

جامعه‌شناسی پزشکی:

هدف کلی و معرفی واحد درسی :

جامعه‌شناسی پزشکی شاخه‌ای از جامعه‌شناسی است که به مطالعه علل و پیامدهای اجتماعی سلامت و بیماری می‌پردازد. حوزه‌های اصلی بررسی شامل عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و بیماری، رفتار اجتماعی بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، کارکردهای اجتماعی سازمان‌ها و موسسات بهداشتی، الگوهای اجتماعی استفاده از خدمات سلامت، رابطه سیستم‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی با سایر نهادهای اجتماعی و سیاست‌های اجتماعی در راستای سلامت می‌باشد.

هدف کلی: آشنایی دانشجویان با عوامل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و مدیریتی تاثیرگذار بر سلامت و بیماری است که 80% درصد عوامل سلامت و بیماری را شکل می‌دهد.

انتظار می‌رود فراگیران بعد از گذراندن این دوره بتوانند با ترمینولوژی جامعه‌شناسی، بویژه جامعه‌شناسی پزشکی و تفاوت و تمایز نگاه به سلامت از منظر جامعه‌شناسان با نگاه پزشکان به جامعه آشنا شده و به ریشه‌های اجتماعی و فرهنگی سلامت وقوف و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را صرفاً در بیمارستان و مراکز درمانی دنبال نکنند و به خاستگاه‌های سلامت و بیماری که در فرهنگ و بافت اجتماعی و ... هر جامعه می‌باشد توجه کافی مبذول نمایند.

شیوه آموزش: نظری است و به صورت جلب مشارکت و ایجاد زمینه برای دخالت دادن دانشجویان در جریان مباحث صورت می‌گیرد.

شیوه ارزشیابی: در پایان ترم و با توجه به ماهیت درس جامعه‌شناسی، شیوه ارزشیابی به صورت ذیل‌الذکر خواهد بود:

حضور منظم و بدون غیبت یک و نیم نمره + مشارکت در مباحث کلاسی یک و نیم نمره + امتیاز ارائه تحقیق که قبلاً مورد توافق فیما بین استاد و دانشجو صورت گرفته است بستگی به کم و کیف تحقیق دارد، آزمون کتبی به صورت تستی

حداقل نمره قبولی برای این درس 10 :

تعداد ساعات مجاز غیبت برای این واحد درسی : 17/4 البته به تناسب تعداد جلسات تشکیل شده

طرح درسی جلسات:

جلسه اول:

کلیات: تاریخچه جامعه‌شناسی، شاخه‌های جامعه‌شناسی، شاخه‌های علوم اجتماعی نزدیک به جامعه‌شناسی، رویدادها و اهداف جامعه‌شناسی، رابطه جامعه‌شناسی و دیگر علوم اجتماعی، رابطه جامعه‌شناسی و روانشناسی، رابطه جامعه‌شناسی با سیاست، واقعیت اجتماعی، جامعه‌پذیری یا اجتماعی شدن، جامعه‌شناسی خرد و کلان و شیوه تحقیق در جامعه‌شناسی

منبع: بروس کونن، سال نشر: 1387، مبنای جامعه‌شناسی، مترجم: دکتر غلامعباس توسلی، دکتر رضا فاضل، ناشر: سازمان سمت، صفحات کتاب: 501

جلسه دوم: تعریف جامعه، چیستی جامعه‌شناسی؟ موضوع جامعه‌شناسی کلاسیک و جامعه‌شناسی مدرن، اهمیت جامعه‌شناسی، تفکر و یا نگرش جامعه‌شناختی، فواید و ثمرات مطالعه جامعه‌شناسی، مهمترین و اثرگذارترین جامعه‌شناسان

منبع: فرامرز رفیع پور، 1399، آناتومی جامعه، شرکت سهامی انتشار. آنتونی گیدنز، 1390، خلاصه جامعه‌شناسی، ترجمه محسن چاوشیان، نشرنی.

جلسه سوم: جامعه‌شناسی پزشکی، حوزه‌های مهم جامعه‌شناسی پزشکی، مفاهیم اساسی: تعاریف سلامت از منظر فیزیسیین‌ها، تعریف اجتماعی بیماری یا تعریف سلامت از منظر جامعه‌شناسان، مفهوم بهداشت عمومی، مفهوم پزشکی اجتماعی (آسیب‌شناسی اجتماعی، بهداشت اجتماعی، جامعه‌تراپی، پزشکی)، جامعه‌شناسی پزشکی و عرصه‌های مورد ارزیابی آن.

منبع: دیوید آرمسترانگ، 1391، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمدعلی توکل‌کوثری، ناشر: حقوقی و منوچهر محسنی، جامعه‌شناسی پزشکی، 1401، ناشر طهوری.

سلامت به منزله سرنگ‌های توسعه همه‌جانبه، دانش‌های مورد ارزیابی جامعه‌شناسی پزشکی، دامنه تأثیر علوم: جلسه چهارم اجتماعی در جامعه‌شناسی پزشکی، پدیده بیماری و تفاوت آن از جامعه تا جامعه، بیماری و روابط اجتماعی، بیماری و روابط فرهنگی، اقتصادی و سیاسی، رابطه پزشک و بیمار، رابطه بیمار و بیمارستان

Background paper for the regional technical consultation on:

Monitoring the Health-Related Sustainable

Development Goals (SDGs)

9–10 February 2017, SEARO, New Delhi, India

جلسه پنجم و ششم: ریشه‌های اجتماعی بیماری: طبقه اجتماعی و سلامت، جنسیت اجتماعی و سلامت، تفاوت قومیت، نژاد و سلامت، ریشه‌های فرهنگی سلامت

Nasser Khodayari Shouti, 2022, Social and cultural roots of health and disease from the perspective of medical sociology, International Journal of Medical Sociology and Anthropology ISSN 2756-3820, Vol. 12(2), pp. 001-011, August, 2022.

Available Online at [www.internationalscholarsjournals.com](http://www.internationalscholarsjournals.com) © International Scholars Journals

جلسه هفتم: پزشکی شدن جامعه یا اجتماعی شدن سلامت؟

منبع: پیتر کنراد، 1400، کتاب پزشکی شدن جامعه، مترجم: ثمین‌سادات بصیر، انتشارات: نشریار

جلسه هشتم: نظریه‌های جامعه‌شناسی پزشکی: نظریه کارکردگرایی (پارسونز)، نظریه تضاد (کارل مارکس)، نظریه کنش متقابل نمادین (جورج هربرت مید)، نظریه فوکو (قدرت)، نظریه فمینیستی.

Turkish Journal of Computer and Mathematics Education Vol.12 No.04 (2021), 1750- 1770

1750, Medical Sociology and Social Theories of Health and Disease, Assist. Prof. Dr. Khadija Hassan Jasim / Republic of Iraq / Ministry of: Email: D.khadija2013@gmail.com

مدرس: ناصر خدایاری شوطی

دانشکده پیراپزشکی، گروه علوم پایه، طبقه دوم 04133361900

09144092007

Nasser.khodayar@gmail.com

کارشناس آموزشی (تلفن، ایمیل و ...)

33344777

فصل اول: کلیات

جامعه شناسی چیست؟

محتوای مفهومی جامعه‌شناسی؛ با عناوین دیگری همچون "علم جامعه" یا "شناخت رویدادهای اجتماعی" یا "سازمان اجتماعی" و دانش تغییرات اجتماعی "شناخته می‌شود. درحقیقت، جامعه‌شناسی یک علم اجتماعی مثبت است که واقعیت‌های اجتماعی (وقایع و پدیده‌های اجتماعی) را که در زندگی اجتماعی ما، خوشه‌ها (گروه‌ها)ی ایجاد شده توسط انسانها، رفتار خوشه‌ها و نهادهای اجتماعی را بررسی می‌کند. جامعه‌شناسی به عبارت دیگر بیش از آنکه شامل تعدادی نظریه باشد، علمی است که واقعیت‌های اجتماعی را بیان می‌کند.

جامعه‌شناسی، علم آگاهی از جوامع و تاریخ آنهاست. این آگاهی از طریق تعاریف و نظریه‌های خاصی ساخته می‌شود. به همین علت، جامعه‌شناسی به خودی خود علم بحث برانگیز به شمار می‌آید. جامعه‌شناسی با هر نظریه یا دیدگاه جدید، غنی‌تر می‌گردد. جامعه‌شناسی عمومی و روش‌شناسی این گروه، نظریه‌ها و نظریه‌هایی که در جامعه‌شناسی پدیدار شده‌اند را مورد بحث قرار می‌دهد.

جامعه‌شناسی به معنای کلی به روابط اجتماعی مردم با همدیگر اشاره دارد که مردم با یکدیگر برقرار می‌کنند، نیز روابط میان گروه‌های اجتماعی، نهادها و سازمان‌ها، رفتارهای اجتماعی و فردی مانند عمل جمعی، مقاومت جمعی، اشکال گوناگون تعامل اجتماعی در سطوح مختلف، ویژگی‌های ساختاری اجتماعی را مورد توجه و بررسی قرار می‌دهد.

از سوی دیگر، جامعه‌شناسی به ما می‌آموزد که ایده‌ها و رفتارهای ما به نوعی آموزش و پرورش است که ما دریافت می‌کنیم، محیطی که در آن زندگی می‌کنیم، توسط طبقه اجتماعی که متعلق به آن است، تعریف می‌شود. جامعه‌شناسی به بررسی رفتار متقابل انسان‌ها (میکرو جامعه‌شناسی) و همچنین ویژگی‌های دسته‌ها، سازمان‌ها و سیستم‌های اجتماعی بزرگ (کلان جامعه‌شناسی) نیز می‌پردازد.

مقدمه ای بر جامعه‌شناسی

امیل دورکیم به بحث از "جرم" به عنوان یکی از مهمترین موضوعات جامعه‌شناسی، اهتمام ورزیده است. دورکیم جرم را طبیعی یک جامعه می‌داند. چون انسان هر کجا باشد، جرم هم در آنجا وجود خواهد داشت.

طبق نظر دورکیم، موضوع علمی باید دارای ویژگی‌های زیر باشد:

1. موضوع باید دارای زمینه علمی باشد.

2. داشتن روش‌شناسی در موضوع مورد مطالعه الزامی است.

طبق این معیارها، جامعه‌شناسی به عنوان یک رشته علمی پذیرفته می‌شود.

جامعه‌شناسی یک پدیده اجتماعی و یک واقعه اجتماعی را بررسی می‌کند. برای اینکه یک پدیده به عنوان یک رویداد اجتماعی و یک رفتار به عنوان یک رویداد اجتماعی پذیرفته شود باید؛

1. ارتباط متقابل بین افراد،

2. حس همزیستی و در کنار هم بودن، یعنی میل به زندگی اجتماعی وجود داشته باشد.

تاریخچه جامعه‌شناسی

اگر چه رویدادهای اجتماعی بواسطه تاریخ بشریت آغاز می‌شود؛ رویکرد جامعه‌شناختی در واقع در قرن 18 و 19 به وجود آمده است.

اصطلاح جامعه‌شناسی برای نخستین بار توسط فیلسوف علم و نه یک جامعه‌شناس یعنی آگوست کنت (1859-1778) به کار برده شد و از طریق اسپنسر (1820-1902) به طور گسترده معرفی شد.

کنت بر این باور است که بشریت سه مرحله از آگاهی یعنی؛ تئولوژیک (دینی)، متافیزیک (فراطبیعی) و علمی - تجربی (پوزیتیویسم یا اثبات‌گرایی) را پشت سر گذاشته است. او توضیح می‌دهد که بر اساس این درک چه اتفاقی در محیط اطراف افتاده است. بنا به گفته کنت، بشریت در قرن حاضر دو مرحله اول را پشت سر گذاشته و به مرحله اثبات‌گرایی و تفکر علمی وارد شده است. پوزیتیویسم، چنانکه می‌دانیم تنها یک نظریه متافیزیکی که جریان زندگی را از طریق قدرت‌های فوق طبیعی حل کند و جنبه علمی نداشته باشد نیست، بلکه هم‌زمان پروژه‌ای برای بازسازی و ایجاد ثبات در جوامعی که در قرن 19 دچار انقلاب و بی‌نظمی شده بودند نیز محسوب می‌شود. این پوزیتیویست، جامعه‌شناسی را بر مبنای علمی تاسیس کرده است. کنت، خود جامعه‌را نیز به عنوان

موضوع علمی جداگانه و مستقل که بتواند موضوع جامعه‌شناسی قرار گیرد، مطرح کرده است. وی انطباق حوادث اجتماعی با یک سری قوانین طبیعی، امکان فهم و توضیح این قوانین طبیعی بر اساس راه‌های علمی، امکان تنظیم و اصلاح جامعه، نهادهای اجتماعی، سیاست، مطابق با داده‌های جامعه‌شناسی یعنی علم جامعه/جامعه‌شناسی، را نیز در این مسیر پیش کشیده است. احتمالاً نخستین دانشمندی که بنیادهای جامعه‌شناسی را بر اساس روش‌های علمی مطرح نمود ابن‌خلدون (1406-1332) است. ابن‌خلدون اولین بنیانگذار بزرگ جامعه‌شناسی است تا آنجا که پروفیسور وایت بارت هولدر ابن‌خلدون را در عین حال که یکی از برجسته‌ترین شخصیت‌های فلسفه تاریخ می‌داند، اولین بنیانگذار بزرگ جامعه‌شناسی نیز معرفی می‌کند.

ابن‌خلدون قوانین اجتماعی را از لابلای وقایع تاریخی استخراج کرده و در شکل‌گیری دولت‌ها و تمدن‌های بزرگ در تاریخ جهان، به عنصر عشاير و این واقعیت که آنها در سلطه جمعیت متمدن زندگی می‌کنند و ملیت خود را در اثر گذشت زمان از دست می‌دهند ارزش ویژه‌ای قائل شده که این نظریه امروز نیز معتبر است. ابن‌خلدون، در واقع، پایه و اساس جامعه‌شناسی را بنیان نهاد.

#### شاخه‌های جامعه‌شناسی

با توسعه جامعه‌شناسی، بسیاری از رشته‌های آن به عنوان نتیجه مطالعات علمی در جوامع ظهور کرده‌اند. مهمترین آنها عبارتند از: جامعه‌شناسی اخلاقی، جامعه‌شناسی ارتش، جامعه‌شناسی بدن، جامعه‌شناسی دانش، جامعه‌شناسی علم، جامعه‌شناسی صنعتی، جامعه‌شناسی دینی، جامعه‌شناسی آموزشی، جامعه‌شناسی فمینیستی، جامعه‌شناسی جنسیتی، جامعه‌شناسی حقوقی، جامعه‌شناسی اقتصادی، بوم‌شناسی و جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی شهری، جامعه‌شناسی روستایی، جامعه‌شناسی سازمان‌ها، جامعه‌شناسی گروه‌های کوچک، جامعه‌شناسی فرهنگی، جامعه‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی طبیعی، جامعه‌شناسی سلامت، جامعه‌شناسی هنر، جامعه‌شناسی صنعتی، جامعه‌شناسی سیاسی، روانشناسی اجتماعی، نظریه‌های جامعه‌شناسی، تاریخ جامعه‌شناسی، جامعه‌شناسی کاربردی و سوسیومتری.

#### شاخه‌های علوم اجتماعی نزدیک به جامعه‌شناسی

مهمترین و نزدیکترین علم مربوط به جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی اجتماعی است. انسان‌شناسی اجتماعی به بررسی ساختارها و ویژگی‌های فولکلوریک نهادهای مذهبی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی از زمان‌های قبل از زندگی اجتماعی، پیدایش فرهنگ و نوشتن، تا به امروز می‌پردازد. انسان‌شناسی اجتماعی نیز تقریباً رابطه بین علوم انسانی (انسان‌شناسی فرهنگی) و روانشناسی (روان‌شناسی انسان) -

شناسی فرهنگی را بررسی می‌کند.

انسان‌شناسی اجتماعی به شش شاخه تقسیم می‌شود:

انسان‌شناسی فرهنگی (انسان‌شناسی فرهنگی یا قومی)

- انسان‌شناسی قومی
- باستان‌شناسی
- فولکلور (فالکلور)
- زبان (فیلولوژی)
- انسان‌شناسی روانشناسی (انسان‌شناسی فرهنگی روانشناسی)

#### رویدادها و اهداف جامعه‌شناسی

یک رویداد اجتماعی در سه بعد زمانی یعنی دیروز، امروز و فردا رخ می‌دهد. علم جامعه‌شناسی مربوط به حوادثی

است که دیروز اتفاق افتاده و امروز در حال اتفاق افتادن است

جامعه‌شناسی به رویدادهایی که فردا اتفاق می‌افتد علاقمند نیست. ارزیابی رویدادهای آینده را فلسفه تاریخ (فایتوریسم) یا علم تخمین آینده بر اساس روندهای موجود و فلسفه فرایند بر عهده دارد.

هدف اصلی جامعه‌شناسی در مقیاس جامعه‌شناسی خرد، دریافت واقع‌گرایانه ساختار، تداوم و عملکرد (خوشه‌ها، دستجات) یا همان گروه‌های اجتماعی است. این دریافت در جامعه‌شناسی جایگاه مهمی دارد. از آنجا که غیرممکن است که بدون دریافت واقع‌گرایانه، نظریه‌ای سازنده و خلاقانه ارائه شود؛ هیچ مشکل اجتماعی نیز بدون درک واقعی، تبیین و متعاقباً حل نمی‌شود. جامعه‌شناسی تلاش می‌کند تا چیزی را آنگونه که اتفاق می‌افتد درک کند، نه آنگونه که باید اتفاق بیفتد.

جامعه‌شناسی با تکیه بر افراد و ایدئولوژیها، وارد توضیح و تبیین مسائل اجتماعی نمی‌شود. دانش جامعه‌شناسی در نتیجه بحرانهای اجتماعی قرن نوزدهم در غرب به عنوان یک ضرورت و نیاز تشخیص داده شده است. مشکلات جوامع غربی، به ویژه پس از انقلاب فرانسه در سال 1789 و انقلاب صنعتی دوم (1730-1860)، موضوع اصلی جامعه‌شناسی را شکل داد. از سوی دیگر، تغییرات و تحولات گسترده در زندگی اجتماعی در طول زمان، باعث شده است که جامعه‌شناسی همانند سایر علوم اجتماعی، در اندرون خود به یک سری زیرشاخه‌هایی تقسیم شود. تغییر شرایط اجتماعی در یک جامعه نشانه دگرگونی نیازها و منافع در آن جامعه است. این امر روشن می‌سازد که در شبکه روابط جامعه و سازمانها تغییری دائمی وجود دارد. به عبارتی دیگر جامعه یک نهاد در حال تغییر و پویا است.

### جامعه‌شناسی پزشکی

انسان بودن به معنی پیوند با سلامتی و بیماری است. پدیده بیماری و مقابله با بیماری‌ها، ویژگی مشترک همه جوامع انسانی است. با این حال، خطرات بهداشتی، انواع بیماری‌ها، درک بیماری و راه مقابله با آنها، یعنی روش درمان، از جامعه به جامعه متفاوت است. سلامت و بیماری‌ها مفاهیمی هستند که از لحاظ فرهنگی و اجتماعی تعریف شده‌اند. اینکه چه چیزی سالم و طبیعی است از جامعه تا جامعه‌ی دیگر و در فرهنگ‌های مختلف اشکال و صورت‌های مختلفی دارد. یک انسان یک ارگانیزم زیستی و بیشتر از آن است. انسان یک سیستم رفتار، یک

عضو از نظام اجتماعی، یک مشارکت‌کننده در سیستم فرهنگی است. به طور خلاصه، می‌توانیم اینگونه بیان بکنیم: در حالی که بیماری یک پدیده جهانی است، درک بیماری و روش‌های درمان متفاوت هستند. عوامل اجتماعی بسیاری وجود دارد که سطح سلامت افراد، دستجات و جوامع را تعیین می‌کند. مشکلات سلامتی، خطرات بیماری و مرگ و میر افراد در معرض تجربه مستقیم یا غیرمستقیم بسیاری از جوامع هستند. اول از همه، شیوه زندگی مردم و جوامع در مقیاس بزرگ بر بیماری‌ها تأثیر می‌گذارد.

به عنوان مثال، در قرن 18 میلادی در آمریکا، پزشکان بیماری خاصی به نام "در اپتومانیا" تعریف کردند. این بیماری برای بردگان تعریف شده بود که دائماً در تلاش برای فرار از صاحب خویش بودند. به عبارت دیگر، این بردگان که قادر به سازگاری با زندگی بردگی خود نبودند از بیماری رنج می‌بردند. امروزه، علم حتی از وجود چنین بیماری خبر ندارد.

یک نمونه بارز دیگر که تأثیر فرهنگ بر بیماری را نشان می‌دهد بیماری خشک است. بیماری خشک در پاپوآ یعنی گینه نو در جنوب غرب آفریقا در سال 1950، به عنوان بیماری سیستم عصبی مرکزی شناخته شده است. در این بیماری، فرد در طی 6 تا 12 ماه می‌مرد و هیچ روش درمان شناخته شده، نمی‌توانست جلوی این مرگ و میر را بگیرد. این بیماری خاص گینه نو بوده و به طور کلی کودکان و زنان را آلوده می‌کرد. در طی مطالعات آزمایشگاهی ویروس خشکی کشف شد، اما دلیل همه‌گیری بیماری مشخص نبود. همچنین علت شیوع این بیماری در آن مکان خاص یعنی جنوب آفریقا و بخصوص در میان زنان مشخص نبود. انسان‌شناسانی که به آن کشور رفتند به وجود قارچی به نام کانینبلیسم در میان زنان جنوب آفریقا پی بردند. در واقع، خوردن مغز فرد مرده توسط بستگانش بخش مهمی از مراسم عزاداری بوده، مغز توسط زنان آماده و خورده می‌شد. اما گاهی اوقات (گاهی به کودکان نیز داده می‌شد و به این ترتیب ویروس از مغز فرد مرده به دیگران انتقال می‌یافت. بنابراین، دانشمندان به این نتیجه رسیدند که با ترک این عادت می‌توان بیماری خشک را نیز ریشه کن کرد.

از لابلای مباحث گذشته می‌توان نتیجه گرفت؛ سلامت، تنها موضوع زیست‌شناسی نیست؛ برعکس، دربرگیرنده بسیاری از عوامل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی است. به عبارت دیگر، در بسیاری از گروه‌ها و جوامع، درک روابط پیچیده بین سطوح ویژگی‌های بهداشتی و عوامل اجتماعی در جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی بهداشتی، امکان توسعه آن را به عنوان یک زمینه مهم علمی ایجاد کرده است.

جامعه‌شناسی با علل و عواقب رفتار انسانی در ارتباط است.

جامعه‌شناسی بهداشت هم‌چنین علل و پیامدهای سلامت و بیماری را بررسی می‌کند. به عبارت دیگر، جامعه‌شناسی بهداشتی یک زیرمجموعه است که ابعاد اجتماعی سلامت و بیماری جامعه‌شناسی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

چیزی که موجب اهمیت جامعه‌شناسی پزشکی شده، همانطور که قبلاً گفته شد، نقش مهم عوامل اجتماعی در تعیین سلامت گروه‌ها و جوامع است.

عوامل اجتماعی نه تنها احتمال بیماری و معلولیت را تعیین می‌کنند، در عین حال درک رابطه بین این شرایط اجتماعی و سلامت، امکان موفقیت در جلوگیری از بیماری‌ها و حفظ و توسعه سلامت را افزایش می‌دهد.

جامعه‌شناسی سلامت در ایالات متحده آمریکا در دهه 1940 به عنوان یک زمینه خاص توسعه یافته است. اصطلاح جامعه‌شناسی سلامت، ابتدا از طریق چارلز مک اینتایر در سال 1894 به کار برده شد. او اصطلاح یاد شده را در مقاله‌ای تحت عنوان اهمیت عوامل اجتماعی در سلامت به کار برد. پس از آن، در سال 1902، الیزابت بلکول در پژوهش خود تحت عنوان روابط بین پزشکی و جامعه، از تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت بحث نمود.

با این حال، اولین نشریات در مورد جامعه‌شناسی سلامت (پزشکی)، توسط کسانی انتشار یافته است که بیشتر از جامعه‌شناسی در پزشکی مشغول به کار بوده‌اند.

اولین مطالعه در این باب که از دیدگاه جامعه‌شناختی مطرح شد، اثر کار برنارد استرن در سال 1927 با عنوان عوامل اجتماعی در توسعه پزشکی بود. ممکن است بیشتر از چند مورد ذکر شود، اما توسعه واقعی در زمینه جامعه‌شناسی سلامت (پزشکی)، پس از جنگ جهانی دوم بوده است.

در این دوره، صندوق فدرال، مقدار بسیار مهمی به بررسی جامعه‌شناسی سلامت (پزشکی)، اختصاص داده بود.

وقتی به توسعه "جامعه‌شناسی سلامت" نگاه می‌کنیم، شاهد توسعه متفاوتی در سایر رشته‌های جامعه‌شناسی می‌شویم. بنیانگذاران جامعه‌شناسی در قرن نوزدهم توجه چندانی به پزشکی یا سلامت نداشتند.

بر خلاف قانون، دین، سیاست، اقتصاد و دیگر نهادهای اجتماعی، نظریه پردازان مهم اجتماعی، به بررسی نقش پزشکی در جامعه علاقه مند نبودند. البته می‌توان از تحقیقات اندکی که در این زمینه به صورت استثنای صورت گرفته است، یاد کرد. به عنوان مثال، در مطالعه خودکشی امیل دورکیم در سال 1897، میزان خودکشی در اروپا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. همچنین قبل از سال 1845 فرانسیس انگلس در انگلستان، وضع نامناسب طبقه کارگر را در رابطه با فرایند تولید سرمایه داری توضیح می‌دهد. با این حال، این موارد به عنوان مطالعات مقدماتی جامعه‌شناسی سلامت (پزشکی) محسوب نمی‌شوند و متفکرانی که به عنوان بنیانگذاران جامعه‌شناسی شناخته شده‌اند، زمینه سلامت (پزشکی) را نادیده گرفته‌اند؛ زیرا طبیعت و ماهیت این جامعه را شکل نمی‌داد.

مطالعات جامعه‌شناسی سلامت (پزشکی)، اساساً پس از جنگ جهانی دوم آغاز شده است و به عبارتی از دهه 1960 تاکنون ادامه داشته است و امروزه به یک عرصه بسیار مهم تحقیق تبدیل شده است. جامعه‌شناسی سلامت (پزشکی) ابتدا با اصطلاح جامعه‌شناسی کاربردی معرفی شد. اما به ویژه پس از مفهوم "نقش بیمار" (1951) تالکوت پارسونز، چارچوبی نظری به دست آورد و به عنوان زیربنای جامعه‌شناسی نهادها توسعه یافت. امروزه در ایالات متحده و اروپا، جامعه‌شناسان سلامت (پزشکی) یکی از بزرگترین و فعال‌ترین گروه‌های جامعه‌شناختی شده‌اند. در انجمن‌های جامعه‌شناسی انگلیسی و آلمانی، بزرگترین گروه جامعه‌شناسان سلامت (پزشکی)، دومین گروه بزرگ در انجمن جامعه‌شناسی آمریکا است. در سال 1999، انجمن علوم اجتماعی برای سلامتی در ترکیه تاسیس شد و امروزه بیش از 130 عضو دارد.

حوزه‌های مهم جامعه‌شناسی سلامت:

1. جنبه‌های اجتماعی سلامت و بیماری.
2. رفتارهای اجتماعی کارکنان بهداشتی با افرادی که از خدمات بهداشتی بهره می‌برند.
3. عملکرد اجتماعی موسسات و سازمان‌های بهداشتی.
4. توزیع خدمات بهداشتی و ارتباط آن با سایر سیستم‌ها.
5. سیاست‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی.
6. الگوهای درمانی.

مفاهیم:

تعاریف سلامت و بیماری

برخی از مفاهیم با اینکه که همگان به طور معمول در زندگی روزمره مورد استفاده قرار می دهند گاه از نظر معنا و توضیح ممکن است از مفاهیم چالش برانگیز باشند، یا اینکه هر کس معنی مختلفی را از آنها برداشت نماید یا درک متفاوتی از آنان داشته باشد. اغلب تناقضی بین شخص سالم و بیمار وجود ندارد.

به بیان ساده تر فردی که در نتیجه معاینه پزشک و یا در نتیجه آزمایشهای آزمایشگاهی، مبتلا به بیماری پاتولوژیک تشخیص داده شده، بیمار است. با این حال، در برخی موارد، بر سر اینکه آیا یک فرد سالم یا بیمار است، اختلاف نظر وجود دارد. برای نمونه فردی که در بدنش مبتلا به اچ آی وی است، اگر هیچ شکایتی، از هر نوع علائم بیماری نداشته و از وجود ویروس این بیماری مطلع نباشد، خود را سالم می انگارد. اما از زمانی که وجود ویروس به او گزارش داده شد، او نمی تواند خود را سالم بینگارد؛ حتی اگر شکایتی از وضعیت جسمی خود هم نداشته باشد.

به طور مشابه، بسیاری از افرادی که خود را سالم می پندارند، در پایان معاینه پزشک متوجه می شوند که بیماری های مختلفی دارند یا برعکس ممکن است با وضعیتی خلاف انتظار مواجه شوند. نیز می توان به افراد سالمی اشاره کرد که با شکایت از بیماری به مراکز بهداشتی مراجعه می کنند؛ اما تحقیقات و آزمایش ها هیچ عارضه و بیماری را در وجود آنان تایید نمی کند. پزشک تنها قادر به تشخیص بیمار است.

در تعریفی که به طور رسمی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال 1947 پذیرفته شده است؛ سلامت نه تنها فقدان بیماری و معلولیت جسمی است، بلکه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خوب را نیز در بر می گیرد. بر اساس این تعریف سلامت؛ شامل چیزی بیش از عدم وجود بیماری و معلولیت است. وضعیت سلامت اجتماعی که در این تعریف ذکر شده، به ادراک ذهنی فرد و نبود ناراحتی در وی اشاره دارد. این تعریف همراه با پذیرش رفاه اجتماعی به عنوان بخشی از سلامت، به رشته های دیگر نیز امکان ارتباط با مسئله سلامت و پزشکی را ایجاد می کند.

با وجود این تعریف سازمان بهداشت جهانی، بسیاری از مطالعات نشان داده اند که افرادی که در حرفه های غیر پزشکی هستند درک متفاوتی از مفهوم سلامت دارند و اغلب، سلامتی را به عنوان توانایی (ظرفیت) برای حفظ فعالیت های روزمره انسان تعریف می کنند.

سلامت، پیش شرط لازم برای عملکرد مناسب فرد و جامعه است. با وجود سلامتی می توان در بسیاری از فعالیت ها شرکت کرد. اما اگر بیمار، مجروح یا مضطرب باشیم، چرخه عادی زندگی روزمره ما مختل شده و درگیر سلامت خود می شویم، به گونه ای که دیگر جنبه ها و علایق زندگی در درجه دوم از اهمیت قرار گرفته و یا ممکن است به طور کلی از بین بروند. به همین علت، رنه دویس می گوید که سلامتی را می توان به عنوان "قابلیت عملکرد" تعریف کرد. این بدان معنا نیست که فرد هیچ مشکلی در سلامتی ندارد، بلکه به این معناست که فرد می تواند کاری را که می خواهد انجام دهد.

#### تعریف اجتماعی بیماری

بیماری به یک مفهوم پزشکی اشاره دارد. بیماری ناهنجاری است که با تعدادی علائم و نشانه ها همراه است. بیماری به معنی آن است که فردی وضعیت ناسالم ذهنی را تجربه کند. این وضعیت شرایط درد، ناراحتی و شرایط مشابه آن شخص را نشان می دهد. ممکن است فرد بدون احساس بدی (احساس) یا احساس ناخوشایند، بدون داشتن بیماری به بیمار تبدیل شود.

مفهوم بیماری همیشه محدود و به معنای علمی مورد استفاده قرار می گیرد. در فرهنگ لغت آکسفورد بیماری اختلالی در بدن یا بخشی از مغز یا عملکرد ارگانهای آن است. بیماری یک وضعیت فیزیکی است. در مقابل، ناراحتی در مفاهیم مختلفی به کار می رود. ناراحت شدن یعنی؛

1. اخلاق بد

2. غم و شر

3. وضعیت ناسالم جسمی، بیماری و ... نیز می تواند در معنای بیماری نیز بکار برده شود.

اینکه کسی در شرایط ناراحت کننده است، تنها بیان وضعیت بیولوژیکی و فیزیکی آن شخص نیست؛ بلکه بیانگر تحت تاثیر قرار گرفتن زندگی اجتماعی فرد به واسطه آن شرایط است. با این حال، تمایز میان بیماری و ناراحتی به این معنی نیست که این دو مفهوم، دو پدیده متفاوت بدون ارتباط با یکدیگر هستند. تجربه بیماری و ناراحتی مربوط به سطوح مختلف ارگانیک، روانی و اجتماعی و ... است.

ویژگی های عمومی بسیاری برای بیماری می توان برشمرد: اما اصلی ترین ویژگی بیماری، جدای از اسباب آن در زندگی انسانی، طبیعت بدون برنامه ریزی آن است. بیماری یک وضعیت غیرقابل توصیف و نامطلوب است.

در تمام موارد، بیمار کنترل فعالیت های اجتماعی عادی خود را تا حدی از دست می دهد. طبیعتا اندازه این عدم کنترل به نوع و شدت شرایط بیماری بستگی دارد.



متاسفانه "استعمارگرایی کشورهای غربی، فکر علمی، و به ویژه علوم انسانی را نیز تحت تاثیر قرار داده و دچار افول نموده، به جای آن، به ویژه در جوامع عقب نگه داشته شده نیز گروه های آموزش نیافته، و دارای تفکر غیر علمی و انعطاف ناپذیر و بدون فایده و عدم وجود بهداشت، بشریت را در ناهنجاری و بی معیاری گمراه نموده است. ما از دورانی گذر می کنیم که تمام بشریت به یک عرصه تاریک کشانده شده است."

"بر اساس شواهد، تمام مفاهیم مانند؛ بلوغ زودرس کودکان، شرایط کاری، شرایط زندگی، نابرابری اقتصادی و حتی عوامل تعیین کننده شیوه زندگی، به نام عدالت در سلامت و سلامت، به عنوان نسخه اصلی در نظر گرفته شده است و در عمل به عوامل تعیین کننده سلامت، تبدیل شده اند. در عمل، عوامل تعیین کننده سلامت اجتماعی به طور قابل توجهی متفاوت از دیدگاه های بهداشت و جامعه است. در کشورهای ثروتمند، سلامت، به نحوی مرتبط با ارتقاء سبک زندگی به عنوان مشکل دسترسی افراد به انتخاب های فردی و خدمات درمانی تلقی شده باشد. سلامت به همان اندازه که با اصلاحات اقتصادی وابسته است به همان تناسب هم در موفقیت یا لغزش های اقتصادی همه جوامع و افراد دخیل است. در کشورهای کم درآمد، بیماری هایی که بیشترین تلفات را به دنبال دارند، تحت کنترل هستند، و بعد از آن سیستم های بهداشتی بیشتر مورد بحث بوده اند" (ویلکنسون و مارموت).

به طور کلی، فرصت های علمی ارائه شده توسط جامعه شناسی، به ویژه جامعه شناسی بهداشت/ پزشکی، هر چند در سطح جهانی نیست؛ اما به نفع جوامع مورد استفاده قرار گرفته و به دلیل اهمیت آن در ایجاد سلامتی و صلح در جهان باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

#### فصل دوم: جامعه شناسی پزشکی

سالیان متمادی است که مشکلات لاینحل بهداشت و درمان در دستور کار جامعه ما قرار گرفته است. در این مقطع مشکلات مربوط به بهداشت و نظام سلامت، ابعاد بسیار جدی تری یافته است. به گونه ای که تقریباً هر روز خبر رویدادهای اجتماعی منجر به مرگ، و خطاهای انسانی که دارای اثرات سوء بر سلامت انسان ها هستند و نیز رسوایی های مربوط به امر سلامت که هر کسی را به فکر فرو می برد، از طریق رسانه ها از بیمارستان ها گزارش می گردد. این دوران نامناسبی که در حال گذار از آن هستیم، دوره سیاهی است که فاصله زندگی و مرگ را می تواند در برخی کشورها هر روز تنگتر از روزهای گذشته نماید به نحوی که اگر قرار باشد همه چیز بر همین روال امروزی ادامه یابد، بیماری سرنوشت محتوم انسان ها خواهد بود.

حوادث ترافیکی، یکی از بارزترین نمونه های مسائل مذکور است که به نظر می رسد مورد بی اعتنایی و فراموشی واقع شده است. از سوی دیگر، کثرت افرادی که از روستا و شهر و حتی گوشه و کنار کشور، به منظور دریافت خدمات درمانی در مقابل در بیمارستان ها صف کشیده اند، مسئله تازه ای نیست و یک مساله عادی است.

در کنار افرادی که بطور مستقیم با بیماری خود درگیرند، خود پزشکان نیز به عنوان سنگ بناهای سلامت با مشکلاتی در این مورد مواجه اند. امدادگران عرصه سلامت نیز تحت شرایط دشوار، مجبور به انجام وظایف محوله می باشند. بیماران و بستگان آنها با اندیشه بی اهمیت بودن خود، و کارکنان امر سلامت نیز با این تلقی که وظایف خود را چون دیگر همقطاران در سایر کشور های پیشرفته دنیا انجام نمی دهند، احساس نوعی حقارت و سرخوردگی می کنند. به عبارت دیگر، پول به دست آمده از راه های قانونی و غیر قانونی این واقعیت را برای پزشکان یادآور می شود که آنها در یک کشور توسعه نیافته زندگی می کنند.

به طور خلاصه، تصویر ارائه شده از مشکلات مربوط به امر سلامت در یک کشور، سرنخ هایی را در مورد سطح توسعه یافتگی همان کشور ارائه می دهد. البته این به آن معنا نیست که در کشورهای توسعه یافته، مشکلی در زمینه سلامت وجود ندارد، بلکه تفاوت تنها از جهت سطح راه حل های ارائه شده در کشورهای توسعه یافته و توسعه نیافته است.

همه این مشکلات به همان اندازه که با سطح توسعه یافتگی کشور در ارتباط است، با ساختار اجتماعی آن کشور نیز در ارتباط است. مسلماً این مشکلاتی که جامعه را عمیقاً تحت تاثیر خود قرار می دهد به همان اندازه که منشا اقتصادی دارند، دارای ریشه فرهنگی نیز هستند. به عنوان مثال؛ کشورهایی که پیوند بیشتری با فرهنگ دنیای معاصر دارند، بیشتر از دستاوردها و امکانات طب مدرن استقبال می کنند درحالیکه سایر جوامع با مداومت بر درک سنتی خود، در برابر این نوآوریها مقاومت می کنند.

افراد در چنین جوامعی در استفاده از اساسی ترین حقوق مربوط به سلامت با مشکلات جدی روبرو هستند. مسلماً به عنوان یک انسان نمی توان در مقابل این مشکلات و راه حل های مربوط به آن بی تفاوت بود. اوضاع و شرایط درون بیمارستان،

خود نشانگر شرایط و اوضاع پیدا و پنهان کشور است. فقر و نومییدی بیماران به همان اندازه که به بیماری آنها مرتبط است، پیوند تنگاتنگی با شرایط حاکم بر کشور نیز دارند.

به طور کلی، می توان گفت دانش سلامت با شناخت شرایط کشور ارتباطی مستحکم و انکارناپذیر دارد. تعیین سطح توسعه کشور به معنی سطح تعیین راه حل برای مشکلات مربوط به سلامت کشور است. توسعه همواره با ثروتمند شدن طبقات فقیر همراه است. هر اندازه که سرچشمه های فقر بیشتر شناخته شود، کشورها به همان اندازه ثروتمند می شوند. کشورهای ثروتمند، کشورهای هابی هستند که در مقایسه با سایر کشورها، بیشتر از حقوق هموطنان خود صیانت می نمایند. بدیهی است که تمام تحقیقاتی که در مورد سیستم بهداشتی کشور صورت می گیرد، ناظر بر ارائه راه حل هایی برای مشکلات مربوط به سلامت خواهد بود. با عنایت به این موضوع و با توجه به مقدمات، درصدد پی ریزی واحد درسی جامعه شناسی پزشکی هستیم که در بسیاری از دانشگاه های کشور تدریس نمی شود، همچنین به دنبال جلب توجه نسبت به مشکلات مربوط به امر سلامت هستیم. قطعاً نسل حاضر نباید در برابر بن بست ها و مشکلات حوزه سلامت، سکوت کرده و برای برون رفت از بن بست های فراروی آن نکوشد. برای اینکه کشورمان در زمره کشورهای توسعه یافته قرار بگیرد، باید مشکلات مربوط به حوزه سلامت را تشخیص داده و تعیین نماییم و در مسیر توسعه و ارائه راه های آن، لحظه ای از تلاش باز نیاستیم.

این رویکرد، ما را در رسیدن به راه حل ها و عدم انحراف از اهدافی که ترسیم نموده ایم، یاری خواهد نمود. در این خصوص به شش مساله مهم ذیلا اشاره خواهد شد:

برخی مفاهیم اساسی

جامعه شناسی پزشکی زیرشاخه ای از علم جامعه شناسی است. این رشته به خصوص در غرب اروپا و ایالات متحده بسیار پیشرفته است. مسائل قابل بررسی جامعه شناسی سلامت دارای حوزه های زیادی است. نصرت فیشک در اثر مشهور خود ( 0189:0 ) مفهوم سلامت و بیماری را در اشاره به مضمون مورد نظر سازمان بهداشت جهانی چنین توصیف می کند: سلامتی، تنها عدم بیماری و یا عدم شکستگی نیست، حالت سلامتی کامل بدنی، روانی و سلامتی جنبه اجتماعی فرد است، و بیماری، حالت ناشی از تغییرات غیر طبیعی است که در ساختار و کارکرد سلول ها و بافت های بدن ایجاد می شود. سپس به تعریف خود اضافه می کند که بیماری فقط یک فرآیند بیولوژیکی نیست، بلکه ابعاد اجتماعی و فرهنگی بیماری را هم در بر می گیرد. در حقیقت ارتباط علوم اجتماعی به امر

بیماری و سلامت از همین جا شروع می شود. از مفاهیمی که فیشک از آنها بیشتر سخن به میان آورده عبارتند از؛ بهداشت عمومی، پزشکی اجتماعی، و پزشکی پیشگیرانه. پزشکی اجتماعی و بهداشت جامعه از منظر معنا به صورت مترادف به کار می روند.

بهداشت عمومی: دانش و فن جلوگیری از بیماری، طولانی کردن عمر، بالا بردن سطح توانایی و تندرستی، حداکثر استفاده از توانایی جسمانی و فکری در راه پیشرفت اجتماع از راه فعالیت های متشکل جامعه برای بهسازی محیط، جلوگیری از عفونت های واگیردار، آموزش افراد در مورد بهداشت شخصی، تشکیل خدمات طبی و پرستاری برای تشخیص فوری و اقدام برای جلوگیری از بیماری، توسعه سیستم اجتماعی که در آن هر کس از داشتن وسائل لازم زندگی که متضمن بقا و سلامت اوست برخوردار باشد و ترتیب و تنظیم این خدمات به طوری که هرکس حق مسلم خود را در مورد سالم بودن و طول عمر تشخیص داده و بتواند تا دم مرگ فرد با ارزشی برای جامعه باشد .

پزشکی اجتماعی: رشته ای است که به منظور تامین شرایط مطلوب جسمی، روحی و جنبه اجتماعی افراد جامعه، تدابیری را در قبال محیط فردی، اجتماعی، بیولوژیکی و فیزیکی فرد اتخاذ و پیاده می نماید. تفاوت بین بهداشت عمومی و طب پیشگیری این است که اهداف بهداشت عمومی، سلامت عموم مردم است، اما طب پیشگیری تلاش برای تحقق همان هدف در سطح فردی است. مفهوم بهداشت جامعه نیز به طور متناوب همراه بهداشت عمومی مورد استفاده قرار می گیرد .

اصطلاح جامعه شناسی پزشکی، نسبت به گذشته رواج کمتری دارد و بطور کلی بدلیل جای گیری نظریه های جامعه شناسی در این عرصه، اصطلاح جامعه شناسی سلامت و بیماری بیشتر از آن رواج دارد .

در نظریه های جامعه شناسی متداول ترین عرصه که در راس همه آنهاست، عرصه جامعه شناسی پزشکی است. اساساً عرصه موضوعی جامعه شناسی پزشکی، بیانگر تفاوت زیاد با جامعه شناسی سلامت است .

جامعه شناسی پزشکی: جامعه شناسی پزشکی در مورد اینکه افراد چه زمانی به بیماری خود پی می برند، چگونه از عهده بیماری بر می آیند، و افراد آسیب دیده و مصدوم چگونه درمان می شوند، راه کار ارائه می دهد. علاوه بر این، نحوه واکنش جامعه به بیماری و کارکرد سازمان های تخصصی و سازمان های بهداشتی درمانی در فرآیند درمان، موضوعاتی نظیر سلسله مراتب و تنظیمات اجتماعی هم به جامعه شناسی پزشکی ارتباط پیدا می کنند. جامعه شناسی پزشکی هم زمان، نحوه بروز و ظهور شیوع بیماری ها، امکانات درمانی و تحقیقات مربوط به اعضای جامعه پزشکی را مورد بررسی قرار می دهد.

بر پایه مطالب مذکور می توان بیان نمود که جامعه شناسی پزشکی به ارزیابی دانش های زیر می پردازد؛ خانواده، آموزش، اقتصاد، سیستم های سیاسی، نظارت اجتماعی، شهری شدن، برنامه ریزی اجتماعی و تحولات اجتماعی و تاریخ. از منظر براون (1989) علوم اجتماعی، در چهار سطح، جامعه شناسی پزشکی را تحت تاثیر قرار می دهد:

1. در سطح کلان

2. در سطح خرد

3. با ترکیبی از سطح کلان و سطح خرد

4. در سطح نقش حرکت های اجتماعی در امر سلامت

در سطح کلان: سه عرصه کاربردی وجود دارد؛ سیاست، اقتصاد و فرهنگ. جامعه شناسی پزشکی تحت تاثیر سه عرصه مذکور است؛ اولین عرصه زیرشاخه وابسته به این ها، اقتصاد سیاسی است که به موضوع اختلاف طبقاتی، نژادی و جنسیتی می پردازد. دومین عرصه زیر شاخه از این ها، طب به عنوان یک شغل تخصصی و روند تخصصی شدن آن و سومین عرصه زیر شاخه از این ها، سازمان های جهانی مربوط به نظام بهداشت و سلامت است.

سطح خرد: موضوع جامعه شناسی پزشکی، بررسی روابط عوامل اجرایی پزشکی با مردم است. به طور کلی در این عرصه، روابط پزشک و بیمار از دیدگاه های مختلف مورد بررسی قرار می گیرد.

ترکیبی از سطح کلان و سطح خرد: به طور کلی نظریه پردازان در این سطح، ترکیبی از نظریه های کلان و خرد را توأم مد نظر قرار می دهند. برای نمونه؛ اگر موضوع صرفا بررسی روابط پزشک با مریض باشد، موضوعاتی که در سطح وسیع بروز می کنند، مورد غفلت قرار می گیرند.

سطح نقش حرکت های اجتماعی در امر سلامت: با ملاحظه محتوای تغییرات اجتماعی، درصدد بررسی تاثیرات جنبش های اجتماعی بر امر سلامت است. برای نمونه، از میان برداشته شدن برده داری، پایان داده شدن به جدایی طلبی، حقوق زنان، امنیت اجتماعی، سازماندهی نیروی کار و موضوعاتی همانند اینها، می توانند اهمیت بسزایی در امر سلامت داشته باشند.

جامعه شناسی پزشکی، ابتدا، ویژگی عرصه های فعالیت پزشک و پرسنل بهداشت و درمان و چگونگی دریافت خدمات درمانی توسط بیماران و قالب های فرهنگی که آنها را تحت تاثیر قرار می دهند را مورد بررسی قرار می دهد. به عبارت دیگر پزشک و بیمار تحت چه شرایطی با هم روبرو شده و با هم چه نوع برخوردی دارند. خلاصه، رابطه بین بیماری، بیمار و پزشک در ابعاد بزرگ متاثر از محیطی است که آنها در آن زندگی می کنند.

پزشکی اجتماعی برای اولین بار در فرانسه مورد توجه واقع شده، و واضح است که از تمایل پزشکان به علوم اجتماعی نشأت گرفته است. ژولس گوتلین (1801-1886) متخصص ارثوپی و سردبیر مجله مدیکال، برای بررسی - جنبه های واقعی بیماری، از آمار استفاده نموده و پزشکی اجتماعی را به چهار عرصه متفاوت تقسیم نموده است: آسیب شناسی اجتماعی، بهداشت اجتماعی، جامعه تراپی، پزشکی. مشکلات مربوط به امر سلامت را صرفا نمی توان با تمهیدات پزشکی از بین برد. به بیان دیگر اگر در حل مشکلات پزشکی به مسائل اجتماعی توجهی نشود، حل کامل و بی نقص آن مشکلات ممکن نخواهد بود. این طرز تلقی که مربوط به زمان پیش از قرن نوزدهم بر می گردد، از فرانسه به سایر کشورهای اروپایی نیز منتقل شده است.

ترنر (1992)، همراه با گسترش مفهوم پزشکی اجتماعی، به حصول سه نتیجه اشاره می کند:

الف. بیماری در ارتباط با یک شبکه علی و معلولی قابل درک است.

ب. برای درک و تغییر وضعیت سلامت یک جامعه، مداخلات و اصلاحات اجتماعی و سیاسی اجتناب ناپذیر است.

ج. بر پایه نتیجه الف و ب، پزشکی اجتماعی، نه به مفهوم پزشکی سنتی، بلکه رویکرد انتقادی و توسعه یافته به کل جامعه و به مثابه یک حرکت ریشه دار سیاسی، تبلور یافته است.

به اختصار می توان گفت؛ نقطه قابل جمع همه تعریف ها به اعتبار منشاء تعریف هایی که صورت گرفته، بدون توجه به کجایی منشاء تعریف، دانش تولید شده در زمینه های پزشکی است که از طریق پشتیبانی حوزه های فرهنگی و سیاسی امکان تحقق به خود می گیرند.

پزشکان در بیمارستان ها تنها با افرادی که به آخرین مرحله از روند بیماری رسیده اند سروکار پیدا می کنند. اما در علوم پزشکی و شاخه های علوم اجتماعی مرتبط هستند، پیشتر از زمان مذکور به این مساله توجه نموده و با ایجاد شاخه های پزشکی اجتماعی و

بهداشت عمومی سعی در ایجاد اثر بخشی بیشتر دانش پزشکی نموده اند. در حال حاضر، بسیاری از عرصه ها، و در راس آنها جامعه شناسی، به بسیج نظریه های خود برای درک مفهوم سلامت / بیماری پرداخته اند.

نکته قابل تاکید در بیان اهداف علوم مذکور، پیش گیری از بروز بیماری ها قبل از انعکاس آنها به بیمارستان است. با صرف نظر از ریشه های چنین تفکری که قبل از قرن نوزده میلادی مطرح شده اند، چنین به نظر می رسد که چنین تفکری ریشه در قرن بیستم دارد. این مرحله با بررسی مفهوم بیماری از جنبه های اجتماعی، به صورت هر چند جزئی، این حقیقت را روشن می کند که جامعه شناسی پزشکی با چه مواردی سر و کار دارد.

## 2. پدیده بیماری

در نگاه نخست ممکن است اینگونه به نظر بیاید که همه انسان ها از بیماری درک مشترکی دارند. در حالی که تعریف بیماری از جامعه به جامعه و از زمان تا زمان دیگر متفاوت است. اینکه چه زمانی به یک فرد یا افراد بیمار گفته شود یا فرد چه زمانی احساس ناخوشی کند، بیانگر شرایط متفاوت است. این تفاوت ها و تمایزها، آغازی است بر پایان مرحله سلامتی. به عنوان مثال، کسی که صدمه شدیدی را از بابت تصادفات رانندگی به خود دیده است، البته که هر زمان و در هر جامعه، خودش را به عنوان یک بیمار تلقی می کند.

اینکه با فردی که فقط سرش درد می کند، معامله بیمار بشود یا نشود، یا اینکه چنین فردی خود را بیمار ببندارد یا چنین حسی در مورد خودش نداشته باشد، بستگی به نحوه تعریف آن جامعه از بیماری دارد. به عنوان نمونه در بیشتر از صدسال گذشته، بیماری و با به منزله کابوسی برای انسانها و به عنوان یک بیماری مسری، امروز تحت عنوان یک بیماری مهم شناخته می شود. به عنوان مثال در سال 1993، یک بیماری همه گیر به یک هراس بزرگ در میان مردم منجر شد. اما با اظهار نظر یک مقام دولتی در مورد پایین بودن ریسک سرایت بیماری مذکور، مردم اندکی نفس راحت کشیدند. این حادثه بیانگر دو نکته است:

الف. این امکان وجود دارد که کشور های مدرن نیز در معرض انواع بیماری کاملاً ناشناخته، اما جدی قرار بگیرند.

ب. جامعه ای که در آن به سر می بریم، همچون دیگر عرصه ها در خصوص عرصه سلامت نیز عاری از خطر نمی باشد. به عبارت دیگر خطر ابتلا یا همه گیری در اندرون هر جامعه ای است.

اینکه چه نوع خطری از سوی جامعه مورد پذیرش و یا عدم پذیرش قرار می گیرد، بعنوان یک کار نظری و عملی، مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. بنابراین، پی بردن به نحوه درک شدن بیماری از سوی یک جامعه، همانند شرط اول در مسیر ریشه کن کردن علت واقعی بیماری است. برای این کار، محققان پیش از هر چیزی سعی کرده اند، نخست بیماری را تعریف نمایند. در بسیاری از این تحقیقات گفته می شود که بیماری به منزله یک عامل خارجی، محصول یک روش خاص زندگی، بویژه زندگی شهری است. از سوی دیگر از نگاه انسان های معمولی، بیماری ناشی از یک عامل داخلی است.

تعریف کاربردی سلامت، تنها یک حالت متعادل نیست، بلکه برحالت خوشی و شادایی افراد نیز تاکید می نماید. بر اساس نتایج تحقیقات، روشن شده است که مردم بیماری ها را گروه بندی نموده اند. برای مثال؛ بیماری های معمولی از بیماری هایی همانند قلب، سرطان و سل از هم جدا شده اند. در این زمینه سلامت؛

الف. به صورت منفی، حالت پیشگیری از بروز بیماری جدید،

ب. به صورت کاربردی، حالت از عهده فعالیت های روزانه برآمدن،

ج. به طور مثبت، حالت سلامت و یک وضعیت مناسب زندگی را افاده می کند.

بیماری در زندگی روزمره بر روانشناسی افراد نیز تاثیر می گذارد. به طور طبیعی، افراد پیوسته، به جانب صحت و سلامت کشیده می شوند. از منظر گروه های سنی، بیشترین شکایت از بیماری را کودکان و افراد مسن دارند. از دیدگاه لاکر (1983)، بیماری و مفهوم آن در تاریخ مراحل زیادی را پشت سر گذاشته تا به مفهوم فعلی رسیده است. بر این اساس، مدت ها قبل از ظهور پزشکی مدرن، بیماری به عنوان اثر نیروهای معنوی روحی و مکانیکی تصور می شد. لاکر معتقد است که تفکر دکارتی در درک مفهوم بیماری از جایگاه مهمی برخوردار می باشد. بر اساس این جریان فلسفی، بدن و روح از یکدیگر مستقل هستند. این اندیشه وقتی به طور وسیع تایید شد، فضای مناسبی برای ارزیابی منشاء میکروبیولوژیک بیماران ایجاد شد. بدن بعنوان یک مجموعه با کارکرد درونی و قوانین مخصوص به خود مورد مطالعه قرار گرفت. کشفیات اهرلیچ، کخ و پاستور نمونه این ادعا می باشد. کخ در سال 1882 میکروب سل را کشف کرد. بدنبال آن، در فاصله سال های 1897 و 1900، 22 نوع میکروب عفونی کشف شد.

در پژوهش‌های بعدی، حوزه مطالعات از توضیحات تک میکروبی، یعنی از توضیحات تک علتی، به سمت توضیحات چند عاملی و چند علتی گسترش یافت. به عنوان مثال، بیماری‌ها در یک روش به نام مثلث بیماری‌های مسری، در ارتباط با یک میکروب، یک ناقل و محیط زیست مورد بحث قرار گرفت. بر پایه این طرز تلقی، بیماری‌ها به اندازه‌ای که امکان درماتشان وجود دارد، امکان پیشگیری‌شان نیز وجود دارد. شکل سه ضلعی مورد نظر در این توضیح در طول زمان، جایگاه خود را از دست داده است، چرا که این روش، تنها در جلوگیری از بیماری‌های عفونی و شرح آنها موثر بود. با این روش نمی‌توان جلو بیماری‌های مزمن همانند بیماری‌های قلبی را گرفت. بر همین اساس به یک روش فراگیر و شامل نیاز احساس شد. به این رویکرد جدید، سلسله علت‌ها نام نهاده شد. براساس این رویکرد عوامل موثر بر بیماری‌ها به اندازه‌ای که احتمال دارد بیولوژیک باشد، احتمال اجتماعی و روانی بودنشان نیز وجود دارد.

بر اساس نظر لاکر (1983)، سلسله توضیحات تک علتی و یا چند علتی فوق، بدلیل ارزشهای برخی گروه‌های اجتماعی معین، نمی‌توانند حساسیتشان را نسبت به بیماری‌ها و مرگ و میر توضیح بدهند. مطالعات متعدد نشان داده است که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، از جمله کشور ترکیه، شرایط طبقاتی موجود در زندگی هر فردی مانند؛ محل سکونت، سطح درآمد، تحصیلات و شغل، جزو عوامل موثر بر پدیده بیماری بوده است. عوامل دیگری چون یکپارچگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، وضعیت تاهل، و... نیز بر این امر تاثیرگذار است.

به طور خلاصه می‌توان گفت :

1. میکرو تئوری، نظریه خرد (نظریه گرم)
2. توضیح مثلث
3. نظریه چند عامل
4. نظریه حساسیت عمومی که در داخل یک توالی تاریخی توسعه یافته است.

اما نکته فراموش‌نشده، کشف ریشه‌های اجتماعی بیماری‌ها، حتی در ابتدایی‌ترین جوامع است. تفاوت بین مدل‌های قدیمی و زندگی مدرن در بررسی ریشه بیماری‌ها در این است که در حال حاضر، موضوع با یک چشم انداز گسترده بررسی می‌شود.

تحقیقاتی که در مورد عوامل اجتماعی و روانی بیماری تا حال حاضر انجام یافته را می‌توان در سه ویژگی جای داد :

الف. اجتماعی محیط زیستی

ب. رفتاری

ج. روانی منطقی

عوامل محیطی اجتماعی بیماری و سلامت عبارتند از؛ فقر، حمایت اجتماعی و روابط با دیگران، اشتغال و بیکاری و غیره.

عوامل رفتاری؛ عادت سیگار کشیدن، عادت به انجام ورزش و اهمیت تناسب اندام، رژیم غذایی و غیره.

عوامل روانی؛ ویژگی‌های فردی، ظرفیت مبارزه، باورداشت سلامت و بهداشت، و آنچه در عرصه طب مدرن بیان می‌شود در اصل در پی بررسی این واقعیت است که این عرصه‌ها چه وقت و چگونه در تاثیر و تاثر با هم، موجب شکل‌گیری بیماری می‌شوند.

رابطه بین جامعه و بیماری از سوی نظریه پردازان علوم دیگر نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. برای مثال؛ فیلد (1976)، برای ارزیابی جنبه‌های اجتماعی بیماری، امکان تمایز بین حالت بیماری و اینکه فرد خود را بیمار احساس می‌کند را روشن می‌نماید. نقطه کانونی مفهوم نخست، وجود جنبه‌های عینی یک وضعیت نامطلوب، و نقطه دوم هم وجود جنبه‌های ذهنی آن است. بیماری فعالیت غیر طبیعی یک عضو است، اما احساس ناراحتی، یعنی نحوه احساسی که نسبت به وضعیت غیر طبیعی وجود دارد. یعنی بیمار از درد و ناراحتی شکایت می‌کند، اما پزشک بیماری را تشخیص می‌دهد. به عبارت دیگر، این دو اصطلاح انگلیسی برای تمایز بین ریشه‌های روانی و اجتماعی بیماری از منشاء فیزیکی و ارگانیک آن مورد استفاده می‌شود. با این حال، پیشنهاد گردیده است که دو مفهوم یاد شده به طور مستقل از یکدیگر به کار برده شوند. این پیشنهاد صرفاً به منظور بیان تمایز همیشگی بین تعریف جنبه‌های اجتماعی بیماری و تعریف بیماری بیمار از منظر پزشک مطرح شده است. به طور مثال فیلد از اینکه آموزش طب در اصل به طور کلی بر پایه نظریه

وضعیت بیماری بنا شده است، دفاع می کند. با این حال بر تغییر نقش پزشک با توجه به نوع بیماری ها تاکید می کند. به گفته وی، بیماری ها می توانند به چهار دسته تقسیم بندی شود:

الف. بیماری های حاد کوتاه مدت

ب. بیماری های دراز مدت بدون نشانه

ج. بیماری های دراز مدت دارای نشانه

د. بیماری های روانی

بر پایه طبقه بندی مذکور، و بر اساس نظریه وضعیت بیماری، پزشکان با تجربه در خوشبینانه ترین حالت می توانند به بیماران طبقه اول مساعدت نمایند. فیلد معتقد است که در این شرایط پزشکان، نقش مهمی را در تعریف بیماری برعهده می گیرند. بر این اساس از نظر وی، اگر بیماری ها بدون توجه به تأثیر عوامل اجتماعی، نظیر آنچه اکنون در طب مدرن رفتار می شود، تعریف شوند، حداقل یک سطح از تفاوت در ایجاد ارتباط زبانی و تفهیم و تفاهم بین پزشک و بیمار شکل خواهد گرفت. بطور خلاصه، طب مدرن تنها با توجه به جنبه های عینی بیماری، نباید با بیماری برخورد نماید، بلکه پزشکان باید در اقدامات و کارهای خود، پیامدهای اجتماعی بیماری را نیز مد نظر قرار دهند. در جوامع مدرن دیده شده که تغییرات اجتماعی، طرز تلقی افراد از بیماری را تعیین می کند. این تحولات را می توان در ذیل چهار عنوان جمع بندی نمود:

1. تحولات پدید آمده در قالب های بیماری و افزایش نسبی بیماری ها.
2. روند رو به رشد سلامتی هم از منظر متخصصان و هم از منظر عموم مردم.
3. تحولات در ساختار اجتماعی و اقتصادی جوامع مدرن و وجود سلطه فنی در رابطه با فرد و جامعه و در این ارتباط، روند رو به رشد تحولات.
4. بروز تحولات در عرصه جامعه شناسی پزشکی و آغاز جایگزینی فمینیسم و پست مدرنیسم با دیگر جریانات فکری

قبلی.

حقیقتاً وقتی به دهه های 61 و 71 قرن بیستم نظر می افکنیم، فعالیت های کلینیکی زیادی را مشاهده می کنیم. یعنی فعالیت هایی که در مورد بیماران اورژانسی و یا فعالیت هایی که در رابطه با بیماری های حاد در بیمارستان صورت گرفته در حد بالایی قرار گرفته اند. در حالیکه هر چقدر به زمان حاضر نزدیک می شویم، روند رو به رشدی را در بیماری های حاد، بویژه در کشورهای توسعه یافته، مشاهده می کنیم. مخصوصاً تشخیص ویروس اچ آی وی، به ویژه در جامعه غرب، پژوهشگران را دچار نگرانی کرده و در ابعادی آنها را غافلگیر کرده است.

وضعیت افراد در برابر بیماری همچنین تحت تأثیر تحولاتی است که در ساختار اقتصادی جامعه آنها صورت می گیرد. در برنامه های اقتصادی معاصر، ساختارهای سنتی دگرگون شده و روابط جدید، جایگاه مخصوص به خود را پیدا نموده است. به عبارتی دیگر برنامه های اقتصادی معاصر نه برنامه های مبتنی بر تولید، بلکه ناظر بر مصرف می باشند. به همین علت نظام سلامت، نه بعنوان یک بخش وصله شده به نظام سرمایه داری، بلکه به حالت قالبی در رابطه با مصرف تبدیل گردیده است. این حالت که امروزه بیشتر مشاهده می شود که پزشکان، بیش از اینکه به فکر تسلط بر بدن بیمار باشند، به بیماران به منزله مصرف کنندگان دانش و تخصص خودشان نگاه می کنند. چنین درکی بیمار و

پزشک را در یک نقطه واحد کنار هم خواهد نشانید.

بعنوان نکته پایانی، لازم است تحقیقات عرصه جامعه شناسی پزشکی جدای از مبانی سیاست، جنبه عامل اجتماعی را به عوامل موثر در بیماری اضافه کند.

### 3. بیماری و روابط اجتماعی

در میان عواملی که در بیماری انسان موثرند؛ بررسی نقش عامل اجتماعی یک امر ضروریست. به طور مثال؛ در حالیکه ضررهای ناشی از کشیدن سیگار در دانش پزشکی کاملاً روشن است، با این وجود جلو شیوع این عادت گرفته نشده است. در حالیکه علم پزشکی زیان های کشیدن سیگار را در سطح بیولوژیک ارزیابی می کند، ناگزیر از بی توجهی به عاملی است که فرد مبتلا به سیگار را به سمت کشیدن سیگار سوق داده است. کشف این واقعیت که تحت تأثیر کدام عوامل فرد خود را در معرض نابودی قرار داده، شاید از جمله

اطلاعاتی باشد که در درمان فرد هم عنصر مهمی به شمار آید. این دانش در عرصه جامعه‌شناسی تولید می‌شود. اما در موضوع محدودی مانند سیگار که دارای تأثیرات منفی بر سلامت می‌باشد، پیش‌زمینه علت‌یابی آن، همانند ریشه‌یابی علت بیماری در دیگر موضوعات نیست. برای مثال در یک بیماری جدی کبدی و یا در بیماری سرطان، اطلاعاتی که جامعه‌شناسی می‌تواند در آن مورد بدهد، بسیار محدود است. به عبارت دیگر، اطلاعات در مورد شرایط محیطی بیمار را نمی‌توان با موفقیت در درمان بیماری به صورت جدی به کار بست. تحقیقاتی که در صدد بررسی علل اجتماعی و فرهنگی بیماری‌ها هستند، به طور کلی بر فرایندهایی همچون؛ صنعتی شدن، شهری شدن، مهاجرت، تحرکات اجتماعی و شغلی و پدیده‌هایی نظیر تحرکات و جابجایی‌های جغرافیایی متمرکز می‌باشد. محور این تحقیقات بیماری‌های قلبی بوده است. از طرفی، بسیاری از پژوهشگران بر تأثیر عادات غذایی فرد بیمار بر بیماری‌های قلبی تأکید نموده‌اند. از سویی تحقیقات در میان طبقات اجتماعی که هنوز صنعتی نشده‌اند، و در حال گذار به مرحله صنعتی شدن می‌باشند، نشان می‌دهد که افزایش فشار خون افراد، متناسب با رده سنی آنان می‌باشد. اما نمونه دیگر که راه را برای بروز ناراحتی‌های فیزیکی و روحی هموار می‌کند، عبارتست از تغییراتی است که انسانها پیوسته در صدد ایجاد آن در محیط زیست خودشان بر می‌آیند. روشن است که هر فرد در صدد برقراری روابط ماندگار با محیط پیرامون خود و توسعه آن بر می‌آید. با تغییر محیط و یا با ایجاد تغییر در خود انسان، تصور بر این است که امکان بیماری افزایش می‌یابد. اقداماتی که موجب بروز بیماری از محیط و تغییرات انسانی می‌شود موضوع اصلی جامعه‌شناسی را تشکیل می‌دهد. در حقیقت رشته‌ای که با مداخله معنی دار خود از عهده‌ی این نوع بیماری‌ها ی‌ناشی از تغییر محیط و یا فرد بر می‌آید، رشته جامعه‌شناسی است.

در مقابل بر اساس تحقیقاتی که مارموت در سال 1975 انجام داده، ادعا شده است که جابجایی تأثیر چندانی در بیماری‌های قلبی ندارد. اما نمونه 1987 بیانگر تأثیر جدی بیکاری بر بیماری قلبی است. این مساله دو دلیل دارد؛

1. پایین آمدن استانداردهای زندگی بیکاران
2. تضعیف سطح روابط با دیگران، دشوار شدن عمل به وظایف اجتماعی.

در یک پژوهش دیگر که بر روی استرس زنان صورت گرفته، چهار مورد به عنوان عوامل برجسته شناخته شده است:

1. نداشتن رابطه گرم و صمیمی با شوهر
2. از دست دادن مادر قبل از 00 سالگی
3. بی‌کار بودن در بیرون از خانه
4. وجود سه یا چهار کودک زیر 15 سال

افرادی که در مراتب طبقاتی پایین به سر می‌برند، در طول زمان، حس احترام به خود را از دست می‌دهند و کنترل بر خودشان نیز تضعیف می‌شود. به دلیل ناتوانی‌های مادی مجبور به انزوای اجتماعی می‌گردند، بدلیل بالا بودن استرس، افرادی از طبقه مذکور که دچار سکت قلبی شده‌اند در مقایسه با طبقات دیگر که استرس در آنها پایین است، چهار برابر بیشتر با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند.

بعنوان سخن پایانی، افراد در مناطق فقیر نشین در مقایسه با سایر طبقات متوسط و ثروتمند از خدمات بهداشتی و درمانی متفاوتی بهره‌مند می‌شوند. افراد در مناطق فقیر نشین در مقایسه با افراد برخوردار، بسیار کمتر به پزشک مراجعه می‌کنند. در مقام نتیجه باید گفت در بحث سلامت در آمریکا بین فقرا و ثروتمندان شکافی عمیق وجود دارد. این شکاف علاوه بر شرایط زیست محیطی، این است که فقرا از نظام سلامت و بهداشت و درمان به اندازه ثروتمندان بهره‌مند نیستند.

بر اساس این مدل، دلیل استرس بیشتر در زنان طبقات پایین، در مقایسه با زنانی که از طبقه متوسط هستند، توضیح داده می‌شود. چنانکه روشن است یکی از مفاهیم اساسی جامعه‌شناسی مفهوم طبقه است. طبقه بر اساس سطح آموزش، فرهنگ و درآمد افراد، به تبیین جایگاه آنها در جامعه کمک می‌کند. یعنی در جوامع طبقاتی، سلسله مراتبی بودن جامعه تا چه اندازه می‌تواند در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی افراد تأثیر بگذارد؟ بسیاری از این تحقیقات هم در ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است. در این زمینه دوتون (1989)، پژوهشی انجام داده است و در آن به شرایط بهداشتی و ناامیدی ناشی از فقر در افراد توجه نموده است. به گفته وی، فقر معمولاً یک وضعیت بد بدنی را ایجاد می‌کند و وضعیت بد بدنی موجب فقر می‌شود. برای نمونه؛ مرگ و میر کودکان در مناطق فقیر نشین در ایالات متحده 51% از سایر مناطق بیشتر است. نرخ مرگ و میر در میان سیاهان فقیر نیز در مقایسه با فقیران غیر سیاه بیشتر است. سیاهان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های مسری می‌باشند. بیماری‌های قلبی در میان فقرا سه برابر بیشتر از بیماری‌های قلبی در مقایسه با ثروتمندان می‌باشد.

همانطور که در تمامی یافته‌های این پژوهش روشن است؛ بین طبقات اجتماعی و بهداشت افراد، ارتباط قوی وجود دارد و امکان استفاده افراد از سیستم مراقبت‌های بهداشتی در حد بسیار زیاد در ارتباط با مسائل طبقاتی است که فرد به آن تعلق دارد. لازم به ذکر است که مفهوم طبقه و همچنین بسیاری از مفاهیم دیگر در جامعه‌شناسی مورد بحث قرار می‌گیرد. به سختی می‌توان گفت که حتی امروز نیز این بحث‌ها به نتیجه خاصی دست یافته‌اند. واضح است که جوامع مدرن بر اساس شاخص‌هایی چون حرفه، درآمد و تحصیل به گروه‌های مختلف تقسیم می‌شوند. از سوی دیگر، همین امر برای معلمان نیز صادق است. اگر معلمان به عنوان یک گروه حرفه‌ای سعی کنند تا در یک طبقه اجتماعی قرار گیرند، با دشواری‌هایی روبرو خواهند شد. به عبارت دیگر در این تقسیم‌بندی این جای‌گیری شامل حال کدام دسته از معلمان خواهد شد؟ برای مثال؛ در یک دسته‌بندی یک معلم ابتدایی قرار می‌گیرد و در دسته‌بندی دیگر یک استاد دانشگاه مشهور جهان که صاحب مطالعات و تحقیقات علمی است گنجانده می‌شود. بنابراین، برقراری رابطه بین بهداشت و طبقات اجتماعی از منظر تبیین شاخص‌های کلی حائز اهمیت بوده و نباید پیوستگی این ارتباط را تحت هیچ شرایطی فراموش نمود. زیرا رابطه موضوع بیماری و طبقات اجتماعی، متناسب با زمان می‌تواند تغییر پیدا کند.

در حقیقت این سوال که آیا شرایط بهداشتی نامناسب، افراد را مجبور به زندگی در طبقه اجتماعی پایین می‌نماید و یا بدلیل اینکه افراد از طبقه اجتماعی پایینند، دچار شرایط بهداشتی نامطلوب می‌شوند؟ دستور کار اصلی برخی از محققان را شکل داده شده است. به زعم برخی از آنها یعنی ویلکینسون (1986)، موقعیت اجتماعی کودکانی که به بیماری‌های جدی مبتلا می‌شوند، به طور طبیعی از پدران خود پایین‌تر خواهد بود. اما از منظر مارموت (1987)، این حالت فقط در بیماری‌های خیلی جدی همانند شیزوفرنی می‌تواند رخ دهد.

مفهوم نابرابری یک مفهوم مهم دیگر در بحث از طبقات اجتماعی و سلامت است. در واقع، بحث مربوط به طبقات در جامعه‌شناسی، اساساً مبتنی بر متفاوت بودن جوامع از یکدیگر و بر فرض قبول شکل‌گیری جوامع از طبقات نابرابر استوار شده است. از این نابرابری‌ها، فقر افراد، یعنی هر نوع فقر در توزیع درآمد، و به طور خلاصه فقری که عجین با زندگی آنها و زاده طبیعت آنها هست، فهم می‌شود. اپیدمیولوژی که بیماری‌ها را بر اساس ویژگی‌های طبیعی و جغرافیایی گروه‌های انسانی به ترتیب و به صورت آماری بررسی می‌نماید، ناگزیر به مفاهیم جامعه‌شناسی متوسل می‌شود. قابلیت‌های فردی به صورت قهری منشاء نابرابری شده و افراد در پرتو همین نابرابری‌های انگیزه‌های خود را می‌توانند افزایش بدهند. شرایط برابر، به این علت رقابتی که تحت شرایط برابر، نتیجه نابرابری می‌دهد، این مسأله، هم‌نوعی جوامع را موجب شده و پیوندهای اجتماعی را تقویت خواهد داد. فقط همانند جامعه‌شناسی در جامعه‌شناسی پزشکی هم با وجود رابطه مفهوم نابرابری با مفهوم طبقه، آندو به همان اندازه هم از یکدیگر متفاوت می‌باشند. آنگونه که دیده می‌شود، هرگونه تغییر اجتماعی، بهداشت و سلامت افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. برای نمونه دورکیم (1952)، تحقیق خیلی مشهور خود در زمینه خودکشی را با هدف بررسی چگونگی تأثیر شرایط منفی ناشی از تغییرات اجتماعی بر افراد انجام داده است. یعنی افراد چگونه سلامت روحی خود در جامعه را از دست می‌دهند؟ این همان موضوع اصلی کلاسیک است که جامعه‌شناسان بر آن تأکید می‌ورزند. خلاصه اینکه در نهایت، نظریه پردازان در

عرصه جامعه‌شناسی در پی انعکاس مجموعه عواملی هستند که سلامت فرد را تهدید می‌کند.

در نهایت نظریه پردازان عرصه جامعه‌شناسی از طریق عوامل اجتماعی درون جامعه، رابطه موجود بین بیماری‌ها را به طور کلی با دو مفهوم تبیین می‌نمایند؛ مدل اول (مدل استرس) منابع استرس (عوامل تهدیدکننده شرایط محیط زیست)، سبب ساز نگرانی و دلهره و افزایش حساسیت زیاد فیزیکی و روانی فرد می‌شود. اما مدل دوم (زیست محیطی - رفتاری) که در مقایسه با مدل اول به عوامل محیطی بیشتر اهمیت می‌دهد. به این ترتیب زندگی اجتماعی کار و زندگی خانگی، مصرف سیگار، استفاده از الکل، رژیم غذایی، ورزش، در ادامه یک زندگی سالم نقش مهمی را ایفاء می‌نمایند. نقدهایی به هر دو سیستم مذکور وارد شده است؛ برای نمونه ادعا شده که استرس سبب بیماری نمی‌شود، بلکه

این بیماری است که سبب استرس می‌شود. اما باید توجه داشت که جاهایی که در آنجا بیشتر از هر جایی سیگار و الکل مصرف می‌شود، محل‌های کار است. اما اگر نقطه تمرکز خود را بر بیماری‌های حاد مشهود کشور ترکیه قرار دهیم، در حقیقت این کشور آمادگی لازم را برای انطباق با تحولات اجتماعی ندارد و باید گفت که این تحولات ترکیه را غافلگیر خواهد نمود.

به این علت هم بخش بهداشت و سلامت با توزیع قدرت اجتماعی رابطه تنگاتنگی دارد. اگر قدرت به قابلیت انجام خواسته یک شخص و یا امکان آن تعریف شود در این صورت به یک مفهوم غیر قابل اجتناب زندگی روزمره تبدیل می‌گردد. در واقع قدرت به معنی هموار نمودن راه برای رسیدن به اهداف، دست کم دسترسی به غذا و یا موقعیتی که مطلوبمان است می‌باشد. در آن صورت، افراد در اثنای صد سال با بدست گرفتن قدرت، و یا با در دست نگه داشتن و حفظ قدرت، کیفیت فیزیکی محیط پیرامون خود را کنترل نموده‌اند؛ سیاست‌های بهداشت و درمان را طبق



دلخواه خود شکل بخشیده اند؛ برای هر چه موفق بودن و یا هر چه راحت بودن خودشان، قدرت را به کار برده اند و یا به طور مثال با بدست گرفتن قدرت رسانه ای، افکار افراد را در مورد موضوعات مختلف شکل داده اند. برخی مواقع هم با توسعه خود کنترلی افراد، آنها را در خدمت مقاصد خود در آورده اند. این گونه مکانیزم های کنترل اجتماعی به عنوان یکی از اهداف کاربرد قدرت، موجب حفظ نظم اجتماعی و استمرار سلسله مراتب اجتماعی می گردد.

خلاصه؛ سلامتی/بیماری، بعنوان پایه و اساس، با توزیع قدرت اجتماعی و کاربرد مکانیزمهای کنترل اجتماعی ارتباط نزدیک پیدا می کند. حتی اگر رویکردهای های ایده آلیستی را به کنار نهم، ایجاد یک جامعه سالم، خارج از منویات خود مدیریت، با نحوه توزیع قدرت در آن جامعه در ارتباط می باشد. طبیعی است کسانی که قدرت و یا اقتدار را بدست می گیرند، یا گروه هایی که در این خصوص نقش موثری را دارند، خواسته های خود را خیلی موثرتر عملی می نمایند. و الا دیگر گروه های اجتماعی به صورت مستقیم تر می توانند به قدرت بپیوندند. تصویر سیستم های اجتماعی این مساله به این شکل است: مشکلات طبقات پایین همواره موضوع بحث بوده، ولی طبقات مرفه جامعه، مشکلات خود را به نحوی حل و فصل می کنند. گرچه رابطه بین طبقه و قدرت از یک جامعه نسبت به جامعه دیگر متفاوت می نماید، اما اصول و مبانی آن در هر جامعه ای یکسان است. بویژه در جوامعی که سرمایه داری در آنجا خیلی بیشتر توسعه یافته است، چنین تفکیک هایی برجسته می نماید.

#### 4. بیماری و روابط فرهنگی، اقتصادی و سیاسی

همانگونه که مفهوم بیماری در زمینه روابط اجتماعی مورد نظر قرار گرفته می شود، در زمینه های فرهنگی، اقتصادی و سیاسی نیز می تواند در نظر گرفته شود. جوامع به همان اندازه که از جهت روابط اجتماعی مخصوص به خود از همدیگر متفاوتند، از منظر ساختاری نیز به صورت ویژه از همدیگر متفاوت می مانند. برای نمونه (مفهوم بیماری و سلامت)، ( از یک فرهنگ)، ( به یک خرده فرهنگ)، ( و ) از یک جامعه ( به ) جامعه ی دیگر ( و حتی در یک خانواده از نسلی به نسل دیگر متفاوت است .

این مساله که چه نوع درک و یا تفسیری از بیماری ها در جوامع مختلف وجود دارد، بیشتر توسط انسان شناسان بررسی شده است. ایوانز پریچارد (1937) در بیماری های مورد مطالعه خود در سودان، این باور را که منبع این بیماری ها جادوها و جادوگران هستند و این جادوها از طریق همسایگان فرد بیمار که با وی میانه خوبی ندارند به کار بسته می شود مشاهده نموده است. بر این اساس، بهبودی شخص بیمار در گرو انصراف همسایه از اعمال جادو علیه شخص بیمار است. خشم خداوند هم علیه ارواح خبیثه و جادوهاست. چنین باوری در بخشی از مناطق آمریکای جنوبی نیز مشاهده شده است.

اینکه افراد چه درکی از بیماری خود دارند از طریق توجه به نحوه مواجهه آنها با نشانه ها و علائم بیماری قابل پی گیری است. به مساله ی تفاوت نوع نگرش نسبت به علائم بیماری از یک فرهنگ به فرهنگ دیگر به صورت جزئی و در حد قابل توجهی تاکید گردیده است. بنابراین، افراد در برابر بیماری باید در حالت بیدار باش باشند. بنابراین، به افراد در برابر درد و بیماری باید هشدار داد. با این حال، به یک کودک در حال رشد در خانواده های بومی ایالات متحده یاد داده می شود که در برابر بیماری، مانند یک مرد رفتار نموده و در برابر بیماری گریه نکند و نحوه غلبه بر این بیماری را برای بیمار توصیف می کنند.

یک مطالعه دیگر به نتایج مشابهی از راه های دیگر رسیده است. در این تحقیق کلینمان (1980)، این مساله را مورد بررسی قرار داده که چرا بیماران روانی (افسرده) در مراجعه به وی از درد و رنج فیزیکی خود شکایت می کنند. وی به این نتیجه رسیده است که علت این مساله این است؛ با وجود واژه های زیادی که در مورد بدن انسان به زبان تایوانی وجود دارد، مفاهیم مشابه روانشناسی پیشرفته انسانی موجود در زبان های غربی، در زبان تایوانی وجود ندارد. دانش آموزان آمریکایی، دانش آموزان چینی را مورد آزمون قرار داده اند، و به هر دو گروه لیستی از سوالات حاوی مشکلات روانی داده شده، و از آنها خواسته شده، علت آن مشکلات را هر نوع علتی که می دانند بنویسند. در میان این مشکلات، مشکلاتی نظیر؛ مشکل سختی خواب، اضطراب و احساس تنش، سردرد، احساس تنهایی وجود دارد. دانشجویان آمریکایی در حالیکه سرچشمه مشکلات خود را حالات هیجانی داخلی خود بیان نموده اند، دانشجویان چینی خیلی بیشتر بر عوامل خارجی مانند فشار خانواده و زندگی اقتصادی اشاره داشته اند. دانشجویان آمریکایی بر عوامل داخلی و دانشجویان چینی بر عوامل خارجی اهمیت نشان داده اند. در حالیکه طب غربی قلب را در ارتباط با گردش خون می داند، در جوامع شرقی قلب به عنوان مرکز زندگی عاطفی دیده می شود. علاوه بر این، فرهنگی که

بیمار در آن بسر می برد، اگر در مورد بیماری به شخص آگاهی بدهد، این هم در برابر علائم بیماری و هم در مبارزه با بیماری موثر است. باز هم در حال بیماری مراجعه فرد بیمار به پزشک نمی تواند آسان باشد. افراد اگر علائم بیماری را مشاهده کنند و از وجود آن مطمئن بشوند، باز عوامل دیگر ممکن است او را از مراجعه به پزشک باز دارد.

همانند شرایط فرهنگی و محیطی که بیمار در آن رشد پیدا نموده و مراجعه بیمار به پزشک تحت تاثیر آن قرار می گیرد، پزشکان نیز تحت تاثیر همان عوامل، بیماران خود را با عینک های مختلف نگاه می نمایند. چنانکه پزشکان با دیگر همقطاران خود یک سیستم همبستگی را به طور اتوماتیک تشکیل می دهند، بیماران هم به همان سیاق در اندرون چهارچوب های فرهنگی خود، شبکه ای از همبستگی را ایجاد می کنند. برای نمونه یک بیمار قبل از پذیرش عمل جراحی به طور کلی یک شبکه همبستگی سیستماتیک مرکب از خویشاوندان و دوستان را تشکیل می دهد. در این وضعیت افراد در ارتباط بین دو مساله، یعنی بین سلامتی خود به طور کلی و رضایت آن شبکه متشکل از خویشاوندان و دوستان قرار دارند. برای مثال، افراد در نخستین مراحل از بیماری به خود درمانی روی می آورند، یا با کسانی که هیچ ارتباطی با پزشکی ندارند و فقط می توانند مشاوره بدهند، از دوست و آشنا و دوستان خود یاری می خواهند. درگام دوم، دوباره، به کسانی که با طب مدرن و پزشکان که متخصص پنداشته می شوند، کوچکترین ارتباطی ندارند متوسل می شوند. این افراد، اگر چه متخصص در پزشکی نیستند، اما به عنوان پزشک و طب جایگزین درحال ظهور می باشند، همانند کسانی که نسبت به کاربرد داروهای گیاهی آگاهی دارند. این دسته در نهایت و مرحله سوم به پزشک متخصص مراجعه می کنند.

نکته ای که از بحث پیشین قابل استفاده است این است که هر چه قدر هم طب، تخصصی بودن و مصون بودن خود را اعلام کرده باشد، باز به اندازه ای که بیماران به آنها مراجعه می کنند، مورد پذیرش و اعتماد می باشد. و این نشان می دهد که درک درست از سلامت و بیماری به طور کامل در یک محیط فرهنگی خاص شکل می گیرد. حتی بر اساس یک ادعا، شکل گیری فرایند لائیسیت، مخصوصا در فرهنگ غرب از زمانی که دین قدرت اجتماعی خود را از دست داده، برای پر کردن خلاء نیروی مذکور آغاز گشته است. در جامعه، رسالت پزشکان و روحانیت از هم متمایز شده و کلینیک های پزشکی جایگزین کلیساها شده اند.

جای مراسم استغفار در کلیساها را درمانگاه های روانشناسی پر کرده اند. امروز، طب فراتر از عرصه از بین بردن مشکلات جسمی به عرصه های متفاوتی ورود پیدا نموده است. در جامعه مدرن امروز به جای پدیده های دینی، رژیم غذایی، ورزش، کنترل بارداری، اقداماتی ضد سیگار کشیدن، جایگزین شده اند. به نظر می رسد تاکنون کشورهای توسعه یافته در مقایسه با کشورهای دیگر از سلامت شهروندان خود بهتر توانسته اند محافظت نمایند، و بیشتر قادر به درمان بیماری ها از راه های مختلف شده اند.

نحوه مواجهه بیماران با علائم بیماری به همان اندازه که با سنت های فرهنگی آنها ارتباط پیدا می کند با ساختار اقتصادی آنها نیز در ارتباط است. بیماران نیز از نظر خاستگاه اجتماعی اقتصادی از همدیگر متفاوت می باشند. - بنابراین عادت های مراجعه به پزشک به طور کلی ممکن است با شدت بیماری در ارتباط باشد. به طور خلاصه می توان گفت، اگر بپذیریم که هر جامعه عکس العمل های متفاوتی در برابر بیماری از خود نشان می دهد، اما در پایین ترین سطح هم که شده باشد از برخی نقاط مشترک این نحوه رویارویی ها با بیماری، می توان سخن به میان آورد؛ مثلا ممکن است با یک بیماری ناشی از تصادف در کشورهای مختلف، هر چند متناسب با امکانات آن کشورها به صورت مشابه و یکسان درمانی برخورد گردد. بدلیل اینکه این نوع بیماری ها در نهایت از نوع بیماری هایی است که درمان آنها اجتناب ناپذیر است. از جهت درمان بیماری ها حتی اگر کشورهای رویکردهای مراقبتی و درمانی متفاوتی را به کار ببندند، از منظر جلوگیری از بیماری، اینکه کیفیت تدابیر اتخاذ شده به وضعیت اقتصادی کشور بستگی دارد، امری آشکار و بدیهی است. در نتیجه می توان در روزگار مدرن به چندین عامل مهم تاکید کرد که به طور مستقیم بر سلامت تاثیرگذار هستند.

این عوامل ارتباط نزدیکی با فعالیت های اقتصادی کشور دارند. این عرصه های مهم زندگی را می توان در قالب هایی همچون؛ سیگار کشیدن، رژیم غذایی، و کمبود های فعالیت بدنی، مصرف الکل، مشکلات جنسی و تصادفات نشان داد. پیشرفته ترین ترین عرصه های تحقیقاتی در کشورهای توسعه یافته اقتصادی که با فعالیت های اقتصادی به طور مستقیم در تعارض نیستند، عبارتند از؛ زایش گاه ها، کلینیک های دندانپزشکی، و اکسیناسیون، تشخیص زود هنگام سرطان و فشار خون بالا.

هر دولت و جامعه ای تحقق برنامه های مربوط به نظام سلامت را در چهارچوب یک طرح و برنامه ای دنبال می کند. اما هر کشوری چه ثروتمند یا فقیر از نظر منابع مالی، دارای یک سری محدودیت هایی است و مدیریت منابع مالی محدود، نیاز به اتخاذ تدابیر و سیاستهای عاقلانه را ایجاد می کند. نیل به این منظور، در ارتباط با سازمان دهی عرصه های سلامت و ایجاد تغییرات تکاملی و اتخاذ سیاست ها و تدابیر عاقلانه بهداشتی و یا بی اعتنایی به آنها می باشد. بنابراین مشکلات مربوط به سلامت و بیماری به اندازه ای که در محدوده یک بیمارستان حل و فصل شدنی نباشد، از یک محتوا و ظرفیت وسیعی برخوردار است.

در این مرحله، جا دارد به جنبه های مختلف یکی از موضوعات اصلی جامعه شناسی پزشکی، یعنی رابطه پزشک و بیمار به صورت هرچه جزئی تر نظر افکنده شود.

رہیافت هایی در مورد رابطه پزشک و بیمار از سوی جامعه شناسان ارائه گردیده است. ایجاد یک جامعه سالم و یا حفظ آن، می تواند در ارتباط نزدیک با رابطه بین بیمار و پزشک باشد. موفقیت در تشخیص و درمان بیماری در بیمارستان ها، در گرو برقراری روابط مثبت و حسنه می باشد. از طرف دیگر، هر بیماری که درصدد بهبودی و آگاهی از علل بیماری، و راه های درمان خود می باشد، به صورت طبیعی در پی این خواهد بود که با پزشک معالج خود روابط حسنه ای داشته باشد. به طور کلی لازم است پزشکان این را بدانند؛ بیماری که در مورد بیماری خود اطلاعات ندهد و یا به حد کافی حرف نزند، درمان پزشک نیز بر روی این بیمار در حد محدودی باقی خواهد ماند. همچنین بیماری که خود را در بیمارستان آزاد و راحت حس نکند، ممکن است گفتارها و اظهار نظرهای نادرستی در مورد بیماری به پزشک خود ارائه دهد. پزشک بر این نکته آگاه است که اگر چنین شرایطی را نتواند برای بیمار در بیمارستان ایجاد کند، یعنی نتواند بیمار را در مورد بیماریش به صورت رضایتبخش آگاه کند، نمی تواند به اهداف حرفه ای خود در مورد درمان نائل شود. آیا چنین امکانی در هر زمان قابل ایجاد است؟! شرایط بیمارستان های کشور در این خصوص چگونه است؟ آیا دولت در اصل از ایجاد چنین رابطه ای پشتیبانی می کند؟ واضح است که پاسخ دادن به این سوالات از منظر روشن نمودن معضل سلامت یک وضعیت مهمی را سمبلیزه می نماید.

به نظر پارسونز، انتظار می رود که یک فرد بیمار نسبت به یک فرد سالم، چهار ویژگی متفاوت از خود بروز دهد؛ اول، اینکه فرد بیمار فعالیت ها و مسوولیت های روزانه خود را ترک می نماید. دوم، اینکه فرد بیمار بدلیل عدم توانایی در مورد تامین نیازهای خود، لازم به مراقبت دارد. با این حال یک فرد بیمار، در اثنای عمل به این دو شرط با بحرانی و جدی بودن وضعیتی که در آن بسر می برد از نزدیک و بدون واسطه در ارتباط است. به همین دلیل نقش بیمار در جامعه از نظر پارسونز یک نقشی نیست که لازم باشد تا اینکه پیوسته به جا آورده شود. بیمار حین به جا آوردن این نقش، تحت تاثیر چهارچوب های فرهنگی زیادی قرار می گیرد. لازم است بیماران به منظور درمان خود به پزشکان کمک نمایند، پزشکان نیز تمامی اطلاعات خود را در درمان بیمارانشان به کار بگیرند. بدین علت برای اینکه پزشک بتواند درمان را کاملا به سر انجام رساند، به طور کلی از بیمار می خواهد تا وی را از اسراری که آنها را با کسی در میان نگذاشته، آگاه گرداند. اما پزشک نباید فراموش بکند که از دانستن این اسرار، هدفی جز درمان را دنبال نمی کند و نباید اطلاعات بدست آمده را به سود خود و علیه دیگران مورد استفاده قرار بدهد.

این دیدگاه کلاسیک پارسونز از چند جهت قابل نقد است؛ بعنوان مثال، پارسونز، بیماری را یک وضعیت غیر طبیعی و مقطعی و ناپایدار تعریف نموده است. این تعریف تقریبا اساس مدل پارسونز است. بنابراین در بیماری مزمن هم می تواند منشاء زایش یک رابطه ای باشد که خودش را قابل تکرار می کند. برخلاف انتقاداتی که بر مدل پارسونز صورت گرفته است، مدل مورد نظر وی بر بیماری های مزمن نیز قابل تطبیق می باشد. در بسیاری از مواقع، تشخیص بیماری و یا عدم بیماری یک فرد کار ساده ای نیست. در بسیاری از موارد، پزشک برای تثبیت بیماری، ناگزیر از اعتماد به اظهارات بیمار است. در برخی مواقع هم پزشک ممکن است به اظهارات فرد اعتماد نکرده و او را سالم تلقی کند. در این حالت بین بیمار و پزشک تنش به وجود می آید و حتی ممکن است به دعاوی قضایی منجر بشود. مسلما چنین تنش هایی تنها به رابطه بین پزشکان و بیماران مربوط نیست، بلکه افکار اقشار دیگر را نیز تحت تاثیر قرار می دهد.

نمونه دیگر از تنش های احتمالی بین بیماران و پزشکان، اولویت های پزشکان در ارتباط با بیماران است. برای مثال در یک عمل پیوند کلیه، ممکن است یک پزشک، بیش از یک بیمار داشته باشد. اما کلیه موجود را فقط به یک بیمار می تواند پیوند بزند. اینکه پزشک بر اساس چه معیاری یکی از بیماران خود را ترجیح می دهد، خیلی روشن نیست.

پزشک باید تا حد امکان بدون سلب اعتماد بیماران و یا با کمترین حد از سلب اعتماد، بر چنین مشکلاتی فائق آید. پارسونز از این منظر که پزشکی با نظارت اجتماعی عهده دار کارکردی است که منتج به هفت نتیجه مثبت بین پزشک و بیمار می شود. اما فریدسون این را که این دو سو از اینکه بتوانند کاستی های همدیگر را پوشش بدهند خیلی فاصله دارند را بیان می نماید. بیمار ناگزیر از دل مشغولی با وضعیت بیماری معین و پزشک ناگزیر از مشغول شدن با وضعیت بیماری است. بر این اساس روابط فیما بین بیمار و پزشک به شکل ساده ای، دارای ویژگی های ساختاری عمیق تر از نقش انجام وظایف اختصاصی آنهاست. در یک تحقیقات دیگر، پزشکان، آنگونه که پارسونز ادعا می کند، بر اساس ارزش هایی که توزیع می شود و یا با اتکاء بر این ارزشها و نه بر اساس قدرت قانونی که به آنها واگذار شده وارد تنش هایی می شوند که علت آنها خیلی مشخص نشده است. اما در یک تحقیق دیگر با عنایت به روابط پزشک و بیمار در یک اتاق مشخص در پی تحصیل روند مشابهی می باشد. این تنش هر زمان می تواند واضح و واضح نباشد. هستند کسانی که به مدل پارسونز به عنوان روش مناسب توضیح نظام سرمایه داری نگریده اند. در جامعه امریکا، بیمارستان ها، بیشتر از تلاش برای از بین بردن بیماری بیمار، یعنی بیشتر از تقویت ارزش های مشترک، جاهایی هستند برای تحکیم ایدئولوژی غالب نظام سرمایه داری.

بر اساس این مکتب، این تحقیقات بیشتر از رابطه بیمار و پزشک و در نتیجه به توافق و یا به تنش منتهی شدن روابط آن دو، بر روی چگونگی شکل گیری، چگونگی ادامه و تغییرات ایجاد شده در این روابط متمرکز می باشد. در این مطالعات، باز هم به ذهنیت بیماران

و تمرین آنها برای گفتگو با پزشکان قبل از ملاقات با آنها اشاره شده است. به طور خلاصه هم بیمار و هم پزشک برای هرچه سودمندتر شدن دیدارهای فیما بین، تاکتیک ها و استراتژی هایی را توسعه می بخشند تا به ترتیب اولویت مورد نظر خود، آنها را با یکدیگر در میان بگذارند. آنها از این طریق می خواهند در جهتی که حرکت می کنند منشاء اثر باشند. به عنوان مثال، بیماران ضمن اظهار عدم خوشنودی از اظهار نظر اطرافیان در مورد بیماری خودشان به پزشکان، با بیان اینکه آنها به تخصص پزشک خود تا چه اندازه اهمیت می دهند، درصدد برانگیختن هر چه بیشتر احساس پزشکان و جلب نظر آنها نسبت به خود بر می آیند. در رابطه قابل ایجاد بین پزشک و بیمار، کنترل پزشک در سطح بالا و کنترل بیمارستان در سطوح پایین تر به منصفه ظهور می رسد. مثل اینکه بیمار هر نوع رفتار پزشک را از قبل پذیرفته است. بدلیل اینکه بر این باور است که پزشک همانند پدر او بوده و به هیچ اقدامی که به ضرر وی باشد دست نمی زند. اینکه بیمار به پزشک اعتماد می نماید، در واقع تسلیم وی شده و نمی خواهد که در روند تصمیم گیری مداخله نماید. چنین رابطه ای بین پزشک و بیمار رایج ترین نوع رابطه است.

از طرف دیگر پزشک بتدریج بر کاهش کنترل خود بر روی بیمار تصمیم می گیرد. در این صورت مریض چنین نقش کنترلی را یا خودش می پذیرد و یا از قبول آن اجتناب می ورزد. این هم به روشنی آشکار است که رابطه پزشک و بیمار به تناسب مراحل مختلف بیماری و به تناسب جدیت بیماری متغیر خواهد بود. برای مثال، پزشک با بیماری که با درد زیاد و مخاطرات حیاتی روبرو بوده و به او مراجعه نموده در مرحله نخست، با وی همانند کودکان رفتار کرده و بیشتر درصدد عمل به مطالبات مریض بر می آید. اما به تناسب پیشرفت درمان، پزشک ترجیح خواهد داد که با بیمار رفتاری را پیش بگیرد که شایسته افراد بزرگسال باشد. به عنوان مثال، برای یک دختر جوان جوش صورت یک مساله

حیاتی می تواند باشد، اما همین مساله می تواند برای یک پزشک به عنوان یک مورد بسیار معمولی دیده شود. بیمار حین مراجعه به پزشک از یک فرهنگ معین برخاسته و آمده، بیماران هم به اندازه اهمیت فرهنگی که خاستگاه آن بیماران است، از منظر شخص بیمار باید دارای اهمیت باشد. بنابراین می توان گفت که ریشه های فرهنگی و اجتماعی بیمار در ایجاد رابطه با پزشک نقش بسیار مهم دارند. برخی پزشکان، زمانی به حرف های بیماران خود گوش می سپارند که بیماری آنها را از زاویه روشهای درمانی مورد نظر خود مهم ببینند. اما پزشکیانی هم هستند که به احساسات و افکار بیماران خود اهمیت می دهند. در حالی که بیماری فراتر از سطح یک میکروب و وضعیت پیش آمده ناشی از تاثیر یک میکروب باشد، باید پزشک وقت خیلی بیشتری را برای شنیدن حرفهای بیماران خود اختصاص بدهد.

بطورکلی در کشور ما هم مانند انگلیس، بیمارانی که به درمانگاه ها می آیند، بدلیل اینکه پزشکان وقت زیادی را برای بیماران خود اختصاص نمی دهند، می توان گفت که بیمار نمی تواند یک روش درمانی مرکزگرا را به نمایش بگذارد. اما در بیمارستانهای خصوصی می شود به اعمال روشی بینابین دو روش از سوی برخی پزشکان برخورد نمود. اما بسیاری از بیماران که ناگزیر از مراجعه به بیمارستان های دولتی هستند، مشاهده می شود که پزشکان همانند انگلستان، زمان کمتری را به بیماران خود اختصاص می دهند. برای نمونه، اگر بیمار دارای اطلاعات کافی در مورد بیماری خود باشد، تحت الشعاع دانش پزشک نمی ماند، حداقل با پرسیدن سوال های متنوع، در صدد افزایش معلومات و اقتناع خود بر می آید.

بیماری های مزمن نه تنها مواجهه پزشک و بیمار را در مقاطع خاص ایجاب می کند، بلکه ایجاد چنین رویارویی و داد و ستد فکری را بین آندو در درازمدت ضروری می نماید. بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، بدلیل اطلاعات محدودشان در مورد بیماری، به دنبال طلب و پرسش نمی روند. با این حال، در زمان بعد، هم در مورد ظرفیت فنی بیمارستان ها و هم در مورد سطح اطلاع رسانی پزشکان، رفتاری توأم با پرسش و مواخذه اتخاذ می نمایند. بدلیل آسانتر و متنوع تر شدن راه های دسترسی به اطلاعات بیمار در روابط بین بیمار و پزشک، پزشکی از حالت

تمرکزگرایی دور شده و کارکرد قبلی خود به عنوان منبع اطلاعات پزشک به یک کارکرد دیگری تغییر نموده است. از طرف دیگر، اهمیتی که رسانه ها به تناسب شرایط به امر سلامت در تلویزیون ها و یا در روزنامه ها نشان می دهند و افزایش زمان و موقعیت اختصاص یافته به این موضوع، و کاربرد این امکانات توسط پزشکان و تلاش آنها برای افزایش اطلاعات عمومی مردم در مورد بیماری ها، بتدریج پزشکی را از اختصاص به گروه خاصی به نام پزشکان دور می نماید. امکانات درمانی در اشکال زیاد متفاوت شده و بیماران از این تنوع روش های درمان، احساس خوشحالی و راحتی می نمایند. در نتیجه، قابل تاکید است که هر نظریه واقعیتهایی را که در عرصه عمل بیشتر مشاهده می شود، را باید در محاسبات خود منظور نماید؛ بطورکلی بیماران از پزشکان خود انتظار دارند که مهارت و حداقل خود را به نمایش بگذارند. در غیر این صورت، رابطه خود را با پزشک مربوطه قطع و از همکاری با پزشک دوری می جویند. بسیاری از بیماران، زمانی که دارای رفتار متفاوتی نسبت به بیماری باشند، حتی شکایت فیزیکی هم نکنند، می توانند مشکلات عاطفی و روانی را هم پیش چشم ظاهر بنمایند. پزشکان و پرسنل بیمارستان بعنوان یک انسان به اندازه بیمار که از بیماری خاصی در

رنج و عذاب است، با بیمار علاقه دار می شوند، عوامل رفتاری و فردی ارتباط با روند بیماری است، پزشکان نمی توانند این ها را نادیده بیانگذارند. غفلت از روابط افراد در فرایند بیماری، راه را برای برقراری ارتباط با بیمار و انتقال اطلاعات به وی می بندد و در نتیجه بیمار را دچار اشتباه می نماید.

## 6. رابطه بیمار و بیمارستان

در حالیکه پزشکان به جنبه های آکادمیک یا علمی درمان علاقه نشان می دهند، ترجیح می دهند چنین وانمود کنند که علاقه ای به ابعاد بوروکراتیک و اداری درمان ندارند. از این رو عاری از فائده نیست تا بطور خلاصه، چالش هایی که بیمار در بیمارستان بناچار با آن مواجه می گردد از جهت نظری به بحث گذاشته شود.

به زبان آوردن یکایک مشکلات عمده ای که در اندرون بیمارستانها وجود دارد، از حوصله این نوشتار و اهداف آن خارج است. بیمار تا مواجهه با پزشک در بیمارستان، ناگزیر از طی مراحل مختلف بوروکراتیک می باشد. این مراحل بیشتر مواقع ناراحت کننده و زجر آور است. بیمار هر اندازه از این مراحل دل آزرده هم باشد، از پزشک دل رنجیده نمی شود؛ چراکه این مراحل را خارج از حوزه تخصص پزشک می پندارد. مشکلات و پیشامدهای بیمارستان، بیمار را به طرف جبهه گیری در برابر پزشک و نمی دارد. کارهایی که پرسنل بیمارستان و سایر کارمندان انجام می دهند و یا ترک می کنند، بصورت علیحده مورد ارزیابی قرار می گیرد. به این علت تمامی رفتارهایی که در چهارچوب بیمارستان صورت می گیرد، باید اساسا با این قوانین در سازگاری و انطباق باشد. بطور طبیعی در جاهایی که این مقررات حاکم می باشد، باید در بین مجریان این مقررات، سلسله مراتبی وجود داشته باشد. به این منظور، بعنوان یک ساختار سازمانی، اگر مشابهت ویژگیهای فرهنگی که موجب پیدایی و احاطه بر آن قوانین گردیده را به زبان بیاوریم، سخن ناروا نگفته ایم. اما با در میان نهادن این چنین دغدغه تاریخی در عمده کشورها در شرایط فعلی و امروزه در این نقطه ای که قرار داریم، وقتی موضوع بحث روابط سرمایه داری است، بیمارستانها از ویژگی های تاریخی و اهداف خود منحرف، هم از نظر مالکیت و هم از نظر مدیریت و هم از نظر کنترل، ویژگی های متفاوتی را از خود به نمایش می

گذارند. اما امروزه بیمارستانها بیشتر شبیه به هتل، مدرسه، آزمایشگاه و یک مرکز درمانی و آموزشی می مانند. در عمده کشورها در اکثر مواقع، بیمارستان ها توسط کسانی اداره می شوند که به پزشکی و علوم مربوطه، چندان ارتباطی پیدا نمی کنند. برای نمونه، پزشک بدون توجه به وضعیت مادی بیمار، مداخلات علمی ضروری را الزامی می کند. از طرف دیگر بوروکرات هایی که با مسائل مادی درمان در ارتباطند، تنها دغدغه اشان این است که بیمار موجب متضرر شدن بیمارستان می شود یا نه؟ چرا که پیشبرد امور بیماران را این عده برعهده دارند. به عبارت دیگر، پزشکان خوششان می آید که بیماران خود را در مقیاس قابل توجهی تحت نظر داشته باشند. پزشکان به دنبال پیدا نمودن راه مطمئن تری برای سلامتی بیماران خود بوده و تلاش می کنند تا بتوانند از عهده مسائل و مشکلاتی که ممکن است در بیمارستان بروز نماید برآیند. و الا این دسته بوروکرات که بیشتر منافع بیمارستان را دنبال می کنند، خیلی جلوتر از این، اراده می نمودند تا بیماران به منظور افزایش درآمد بیمارستان، هر چه زودتر بیمارستان را ترک نمایند. بطور خلاصه؛ در برابر این وضعیت و یا وضعیت های مشابه این، هر زمان بین پزشک و بخش بوروکرات بیمارستان، آن هم به صورت مستمر، مناقشات پنهانی وجود دارد؛ اگرچه ممکن است این تنش در معرض دید ناظران نباشد. جلوگیری از علنی شدن اختلافات بین مدیریت بیمارستان و پزشک هم روشی است که منطبق با اهداف کلان بیمارستان می باشد. در برخی شرایط در بیمارستان ها، پزشکان و بویژه پزشکانی که دارای تجارب ارزشمندی می باشند، برای بازگشت دوباره بیمار به جریان زندگی و یا برای اتخاذ تدابیر عاجل و اورژانسی، فقط در پی اجرای دستور بوده و بیشتر، اوامر را به جای می آورند، تا اینکه مجال پیدا نمایند تا در مورد بیماری خیلی بیاندیشند. از این منظر که کار اصلی در بیمارستان ها برعهده پزشکان است، حداقل اینکه پزشکان اینگونه می اندیشند، عناصر اداری تنها به صورت یک مشت عناصر کمکی دیده می شوند. پزشکان ارشد، هم کارهای مادی بیمار، هم کارهای اساسی مربوط به پزشکی و هم تقسیم کار مربوط به این موارد را رتق و فتق می کنند. اگر کاری است که باید صورت بگیرد، روی نظم و ترتیب متناسب با طبیعت کار و تقسیم کار صورت می پذیرد. این پزشکان مداخله بخش اداری در خارج از موضوعاتی که به کار اداری مربوط نیست را نوعی مداخله درکار خود می دانند. پزشکان صاحب اصلی بیمارستان ها می باشند و می خواهند اوضاع به همین شکل هم بماند. خیلی خلاصه در کشور ما و کشورهای نظیر کشور ما، مناقشات قابل توجهی بین پزشکان و بخش بوروکراتیک درمان احساس نمی شود. چرا که در عمل، پزشکان در مورد اداره امور بیمارستان در ردیف بخش اداری و هیچ بخش دیگر نیستند. یکی از عرصه هایی که می تواند موجب تنش بین پزشکان و کادر اداری بیمارستان باشد، در مورد رسیدگی به بیماران و نحوه و شرایط آن است. پزشکانی که در حال رشد هستند، تجارب خود را فقط از رهگذر بیماری که به بیمارستان می آیند می توانند افزایش بدهند. در صورتی که دیگر پرسنل بیمارستان، هدفشان راحت نمودن بیماران و دور نگه داشتن آنها از موضوعاتی است که با درمان ارتباط مستقیمی ندارد. برخوردها و تنشها در بیمارستان، تنها بین مدیریت بیمارستان و پزشک ها نیست، بلکه بین خود پزشکان نیز این مناقشات به چشم می خورد. بویژه بر روی بیماری که دارو درمانی می شوند بین پزشکان اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد. در شاخه های جراحی کاهش چنین اختلاف نظرهایی محسوس است. در حالیکه این فرصت

برای بحث های این چنینی وجود دارد که بیماران از چه داروهایی باید استفاده نمایند تا در زمان کوتاهتری بهبودی خود را باز یابند؟ یکی از ریشه های مشکلاتی که بین بیمار و بیمارستان بروز می کند، استرسی است که بیمار از بیرون به بیمارستان آورده یا از خود بیمارستان سرچشمه می گیرد. اساساً بیماران با کشیده شدن پایشان به بیمارستان، به این نتیجه می رسند که بالاخره دارای یک مشکلی بوده و یک چیزیشان هست و فکر می کنند که ضروری است تا این مشکل را برطرف نمایند. آنها در انتظار تشخیص خاصی می باشند، این انتظار همینطور، بخودی خود منشاء بروز

استرس می باشد. بسیاری از این عوامل که به کیفیت و جدی بودن بیماری وابسته می باشند، بیمار را عمیقاً ناراحت می کنند. برای نمونه خیلی از بیماران شاید هم، اینگونه می اندیشند که فلج شده اند و بقیه عمر خود را همینطور و با این اندیشه که دیگر حیاتشان پایان یافته است، سپری خواهند نمود. علاوه بر این استرس های طبیعی، استرس های ناشی از محیط بیمارستان هم وجود دارد. بسیاری از بیمارانی که اتاقشان بین آنها و سایر بیماران توزیع می شود، از بابت سرو صدای زیاد پیرامون خود، ناراحت و این، خود منبع دیگری برای استرس می شود. فراهم نمودن شرایط در بیمارستان، بگونه ای که بیمار احساس بکند که در خانه خودش است و تنظیم محیط پیرامون بیمار متناسب با فضای خانه بیمار، اتاق بیماران را از فضای کلینیکی دور نمودن، راه رهایی بیمار از استرس و تصورات مثبتی را در مورد بیمارستان می تواند بدنبال داشته باشد. (کاساپ او غلو، پیشین).

فصل سوم: ریشه های اجتماعی و فرهنگی سلامت و بیماری از منظر جامعه شناسی پزشکی

چکیده

هدف: این مقاله مدلی را برای تحقیق و عمل ارائه می دهد تا دغدغه های اجتماعی - فرهنگی بیماران در جریان بهداشت و درمان را نیز در بر گیرد. جامعه به نوعی بستر بیماری و سلامت محسوب می شود؛ از این رو نگاه به بیماری و سلامت از یک جامعه به جامعه دیگر متفاوت است. طرح و روش: از مرور ادبیات جامعه شناسی استفاده شد. یافته ها: حرفه سلامت باید نیازهای بیماران را قبل از کشیده شدن پای آنان به بیمارستان و بعد از ترخیص از بیمارستان تامین کند؛ یعنی اقداماتی برای پیشگیری از بیماری و یا کمتر بیمار شدن انسان ها و دومی برای کمتر تکرار شدن بیماری افراد. افراد را می توان موجوداتی اجتماعی و فرهنگی، و بیماری را علاوه بر وجود اختلال در روابط بیولوژیکی، اختلالی در مناسبات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و مدیریتی و سیاسی در نظر گرفت که بر دیگر جنبه های رابطه ای یک فرد تأثیر می گذارد. بنابراین، مراقبت های بهداشتی واقعاً کل نگر و باید به کلیت وجود رابطه ای بیمار - جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی-پردازد. ادبیات جامعه شناسی نشان می دهد که بسیاری از بیماران مایلند متخصصان بهداشت به نیازهای اجتماعی آنها توجه کنند، اما متخصصان بهداشت از این نظر زیاد موثر نمی توانند باشند. این انتظار بیگانه از تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی نیست؛ رفاه کامل جسمانی، معنوی و اجتماعی نه فقط نبود بیماری. پیامدها: دغدغه ها و دلمشغولی برای بسیاری از بیماران، به ویژه در خصوص نابرابری های اجتماعی مهم است. کارهای زیادی برای درک جنبه های اجتماعی و فرهنگی مراقبت از بیمار و چگونگی پرداختن به تامین رفاه اجتماعی و معنوی همزمان با رفاه جسمانی در تحقیق و عمل باقی مانده است.

کلید واژه ها: سلامت، بیماری، ریشه های اجتماعی، جامعه شناسی پزشکی

مقدمه

تمرکز تاریخی جامعه شناسی بر مشکلات اجتماعی یعنی مشکلات بهداشتی، جرم و جنایت، انحراف، خشونت، فقر، نابرابری، مشکلات جمعیتی، بزهکاری و بی ثباتی نهادی در جوامع بشری است. مدرنیسم و صنعتی شدن سرآغاز تحولات اجتماعی از آغاز قرن هجدهم بوده اند. انقلاب صنعتی به شکل های جدیدی از نظام های تولیدی، روابط اجتماعی، مهاجرت، شهرنشینی و به ویژه اشکال جدید روابط کارفرما و کارمند و سرنگونی خانواده به عنوان یک واحد اقتصادی منجر شد. این تحول عظیم در نظام اجتماعی با پیامدهای مربوط یعنی مشکلات اجتماعی همانند؛ بیکاری، فقر، کار کودکان، تبعیض جنسیتی، جرم و جنایت و مشکلات بهداشتی پدیدار گشت. مشکلات مزبور با وجود اینکه قبل از دوره صنعتی شدن نیز وجود داشتند در دوره مذکور به سرعت افزایش یافتند (شمال و همکاران (مه 1977)، صص 229-230). اینکه مشکل اجتماعی چیست از منظر وبر هر موضوعی که سعادت یا بقای جامعه را تهدید کند، یک معضل اجتماعی محسوب می شود) وبر، 1995؛ ص 9). مشکلات اجتماعی را پدیده ای اجتماعی تعریف می کند که برای جامعه یا اعضای آن مضر است و از نظر اجتماعی قابل تغییر است (آمزات و رزم، 2014؛ 28؛ 1-19).

ریشه های اجتماعی و فرهنگی سلامت و بیماری فراگیر بوده و بدون آن دو نمی توان از بهره‌وری به طور مستقیم بحث کرد و از این جهت هم این بحث ضروری به نظر می رسد؛ به محض صحبت از سلامت و بیماری، اولین چیزی که به ذهن می رسد رشته پزشکی و مفاهیم آن است. بهداشت و بیماری، بیمارستان، جراحی، پزشک، پرستار، دارو، آزمایش و سایر کاربردهای مرتبط با پزشکی یادآور کاربردها هستند (اسوالاستوگ و همکاران، 2017؛ صص 58 و 431). از این منظر، مسئله سلامت به عنوان یک معضل کاملاً

بیولوژیکی تلقی می شود و نباید فراتر از آن به دنبال راه حل دیگر بود؛ در حالی که سلامت و بیماری به همان اندازه که یک امر اجتماعی و فرهنگی است یک امر پزشکی است (لینل، 2016؛ فصل 19). اگرچه ابعاد اجتماعی و فرهنگی سلامت مدت هاست که مورد غفلت قرار گرفته است، اما امروزه بعد اجتماعی سلامت از منظر جامعه شناختی امری ضروری تلقی می شود. سلامت در درجه اول شامل روابط و رفتارهای اجتماعی است (بوچسر، 2009؛ از ص 293 تا ص 306).

هر رشته علمی موفق دیر یا زود روایتی تاریخی از چگونگی شروع آن ایجاد می کند (اسکلپج 1995). برای جامعه شناسان پزشکی، پیدایش مطالعه اجتماعی پزشکی از گزارش نظری تالکوت پارسونز (1951) از رابطه پزشک و بیمار سرچشمه می گیرد (به عنوان مثال، گرهارت 1990؛ ویلیامز 2005). پارسونز بیماری را به عنوان شکلی از رفتار انحرافی با پزشک به عنوان دروازه بان اجتماعی برای بازگرداندن بیماران به عملکرد اجتماعی عادی تصور کرد. از نظر پارسونز هم بیمار و هم پزشک، انتظارات نقش خاصی را برای غلبه بر بیماری دارند. پارسونز ابتدا استدلال کرد که سلامت برای افراد و جامعه کارکردی است: اندکی تأمل بلافاصله نشان می دهد که مشکل سلامت به طور عمیق در پیش نیازهای عملکردی سیستم اجتماعی دخیل است. تقریباً با هر تعریفی، سلامت در نیازهای عملکردی تک تک افراد جامعه گنجانده شده است، به طوری که از نظر عملکرد نظام اجتماعی، سطح عمومی بسیار پایین سلامت، بروز بیماری بسیار بالا و ناکارآمدی در نظام اجتماعی است (تیمرمن و هاس، 2008؛ ص 659).

البته تعریف سلامت و بیماری از منظر پزشکان، متفاوت از تعریف آن دو از نظرگاه جامعه شناسان است. جامعه شناسان خاستگاه و نقطه آغازین سلامت و بیماری را جامعه و نه بیمارستان می دانند.

#### ریشه های اجتماعی سلامت و بیماری

بین سلامت و طبقه اجتماعی و سلامت افراد رابطه مستقیم وجود دارد. حق استفاده از نظام سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی با وضعیت طبقات آنها دارد، به عنوان مثال، در بریتانیا، در حالی که بیماری مزمن قلبی در دهه 1930 یک بیماری طبقه بالا بود، در دهه 1950 یک بیماری طبقه پایین تر بود (جیر هینلی او غلو، 2001؛ صص 35-37).

امروزه در تشریح پدیده سلامت و بیماری، در مجموعه ای پیوسته، بدون تفکیک ساختارهای فیزیکی، روانی و اجتماعی به نمایش گذاشته می شود. این رویکرد همان رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی است که شامل رویکرد سنتی زیست پزشکی است (بولتون و ژیلت، 2019؛ 4.4). جورج انگل معتقد بود که پزشکان برای درک و پاسخ مناسب به درد و رنج بیماران باید به طور همزمان به ابعاد بیولوژیکی، روانی و اجتماعی بیماری توجه کنند. او جایگزینی کل نگر برای مدل رایج زیست پزشکی که از اواسط قرن بیستم بر جوامع صنعتی تسلط یافته بود، ارائه کرد (انگل، 1977؛ صص 120-136). انگل انکار نکرد که جریان اصلی تحقیقات زیست پزشکی پیشرفت های مهمی را در پزشکی ایجاد کرده است، اما از تمرکز بیش از حد محدود (زیست پزشکی) آن انتقاد کرد که باعث پیشروی پزشکان در تلقی بیماران به عنوان یک شی و نادیده گرفتن تجربه ذهنی بیماران است. انگل، سعی در معکوس کردن انسان زدایی از پزشکی و ناتوانی بیماران داشت (کاریو و همکاران، 2004؛ صص 576-582).

نزدیک به دیدگاه انگل، کیز در اشاره به سایر سلامت ابعاد سلامت، به پنج مؤلفه اشاره می کند: یکپارچگی اجتماعی (کیز، 1998؛ ص 122)، مشارکت اجتماعی (کیز و شاپیرو، 2004؛ ص 5)، پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی (کیز و شاپیرو، 2004؛ ص 7)، بالفعل شدن اجتماعی (نیکورز و همکاران، 1394؛ صفحات 99-116). در طب مدرن غربی، همه سیستم های بهداشتی به عنوان محصول تاریخ فرهنگی غرب در یک زمینه ظاهر شده اند (آکتا، 2018؛ ص 89). به همین دلیل، مفاهیم سلامت و بیماری که عمدتاً محصول عوامل اجتماعی و محیطی هستند، جدا از محیط زندگی انسان مورد توجه قرار نمی گیرند (بیرچرا و همکاران، 2014؛ صص 368-386).

تاکید عمده ی کتاب ها و مقالات در سال های اخیر در مورد تأثیر ساختارهای اجتماعی در حوزه پزشکی بر القای این پیام بوده است؛ رابطه بین سلامت و ساختارهای اجتماعی، کمتر از رابطه حرفه پزشکی و سلامت نیست. در واقع، روابط اجتماعی به سلامت کمک می کند و آن را شکل می دهد (بوری، 1986؛ ص 137).

تمام ایده هایی که شامل سلامت خصوصی و عمومی می شود، بیماری ها را به شرایط موسسات بهداشتی، علوم پزشکی، و زمینه اجتماعی و فرهنگی که مشکلات انسانی را منعکس می کند، مرتبط می کند (مکانیک، 1978؛ 26). طب مدرن دیدگاهی محدود و نوعی تنگ نظری دارد، زیرا از دیدگاهی کاملاً فنی به بدن انسان مانند یک ماشین می نگرد (ترنر، 1990؛ ص 13). اگر انسان به اندازه وجود زیستی، وجود روانی و اجتماعی دارد از این رو نیاز به دید گسترده ای از سلامتی احساس می شود؛ زیرا پدیده سلامت و بیماری به همان اندازه که زیستی است، اجتماعی و فرهنگی است (کاپرا، 1992؛ ص 362).

امروزه تقلیل درمان به جراحی، دارو و غیره قابل قبول نیست. زیرا سلامت و بیماری به عنوان یک مفهوم پزشکی یک مفهوم روانشناختی، اجتماعی و حتی فرهنگی انسان شناختی است (جیر هینلی اوغلو، 2001؛ ص 9). یکی از ابعاد عمده سلامت که توسط بلکستر (1990، 2010) شناسایی شده است، مفهوم عمومی سلامت است. این نشان می دهد که چگونه افراد مختلف، سلامت را تعریف می کنند. بلکستر (1990؛ ص 40) مشاهده کرد که "معمول ترین روش برای اندازه گیری بیماری خود ادراک شده، جدا از وجود یا عدم وجود بیماری، از طریق فهرست علائم است." برای جمعیت غیر عادی، فقدان علائم به معنای سلامتی است. از این منظر، بلکستر (1990) سه "وضعیت" سلامت را شناسایی کرد: آزادی از بیماری، توانایی عملکرد و تناسب اندام. در این جهت، سلامت نیز به عنوان انرژی و نشاط از نظر تناسب برای عملکردها: فعالیت های فیزیکی، اجتماعی و هنجاری درک می شود (آمزات و رزوم، 2014؛ 21-37).

نهاد سلامت به دلایلی جزء جدایی ناپذیر یک جامعه است اولاً؛ یکی از نهادهای اساسی تشکیل دهنده ساختار اجتماعی است دوم؛ از نظر حقوق و تکالیف، زمینه مداخله اجتماعی را فراهم می کند، زیرا مسئول محیط زندگی مناسب افراد جامعه است (ایتاچ، 2015؛ از ص 231 تا ص 250). از این جهت نهاد سلامت، ارتباط تنگاتنگی با سلامت مردم داشته و همیشه یک موضوع فرهنگی و اجتماعی بوده است. این که نهاد سلامت یکی از نهادهای اساسی اجتماعی است که ساختار اجتماعی را تشکیل می دهد و دولت مسئول سلامت ملت خود است، همزمان با تشکیل دولت ملی پدید آمده است؛ دو تحول بزرگی است که همزمان با انقلاب فرانسه رخ داد. در پرتو این ایده، بیماری به یک موضوع اجتماعی تبدیل شد و از مشکل شخصی بیمار، بیرون آمد. (ایلچ، 1995؛ 108)

بین سلامت و توسعه یا سلامت و کاهش فقر نیز از جهاتی رابطه وجود دارد؛ اول، سلامت ذاتاً ارزشمند است و به عنوان یکی از ابعاد اجتماعی فقر با استفاده از رویکرد «قابلیت‌ها» به توسعه که معروف‌ترین آن توسط آمارنیا سن بیان شده است، ذکر می‌شود: «سلامت خوب هر فرد را قادر می‌سازد تا به هدف نهایی واقعی توسعه دست یابد، یعنی «نوع زندگی را رهبری کند» (سن، 2001)، مفهوم مشابهی را می‌توان در اسناد حقوق بشر یافت. فرض اساسی این است که سلامت خوب، بخشی از جوهر یک زندگی با عزت است (کمیتة حقوق اجتماعی و فرهنگی اقتصادی، 2000).

دوم، سلامتی از نظر ابزاری ارزشمند است. اقتصاددانان به طور متقاعدکننده ای استدلال کرده اند که سلامت خوب جمعیت، یک پیش شرط اساسی برای رشد اقتصادی آن کشور است (بانک جهانی، 1993؛ کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت، 2001). در سطح فردی، سلامت ضعیف می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن مارپیچ به سمت فقر شود، زیرا بیماری مانع از آن می‌شود که فرد برای به دست آوردن پول مورد نیاز برای زنده ماندن و به عنوان درآمد مالی کار کند (فریدمن، 2005؛ ص 2).

اهمیت سلامت از منظر نظام اجتماعی، ناشی از کارکردهای اصلی آن یعنی؛ اطلاع رسانی به مردم در مورد مسائل مرتبط با سلامت و بیماری، رهایی مردم از بیماری و ناراحتی، ارائه زندگی سالم و خدمات اولیه بهداشتی به آنهاست (چلیک، 1375؛ 33). بر این اساس همسویی سیستم ها جزء اصلی فرهنگ سلامت است (بنیاد رابرت وود جانسون، 2020؛ ص 27). نهاد سلامت یکی از نهادهای ثابت در تمام ساختارهای اجتماعی است و در این میان سلامت، عضوی از همان ساختار اجتماعی است که در درون آن قرار دارد (آلس وورس، 1918؛ صص 139-158، 20 صفحه).

از منظر جامعه شناختی، سلامت و بیماری را نمی توان صرفاً به عنوان پدیده های بیولوژیکی یا پزشکی در نظر گرفت. آنها در یک زمینه سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و نهادی درک، سازماندهی و عمل می شوند. ساخت اجتماعی سلامت یک موضوع تحقیقاتی عمده در جامعه شناسی پزشکی است (لینل، 2014؛ فصل 19-1).

باید یادآور شد که جامعه شناسی در تقابل با سلطه داروینیسیم اجتماعی توسعه یافته است، با مارکس و انگلس که به دنبال رد بقای بهترین ها به عنوان یک تحریف ایدئولوژیک هستند و معنا و تفسیر کنشگر اجتماعی را در کانون توجه قرار می دهند (ترنر، 1995 [1987])، (7).

تعدادی از پژوهشگران، تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت را ارزیابی نموده اند. مک گینیس و همکاران، تخمین زده اند؛ مراقبت های پزشکی، تنها مسئول 10 تا 15 درصد مرگ و میر قابل پیشگیری در کشور امریکاست. در حالی که مطالعات مک کنباخ نشان می دهد که این درصد ممکن است دست کم گرفته شود، اما آنها اهمیت فوق العاده عوامل اجتماعی را تأیید می کنند. مک گینیس و فوگ به این نتیجه رسیدند که نیمی از همه مرگ ها در ایالات متحده ناشی از علل رفتاری است؛ 18 شواهد دیگر نشان داده اند که رفتارهای مرتبط با سلامتی به شدت تحت تأثیر عوامل اجتماعی از جمله درآمد، تحصیلات و شغل قرار می گیرند. گالیا و همکارانش یک متآنالیز انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تعداد مرگ و میرهای ایالات متحده در سال 2000 که به دلیل تحصیلات پایین، تبعیض نژادی و حمایت اجتماعی



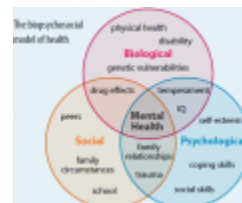
پایین نسبت داده می شود، با تعداد مرگ و میرهای مربوط به انفارکتوس میوکارد، بیماری عروق مغزی و سرطان ریه قابل مقایسه است (بریومن و گوتلیب، 2014؛ از ص 19 تا ص 31).

در بررسی متغیرهای مستقل سلامت و بیماری به متغیرهایی همانند؛ جمعیت، نرخ مرگ و میر، نرخ مهاجرت، خانواده، طبقه اجتماعی، مذهب، زبان، فرهنگ و اقتصاد، موقعیت، شغل، جنسیت، قومیت، موقعیت اجتماعی؛ مجردی، ازدواج، بیکاری، سن، طبقه اجتماعی، ساختار فرهنگی که بر ساختار اجتماعی سلامت تأثیر می گذارند اشاره شده است (اوزن، 1983؛ ص 81). پژوهشگران در میان متغیرهای دخیل در رابطه ی سلامت و سبک زندگی بر اساس وضعیت اقتصادی، سوءتغذیه در میان خانواده های فقیر و پردرآمد و نیازمند را کشنده و بیماریزا ارزیابی کرده اند (اوزن، 1994؛ ص 135).

در بررسی نتیجه توزیع نابرابر بیماری و سلامت در میان جمعیت، تحقیقات نشان می دهد که برخی از گروه ها، سالم تر از سایرین هستند. این وضعیت به وضعیت اجتماعی-اقتصادی جوامع مربوط می شود (بلیچ و همکاران، 2013). ریشه بسیاری از بیماری ها، شرایط بد معیشتی، باورهای غلط، آموزش ناکافی، کمبودهای اقتصادی و در این راستا سوءتغذیه، مسائلی مانند کمبود خدمات بهداشتی و درمانی و عواملی از این دست ناشی از شرایط منفی و منفی نظام سلامت آن کشور است (ساندرز و همکاران، 2010؛ 10(6):624-647).

تغییر مفاهیم بیماری در روند تاریخی و مسائل مربوط به آن را می توان به عنوان مثالی بارز برای بعد اجتماعی بیماری ارائه کرد؛ بخصوص در قرن 19 و 20، الگوهای بیماری ها نیز در جوامع صنعتی مدرن تغییر کرد. در حالی که بیماری های قرن نوزدهم فقر نامیده می شد، بیماری های قرن بیستم به بیماری های تمدن و ثروت معروف شدند. این بیماری ها شامل پرخوری، کم تحرکی و بیماری هایی است که در نتیجه عادات مضر به الکل و سیگار ظاهر می شوند، بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان ریه، بی خوابی، اضطراب، استرس، افسردگی، خستگی، دردهای مزمن و بیماری های ناشی از حوادث رانندگی و مانند آن، این بیماری ها به ویژه در کشورهای صنعتی رو به افزایش است (آداک، 2002).

دسترسی به منابع مالی، اعم از درآمد یا ثروت، همچنین دسترسی به منابع ارتقاء دهنده سلامت و ... که دسترسی به محله های سالم، خانه ها، کاربری های زمین و پارک ها را تسهیل می کند متغیرهای اثرگذار بر سلامت اند (دیویس و همکاران، 2016). به طور مثال، درآمد می تواند تعدادی از نتایج و شاخص های سلامتی مانند امید به زندگی، مرگ و میر نوزادان، آسم، بیماری های قلبی، چاقی و بسیاری موارد دیگر را پیش بینی کند (واشنگتن دی سی؛ 11 ژانویه 2017). آمارهای رسمی نشان می دهد که در هر صورت هر بیماری و ناراحتی به طبقه اجتماعی مربوط می شود. مثلاً فقر یکی از عوامل اصلی بیماری است و فقرا بیشتر از ثروتمندان بیمار می شوند و بیماری آنها بیشتر طول می کشد. کسانی که با پارانه های دولت رفاه زندگی می کنند و درآمد کمتری دارند بیشتر احتمال دارد جوان تر بمیرند. افراد در این شرایط اجتماعی در شرایط ناسالم کار می کنند، در سرپناه های نامناسب زندگی می کنند و از مواد غذایی ارزان و ناسالم استفاده می کنند (ویلیکینسون و مارموت، 2003؛ صص 15-16).



Biopsychosocial-model-of-health.PNG (شکل شماره 1)

#### طبقه اجتماعی و سلامت

در شناخت ریشه های اجتماعی سلامت و بیماری، طبقه اجتماعی در خط مقدم عوامل قرار دارد. تحقیقات در مورد تفاوت در میزان مرگ و میر افراد در جوامع مختلف نشان می دهد که افراد در جوامع مختلف در معرض عوامل خطر متفاوتی قرار دارند. (ویلیامز، 1990؛ صص 81-99)

یک گزارش منصفانه با عنوان جامعه عدالت، زندگی سالم در سال 2010 نشان می دهد که 5 درصد از فقیرترین و ثروتمندترین افراد در بریتانیا، از نظر قرار گرفتن در معرض بیماری یا ناتوانی جدی، در مقایسه با 5 درصد از فقیرترین و ثروتمندترین افراد، قرار دارند. امید به زندگی فقرا 17 سال کمتر از ثروتمندان بوده است. کسانی که بسیار فقیر هستند در سنین پایین می میرند و بقیه عمر خود را صرف بحث و جدل و غلبه بر موانع زیادی می کنند. سرطان معده و ریه در مردانی که سخت کار می کنند و کارهای یدی انجام می دهند دو

برابر بیشتر از مردانی است که حرفه ای کار می کنند. در میان طبقات اجتماعی فقیرتر، در زنان، خطر ابتلا به بیماری های تنفسی شش برابر، خطر مرگ ناشی از بیماری های قلبی و گوارشی پنج برابر و خطر مرگ ناشی از سرطان ریه و سقوط سه برابر بیشتر است. بر اساس تجزیه و تحلیل های شغلی و شغلی، بروز بیماری های طولانی مدت در میان کارگران غیر ماهر یا نیمه ماهر 50 درصد بیشتر از افراد دارای مشاغل دفتر فنی است (آیتاچ، 2015). بین عوامل اجتماعی و بیماری روانی رابطه معناداری وجود دارد. بیماری روانی یک پدیده اجتماعی است. زیرا در موقعیت های اجتماعی به وجود می آید و ریشه آن در ساختار جامعه است. بیماری روانی را باید بیماری جامعه دانست نه بیماری افرادی که جامعه از آنها ساخته شده است. وضعیت اقتصادی-اجتماعی به عنوان یک متغیر مستقل می تواند باعث ایجاد ناراحتی روانی در افراد شود. (روشناردی، 1396)

جدول میزان مرگ و میر نوزادان در طبقات مختلف اجتماعی در انگلستان و ولز در سال 1980

جدول شماره (1)

طبقه اجتماعی	نرخ مرگ و میر قبل از ولادت
1	7/9
2	11/1
3N	8/
3M	11
IV	/13
V	/15
	17/0

برابر آمارهای رسمی، هر نوع بیماری و ناراحتی مربوط به طبقه اجتماعی است. مثلاً فقر یکی از عوامل اصلی بیماری است و فقرا بیشتر از ثروتمندان بیمار می شوند و بیماری آنها بیشتر طول می کشد. کسانی که با یارانه های دولت رفاه زندگی می کنند و درآمد کمتری دارند، احتمال جوان تر مردنشان بیشتر است. طبقه مورد بحث در این شرایط اجتماعی در شرایط ناسالم کار می کند، در سرپناه های نامناسب زندگی می کند و غذای ارزان و ناسالم مصرف می کند (براون، 492: 2014).

عوامل اجتماعی تأثیرگذار در واقع بازگو کننده موقعیتهای متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع میباشند. شواهد حاکی از آن است که بیش ترین بار بیماریها و قسمت اعظم نابرابریهای سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی میشود. در اهداف توسعه هزاره (MDGs) تأثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است. چارچوب این اهداف نشان میدهد که در بسیاری از کشورها بدون بدست آوردن موفقیت های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات،

توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین و پرجمعیت، دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمیشود و لذا بدون ایجاد پیشرفت و ترقی در عرصه سلامت، سایر اهداف توسعه هزاره غیر قابل دسترسی خواهد شد (مطلق و همکاران، 1387؛ ص 39).

ویلیکینسون و دیگران نشان داده اند که علاوه بر در نظر گرفتن رابطه بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سلامت افراد، در نظر گرفتن این ارتباط در سطح اجتماعی نیز مهم است. سطوح بالاتر نابرابری درآمد در سطح ملی با سلامت ضعیف تر در کل جامعه همراه است. با چند استثنا (به عنوان مثال کارلسون 2005) مطالعات در اروپای مرکزی و شرقی و کشورهای مشترک المنافع بر رابطه بین نابرابری و سلامت در سطح فردی متمرکز شده است (سوهراکا، 2005؛ ص 5). اهمیت جامعه محور بودن سلامت از این جهت است که تنها بخشی از وضعیت سلامتی یک فرد به رفتار و انتخاب او بستگی دارد. مشکلات در سطح جامعه مانند فقر، بیکاری، آموزش ضعیف، مسکن ناکافی، حمل و نقل عمومی ضعیف، خشونت بین فردی، و محله های فرسوده نیز به نابرابری های بهداشتی و همچنین تعامل تاریخی و مداوم ساختارها، سیاست ها و هنجارهایی که زندگی را شکل می دهند، کمک می کند (باکو و همکاران، 2017؛ ص 11).

تفاوت طبقات اجتماعی در حوزه سلامت در هر کشوری دیده می شود و به عنوان یک نابرابری طبیعی تلقی می شود. در این مورد، به ویژه موردی که آزادنده است، انباشته شدن نابرابری ها و تفاوت هاست. عدم دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در دوران کودکی یا

نوجوانی و یا دریافت اندک خدمات بهداشتی به این معنی است که احتمال ابتلا به بیماری در بزرگسالی بیشتر است. درآمد کم، تا زمانی که موانعی بر سر راه دریافت خدمات بهداشتی مطلوب وجود داشته باشد، بیماری مزمن تر شده و امکان درمان بسیار دشوارتر می شود (سیمه، 1387، شفر، 1392؛ 424).

وضعیت اجتماعی و اقتصادی به عنوان یک علت اساسی بیماری شناسایی شده است (لینک و همکاران، 2004). افرادی که فقیر و ناتوان هستند از سلامت و طول عمر بدتری نسبت به افراد با پول، قدرت و اعتبار برخوردارند. این وضعیت در زمان هایی که بیماری های عفونی کشنده اصلی بودند و بهداشت نامناسب و ازدحام جمعیت وجود داشت، صادق بود. امروزه زمانی که بیماری های عفونی و ازدحام جمعیت، دیگر تهدیدی در ایالات متحده نیست، به همان اندازه صادق است؛ اما در عوض سرطان ها و بیماری های قلبی علت اصلی عوارض و مرگ و میر هستند. افراد مبتلا به وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، همچنان گروهی هستند که بالاترین میزان مرگ و میر و مرگ و میر متناسب با سن را از این بیماری های مدرن تر تجربه می کنند، که توسط عوامل خطر مانند؛ تغذیه نامناسب، ورزش نکردن، و استعمال دخانیات تحریک می شود که در گروه های وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین تر شایع تر است (فیلان و همکاران، 2010). به منظور توضیح این تداوم در طول زمان، لینک و فیلان (1995) این نظریه را ارائه کردند که شرایط اجتماعی علت اساسی تفاوت های سلامتی است که بین افراد بدون منابع اجتماعی-اقتصادی و افراد دارای این منابع وجود دارد (فلاسکروود، 2013؛ صص 494-497). فقر کودکان فقط یک مشکل اقتصادی یا سیاسی نیست، همچنین یک مسئله اخلاقی و یک مسئله عدالت اجتماعی و یک نگرانی مهم بهداشت عمومی شناخته می شود. تجربه اولیه فقر در کودکان نه تنها در جوانی، بلکه در بزرگسالی نیز بر سلامت آنها تأثیر می گذارد (پل ریپتا و همکاران، 2007؛ صص 667-672).

در واقع در بین عوامل سلامت و بیماری، عامل اصلی تأثیرگذار، بیشتر از عامل زیستی، ساختار و شرایط اجتماعی، مدل و الگوی سازمان فرهنگی و اجتماعی است که در پیدایش این تصویر منفی، نقش بازی می کند (بریومن و همکاران، 2014؛ 129 (ضمیمه 2): صص 19-31).

#### جنسیت و سلامت

علائم سلامت و بیماری از نظر متغیرهای جنسیت، کمی متفاوت است. زیرا الگوها و روندهای اجتماعی شدن مردان و پیش فرض های فرهنگی، نقش، جهت گیری، رفتار، ترجیح و جهت گیری های زن و مرد را در مقیاس وسیع تعیین می کند. در شرایط کنونی تمامی نقش های زن و مرد در کنترل و انحصار فرهنگ یا نظام اجتماعی است. این حالت هم بر وضعیت روحی و جسمی زن و مرد تأثیر می گذارد و هم بر احساس سلامتی و بیماری و ابعادی که آنها را در معرض بیماری قرار می دهد (ولاسوف، 2007؛ صص 47-61).

در تحقیقات انجام شده در جوامع غربی، وضعیت سلامتی و بیماری زن و مرد، علائم زندگی و مرگ، انواع بیماری هایی که آنها را تحت تأثیر قرار می دهد و غیره در قالب واکنش های مختلف بیان می شود. به عنوان مثال برآون اعلام کرده است که میزان مرگ و میر زنان بسیار کمتر از مردان در تمام سنین است. میانگین میزان مرگ و میر در مردان، 40 درصد بیشتر از زنان است و یک زن به طور متوسط پنج سال بیشتر از یک مرد عمر می کند. در هر صورت، دو سوم مرگ های قبل از 65 سالگی مربوط به مردان است. در افراد بین 85 تا 65 سال، نسبت مرگ زنان در مقایسه با مردان از دو به یک رسیده است. اگر در مورد میزان مرگ و میر و میانگین امید به زندگی، زنان سالم تر از مردان هستند. آمار به طور کلی نشان می دهد که مردانی که خیلی زود فوت کرده اند به اندازه زنانی که عمر طولانی تری داشته اند، این بیماری را تجربه نکرده اند. زنان مصرف کننده اصلی خدمات بهداشتی هستند و دوره ناتوانی و بیماری آنها بیشتر از مردان است. (براون، 2014؛ صص 97-495)

کارشناسان در تبیین ویژگی ها فوق در مورد زنان، همانقدر که به مسائل زیستی زنان نگاه می کنند، روند اجتماعی شدن زنان در جامعه و مفروضات تبعیض جنسیتی اجتماعی را نیز درک می کنند. میزان مرگ و میر کودکان پسر بیشتر است و همچنین زنان از نظر ژنتیکی نسبت به مردان در برابر بیماری های قلبی مقاوم تر هستند، فرآیند اجتماعی شدن جنس مذکر این جنس را مستعد ابتلا به بیماری می کند. مردان بیشتر از زنان سیگار می کشند و از مواد مخدر استفاده می کنند. این مواد می توانند خطرات قابل توجهی برای سلامتی ایجاد کنند. علاوه بر این، مردان به تغذیه خود اهمیت چندانی نمی دهند، احساسات خود را مانند زنان ابراز نمی کنند و بیشتر از زنان استرس دارند (براون، 2014؛ 496).

جنسیت به طرق مختلف بر سلامت تأثیر می گذارد. ناتوانی و فقدان کنترل، زمینه ساز بسیاری از مواجهه با ایندز در میان زنان آفریقایی است. موانع نامتناسب در دسترسی به منابعی مانند؛ غذا، آموزش و مراقبت های پزشکی، زنان را در سراسر جهان در حال توسعه، آسیب پذیر کرده است. رفتارهای پرخطر در میان مردان در سراسر جهان هنجار است. ویژگی های تعریف شده اجتماعی اغلب مردان و زنان را دارای ویژگی های ثابت و متضاد مانند فعال (مرد) / منفعل (مونت)، منطقی (مرد) / عاطفی (زن) می دانند. زبان پزشکی و

فلسفه زیربنایی آن، مرد را با نرمال یکی می‌داند و هنوز هم ممکن است زن را به‌عنوان «دیگری» یا شاید غیرعادی در نظر بگیرد. نقش‌های شغلی و رفتاری زن و مرد، که توسط هنجارهای اجتماعی محدود شده است، می‌تواند منجر به قرار گرفتن در معرض خطرات، هر چند متفاوت شود. هر یک از این جنبه‌های جنسیت، ممکن است در مسیر یک فرد به سلامت او واسطه شود. (فیلیپس، 2005؛ 4: 11).

مفهوم جنسیت می‌تواند شامل تفاوت در عوامل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی تعیین‌کننده سلامت بین زن و مرد باشد. اگر گروه‌های مورد مطالعه یا مقایسه مردان و زنان باشند، تغییرات بین گروه‌ها بر اساس جنسیت خلاصه می‌شود. با این حال، تغییرات گروهی وجود دارد زیرا همه زنان یکسان نیستند. داده‌هایی که درصد زایمان‌هایی را که توسط پرسنل آموزش‌دیده شرکت می‌کنند و بر اساس سطح تحصیلات مادر جمع‌آوری می‌کنند، بررسی می‌کنند، به‌طور مداوم به نفع افراد تحصیل‌کرده‌تر هستند و تنوع در دسترسی به مراقبت را نشان می‌دهند. در این گروه، عوامل تعیین‌کننده اجتماعی «زنان» مانند تحصیلات یا درآمد، اغلب تفاوت‌ها در قدرت یا دسترسی به مراقبت، و در نهایت، سلامت را به‌شمار می‌آورند (سازمان بهداشت جهانی، 2010؛ ص 33).

جنسیت به‌عنوان یکی از عوامل اجتماعی اصلی تعیین‌کننده سلامت جمعیت و نابرابری‌های سلامت در چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) سازمان بهداشت جهانی (WHO) مفهوم‌سازی می‌شود. در این زمینه، جنسیت باید به‌عنوان ویژگی‌های اجتماعی، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و انتظارات فرد در یک جامعه معین بر اساس بیان جنسیتی و نحوه درک دیگران از آن درک شود. ابعاد اجتماعی شدن جنسیتی زنان و مردان به‌طور طبیعی، هم ابعاد اپیدمی‌های اجتماعی و هم شرایط سلامت و بیماری را تعیین می‌کند (سازمان بهداشت پان آمریکا، 2003). ابعاد اجتماعی شدن جنسیتی مردان و زنان به‌طور طبیعی هم ابعاد اپیدمی‌های اجتماعی و هم شرایط سلامت و بیماری را تعیین می‌کند. در تحقیقاتی که انجام شده است (نگاه کنید به: ریکر برد، 2000)، تفاوت بین بیماری‌های زن و مرد، نقش فرهنگ جنسیتی در سلامت و بیماری محسوس است.

تفاوت در قومیت، نژاد و سلامت

قومیت متغیر دیگری است که معمولاً در مطالعات مربوط به نابرابری‌های سلامت استفاده می‌شود. دفتر مدیریت و بودجه حداقل استانداردهایی را برای ذخیره، جمع‌آوری و ارائه داده‌های نژادی و قومی تعیین کرده است. این استانداردها شامل دو گروه قومی، "اسپانیایی یا لاتین تبار" و "غیر اسپانیایی یا لاتین تبار" و 5 دسته نژادی است: بومیان آمریکایی یا بومی آلاسکا، آسیایی؛ سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی؛ بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام؛ و سفید. مفهوم قومیت تلاشی برای تمایز بیشتر گروه‌های نژادی است. با این حال، مانند نژاد، بار تاریخی، سیاسی و اجتماعی خود را به دوش می‌کشد. قومیت دلخواه و بد تعریف شده است. به‌عنوان مثال، اصطلاح "اسپانیایی" شامل بیش از 400 میلیون نفر از اقوام و زیرگروه‌های مختلف در بیش از 20 کشور مختلف است. بنابراین، تلاش برای تفسیر معنای واقعی تفاوت‌های قومی همیشه یک چالش است. با وجود این محدودیت‌ها، قومیت زمانی که با نژاد ترکیب می‌شود اطلاعات بیشتری را ارائه می‌دهد تا زمانی که محققان ساختار آن را تعریف کرده و اعتبار، قابلیت اطمینان و سازگاری آن را توجیه کنند (ای آگده، 2006؛ 667-669).

عوامل تعیین‌کننده سلامت و بیماری تنها طبقه اجتماعی یا جنسیت نیستند، بلکه عوامل نژادی و قومیتی نیز از عوامل مهم در این زمینه هستند. وضعیت بد بهداشتی در میان اقلیت‌های قومی و نژادی، بیش از عوامل فرهنگی و بیولوژیکی، اجتماعی و اقتصادی است. براون (2014: 501) این را به‌ویژه در بریتانیا توضیح می‌دهد (اندرسون و همکاران، 2004؛ شکل 2-9).

سال‌های زندگی بالقوه از دست رفته و سال‌های زندگی ناسالم و سالم در سن 30 سالگی: گروه‌های نژاد جنسی با +13 و -8 سال تحصیل. منبع: Crimmins and Saito (2001).

مطالعه تغییرات نژادی در سلامت توسط یک مدل ژنتیکی انجام می‌شود که فرض می‌کند نژاد یک دسته بیولوژیکی معتبر است، ژن‌هایی که نژاد را تعیین می‌کنند با ژن‌هایی که سلامت را تعیین می‌کنند مرتبط هستند، و سلامت یک جمعیت عمدتاً توسط یک عامل بیولوژیکی تعیین می‌شود. فراتر از نگرانی‌ها در مورد اعتبار و پایایی اندازه‌گیری‌های نژاد و قومیت، این موضوع نیز وجود دارد که ارتباط بین نژاد/قومیت و فقر را از هم جدا کنیم. مهم است که به‌طور سیستماتیک برای تعامل بین نژاد/قومیت و موقعیت اجتماعی-اقتصادی آزمایش شود. تجزیه و تحلیل طبقه بندی شده بر اساس موقعیت اجتماعی-اقتصادی در گروه‌های نژادی/قومی ممکن است اطلاعات معنادار بیشتری نسبت به مقایسه تفاوت‌ها بر اساس نژاد و قومیت به‌تنهایی ارائه دهد. مطالعات آینده در مورد رابطه بین نژاد، قومیت، فرهنگ، یا فرهنگ پذیری و پیامدهای سلامتی باید فراتر از نشان دادن ارتباط بین این متغیرها و پیامدهای سلامتی و ارائه یک مسیر علی برای چنین ارتباطی باشد. به‌ویژه مهم است که محققان تلاش‌های بهتری برای جداسازی اثرات فقر از اثرات نژاد/قومیت یا فرهنگ انجام دهند و مشخص کنند که این متغیرها چگونه تعریف و اندازه‌گیری شده‌اند (کریگر، 1987؛ صص 259-78).

با این حال، مطالعات اخیر نشان داده است که تنوع ژنتیکی در نژادها بیشتر از بین نژادها است و این نژاد بیشتر یک ساختار اجتماعی است تا یک ساختار بیولوژیکی (کوپر آر، دیوید آر. 1986؛ 11-97:116). بنابراین، مفهوم نژاد اگرچه از نظر اجتماعی معنادار است، اهمیت بیولوژیکی محدودی دارد (ویلیامز، 1994؛ 29:74). علاوه بر محدودیت های نژاد به عنوان یک سازه، مشکلاتی در مورد اعتبار و پایایی نژاد وجود دارد که در اکثر مطالعات تحقیقاتی اندازه گیری شده است.

افراد غیر اروپایی حدود 7 درصد از کل جمعیت بریتانیا را تشکیل می دهند. بیشتر اینها از تبار آسیای جنوبی (یعنی از شبه قاره هند) یا آفریقای سیاه (یعنی از کارائیب و غرب آفریقا) هستند. برای این مهاجران، تقریباً برای همه گروه های جمعیتی ساکن در جهان غرب، بیماری قلبی عروقی (CVD) علت اصلی مرگ و میر است. اما تفاوت های قومی قابل توجهی در خطر CVD وجود دارد. ارائه بیماری ممکن است متفاوت باشد، مهارت های تشخیصی چالش برانگیز، و الزامات و پاسخ های درمانی نیز ممکن است یکنواخت نباشند. مطالعه تفاوت های قومیتی در CVD سرنخ های اتیولوژیک ارزشمندی را نه تنها برای گروه های اقلیت قومی، بلکه برای اکثریت جمعیت ارائه کرده است (نیش کاتووردی، 2003؛ صص 681-686).

آمریکایی های آفریقایی تبار بزرگترین گروه اقلیت هایی را تشکیل می دهند که نیاز به پیوند عضو دارند. در سال 2019، سیاه پوستان 12.8 درصد از جمعیت کشور را تشکیل می دادند. تعداد پیوند اعضای انجام شده بر روی سیاه پوستان در سال 2020، 27.7 درصد از تعداد سیاه پوستانی بود که در حال حاضر منتظر پیوند هستند. تعداد پیوندهای انجام شده روی سفیدپوستان 47.6 درصد از تعداد پیوندهایی بود که در حال حاضر منتظر بودند. در حالی که 28.5 درصد از کل داوطلبانی که در حال حاضر منتظر پیوند هستند سیاه پوستان هستند، 12.9 درصد از اهداکنندگان عضو در سال 2020 را تشکیل می دهند. در سال 2020، 83.6 درصد از اعضای اهدایی سیاه پوستان از اهداکنندگان مرده بودند. در سال 2020، 16.4 درصد از سیاهپوستان اهداکنندگان زنده بودند در حالی که این رقم در سفیدپوستان 33.4 درصد بود. اگرچه تعداد کل سفیدپوستان در لیست انتظار پیوند اعضا حدود 1.4 برابر بیشتر از سیاه پوستان است، اما تعداد داوطلبانی که منتظر پیوند کلیه هستند بین سیاه پوستان و سفیدپوستان تقریباً یکسان است. سیاهپوستان نسبت به جمعیت سفیدپوست مبتلا به دیابت و فشار خون بالا هستند. شناخته شده است که این شرایط بیماران را در معرض خطر نارسایی اندام قرار می دهد (اچ، آر، اس، ای، 2021).

نرخ بالای مرگ و میر در میان گروه های قومی و نژادی عمدتاً به دلیل نابرابری های بهداشتی است. از جمله این نابرابری ها، نژاد، فقر، سوءتغذیه، زبان و موانع فرهنگی است. برخی از سیاست های اجتماعی تبعیض آمیز و شرایط نامساعدی که بر گروه های نژادی و قومی تحمیل می شود، آنها را بیش از گروه های سفیدپوست در معرض بیماری و مرگ قرار می دهد و عوامل خطر را در این گونه موارد افزایش می دهد. باز هم، این احتمال وجود دارد که اعضای گروه های اقلیت قومی و نژادی به دلیل رژیم غذایی پرچرب در میان آسیایی ها در معرض خطر بالای بیماری قلبی باشند. این رژیم در افزایش وزن و چاقی و در نتیجه افزایش دیابت و بیماری های قلبی نیز موثر است (براون، 2014؛ ص 502).

در سال های اخیر، سیاهپوستان در حدود نیمی از اقدامات استفاده شده دسترسی بدتری به مراقبت از سفیدپوستان داشته اند. در نیمه اول سال 2014، درصد بزرگسالان 18 تا 64 ساله بدون بیمه درمانی در میان سیاه پوستان و اسپانیایی ها سریعتر از سفیدپوستان کاهش یافت، اما تفاوت در نرخ بیمه بین گروه ها باقی ماند (نونان و همکاران (2016)، صص 12:37).

تضادها در میان گروه های مختلف مشهود است اگر فرد بر روی چند روشی تمرکز کند که برخی از منابع اصلی عوارض و مرگ و میر را کاهش می دهد، رویه هایی که با شواهد علمی قوی و اجماع پزشکان پشتیبانی می شوند. جنکس و همکاران (2000) 24 اقدام از این قبیل را شناسایی کردند که آنها را معیارهای کیفیت مراقبت برای ذینفعان مدیر نامگذاری کردند، و 21 مورد از آنها در بین گروه های نژادی و قومی مقایسه شده است (هب و همکاران، 2003)، از جمله اقدامات بستری مانند وارفارین برای بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی و اقدامات سرپایی مانند ماموگرافی حداقل هر 2 سال یکبار. دریافت درمان مناسب توسط هر گروه نژادی یا قومی با درصد دریافت درمان مقایسه شده است. به نظر می رسد که اقلیت های نژادی و قومی در مضیقه هستند، به ویژه برای روش های سرپایی و نه بستری. اسپانیایی ها و سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا، به طور کلی، ممکن است مراقبت هایی دریافت کنند که به اندازه سیاه پوستان ناکافی است، اگرچه به دلیل تعداد کم و مشکلات مربوط به هویت نژادی و قومیتی، باید با این افراد با احتیاط رفتار کرد. افرادی که در هر دو گروه پزشکی و ثبت نام کرده اند (از هر گروه نژادی یا قومیتی) نیز مراقبت های کمتری نسبت به متوسط دریافت می کنند که نشان دهنده بعد اجتماعی-اقتصادی مراقبت ضعیف است. با این حال، مضرات آنها گاهی کمتر از گروه های نژادی و قومی خاص است (بولاتو و آندرسون، 2004).

اگرچه در دهه‌های اخیر بهبودهایی در وضعیت اقتصادی و آموزشی اقلیت‌های قومی و نژادی در ایالات متحده صورت گرفته است، اما تبعیض موجود در مراقبت‌های بهداشتی همچنان وجود دارد. به عنوان مثال، اعضای گروه‌های قومی و نژادی در تحقیقات منظم در مورد داروهای پزشکی و روانپزشکی کمتر رایج هستند. (ودانتام، 2005) اقلیت‌های قومی و نژادی در مقایسه با سفیدپوستان دسترسی محدودی به بیمه درمانی دارند. در حالی که تعداد سفیدپوستانی که به هر دلیلی بیمه درمانی ندارند 12 درصد، لاتین‌تبارها (مکزیک‌ها، مهاجران از آمریکای مرکزی به آمریکای شمالی) 31 درصد و آفریقایی‌ها 21 درصد است (دناواس و همکاران، 201) به گفته مدیران سلامت در ایالات متحده، افراد بدون بیمه مبتلا به یک بیماری به زندگی خود ادامه می‌دهند و در سنین بسیار پایین می‌میرند (ویلسون، 2009؛ نیومن، 2013؛ ص 188).

هوارد و تزکین استدلال می‌کند که تنش‌های قومی باعث ایجاد مشکلات پزشکی در میان سیاه‌پوستان می‌شود. به گفته هوارارد، فشار فرضیات و تفاوت‌های مبتنی بر قومیت و نژاد باعث افزایش فشار خون در میان آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار (و اسپانیایی‌ها) در مقایسه با سفیدپوستان، فشار خون در میان سیاه‌پوستان شده است. نسبت به سفیدپوستان دو برابر شده است و به عاملی در بیماری قلبی، بیماری کلیوی و میزان بالای مرگ ناگهانی تبدیل شده است (اسکارفر، 2013؛ ص 426).

تفاوت‌های نژادی در فشار خون بالا و پیامدهای بیماری مرتبط با فشار خون بالا در مقایسه با هم‌تایان سفیدپوست خود، با خطرات مرگ و میر مرتبط است. این خطرات بیش از حد ناشی از افزایش فشار خون تأثیر چشمگیری بر امید به زندگی مردان و زنان آفریقایی-آمریکایی دارد که به طور قابل توجهی کمتر از آمریکایی‌های قفقازی است. خطر مرگ و میر ناشی از سکته مغزی برای آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار دو برابر بیشتر است (لاکلند، 2014؛ صص 135-138).

#### نتیجه

اما آنچه از رهگذر مباحث مربوط به ریشه‌های اجتماعی و فرهنگی سلامت و بیماری می‌توان استنتاج نمود نکاتی است؛

اگرچه سلامت و بیماری فرآیندها و مفاهیم پزشکی را تداعی می‌کند، اما یک پدیده اجتماعی و فرهنگی و همچنین پزشکی است. از این حیث نیاز به دیدگاه جامعه‌شناختی دارد، زیرا پدیده‌ای است که به صورت اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد و توسط ساختار اجتماعی شکل می‌گیرد. بنابراین، سلامت و بیماری نتیجه محصولات اجتماعی و محیطی است. این جامعه و نحوه درک جامعه از آن است که به سلامت و بیماری معنا می‌بخشد. بنابراین، بیماری بودن یا نبودن برخی علائم از جامعه‌ای به جامعه دیگر در روند تاریخی متفاوت است. به عنوان مثال، چاقی که در گذشته به عنوان نماد ثروت و منزلت دانسته می‌شده است امروزه به عنوان یک بیماری پذیرفته شده است. علاوه بر این، هر روز بیماری‌های جدیدی با توجه به شرایط زندگی امروزی تعریف می‌شود و مساله پزشکی شدن یا پزشکی کردن خیلی به تعریف بیماری‌های جدید منجر گردیده است. باورها، گرایش‌ها و ارزش‌ها نیز در ادراک سلامت-بیماری مؤثر است. نگرش‌ها و رفتارها در برابر این بیماری‌های بازتابی از فرهنگ است. واکنش و نگرش فرد در صورت بروز علائم بیماری با فرهنگ شکل می‌گیرد. از این نظر، چه علائمی نشانه بیماری تلقی می‌شود یا خیر، معیارهای سالم بودن و درمان بیماری‌ها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در نتیجه، درک بیماری توسط فرد در فرآیند اجتماعی شدن توسط جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند تنظیم می‌شود.

سلامت نیز یکی از نهادهای تشکیل دهنده ساختار اجتماعی است. نقطه عزیمت تشکیلات سلامت در تامین و تداوم سلامت وجود افراد سالم است. از این نظر، هدف آن اطمینان از این است که اعضای خود در وضعیت رفاه کامل روحی، جسمی و اجتماعی قرار دارند. در این راستا ساختار اجتماعی باید در ارتباط و همکاری با سایر نهادها باشد. در این راستا، نهاد سلامت در ارتباط مستقیم با ساختار سیاسی و اقتصادی است.

باز تکرار نتیجه این است که سلامت و بیماری مقوله‌های جدای از کلیت جامعه نیستند. جامعه، زمینه و بسترساز هر دوی سلامت و بیماری است. اگر بیماری‌ها از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر متفاوت است و حتی برداشت از بیماری‌ها از جامعه‌ای تا جامعه دیگر متکایز است این به تفاوت جوامع برگشت می‌کند. خاستگاه بیماری‌ها و سلامت جامعه است و از آنجا تغذیه می‌شود و سلامت و بیماری از این منظر، معلول علل و عوامل اجتماعی است و جامعه به عنوان ظرف، مظهر و هابی متناسب با خودش را داراست که ما تحت عنوان اقتصاد، سیاست و مدیریت و... از آنها یاد می‌کنیم. بیماری و سلامت دامنه و در امتداد واقعیت‌های اجتماعی است و باید ابتدا به انواع نابرابری‌ها و برخورداری‌ها در جامعه نگاه کرد و آن را به عنوان نقطه آغازین سلامت و بیماری تلقی نمود.

بر این اساس مراکز بهداشت و درمان تنها مانیپولر واقعیت‌های اجتماعی هستند که آنچه در جامعه می‌گذرد را به تصویر می‌کشند و به نمایش می‌گذارند. بدیهی است در جامعه‌ای که فقر بر آن چیره است نصیبش از سلامت به همان اندازه خواهد بود. فقر بیماری‌زاست و

بیماری بدنبال خود ایجاد کننده فقر مضاعف است و این چرخه همچنان ادامه خواهد داشت. و یا وابستگی به طبقه خاص، قوم خاص، نژاد خاص، جنسیت خاص و ... نیز از جمله عواملی هستند که کمتر اجازه می دهند بیماری به خط پایان خود برسد و قطار فقر مسافران فقیر خود را از واگن های بیماری پیاده نمایند.

**Nasser Khodayari Shouti, August, 2022, Social and cultural roots of health and disease from the perspective of medical sociology, International Journal of Medical Sociology and Anthropology ISSN 2756-3820, Vol. 12(2), pp. 001-011.**

منابع:

- آداک، نورشن (2002)، جامعه شناسی سلامت، زنان و شهرنشینی، انتشارات فردی، استانبول.
- آلسورث راس، ادوارد (1918)، بیماری های ساختارهای اجتماعی، مجله جامعه شناسی آمریکا، منتشر شده توسط: انتشارات دانشگاه شیکاگو، جلد 24، شماره 2.
- آمزات، جیمو و رازوم، الیور (2014)، جامعه شناسی و سلامت. جامعه شناسی پزشکی در آفریقا.
- آیناچ، عمر؛ چاغلار، مظفر (2015)، ریشه های اجتماعی بیماری-سلامت و جامعه شناسی سلامت، مجله علوم اجتماعی دانشگاه فرات، جلد: 25، شماره: 1.
- اسوالاستوگ، آنا لیدیا، دونو، دونچو، کریستوفرسن، نینا جارجن و گایوویچ، سرکو (2017)، مفاهیم و تعاریف سلامت و ارزش های مرتبط با سلامت در چشم اندازهای دانش جامعه دیجیتال، کروات مد جی.
- آگده، لئوناردو ای (2006)، نژاد، قومیت، فرهنگ، و تفاوت در مراقبت های بهداشتی، صص 667-669، کتابخانه ملی پزشکی، **doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.0512.x**
- انگل، جی (1977)، نیاز به یک مدل پزشکی جدید: چالشی برای زیست پزشکی. علم 129:196-136.
- اوزن، سویچ (1994)، سلامت و متغیرهای ساختار اجتماعی-فرهنگی، مجله جامعه شناسی، دانشگاه اژه، انتشارات دانشکده ادبیات، شماره: 5.
- اوزن، سویچ (1993)، رشته ای در جامعه شناسی: جامعه شناسی سلامت و روابط ساختار اجتماعی، مجله جامعه شناسی، دانشگاه اژه، دانشکده ادبیات، شماره: 4.
- ایلچ، ایوان (1995)، اخاذی از سلامت، ترجمه سوهاسرتابیب اوغلو، انتشارات جزئیات، استانبول.
- بانک جهانی، 1993؛ کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت، 2001.
- باچیو، آلینا؛ گلر، امی؛ واینستین، جیمز ان (2017)، جوامع در عمل: مسیریابی برای برابری سلامت، واشنگتن (دی سی): انتشارات آکادمی ملی (ایالات متحده)؛
- 2017 Jan 11. PMID: 28418632 ID** **24624/10.17226:NBK425848 DOI** **قفسه کتاب**
- براون، کن (2014)، مقدمه ای بر جامعه شناسی، ترجمه ای کایا، انتشارات سی، استانبول.
- بریومن، پائول؛ لائورا، گوتلیب (2004)، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت: زمان آن است که علل علل را در نظر بگیریم، نماینده بهداشت عمومی.
- بیلیچ، سارا ان. یارلنسیکی، ماریان پی، بل، کارین ان. و لاویست، توماس آ (2012)، نابرابری های سلامت: روند، پیشرفت و سیاست، بررسی سالانه عمومی، منتشر شده به صورت آنلاین؛

**Doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124658.**

بنیاد رابرت وود جانسون (RWJF) (2020)، ایجاد فرهنگ سلامت: تقویت یکپارچگی خدمات و سیستم های بهداشتی. موجود در: <https://www.rwjf.org/en/cultureofhealth/taking-action/strengthening-services-and-systems.html>

بولتون دی، ژیلت جی (2019)، مدل زیست روانی اجتماعی سلامت و بیماری: تحولات جدید فلسفی و علمی، موسسه روانپزشکی، روانشناسی و علوم اعصاب، بخش روانشناسی و علوم سیستمی، کالج کینگ لندن، لندن، بریتانیا.

بورل، کاریو؛ ساچمن، آنتونی؛ ایستین، رونالد ام (2004)، مدل زیست روانی-اجتماعی 25 سال بعد: اصول، تمرین، و تحقیق علمی، **1201PMID: 15576544 PMID: PMC**

بوری، مایکل (1986)، ساخت گرایبی اجتماعی و توسعه جامعه شناسی پزشکی، جامعه شناسی سلامت و بیماری، جلد 8.

بوکسر، ای (2009)، موسسات، آژانس و بیماری در ایجاد سندرم تور. سازمان انسانی.

بولاتائو، رودولفو و اندرسون، نورمن (2004)، درک تفاوت های نژادی و قومی در سلامت در اواخر زندگی، واشنگتن (دی سی): انتشارات آکادمی ملی (ایالات متحده).

بیرچرا، جانس؛ کورویلاب، شیما (2014)، تعریف سلامت با پرداختن به عوامل فردی، اجتماعی و محیطی: فرصت های جدید برای مراقبت های بهداشتی و سلامت عمومی، منتشر شده به صورت آنلاین.

پل، ریتا؛ گوپتا، سن، ال دی ویت؛ مارگارت و مک کیون، دیوید (2007)، استراتژی های بخش بهداشت برای رسیدگی به فقر تجربه شده توسط خانواده های دارای فرزندان خردسال نیز شناسایی شده است.

ترنر، اس. برایان (1990)، برنامه درسی میان رشته ای: از پزشکی اجتماعی تا پست مدرنیسم، جامعه شناسی سلامت و بیماری، جلد 12.

تیرمن، استفان و هاس، استیون (2008)، جامعه شناسی سلامت و بیماری، اولین بار منتشر شد، قابل دسترس در: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01097.x> نقل قول: 87.

جیر هینلی اوغلو، ظفر (2001)، جامعه شناسی سلامت، توزیع انتشارات نوبل، استانبول.

ساندرز، جان (2010)، سوء تغذیه: علل و پیامدها، **doi: 10.7861/clinmedicine**، 624-6-10.

سازمان بهداشت پان آمریکا، دفتر مرجع جمعیت. جنسیت، سلامت و توسعه در آمریکا واشنگتن ( )، 2003. [Google Scholar]

سارا والترز (2010)، جدول پایدار نرخ مرگ و میر نوزادان در طبقات مختلف اجتماعی در انگلستان و ولز در سال 1980.

دانشگاه کمبریج، سازمان بهداشت جهانی.

روشناردی، مصطفی (1396)، ریشه های اجتماعی بیماری روانی در جوامع مدرن، موجود در:

<https://youngsociologists.com>

سوهرکه، مارک (2005)، نابرابری های اجتماعی و اقتصادی در سلامت و دسترسی به مراقبت های بهداشتی در مرکز و شرق اروپا و کشورهای مستقل مشترک المنافع: بررسی اخیر ادبیات، دانشگاه کمبریج، دفتر اروپایی سرمایه گذاری بهداشت و توسعه سازمان جهانی بهداشت.

شفر، ریچارد تی (2013)، جامعه شناسی، ترجمه. اد. سیمتن کوشار، انتشارات پالمه، آنکارا.

شیما؛ کورو ویلاب، بیرچرا (2014)، تعریف سلامت با پرداختن به عوامل فردی، اجتماعی و محیطی: فرصت های جدید برای مراقبت های بهداشتی و سلامت عمومی، منتشر شده به صورت آنلاین.

کاپرا، فریتویف (1992)، نقطه عطف در اندیشه غربی، ترجمه ام. آرماگان، انتشارات انسانی، استانبول.



کاتلر، دیوید ام، فابیان، لانگ، میرا، الن، ریچاردز شوبیک، ست و رومه، کریستوفر جی (2011)، افزایش شیب تحصیلی در مرگ و میر: نقش عوامل خطر رفتار یف منتشر شده در فرم ویرایش نهایی: 1174-1187.

کاتوردی، نیش (2003)، تفاوت های قومیتی در بیماری قلبی عروقی،

**PMID: 12748237**

کریگر، نانسی (1987)، سایه های تفاوت: زیربنای نظری مجادله پزشکی در مورد تفاوت های سیاه و سفید در ایالات متحده، 1830 کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی (2000)، فرض اساسی این است که سلامت خوب و شرایطی که آن را ممکن می سازد، بخشی از ماهیت زندگی با عزت است.

کوپر، آر، دیوید، آر (1986)، مفهوم بیولوژیکی نژاد و کاربرد آن در بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی،

**doi: 10.1215/03616878-11-1-97**

فریدمن، لین پی (2005)، دستیابی به اهداف توسعه هزاره: سیستم های بهداشتی به عنوان نهادهای اجتماعی اصلی، مقاله در توسعه، دانشگاه کلمبیا، شهر نیویورک، نیویورک، و ایالات متحده.

فلاسکرو، جنکولین (2012)، تعیین کننده های اجتماعی وضعیت سلامت، دستنوشته.

فیلیس، سوزان پی (2005)، تعریف و اندازه گیری جنسیت: تعیین کننده اجتماعی سلامت که زمان آن فرا رسیده است، منتشر شده آنلاین 13 ژوئیه 2005. **Doi: 11-4-9276-1475/10.1186**

لاکلند، دانیل تی (2014)، تفاوت های نژادی در فشار خون بالا: مفاهیمی برای مدیریت فشار خون بالا، منتشر شده در فرم ویرایش نهایی.

لینل، ویلیام (2014)، مقدمه ای بر جامعه شناسی T فصل 1-19، ویرایش دوم کانادا توسط مجوز **Creative Commons Attribution 4.0 بین المللی**.

محمد مطلق، اسماعیل؛ اولیایی منش، علیرضا و بهشتیان، مریم (1387)، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن، راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران.

مکانیک، دیوید (1978)، جامعه شناسی پزشکی، مطبوعات آزاد، نیویورک.

نیک ورز، طیبیه؛ یزدان پناه، لیل (1394)، رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، جامعه شناسی کاربردی، دوره 26، شماره 3 - سرریال.

واشنگتن (دی سی): انتشارات آکادمی ملی (ایالات متحده); 11 ژانویه 2017.

والسوف، کرول (2007)، تفاوت های جنسیتی در تعیین کننده ها و پیامدهای سلامت و بیماری، **117.028595.https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA**

وزارت بهداشت ایالات متحده و دفتر خدمات انسانی بهداشت اقلیت ها (2021)، اهدای عضو و آمریکایی های آفریقایی تبار. منبع: **HRSA** شبکه تدارکات و پیوند اعضای ایالات متحده (**OPTN**).

ویلیامز، دی آر (1994)، مفهوم نژاد در تحقیقات خدمات بهداشتی: 1966 تا 1990، **Health Serv Res**، 29 (3).

ویلسون V. نرخ بیکاری ایالتی بر اساس نژاد و قومیت در پایان سال 2015 بهبودی رو به رشدی را نشان می دهد. واشنگتن دی سی: موسسه سیاست اقتصادی؛ 2016.

ویلکینسون، ریکارد و مارموت، مایکل (2003)، عوامل بازدارنده اجتماعی سلامت، سازمان جهانی بهداشت.

نونان و همکاران بررسی های بهداشت عمومی (2016)، بهبود سلامت آمریکایی های آفریقایی تبار در ایالات متحده آمریکا: یک فرصت معوقه بر عدالت اجتماعی

شمال، داگلاس سی. توماس، رابرت پل (مه 1977). "اولین انقلاب اقتصادی". بررسی تاریخ اقتصاد. واپلی به نمایندگی از انجمن تاریخ اقتصادی. . JSTOR. Doi: 10.2307/2595144. 2595144. بازیابی شده در 6 ژوئن 2022.

فصل چهارم : پزشکی شدن جامعه:

فراخوان مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

فرم خام خلاصه پیشنهاد

عنوان فارسی پزشکی شدن جامعه و دامنه تاثیرات آن بر عدالت در سلامت

عنوان انگلیسی

### **The medicalization of society and the scope of its effects on justice in health**

مشخصات طرح دهنده

نام و نام خانوادگی ناصر خدایاری شوطی

بیان مساله و ضرورت اجرای طرح (حداکثر 250 لغت)

هدف اصلی تبیین این واقعیت است؛ توسعه تکنولوژی، تجهیزات و مراکز خدمات بهداشتی و درمانی، همینگونه تربیت نیروی انسانی ماهر و مجرب پزشکی و پیراپزشکی تا زمانی که رویکرد سیستم مبتنی بر توسعه روزافزون قلمرو و دامنه پزشکی است حصول نتیجه ای به نام سلامت مشکل می نماید.

اهداف اختصاصی

با توسعه دانش پزشکی و همچنین تکنولوژی و تجهیزات مربوطه انتظار این است که قلمرو پزشکی محدود شده و انرژی جامعه سلامت معطوف به مواجهه با بیماری‌هایی شود که هنوز که هنوز است راه چاره‌ای برای برطرف کردن آنها پیدا نشده است. این در حالی است که نه تنها از حجم و اندازه بیماری‌ها کاسته نشده است، بلکه بیماری‌های نوپدید و ناعلاجی چون کوید 19 جامعه جهانی اعم جوامع مدرن و سنتی را به چالش کشیده علاوه مصادیق بیماری‌ها را بیشتر از مصادیق سلامت معرفی می‌نماید.

#### نوآوری پژوهش

نقطه جدید پژوهش؛ سیستم سلامت با دو راهبرد می‌تواند به مقابله با بیماری‌ها بپردازد 1. برخورد شکلی با بیماری‌ها از طریق بسط و توسعه مراکز درمانی و تربیت کادر و نیروی انسانی ماهر و کارآمد در کلیه سطوح سلامت و تجهیز مراکز یاد شده به تکنولوژی و تجهیزات روزآمد بهداشتی و درمانی 2. برخورد ماهوی با بیماری‌ها از طریق تمرکز بر بیماری‌های مادر که سرچشمه بسیاری از بیماری‌ها به شمار می‌آیند و تمرکز بر تحدید پزشکی شدن جامعه.

نتایج پژوهش حاضر چه تاثیری در کاهش بی‌عدالتی در سلامت دارد؟

اول، در تابلوی واقعیت اجتماعی مربوط به سلامت جز مراقبت از مردم در برابر بیماری‌ها نباید غایتی دیگر مشاهده شود. گره خوردگی سیستم سلامت به اقتصاد از طریق پزشکی شدن جامعه، می‌تواند سلامت را از اولویت اول سیستم خارج نماید دوم، روند پزشکی شدن جامعه بیشتر به نفع ارائه دهندگان خدمات سلامت است تا گیرندگان آن، چرا که گیرندگان خدمات دست دهنده دارند نه دست گیرنده سوم، به علت شرایط نابرابر اقتصادی همه جامعه قادر به استفاده از مواهب خدماتی در فرایند پزشکی شدن جامعه نیستند و این یعنی بی‌عدالتی در حوزه سلامت.

#### روش انجام پژوهش

#### تصویر کلی از مراحل انجام پژوهش

روش‌ها ما یک مرور محدودی بر روی تحقیقات تجربی در زمینه پزشکی انجام دادیم. 5 مرحله یک بازنگری محدودی دنبال شد 1. شناسایی سوال تحقیق 2. شناسایی مطالعات مرتبط 3. معیارهای ورود و خروج 4. نمودار داده‌ها و 5. جمع‌آوری، خلاصه و گزارش نتایج..

#### خلاصه روش اجرای پژوهش

شناسایی سوال تحقیق، نقطه عزیمت این پژوهش است. متغیر وابسته عدالت در سلامت و متغیر مستقل آن پزشکی شدن جامعه است. گام دوم انجام پژوهش مطالعه منابع از منابع مختلف اعم از کتاب، مقاله و منابع الکترونیکی است. مقالاتی که به صورت مستقیم و غیر مستقیم مباحثی را مطرح نموده اند. مطالعات ما در این پژوهش معطوف به توسعه و تحدید قلمرو پزشکی در مقطع قبل و بعد از پزشکی شدن جامعه و ارتباط معنادار آن با کاهش و افزایش عدالت در حوزه سلامت می‌باشد. معیار ورود و خروج در خصوص منابع مورد مطالعه تناسب محتوای منابع با موضوع پژوهش و اعتبار علمی داده‌ها بوده است. به علت تاکید فراخوان بریافت ترکیبی پژوهش از کمی و کیفی نمودارهایی نیز ترسیم خواهد شد. در گام نهایی نیز گزارش‌های حاصل از منابع جمع‌آوری، خلاصه به همراه نتایج حاصله.

فصل پنجم: نظریه های جامعه شناسی پزشکی

اهداف آموزشی:

مرور نظریه های جامعه شناسی پزشکی:

کارکردگرای،

تضاد،

کنش متقابل نمادین.

قبل از بحث در مورد این دیدگاه ها، ما ابتدا باید سه مفهوم کلیدی را تعریف کنیم: سلامت، پزشکی و مراقبت های بهداشتی که در نقطه مرکزی توضیحات و بحث های این فصل قرار دارند. سلامت به میزان سلامت جسمی، روحی و اجتماعی فرد اشاره دارد. همانطور که این تعریف نشان می دهد، سلامت یک مفهوم چند بعدی است. گر چه سه بعد سلامت که ذکر شدند، بر یکدیگر تأثیر می گذارند، اما ممکن است فرد از جهت سلامت جسمی در شرایط خوبی باشد، اما از جهت سلامت روانی ضعیف باشد و یا برعکس.

جامعه شناسی پزشکی به مؤسسات اجتماعی اشاره دارد که به دنبال جلوگیری، تشخیص و درمان بیماری و ارتقای سلامت در ابعاد مختلف آن است. این موسسه اجتماعی در ایالات متحده گسترده و مشهود است و شامل بیش از 11 میلیون نفر (پزشکان، پرستاران، دندانپزشکان، درمانگران، تکنسین های پرونده پزشکی و بسیاری از مشاغل دیگر) می باشد. در نهایت، مراقبت های بهداشتی به ارائه خدمات پزشکی برای جلوگیری، تشخیص و درمان مشکلات بهداشتی اشاره دارد. با توجه به این تعاریف، اکنون به توضیحات جامعه شناختی بهداشت و مراقبت های بهداشتی می پردازیم. به طور معمول، دیدگاه های جامعه شناختی مهم که در فصل نهم کتاب (مقدمه ای بر مشکلات اجتماعی)، مورد بحث قرار گرفته اند، انواع مختلفی از توضیحات را ارائه می دهند، اما در عین حال آنها به ما یک درک جامع تر ارائه می دهند که از هر یک از روش ها می تواند به تنهایی انجام شود.

خلاصه آنچه سه تئوری بیان می نماید :

کارکردگرای

بهداشت خوب و مراقبت های پزشکی موثر برای عملکرد صحیح جامعه ضروری است. بیماران برای اینکه به صورت قانونی بیمار شناخته شده و از انجام وظایف عادی خود معاف شوند باید "نقش بیمار" را انجام دهند. ارتباط بین پزشک و بیمار سلسله مراتبی است: پزشک دستورالعمل ها را ارائه می دهد و بیمار باید آنها را دنبال کند.

نظریه تضاد

نابرابری اجتماعی کیفیت سلامت و کیفیت مراقبت های بهداشتی را مشخص می کند. افرادی که در شرایط نامطلوب اجتماعی به سر می برند، احتمال بیشتری دارند که بیمار شوند و مراقبت های بهداشتی ناکافی را دریافت کنند. برخی از پزشکان به منظور افزایش درآمد خود، تلاش می کنند تا تجارب پزشکی را کنترل و مشکلات اجتماعی را به عنوان مشکلات پزشکی تعریف کنند.

نظریه کنش متقابل نمادین

سلامت و بیماری ساختارهای اجتماعی هستند: شرایط فیزیکی و روحی، واقعیت یا واقعیت عینی کم دارند، یا اصلاً واقعیت عینی ندارند، اما در عوض، اگر آنگونه که هستند از سوی جامعه شناخته شوند، به عنوان شرایط سالم و یا بیمار در نظر گرفته می شوند. پزشکان برای نمایش قدرت و دانش پزشکی خود "وضعیت را مدیریت می کنند".

1. نظریه کارکردگرای

همانطور که توسط تالکوت پارسونز (1951) تصور می شود، دیدگاه کارکردگرایان تأکید می کند، سلامت خوب و مراقبت های پزشکی موثر برای توانایی جامعه در انجام کار ضروری است.

وضعیت بد سلامت، توانایی ما را در انجام نقشهای اجتماعیمان دچار اختلال می کند و اگر افراد بیشماری ناسالم باشند، عملکرد و ثبات جامعه از بابت مذکور، دچار رنج و تعب می شود. پارسونز می گوید: این امر مخصوصا در مورد مرگ زودرس صدق می کند، زیرا مانع از انجام کلیه نقش های اجتماعی افراد می شود و به این ترتیب "بازگشت ضعیف" به جامعه برای هزینه های مختلف بارداری، تولد، مراقبت از کودک و اجتماعی شدن فرد صورت می گیرد که دچار مرگ زودرس گردیده است. مراقبت های پزشکی ضعیف نیز جامعه را دچار ناکارآمدی می کند، چرا که افرادی که بیمارند در معرض مشکل بزرگتری برای سالم شدن در زندگی هستند و افرادی که سالم هستند بیشتر احتمال دارد که بیمار شوند.

پارسونز می گوید: برای اینکه فردی به طور قانونی بیمار محسوب شود، انتظارات متعددی باید به جا آورده شود. او در مورد این انتظارات به نقش بیمار اشاره نموده است. اول اینکه نباید انسان ها به عنوان عامل اصلی بیماری خودشان قلمداد شوند. اگر غذا با چربی مصرف کنیم، چاق شویم و حمله قلبی داشته باشیم، موجب همدلی کمتری خواهیم شد، نسبت به زمانی که ما تغذیه خوبی داشته و وزن مناسب داشته باشیم. اگر کسی مست می کند و درختی را می شکند، همدردی بسیار کمتری نسبت به راننده ای دارد که در هوای یخبندان رانندگی کرده و از جاده خارج می شود. دوم، بیماران باید بخواهند به سمت بهبودی بروند. اگر آنها نخواهند خوب شوند و یا، بدتر اینکه، تصور شود در بیمارپشان تزویر می کنند و یا پس از بهبودی برای فرار از کار و انجام وظیفه، دست به تمارض می زنند، دیگر از سوی جامعه و افرادی که آنها را به طور مشروع بیمار پنداشته می شدند بیمار شناخته نمی شوند. سوم، انتظار می رود بیماری افراد از طریق یک پزشک یا سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی تایید شده و افراد بیمار دستورالعمل های حرفه ای را دنبال کنند تا بهبودی خود را باز یابند. اگر فرد بیمار نتواند این کار را انجام دهد، او مجددا حق انجام نقش بیمار را از دست می دهد.

پارسونز می گوید: اگر همه این انتظارات برآورده شوند، بیماران از طرف خانواده هایشان، دوستانشان و دیگر افرادی که می شناسند درمان می شوند و از تعهدات عادی خود نسبت به همه این افراد معاف هستند. گاهی اوقات حتی به آنها گفته می شود، در رختخواب بمانند و استراحت بکنند در صورتی که می خواهند به فعالیت خود ادامه دهند.

پارسونز می گوید: پزشکان نیز در این مورد نقش دارند. اول و مهمتر از همه، آنها باید بیماری فرد را تشخیص دهند، تصمیم بگیرند چگونه با آن برخورد کنند و به بهبودی فرد کمک کنند. برای انجام این کار، آنها نیاز به همکاری بیمار دارند، که باید دقیقا به سوالات پزشک پاسخ دهد و دستورالعمل پزشک را دنبال کند. بنابراین پارسونز رابطه بین پزشک و بیمار سلسله مراتب را در نظر گرفته است: پزشک دستورات (پا، دقیق تر، راهنمایی و دستورالعمل ها) را ارائه می دهد و بیمار آنها را دنبال می کند.

قطعا نظر پارسونز در تأکید بر اهمیت سلامت افراد برای حفظ سلامت جامعه درست است، اما دیدگاه های او به دلایل مختلف مورد انتقاد قرار گرفته است. اول، ایده وی در مورد نقش بیمار در بیماری های حاد (کوتاه مدت) نسبت به بیماری های مزمن (دراز مدت) مقبول تر است. اگر چه بخش اصلی نظر او آن است که یک فرد به طور موقت بیمار می شود و پس از مراقبت های پزشکی مناسب سلامت خود را باز می یابد، افراد مبتلا به بیماری های مزمن می توانند در مدت زمان بسیار زیادی یا حتی به طور دائم نقش بیمار را داشته باشند. دوم، بحث پارسونز این واقعیت را که زمینه های اجتماعی بر احتمال بیماری و کیفیت مراقبت های پزشکی تاثیر می گذارد، نادیده می گیرد. سوم، پارسونز به طور ضمنی می پذیرد که سلسله مراتبی در رابطه پزشک و بیمار وجود دارد. امروزه بسیاری از کارشناسان می گویند که بیماران نیاز به کاهش این سلسله مراتب دارند. از طریق سؤال های بیشتری که از پزشکان خود می پرسند، نقش فعالتری در حفظ سلامتی خود دارند. در این صورت که پزشکان همیشه بهترین مراقبت های پزشکی را ارائه نمی دهند، سلسله مراتب هایی که پارسونز از آن ها حمایت می کند، تا حدی انکار و نقد می شوند.

## 2. نظریه تضاد

رویکرد و نظریه تضاد بر نابرابری در کیفیت سلامت و ارائه مراقبت های بهداشتی تأکید می کند (ویترز، 2013). همانطور که قبلا اشاره شد، کیفیت سلامت و مراقبت های بهداشتی در سراسر جهان و در داخل ایالات متحده بسیار متفاوت است. نابرابری های اجتماعی در امتداد طبقه اجتماعی، نژاد، قومیت و خطوط جنسیتی در سلامت و مراقبت های بهداشتی ایجاد می شود. افرادی که جزو طبقات محروم اجتماعی هستند، احتمال بیماری بیشتری دارند و زمانی هم که بیمار می شوند، مراقبت های بهداشتی نامناسب باعث می شود که بهبودیشان دشوارتر گردد. همانطور که خواهیم دید، شواهدی که از تفاوت طبقات اجتماعی در سلامت و مراقبت های بهداشتی وجود دارد، گسترده و چشمگیر است.

رویکرد تضاد، نیز تلاش های پزشکان در طول دهه ها برای کنترل عمل پزشکی و تعریف مشکلات اجتماعی مختلف به عنوان پزشکی را مورد انتقاد قرار می دهد. انگیزه پزشکان برای انجام این کار هر دو، خوب و بد بوده است. از بعد مثبت، این اعتقاد وجود دارد که حرفه ای ترین متخصصان، مشکلات را تشخیص داده و افرادی را که این مشکلات دارند را درمان کنند. اما از بعد منفی، این مساله روشن شده که اگر آنها موفق به توصیف مشکلات اجتماعی به عنوان مشکلات پزشکی شده و انحصار درمان این مشکلات را در اختیار داشته باشند وضعیت مالی آنها بهبود خواهد یافت؟ هنگامی که این مشکلات "پزشکی" شوند، ریشه های اجتماعی احتمالی آنها و در نتیجه راه حل های بالقوه درمان بیماری ها نادیده گرفته می شود.

مثال های متعددی از نقد نظریه تضاد وجود دارد. طب جایگزین به طور فزاینده ای محبوب شده است، اما توسط نهادهای پزشکی مورد انتقاد است. پزشکان ممکن است صادقانه احساس کنند که جایگزین های پزشکی ناکافی، بی اثر و حتی خطرناک هستند، اما آنها به این مساله نیز توجه دارند که استفاده از این جایگزین ها به لحاظ مالی برای آنان مضر است. اختلالات تغذیه نیز از موارد مورد نقد نظریه تضاد به شمار می رود. بسیاری از زنان و دخترانی که اختلالات تغذیه دارند از یک پزشک، یک روانپزشک، یک روانشناس یا یک متخصص مراقبت بهداشتی کمک می گیرند. اگر چه این مراقبت اغلب بسیار مفید است، تعریف اختلالات تغذیه به عنوان یک مشکل پزشکی، منبع درآمد خوبی برای متخصصان زمینه مذکور است که ریشه های فرهنگی آن را در استاندارد زیبایی زنان برای زنان پنهان می کند (وایتهد و کورز، 2008)

مراقبت های مامایی مثالی دیگر در این مورد است. در بخش مهمی از تاریخ بشر، ماماها یا معادل آنها، افرادی بودند که نوزادان زنان باردار را به دنیا آورده و تحویل آنان می دادند. در قرن نوزدهم، پزشکان ادعا کردند که از ماماها بهتر موزش دیده اند و قوانین، مراقبت از کودکان را به آنها واگذار کرد تا نوزادان را تحویل جامعه بدهند. ممکن است آنها صادقانه احساس کنند که آموزش کامل ماماها لازم است، اما آنها همچنین به این که مراقبت های زایمان، کاملاً سودآوراند است نیز نظر داشته اند (اهرن ریچ و انگلیس، 2005).

در مثال نهایی، بسیاری از کودکان مبتلا به بیش فعالی ای.دی.اچ.دی یا کمبود / بیش فعالی شناخته شده اند. یک یا دو نسل پیش، بیش فعالی این کودکان تشخیص داده می شد، اما پس از اینکه ریتالین، دارویی که برای کاهش بیش فعالی، توسعه داده شد، رفتار آنها به عنوان یک مشکل پزشکی قلمداد شد و تشخیص ای.دی.اچ.دی از جانب پزشکان کثرت یافت، و دهها هزار نفر از کودکان به مطب پزشکان رفتند و ریتالین و داروهای مشابه دریافت نمودند. تعریف رفتار آنها به عنوان یک مشکل پزشکی برای پزشکان و شرکتی که ریتالین را توسعه داد بسیار سودمند بود. اغلب کودکانی که بیش از حد فعال هستند، مردان هستند (کونراد 2008، و رانو و سیتون، 2010)، چرا که ریشه های رفتار مانند نوجوانی، انگیزه مدرسه یا حتی اجتماعی شدن جنسیت را پنهان نمی کند.

### 3. رویکرد متقابل نمادین

رویکرد تعاملی نمادین بر سلامت و بیماری که ساختاری اجتماعی است تأکید می کند. این بدان معنی است که شرایط مختلف جسمی و روحی دارای واقعیت عینی اندک و یا بدون هدف است، اما در عوض تنها شرایط سالم و بد را در نظر می گیرند، فقط در صورتی که توسط جامعه و اعضای آن تعریف شوند (بوکسر، 2009؛ لوربر و مور، 2002).

مثال ای.دی.اچ.دی که مورد بحث قرار گرفت، نگرانی های نظری رویکرد کنش متقابل نمادین را نشان می دهد. این مورد که قبلاً مورد توجه قرار نگرفته بود و پس از توسعه ریتالین به عنوان یک بیماری شناخته شد. مثال دیگر اینکه در اواخر دهه 1800 استفاده از تریاک در ایالات متحده بسیار معمول بود، از آنجا که مشتقات تریاک در انواع محصولات به کار می رفت مصرف تریاک نه یک مشکل عمده بهداشتی و نه قانونی بود، در پایان قرن، خواستار ممنوعیت تریاک شدند که در اوایل قرن بیستم، قوانین فدرال، به جز مواردی که مصرف آن قانوناً مجاز شناخته می شد، محصولات تریاک را ممنوع اعلام کرد (ماستو، 2002).

یک نمونه معاصر، تعریف دوباره چاقی در ایالات متحده در حال انجام است. البته چاقی خطر شناخته شده ای برای سلامتی است، اما جنبش "غرور چربی" یا "پذیرش چربی" با این استدلال که خطرات چاقی برای سلامتی بیش از حد و موجب تبعیض جامعه در برابر افراد دارای اضافه وزن است، از طرف افراد چاق تشکیل شده است، اگر چه چنین تبعیضی قطعاً تاسف آور است، منتقدان می گویند هدف جنبش، تلاش برای به حداقل رساندن خطرات چاقی است (دیاموند، 2011).

رویکرد تعاملی نمادین نیز مطالعات مهم در مورد تعامل بین بیماران و متخصصان مراقبت های بهداشتی ارائه کرده است. خواه ناخواه پزشکان برای نشان دادن توانایی و دانش پزشکی خود در رابطه با بیماران "وضعیت را مدیریت می کنند". بیماران معمولاً برای مدت طولانی منتظر پزشک می مانند و پزشک اغلب کت آزمايشگاهی سفیدی پوشیده و با عنوان "دکتر" نامیده می شود، در حالی که بیماران

اغلب به نام خود نامیده می شوند. پزشکان برای توصیف بیماری به طور معمول به جای اصطلاحات ساده تر که توسط افراد و بیماران قابل فهم باشد از اصطلاحات پیچیده پزشکی استفاده می کنند .

مدیریت وضعیت در یک نمونه بارز معاینه زنان توسط پزشک مرد است. این وضعیت معمولاً با خجالت و ناراحتی بالقوه همراه است؛ زیرا یک مرد در حال بررسی و دست زدن به ناحیه تناسلی زن است. در این شرایط، پزشک باید به شیوه ای کاملاً حرفه ای عمل کند. او نباید علاقه شخصی به بدن زن داشته باشد و باید به جای آن، با معاینه، متفاوت از معاینه های دیگر افراد برخورد نماید. برای تلطیف و قابل تحمل کردن وضعیت و کاهش هر گونه ناراحتی بالقوه، پرستار زن اغلب در طول معاینه وجود دارد .

منتقدان، رویکرد کنش متقابل نمادین را به خاطر این که از منظر آن رویکرد، هیچ بیماری واقعیت عینی ندارد، دارای نقص می دانند. منتقدان همچنین می گویند این رویکرد تأثیرات نابرابری اجتماعی را برای سلامتی و بیماری نادیده می گیرد. علی رغم این خطاهای احتمالی، رویکرد کنش متقابل نمادین به ما یادآوری می کند که سلامت و بیماری یک واقعیت انتزاعی است به همان اندازه که واقعیت عینی دارد .

نکات کلیدی :

در درک جامعه شناختی، بر تأثیرات زمینه های اجتماعی افراد بر کیفیت سلامت و مراقبت های بهداشتی تأکید می شود. فرهنگ و ساختار اجتماعی جامعه نیز بر بهداشت و سلامت تأثیر می گذارد .

رویکرد کارکردگرایی تأکید می کند که سلامت خوب و مراقبت های بهداشتی موثر برای توانایی یک جامعه ضروری است و رابطه روابط بین پزشک و بیمار را سلسله مراتبی می بیند .

نظریه تضاد بر نابرابری در کیفیت سلامت و کیفیت مراقبت تأکید دارد .

رویکرد کنش متقابل نمادین بر سلامت و بیماری ها، ساختارهای اجتماعی، شرایط فیزیکی و روانی فاقد واقعیت عینی یا دارای واقعیت عینی اندک تأکید دارد. این رویکرد شرایط سالم و یا بد را، فقط در صورتی که توسط جامعه و اعضای آن به چنین عنوان شناخته شده باشند در نظر گرفته می گیرد .

برای اظهار نظر شما :

1. کدام یک از رویکردهای متداول، کارکردگرایی، تضاد و یا کنش متقابل نمادین، با توجه به درک شما از سلامت و

مراقبت های بهداشتی سودمند تر است؟ پاسخ خود را توضیح دهید .

2. فکر کنید آخرین بار با یک پزشک یا متخصص دیگر دیدار داشته اید. در این صورت چه کسی این شخص را به عنوان یک

شخصیت مجرب با دانش پزشکی شناخت؟ در فرمول پاسخ شما، در مورد لباس شخصی، موقعیت بدن و زبان بدن، و سایر جنبه های ارتباط غیر کلامی فرد فکر کنید .

در کتاب سیستم اجتماعی « نقش بیمار » نقطه عطف اساسی تاریخ جامعه شناسی پزشکی، با توسعه مفهوم اصطلاح پارسونز، شکل گرفته است. ( ترنر، 1990: 11) اولین چشم انداز و منظر توسعه یافته در تحلیل سلامت و بیماری، فونکسیونالیسم یا کارکردگرایی است. این منظر جامعه شناختی، سلامت را از نظر اهمیت، مرتبط با کل کارکرد سیستم اجتماعی می داند. در آثار و تالیفات پارسونز و شاگرد وی رنه فوکس، سلامت، یکی از شرایط اولیه حرکت اجتماعی در نظر گرفته می شود. بهترین و مناسب ترین شکل سلامت برای همه جمعیت، شرط اساسی و اولیه ارائه کارکرد صحیح یک جامعه مدرن، و توفیق و موفقیت سازمان اجتماعی و تأثیر آن، به سلامت بستگی دارد. بیماری هم دارای ریشه های بیولوژیک و هم ریشه های اجتماعی فرهنگی است و به عنوان وضعیتی که افراد با وجود آن نمی توانند وظایف و نقش های خود را عملی نمایند از طرف پارسونز تصور و در نظر گرفته شده است (بوری، 1997: 4).

از نظر پارسونز، برای برقراری نظم و حفظ تعادل در جامعه، نقشی که برای افراد در نظر گرفته شده، باید به جای آورده شود. پارسونز بر این باور است که جامعه قبلاً هم برای پزشکان و هم برای بیماران نقش مشخصی را تعیین کرده و اینکه پزشکان و بیماران چه نقشی را در این مورد بازی خواهند نمود را هم روشن نموده است. این نظریه پارسونز بخشی از نظریه کارکردگرایی وی را تشکیل می دهد. پارسونز در نظریه کارکردگرایی، چگونگی ادامه حیات همراه با تعادل جوامع را تحقیق، و روشن نموده است که این تعادل، از طریق سازگاری افراد با قالب های رفتاری از قبل تعیین شده از طرف جامعه امکان پذیر است. بر اساس قالب های رفتاری از قبل تعیین شده

برای پزشک و بیماران، از نابرابری ها و اختلافات و سوء تفاهم های احتمالی بین پزشک و بیمار پیشگیری شده و نظم و انتظام اجتماعی برقرار و صیانت می شود. (جیر هینلی او غلو، 2001: 60-61).

سلامت توانایی افراد برای انجام کار اجتماعی است. این هم، به مفهوم انجام تمام عیار نقش هایی است که جامعه از وضعیت افراد انتظار دارد. بیماری نیز عدم توان انجام نقش های عادی بیمار است (کاساب او غلو، 2001: 32). بیماری، نظم و انتظام اجتماعی را به هم می زند، چرا که افراد بیمار، نقش هایی که مورد انتظار است را به صورت موثر نمی توانند به جا بیاورند و این وضعیت، موجب ایجاد عدم تعادل در کارکرد سیستم می شود (گیدنز، 2005: 158). در این موقعیت چیزی که انجام آن ضروری است، مستند نمودن و هدایت وضعیت و نقش بیمار در اندرون سیستم کنترل اجتماعی است. این امر دو سبب دارد: اول، حمایت و کنترل اجتماعی بیمار؛ دوم، جلوگیری از استفاده از بیماری به عنوان وسیله ای برای به جا نیاموردن انتظارات عادی است (اوسکای، 1993: 112).

از منظر پارسونز نقش نهاد سلامت در کنترل انحرافات افراد در انجام وظائف عادی در جوامع مدرن را با اهمیت تلقی کرده است. افراد برای گریز از انجام وظائف اجتماعی خود می توانند تمارض کرده و نقش بیمار را بازی بکنند. این وضعیت باید تحت کنترل قرار گیرد و نهادی که این امر را باید انجام دهد، نهاد سلامت است. نهاد سلامت اینگونه با اصلاح روندهای انحرافی یک کارکرد اجتماعی را به جای آن ارائه می کند.

طبق تحلیل پارسونز، بیماری بیشتر از اینکه وضعیت کاملاً فردی باشد، وضعیتی است که مانع انجام وظائف اجتماعی و سبب غیرفعال شدن فرد می شود. در این شرایط فرد قادر به انجام مسئولیت های اجتماعی خود نیست. در این شرایط انتظار می رود فرد بیمار، برای بر طرف نمودن این حالت که مانع روند عادی زندگی شده، امکانات درمانی ارائه شده را مورد استفاده قرار داده و با عوامل تخصصی درمان همکاری های لازم را انجام دهد. این مسئله، از منظر هماهنگی و توسعه اجتماعی هم ضروری می نماید. (دمیرر، 2006: 26). پارسونز شرایط اجتماعی بیماری را توصیف می کند. این تعادل زمانی به حقیقت می پیوندد که افراد به انجام وظائف از قبل تعیین شده اجتماعی خود سازگاری و هماهنگی نشان بدهند. در صورتی بکه بیمار و پزشک به وظائف از قبل تعیین شده خود عمل نمایند، در این صورت، تعادل اجتماعی برقرار و ادامه پیدا می کند.

پارسونز، از لحاظ نظری سهم قابل توجهی در عرصه جامعه شناسی دارد. اما نظریه پارسونز از چند جهت قابل نقد می باشد. اولین مورد قابل نقد، در نظریه پارسونز، بیمار به کمک های پزشکی نیازمند است، و باید از متخصصان پزشکی یاری بطلبد، اما کسانی در جامعه هستند، با وجود اینکه علائم بیماری در آن دیده می شود، ولی، احساس بیماری نمی کنند و از این رو دست از انجام وظائف اجتماعی خود بر نمی دارند و به پزشک نیز مراجعه نمی کنند. علاوه بر آن، تجربه بیماری نیز بسته به نوع بیماری متفاوت می نماید. عکس العمل هایی که افراد در برابر بیماری از خود نشان می دهند، و در نتیجه پشتیبانی و حمایت هایی که متوجه آنها می شود نیز متفاوت است. این مدل به طور جهانی کاربرد ای به جامعه دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت می باشد. به دلیل اینکه هر فرهنگ، بیماری را در محدوده خود تعریف نموده و می شناسد، اصطلاح "نقش بیمار" نمی تواند برای همه فرهنگ ها کاربرد داشته باشد. برای نمونه، حاملگی، در برخی جوامع به عنوان یک وضعیت عادی تلقی شده و انتظار می رود که مانعی در مسیر انجام وظایف اجتماعی افراد حامله در میان نباشد، این در حالی است که حاملگی در برخی جوامع پدیده ای است که مانع انجام وظایف اجتماعی فرد حامله می باشد. نقد دوم، نظریه پارسونز در تبیین بیماری های مزمن، اختلالات فیزیکی، و ناراحتی های روانی ناکافی به نظر می رسد. از منظر پارسونز، بیماری یک وضعیت ناپایدار است. اما اختلالات فیزیکی و بیماری های مزمن، کوتاه مدت و زودگذر نیستند. نقد سوم، پارسونز، نقش پزشک و بیمار را به یک شکل ایده آل و آرمانی ارائه نموده و تحقق روابط را همیشه در زمینه ایده آل خود فرض کرده است. اما روابط پزشک و بیمار در هر زمان در قالب ایده آل بروز نمی نماید و گاه تنش و درگیری بین پزشک و بیمار بوجود می آید. به عنوان نمونه وقتی که بیمار می خواهد بیماری خود را به آن شکلی که می اندیشد و آن را حس می نماید به پزشکش بفهماند و انتظار دارد که پزشک معالج آن را تأیید نموده، و درمان لازم را به بیمار ارائه نماید؛ اکثر مواقع، پزشک با اورتیه خود از مریض می خواهد تمام اختیار و کنترل خود را به او واگذار نماید و این وضعیت هر ازگاهی موجب بروز تنش و بیماری بین پزشک و بیمار می شود.

رویکرد دیگری که رویکرد جامعه شناختی به سلامت و بیماری مطرح نموده است، رویکرد سیاسی اقتصادی است. رویکرد سیاسی اقتصادی در دهه 1970 در نقد مدل فونکسیونالیسم و همچنین در ارتباط با نقد سیستم اقتصاد سرمایه داری از منظر مارکسیسم توسعه یافته است. مخصوصاً سراسر دهه 1970 و اوایل دهه 1980، پزشکی مدرن و نظام سلامت، تحت تأثیر نظام سرمایه داری بوده و در مقیاس وسیع بی اثر، گران و نابرابر بود. رویکرد سیاسی اقتصادی در پزشکی مدرن، اثرات اجتماعی و فیزیکی نامطلوب مخلوق دست متخصصان پزشکی و نگاه به پزشکی به عنوان یک ابزار کنترل اجتماعی را نقد می کند (لوپتون، 2003: صص 8-9). براساس رویکرد مذکور در تولید و توزیع اجتماعی بیماری پر قدرت ترین نیرو، ارزش اقتصادی است. در تولید و شکل دادن به بیماری نقش منافع اقتصادی



تعیین کننده است. براساس رویکرد مارکسیستی، خدمات درمانی، در جوامع سرمایه داری دارای نقش کلیدی است ( وایت، 2002: صص 7-8). طبقه سرمایه داری، با استفاده از نهادها و خدمات درمانی، طبقه کارگر را تحت کنترل خود قرار داده و از این - طریق روابط تولیدی در جوامع سرمایه داری را استمرار می بخشد. در این ارتباط، رویکرد سیاسی اقتصادی نهاد سلامت و پزشکی را، به عنوان وسیله کنترل اجتماعی در خدمت طبقه سرمایه داری قلمداد می کند. توضیحات مارکسیستی در مورد طب سرمایه داری، از طرف جامعه شناسان مختلف و تحلیل گران سیاست های سلامت توسعه یافته است. از دیدگاه ناوارو که طب را به عنوان یک کاپیتالیزم تعریف می کند، چهار ویژگی تعیین کننده وجود دارد که موجب می شود پزشکی از طرف سرمایه داری اشغال شود عبارتند از :

الف. تبدیل شدن پزشکی از حالت استادی و مهارت فردی به شرکت پزشکی.

ب. تخصصی و سلسله مراتبی شدن تدریجی پزشکی.

ج. قدرت استخدام و اشتغال جامع و فراگیر پزشکی.

د. پزشکان دچار پرولتری شده اند بدین معنی که طبق قوانین حرفه ای به واسطه اداره و کارمندان اداری مسئولیت خدمات بهداشتی را به عهده گرفته اند و به این ترتیب بندریج متضرر شده اند (ناوارو 1985: 31 و بیلتون و دیگران: 2008: 1360).

چهار ویژگی مزبور در اصل، نشان می دهد که پزشکی مثل هر محصول و ماده در بازار در حال تبدیل شدن به یک کالا است. امروز پزشکی برای سرمایه، یک کسب و کار سودآور است. فروش داروها و مواد پزشکی، بالا بودن عواید مربوط به خدمات بهداشتی، بازوی سودآور فعالیت های تجاری و صنعتی است. در رویکرد مارکسیستی، طب بیشتر از اینکه مشکلات مربوط به سلامت انسان ها را حل کند، طبقات کارگر و تجمعات مردمی را از منظر اجتماعی کنترل می کند و تلاش می کند تا صنعت پزشکی را در حال حرکت و رشد نگه دارد.

طب بیشتر از اینکه مشکلات مربوط به سلامت انسان ها را حل کند، طبقات کارگر و تجمعات مردمی را از منظر اجتماعی کنترل می کند و تلاش می کند تا صنعت پزشکی را در حال حرکت و رشد نگه دارد. رویکرد ساختارگرایی اجتماعی از سال های 1980 شروع شده و رویکردی تاثیرگذار بوده است. در دهه 1980 و 1990 رویکردهای پسا ساختارگرایی و پست مدرن، در شکل گیری رویکرد ساختارگرایی اجتماعی موثر بوده اند. رویکرد ساختارگرایی اجتماعی، مخصوصاً بر روی روابط قدرت شکل گرفته، متمرکز است و تاثیر این روابط قدرت را بر روی طب مدرن مورد بررسی قرار می دهد. بیماری، در موضوع سلامت و بدن، تحلیل های فرهنگی و اجتماعی انجام می دهد (لوپیتون، 2003: صص 11-12). مخصوصاً تحقیقات میشل فوکو بر روی بدن در توسعه این رویکرد موثر بوده است. نظریه فوکو به طور خاص بر رابطه بین قدرت و دانش در جامعه متمرکز است. فوکو به تخصص در تولید و استفاده از اطلاعات اشاره می کند. این تخصص هم به رفتارهای پزشکی و هم رفتارهای اجتماعی، جهت و شکل می دهد. سهم اساسی فوکو در جامعه شناسی پزشکی، تحلیل های وی در مورد کارکردهای اجتماعی پزشکی است. فوکو با کارهای تحقیقاتی خود در زمینه دیوانگی، کلینیک و جنسیت، نشان داده است که دانش پزشکی یک وسیله کنترل و نظارت است. از منظر فوکو، بدن انسان یک وسیله برای مداخله و کنترل پزشکی است ( کوکرهام، اسکامبلر، 2010: صص 15-16).

فوکو به منظور درک نقش اجتماعی پزشکی، اظهار داشته است که پزشکی باید به عنوان بخشی از نیاز اجتماعی گسترده برای مدیریت و نظارت بر بدن باشد. اصطلاح بدن ها را هم به مفهوم فیزیکی آن برای بدن افراد و هم در مفهوم انتزاعی آن برای بدن جمعیت به کار برده است. از دیدگاه فوکو، جامعه به همان تناسبی که پیچیده تر می شود، بویژه به اندازه ای که جامعه شهری تر می شود، و انسان ها را در قالب دستجات در می آورد، نیاز آن به نظم و ترتیب هم افزایش پیدا می کند. پزشکی، به خصوص تیمارستان، بهداشت عمومی بالینی و روزمره، با وجود نظارت عمومی بسیار گسترده قابل فهم است. فوکو همچنین معتقد است که در تاریخ جنسیت، به ویژه از نظر الگوهای منظم جنسی، نقش پزشکی نه صرفاً بالینی، بلکه اخلاقی نیز هست. وی همچنین به اهمیت فزاینده تخصیص رژیم جنسی قابل قبول پزشکی نیز اشاره کرده است. ظهور رشته های عقلانی ( اقتصاد، برنامه ریزی شهری، دانش جنایی و پزشکی) مبنایی برای انضباط انسان ها به عنوان جسم فردی و اجتماعی است. هر یک از این رشته ها، در اشکال متفاوت، ابعاد کنترل اجتماعی و ترتیبی را که در مورد انسان ها اعمال می شود، مشروعیت بخشیده و اشکال قدرتمند گفتمان اجتماعی را تشکیل می دهند. ( بلیتون و دیگران، 2008:

(263

جامعه مدرن، جامعه مدیریت شده است و گروه های تخصصی در جامعه به نام اقتدار، انسان ها را به طبقه بندی هایی نظیر دیوانه، بیمار، مجرم و آنرمال جدا می نمایند. نهاد سلامت از طرف منبع قدرت ایجاد می شود و در پرتو این قدرت در بدن مداخله و آن را کنترل می کند. هر چند در ظاهر ممکن است نظریه فوکو به نظریه مارکسیست و فمینیست شباهت داشته باشد، اما در اساس با آن متفاوت است.

نظریه فمینیست حاکمیت و سلطه مرد و مردسالاری و سلطه مردان در مورد زنان را مورد مناقشه قرار می دهد و نظریه مارکسیست نیز بر قدرت طبقه سرمایه دار متمرکز است. اما نظریه فوکو مشخصاً متمرکز بر یک گروه نیست، بلکه از قدرتی بحث می کند که جامعه را تماماً در قبضه خود قرار داده است. چیزی که نظریه فوکو را سودمند می کند، تأثیر نهاد سلامت از نظر تاریخی در توسعه جامعه شناسی پزشکی و تصویر تأثیر طب در کنترل بدن است. فوکو چگونگی ایجاد بدن را به تصویر می کشد ( وایت، 2002: 9)

نظریه فمینیست هم یک منظر جامعه شناختی در خصوص سلامت و بیماری ارائه نموده است. نظریه فمینیست در جامعه به این مسأله توجه نموده است که برخی گروههای متفاوت که در شرایط ویژه ای هستند، چگونه و از چه راههایی دانش پزشکی و اطلاعات خود را بر روی برخی گروه های دیگر اعمال می کنند. نظریه فمینیست، ایدئولوژی رد مشارکت عمومی زنان با زمینه پزشکی را به شدت مورد انتقاد قرار می دهد ( لوپتون: 2003: 123).

بر اساس نظریه فمینیست، حاکمیت مردانه در جامعه و ساختار مرد سالارانه فشار و اجبار و قدرت را بر روی زنان جامعه اعمال می کند. نقش اجتماعی زنان و مردان، عوامل اساسی تعیین سلامت و بیماری در جامعه است. بر طبق نظریه فمینیسم، در همه نقشهای اجتماعی تحمیل شده، نقش دارویی نقش مهمی دارد و به ویژه زنان را هدف قرار می دهد، چرا که کنترل تولید مثل زن ها در جوامع پدر سالار از اهمیت بالایی برخوردار است. ( وایت، 2002: 9)

بر اساس نظریه فمینیست، بدن و سلامت زن، در جوامع مرد سالار کنترل شده و تحت ترتیبات قرار می گیرد. ادراکات جسمی در ارتباط با فرض های فرهنگی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می گیرد. بدن و بیماری های زن از ناحیه جامعه مرد سالار در حال شکل گرفتن و تحت نظارت است ( کوکرهام اسکامبر، 2010: 18). به این شکل سلامت و بدن زن در فرایند جامعه پذیری و از سوی جامعه مدرن کنترل می شود ( لی فراین، 2008: 117-118).

گفتمان اصلی نظریه فمینیست در ارتباط با رهاندن بدن و سلامت زن از کنترل و سلطه مردان در جوامع - مرد سالار می باشد. این نهاد پزشکی است که تحت کنترل متخصصان مرد است و فمینیست ها با شکستن کیفیت جریان مردانه طب ارتدکسی، مجدداً در پی خارج نمودن کنترل بدن خود از دست مردان می باشند و می خواهند کنترل بدن و سلامت خود را خودشان بدست بگیرند. به همین علت، برای زنانی که با نهادهای پزشکی مجادله می کنند، و از طرف زنانی که بدون اعمال نظر مردان می خواهند خودشان سلامتی خودشان را باز یابند، یک فلسفه حرکت سلامت شکل گرفته ( استیبلتون و دیگران، 2008: 363).

رویکرد فمینیستی، اساساً خدمات مراقبت های پزشکی سرمایه داری را مورد انتقاد قرار می دهد؛ درحالیکه نهاد پزشکی که باید به فقر و جنس گرایی که علت بیماری است، رسیدگی کند، مستقیماً در پی درمان بیماری و علائم آن می رود و انگیزه سودآوری را مقدم بر پاسخ به نیازهای انسانی در نظر می گیرد ( ماکوینیس، 2012).

رویکردهای نظریه سلامت / بیماری در نظریه جامعه شناختی

نظریه	مدل جامعه	عوامل بیماری	نقش پزشکی
مارکسیست	متکی بر تضاد و استثمار	هدف؛ مقدم نمودن سودآوری بر سلامت	به نظم و انتظام درآوردن و کنترل نمودن طبقه کارگر، ارائه نمودن توضیحاتی در مورد فردی شدن بیماری
پارسونزی ها	نقشها و ساختارها به صورت و موزون به هم مرتبط	جبرهای ناشی از اقتضائات نقش های اجتماعی	بهبود بخشیدن به افراد به منظور ایفای نقش اجتماعی
فوکو	شبکه روابط مبتنی بر قدرت، بدون نبود یک منبع فشار مراقبت و مواظبت مدیریت	برای کنترل راحت جمعیت، استفاده از بر چسب بیماری و طبقه بندی کردن و جدا نمودن مردم	مجبور نمودن به انجام رفتارهای متناسب با نقش های اجتماعی و مطمئن شدن از درونی کردن این هنجارها
فمینیست ها	جامعه پدر سالار و استثمارگر و تحت کنترل قرار دهنده زن	تحت فشار بودن زن در انجام وظایف و نقش های اجتماعی	تحمیل نمودن نقش مادری و زن بودن همراه با هنجارهای پدرسالاری،

فوکو شبکه روابط مبتنی بر قدرت، بدون نبود یک منبع فشار مراقبت و مواظبت مدیریت برای کنترل راحت جمعیت، استفاده از بر چسب بیماری و طبقه بندی کردن و جدا نمودن مردم مجبور نمودن به انجام رفتارهای متناسب با نقش های اجتماعی و مطمئن شدن از درونی کردن این هنجارها فمینیست جامعه پدر سالار و استنمارگر و تحت کنترل قرار دهنده زن، تحت فشار بودن زن در انجام وظایف و نقش های اجتماعی تحمیل نمودن نقش مادری و زن بودن همراه با هنجارهای پدرسالاری، کوین وایت، جامعه‌شناسی سلامت و بیماری، لندن، 2002: 7).

چنانکه پیشتر دیدیم، رویکرد جامعه‌شناختی به سلامت/بیماری، علت بیماری را به یک وضع اجتماعی ارتباط می‌دهد. در حالیکه این وضعیت در رویکرد مارکسیستی، حفظ منافع سرمایه داری است. پارسونز این مساله را به فشارهای ناشی از مطالبات انجام وظایف اجتماعی افراد بر می‌گرداند. فوکو در حالیکه سلامت را به عنوان وسیله ای برای کنترل جمعیت می‌بیند، رویکرد فمینیستی به عنوان بازتاب سلطه مردسالار، سلامت را به عنوان وسیله ای برای انجام نقش های اجتماعی زن می‌بیند. در نتیجه، تمامی رویکردها، در حالیکه سلامت/بیماری را ابزار کنترل اجتماعی می‌بینند، اما نهاد سلامت را به عنوان نهادی برای استمرار ساختار اجتماعی تصویر و ترسیم نموده اند.

### نتیجه

سلامت/بیماری، هر اندازه هم که بیانگر روندها و مفاهیم پزشکی باشد، در نهایت به همان اندازه هم یک پدیده اجتماعی و فرهنگی است که در این منظر چون به عنوان یک پدیده فرهنگی و اجتماعی شکل گرفته است به یک نگاه جامعه‌شناختی نیز احتیاج پیدا می‌کند. بر اساس دیدگاه سنتی زیست پزشکی، بیماری عاملی است خارج از بدن که، ساختار فیزیولوژیک و تعادل روانی را بر هم می‌زند و کاملاً بر روندهای فیزیولوژیک اطلاق می‌شود. سلامت و بیماری، همزمان در لابلای ساختار اجتماعی ظاهر شده و از طرف ساختار اجتماعی شکل می‌گیرد. از این رو سلامت و بیماری یکی از نتایج و محصولات اجتماعی و محیطی است. جامعه به سلامت و بیماری معنا و شکلی را می‌دهد که خود آن را درک کند. از این رو، اینکه برخی علائم، علائم بیماری محسوب می‌شوند یا نه، در اندرون روند تاریخی و از یک جامعه نسبت به جامعه دیگر متفاوت می‌نماید. برای نمونه چاقی که در گذشته مورد توجه و آرزوی عده ای و نشانه ثروتمندی نیز بود، امروزه به عنوان یک بیماری پذیرفته شده است. در کنار این هر روزی که از آن می‌گذرد در ارتباط با شرایط زندگی بیماری های جدیدی شناخته شده و برخی بیماری ها نیز به گذشته و تاریخ تعلق خاطر پیدا می‌کنند.

در درک سلامت/بیماری، باورها، تمایلات، رفتارها و ارزش ها نیز موثر هستند. بیماری بازتاب رفتار و کردار فرهنگی است که فرد بیمار به آن تعلق دارد، عکس العمل ها و رفتارهایی که فرد در شرایط بروز علائم بیماری از خود نشان می‌دهد از طرف فرهنگ شکل می‌گیرد. از این منظر علائم بیماری، و خصوصیات سلامت و درمان بیماری ها از یک فرهنگ نسبت به فرهنگ دیگر متفاوت است. در نتیجه ی جامعه پذیری فرد، بیماری ای که فرد دچار آن شده، از طرف فرهنگی که فرد متعلق به آن است سامان می‌یابد. سلامت، یکی از نهادهایی است که ساختار اجتماعی را شکل می‌دهد. نهاد سلامت نهادی است که حفظ سلامت جامعه و سلامت افراد آن در نقطه توجه آن است و هدف خود را در این معنی، سلامتی روحی، جسمی و از منظر اجتماعی در سلامت و بهبود کامل افراد و اعضای خود قرار می‌دهد. از این منظر، نهاد سلامت، با ساختار سیاسی و اقتصادی هم حقیقتاً در ارتباط است. در نتیجه مفهوم بیماری و عواملی که موجب بیماری می‌شود و شرایط فیزیکی، محیط اجتماعی، روندی است که در ارتباط با ویژگی های انسانی شکل می‌گیرد. از این منظر توضیحاتی که در مورد سلامت/بیماری داده می‌شود، در شرایطی است که متغیرهای اجتماعی و فرهنگی را مورد توجه و دقت قرار می‌دهد. اما رشته ای که به سلامت و بیماری با تمرکز بر متغیرهای اجتماعی و فرهنگی ورود پیدا می‌کند، جامعه‌شناسی پزشکی است. جامعه‌شناسی پزشکی، نقطه تاکید خود را تصور سلامت به عنوان یک نهاد اجتماعی قرار داده و بر ابعاد اجتماعی سلامت /بیماری تاکید می‌ورزد. سلامت /بیماری به عنوان یک پدیده اجتماعی و فرهنگی شناخته شده و شکل می‌گیرد، علاوه بر آن، همانند دیگر نهادهای اجتماعی از پاره ای سیستم های اجتماعی تشکیل شده است. و یا با سازمان یابی و کارکرد داخلی خود با دیگر نهادهای اجتماعی در ارتباط است. بنابراین در مورد سلامت/بیماری، استفاده از پژوهش های جامعه‌شناسی پزشکی و نگاه به سلامت از دریچه فرهنگی ضروری به نظر می‌رسد. در سال های اخیر، مسئله سلامت/بیماری، به صورتی درآمده که هر کسی بر روی آن متمرکز شده، در مساله سلامت/بیماری، به همان اندازه که افزایش آگاهی اجتماعی و حساسیت فرهنگی سهم دارد، راهبرد صنعت پزشکی و طرح های سرمایه داری نیز در جهت حداکثر بهره برداری و کسب سود و ایجاد وابستگی در این بخش سهم بزرگی دارد. توسعه مدیریت های جدید خدمات بهداشتی درمانی، افزایش تولیدات دارویی و مواد پزشکی، ایجاد بیماری های جدید، خطر عوامل جدید تهدید کننده سلامت و ... موجب درک ملی و اجتماعی از سلامت/بیماری شده است. این وضعیت، راه را برای کنترل عرصه های مرتبط به سلامت/بیماری، توسط اقتدار پزشکی باز نموده است. اکنون هر نوع ناراحتی و بیماری را تحت اتوریتته پزشکی قرار داده و داخل عرصه پزشکی نموده

است. از این طریق در صورت عدم تسلط انسان بر روی بدن هایشان، تفاوت های مربوط به خوبی و یا بدی انسان ها هم به کنار گذاشته شده است. پزشکی/ سلامت نظام سرمایه داری، از طریق ابزارهای متفاوت، هم بدن انسان و هم دل مشغولی های اجتماعی و روحی انسان را تحت تسلط و اتوریته کامل خود قرار داده است. این واقعیت، بدون تردید راه را برای وضعیت کیفی به نام پزشکی شدن یا مدیکالیزه نمودن جامعه هموار نموده است. امروزه، پدیده سلامت/ بیماری، فقط یک مساله بیولوژیک فردی نیست، هم زمان یک مساله سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و تکنولوژیک است. سرمایه داری پزشکی در عین حال که بیان می کند باید علائم بیماری را درمان بکنیم با نادیده گرفتن ریشه ها و خاستگاه های اجتماعی اقتصادی و دینامیکهای - فرهنگی بیماری، طرح پشت پرده اجتماعی/ فرهنگی مساله را در فهم بیماری مورد غفلت قرار داده است. جامعه شناسی پزشکی یا جامعه شناسی سلامت چنانکه پیشتر گفته شد، اگر بر زمینه های اجتماعی سلامت و بیماری متمرکز شود، به همان مقدار که موفق به درک مشکل وجهه فرهنگی بیماری می شوند در عرصه درمان بیماری نیز وجهه نظر ها را به خود معطوف و متوجه می کنند.