

ارتقاء دانش و اتخاذ اقدامات مؤثر در باره عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در افراد مبتلا به درد

نویسندگان:

اما. ل. کارن^۱، اورسلا. ا. وسلمن^۲، چنانسو. ن. ایگوسی-چی-دوبی^۳، پلاویا. پ. کاپوس^۴

مقدمه

اصطلاح "عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت"^۵ به شرایطی اطلاق می‌شود که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و پیر می‌شوند؛ همچنین، شرایطی چون نحوه توزیع قدرت، پول و منابع نیز در زمره عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به‌شمار می‌آیند^[۱۴]. این نوشتار، ضمن بیان اهمیت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در حوزه درد، ارتباط این عوامل را با توزیع عادلانه سلامت توضیح می‌دهد؛ بر ضرورت تدوین راهبردهایی چندسطحی و میان‌بخشی برای پرداختن به این عوامل تأکید می‌کند و روش‌هایی را که متخصصان درد می‌توانند با اجرای آنها نابرابری‌های قابل پیشگیری در پیامدهای مرتبط با درد را کاهش دهند، توضیح می‌دهد.

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، در شکل‌گیری نابرابری‌های سلامت، نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند.

نابرابری‌های چشمگیر در سلامت، هم در درون هر کشور و هم در مقایسه میان کشورها، قابل مشاهده است. پیامدهای سلامت، با میزان محرومیت یا برخورداری افراد از مواهب اجتماعی، ارتباط نزدیکی دارند. به‌طور کلی، محرومیت‌های اجتماعی - اقتصادی شدیدتر با وخامت بیشتر در وضعیت سلامت افراد، همراه است و میان جوامع دارای بیشترین و کمترین میزان محرومیت، یک "شیب اجتماعی"^۶ قابل مشاهده است^[۱۵]. این شیب، منعکس‌کننده تفاوت‌های موجود در فرصت‌های افراد برای برخورداری از یک زندگی سالم است؛ این فرصت‌ها، تحت تأثیر گستره وسیعی از شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی شکل می‌گیرند. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت هم دربرگیرنده شرایطی است که افراد در آن کار و زندگی می‌کنند و هم شامل میزان برخورداری افراد از مراقبت‌های سلامت، تعلیم و تربیت، امنیت غذایی و ثبات درآمد نیز می‌باشد. وقتی این عوامل به‌شکل ناعادلانه و نابرابری توزیع شده باشند، نابرابری‌های قابل پیشگیری در سلامت پدید می‌آیند. قرار گرفتن نابرابر در معرض شرایط نامطلوب اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی به‌شکلی نظام‌مند رخ می‌دهد و نابرابری‌های مرتبط با سلامت نیز از دل ساختارها، سیاست‌ها، مناسبات سیاسی و سامانه‌هایی پدید آمده و ادامه می‌یابند که خود موجب توزیع ناعادلانه قدرت، درآمد، آموزش و منابع می‌شوند.

¹ Emma L. Karran, PhD: University of South Australia, Kaurua Land, Adelaide, Australia

² Ursula I. Wesselmann, MD, PhD, DTM&H (Lond.): Department of Anaesthesiology and Perioperative Medicine, Division of Pain Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, United States

³ Chinonso N. Igwesi-Chidobe, PhD: University of Bradford, United Kingdom and University of Nigeria, Nigeri

⁴ Flavia P. Kapos, DDS, MS, PhD: Duke University, Durham, North Carolina, United States

⁵ social determinants of health (SDoH)

⁶ social gradient

در نقطه مقابل، عدالت در سلامت زمانی محقق می‌شود که "همه افراد، فرصت برابر و عادلانه‌ای برای برخورداری از بیشترین سطح ممکن سلامت را داشته باشند"^[۳]. عدالت در سلامت حاصل سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی است که با هدف بهبود زندگی جمعیت‌ها در سراسر شیب اجتماعی (طیف اجتماعی) طراحی شده‌اند، به‌گونه‌ای که سرمایه‌گذاری‌ها متناسب با میزان نیاز صورت گیرد. بخش مراقبت‌های سلامت نقش مهمی در کاهش بار بیماری‌ها ایفا می‌کند؛ با این حال، پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مستلزم توجه به شرایط ساختاری است که افراد در آن‌ها زاده می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و سالمندی را تجربه می‌کنند؛ این امر در همه سطوح – فردی، اجتماعی، کشوری و جهانی – صادق است.

چه ارتباطی بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و درد وجود دارد؟

اکنون مشخص شده است که عوامل گسترده‌ای زندگی افراد را شکل می‌دهند، این عوامل، به همان اندازه که در سایر بیماری‌های مرتبط با سلامت نقش دارند؛ در تجربه درد و پیامدهای مرتبط با آن نیز مؤثرند^[۵،۸،۹]. مطالعات متعددی انجام شده در کشورهای مختلف جهان نشان داده‌اند که درآمد و سطح تحصیلات پایین و همچنین، زندگی در محله‌هایی که با محرومیت شدید مواجه‌اند، با پیامدهای نامطلوب‌تری در زمینه تجربه درد و کنترل آن همراه‌اند. همچنین، نژاد (و نژادپرستی)، قومیت، سن، جنس^۱، جنسیت^۲، شرایط شغلی و میزان مشارکت در امور مذهبی، همگی در شدت، تأثیر و خطر بروز درد نقش مؤثری ایفا می‌کنند^[۱۱]. در همین راستا، بسیاری از این عوامل بر تجربه افراد از مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارند. تفاوت‌هایی در مراقبت‌های بهداشتی گروه‌هایی که بر اساس جایگاه اجتماعی - اقتصادی، نژاد، قومیت و سایر عوامل اجتماعی قابل‌تفکیک تعریف می‌شوند، شناسایی شده است که از میان آنها به‌ویژه باید به مواردی مانند تجویز داروهای مخدر، توصیه به جراحی، و دسترسی به عرضه‌کنندگان خدمات سلامت اشاره کرد. برای نمونه، مشخص شده است که گروه‌های نژادی و قومی اقلیت در ایالات متحده به احتمال کمتری، داروهای مخدر برای درمان درد مزمن دریافت می‌کنند^[۱۶]؛ همچنین، افرادی که خود را در چارچوب دوگانه جنسیتی (یعنی مرد یا زن) تعریف نمی‌کنند، ممکن است با عرضه‌کنندگان خدمات سلامت ناآگاه یا کم‌آگاه مواجه شوند و در حیطه مراقبت‌های بهداشتی و سایر حوزه‌های اجتماعی، تبعیض‌های قابل‌توجهی را تجربه کنند^[۲]. در مجموع، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت قادرند بر میزان دسترسی و نیز توان مالی افراد برای بهره‌مندی از خدمات سلامت، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و مسیرهای درمانی^۳ اثر گذارند. علاوه بر این، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت باعث می‌شوند تا برخی از افراد کمتر از دیگران بتوانند از فرصت‌های موجود برای درمان و کنترل درد استفاده کنند.

بررسی روابط بین موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی و درد نشان داده است که عوامل اجتماعی - اقتصادی از جمله میزان درآمد، سطح تحصیلات، موقعیت شغلی و زندگی در محله‌های محروم در تعامل با عوامل روانی، اجتماعی، زیستی و رفتاری، تجربه درد را شکل می‌دهند^[۱۰]. مطالعه‌ای جدید که بر پایه اطلاعات مربوط به یک میلیون و سیصد هزار نفر در ۱۴۶ کشور طی ۱۰ سال انجام شده، ارتباط بین نرخ بیکاری ملی و میزان گزارش درد جسمانی را مورد واریسی قرار داده است؛ نتایج این مطالعه نشان داد که افزایشی

1. sex

2. gender

3. care pathways

سه درصدی در نرخ بیکاری، منجر به افزایش یک درصد در افرادی می شود که درد جسمی را گزارش کرده اند. تحلیل های بیشتر نشان داد که این نتیجه عمدتاً در زنان مشاهده می شود؛ به سخن دیگر، افزایش نرخ بیکاری منجر به افزایش درد جسمی در میان زنان می شود تا در مردان^[۱۲].

ویژگی های فردی مانند جنسیت، نژاد و قومیت نیز دارای روابط درونی و پیچیده ای هستند. چارچوب نظری "درهم تنیدگی"^۱ نشان می دهد که چگونه تعامل های گوناگون میان ویژگی های فردی با قدرت، ستم و امتیازات می توانند به نابرابری های سلامت منجر شوند^[۱۳]. این چارچوب نظری اذعان دارد که تعامل های پیچیده میان ترکیبی از ویژگی های فردی می تواند موجب تشدید امتیاز یا تبعیض شود؛ برآیند این درهم تنیدگی، برخورداری از پیامدهای سلامت بهتر یا بدتر نسبت به حالتی است که فرد تنها یکی از این ویژگی ها را داشته باشد. ضروری است که به تفاوت های گسترده در ساختارهای اجتماعی و سلسله مراتب فرهنگی در سطح جهان توجه شود؛ چرا که جنبه هایی از هویت که در برخی فرهنگ ها دارای معنا و اهمیت هستند (مانند جنس، جنسیت، نژاد، قومیت، گرایش جنسی، ناتوانی، و عوامل اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی) ممکن است در فرهنگ های دیگر از اهمیت کمتری داشته باشند. بررسی های مبتنی بر زمینه های خاص از مفهوم درهم تنیدگی و تأثیرات آن بر فرصت ها و پیامدهای سلامت، احتمالاً بخش جدایی ناپذیری از تدوین سیاست ها و اقدامات مؤثر برای مقابله با نابرابری های سلامت و کاهش بار درد برای همگان خواهد بود^[۴].

در مبتلایان به درد، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دارای پیامدهای چندسطحی هستند که مقابله با آنها مستلزم اتخاذ راهبردهایی چندسطحی است.

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بر تجربه های مرتبط با درد افراد، تأثیرگذارند. برای نمونه، این عوامل بر فرصت های مبتلایان به درد برای پیشگیری و مدیریت درد اثر می گذارند و از این طریق، به شکل گیری توزیع نابرابر درد در میان جمعیت های مختلف، دامن می زنند. پیامدهای ناشی از عوامل چندسطحی مؤثر بر تجربه درد و تعامل آن ها با نظام های نابرابر (مانند نژادپرستی، جنسیت گرایی، تبعیض طبقاتی، تبعیض به خاطر ناتوانی^۲، تبعیض سنی، دگرجنس گرایی، و دوگانه انگاری جنسیتی) ممکن است در طول زندگی فرد انباشته شوند و به طور بالقوه در انتقال بین نسلی درد و پیامدهای مرتبط با آن، نقش ایفا کنند^[۶].

به تازگی، مروری بر نتایج پژوهش هایی انجام شده است که نابرابری های اجتماعی در زمینه درد را طی پنجاه سال گذشته مورد واریسی قرار داده بودند؛ این مطالعه مروری توانست حوزه های اولویت دار را برای پژوهش های آینده شناسایی کند که از میان آنها می توان به توجه بیشتر به کشورهای با درآمد پایین، پیشگیری از درد مزمن، و بررسی عوامل مهم مؤثر بر نابرابری های مرتبط با درد اشاره کرد^[۴]. پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و نابرابری های سلامت، مستلزم همکاری میان بخش های متعدد جامعه از جمله نظام سلامت، آموزش، خدمات اجتماعی، دستگاه قضایی، اشتغال، مسکن و حمل و نقل است؛ در سایه این همکاری، راهبردهایی جامع برای مقابله با طیف گسترده ای از عوامل مؤثر بر سلامت و رفاه تدوین می شوند. تحقق راهبردهای مؤثر در زمینه کاهش نابرابری های سلامت مستلزم تدوین سیاست های پشتیبانی از سوی دولت ها و وجود اراده سیاسی قوی است.

1. intersectionality

2. ableism

جوامع درد می‌توانند در جهت رفع نابرابری‌های سلامت، اقدام کند

جوامع مرتبط با درد به‌طور گوناگون می‌توانند برای مقابله با تفاوت‌های قابل پیشگیری در تجربه درد و نتایج سلامت، برنامه‌ریزی و اقدام کنند. نمونه‌هایی از شیوه‌های پژوهشی، ملاحظات مراقبتی، و همکاری‌های چندبخشی برای ارتقاء درک بهتر از نابرابری‌های سلامت و اقدامات مؤثرتر به‌منظور کاهش نابرابری‌های سلامت در شکل ۱ نشان داده شده‌اند.

شکل ۱. پیشنهادهایی برای درک بهتر از نابرابری‌های سلامت در حوزه درد و راهکارهایی برای رفع آنها

طراحی و هدایت پژوهش‌ها با اتخاذ رویکردی عدالت – محور در سلامت						
محیط‌های پژوهشی را متنوع کنید و مشارکت در خودبازنگری ^۱ را افزایش دهید	بیماران درد و نیز جوامعی که کمتر در پژوهش‌ها مشارکت داشته‌اند، در پژوهش‌ها شرکت دهید	موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را برای گروه‌های کمتر نمایان شده و محروم کاهش دهید ^۲	اطمینان حاصل کنید مواد مورد استفاده در پژوهش‌ها، فراگیر، مرتبط و متناسب با سطح خواندن مخاطبان باشند	نیازهای فرهنگی و زبانی و همچنین حساسیت‌های فرهنگی و زبانی را مورد دقت قرار دهید	برای توصیف ویژگی‌های مرتبط با عدالت در سلامت شرکت‌کنندگان اطلاعات فراهم کنید ^۳ .	از پژوهش‌های مرتبط با درد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط حمایت کنید.

پیگیری پرسش‌های پژوهشی مرتبط با عدالت در سلامت					
سیستم‌های سلامت چگونه نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و تجربه آن را حفظ می‌کنند یا به چالش می‌کشند؟	عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت چگونه تجربه درد و برآیندهای آن را متأثر می‌کنند؟	عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت چگونه بر تجربه‌های زندگی افراد مبتلا به درد اثر می‌گذارند؟	درهم‌تنیدگی‌های موجود در میان بیماران مبتلا به درد را مورد واریسی قرار دهید	عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت چه ارتباطی با نوروپیزیولوژی و سایر نشانگرهای زیستی دارند؟	تأثیر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را بر امکان‌پذیری مطالعه بررسی کنید ^۳



هنگام اجرای برنامه‌های سلامت و ارائه مراقبت‌های بهداشتی، هدف را کاهش نابرابری‌های سلامت قرار دهید				
به‌طور خاص، به جمعیت‌های محروم خدمت‌رسانی کنید	راهبردهایی را در سطح کلان جامعه اجرا کنید که هدف آنها رفع شکاف‌های سلامت بر اساس میزان نیاز افراد باشد	ارتقاء سلامت را در سطوح فردی، بین‌فردی، اجتماعی و ساختارهای جامعه، هدف قرار دهید.	همکاری میان بخش‌های مختلف (مانند مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی، آموزش، اشتغال، عدالت، و حمل‌ونقل) را برای واریسی عواملی که بر سلامت تأثیر گذارند، ترویج کنید.	از سیاست‌ها و برنامه‌هایی که هدفشان کاهش نابرابری‌های در بین گروه‌های اجتماعی است، حمایت کنید.

- ۱- تیم پژوهشی باید درباره امکان و چگونگی تأثیری که ممکن است جایگاه فردی، امتیازات اجتماعی، و قدرت سازمانی بر روابط با جوامع، شکل‌گیری پرسش‌های پژوهشی، تولید دانش، و تفسیر یافته‌ها اعمال کند، تأمل کند
- ۲- برای نمونه، عرضه کمک‌های مالی برای حمل و نقل، ایجاد مراکزی برای نگهداری کودکان بیماران، ارائه زمان‌های ملاقات انعطاف‌پذیر و ایجاد مراکز مراقبت محلی.
- ۳- این عوامل شامل جذب نیرو، حفظ نیرو، مقبولیت، حضور و پایبندی به مقررات هستند.

نتیجه‌گیری

توجه بیشتر به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به مثابه عوامل اصلی تاثیرگذار بر عدالت در سلامت، برای کاهش بار جهانی دردهای مزمن از اهمیت بنیادی برخوردار است. به‌کارگیری رویکردی مبتنی بر عدالت در پژوهش‌ها و مراقبت‌های مرتبط با درد، گامی حیاتی در جهت ارتقاء سلامت برای همه افراد مبتلا به درد به‌شمار می‌آید.

منابع:

۱. Atwoli L, Platt JM, Basu A, Williams DR, Stein DJ, Koenen KC. Associations between lifetime potentially traumatic events and chronic physical conditions in the South African Stress and Health Survey: a cross-sectional study. BMC psychiatry 2016;16:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0929-z>
۲. Boring BL, Mathur VA. Gender Discrimination is Associated with Greater Chronic Pain Interference Among Women. J Pain 2025;31:105376. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105376>
۳. Braveman P, Arkin E, Orleans T, Proctor D, Acker J, Plough A. What is health equity? Behavioural Science & Policy 2018;4(1):1-14. <https://doi.org/10.1177/237946151800400102>
۴. Grol-Prokopczyk H, Huang R, Yu C, Chen Y-A, Kaur S, Limani M, Lin T-H, Zajacova A, Zimmer Z, Cowan P, Fillingim RB, Gewandter JS, Gilron I, Hirsh AT, Macfarlane G, Meghani SH, Patel KV, Poleshuck EL, Strain EC, Symons FJ, Wesselmann U, Dworkin RH, Turk DC. Over Fifty Years of Research on Social Disparities in Pain and Pain Treatment. Pain 2025 Jun 4. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003676>
۵. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research Care, and Education. Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research. Washington, DC: National Academies Press, 2011. <https://doi.org/10.17226/13172>
۶. Kapos FP, Craig KD, Anderson SR, Bernardes SF, Hirsh AT, Karos K, Keogh E, Losin EAR, McParland JL, Moore DJ. Social determinants and consequences of pain: Towards multilevel, intersectional, and life course perspectives. J Pain 2024;25(10):104608. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104608>
۷. Karran EL, Cashin AG, Barker T, Boyd MA, Chiarotto A, Maxwell LJ, Mohabir V, Sharma S, Tugwell P, Moseley GL. Developing consensus on the most important equity-relevant items to include in pain research: a modified e-Delphi study. Pain 2025 Apr 16. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003621>
۸. Karran EL, Cashin AG, Barker T, Boyd MA, Chiarotto A, Mohabir V, Petkovic J, Sharma S, Tugwell P, Moseley GL. It is time to take a broader equity lens to highlight health inequalities in people with pain. Br J of Anaesth 2025;134(1):235-237. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.09.026>
۹. Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. Pain 2020;161(11):2476-2493. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001944>
۱۰. Khalatbari-Soltani S, Blyth FM. Socioeconomic position and pain: a topical review. Pain 2022;163(10):1855-1861. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002634>

١١. Lea CR, Oliver RJP, Smothers Z, Boucher NA, Youssef NA, Ames D, Volk F, Teng EJ, Koenig HG. The moderating effect of religious involvement on the relationship between PTSD symptoms and physical pain in US veterans and active duty military. *Military Behavioral Health* 2019;7(3):327-335. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1526149>
١٢. Macchia L. Research: the link between recessions and physical pain. *Harvard Business Review*, 1 March 2022. Available at: <https://hbr.org/2022/03/research-the-link-between-recessions-and-physical-pain>. Accessed 4 June 2025.
١٣. Macgregor C, Walumbe J, Tulle E, Seenan C, Blane DN. Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *Br J of Pain* 2023;17(5):479-490. <https://doi.org/10.1177/20494637231188583>
١٤. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health* 2012;126:S4-S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
١٥. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
١٦. Morales ME, Yong RJ. Racial and ethnic disparities in the treatment of chronic pain. *Pain Med* 2021;22(1):75-90. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa427>

This fact sheet has been translated by Ali Asghari, PhD, Pain Management and Research Center, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia.