

« بنام خداوند جان و خرد »

بنام خدا



دانشگاه پیام نور مرکز تهران

دانشکده علوم انسانی - گروه علوم اجتماعی

عنوان تحقیق :

بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی مرتبط با سرطان سینه زنان
(مطالعه موردی استان بوشهر)

استاد راهنما :

دکتر حلیمه عنایت

استاد مشاور:

دکتر پروانه دانش

نگارش :

عیسی صفوی

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته جامعه شناسی

زمستان - 1387

تاریخ
شماره
پیوست



دانشگاه پیام نور
دانشگاه پیام نور استان تهران



جمهوری اسلامی ایران
ارت علوم تحقیقات و فناوری

((تصویب نامه))

پایان نامه تحت عنوان :

"بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با سرطان سینه
زنان (مطالعه موردی: شهرستان بوشهر)"

ساعت : ۱۴-۱۵

تاریخ دفاع ۸۷/۱۱/۱۲

نمره : ۱۹,۲۵ - درجه : عالی

امضاء

اعضای هیات داوران مرتبه علمی

۱-استاد راهنما: دکتر حلیمه عنایت

۲-استاد مشاور: دکتر پروانه دانش

۳-استاد داور: دکتر احمد علی پور

۴-نماینده محترم گروه مرکز: دکتر پروانه دانش

۵-نماینده محترم گروه سازمان: دکتر امیرملکی

ن، خیابان انقلاب،

ن استاد نجات اللهی،

ن خیابان سپند،

کلی ۲۳۳

ن: ۸۸۸۰۱۰۹۴

گمار: ۸۸۹۰۳۱۵۸

ت الکترونیکی:

info@Tehran.pnu.

انی الکترونیکی:

http://www.Tehran.pnu

چکیده

بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با سرطان سینه (مطالعه موردی استان بوشهر)

مقدمه : سرطان پستان شایعترین سرطان تشخیصی و یکی از عوامل عمده مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان می باشد . در صورت کشف زمینه های اجتماعی و اقتصادی مرتبط با این بیماری ، می توان از زایش اولیه نطف این بیماری جلوگیری کرد . در این راستا حوزه علوم طبیعی و پزشکی با کمک از علوم انسانی ، قادر به مدیریت و یاری کاندیداهای بیماری و مبتلایان خواهند بود . با توجه به جمعیت زنان و سیر پیشرونده بیماری، متولیان این حوزه وارد عمل شده ، فعالیت های بین رشته ای را عملیاتی کرده اند .

هدف : سرطان پستان شایعترین سرطان زنان در تمام دنیا می باشد که در صورت تشخیص زود هنگام ، قابل علاج میباشد . با توجه به نقشی که غربالگری سرطان پستان در تشخیص زودرس این سرطان و مرگ و میر ناشی از آن دارد و با در نظر گرفتن اهمیت عوامل اجتماعی و اقتصادی در این زمینه ، می توان به کارکرد این عوامل پی برد . از آنجا که هفتاد درصد از علت های مرتبط با بیماریها در حوزه اجتماعی و اقتصادی قرار دارد ، در این راستا دو دسته عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با این بیماری مورد بررسی قرار گرفت . همچنین انجام مطالعه بین رشته ای در این حوزه مد نظر بود .

مواد و روش ها : این پژوهش به روش مقطعی در طی 6 ماه بر روی 120 نفر از مبتلایان ثبت نامه شده در مرکز بهداشت استان بوشهر و 120 نفر از شاهدین مرتبط انجام شد . نمونه گیری به شکل کل شماری یا تمام شماری انجام شد . جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه مصور گرفت . پرسشنامه بکار رفته شامل سوالاتی در زمینه ویژگی های دموگرافیک و نیز مناسک ، رسانه های جمعی ، عزت نفس و سوالت بینا بینی در زمینه سرطان پستان بود . تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده نرم افزار آماری SPSS و در سطح معنی داری کمتر از 0.05 انجام شد .

یافته ها : 23 درصد از مبتلایان سابقه خانوادگی بیماری را داشتند . چهار متغیر اقتصادی بررسی شده ارتباط معنی با بیماری نداشت . بیش از 90 درصد از بیماران بومی و قومیت فارس داشتند . هم چنین بیش از نود درصد از مبتلایان قبل از تشخیص ، مراجعه به پزشک و ماموگرافی نداشتند . هشتاد درصد از بیماران متأهل و به فرزندان خود شیر می دادند . الگوی سواد بیماران قابل توجه و مایوس کننده بود . هفتاد درصد از بیماران بیسواد و کم سواد بودند که ارتباط معنی داری با سرطان سینه داشت ($p < 0.001$) . نیمی از مبتلایان دارای بیش از سه فرزند بودند که با سرطان پستان رابطه معنی داری داشت ($p < 0.039$) . محله مسکونی مبتلایان با سرطان پستان رابطه معنی دار نشان داد . ($p < 0.01$) . از بین متغیر های رسانه جمعی که شامل هشت گویه می شد ، رادیو ($p < 0.0001$) ، ماهواره ($p < 0.0001$) ، سی دی ($p < 0.0001$) و موبایل ($p < 0.0001$) با سرطان پستان رابطه معنی دار نشان داد . هم چنین میزان عزت نفس مبتلایان با سرطان سینه رابطه معنی دار نشان داد ($p < 0.003$) . میزان انجام مناسک با سرطان پستان رابطه معنی داری نشان داد ($p < 0.0009$) . بین پنج گویه متغیر انجام مناسک ، گویه روزه ($p < 0.005$) و صدقه ($p < 0.0001$) رابطه معنی داری نشان داد . متغیر های معنی دار (تعداد فرزندان ، محله مسکونی ، صدقه ، روزه ، رادیو ، ماهواره ، سی دی) تبیین کننده بیست درصد از ارتباط این عوامل (اجتماعی ، اقتصادی) با سرطان پستان بودند .

نتیجه گیری : الگوی سواد مبتلایان تفاوتی فاحش ، معنی دار و مایوس کننده با الگوی مشابه در کشور و دنیا داشت . این یافته گویای عدم کارایی ابزارهای مکتوب در ارتباط با آموزش این بیماران میباشد . در این راستا می توان از ابزارهای رسانه ای سمعی و بصری استفاده نمود . تهیه « بسته های آموزشی سمعی ، بصری تخصصی » پیشنهاد میگردد . هم چنین برگزاری کلاسهای ارتقاء اعتماد و عزت نفس و آشنایی با مبانی معنویات اسلامی توصیه می شود . زنان روستایی بیسواد و کم سواد ، پر فرزند ، ساکن محله های محروم کاندید آموزش در گام اول می باشند . هم چنین دیده شد عوامل اقتصادی متغیر تاثیرگذار در ایجاد بیماری نمی باشند . عدم کارایی رسانه های مکتوب در آشنایی بیماران با این بیماری اثبات گردید (در مناطق روستایی) .

سپاس و درود نثار تمام یاران همراه در این تلاش
علمی، خاص اساتید عنایت و دانش که راهنما و
مشاور این جوینده حقیر بودند .

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	کلیات (فصل اول)
۲	۱-۱-۱- مقدمه
۱۲	۱-۲- بیان مسأله تحقیق
۱۵	۱-۳- ضرورت و اهمیت تحقیق
۱۶	۱-۴- اهداف پژوهش
۱۸	مروری بر مطالعات پیشین و چهار چوب تئوریک (فصل دوم)
۲۰	۱-۲- سوابق نظری تحقیق
۲۰	۱-۱-۲- جامعه شناسی پزشکی و سایر رشته ها
۲۰	۲-۱-۲- جامعه شناسی بیماری
۲۳	۲-۳-۱-۲- تندرستی و سلامتی
۲۵	۲-۴-۱-۲- بیماری چیست؟
۲۵	۲-۵-۱-۲- مفهوم بیماری در بستر تاریخ
۲۶	۲-۶-۱-۲- بیماری به عنوان یک انحراف اجتماعی
۲۷	۲-۷-۱-۲- علل بیماری
۲۸	۲-۸-۱-۲- بیماری و فرهنگ پذیری
۲۹	۲-۹-۱-۲- انواع جامعه ها و بیماری ها
۲۹	۲-۱۰-۱-۲- کوچ نشینی و عوامل مسائل اجتماعی - بهداشتی
۳۰	۲-۱۱-۱-۲- روستا نشینی و مسایل اجتماعی - بهداشتی
۳۱	۲-۱۲-۱-۲- شهر نشینی و مسایل اجتماعی - بهداشتی
۳۳	۲-۱۳-۱-۲- مبانی فرهنگی علت شناسی بیماری
۳۴	۲-۱۴-۱-۲- ابعاد فرهنگی و توصیف بیماری
۳۵	۲-۱۵-۱-۲- توصیف از درد و فرهنگ
۳۵	۲-۱۶-۱-۲- نهاد های اجتماعی و بیماری
۳۶	۲-۱۷-۱-۲- ساخت و روابط خانوادگی
۳۶	۲-۱۸-۱-۲- بهداشت روانی خانواده
۳۶	۲-۱۹-۱-۲- جمعیت شناسی پزشکی و بیماری
۳۷	۲-۲۰-۱-۲- جنسیت و بیماری
۳۷	۲-۲۱-۱-۲- سن و بیماری
۳۸	۲-۲۲-۱-۲- مرگ و میر و شرایط اجتماعی و اقتصادی

۳۸	۱-۲۳- امید زندگی ، یک شاخص توسعه
۳۹	۱-۲۴- علل مرگ و عوامل اجتماعی - اقتصادی
۴۰	۱-۲۵- سالخوردگی و سلامت
۴۱	۱-۲۶- مسافرت ، مهاجرت و بیماری
۴۲	۱-۲۷- قشر بندی اجتماعی، بهداشت و بیماری
۴۴	۱-۲۸- طبقه اجتماعی ، بیماری و رفتار اجتماعی
۴۴	۱-۲۹- رفتار شناسی بیماری
۴۵	۱-۳۰- خدمات پزشکی اجتماع نگر
۴۵	۱-۳۱- سلامت و اقتصاد جامعه
۴۶	۱-۳۲- تاریخچه جامعه شناسی پزشکی
۴۹	۱-۳۳- جامعه شناسی بدن
۵۰	۱-۳۴- نظریه های جامعه شناختی در جامعه شناسی پزشکی
۵۲	۱-۳۵- کارکرد گرایی ساختاری
۵۳	۱-۳۶- کنش متقابل نمادین
۵۵	۱-۳۷- نظریه تضاد
۵۵	۱-۳۸- بعد ساختار گرایی
۵۶	۱-۳۹- رئالیسم انتقادی
۵۷	۱-۴۰- جامعه شناسی پزشکی
۵۹	۱-۴۱- جامعه شناسی در پزشکی
۵۹	۱-۴۲- پزشکی اجتماعی
۶۴	۲- مروری بر مطالعات داخلی
۶۶	۳- مروری بر مطالعات خارجی
۶۸	۴- نقد پژوهش های پیین
۷۰	۵- چهار چوب نظری تحقیق
۷۷	۶- فرضیات پژوهش
۷۸	۷- مدل پژوهش
۷۹	روش شناسی (فصل سوم)
۸۰	۱- روش تحقیق
۸۰	۲- ابزار جمع آوری اطلاعات
۸۱	۳- تعریف نظری و علمی متغیرها
۸۱	۳-۱- متغیر مستقل
۸۳	۳-۲- متغیر وابسته
۸۳	۴- تبیین روایی و اعتبار

۸۵	۳-۵-جامعه آماری پژوهش
۸۶	تجزیه و تحلیل اطلاعات (فصل چهارم)
۸۷	۴-۱- توصیف داده ها (امار توصیفی)
۱۰۶	۴-۲- تحلیل داده ها (امار استنباطی)
۱۱۶	۴-۳- تحلیل رگرسیون چند متغیره
۱۲۲	جمع بندی و نتیجه گیری (فصل پنجم)
۱۲۳	۵-۱- خلاصه پژوهش
۱۲۷	۵-۲- بحث و نتیجه گیری
۱۳۶	۵-۳- محدودیت ها و مشکلات تحقیق
۱۳۷	۵-۴- پیشنهادات
۱۳۹	منابع و ماخذ
۱۳۹	منابع فارسی
۱۴۹	منابع لاتین

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۳	جدول ۱- مفاهیم متفاوت سلامت
۶۳	جدول ۲- مقایسه میان مدل پزشکی و اجتماعی بررسی سلامت
۸۴	جدول ۳- ارزیابی پایایی سوالات پرسش نامه
۸۷	جدول ۴-۱-۱- توزیع فراوانی و درصد گروه سنی پاسخگو
۸۸	جدول ۴-۱-۲- توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات پاسخگو
۸۸	جدول ۴-۱-۳- توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل پاسخگو
۸۹	جدول ۴-۱-۴- توزیع فراوانی و درصد وضعیت اشتغال پاسخگو
۸۹	جدول ۴-۱-۵- توزیع فراوانی و درصد نوع شغل پاسخگو
۹۰	جدول ۴-۱-۶- توزیع فراوانی و درصد نوع شغل همسر پاسخگو
۹۰	جدول ۴-۱-۷- توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات همسر پاسخگو
۹۱	جدول ۴-۱-۸- توزیع فراوانی و درصد تعداد فرزند پاسخگو
۹۲	جدول ۴-۱-۹- توزیع فراوانی و درصد وضعیت قومیت پاسخگو
۹۲	جدول ۴-۱-۱۰- توزیع فراوانی و درصد وضعیت شیر دادن پاسخگو
۹۳	جدول ۴-۱-۱۱- توزیع فراوانی و درصد میزان درآمد پاسخگو
۹۳	جدول ۴-۱-۱۲- توزیع فراوانی و درصد میزان درآمد همسر پاسخگو
۹۴	جدول ۴-۱-۱۳- توزیع فراوانی و درصد میزان درآمد خانوادگی پاسخگو
۹۴	جدول ۴-۱-۱۴- توزیع فراوانی و درصد وضعیت احساس فقر پاسخگو
۹۵	جدول ۴-۱-۱۵- توزیع فراوانی و درصد وضعیت محل تولد پاسخگو
۹۵	جدول ۴-۱-۱۶- توزیع فراوانی و درصد وضعیت بومی بودن پاسخگو
۹۵	جدول ۴-۱-۱۷- توزیع فراوانی و درصد وضعیت محل سکونت پاسخگو
۹۶	جدول ۴-۱-۱۸- توزیع فراوانی و درصد وضعیت تشخیص بیماری پاسخگو
۹۶	جدول ۴-۱-۱۹- توزیع فراوانی و درصد وضعیت سابقه ماموگرافی پاسخگو
۹۷	جدول ۴-۱-۲۰- توزیع فراوانی و درصد وضعیت کیفیت محله سکونت پاسخگو
۹۷	جدول ۴-۱-۲۱- توزیع فراوانی و درصد کیفیت منزل مسکونی پاسخگو
۹۸	جدول ۴-۱-۲۲- توزیع فراوانی و درصد سابقه بیماری پاسخگو
۹۸	جدول ۴-۱-۲۳- توزیع فراوانی و درصد مراجعه افراد با سابقه بیماری به ماموگرافی
۱۰۰	جدول ۴-۱-۲۴- توزیع فراوانی و درصد میزان استفاده از رسانه
۱۰۱	جدول ۴-۱-۲۵- توزیع فراوانی و درصد میزان شاخص کلی استفاده از رسانه
۱۰۲	جدول ۴-۱-۲۶- توزیع فراوانی و درصد میزان عزت نفس

- ۱۰۳ دول ۴-۱-۲۷- توزیع فراوانی و درصد میزان شاخص کلی عزت نفس
- ۱۰۴ دول ۴-۱-۲۸- توزیع فراوانی و درصد میزان انجام مناسک مذهبی
- ۱۰۵ دول ۴-۱-۲۹- توزیع فراوانی و درصد میزان شاخص کلی انجام مناسک
- ۱۰۶ دول ۴-۲-۱- آزمون رابطه وضعیت تحصیل و سرطان سینه
- ۱۰۶ دول ۴-۲-۲- آزمون رابطه وضعیت قومیت و سرطان سینه
- ۱۰۷ دول ۴-۲-۳- آزمون رابطه وضعیت تاهل و سرطان سینه
- ۱۰۷ دول ۴-۲-۴- آزمون رابطه وضعیت تعداد فرزندان و سرطان سینه
- ۱۰۸ دول ۴-۲-۵- آزمون رابطه وضعیت شیر دادن و سرطان سینه
- ۱۰۸ دول ۴-۲-۶- آزمون رابطه میزان تحصیلات شوهر پاسخگو و سرطان سینه
- ۱۰۸ دول ۴-۲-۷- آزمون رابطه وضعیت اشتغال و سرطان سینه
- ۱۰۹ دول ۴-۲-۸- آزمون رابطه وضعیت اشتغال همسر و سرطان سینه
- ۱۰۹ دول ۴-۲-۹- آزمون رابطه میزان درآمد و سرطان سینه
- ۱۰۹ دول ۴-۲-۱۰- آزمون رابطه وضعیت درآمد همسر و سرطان سینه
- ۱۱۰ دول ۴-۲-۱۱- آزمون رابطه میزان درآمد خانواده و سرطان سینه
- ۱۱۰ دول ۴-۲-۱۲- آزمون رابطه وضعیت احساس فقر و سرطان سینه
- ۱۱۰ دول ۴-۲-۱۳- آزمون رابطه وضعیت محل تولد و سرطان سینه
- ۱۱۱ دول ۴-۲-۱۴- آزمون رابطه وضعیت بومی بودن و سرطان سینه
- ۱۱۱ دول ۴-۲-۱۵- آزمون رابطه وضعیت محله مسکونی و سرطان سینه
- ۱۱۲ دول ۴-۲-۱۶- آزمون رابطه وضعیت کیفیت منزل مسکونی و سرطان سینه
- ۱۱۲ دول ۴-۲-۱۷- آزمون رابطه وضعیت سابقه بیماری و سرطان سینه
- ۱۱۲ دول ۴-۲-۱۸- آزمون رابطه وضعیت سابقه ماموگرافی و سرطان سینه
- ۱۱۳ دول ۴-۲-۱۹- آزمون رابطه میان میزان استفاده از رسانه جمعی و سرطان سینه
- ۱۱۳ دول ۴-۲-۱۹-۱- آزمون رابطه میان رسانه و سرطان سینه به تفکیک شش گویه
- ۱۱۴ دول ۴-۲-۲۰- آزمون رابطه عزت نفس و سرطان سینه
- ۱۱۴ دول ۴-۲-۲۰-۱- آزمون رابطه وضعیت عزت نفس و سرطان سینه به تفکیک چهار گویه
- ۱۱۴ دول ۴-۲-۲۱- آزمون رابطه وضعیت انجام مناسک و سرطان سینه
- ۱۱۵ دول ۴-۲-۲۱-۱- آزمون رابطه انجام مناسک و سرطان سینه به تفکیک گویه ها
- ۱۱۵ دول ۴-۲-۲۱-۲- آزمون رابطه عزت نفس و سرطان سینه به تفکیک دو گویه
- ۱۱۵ دول ۴-۲-۲۲- آزمون رابطه وضعیت محل زندگی و سرطان سینه
- ۱۱۶ دول ۴-۲-۲۳- عناصر اصلی چند متغیر به روش گام به گام برای پیش بینی متغیر وابسته

فصل اول

(كليات)

1-1- مقدمه

« سلامتی» نعمتی بزرگ است که خداوند به انسان ها ارزانی داشته است . همگان « حق » برخورداري از این نعمت را دارند . نظام اسلامي وظیفه دارد ، شرایطی را فراهم آورد تا تحقق این حق بطور برابر ، برای همگان میسر شود. مساله جمعیتی ارتباط نزدیک با مساله سلامت و بیماری دارد . سلامت و بیماری به نوبه خود به شدت از جنبه های گوناگون ساخت اجتماعی تاثیر می پذیرد . عوامل اجتماعی و اقتصادی نه تنها بر امید به زندگی ، بلکه بر احتمال ابتلا بر انواع مهم بیماری و مراقبت های بهداشتی که بیماران دریافت می کنند، تاثیر می گذارد . مفاهیم بیماری و سلامت جسمانی در همه ی فرهنگ ها یافت می شود . بیماری های واگیر اکنون به صورت علل نسبتا جزئی و کم اهمیت مرگ و میر درآمده اند و تا حدودی ریشه کن گردیده اند . در کشورهای صنعتی ، امروزه معمول ترین علل مرگ و میر غیره مسری ، سرطان یا بیماری قلبی است در حالی که در سده های پیشین بالاترین نرخ های مرگ و میر مربوط به کودکان و خردسالان بود. مشارکت دادن مردم در طرح های

تحقیقاتی بخش سلامت می تواند نقش موثری در ارتقای آگاهی و گسترش فرهنگ سلامت در جامعه داشته باشد. امروزه بیماری هایی که انسان را با استرس مواجه می کند، افزایش یافته است. بنابراین نقش مردم در تعیین سلامتشان اهمیت زیادی پیدا کرده است. جامعه پتانسیل آن را دارد که به عنوان پژوهشگر وارد عرصه های تحقیقات سلامت شود. از نظر علمی ثابت شده، افرادی که از تحقیقات استفاده می کنند باید در تحقیق درگیر باشند. تنها 15 درصد طرح های پژوهشی، کاربردی هستند (پزشکیان، 1384: 88).

سلامت موضوعی است که دستگاه های مختلف در آن شریک هستند، نوعاً بین بخشی است. حفظ سلامت فقط به عهده بخش بهداشت و درمان نیست، اما محوریت دارد. هرکدام از حوزه های اجتماعی - اقتصادی باید سهم خود را در بخش سلامت به خوبی انجام دهند. ده معضل سلامت در حال حاضر وجود دارد که اگر کنترل شوند، یک دهه به عمر همه اعضای جامعه افزوده می شود زیرا بیش از نیمی از این عوامل در رابطه با مسائل اجتماعی و اقتصادی است. در دنیای امروز 170 میلیون کودک از گرسنگی و فقر از بین می روند. (عوامل اقتصادی) و در مقابل 3 میلیارد انسان، دچار اضافه وزن و مشکلات مربوط به چاقی هستند. (عوامل اجتماعی). در کشورهای صنعتی دنیا به طور متوسط 11 درصد از درآمد ناخالص ملی صرف هزینه های بهداشتی و درمان می شود، اما این عدد در کشورهای دیگر به طور متوسط حدود 6 درصد است (سازمان بهداشت جهانی، 2003: 33). سهم بهداشت و درمان از درآمد ناخالص ملی در ایران حدود 5/6 درصد است. از این نظر ایران در میان کشورهای جهان در حدود رتبه 100 قرار دارد و آمریکا با 14 درصد از درآمد ناخالص داخلی خود بیشترین سرمایه گذاری را بر روی سلامت انجام داده است (همان: 44). تفاوت مهم تر از آمار فوق این است که در کشورهای پیشرفته بیشترین توجه و سرمایه گذاری در خدمات اولیه بهداشتی است (پیشگیری و بررسی زمینه های اجتماعی و اقتصادی بیماری ها). اگر خدمات بهداشتی و درمانی را به صورت یک هرم در نظر بگیریم، در قاعده هرم خدمات سطح اول و عمومی و در راس هرم خدمات فوق تخصصی و پر هزینه قرار می گیرد. پیشگیری از بیماری ها، تشخیص زودرس و درمان بیماری در مراحل اولیه از جمله مزایای سرمایه گذاری در قاعده هرم است. ضعف در قاعده هرم سلامت (عدم بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی مرتبط با بیماری ها) در ایران، موجب شده است سرمایه کمی که به سلامت اختصاص دارد، صرف مداخلات درمانی فوق تخصصی و بسیار گران قیمت در راس هرم شود. در واقع مشکل سرمایه کم با وجود مشکل هرم سلامت جدی تر می شود. به عنوان مثال، تعداد مراکز پیشرفته ی عکسبرداری موجود در کشور انگلستان برابر با مراکز پیشرفته ی عکسبرداری در

شهر تهران است (صداقت ، 1383 : 56) اقتصاددانان ، سلامت را کالای ملی می دانند و هزینه های سلامت را سرمایه گذاری جامعه دانسته و آن را هزینه نمی پندارند . اعتقاد بر این است که در بروز بیماری ، نیروی کار فاقد توان کاری شده و به در آمد ناخالص داخلی آسیب می رساند. جامعه شناسان ، سلامت را برای جامعه حقی چون نفس کشیدن می دانند و دولت را ملزم به پرداختن به این مولفه دانسته و سه وظیفه بزرگ بر دوش دولت ها می نهند : مدیریت جامعه ، سلامت ، آموزش جامعه . سیاست مداران، سلامت را یک مولفه سیاسی ، اجتماعی می دانند که پرداختن به این مهم موجب آرامش روحی و امنیت روانی جامعه و ایجاد اعتماد میان توده مردم و دولت رفاه خواهد شد. یکی از نشانه های توسعه نیافتگی نارسائی شرایط بهداشتی است که از طریق شاخص های مختلفی نظیر وفور بیماریها اندازه گیری می شود. (ربیعی ، 1375 : 67) توسعه نیافتگی ، مفهومی نسبتا جدید است . شرایط بهداشتی حاکم بر کشورهای وابسته ، به عوامل اقتصادی، اجتماعی و تاریخی بستگی دارد و ارتباطات متقابل پیچیده ای را به وجود آورد است. بیماری صفت مشخصه توسعه نیافتگی به حساب می آید. بهبود شرایط بهداشتی و نه پزشکی تنها از طریق نشر وسائل و امکانات حاصل نمی شود. با ساختن بیمارستانهای لوکس نمی توان سطح بهداشت را بالا برد و چرا که پزشکی عاریتی و وارادتی در یک کشور در حال توسعه بزودی با محدودیت هایی مواجه خواهد شد (محسنی ، 1376: 73) .

بیماری نوعی عدم تعادل در کارکرد جامعه انسانی تلقی می شود و در حکم مجموعه ای از پدیده های بیولوژیکی و جریان های تطابق اجتماعی و مشخص است ، که سبب کاهش فعالیت های انسانی می شود . پیدایش ناگهانی بیماری سازمان اجتماعی را مواجه با تنگنا می کند . هنوز تعدادی محدود جامعه شناس در سطح دنیا به طور جدی در مطالعات و یا فعالیت های بهداشتی عمومی اشتغال دارند . علت آن است که از یک سو بسیاری از آنان اطلاعات بنیانی لازم را در زمینه بهداشت عمومی ندارند و از سوی دیگر به واسطه عادت ، انتخاب و آموزشی که در دوران تخصصی دیده اند انگیزه چندآنی برای کار در این زمینه ندارند. همچنین که جامعه شناس معروف امریکایی « گود » اظهار می کند هیچ تخصصی در داخل تخصص دیگر ، بدون مقاومت و در مواردی مخالف ، نمی تواند توسعه پیدا کند . جامعه شناس هم باید سعی کند روابط میان سه دسته از صاحبان مشاغل را حفظ کند:

- مسئولین خدمات بهداشت عمومی که مسئولیت اداری امور بهداشتی را بر عهده دارند.

- محققي که در یکی از زمینه های بهداشت عمومی به بررسی می پردازد .

- جامعه شناسی که یا در مسائل بهداشت عمومی فاقد تخصص است ، یا اینکه خود بخود در این زمینه ها متخصص شده است . (مظلومی ،

1386 : 66)

پزشک به سختی اجازه می دهد ، که جامعه شناس از او بپرسد ، به چه دلیل و چرا فلان یا بهمان توصیه را در زمینه تغذیه ، تزریق واکسن و غیره به فلان گروه کرده است . چرا که در هر حرفه منابعی از اعتقادات و رفتارها قالبی وجود دارد . از سوی دیگر جامعه شناس نیز دوست ندارد که مفاهیم مورد توجهش در حاشیه مطرح شده و مورد بررسی پزشک قرار گیرد . او بر این اعتقاد است که دانستنیهایش متکی به اصولی است که از نظر علمی اثبات شده هستند و در مقابل انتقادهای تئوری مقاوم است (کتی، 1385: 75)

در حال حاضر هر جامعه شناس در هر سازمان بهداشتی - پزشکی که فعالیت کند نیازمند به گسترش ابعاد کار خویش و اهمیت بخشیدن به آن است او قبل از هر چیز درصدد تثبیت نقش خویش است . اما گهگاه به صورت یک فرد حاشیه نشین در می آید . او گاهی در میان دو بعد مختلف ، که یکی تخصص حرفه ای او به معنی فنی کلمه است و دیگری بهداشت عمومی که در مواردی او کاملاً نمی پذیرد ، سرگردان می شود . در مواردی جامعه شناس خود را به جای پزشک قرار می دهد و بدین ترتیب اصالت تخصص و حرفه ای خود را از دست می دهد .

تفاوت اساسی و قاطعی که از نظر مسائل مورد بررسی میان متخصص و جامعه شناس و یک مدیر امور بهداشتی وجود دارد به وسیله « فارستر » ، تا حدودی روشن شده است : کار جامعه شناس تولیدی خلاقانه است . او میخواهد کشف کند و بداند دانش خود را بر اساس یک مدل منطقی تدوین می کند . درصدد نظریه سازی است و جنبه علمی کارهایش چندان مشغولیت فکری بر ای او ایجاد نمی کند . یک متخصص بهداشت وقتی می بیند که سطح بهداشت مردم منطقه را بالا برده است و همکارانش نیز نسبت به این واقعیت آگاهی پیدا کرده اند ، احساس رضایت می کند . اما جامعه شناس وقتی احساس رضایت میکند ، که میبیند چیزی به علم موجود ، افزوده کرده است و همکارانش هم تاکنون به این نکته علمی آگاهی پیدا نکرده اند . هر چند که با توجه به پیشرفت های کنونی علوم پزشکی ، انجام تشخیص های انفرادی از بیماریها امری بالنسبه ساده است و با استفاده از معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی ، بدست آمدن چنین تشخیصی ، تا حدودی امکان پذیر است . اما تشخیص های دقیق در مورد کیفیت سلامت فرد

تا حدودی دشوارتر است و از این امر دشوارتر دستیابی به تشخیص در مورد وضع سلامت یک جمعیت است هر چند که این کار حالتی تقریبی داشته باشد .

وضع سلامت یک جمعیت را سطح سلامت می نامند. سلامت فرد متکی به عوامل متعدد و پیچیده ای است که جنبه ژنتیک و محیطی دارد . طیف گسترده سلامت از یک سو ، نتیجه روابط فرد با محیط اجتماعی، گروه‌های اجتماعی و ساختارهای اجتماعی (اقتصادی ، فرهنگی ، اقتصادی) و از سوی دیگر با ویژگی‌های خود فرد ، از نظر تطابق فردی ، در ارتباط مستقیم است . (محسنی، 1376: 88)

حیطه اجتماعی سلامت دارای پنج بعد خاص است که عبارتند از: مدت زندگی فرد ، زندگی در حالت سلامت ، کیفیت اکولوژیکی و اجتماعی محیط زندگی انسان ، پوشش ، جهت گیری ، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و بالاخره وجود یا فقدان نابرابری های اجتماعی. «مفهوم شاخصی» به طور ضمنی اندیشه مشاهده سیستماتیک مساله یا شرایط معین و تحول آن را ، مطرح می سازد . به عبارت دیگر آن دسته از داده ها مقدار شاخص نامیده می شود ، که دقیقاً قابل اعتماد و بیانگر حالت و تحول یک پدیده باشد و به ویژه کارایی وسایل و امکانات موجود یا پیشنهاد شده را نشان دهند. گروه های مختلفی از متخصصین تلاش کرده اند که شاخص های تعیین سطح سلامت را در انواع خاص مورد طبقه بندی قرار دهند . قابل قبول ترین طبقه بندی ها ، گروه بندی ساده شاخص های مرتبط با بهداشت و درمان بر حسب زمینه موضوعی آنهاست که معمولاً در چهار دسته : اجتماعی ، جمعیتی ، بهداشتی، کاربرد خدمات بهداشتی درمانی و منابع بهداشتی درمانی طبقه بندی می شود .

عوامل اجتماعی نقش مهمی در ایجاد، حفظ و از میان رفتن سلامت انسان دارد. شرایط و موقعیت های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می دهد، بلکه می تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم نماید . مهمترین خطرات مطرح برای سلامت و رفاه و آسایش فرد ، معمولاً از یک شیوه زندگی ناسالم و رفتار خطر آفرین ایجاد می شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماریها (قلب ، ایدز ، و سرطان) مطرح است . از سوی دیگر شیوه زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر ، توانایی فرد را برای زندگی طولانی تر و سالم تر ارتقاء می بخشد. عوامل اجتماعی ، همچنین ، اثر قابل توجهی ، در رویه ای که جامعه ها ، منابع خود را برای ، مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت های پزشکی ، به مردم سازماندهی می کنند، دارد. افراد و اجتماعات

همواره به شیوه‌های متناسب با فرهنگ، هنجارها، و ارزش‌های خودبه‌مسائل بهداشتی درمانی، پاسخ می‌دهند. خدمات بهداشتی درمانی، اقداماتی ناشی از فلسفه سیاسی هستند و به این جهت، ارزش‌های اجتماعی و سیاسی، بر انتخاب‌های موسسات تأسیس شده و سرمایه‌گذاری‌های انجام شده، تأثیر دارد. بنابراین سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی نیست (موسوی، 1376: 67)

هزینه‌هایی که جامعه‌ها در راه سلامت اعضاء خود به مصرف می‌رسانند، تلویحاً مساله ارزش‌گذاری بر حیات انسان را مطرح می‌کند. حدود 200 سال پیش نظریه‌های اخلاقی (مزاجی) بر پزشکی حاکم بود. این نظریه‌ها در اواخر قرن هیجدهم از سوی گونه‌نویسی از پزشکی که مدعی بود بیماری به صورت ضایعه آسیب‌شناختی گسسته‌ای، در درون بدن وجود دارد، کنار نهاد شد. در این انگاره (مدل) جدید، بیماری غالباً زیست‌شناسانه نامیده می‌شود، زیرا بیماری را تا حد یک ناهنجاری در درون بدن تقلیل می‌دهد. برخی از بیماری‌ها مشمول این تحلیل زیست‌پزشکی نشدند؛ زیست‌شناسی پزشکی هم چنان در این امید پابرجاست که اختلال روان‌پزشکی سرانجام بر مبنای ضایعه‌های آسیب‌شناختی تبیین خواهد شد. کسانی هم گفته‌اند که به طور کلی از جامعه‌شناسی پزشکی انتظار می‌رود، مطالعه و بررسی تأثیرات و تأثرات بین جامعه و پدیده‌های اجتماعی را از یک سو و مسائل پزشکی و سلامت را از سوی دیگر پاسخگو باشد. این تأثیرات و تأثرات در برگرفته‌های مختلف زیر است: دلایل و عوامل اجتماعی موثر در ایجاد و شیوع بیماری‌ها، عوامل اجتماعی موثر در توزیع بیماری‌ها، فاکتورهای اجتماعی موثر در شناخت و درمان بیماری‌ها و تأثیرات اجتماعی ناشی از بیماری‌ها و درمان آنها. پزشکی آنطور که واقع‌گرایانه می‌باشد علمی است اجتماعی که مسئولیت آن بیش از مراقبت جسمی بیمار است و چنانچه این علم بخواید آنطور که باید برای جامعه مفید واقع گردد؛ نیازمند در نظر گرفتن ضوابط متعدد جسمی، بیولوژیکی، اجتماعی و زیستی است. در چهارچوب این نظریات است که، نتایج بدست آمده از خدمات بهداشتی درمانی، می‌تواند ارضاء اجتماعی، در مقایسه با ارضاء فردی، داشته باشد. (اصغرزاده، 1377: 38)

مطالعه منابع نشان می‌دهد که علاوه بر عوامل بیولوژیکی و محیط زیست؛ شاخص‌های سلامت از قبیل طول عمر؛ مرگ و میر و بیماری‌ها با وضع اجتماعی - اقتصادی از قبیل طبقات اجتماعی (بر اساس میزان درآمد خانواده)، شغل و میزان آموزش، محل زندگی (شهر و روستا)، مسکن و امکانات خدمات بهداشتی - درمانی رابطه دارد. در

حقیقت این ضوابط از جمله عواملی است که مقایسه با کشورهای در حال توسعه را ممکن می‌سازد. یکی از مهمترین شاخص‌های بهداشتی، طول عمر جمعیت یا گروه‌های اجتماعی است. انسان قبل از قرون وسطی بطور متوسط 20-30 سال عمر می‌کرده است. در قرن 17 این میزان تا 32 سال بوده است. با انقلاب صنعتی و کشاورزی اروپا و تأثیرات تدریجی آن در وضع زندگی مردم در کشورهای اروپای غربی در سال 1850 میانگین طول عمر به 40 سال و در حال حاضر در حدود 80 سال می‌باشد. در حالی که در اروپا غربی پس از انقلاب صنعتی مدت زمانی حدود یک قرن طول کشید تا میانگین عمر از 30 تا 40 سال افزایش یابد، در کشورهای در حال توسعه مدت یک دهه برای این افزایش کافی بود. (سازمان بهداشت جهانی، 2003: 34) برای مثال میانگین طول عمر در ایران در دهه گذشته از 50 به 60 سال افزایش یافته است. اختلافات میزان طول عمر در کشورهای پیشرفته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه در ارتباط با نحوه زندگی مردم، درآمد خانواده، درآمد سرانه کشور و امکانات رفاهی از جمله خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. باید گفت که عوامل غیر طبیعی، ژنتیکی و بیولوژیکی هم نقش دارد. مراقبت‌های پزشکی امکان زنده ماندن را افزایش داده است. بطور خلاصه هر چه امکانات و شرایط اجتماعی - زیستی جامعه‌ای پیشرفته باشد، شانس اینکه مردم آن بیشتر عمر کنند زیادتر می‌شود. در این رویکرد تندرستی تحت تأثیر عوامل زیر و ترکیب و رابطه آنها با یکدیگر است:

محیط اجتماعی - خصوصیات روانی - محیط زیستی - محیط فیزیکی - خصوصیات بدنی

آلفرد گروتجاهن می‌نویسد: شرایط اجتماعی قادر است:

- سبب پدید آمدن استعداد ابتلا به بیماری شود یا فرد را مستعد تر نمایند.

- مولد بیماری باشد.

- بر مدت بیماری موثر است. (مظلومی، 1386: 52)

سلامت عمومی و شرایط اجتماعی در این رویکرد اجزای جداناپذیر بوده و شرایط اجتماعی به طرق مختلف بر بهداشت و سلامت افراد جامعه تأثیر خواهند داشت. این رهیافت بر این ایده است که بالا رفتن طول عمر و تغییری که بشر در محیط زیست اجتماعی خود بوجود آورده مشکلاتی برای او ایجاد کرده که معلومات پزشکی به تنهایی قادر به حل مشکل نبود ه است. از طرفی همزمان با نوآوری‌های عمومی پزشکی در علوم اجتماعی - رفتاری نیز، پیشرفت‌های در نظریات علمی و همچنین روش‌های پژوهش این علوم، بوجود آمد، که متخصصان این

رشته را بر آن داشت ، که با استفاده از آنها و از دیدگاه علوم اجتماعی مسائل بهداشتی را، که از نهاد های اولیه جامعه هستند ، مورد پژوهش قرار دهند. از لحاظ نظری در چهارچوب رشته جامعه شناسی پزشکی تعبیر روشن تری از اغلب مفاهیم پزشکی (سلامت و بیماری) ، شناخت ضوابط اجتماعی فرهنگی مرتبط با ابتلا ، توزیع و پراکندگی بیماری ها در گروههای اجتماعی مختلف ، (ساخت و فعالیت موسسات آموزشی و خدمات بهداشتی - درمانی) صورت خواهد گرفت . مجموع این دلایل لزوم همکاری بین متخصصین را الزامی نموده است. هم چنین دیده شده « نوع طبقه اجتماعی » در مراجعه به پزشک و مدیریت سلامت از متغیرهای تاثیر گذار می باشد . در مطالعات پزشکی اجتماعی دیده شده است که در یک دوره ده ساله ، مردان 40 تا 64 ساله کارمندان دون پایه سه برابر بیش تر از کارمندان رتبه های بالاتر تلف شدند . به تعبیری رشد نرخ های مرگ و میر دقیقاً با سلسله مراتب پست های

سازمانی از بالا به پائین همخوانی داشتند. (کتی، 1385: 33)

مطابق رویکرد اجتماعی « چیزی وجود دارد که با موضع فرد در سلسله مراتب اجتماعی در ارتباط است و شرایط را برای بیمار شدن و یا مرگ نابهنگام او آماده می سازد. مطالعات نشان از پیوندهای پیچیده و مبهم اجتماعی فرد وضع سلامتی او میدهد . شناخت توصیفی رابطه ها دیگرکافی نیست و تلاش است با دقت بیش تر راه هایی طی شود که چگونه امر اجتماعی با امر زیستی دست به دست هم می دهد و بیماری را به وجود می آورند. مولفه های « شخصیت » « توان مقابله با مشکلات» و « پشتوانه اجتماعی » از ارکان پزشکی اجتماعی در بررسی بیماری ها و سلامت اجتماعی می باشد . اجزاء پشتوانه اجتماعی شامل ازدواج ، خانواده ، دوستان ، فرایض دینی و تعلق گروه ها می باشد. رفتار افراد میتواند منشاء حالات بیمار گونه باشد که علوم بهداشتی - پزشکی و علوم اجتماعی - رفتاری میتواند پیگیر و کاشف ان باشد. (ساروخانی ، 1375 : 45)

سلامت و رفتار افراد و گروههای اجتماعی در طرق پیچیده ای بهم مربوط می باشند (رویکرد پزشکی اجتماعی) . هر فرد به وسیله خانواده ، دوستان ، محل کار ، فرهنگ و در نهایت جامعه تحت تاثیر بوده و از طرفی بر آنها تاثیر می گذارد . پزشکی اجتماعی می گوید شاخص های اجتماعی سلامت عبارت است از : شغل (که بوسیله آموزش ، شرایط اقتصادی تحت تاثیر قرار می گیرد) وضعیت اجتماعی - اقتصادی و ... (مانند درآمد ، سواد ، شغل ، پرستیژ یا ارزش اجتماعی و ...) فرهنگ (ارزش ، باورهای مذهبی ، آداب و رسوم ، سیستم سیاسی ، هنجارها و ...) ساخت خانوادگی (هسته ای - گسترده) و

بالاخره شبکه اجتماعی (مدرسه و...) که بر وضعیت سلامت تاثیر مستقیم دارند. پزشکان در این رهیافت باید علاوه بر سعی در بهبود وضع جسمانی بیماران ، بیماران خود را با محیط اجتماعی زندگی شان تطابق دهند. پزشکی اجتماعی تعریف بیماری را در نسبت با فرهنگ متفاوت می بینید و معتقد است اجتماعات گوناگون برای مقابله با بیماریها روش های خاص را به کار می بندند . در اینجا ما ارزش های اجتماعی و عادات هر گروه را موثر بر درک عالی بیماری می بینیم . (ملك افضلي, 1387: 78)

عوامل فرهنگی هم چنین می تواند بر کیفیت ادراك و پاسخگوئی به انواع دردها، نیز موثر باشد . دو نفر که دارای بیماری واحدی هستند و از نظر بالینی شرایط مساوی دارند ، چنانکه از نظر پایگاه اجتماعی بیمار بررسی شوند، دارای خصوصیات متفاوتی هستند و عکس العمل هر کدام با دیگری تفاوت دارد . جامعه شناس بیماری از منظر پزشکی اجتماعی ما را در درک رفتار اجتماعی بیمار کمک می نماید. پارسنز مفهوم نقش بیمار را به تفصیل بررسی کرده و هدف او تعیین رفتار بیمار در حالت انزواست . آلفرد گروتهن¹ در مطالعات خود به این نتیجه رسید که، بسیاری از امراض اجتماعی مشخصا مزمن هستند و بسیاری از آنها قابل پیشگیری و یا حداقل کنترل پذیر میباشند . او ذکر می کند برای مطالعات سیستماتیک امراض از دریچه واقعیت، پارامترهای اجتماعی سنجیده ای وجود دارد ؛ که در قرن 20 و اوائل قرن 21 بین پزشکان اروپا مطرح شد. رابطه قوی و مستقیمی بین نوع و کیفیت معیشت و بهداشت وجود دارد(شادپور ، 1381 : 44).

مفاهیم سلامت و بیماری اساسا اجتماعی هستند و معنی آن این است که فرد می تواند یا نمی تواند از شرایط عادی یا هنجار جامعه برخوردار باشد. تعریف و اساسا درک شرایط سلامتی ، تقاضای مراقبت های درمانی و نیز نحوه پاسخگویی به مساله درمان، از نوع رفتارهای اجتماعی هستند . فرد ، گروه و جامعه که جمعا موضوع سلامت و بهداشت عمومی را بوجود می آورند باید به عنوان يك پدیده اجتماعی تام، که همیشه تحت تاثیر نیروهای اجتماعی ، اقتصادی و سیاسی هستند بررسی شوند . عواملی مانند طبقه اجتماعی ، آموزش و پرورش ، شغل ، وضع زناشویی و مذهب دارای اهمیت زیادی می باشند که باید در تحقیقات سلامت مورد توجه جدی قرار بگیرد. عدم رعایت بهداشت منجر به بیماری می گردد و بیماری در حقیقت حاکی از عدم تطابق اجتماعی است . دبوس² بیماری را

1-A.Grotghen 2-Dobos