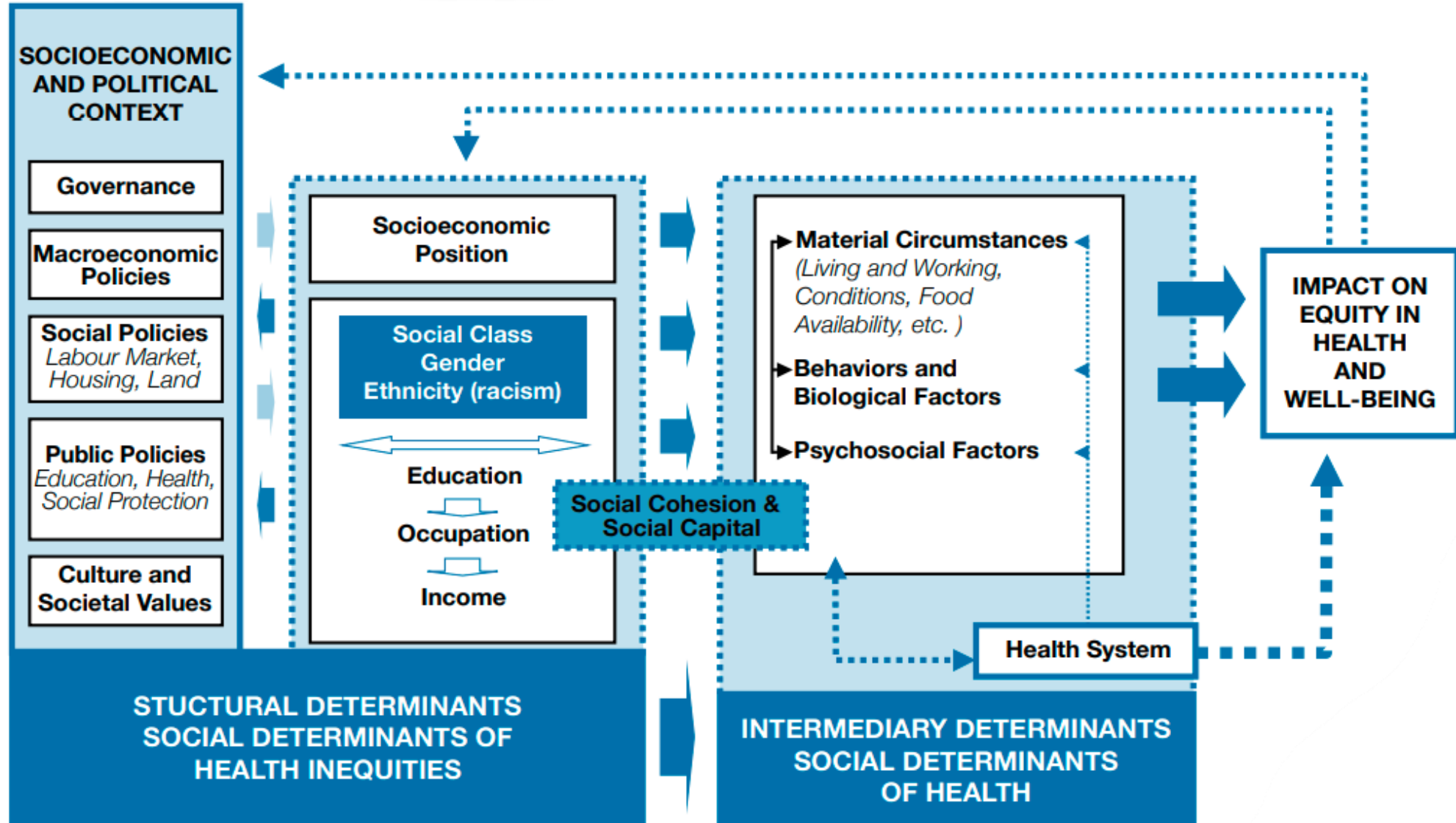
نوسانات امید زندگی در جهان

نام کشور	متوسط امید زندگی	مردان	زنان
Angola	38.2	37.24	39.22
Zambia	38.63	38.53	38.73
Lesotho	40.38	41.18	39.54
Mozambique	41.18	41.83	41.53
Sierra Leone	41.24	38.92	43.64
Liberia	41.84	40.71	43

نام کشور	متوسط امید زندگی	زنان	مردان
Monaco	89.52	93.69	85.77
Japan	84.74	87.52	81.45
Singapore	84.68	85.74	80.5
Macau (China)	84.51	84.64	80.35
San Marino	83.18	85.72	78.96
Hong Kong (China)	82.16	84.95	79.5

کشور	رتبه در جهان	متوسط	مردان	زنان
Iran	76	75.06	73.98	76.22

مدل تعیین کننده های اجتماعی سلامت



تعیین کننده های اجتماعی سلامت



Social Determinants of Health

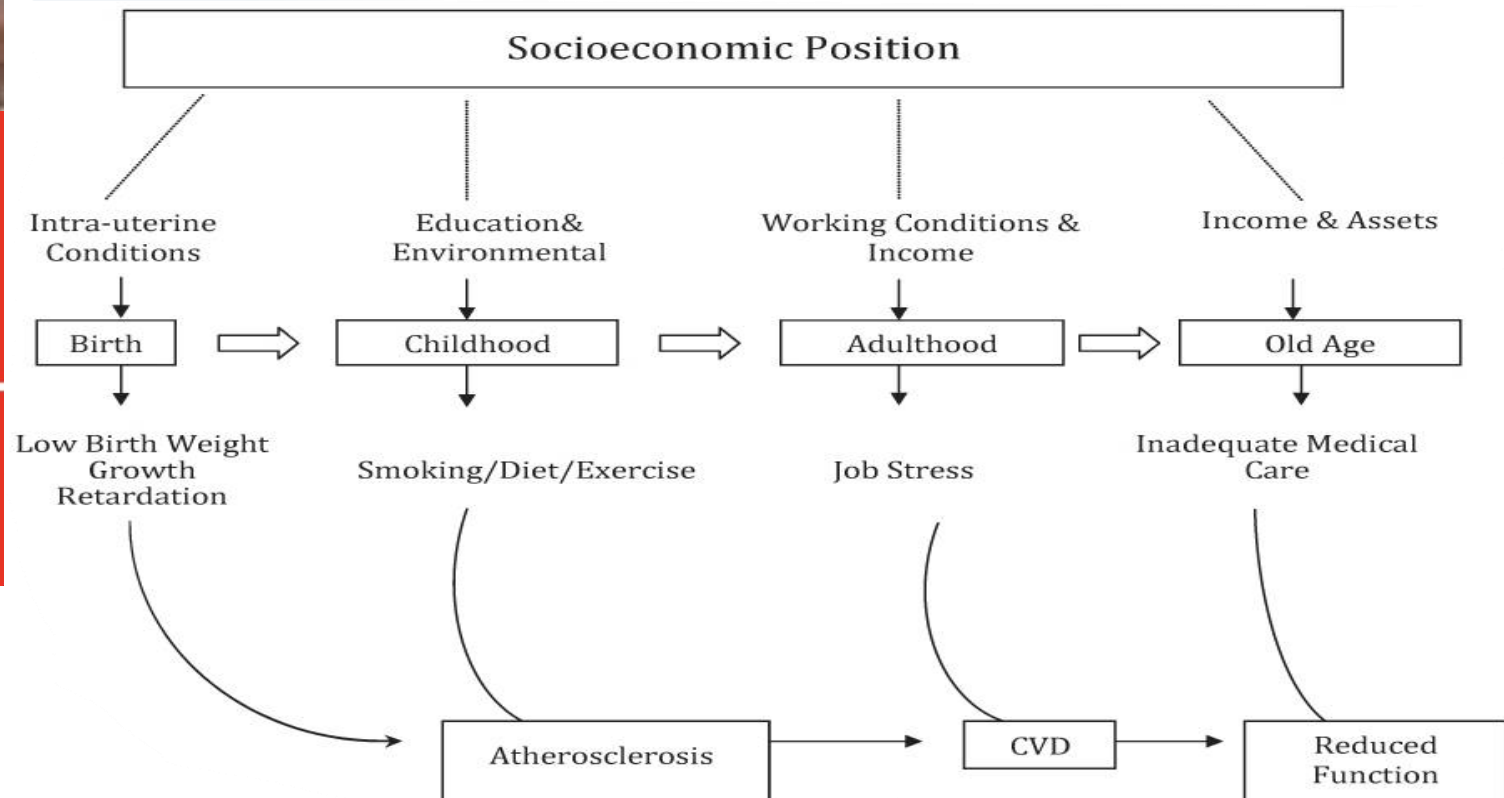
Economic Stability	Neighborhood and Physical Environment	Education	Food	Community and Social Context	Health Care System
Employment Income Expenses Debt Medical bills Support	Housing Transportation Safety Parks Playgrounds Walkability	Literacy Language Early childhood education Vocational training Higher education	Hunger Access to healthy options	Social integration Support systems Community engagement Discrimination	Health coverage Provider availability Provider linguistic and cultural competency Quality of care

Health Outcomes

Mortality, Morbidity, Life Expectancy, Health Care Expenditures, Health Status, Functional Limitations



مثال: مکانسیم اثر گذاری شرایط اقتصادی - اجتماعی بر احتمال وقوع بیماری قلبی و عروقی



مدل ارتقاء سلامت پندر :

- خانم نولا پندر الگوی ارتقاء سلامت را در سال ۱۹۸۲ در دانشگاه میشیگان طراحی نموده است و آن را به عنوان یک الگوی جامع برای پیش بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت معرفی کرد. این الگو ابتدا در ادبیات پرستاری وارد شد.
- این الگو می تواند به عنوان راهنمایی در جهت توضیح فرایندهای جسمانی- روانشناختی- اجتماعی محرک افراد جهت انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت عمل کند. الگوی ارتقاء سلامت پندر یک الگوی رویکرد مدار می باشد. این الگو بر خلاف الگوی اعتقاد بهداشتی، ترس یا تهدید را محرک انجام رفتار نمی داند. چرا که معتقد است تهدیدهای دارای نتایج فوری بر سلامت می تواند محرک رفتار باشند، اما تهدیدات دارای نتایج دور از نیروی انگیزشی لازم برخوردار نیستند. (Pender et al,2006)
- نسخه اولیه الگوی ارتقاء سلامت پندر با توجه به تئوری شناخت اجتماعی بندورا، الگوی اعتقاد بهداشتی و مطالعات خود پندر در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و خود مراقبتی طراحی شد.
- الگوی اولیه به عوامل شناختی- ادراکی، عوامل تعدیل کننده و مشارکت در رفتار ارتقاء سلامت تقسیم می شود .

مدل ارتقاء سلامت اولیه شامل هفت فاکتور شناختی- ادراکی است که احتمالا اقدام کردن و پرداختن به رفتارهای ارتقاء سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد. این فاکتورها مسئول تغییر در نظر گرفته می شوند که به عنوان مبنای مداخلات ساخت دهنده به ارتقاء سبکهای زندگی سالم می باشند. این ۷ فاکتور عبارتست از

• اهمیت سلامت :

- ارزشی را که بهداشت در ارتباط با دیگر ارزشهای زندگی شخص دارد منعکس می کند و متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت با ذکر قابل تغییر بودن این فاکتور تشویق می کنند و پیشنهاد می نمایند که نگرشها و احتمالا ارزشها می توانند اصلاح شوند.

• کنترل درک شده بر سلامت :

- این اعتقاد که سلامت تحت کنترل خود فرد است و یا تحت تاثیر قدرتهای دیگر یا شانس، تقدیر و قضا و قدر قرار دارد را بیان می کند. منطقی است که اگر درک فرد از سلامتی این باشد که تحت کنترل شانس یا قضا و قدر است، توجهش جهت ارتقاء سلامتی کاهش خواهد یافت.

• خودکارآمدی درک شده :

- در ارتباط نزدیک با کنترل درک شده سلامتی قرار می گیرد و این باور است که شخص مهارت و توانایی اجرای عملکردهای خاصی را دارد. عملکردهای خاصی که شخص ممکن است نیاز به اجرایش داشته باشد، ممکن است براحتی سطح سلامت فرد را تحت تاثیر قرار دهد. اعتماد به مهارتهای شخص جهت اجرای این عملکردها می تواند احتمال تلاش برای آنها را افزایش دهد.

• تعریف سلامت :

- این سازه معنی شخصی سلامت را از دیدگاه هر فرد منعکس می کند.
- برای مثال آیا شخص سلامت را به عنوان غیاب بیماری جسمی در نظر می گیرد و یا سلامت را به عنوان شرایطی در حال تغییر از ابعاد جسمی، ذهنی، محیطی، اجتماعی و روحانی می داند که بدون شک در نحوه برخورد وی تاثیر گذار است.
- آموزش بهداشتی که خوب طراحی و اجرا شده باشد می تواند معنی منطقی و مثبتی را برای بهداشت و سلامت القاء نماید.

• وضعیت بهداشتی درک شده :

- عبارتست از خودارزیابی از وضعیت اخیر بهداشتی به عنوان وضعیت ذهنی که متدهای متفاوتی از قبیل ارزیابی خطر بهداشتی، مشاوره و آزمایشات پزشکی می تواند برای عینی کردن وضعیت بهداشتی استفاده شود.
- با این وجود این کار ضرورتاً نمی تواند جایگزین درک ذهنی وضعیت بهداشتی کلی شود.

• فواید درک شده رفتار ارتقاء سلامت:

- نتایج درک شده از رفتار مورد نظر را گویند. فواید ممکن است در فرمهای متفاوتی باشد. احساس بهتر، پذیرش اجتماعی، بیان آزادانه عشق و عاطفه، تعداد کمتر روزهای فارغ از کار، امید به زندگی بالاتر. ارتقاء سلامت موثر می تواند درک فواید را اصلاح نماید.
- همچنین این عوامل بوسیله بهبود تدریجی در وضعیت بهداشتی از قبیل اندازه گیری اجزاء مربوط به سلامتی و ایجاد تناسب بوسیله ورزش می تواند تقویت شود.

• موانع درک شده رفتار ارتقاء سلامت :

- موانع و بلوکهای درک شده در برابر رفتار است. مثل فشار همسالان که این مانع ممکن است از طریق مهارتهای عدم قبول و یا ایجاد و توسعه خود مفهومی در فرد کاهش یابد.
- مانع دیگر کمبود منابع است که بوسیله آشنایی افراد با آژانسهای جامعه یا بوسیله منابع جایگزین دیگر می تواند کاهش یابد.

چگونه پزشکان می توانند عوامل اجتماعی را در درمان بیماری ها لحاظ کنند.

نیاز روزافزونی برای افزایش مهارت های کادر درمان برای ارزیابی زمینه های اجتماعی بیماری وجود دارد. استراتژی هایی که کادر درمان می توانند برای رسیدگی به مسائل اجتماعی بیماری ها اجرا کنند عبارتند از:

- برنامه درسی تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در تمام دوره های بالینی بگنجانید، و اطمینان حاصل کنید که دانشجویان به طور معمول شرایط اجتماعی را در بررسی بالینی ارزیابی می کنند.
- تقویت همکاری بین رشته ای با مددکاران اجتماعی، روانشناسان، جامعه شناسان، بهداشت عمومی، برنامه ریزی شهری، بهداشت حرفه ای، پلیس و آتش نشانان برای اطمینان از ارائه موثر مراقبت در سطح جامعه.
- تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در سیاست های اداری لحاظ کنید.
- در مورد قوانین پیشنهادی و اثرات بالقوه آنها بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جریان باشند.
- از استفاده از ابزارهای مستندسازی که از اقدامات مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت استفاده کنند، حمایت کنید.

تحوالات امید زندگی در ایران

سال	مرد	زن
1355	55	56
1365	58	59
1375	65	67
1385	71	73
1390	74	76

Iran - Historical Life Expectancy Data

1975	54.28	1.51%
1974	53.47	1.54%
1973	52.66	1.34%
1972	51.96	1.36%
1971	51.27	1.38%
1970	50.57	1.40%
1969	49.88	1.42%
1968	49.18	1.15%
1967	48.62	1.17%
1966	48.06	1.18%
1965	47.5	1.19%
1964	46.94	1.21%
1963	46.38	1.26%
1962	45.8	1.27%
1961	45.23	1.29%
1960	44.65	1.31%
1959	44.08	1.32%
1958	43.5	1.36%
1957	42.92	1.37%
1956	42.34	1.39%
1955	41.75	1.41%
1954	41.17	1.43%
1953	40.59	1.45%
1952	40.01	1.48%
1951	39.43	1.50%
1950	38.84	0.00%

2000	69.91	0.59%
1999	69.5	0.60%
1998	69.09	0.64%
1997	68.65	0.64%
1996	68.22	0.64%
1995	67.78	0.65%
1994	67.35	0.65%
1993	66.91	2.12%
1992	65.52	2.16%
1991	64.13	2.21%
1990	62.75	2.26%
1989	61.36	2.31%
1988	59.97	2.70%
1987	58.4	2.77%
1986	56.82	2.85%
1985	55.25	2.93%
1984	53.67	3.02%
1983	52.1	-1.74%
1982	53.02	-1.71%
1981	53.94	-1.68%
1980	54.87	-1.65%
1979	55.79	-1.63%
1978	56.71	1.45%
1977	55.9	1.47%
1976	55.09	1.49%

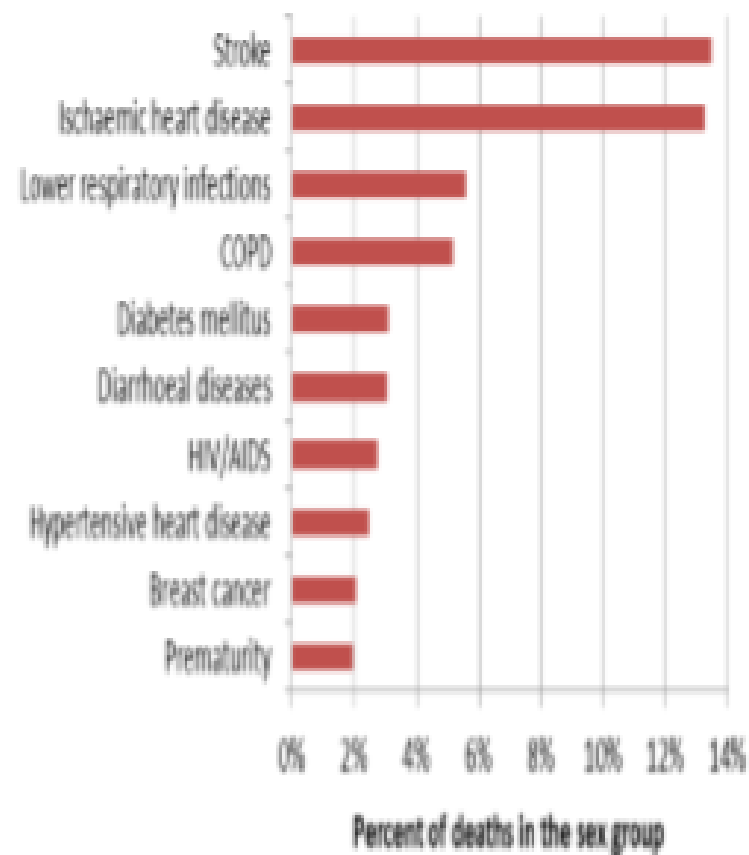
Year	Life Expectancy	Growth Rate
2022	77.13	0.25%
2021	76.94	0.26%
2020	76.74	0.26%
2019	76.55	0.26%
2018	76.35	0.34%
2017	76.09	0.35%
2016	75.83	0.35%
2015	75.56	0.35%
2014	75.3	0.35%
2013	75.04	0.62%
2012	74.58	0.63%
2011	74.11	0.63%
2010	73.65	0.63%
2009	73.18	0.64%
2008	72.72	0.43%
2007	72.41	0.44%
2006	72.09	0.44%
2005	71.78	0.44%
2004	71.46	0.44%
2003	71.15	0.58%
2002	70.74	0.59%
2001	70.33	0.59%

ده علت مرگ بين زنان و مردان جهان

Male



Female



رتبه بندی علل مرگ در ایران

درصد کل	تعداد			علت فوت
	زن	مرد	کل	
۱۰۰	۱۴۵۲۸۷	۱۹۳۳۹۴	۳۳۸۶۸۱	جمع
۳۸.۰	۵۸۹۰۷	۶۹۸۷۷	۱۲۸۷۸۴	بیماریهای قلبی و عروقی
۱۰.۳	۱۴۵۱۱	۲۰۳۶۸	۳۴۸۷۹	سرطان ها و تومورها
۷.۵	۵۹۹۷	۱۹۴۷۳	۲۵۴۷۰	حوادث غیرعمدی
۷.۲	۱۰۵۵۶	۱۳۸۷۷	۲۴۴۳۳	بیماریهای دستگاه تنفسی
۳.۱	۴۵۸۳	۵۷۶۱	۱۰۳۴۴	بیماری عفونی و انگلی
۲.۶	۳۹۹۵	۴۷۵۰	۸۷۴۵	ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی
۲.۲	۳۰۱۶	۴۴۲۰	۷۴۳۶	بیماریهای دستگاه گوارشی
۱.۸	۲۶۴۸	۳۵۹۳	۶۲۴۱	بیماریهای دوران حول تولد
۱.۸	۲۷۳۶	۳۳۲۲	۶۰۵۸	بیماریهای دستگاه ادراری و تناسلی
۱.۸	۲۸۶۲	۳۰۹۳	۵۹۵۵	بیماریهای سیستم عصبی
۱.۶	۲۹۱۴	۲۳۵۷	۵۲۷۱	بیماریهای تغذیه و متابولیک
۰.۸	۱۳۰۸	۱۴۲۳	۲۷۳۱	بیماریهای سیستم خونساز ایمنی
۰.۴	۵۴۵	۸۲۱	۱۳۶۶	بیماریهای روانی و اختلال رفتاری
۰.۲	۳۹۷	۳۰۵	۷۰۲	بیماریهای اسکلتی عضلانی
۰.۱	۳۲۷	۰	۳۲۷	عوارض حاملگی و زایمان
۰.۰۴	۳۹	۲۵	۶۴	بیماریهای جلد و زیرجلد
۱.۰	۵۲۸	۲۹۴۷	۳۴۷۵	سایر علت ها
۱۱.۳	۱۹۴۸۰	۱۸۷۸۶	۳۸۲۶۶	علائم و حالات بد تعریف شده مبهم
۸.۳	۹۹۳۸	۱۸۱۹۶	۲۸۱۳۴	نامعلوم