

مقدمه‌ای بر نقش عوامل اقتصادی در ابتلا و مرگ ناشی از کووید-۱۹

دکتر امجد محمدی بلبان آباد

- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

کلیدواژه: عوامل اقتصادی، کووید-۱۹، وضعیت اجتماعی- اقتصادی

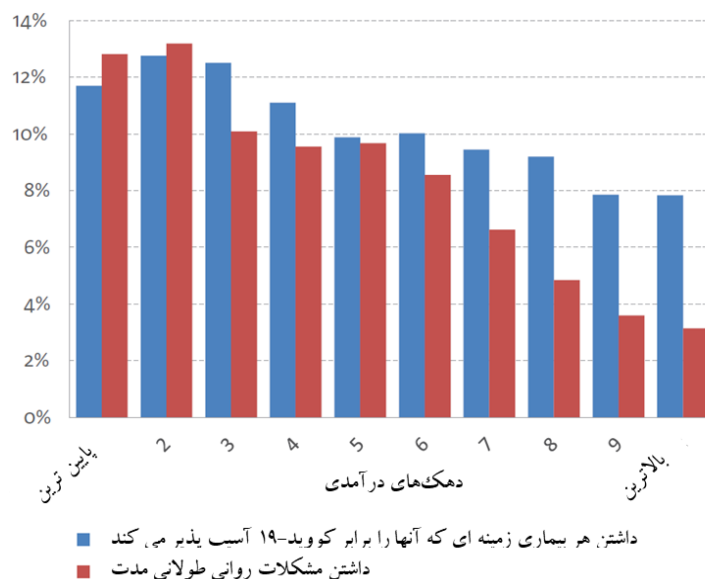
از زمان بروز همه‌گیری کووید-۱۹، جهان تغییرات گسترده‌ای را شاهد بوده است. شواهد جهانی نشان می‌دهد که در میزان ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ نابرابری وجود دارد. تأثیرات کووید-۱۹ در بین همه مردم یکسان احساس نشده است و در بسیاری از موارد نابرابری‌های موجود را تشدید کرده است. نتایج یک مطالعه در کشور برزیل نشان داده است که مرگ ناشی از کووید-۱۹ با شاخص اجتماعی- اقتصادی رابطه مستقیم و با ظرفیت تخت‌های بیمارستانی در مناطق مختلف کشور برزیل رابطه معکوسی دارد (۱). نتایج بررسی‌های مرگ تطبیق یافته با گروه سنی ناشی از کووید-۱۹ در انگلستان نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر تطبیق داده شده با سن، در مناطق محروم انگلستان دو برابر بیشتر از مناطق برخوردار بوده است (۲). بر اساس شواهد جهانی دلایل نابرابری در ابتلا و مرگ ناشی از کووید-۱۹ موارد زیر می‌باشد:

زندگی در محیط‌های با تراکم بالا و شلوغ؛ احتمال زندگی افراد با وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین در محیط‌های با تراکم بالا و شلوغ بیشتر است. بیش از ۷ درصد افراد جزء چهارک فقیر خانوارهای انگلستان در خانه‌های پر ازدحام زندگی می‌کنند. این مسئله دسترسی محدود به فضای شخصی و ازدحام جمعیت رعایت فاصله اجتماعی را کاهش می‌دهد که خود یک عامل مهم در ابتلا به عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی می‌باشد (۳). گروه‌های اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر بیشتر در مسکن بی‌کیفیت و ناامن زندگی می‌کنند و از این رو پیامدهای بهداشتی منفی در آنها بالاتر است (۴). این موارد احتمالاً انتقال کووید-۱۹ را افزایش می‌دهد، همان‌طور که در پاندمی H1N1 میزان انتقال با زندگی در مکان‌های پر ازدحام شهری ارتباط قوی داشت (۵). داده‌های منتشر شده دولت کاتالونیا در اسپانیا نشان می‌دهد که میزان ابتلا به کووید-۱۹ در مناطق محروم شش یا هفت برابر بیشتر از سایر مناطق است (۶). مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که خطر مرگ و میر از کووید-۱۹ در ساکنان شهرهای محروم نیویورک بیشتر است (۷).

شرایط محیط کار نامناسب؛ کارگران کم درآمد به ویژه آنهایی که بخش‌های خدماتی از جمله مواد غذایی، خدمات نظافت یا تحویل کالا فعالیت می‌کنند به دلیل عدم تعطیلی مشاغل و استفاده بیشتر از حمل و نقل عمومی بیشتر در معرض ابتلا کووید-۱۹ هستند (۸). همچنین، افراد کم درآمدتر غالباً در مشاغل مشغول به کار می‌شوند که فرصت کار از خانه یا دور کاری را ندارند. از جمله این مشاغل کارگران سوپرمارکت و انبار، رانندگان وسایل حمل و نقل عمومی و رانندگان اتوبوس هستند (۹). شواهد نشان می‌دهد، نرخ مرگ ناشی از کووید-۱۹ در انگلیس در مردان در برخی مشاغل اصلی - به ویژه رانندگان تاکسی، رانندگان اتوبوس و مربیان، و دستیارهای فروش و خرده فروشی - بین ۲ تا ۳٫۷ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۲). همچنین، شرایط محیط کار نامناسب که اغلب افراد با وضعیت اقتصادی پایین در آن فعالیت دارند با افزایش خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های تنفسی، برخی سرطان‌ها، بیماری‌های اسکلتی عضلانی، فشار خون بالا، استرس و اضطراب همراه است (۱۰) که همه این موارد عوامل خطر مرگ ناشی از کووید-۱۹ هستند.

دسترسی پایین به مراقبت‌های سلامت؛ افراد با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، در مراحل پیشرفته بیماری برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی اقدام می‌کنند، در نتیجه با پیامدهای سلامتی بدتری مواجهه هستند (۱۱). این رفتار در زمان ابتلا به کووید-۱۹ احتمالاً منجر به پیامدهای بدتری در گروه‌های اقتصادی اجتماعی پایین خواهد شد (۹). دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق محروم و حاشیه، حتی در کشورهای با پوشش همگانی سلامت، پایین‌تر است. در کشور انگلیس، تعداد بیماران به ازای هر پزشک عمومی در مناطق محروم ۱۵ درصد بیشتر از مناطق برخوردار است (۳۳). عدم دسترسی مالی به مراقبت‌های درمانی، قبل، و در زمان پاندمی، منجر به نابرابری در ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود و همچنین ممکن است منجر به پیامدهای بدتری از کووید-۱۹ در مناطق محرم و گروه‌های حاشیه می‌شود. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان یا بیماری‌های قلبی-عروقی ممکن است در نتیجه تأثیرات پاندمی کووید-۱۹ کمتر تحت درمان و تشخیص قرار گیرند (۸). نتایج یک مطالعه در برزیل نشان می‌دهد که مرگ ناشی از کووید-۱۹ با ظرفیت تخت‌های بیمارستانی در مناطق مختلف کشور برزیل رابطه معکوسی دارد (۱).

بیماری‌های زمینه‌ای؛ افرادی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، بیماری‌های زمینه‌ای بیشتری مانند فشار خون بالا، دیابت، آسم، انسداد مزمن ریوی، بیماری کبدی، بیماری کلیوی، سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی دارند که همه این موارد شدت و مرگ و میر کووید-۱۹ را افزایش می‌دهند (۱۲، ۱۳). بنابراین، افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر در معرض مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ قرار دارند. نتایج یک مطالعه در انگلستان نشان می‌دهد که افراد کم درآمد به احتمال زیاد دارای وضعیت سلامتی هستند که آنها را در برابر کووید-۱۹ آسیب پذیر می‌کند. افراد سه دهک پایین توزیع درآمدی، حدود ۵۰ درصد بیشتر از افراد دهک‌های بالایی درآمدی، دارای بیماری‌های زمینه‌ای هستند که از عوامل خطر مرگ کووید-۱۹ به شمار می‌روند (نمودار ۱) (۲).



نمودار ۱: میزان بیماری‌های زمینه‌ای که افراد را در برابر کووید-۱۹ آسیب پذیر می‌کند و بیماری‌های سلامت روانی طولانی مدت، به دهک‌های درآمدی

نتیجه‌گیری

سطح اقتصادی پایین‌تر با عواملی از جمله زندگی در محیط‌های با تراکم بالا و شلوغ، شرایط محیط کار نامناسب، اجبار به فعالیت روزانه به دلیل مسائل اقتصادی، عدم امکان دورکاری، استفاده بیشتر از وسایل حمل و نقل عمومی، دسترسی مالی و فیزیکی پایین به مراقبت‌های سلامت، و شیوع بیماری‌های زمینه‌ای بیشتر مرتبط است که این عوامل ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ را افزایش می‌دهند.

1. 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. *The Lancet Global Health*. 2021;9(6):e782-e792.
2. Blundell R, Costa Dias M, Joyce R, Xu X. COVID-19 and Inequalities. *Fisc Stud*. 2020;41(2):291-319.
3. Cardoso MRA, Cousens SN, de Góes Siqueira LF, Alves FM, D'Angelo LAV. Crowding: Risk factor or protective factor for lower respiratory disease in young children? *BMC Public Health*. 2004;4(1):1-8.
4. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Bambra C. The contribution of housing and neighbourhood conditions to educational inequalities in non-communicable diseases in Europe: Findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl_1):102-6.
5. Rutter PD, Mytton OT, Mak M, Donaldson LJ. Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England. *Int J Public Health*. 2012;57(4):745-50.
6. Devakumar D, Shannon G, Bhopal SS, Abubakar I. Racism and discrimination in COVID-19 responses. *The Lancet*. 2020;395(10231):1194.
7. Chen JT, Krieger N. Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county versus zip code analyses. *J Public Health Manag Pract*. 2021;27(1):S43-S56.
8. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(11):964-8.

9. Patel J, Nielsen F, Badiani A, Assi S, Unadkat V, Patel B, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*. 2020;183:110.
10. Bambra C. Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2011;65(9):746-50.
11. Cookson R, Propper C, Asaria M, Raine R. Socio-economic inequalities in health care in England. *Fisc Stud*. 2016;37(3-4):371-403.
12. Guo L, Wei D, Zhang X, Wu Y, Li Q, Zhou M, et al. Clinical features predicting mortality risk in patients with viral pneumonia: the MuLBSTA score. *Front Microbiol*. 2019;10:2752.
13. Toleikyte L, Salway S. Local action on health inequalities: Understanding and reducing ethnic inequalities in health. *Public Health England*. 2018.