

الصحة والاختلافات الاجتماعية والمكانية

ماثيو سمولمان-راينور وديفيد فيليبس

الفصل 31 من كتاب

الجغرافيا التطبيقية : المبادئ والممارسة

أ.م. مانيون

ترجمة بتصرف

أ.د. مضر خليل عمر

مقدمة

مصطلح "الصحة" المشتق من الكلمة الإنجليزية القديمة hael ، أو "الكل (يحمل معانٍ مختلفة لدى مختلف الأشخاص (كيبيل 1993: ص 45). في الطب الغربي الحديث ، على سبيل المثال ، غالبًا ما يُحكم على الشخص أو المكان "الصحي" وفقًا لغياب (أو عدم وجود) مرض أو اضطراب مُعرّف طبيًا . يُفضّل ميثاق منظمة الصحة العالمية (WHO) تعريفًا أوسع للصحة على أنها "حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة ، وليس مجرد غياب المرض أو العجز" (WHO: 1988: ص 1) . على مستوى أكثر تجريدًا ، يمكن تعريف الصحة وفقًا للطبيعة أحادية الاتجاه للوقت ؛ كما يشير هيدسون (1993) ، فإن برامجنا الجينية تتجه حتمًا نحو المرض والموت ، ما لم تتدخل عوامل أخرى .

وقد وضعت أنظمة طبية أخرى تفسيرات أخرى للصحة . ففي الطب اليوناني القديم ، على سبيل المثال ، كان يُنظر إلى الصحة من منظور التوازن في أخلاط الجسم (الدم والبلغم والصفراء والسوداء) ، بينما عززت مفاهيم التوازن والانسجام مفاهيم الصحة في الأنظمة الطبية الصينية القديمة وغيرها من الأنظمة الآسيوية (شيغيهيسا 1993) . وهناك أمثلة عديدة ومتنوعة على الطرق التي يمكن أن تختلف بها الصحة - مهما كان تعريفها - بين الأفراد والمجموعات ، والأهم من ذلك ، بين الأماكن (فاغيرو 1991؛ 1995؛ فاغيرو وإيلسلي 1993؛ ويست 1991؛ ويلكنسون 1987) . علاوة على ذلك ، تتجلى التباينات الصحية على جميع المستويات الجغرافية ، من القارات والمناطق الكبرى في العالم إلى الأحياء والمناطق الفرعية في مدينة واحدة .

تُظهر الدراسات الرائدة التي أجراها جي . ميلفين هاو (1986) حول معدل الإصابة بالسرطان عالميًا وإقليميًا ، وجيرالد ف. بايل (1971) حول الأنماط الوطنية والمحلية لأمراض القلب والسكتة الدماغية في الولايات المتحدة ، وجون أ. جيجز (1973؛ 1988؛ 1990) حول الفصام والذهان العاطفي وتعاطي المخدرات في أحياء مدينة نوتنغهام بإنجلترا ، مدى اتساع نطاق المشكلة ونطاقها الجغرافي . واليوم ، تُشكل الجهود المبذولة لتحسين الوضع الصحي ومحو (أو على الأقل الحد بشكل كبير) من التباينات في رفاهية الناس والأماكن جوهر الكثير من سياسات الصحة العالمية .

بدافع من الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية للصحة للجميع بحلول عام 2000 ، أطلقت الحكومات الوطنية والوكالات الدولية عددًا كبيرًا من المبادرات البحثية لتحديد ورصد أوجه عدم المساواة في الصحة (منظمة الصحة العالمية 1994) . وقد ضمنت الأبعاد الاجتماعية والمكانية لقضية البحث دورًا هامًا ومنتاميًا للجغرافيين الطبيين والصحيين . وعلى وجه الخصوص ، أدخل الجغرافيون تطورًا منهجيًا متزايدًا في التحليل المكاني والنمذجة الإحصائية (كليف وهاجيت 1988؛ كليف وآخرون 1998؛ توماس 1992) ،

ونظم المعلومات الجغرافية (أوبنشو 1990؛ دي لبير وآخرون 1995؛ بيلي وجاتريل 1995؛ جاتريل وبيلي 1996)، ومؤخرًا ، التقنيات النوعية (ليتفا وإيلز 1995؛ إيليز 1997) لمعالجة هذه المشكلة . في الوقت نفسه ، برز الاهتمام التقليدي للجغرافيا الطبية بالمعايير المكانية والبيئية للأمراض المعدية والطفيلية (الأمراض الكلاسيكية مثل الكوليرا والملاريا والحصبة والسل).

بل أيضًا الحالات "الناشئة حديثًا" مثل متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) قد اتسع نطاقها لتشمل مجموعة من الحالات الحادة والمزمنة والتنكسية . وتشمل هذه الحالات الأمراض المهددة للحياة مثل أمراض الأوعية الدموية الدماغية وأمراض القلب والأوعية الدموية (ليرمونت 1988؛ فيليبس وفيرهاسيلت 1994؛ إيون وآخرون 1995) ، وأمراض المناعة الذاتية المحتملة مثل التصلب المتعدد (فوستر 1992)، والحالات التي قد تُسبب الإعاقة والتي يُحتمل أن يكون لها أسباب وراثية وبيئية ، مثل الأكريما والربو وحصى القش (ماكنالي وآخرون 1998) . تعكس هذه التطورات جزئيًا إدراكًا متزايدًا بأن العوامل البيئية قد تُقاوم أو تُحفز بعض الحالات الصحية ، وقد لجأ المتخصصون في مجالات متنوعة مثل الأمراض الجلدية وعلم الوراثة والأورام وعلم السموم بشكل متزايد إلى الجغرافيا الطبية والصحية بحثًا عن أدلة على الروابط البيئية في مسببات الأمراض (هاو ولورين 1980؛ بنثام 1994).

طبيعة المشكلة

لماذا يبدو أن صحة الناس تختلف بشكل ملحوظ وفقًا لهويتهم ومكان إقامتهم؟ الأدلة واضحة ، لكن التفسيرات غالبًا ما تكون معقدة . تضمنت الاستجابات المبكرة لضعف الصحة العامة تطبيق مجموعة من التدابير الصحية لتحسين الصحة البدنية. أدى هذا النهج ، عند دمج مع تحسين التغذية والتعليم والإسكان وغيرها من تدابير الرعاية الاجتماعية ، إلى انخفاض كبير في معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية في مدن أوروبا وأمريكا الشمالية في أواخر القرن التاسع عشر (جونز ومون 1987؛ جونز وكيرتس 1997؛ كليف وآخرون 1998) . وقد تحققت المزيد من الانخفاضات في معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية ، بما في ذلك الإنجاز الملحوظ المتمثل في القضاء على الجدري ، من خلال التطعيم والتدخلات الطبية العلمية الأخرى في القرن العشرين (فينر وآخرون 1988).

على النقيض من ذلك ، شهد القرن العشرون عددًا قليلًا نسبيًا من النجاحات "السحرية" في السيطرة على الأمراض المزمنة والتنكسية والعقلية ، والتي يُظهر العديد منها أنماطًا اجتماعية ومكانية مميزة . لذا ، وباستثناءات قليلة ، فإن المناطق التي يكثر فيها العاطلون عن العمل ، أو العاملون في وظائف يدوية وشبه ماهرة ، معرضة بشكل عام لخطر الإصابة بأمراض مثل أمراض القلب ، وأنواع معينة من السرطان ، وأمراض الأوعية الدموية الدماغية ، وبعض الأمراض المعدية (لوتو وآخرون، 1994؛ لامونت وآخرون، 1997) . وبالمثل ، يُظهر اعتلال الصحة العقلية بعض الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية ، بالإضافة إلى اختلافات مكانية ملحوظة (سميث وجيجز، 1988) .

ومع ذلك ، فإن مسألة السبب والنتيجة ما تزال بعيدة عن الحل . على سبيل المثال ، هل يتجمع الأشخاص المصابون بأمراض عقلية حادة في المناطق الأقل صحة من المدن بسبب بعض العوامل البيئية المُسرِّعة؟ بدلاً من ذلك ، هل يُسرِّع المرض نفسه من تراجع مستوى المعيشة في سوق الإسكان؟ في حين أن الاختلافات الاجتماعية والمكانية في الصحة واضحة على جميع المقاييس الجغرافية ، إلا أنه من الأصعب بكثير التوصل إلى تفسيرات كافية لتلك الأنماط . كما هو موضح بمزيد من التفصيل أدناه، غالبًا ما ترتبط الأنماط المكانية لاعتلال الصحة والوفيات ارتباطًا وثيقًا بمقاييس الطبقة الاجتماعية والدخل و/أو الحرمان .

ولكن حتى في أدق مستويات التحليل (مثل أحياء مدينة واحدة) ، نادرًا ما تقدم هذه الارتباطات تفسيرات مرضية للاختلافات الصحية . في بعض الحالات ، تكون التفسيرات واضحة : فالحي الفقير المكتظ بالسكان ، الذي يفترق إلى إمدادات مياه الشرب الموثوقة ، وشبكات الصرف الصحي غير الكافية ، من المرجح أن يوفر بيئة مناسبة للانتشار السريع لمرض معدٍ مثل الكوليرا. ولكن لماذا توجد اختلافات اجتماعية-مكانية مماثلة في الأمراض (بما في ذلك العديد من الأمراض المزمنة والتكسية والعقلية) التي لا ترتبط ارتباطًا واضحًا بالظروف غير الصحية ؟ هذا الأمر أصعب بكثير في التفسير، ويمكن الاطلاع على مجموعة من الأمثلة في إيون وآخرون (1995) وهارفام وتانر (1995)، من بين مصادر أخرى .

محددات الصحة

على الرغم من أن تفسيرات التغيرات الصحية غالبًا ما تكون مراوغة ، إلا أن رواد الطب الغربي توصلوا إلى إجماع واسع حول العلاقة بين العوامل التي تؤثر على صحة الإنسان (ليرمونت 1988؛ منظمة الصحة العالمية 1992؛ تارلوف 1996). هذه العوامل هي تُعرف عادةً باسم "محددات الصحة" ، وتندرج ضمن أربع فئات رئيسية :

1- المحددات البيولوجية البشرية، وتشمل العوامل الداخلية لجسم الإنسان (مثل التركيب الجيني، والشيخوخة، والجنس).

2- المحددات البيئية، وتشمل العوامل البيئية الخارجية لجسم الإنسان . ويمكن تصنيف هذه العوامل بشكل أكبر وفقًا للبيئة المادية (مثل المناخ والارتفاع) ، والبيئة الاجتماعية (مثل السكن والكثافة السكانية)، والبيئة البيولوجية (مثل وجود واستمرار الكائنات الدقيقة المسببة للأمراض).

3- محددات نمط الحياة، وتشمل السلوكيات الشخصية التي قد تهدد الصحة (مثل النظافة الشخصية، والتدخين، وإدمان المخدرات، والنظام الغذائي).

4- محددات نظام الرعاية الصحية، وتشمل الموارد المخصصة للرعاية الصحية والطب في مجتمع ما . تشير الدراسات الحالية حول مسببات العديد من الأمراض المزمنة والتكسية والنفسية إلى تورط مجموعة من العوامل البيولوجية والبيئية ونمط الحياة البشرية في ظهور المرض (ينظر كيبيل 1993؛ ماكنالي وآخرون 1998) . على سبيل المثال ، تشمل العوامل المتورطة في مسببات أمراض القلب والأوعية الدموية : التوتر العصبي ، وارتفاع ضغط الدم ، وتدخين السجائر، وقلة النشاط البدني ، والسمنة ، والاستعداد الوراثي ، ووجود أمراض أخرى مثل داء السكري . ويبدو من المرجح أن بعض التركيبات المعقدة ، وربما الفردية ، من العوامل المهيمنة والمسببة ، تضمن أن بعض الأشخاص والمجموعات والأماكن يعانون من معدلات أعلى أو أقل من بعض الأمراض . ومن الواضح أيضًا أنه حتى في البلدان ذات أنظمة الرعاية الطبية عالية الجودة ، قد تكون هناك اختلافات مكانية في فعالية البرامج التي تهدف إلى الكشف المبكر عن الأمراض المهددة للحياة وعلاجها بنجاح (مجموعة الخبراء الاستشارية المعنية بالسرطان 1995) .

التحول الوبائي (الصحي)

تتغير البيئات وأنماط الحياة وأنظمة الرعاية الصحية بمواكبة عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية . وبما أن التنمية نادرًا ما تتقدم بمعدل متساوٍ (إن حدث ذلك أصلًا) في منطقة جغرافية معينة ، فإن الاختلافات الاجتماعية والمكانية في الصحة ظواهر ديناميكية بطبيعتها . ومن الأطر المستخدمة لتحليل هذه الديناميكية مفهوم التحول الوبائي (عمران، ١٩٧١) والمفهوم الأوسع للتحول الصحي (كالويل وآخرون، ١٩٩٠). وقد

روج عبد العمران لمفهوم التحول الوبائي على نطاق واسع عام ١٩٧١، ومنذ ذلك الحين ، أصبح موضوعاً للدراسة التجريبية في العديد من دول العالمين المتقدم والنامي (فرينك وآخرون، ١٩٨٩؛ ١٩٩٦؛ فيليبس، ١٩٩٠؛ ١٩٩٤؛ فيليبس وفيرهااسيلت، ١٩٩٤). في الواقع ، كان تأثير المفهوم هائلاً لدرجة أن هذا المجال الأوسع قد أنتج مجلته الخاصة منذ عام 1991، وهي مجلة "مراجعة التحول الصحي". في جوهرها ، يتصور التحول الوبائي عملية يتقدم من خلالها ملف الوفيات (وبالتالي الملف الصحي) للسكان عبر ثلاث مراحل مميزة :

المرحلة الأولى، وهي فترة غلبة أوبئة العالم القديم وجوائح العدوى والمجاعة؛
المرحلة الثانية، وهي فترة انحسار الأوبئة؛

والمرحلة الثالثة، وهي فترة هيمنة الأمراض المزمنة والتكسية والأمراض التي يسببها الإنسان. ترتبط كل مرحلة بانخفاض معدل الوفيات ، وانخفاض معدل المواليد ، وزيادة متوسط العمر المتوقع ، والشيوخوخة السكانية . في الأونة الأخيرة ، وبالنسبة للدول المتقدمة على الأقل ، افترض أولشانسكي وأولت (1986) وجود مرحلة رابعة من التحول . ترتبط هذه المرحلة الرابعة بالتقدم في العلاج الطبي للأمراض المزمنة والتكسية ، مما يؤدي إلى زيادة معدلات البقاء على قيد الحياة (ولكن مع احتمال تدهور الحالة الصحية العامة) لدى الفئات العمرية المتوسطة وكبار السن . في حين أن النموذج الخطي للتحول الوبائي يوفر إطاراً مفاهيمياً لدراسة تطور أنماط الوفيات بشكل خاص ، وأنماط الصحة بشكل عام ، إلا أنه من الواضح أنه تبسيط لواقع معقد .

يتأثر هذا التحول بشكل كبير من حيث توقيته ونتائجه ب مدى التطور الاجتماعي والاقتصادي والعلمي والبنية التحتية . على سبيل المثال، تشهد مدن العديد من البلدان النامية مزيجاً من معدلات وفيات مرتفعة ناجمة عن الأمراض المعدية والتكسية ، وهي ظاهرة تُعرف باسم "التحول المتأخر" (فرينك وآخرون، 1989؛ 1996) . في هذه الحالة ، أظهر السكان الميسورون بسرعة أنماطاً مرضية نموذجية للمرحلة الثالثة من التحول ، لكن جيرانهم الأكثر فقراً غالباً ما يواجهون خطراً مزدوجاً من الأمراض المعدية والمزمنة/التكسية (فيليبس، 1993؛ 1994) . علاوة على ذلك ، بالنسبة لبعض بلدان أمريكا اللاتينية على الأقل ، حدد فرينك وآخرون (1996) عودة ظهور وتفاقم أمراض مثل حمى الضنك والملاريا وبعض الأمراض المنقولة جنسياً كدليل على "تحول مضاد".

دراسات الحالة

التباينات الصحية والبحث المعاصر في المملكة المتحدة

تُعد التباينات الاجتماعية والمكانية في الصحة قضيةً رئيسيةً تؤثر على السياسات والممارسات الصحية في العديد من البلدان (باور 1994؛ مارموت 1996). في المملكة المتحدة، على سبيل المثال ، شكّلت أوجه عدم المساواة من النوع الموصوف في الملحق 31.1 خلفيةً لسلسلة من المبادرات الصحية الحكومية ، بما في ذلك التقرير الأسود لعام 1980 (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية 1980) ، والورقة البيضاء لصحة الأمة لعام 1992 (وزير الدولة للصحة 1992) ، ومؤخراً ، الورقة الخضراء لأمتنا الأكثر صحة لعام 1998 (وزير الدولة للصحة 1998).

وشملت هذه المبادرات المتنوعة تعزيز برامج البحث متعددة التخصصات ، ومن أبرزها برنامج التباينات الصحية (HVP) الممول من مجلس البحوث الاقتصادية والاجتماعية (ESRC) أُطلق برنامج الصحة

- الإيجابية (HVP) عام ١٩٩٧، ويسعى إلى تعزيز فهم العمليات الاجتماعية التي تدعم الاختلافات الصحية .
 في النشرة الإخبارية الأولى للبرنامج ، حدد غراهام (١٩٩٨) سبع قضايا رئيسية للبحث :
- ١ - تأثيرات مسار الحياة، وتُعنى بالآثار الفردية والتراكمية على الصحة في مراحل الحياة المختلفة ، وطوال الحياة ، والتي تُسهم لاحقًا في أنماط عدم المساواة.
 - ٢ - تأثيرات المناطق، وتُعنى بمدى تأثير الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأماكن على صحة الناس ، بما يتجاوز تأثير خلفيتهم الاجتماعية والاقتصادية.
 - ٣ - ديناميكيات الدخل، وتُعنى بالآثار الصحية للاعتماد على الدخل المنخفض على المديين القصير والطويل.
 - ٤ - العمليات النفسية الاجتماعية، وتُعنى بالآثار الصحية للصعوبات النفسية والاجتماعية (على سبيل المثال، تدني احترام الذات ، والاكتئاب ، ونقص الدعم الاجتماعي).
 - ٥ - تأثير السياسات، ويُعنى بتأثير سياسات الرعاية الاجتماعية على عدم المساواة الصحية .
 - ٦ - العرق ، ويتعلق بمدى تباين أنماط الصحة بين المجموعات العرقية وداخلها.
 - ٧ - الاختلافات بين الجنسين والعمر، ويتعلق بمدى تباين أنماط الصحة حسب الجنس والفئة العمرية.
- كما هو موضح في الملحق ٣١،١ ، فإن الاختلافات الاجتماعية والمكانية في مؤشرات الصحة ، مثل طول العمر، مستمرة ، بل وتتسع في بعض أجزاء المملكة المتحدة . تتمثل إحدى أولويات أجندة أبحاث مشروع تقييم الصحة في وضع تفسيرات لهذه الاختلافات ضمن إطار عمل سياسي عملي.
- تثير هذه الأولوية عددًا من القضايا التشغيلية ، تتجاوز أي تفسيرات للاختلافات . على سبيل المثال، إلى أي مدى تتأثر الاختلافات الصحية بتوفير خدمات الصحة والرعاية الاجتماعية ، وما هي جوانب الاختلافات الصحية الأكثر فعالية في التدخلات الصحية ؟ إلى أي مدى تؤثر عمليات إعادة تنظيم الخدمات الصحية (الماضية والحالية والمستقبلية) على الاختلافات الصحية ؟ كيف ينبغي رصد التدخلات الرامية إلى الحد من التفاوتات ، وما هي الأطر الزمنية المناسبة لتقييم نجاح السياسات ؟ تُعد الإجابات عن هذه الأسئلة، وغيره ا، بالغة الأهمية لأي عمل فعال ومنسق بشأن التفاوتات الصحية.

دراسة الحالة 2:

الأنماط الاجتماعية المكانية لمرض الإيدز

لا تتجلى تعقيدات الاختلافات الصحية إلا على مستوى التدخل الصحي التطبيقي - أي أحياء مدينة واحدة . في دراسة الحالة هذه ، نعتمد على عمل رودريك والاس وزملائه (والاس 1988؛ 1990؛ 1991؛ والاس ووالاس 1993؛ 1997؛ 1997أ؛ 1997ب؛ والاس وآخرون 1994؛ 1997) لتوضيح كيفية استخدام تقنيات التحليل المكاني ، عند دمجها مع الأدلة التجريبية من تخصصات مثل علم الاجتماع وعلم الإجرام ، لعزل الظروف التي غدّت وباءً على المستوى المحلي . في ورقته البحثية "تأزر الأوبئة" ، يصف والاس (1988: ص 1) منطقة برونكس في مدينة نيويورك (ينظر الشكل 31.3 للموقع) بأنها "رمز لكارثة منهجية في المدن الأمريكية" . يكمن جوهر هذه الكارثة في العواقب الصحية الوخيمة للتدهور الحضري المُعتمد رسميًا ، وإن كان سرًا ، وعواقبه الاجتماعية . تشمل هذه العواقب تفكك شبكات المجتمع ، والتشرد الاجتماعي للأقليات ، وتدهور النظام العام ، وظهور مجموعة من الأمراض السلوكية مثل تعاطي المخدرات والدعارة المرتبطة بها ، والعنف والقتل . يوضح الملحق 31.2 كيف شكّل هذا الترابط بين التدهور الاجتماعي والمادي جغرافية إحدى أبرز المناطق العامة.

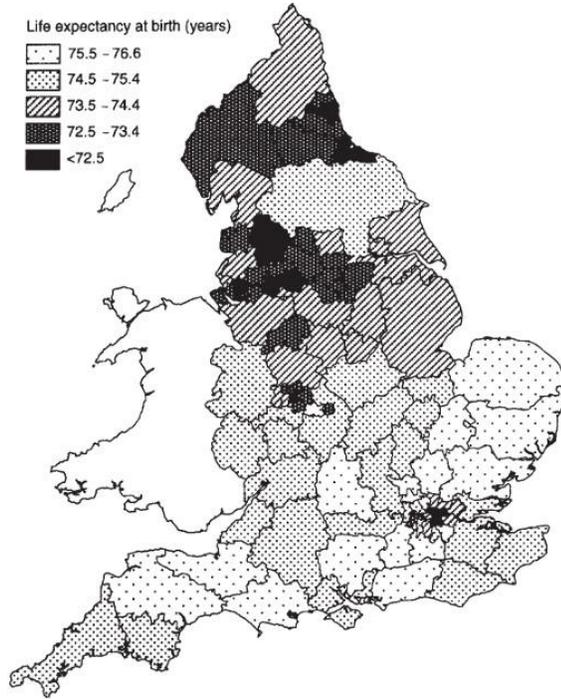


Figure 31.1 Life expectancy at birth (LEB) for males in the district health authorities (DHAs) of England, 1992-4.

Source: Drawn from data in Soni Raleigh and Kiri 1997: Table 1, pp. 654-5.

المشاكل الصحية في برونكس ، وتحديداً وباء الإيدز والعامل المسبب له ، فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) تعتمد الاستجابات العلاجية لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في مدن أمريكا الشمالية ، وأماكن أخرى ، إلى حد كبير على سلامة الشبكات الاجتماعية المحلية . تدعم هذه الشبكات تشغيل خدمات التوعية ، وتوفر قنوات لنشر المعلومات والتوعية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية بكفاءة . عندما تُمزق هذه الشبكات من خلال عمليات إعادة توطين السكان ، كما هو الحال في برونكس (الملحق 31.2) ومناطق أخرى من مدن الولايات المتحدة ، فإن نجاح برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يعتمد بشكل حاسم على مجموعة أوسع من السياسات الحضرية التي تعزز الاستقرار الجغرافي وإعادة ربط الشبكات الشخصية والعائلية والمجتمعية. والأديبات ذات الصلة تزخر بأمثلة على كيفية تباين الصحة والمرض والوفيات مكانياً باختلاف مستويات الفقر المطلق والنسبي والحرمان وغيرها من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية. ومع ذلك ، يبقى تحديد معنى هذه الاختلافات بدقة محل نقاش واسع.

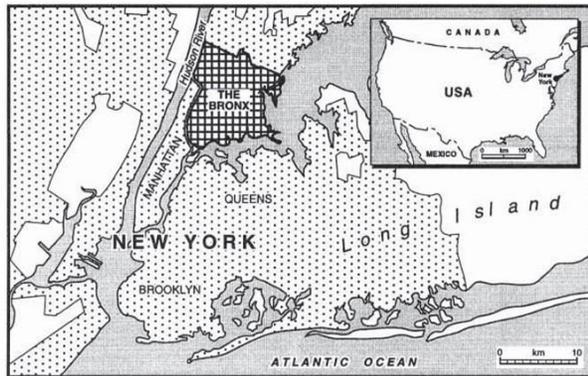


Figure 31.3 Location map of the Bronx, New York City.

الخلاصة

في تقريره لعام 1995، لاحظ المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أن "أكثر مسببات الأمراض قسوة في العالم وأكبر أسباب المعاناة على وجه الأرض مُدرج في أحدث إصدار من التصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية تحت الرمز Z59.5 وهو يرمز إلى الفقر المدقع" (منظمة الصحة العالمية 1995: ص 1). تماشيًا مع هذه الملاحظة، يبدو أن العوامل الجغرافية غالبًا ما تكون مسؤولة عن العديد من التباينات الاجتماعية والمكانية (للاطلاع على أمثلة، ينظر منظمة الصحة العالمية 1992؛ ماكنالي وآخرون 1998). من المتوقع أن يشغل توضيح هذه العوامل، وصياغة استجابات سياسية مناسبة لمحو التباينات الصحية ذات الصلة، الجغرافيين الطبيين وعلماء الصحة وغيرهم حتى مطلع الألفية الثالثة.

لكن الألفية الجديدة ستجلب بلا شك تحديات صحية جديدة، ومن المتوقع أن يؤثر عدد من العوامل الجغرافية الجوهرية على التباينات الصحية. من المرجح أن تشمل هذه العوامل: النمو الديموغرافي المستمر والسريع؛ والهجرة السكانية والنمو الحضري؛ وزيادة التفاعل الجغرافي وتداخل الزمان والمكان؛ وتغير استخدام الأراضي والاستعمار الزراعي؛ وتغير المناخ والاحتباس الحراري. يتمتع الجغرافيون، بفضل تدريبهم، بمكانة فريدة لدراسة النتائج الصحية لهذه الظواهر. في هذا الفصل، أوضحت دراستان حالتان لجوانب مختلفة تمامًا للتباينات الاجتماعية والمكانية في الصحة. تؤكد دراسة الحالة في الملحق 31.1، التي أجريت في إنجلترا، العديد من النتائج الاجتماعية والاقتصادية المتوقعة، ارتباطات ضعف الصحة والحرمان الاجتماعي. على الرغم من أن دراسة الحالة توضح صعوبات الاستقراء من منطقة إلى فرد، إلا أن النتائج، بصيغتها الحالية، لا تقدم إرشادات واضحة بشأن اتجاه سياسات الصحة والاجتماعية.

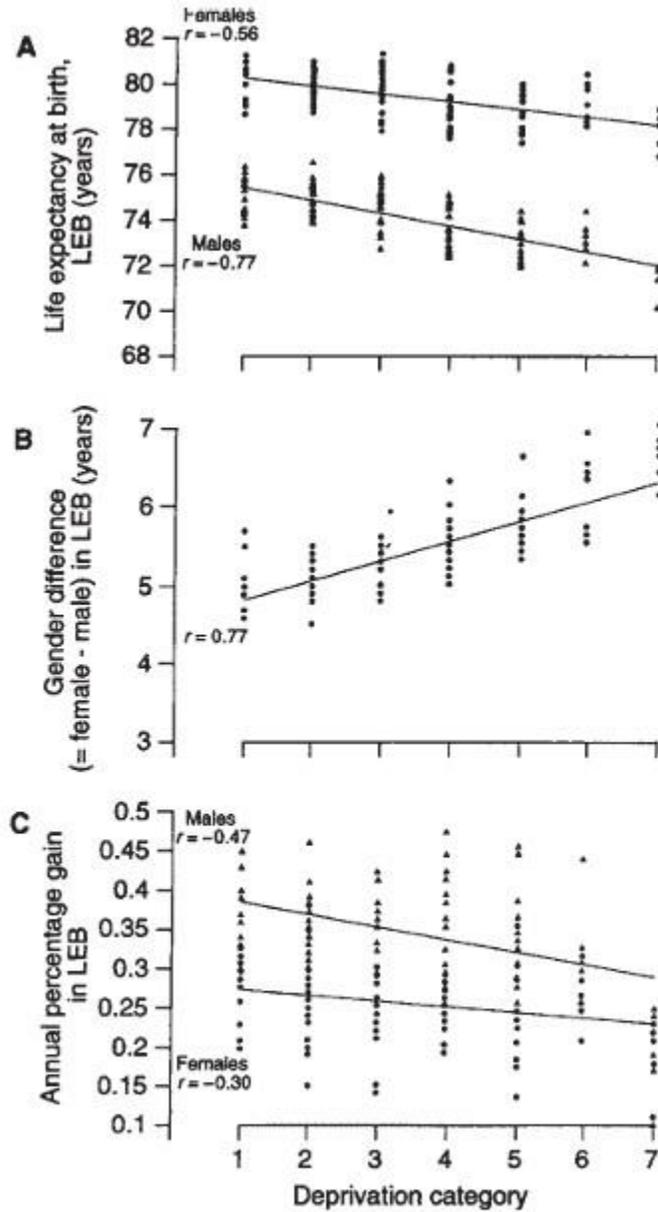
على سبيل المثال، هل ينبغي أن تستهدف السياسات المناطق والبيئات أم الأفراد والأسر؟ توضح دراسة الحالة في الملحق 31.2، التي أجريت في حي برونكس بمدينة نيويورك، مدى تطور التحليل المكاني والإحصائي المستخدم حاليًا في العديد من أبحاث جغرافية الصحة. كما توضح الدراسة كيف يمكن للتحليل الاجتماعي المكاني للبيانات التاريخية الحديثة أن يُرشد سياسات الصحة العامة وإعادة التطوير الحضري المستقبلية في المناطق الحضرية الكبيرة. ومن المرجح أن تصبح هذه السياسات أكثر إلحاحًا في المدن الكبرى في العالم.

الملحق 31.1

الأنماط المكانية لطول العمر والحرمان في إنجلترا

في ضوء الإطار السياسي للورقة البيضاء لصحة الأمة، قام سوني رالي وكيري (1997) بدراسة العلاقة المكانية بين متوسط العمر المتوقع والحرمان الاجتماعي والاقتصادي في هيئات الصحة المحلية (DHAs) البالغ عددها 105 هيئات في إنجلترا. وكما هو موضح في خريطة متوسط العمر المتوقع للذكور عند الولادة (LEB) للسنوات 1992-1994 (الشكل 31.1)، يكشف التحليل أن متوسط عمر الذكور يتراجع على طول تدرج من الجنوب إلى الشمال. لذلك، وباستثناء أجزاء من لندن الكبرى، تُظهر هيئات الصحة المحلية في جنوب وشرق وغرب إنجلترا عمومًا متوسط عمر متوقع مرتفعًا (= 74.5 عامًا). ومن هنا، ينخفض متوسط العمر المتوقع إلى مستويات متوسطة في منطقة ميدلاندز، ليصل إلى أدنى مستوياته LEB = 73.4 عامًا في بعض المناطق الشمالية.

يُحاكي متوسط العمر المتوقع للإناث النمط المكاني الأساسي نفسه ، وإن كان بقيم أعلى نسبيًا من الحد الأدنى للعمر المتوقع . يُدرس الشكل 31.2 جوانب الارتباط المكاني بين متوسط العمر المتوقع والحرمان الاجتماعي والاقتصادي في المناطق الصحية في إنجلترا بيانياً . يُمثل المحور الأفقي لكل رسم بياني المناطق الصحية الـ 105 وفقاً لتصنيف من سبع فئات لمؤشر معياري للحرمان الاجتماعي والاقتصادي (مؤشر جارمان، المُشكل في الشكل 31.2 بحيث تُمثل الفئة 1 المناطق الأقل حرماناً والفئة 7 الأكثر حرماناً) مقابل مؤشرات مختلفة لمتوسط العمر المتوقع على المحور الرأسي . تُعرض خطوط الاتجاه (خطوط الانحدار الخطي المُجهزة بمربعات صغرى عادية) ومعاملات ارتباط بيرسون r للمساعدة في تفسير الرسوم البيانية.



Source: Data from Soni Raleigh and Kiri 1997: Tables 1, p. 651 and Table 2, pp. 654–5.

يوضح الشكل 31.2 ثلاث سمات رئيسية للارتباط المكاني بين متوسط العمر المتوقع والحرمان

الاجتماعي والاقتصادي في إنجلترا:

1- يرتبط متوسط العمر المتوقع عكسيًا بمستوى الحرمان في منطقة ما. لكل فئة من فئات الحرمان وDHA، يرسم الشكل A31.2 تقديرات LEB للذكور (الخط السفلي) والإناث (الخط العلوي) في الفترة 1992-1994. في حين أن هناك تباينًا كبيرًا في متوسط العمر المتوقع حسب الجنس ضمن فئة حرمان معينة، فإن الاتجاهات العامة تشير إلى انخفاض متوسط العمر المتوقع مع زيادة مستوى الحرمان في منطقة ما. وتؤكد هذه الارتباطات البصرية الدال إحصائيًا ومعاملات ارتباط سلبية لكل من الذكور $r = -0.77$ ؛ $p < 0.01$ في اختبار ثنائي الذيل (والإناث $r = 0.56$ ؛ $p < 0.01$ في اختبار ثنائي الذيل).

2- ترتبط الفروق بين الجنسين في متوسط العمر المتوقع ارتباطًا مباشرًا بمستوى الحرمان في منطقة ما. يوضح الشكل 31.2 الفرق بين الجنسين (أنثى - ذكر =) في متوسط العمر المتوقع. ومرة أخرى، هناك تباين كبير ضمن فئة حرمان معينة. ومع ذلك، فإن الاتجاه العام هو اتساع الفروق بين الجنسين مع زيادة مستوى الحرمان في منطقة ما $r = 0.77$ ؛ $p < 0.01$ في اختبار ثنائي الذيل.

3- حققت المناطق الغنية نسبيًا أكبر المكاسب في متوسط العمر المتوقع خلال أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات. لكل فئة من فئات الحرمان وDHA، يوضح الشكل 31.2 C النسبة المئوية للتغير (المحسوبة كمتوسط سنوي) في متوسط العمر المتوقع بين الفترتين 1984-1986 و1992-1994. بالنسبة للذكور (تتبع الخط العلوي) والإناث (تتبع الخط السفلي) في جميع المناطق، كان متوسط العمر المتوقع للفترة 1992-1994 أعلى منه للفترة 1984-1986، مما يشير إلى زيادة منتظمة في متوسط العمر المتوقع خلال فترة المراقبة.

ولكن، يوضح الشكل 31.2 C أن مستوى التحسن كان مرتبطًا عكسيًا بمستوى الحرمان لكل من الذكور $r = -0.47$ ؛ $p < 0.01$ في اختبار ثنائي الذيل (والإناث $r = -0.30$ ؛ $p < 0.01$ في اختبار ثنائي الذيل). بالمعنى الضمني، اتسعت الفجوة في متوسط العمر المتوقع بين المناطق الغنية نسبيًا والمناطق المحرومة نسبيًا خلال أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات. تتوافق هذه النتائج مع الدراسات المتنامية حول الارتباط المكاني بين فروق الوفيات والحرمان الاجتماعي والاقتصادي في المملكة المتحدة (ينظر، على سبيل المثال، إيمز وآخرون 1993؛ موريس وآخرون 1996؛ وات وإكوب 1992؛ ويلكنسون 1987).

ومع ذلك، يدور نقاش محتدم حول طبيعة هذا الارتباط واستمراره (وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية 1980؛ بلين 1985؛ إيلسلي ولي غراندي 1993؛ ماكنتاير 1998)، وهذا يؤثر على الآثار السياسية للبحث. من ناحية، قد يكون الارتباط ناتجًا عن البيانات المتاحة، بينما لا يمكن تجاهل المشكلات الكامنة في الدراسات البيئية (مشكلة الوحدة المسائية القابلة للتعديل وما يُسمى بالمغالطة البيئية). ومن ناحية أخرى، قد تعكس الارتباطات المكانية أنماط الحراك الاجتماعي من حيث صلتها بالحالة الصحية، في حين يُجادل إيلسلي ولي غراندي (1993) بأن السلوك المتعلق بالصحة والعرق (وليس الحرمان بحد ذاته) يدعم الاختلافات الإقليمية في معدلات الوفيات.

ومن الواضح أن هناك حاجة إلى الكثير من البحث، والأهم من ذلك، إلى تفسير مُستنير لنتائج البحث، لتوضيح طبيعة الارتباط بين اعتلال الصحة وطول العمر والبيئة الاجتماعية والاقتصادية. وكما هو موضح في النص الرئيسي، فإن هذه القضايا تحديدًا هي ما تسعى مبادرات بحثية، مثل برنامج الاختلافات الصحية التابع لمجلس البحوث الاقتصادية والاجتماعية، إلى معالجته. لم يقتصر دور العمل الذي حدده سوني رالي وكيري على كونه حافزًا لمثل هذه التحقيقات، بل وقر أيضًا أساسًا لرصد نجاح مبادرات السياسات المستقبلية.

الشكل 31.2: الارتباطات بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة (LEB) وفئة الحرمان لهيئات الصحة المحلية (DHAS) في إنجلترا. لكل رسم بياني، يرسم المحور الأفقي 105 هيئات صحية محلية وفقاً لتصنيف جارمان لسبع فئات من درجات الحرمان (الفئة 1 = الأقل حرماناً)؛ (أ) متوسط العمر المتوقع عند الولادة وفئة الحرمان للذكور (رموز مثلثة، خط سفلي) والإناث (رموز دائرية، خط علوي)، 1992-4؛ (ب) الفرق بين الجنسين (أنثى - ذكر =) في متوسط العمر المتوقع عند الولادة وفئة الحرمان، 1992-1994؛ (ج) متوسط التغير السنوي في مستوى المعيشة وفئة الحرمان للذكور (رموز مثلثة، خط علوي) وللإناث (رموز دائرية، خط سفلي). يُعبّر عن متوسط التغير السنوي كنسبة مئوية، وقد حُسب للفترة بين 1984-1986 و1992-1994.

الملحق 31.2

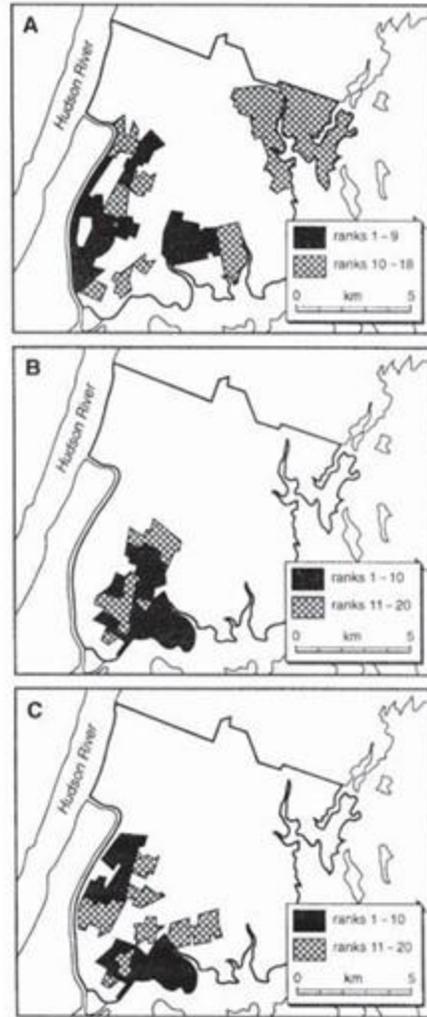
التفكك الاجتماعي وجغرافية الإيدز في برونكس، نيويورك

تُعد برونكس، التي تبلغ مساحتها 109 كيلومترات مربعة ويبلغ عدد سكانها حوالي 1.2 مليون نسمة، منطقة تعاني من تناقضات اقتصادية حادة. تقع بعض أغنى أحياء مدينة نيويورك في شمال غرب المنطقة. على النقيض من ذلك، فإن الأحياء الواقعة في الغرب والجنوب الغربي ("جنوب برونكس") مأهولة بالأقليات العرقية إلى حد كبير، وتُصنف من بين أفقر الأحياء الفقيرة في الولايات المتحدة. وتُعد هذه المنطقة نفسها أيضاً بؤرةً لوباءٍ كبيرٍ من تعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي، ومعه وباءٌ حادٌ من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وهكذا، منذ منتصف ثمانينيات القرن الماضي، أدى تقاسم معدات الحقن إلى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بنسبة 10-20% من جميع الشباب الذكور البالغين في جنوب برونكس (Drucker and Vermund 1989) ولإعطاء فكرة عن جغرافية عملية الانتشار المبكرة هذه، يوضح الشكل A 31.4 مناطق برونكس الصحية المصنفة من 1 إلى 9 (تظليل مستمر) ومن 10 إلى 18 (تظليل متقاطع) من حيث وفيات الإيدز خلال الفترة 1980-1985. وتهيمن المناطق الصحية الجنوبية والغربية، التي تُشكل جنوب برونكس، على النمط العام، مع بؤر ثانوية في المناطق الصحية الوسطى والشمالية.

يمكن أن تتأثر الاختلافات الاجتماعية والمكانية في الصحة بشكل مباشر بالسياسات العامة، سواءً عن قصد أو عن غير قصد. في حالة برونكس، يُجادل والاس (1988؛ 1990) بأن الأنماط المكانية لتعاطي المخدرات عن طريق الوريد خلال أوائل الثمانينيات، وما نتج عن ذلك من انتشار الإيدز إلى نمطه عام 1985 (الشكل 31.4 أ)، كانت مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسياسة سرية لما يُسمى "التقليص المخطط". وإخلاء المناطق الفقيرة في مدينة نيويورك، سُحبت الخدمات البلدية الأساسية أو حُفّضت بشكل كبير في أجزاء من جنوب برونكس خلال السبعينيات. وقد أدى ذلك إلى نزوح جماعي لسكان جنوب برونكس مع تدهور البنية التحتية للإسكان. لإعطاء انطباع عن هذا الانتقال، يوضح الشكل 31.4 ب المناطق الصحية المصنفة من 1 إلى 20 من حيث الاكتظاظ السكاني الشديد في عام 1970.

Figure 31.4 AIDS and ghetto relocation in the Bronx, New York City: (A) distribution of AIDS deaths, 1980–85; (B) distribution of badly overcrowded housing, 1970; (C) distribution of badly overcrowded housing, 1980. All maps have been formed by ranking (1 = highest) the respective variables across the 62 health areas; following Wallace, health areas ranked 1–18 (map A) and 1–20 (maps B and C) are indicated.



Source: Maps redrawn from Wallace 1988: Figure 11, p. 16 and Figure 14, pp. 20–1.

وبالمثل، تُظهر الخريطة ج النمط المماثل لعام 1980. وتشير الخرائط مجتمعةً إلى انتقال "شبيه بالعدوى" لمناطق الأحياء الفقيرة من المنطقة الوسطى في جنوب برونكس إلى المناطق المجاورة في الغرب والشرق. وترتبط مجموعة كبيرة من الأدلة في علم الاجتماع وعلم الجريمة وعلم النفس وعلوم الصحة (ينظر، على سبيل المثال، والاس 1988؛ 1990) تفكك الشبكات الاجتماعية بعلاقة وثيقة بين الفوضى العامة والعنف وتعاطي المخدرات والدعارة والمرض. وبالنظر إلى أن بعض هذه السلوكيات مرتبطة بانتقال فيروس نقص المناعة البشرية، فإن النزوح القسري والتشرد المجتمعي للسكان إلى غرب وشرق جنوب برونكس ربما يكون قد ساهم بشكل فعال في انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في هذه المناطق. لتقييم هذه الفرضية،

درس والاس (1990) الطريقة التي تغير بها مقياسان للسلوك المرتبط بفيروس نقص المناعة البشرية خلال فترة الانكماش المخطط لها .

المقياسان اللذان تم تقييمهما لكل منطقة من المناطق الصحية في برونكس هما:

(1) متوسط عدد وفيات تليف الكبد (يرمز له بالرمز y_1)؛ و

(2) متوسط عدد الوفيات العنيفة المتعمدة (y_2).

يعمل كلا المتغيرين كمؤشرات للتوزيع الجغرافي لتعاطي المخدرات في برونكس ؛ إذ يمكن أن يكون تليف الكبد نتيجة صحية مباشرة لتعاطي المخدرات ، في حين أن الارتباط بين الجريمة العنيفة وتعاطي المخدرات راسخ . لتحديد ما إذا كانت جغرافية هذه السلوكيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية مدفوعة بالاضطرابات الاجتماعية .

عرّف والاس مؤشرين لوصف هذا النزوح في منطقة صحية معينة . هذين المؤشرين مُعرّفان رسميًا في مكان آخر (المرجع نفسه) ، ولكن باختصار، يُعد مؤشر الفقر المُشار إليه بـ x_1 مقياسًا للحرمان على مستوى المجتمع ، بينما يُعد مؤشر تفكك المجتمع (x_2) مقياسًا لشبكات الدعم الاجتماعي القائمة . وقد مثل هذان المؤشران المتغيرات المستقلة (x) في سلسلة من نماذج الانحدار المتعدد ذات المربعات الصغرى ، حيث شكّلت وفيات تليف الكبد (y_1) والوفيات الناجمة عن العنف المتعمد (y_2) بشكل مختلف المتغيرات التابعة (y) وتُسفر نتائج الانحدار، المُلخصة في الجدول 31.1، عن رؤيتين هامتين :

1. ساهمت عملية نزوح السكان في تعزيز العلاقة الجغرافية بين الأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية والنزوح الاجتماعي . يربط النموذجان 1 و 2 الوفيات الناجمة عن تليف الكبد بالمتغيرين المستقلين لفترة تسبق مباشرة المرحلة الرئيسية لإعادة توطين السكان (1970-1973)، النموذج 1) وفترة زمنية تلي المرحلة الرئيسية لإعادة التوطين (1978-1982، النموذج 2). بين هاتين الفترتين، تضاعف التباين المُحتسب في وفيات تليف الكبد (كما هو مُقدر بواسطة R^2) من 28% (1973-1970) إلى 57% (1982-1978).

2. ارتبطت عملية نزوح السكان بارتفاع مطلق في متوسط مستوى الأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية. يكشف النموذجان 3 و 4 ، اللذان يربطان الوفيات العنيفة المتعمدة في عامي 1970 و 1980 بالمتغيرين المستقلين ، عن استقرار تقريبي في التباين المُحتسب . ومع ذلك ، يشير فحص إحصاءات t للطالب المرتبطة بمعاملات التقاطع إلى أن هذه المعلمة ساهمت بشكل كبير في نموذج عام 1980، ولكن ليس في نموذج عام 1970.

وتشير هذه النتائج مجتمعةً إلى أن العواقب الاجتماعية لنزوح السكان في جنوب برونكس خلال سبعينيات القرن الماضي أدت إلى (1) تركيز جغرافي و(2) تكثيف عاملين مرتبطين بتعاطي المخدرات ، وهو الطريق السائد لانتقال فيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة . ويبدو من قبيل المصادفة أن العواقب الاجتماعية نفسها يجب أن تكون أيضًا ذات دلالة إحصائية عالية على النمط الجغرافي لحالات الإيدز المبكرة في المنطقة (الجدول 31.1، النموذج 5). ومن الاستنتاجات من هذه النتائج أن الانتشار التاريخي لفيروس نقص المناعة البشرية في برونكس كان متمركزًا جغرافيًا، ومدفوعًا بالاضطراب الاجتماعي الناجم عن سياسة انكماش مخططة جائرة.

Table 31.1 Regression results for tests of the relationship between HIV-related behaviour and population relocation in the health areas of the Bronx.

Model	Dependent variable	Date	Intercept coefficient (t-statistic)	Slope coefficients for independent variables (t-statistic)		R ²
				x ₁	x ₂	
1	y ₁	1970-73	2.10 (2.06)*	0.30 (1.34)	1.83 (3.68)*	0.28
2	y ₁	1978-82	2.18 (5.50)*	0.68 (3.52)*	1.17 (4.50)*	0.57
3	y ₂	1970	0.12 (0.17)	0.02 (10.15)*	0.02 (4.83)*	0.78
4	y ₂	1980	1.59 (3.07)*	0.02 (7.89)*	0.02 (5.47)*	0.79
5	y ₃	1980-85	0.27 (0.28)	2.92 (6.40)*	2.07 (3.37)*	0.67

Source: Data from Wallace 1990: Tables 1, 2 and 4, pp. 806-10.

Notes: * Significant at the p = 0.01 level (one-tailed test).

Dependent variables: y₁ = average annual cirrhosis deaths; y₂ = average annual intentional violent deaths; y₃ = AIDS deaths.

Independent variables: x₁ = poverty index; x₂ = community disintegration index.

دليل لمزيد من القراءة

يُقدم كتاب "تاريخ كامبريدج العالمي للأمراض البشرية"، الذي حرره كينيث إف. كيبل ونشرته مطبعة جامعة كامبريدج (كامبريدج) عام ١٩٩٣، مقدمة شاملة للتاريخ والجغرافيا العالمية للصحة والمرض. ويُقدم عدد خاص من مجلة العلوم الاجتماعية والطب عام ١٩٩٦، بعنوان "البحث في الجغرافيا الطبية"، ٤٢(٦)، ٧٨٧-٩٦٤، لمحة عامة مفيدة عن بعض المواضيع والمناهج المعاصرة في الجغرافيا الطبية. للاطلاع على طبعة مُحدثة حديثاً من روايته الكلاسيكية عن الصحة والمرض والوفيات في بريطانيا العظمى، انظر: هاو، ج. م. (١٩٩٧)، الناس والبيئة والمرض والموت: جغرافيا طبية لبريطانيا عبر العصور، كارديف: مطبعة جامعة ويلز. من بين النصوص التمهيدية الأكثر سهولة في الوصول حول الارتباطات المكانية والبيئية للعديد من الأمراض المعدية وبعض الأمراض غير المعدية كتاب ليرمونث، أ. (1988) "بيئة الأمراض: مقدمة"، أكسفورد: بلاكويل. وقد طور الجغرافيون الطبييون مجموعة واسعة من التقنيات للتحليل المكاني لبيانات الصحة والأمراض، وقد تم توضيح العديد منها في كتاب كليف، أ. د.، وهاجيت، ب. (1988) "أطلس توزيعات الأمراض: مناهج تحليلية للبيانات الوبائية"، أكسفورد: مرجع بلاكويل. ويتضح التعاون المثمر بين الجغرافيين الطبيين ومسؤولي الصحة العامة في كتاب جوردون، أ. وومرسل، ج. (1997) "استخدام الخرائط في الصحة العامة وتخطيط الخدمات الصحية"، مجلة طب الصحة العامة 19(2)، 139-147. يقدم لاست، ج.م. (١٩٩٥) قاموس علم الأوبئة، نيويورك: مطبعة جامعة أكسفورد، وبيغل هول، ر.، وبونيتا، ر.، وكجيلستروم، ت. (١٩٩٣) علم الأوبئة الأساسي، جنيف: منظمة الصحة العالمية.