



دانشکده ادبیات و علوم انسانی
گروه جامعه‌شناسی

پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی

عنوان:

تعیین‌کننده‌های اجتماعی وضعیت سلامت

مطالعه موردی بیماران و همراهان بیماران بستری شده در بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز

استاد راهنما:

دکتر فاطمه جواهری

استاد مشاور:

دکتر ابوعلی وداد هیبر

دانشجو:

اکبر عزیزی زین‌الحاجلو

زمستان ۱۳۸۸



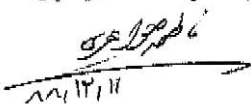
صورت جلسه دفاع از پایان نامه

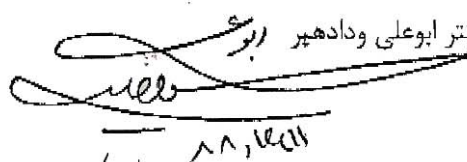
با یاری خدای متعال جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد آقای اکبر عزیزی در رشته پژوهش علوم اجتماعی تحت عنوان:


بررسی تعیین کننده های اجتماعی وضعیت سلامت در شهر تبریز:
مطالعه ی موردی بیماران و همراهان بیماران بستری شده در بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز


و با حضور هیات داوران در ساعت ۱۲-۱۰ مورخ ۸۸/۱۲/۱۱ در محل دانشگاه تربیت معلم تشکیل شد. پس از ایراد خطابه دانشجو و پاسخگویی به سوال های حاضران، بعداز بحث و بررسی و با توجه به کیفیت و کمیت تحقیق و نحوه ارائه کتبی و شفاهی، هیات داوران پایان نامه نامبرده را با نمره ۱۹ و با درجه عالی پذیرفت.

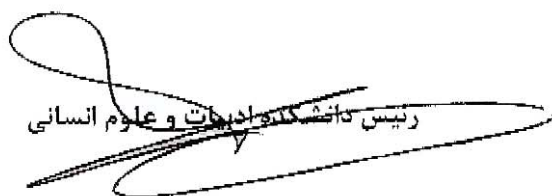
استاد راهنما: سرکار خانم دکتر فاطمه جواهری


۸۸/۱۲/۱۱

استاد مشاور: آقای دکتر ابوعلی ودادپور

۸۸/۱۲/۱۱

داور میهمان: سرکار خانم دکتر احمدنیا


داور داخلی: سرکار خانم دکتر شهلا باقری


رئیس دانشکده ادبیات و علوم انسانی


مدیر گروه آموزشی
دکتر فاطمه جواهری
۸۸/۱۲/۱۱

چکیده:

تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر وضعیت سلامت انجام شده است. سلامتی پدیده‌ای است که توجه به آن، بقای انسانها را تضمین می‌کند. از آنجا که داشتن جامعه سالم، مستلزم افراد و خانواده‌های سالم است و از طرفی، فرایند رو به افزون پیشرفت‌های فن‌آوری، صنعتی و بالتبع تأثیر آن بر زندگی انسانها، در مواردی ممکن است سلامت انسانها را تهدید کند، پرداختن به پدیده «سلامت» به عنوان محور توسعه پایدار، یکی از نیازهای اساسی در هر کشوری محسوب می‌گردد. مطالعات صورت گرفته در مقوله سلامت و بیماری در چند دهه‌ی اخیر بیشتر بر عوامل زیست- پزشکی تأکید داشتند اما امروزه تبیین وضعیت سلامت افراد مرهون رهیافت‌های علوم مختلف و تلفیق تئوریک علوم تجربی و انسانی است. بر همین اساس، به منظور شناسایی دقیق عوامل تهدیدکننده سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به بیماری‌شناسی، سعی گردید در این پژوهش، با استناد به داده‌های معتبر جهانی مبنی بر نقش ۵۰ درصدی عوامل اجتماعی در تعیین وضعیت سلامت افراد، ادبیات تجربی و نظری موجود واکاوی گردد. مدل نظری تحقیق حاضر با تأسی از نظریه‌های فینستین، بکفیلد، گالو و ماتیوز و آدامز در بررسی رابطه پایگاه اجتماعی - اقتصادی با وضعیت سلامت، نظریه‌های کونینگ و همکاران، گئورگ و لارسون در بررسی رابطه‌ی دینداری با وضعیت سلامت، نظریه‌های گانستر و ویکتور، ویلکینسون و مارموت، استانسفلد، آرمسترانگ و تایلور در تبیین رابطه‌ی حمایت اجتماعی با وضعیت سلامت و نظریه‌های کندی و دیگران، مارموت و شیپلی، ویلکینسون و مارموت، رفیعی‌فر و همکاران در بررسی تأثیر احساس نابرابری اجتماعی بر وضعیت سلامت تدوین شده است. روش این مطالعه، پیمایش می‌باشد و اطلاعات لازم بوسیله پرسشنامه گردآوری شده است. ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند و روش نمونه‌گیری، زمانی می‌باشد. یافته‌های این تحقیق نشان داد که میانگین وضعیت سلامت بیماران از ۳، برابر با ۲/۲۵ و همراهان ۲/۶۵ می‌باشد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون حاکی از رابطه‌ی معنادار حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، سبک‌زندگی سلامت‌محور و استرس با وضعیت سلامت در کل نمونه می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که متغیرهای مستقل، واسط و زمینه‌ای تحقیق، ۲۵ درصد تغییرات وضعیت سلامت را تبیین می‌کنند.

واژگان کلیدی: سلامت، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، احساس نابرابری، دینداری، حمایت اجتماعی،

سبک زندگی سلامت‌محور، استرس

تقدیم بہ

پدر و مادر و محترم عزیزم

تقدیر و تشکر

حمد و سپاس بیکران خداوندی را که به توفیق دانش آموزی ارزانی داشت تا چند صباحی را در مسیر طلب علم و تحصیل معرفت بگذرانیم. هر چند طبق فرمایش گهربار پیامبر اکرم (ص) و به حکم عقل، شایسته آن است که زگواره تا گوردپی دانش بود.

حقیر در دوران دبیرستان در رشته علوم تجربی و در دوره دانشگاه در مقطع کارشناسی در علوم پزشکی تحصیل کرده و پیشینه‌ای در علوم انسانی و اجتماعی نداشتم و تحت شرایط اجتماعی و کوش و توسعهای خاصی متوجه این علوم شدم. این توجه با جاذبه و دافعه‌های خاصی همراه بود. جاذبه مربوط به احساس نیاز و عطش ناشی از میل فطری بشهره آگاهی یافتن و شناخت ناشناخته‌ها و دافعه که همیشه برای خودم جالب بوده و شاید برای دیگران نیز جالب باشد - ناشی از تبلیغات صورت گرفته در خصوص نظریه‌های بزرگان علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی بود که در اثر این تبلیغات به آراء و اندیشه‌های آنان به چشم بدینی و تهدیدی نگریستم و برای پیدا کردن راه از چاه تنها خداوند متعال یاری می‌جویم. باری به هر حال پای در راه علوم اجتماعی نهادم و مدتی در دوران دانشگاه و استاد و دانشجوی مطالعه ممتد در این حوزه پرداختم. بدنبال مطالعات ابتدایی حلاوت و شیرینی خاصی احساس کرده و احساس نیازم به یادگیری این علم بیشتر می‌شد هر چند احساس بدینی نیز کماکان جای خود را داشت. اولین حضور در پای درس استاد اراد کلاس درس جناب آقای دکتر حریری در دانشگاه تبریز به عنوان مستمع آزاد تجربه کردم که این حضور باز بر شیرینی جامعه‌شناسی در کام حقیر افزود و نهایتاً بعد از گذشت مدتی در تقابل جاذبه و دافعه آنچه بر دیگر می‌چربید احساس شیرینی ناشی از فراگیری الفبای علم الاجتماع از محضر اساتید بود. اساتیدی که با آموختن حق بزرگی برگردم دارند و دام خود را منت دار آنان می‌دانم.

در ایست کار معلمین و اساتید همین بس؛ که نبی مکرم اسلام (ص) در حدیثی می‌فرماید: «من علمنی حرفاً فقد سیرنی عبداً». به استناد این حدیث نبوی جایگاه رفیع معلم و استاد کاملاً مشهود می‌باشد و به حکم «من لم یسکر الخلق لم یسکر الخالق» تقدیر و تشکر قلبی از تمامی اساتید و عزیزانی که مرا آموختند کمترین کاری است که می‌توانم در حق آنان انجام دهم. هر چند یقین دارم همه بزرگواران به بزرگواری خود این کمترین را از این حقیر می‌پذیرند.

«برک سبزی است تخم درویش
چه کند میوا بهمن دارد».

بر رسم ادب از همه اساتید بزرگوار و عزیزانی که از حضورشان بهره گرفته‌ام از جمله جناب آقایان دکتر حریری، دکتر رجب زاده، دکتر سراج زاده، دکتر کلچین، دکتر زارع، دکتر ابراهیم پور، دکتر طالبان، دکتر سماعی و دکتر میرزایی تقدیر و تشکر می‌نمایم. همچنین از تمامی زحمات و الطاف و راهنمایی‌های سرکار خانم دکتر جواهری که راهنمایی پایان نامه را پذیرفته بودند تشکر و قدردانی ویژه‌ای دارم که همه کسب و ده و قصورات بنده را تحمل نمودند و به مراتب بیشتر از حد انتظار بنده را در امر انجام پایان نامه یاری نمودند که اگر راهنمایی بی دریغ و یاری ایشان نبود این امر محقق نمی‌شد. همچنین از زحمات و مشاوره‌های بسیار ارزنده جناب آقای دکتر و داد سیر تشکر و قدردانی می‌کنم.

و غیض خود می‌دانم از حضور همه دوستان و همکلاسیهای عزیزم که در طول تحصیل یا اجرایی پایان نامه، بنده را یاری رسانده‌اند از جمله آقایان معصوم آقا زاده، شاپور زردمومی، عبدالله عرفانی، محمد زمان کبیر، یزدان اغنمی، علیرضا مالکی و سرکار خانم ولایتی، همچنین از زحمات سرکار خانم پایدار پرستار شغل در بیمارستان شهید مدنی که در امر اجرایی پرستار بنده را یاری رسانده‌اند تقدیر و تشکر می‌نمایم.

اکبر عزیزی

اسفند ۱۳۸۸

فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
فصل اول: کلیات تحقیق	۱.....
۱-۱ مقدمه	۲.....
۲-۱ بیان مسئله	۳.....
۳-۱ منطق، اهمیت و ضرورت انجام تحقیق	۷.....
۴-۱ سوالات تحقیق	۱۴.....
۵-۱ اهداف تحقیق	۱۴.....
فصل دوم: بررسی منابع: مبانی نظری- مفهومی و پیشینه‌ی تجربی	۱۵.....
مقدمه	۱۶.....
۱-۲ تعریف سلامت	۱۶.....
۲-۲ رویکردهای مربوط به سلامت و بیماری	۲۳.....
۱-۲-۲ رویکرد زیست- پزشکی	۲۳.....
۲-۲-۲ رویکرد جامعه‌شناختی	۲۴.....
۳-۲ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	۲۷.....
عوامل اجتماعی، انتخاب یا عاملیت	۳۳.....
۱-۳-۲ پایگاه اجتماعی- اقتصادی	۳۵.....
۱-۳-۲ تعریف پایگاه اجتماعی- اقتصادی	۳۵.....
۲-۳-۲ پایگاه اجتماعی- اقتصادی و وضعیت سلامت	۳۵.....
۲-۳-۲ حمایت اجتماعی	۴۷.....
۱-۲-۳-۲ تعریف حمایت اجتماعی	۴۷.....
ابعاد و اشکال حمایت اجتماعی	۴۷.....
۲-۲-۳-۲ حمایت اجتماعی و وضعیت سلامت	۴۸.....
۳-۳-۲ احساس نابرابری اجتماعی	۵۴.....
۱-۳-۳-۲ تعریف نابرابری اجتماعی	۵۴.....
۲-۳-۳-۲ احساس نابرابری اجتماعی و وضعیت سلامت	۵۵.....
۴-۳-۲ دینداری	۵۹.....
۱-۴-۴-۲ تعریف دینداری	۵۹.....
۲-۴-۳-۲ دینداری و وضعیت سلامت	۵۹.....
۵-۳-۲ سبک زندگی	۶۲.....
۱-۵-۳-۲ تعریف سبک زندگی	۶۳.....

۶۴	..... مولفه‌های سبک زندگی
۶۶	..... ۲-۵-۳-۲ سبک زندگی و وضعیت سلامت
۶۸	..... ۶-۳-۲ استرس یا تنیدگی
۶۸	..... ۱-۶-۳-۲ تعریف استرس
۶۹	..... ۲-۶-۳-۲ استرس و وضعیت سلامتی
۷۲	..... ۴-۲ پیشینه‌ی تجربی تحقیق
۷۲	..... ۱-۴-۲ تحقیقات خارجی
۸۰	..... ۲-۴-۲ تحقیقات داخلی
۸۸	..... ۵-۲ مدل نظری
۹۴	..... ۶-۲ مدل تحقیق
۹۵	..... ۷-۲ فرضیه‌های تحقیق
۹۶	..... فصل سوم: روش تحقیق
۹۷	..... مقدمه
۹۷	..... ۱-۳ روش تحقیق
۹۷	..... ۲-۳ واحد تحلیل و واحد مشاهده
۹۷	..... ۳-۳ جمعیت آماری
۹۹	..... ۴-۳ شیوه‌ی نمونه‌گیری
۱۰۱	..... ۵-۳ تعیین حجم نمونه
۱۰۱	..... ۶-۳ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۱۰۱	..... ۱-۶-۳ متغیرهای مستقل
۱۰۱	..... ۱-۱-۶-۳ پایگاه اجتماعی- اقتصادی
۱۰۳	..... ۲-۱-۶-۳ حمایت اجتماعی
۱۰۴	..... ۳-۱-۶-۳ احساس نابرابری اجتماعی
۱۰۴	..... ۴-۱-۶-۳ دینداری
۱۰۵	..... ۲-۶-۳ متغیرهای واسط
۱۰۵	..... ۱-۲-۶-۳ سبک زندگی سلامت‌محور
۱۰۵	..... ۲-۲-۶-۳ استرس
۱۰۶	..... ۳-۶-۳ متغیر وابسته
۱۰۶	..... ۱-۳-۶-۳ سلامت
۱۰۷	..... ۱۷-۳ اعتبار و پایایی
۱۰۹	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق
۱۱۰	..... مقدمه
۱۱۰	..... ۱-۴ توصیف اطلاعات
۱۱۰	..... ۱-۱-۴ توصیف متغیرهای زمینه‌ای

۱۱۲.....	۲-۱-۴ متغیر وابسته: سلامت و ابعاد آن
۱۱۲.....	۱-۲-۱-۴ بعد جسمانی سلامت
۱۱۴.....	۲-۲-۱-۴ بعد روانی سلامت
۱۱۶.....	۳-۲-۱-۴ بعد اجتماعی سلامت
۱۱۸.....	۳-۱-۴ توصیف متغیرهای مستقل
۱۱۸.....	۱-۳-۱-۴ دینداری
۱۱۹.....	۲-۳-۱-۴ پایگاه اجتماعی-اقتصادی
۱۲۰.....	۳-۳-۱-۴ احساس نابرابری
۱۲۱.....	۴-۳-۱-۴ حمایت اجتماعی ادراک شده
۱۲۴.....	۴-۱-۴ توصیف متغیرهای واسط
۱۲۴.....	۱-۴-۱-۴ سبک زندگی سلامت محور
۱۲۸.....	۲-۴-۱-۴ استرس
۱۳۰.....	۲-۴ بررسی رابطه‌ی میان متغیرها
۱۳۰.....	۱-۲-۴ بررسی رابطه‌ی متغیرهای مستقل با وضعیت سلامت
۱۳۰.....	۱-۱-۲-۴ بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی با وضعیت سلامت
۱۳۲.....	۲-۱-۲-۴ بررسی رابطه‌ی احساس نابرابری، دینداری و پایگاه اجتماعی با وضعیت سلامت
۱۳۴.....	۳-۱-۲-۴ بررسی رابطه‌ی متغیرهای مستقل با متغیرهای واسط
۱۳۶.....	۴-۱-۲-۴ بررسی رابطه‌ی تحصیلات با سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن
۱۳۶.....	۵-۱-۲-۴ ضرایب همبستگی تفکیکی بین متغیرهای مستقل و وضعیت سلامت با کنترل متغیرهای واسط
۱۳۸.....	۲-۲-۴ بررسی رابطه‌ی متغیرهای واسط با وضعیت سلامت
۱۴۰.....	۳-۲-۴ بررسی رابطه‌ی متغیرهای زمینه‌ای با وضعیت سلامت
۱۴۰.....	۱-۳-۲-۴ بررسی رابطه‌ی جنس با وضعیت سلامت
۱۴۱.....	۲-۳-۲-۴ بررسی رابطه‌ی سن با وضعیت سلامت
۱۴۱.....	۳-۳-۲-۴ بررسی رابطه‌ی تأهل با وضعیت سلامت
۱۴۲.....	۴-۳-۲-۴ بررسی رابطه‌ی محل تولد با وضعیت سلامت
۱۴۴.....	۵-۳-۲-۴ بررسی رابطه‌ی تحصیلات با وضعیت سلامت
۱۴۴.....	۴-۲-۴ رگرسیون چند متغیره
۱۴۵.....	۱-۴-۲-۴ بررسی روابط همزمان متغیرهای مستقل با متغیر وابسته
۱۴۶.....	۲-۴-۲-۴ بررسی روابط همزمان متغیرهای مستقل و واسط با متغیر وابسته
۱۴۹.....	۳-۴-۲-۴ بررسی روابط همزمان متغیرهای مستقل، واسط و زمینه‌ای با متغیر وابسته
۱۵۱.....	۵-۲-۴ تحلیل مسیر
۱۵۳.....	فصل پنجم: نتیجه گیری
۱۵۴.....	۱-۵ خلاصه
۱۵۵.....	۲-۵ نتایج

۱۶۲.....	۳-۵ نتیجه‌گیری
۱۶۳.....	۴-۵ دستاوردها و خدمات پژوهش
۱۶۴.....	۵-۵ محدودیت‌های تحقیق
۱۶۴.....	۶-۵ افق‌های آتی پژوهش
۱۶۶.....	منابع
۱۷۶.....	ضمائم

فهرست جداول

عنوان.....	صفحه.....
جدول شماره (۳-۱): ضرائب آلفای کرونیباخ متغیرهای تحقیق	۱۰۸
جدول شماره (۴-۱): گویه‌های بعد جسمانی سلامت (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۱۲
جدول شماره (۴-۲): گویه‌های بعد جسمانی سلامت (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۱۳
جدول شماره (۴-۳): گویه‌های بعد روانی سلامت (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۱۴
جدول شماره (۴-۴): گویه‌های بعد اجتماعی سلامت	۱۱۶
جدول شماره (۴-۵): مقایسه‌ی ابعاد سلامت	۱۱۷
جدول شماره (۴-۶): گویه‌های دینداری (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۱۸
جدول شماره (۴-۷): پایگاه اجتماعی-اقتصادی پاسخگویان	۱۱۹
جدول شماره (۴-۸): گویه‌های احساس نابرابری اجتماعی (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۰
جدول شماره (۴-۹): گویه‌های ابعاد سه‌گانه‌ی حمایت ادراک شده (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۱
جدول شماره (۴-۱۰): مقایسه‌ی ابعاد سه‌گانه‌ی حمایت اجتماعی (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۲
جدول شماره (۴-۱۱): گویه‌های بعد تغذیه‌ی سبک زندگی سلامت محور (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۴
جدول شماره (۴-۱۲): گویه‌های بعد ورزش و تحرک فیزیکی سبک زندگی سلامت محور	۱۲۵
(تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۵
جدول شماره (۴-۱۳): گویه‌های بعد استعمال مواد دخانی و الکل، سبک زندگی سلامت محور (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۶
جدول شماره (۴-۱۴): مقایسه‌ی ابعاد سبک زندگی سلامت محور (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۷
جدول شماره (۴-۱۵): گویه‌های استرس (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۲۸
جدول شماره (۴-۱۶): رابطه‌ی حمایت اجتماعی و ابعاد آن با وضعیت سلامت	۱۳۰
جدول شماره (۴-۱۷): رابطه‌ی متغیرهای مستقل با وضعیت سلامت	۱۳۱
جدول شماره (۴-۱۸): رابطه‌ی متغیرهای مستقل با واسط (تعداد معتبر: ۳۹۲)	۱۳۳
جدول شماره (۴-۱۹): رابطه‌ی تحصیلات با سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن	۱۳۵
جدول شماره (۴-۲۰): ضرایب همبستگی میان متغیرهای مستقل و وابسته با کنترل نقش متغیرهای واسط	۱۳۷
جدول شماره (۴-۲۱): رابطه‌ی متغیرهای واسط با وضعیت سلامت	۱۳۹
جدول شماره (۴-۲۲): رابطه‌ی سن با وضعیت سلامت در دو گروه بیمار و همراه	۱۴۰
جدول شماره (۴-۲۳): آزمون تی بین محل تولد و وضعیت سلامت در دو گروه بیمار و همراه	۱۴۲
جدول شماره (۴-۲۴): آزمون تی بین تحصیلات و وضعیت سلامت	۱۴۳
جدول شماره (۴-۲۵): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل با وابسته در گروه بیمار	۱۴۴
جدول شماره (۴-۲۶): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل با متغیر وابسته در گروه همراه	۱۴۵
جدول شماره (۴-۲۷): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل با متغیر وابسته در نمونه‌ی کل	۱۴۵
جدول شماره (۴-۲۸): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل و واسط با متغیر وابسته در گروه بیمار	۱۴۶

- جدول شماره (۴-۲۹): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل و واسط با متغیر وابسته در گروه همراه ۱۴۶
- جدول شماره (۴-۳۰): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل و واسط با متغیر وابسته در نمونه‌ی کل ۱۴۷
- جدول شماره (۴-۳۱): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل، واسط و زمینه‌ای با متغیر وابسته گروه بیمار ۱۴۸
- جدول شماره (۴-۳۲): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل، واسط و زمینه‌ای با متغیر وابسته گروه همراه ۱۴۸
- جدول شماره (۴-۳۳): ضرایب رگرسیون متغیرهای مستقل، واسط و زمینه‌ای با متغیر وابسته در نمونه‌ی کل ۱۴۹

فصل اول: کلیات تحقیق

بیان مسأله
منطق، اهمیت و ضرورت تحقیق

اهداف تحقیق

۱-۱ مقدمه

سلامت به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی مهم، دارای تأثیرات و پیامدهای بسیار مهمی در سطح فردی و اجتماعی می‌باشد. ارتقا بهداشت و تامین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد و در عصر حاضر به عنوان کانون توجه به شمار می‌رود. انسان موجودی است که یکی از مشخصه‌ها- بلکه مهم‌ترین مشخصه‌ی او زندگی اجتماعی است و از این رو انسان سالم فردی است که علاوه بر برخورداری از سلامت جسمی و روانی، توانایی سازگاری با دیگران و مشارکت فعال در جامعه و ایفای نقش‌های مختلف اجتماعی را داشته باشد.

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی‌تردید مهم‌ترین جنبه از مسائل حیات است. مساله‌ای که از دوران ماقبل تاریخ تاکنون، بشر به منظور حصول آن کوشش کرده است (محسنی، ۱۳۸۵: ۴۴). در حال حاضر در مقایسه با دهه‌های گذشته سلامت در جوامع مختلف بصورت محسوسی ارتقاء یافته و میزان مرگ‌ومیر کاهش چشمگیری داشته است. ارتقاء سطح سلامت و به تبع آن کاهش مرگ‌ومیر در جوامع مختلف فقط ناشی از فعالیت‌های پزشکی و عوامل بیومدیکال^۱ (زیست پزشکی) نمی‌باشد. همچنان که سیدمیرزایی معتقد است: «علاوه بر عوامل پزشکی و زیست پزشکی، زیر ساخت‌های عمرانی مانند شبکه‌های آبرسانی، حمل و نقل و ارتباطات و سایر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز تأثیر بسزایی در کاهش سطح مرگ‌ومیر داشته‌اند. مانند قوانین مختلف در زمینه بهداشت عمومی و

^۱ - Bio Medical

پیشگیری‌های لازم، شیوه‌ی زندگی، سطح درآمدها و توزیع آن، نگرش و برخورد با بیماری و سطح آموزش عمومی و اطلاعات همگانی» (سید میرزایی (۱۳۷۷)، نقل از کاظمی‌پور، ۱۳۸۲: ۷).

تفاوت‌های زیادی در وضعیت سلامت و امید به زندگی در بین کشورهای مختلف و در بین طبقات اجتماعی مختلف یک کشور وجود دارد. مطالعات مختلف صورت گرفته و گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی موید این مطلب است که، دلیل اصلی اختلاف در وضعیت سلامتی و متوسط عمر افراد در نقاط مختلف جهان، عوامل اجتماعی است.

بررسی‌های «کمیسیون بین‌المللی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت»^۱ نشان می‌دهد که ۵۰ درصد عوامل موثر بر سلامت بر مسائلی نظیر پایگاه اجتماعی- اقتصادی فرد، نابرابری اجتماعی، سطح سواد، اشتغال و بیکاری، میزان درآمد، وضعیت مسکن، وضعیت تاهل، رفتارهای اجتماعی، فرهنگ ترافیک، تغذیه مناسب، در دسترس بودن مواد غذایی برای آحاد مردم، مدیریت استرس و فشارهای روانی اجتماعی و صدها عامل مهم دیگری بستگی دارد که مدیریت آن به دست سیستم بهداشتی- درمانی کشورها نمی‌باشد.

جامعه‌شناسان علاقمند به مسائل پزشکی می‌کوشند تا نقش و تأثیر عوامل اجتماعی را در علت‌شناسی بیماری مشخص سازند. بر اساس نظر آن‌ها عوامل اجتماعی اگر هم تعیین کننده و علت نهایی بیماری نباشند، بر حضور بسیاری از علل زیست‌شناختی که می‌تواند به بیماری و حتی مرگ منجر شود تأثیر دارند. برای مثال جنگ که نتیجه رابطه‌ای مخاصمه‌آمیز بین دو جامعه است و سرمنشاء بسیاری از عوارض جسمانی مانند انواع بیماری‌ها، نقص عضو و مرگ می‌باشد پدیده‌ای اجتماعی است (جواهری، ۱۳۸۰: ۱۲).

۱-۲ بیان مسئله

با دستیابی جوامع به توسعه اقتصادی- اجتماعی، میزان مرگ‌ومیر کاهش می‌یابد و علل مرگ‌ومیر نیز با تغییر اساسی روبرو می‌شود. در گذشته بیماری‌های عفونی، انگلی و تنفسی عامل اصلی مرگ‌ومیر بودند،

^۱ - Commission on Social Determinants of Health

در صورتی که امروزه با مهار اکثر بیماری‌های واگیر، طول عمر انسان‌ها افزایش یافته است. در عصر حاضر علل بیشتر مرگ و میرها، بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطانها و سوانح می‌باشد (کاظمی پور، ۱۳۸۲: ۱). بیماری‌ها در هر دوره و در هر فضای اجتماعی با هم تفاوت دارند. امروزه سرطان و بیماری‌های قلبی - عروقی و اخیراً ایدز جایگزین اپیدمی‌های زمان قدیم شده‌اند. در حال حاضر امید به زندگی در فرانسه، چندین سال برای زنان بیشتر از مردان، برای معلمان و مراتب بالای شغلی بیشتر از کارگران می‌باشد. این واقعیت‌ها نتیجه کنش و واکنش پیچیده‌ای است که میان فرایندهای ارگانیک و عوامل اجتماعی وجود دارد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۲۳-۲۲).

در عصر حاضر با تغییر الگوی همه‌گیر شناختی بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن و نیز از علل بالینی به علل روانی و اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (باباخانی، ۱۳۸۷: ۲۴۱). افزایش بیماری‌های مزمن، علوم پزشکی را بر آن می‌دارد تا با مشکلات مربوط به سلامتی مقابله کند، مشکلاتی که فراتر از علل منفرد و واحد بیماری مانند ویروس‌ها و میکروب‌ها هستند و با مدل زیست-پزشکی قابل کنترل و درمان نیستند. بنابراین پزشکی نوین باید هرچه بیشتر به ویژگی رفتار اجتماعی افرادی که معالجه می‌کند، توجه داشته باشد (نقل از کاکرها، ۲۰۰۷: ۸).

آنتونی گیدنز^۱ معتقد است که؛ امید به زندگی و احتمال ابتلاء به بیماری‌های سخت نظیر ناراحتی‌های قلبی، سرطان و ذات‌الریه به شدت از ویژگی‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرند و هرچه افراد از زمینه اجتماعی مرفه‌تری برخوردار باشند، احتمال اینکه در مرحله‌ای از زندگی‌شان از بیماری‌های جدی رنج ببرند کمتر خواهد بود (گیدنز، ۱۳۷۸: ۳۳). بیشترین بار خطرات تهدید کننده سلامت بر دوش مستضعف‌ترین افراد جامعه می‌باشد که تحصیلات رسمی اندک و مشاغل سطح پایین دارند بمنظور کاستن از عوامل تهدید کننده سلامت باید به مقابله مستقیم با فقر، توجه به خطرات تهدید کننده سلامت

^۱ -Anthony Giddens

در میان افراد مستضعف، بهبود سلامت مردم و در نتیجه رشد اقتصاد عمومی و نهایتاً بهبود سلامت مردم پرداخت (صادقی پور و خسروانی، ۱۳۸۷: ۱۸۰-۱۷۹).

محسنی معتقد است؛ بطور کلی علل مرگ و میر تابع شرایط اجتماعی است و باید میان مرگ و میر ناشی از عوامل محیطی و مرگ و میر بیولوژیکی فرق قائل شد (محسنی ۱۳۵۷)، نقل از کاظمی پور، ۱۳۸۲: ۷-۶). عوامل اجتماعی نقش مهمی در ایجاد، حفظ و یا از میان رفتن سلامت انسان دارد. شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند 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 شیوه‌ی زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماری‌ها مانند قلب، ایدز، و سرطان مطرح است. از سوی دیگر شیوه‌ی زندگی سالم، و اجتناب از رفتارهای پرخطر، توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر ارتقاء می‌بخشد (محسنی، ۱۳۸۵: ۱۷). سلامتی نمی‌تواند از زمینه‌ی اجتماعی خود جدا باشد. تحقیقات دهه‌های اخیر نشان داده است که؛ عوامل اجتماعی و اقتصادی نیز به اندازه اقدامات پزشکی می‌توانند بر سلامتی تأثیر بگذارند. این عوامل تأثیر مستقیمی بر بروز، سیر و نتیجه‌ی بسیاری از بیماری‌های قابل انتقال و غیر قابل انتقال و بسیاری مشکلات سلامتی دارند که امروزه جهان را در بر گرفته‌اند (WHO به نقل از پارک، ۱۳۸۲: ۱۲۷). سلامتی و بیماری ارتباط تنگاتنگی با عوامل مختلف دارند به گونه‌ای که کلایمن^۱ معتقد است: «در دل هر نوع ناراحتی جسمی، ارتباط محکمی بین مفاهیم اجتماعی، روانشناختی و فیزیولوژیک نهفته است» (نقل از دیماتئو^۲، ۱۳۷۸: ۳).

مارسل موس^۳ در نوشته‌ای تحت عنوان «اثر جسمانی فکر جمعی مرگ در فرد» با تکیه بر مشاهدات عینی خود در جامعه‌های سنتی استرالیا و زلاندنو نشان می‌دهد چگونه بی‌احترامی فرد به قواعد اجتماعی او را به دیار مرگ می‌فرستد؛ چنانچه فرد آگاهی پیدا کند که رابطه‌ی او، خواه به دلیل جادوگری، خواه به

^۱ -Kleinman

^۲ -Dimatteo

^۳ -Marcel Mauss

خاطر گناهی که مرتکب شده است، با عناصر تشکیل دهنده‌ی محیط زیست اجتماعی‌اش قطع شده و یا احساس کند که از گروه خود کنار گذارده شده است، این فکر در او پدید می‌آید که چاره‌ای جز مرگ ندارد، و این فکر ساده عملاً شخص سالم را به تباهی و سپس مرگ می‌کشاند. ژرژ کان‌گیلم^۱ نشان داد که سلامتی تنها به حالت ارگانیک^۲ فردی مربوط نمی‌شود، به نظر او، باید به چیزی فراتر از جسم، چشم دوخت تا بتوان آنچه را که برای همین جسم بهنجار است مشخص کرد. به نظر این فیلسوف، سلامتی انسان با میزان تسلط وی به محیط نه فقط جسمانی او بلکه اجتماعی او نیز تعیین می‌شود «آدم زنده در میان قوانین زندگی نمی‌کند بلکه در بین موجودات و وقایعی که این قوانین را متفاوت و متنوع می‌سازند، به حیات خود ادامه می‌دهد». بنابراین بیماری و سلامتی بر حسب خواست‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جاافتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرند و به معنای واقعی کلمه، حالات اجتماعی را تشکیل می‌دهند (به نقل از آدام و هرتسلیک^۳، ۱۳۸۵: ۲۳-۲۲).

با وجود سرمایه‌گذاری‌های کلان صورت گرفته در تکنولوژی‌های بیش از پیش پیچیده پزشکی، تحقیقاتی که اثر فنون جدید مداوا را بر دلایل اصلی مرگ‌ومیر به تحلیل کشیده‌اند، نشان می‌دهند که تأثیر این فنون به‌طور کلی نسبتاً ضعیف است. برخی محققان از نگرش اجتماعی که درصدد مقصر جلوه دادن افراد به خاطر رفتارهای مضر سلامتی خود بودند، انتقاد کرده‌اند. رنو^۴ معتقد است: «جامعه دیگر نمی‌تواند تقصیرها را به گردن اعضای خود بیندازد و به آنها بگوید که مرد و زن مسئول رفتارها و عادات خود و در نتیجه سلامتی خود هستند. جامعه باید به کیفیت محیط زیست اجتماعی که ایجاد می‌کند بیاندیشد.» از این رو سیاست‌های سلامتی باید نه فقط منحصرأ به گسترش فنون جدید پزشکی بلکه، به‌طور گسترده‌تری در بهبود پیوند اجتماعی سرمایه‌گذاری کنند (نقل از آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۸۴-۸۳).

در دنیای پیشرفته امروزی که شاخص‌های بهداشتی در مقایسه با دهه‌های گذشته رشد زیادی یافته است و این امر به کنترل بیماری‌های عفونی و کاهش مرگ‌ومیر انجامیده است، بشر از بیماری‌های

^۱ -Georges congruilhem

^۲ -Organic

^۳ -Adam & Herzlich

^۴ -Renaud

مختلفی از جمله بیماری‌های روانی، قلبی-عروقی، دیابت و سرطان رنج می‌برد که برخلاف بیماری‌های شایع و مسری و کشنده گذشته، تنها از عوامل میکروبی و بیماری‌زا نشأت نمی‌گیرند و با رویکرد زیست-پزشکی، قابل تبیین نیستند. تغییرات صورت گرفته در الگوی بیماری‌ها، ما را به این اندیشه وامی‌دارد تا عواملی غیر از عوامل زیستی را در بروز این نوع بیماری‌ها دخیل بدانیم و به عواملی از جمله سبک‌زندگی افراد، شرایط مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی که نوع بشر توسط آنها احاطه شده است، توجه داشته باشیم و در بررسی سلامت و بیماری افراد رویکردی تلفیقی به کار ببریم که ابعاد مختلف وجودی انسان-بعد جسمی، روانی و اجتماعی-را در نظر بگیرد برای این مهم باید در بررسی سلامت و بیماری از رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی^۱ بهره گرفت.

با توجه به مسأله تحقیق، تحقیق حاضر به دنبال این است که به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ی وضعیت سلامت افراد پردازد. در این راستا «وضعیت سلامت» به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۳ منطق، اهمیت و ضرورت انجام تحقیق

جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم جهت رسیدن به توسعه‌ی همه‌جانبه هستند، حفظ و ارتقای سلامت هم‌اکنون نیاز اساسی جهانی است و برنامه‌های مرتبط با توسعه‌ی پایدار کشورها باید با تأمین سلامت افراد جامعه هماهنگی داشته باشد. در برنامه چشم انداز ۲۰ ساله‌ی جمهوری اسلامی ایران، توسعه‌ی سلامت به عنوان یکی از مبانی توسعه‌ی پایدار معرفی شده است. با توجه به اینکه سلامت، محور توسعه‌ی پایدار می‌باشد، بدون توجه به ابعاد مختلف سلامت و تعیین‌کننده‌های سلامت، دسترسی به توسعه‌ی پایدار و موزون ناممکن خواهد بود. بدیهی است بررسی و تبیین تمام مولفه‌ها-از جمله مولفه‌های اجتماعی-ی تأثیرگذار بر سلامت از وظایف محققان و فعالان عرصه‌ی سلامت بوده و بازخورد آن به صورت اطلاعات علمی و عملی به سیاست‌گذاران کلان، موجب کمک به مسأله‌ی مهم توسعه پایدار کشورهاست. در برخی از مواد قانون برنامه توسعه چهارم ایران، از جمله ماده‌های ۸۴، ۸۵، ۸۹، ۹۰، به موضوع سلامت اجتماعی، عدالت در سلامت و دسترسی عادلانه

1 -Biopsychosocial

مردم به خدمات بهداشتی و درمانی اشاره شده است و فصل هفتم برنامه چهارم توسعه نیز به ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی پرداخته است.

سلامتی پدیده‌ی ارزشمندی است که حفظ آن برای همه انسانها اهمیت دارد. دستیابی به اهداف فردی در صورتی امکان‌پذیر است که انسان سالم باشد در این شرایط است که افراد به عنوان عضو جامعه می‌توانند نقش‌های خود را بدرستی ایفا کنند. جامعه‌ای که اعضای سالمی دارد با کارایی بیشتر به اهداف خود دست می‌یابد. از این‌رو سلامتی از جهت فردی و اجتماعی حائز اهمیت است (جواهری، ۱۳۸۰: ۳). کارکردگرایان خاطر نشان می‌کنند که وقتی مردم بیمار می‌شوند، نقش‌های آنها یا بر زمین می‌ماند و یا بر عهده‌ی دیگران گذاشته می‌شود که در هر صورت، نتیجه آن ایجاد تنش و فشار در کل جامعه است. آنها یادآور می‌شوند که علاوه بر این حتی این خطر وجود دارد که برخی از مردم برای معاف شدن از انجام وظایف خود، وانمود به بیماری کنند (پارسونز به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۳: ۱۰۷).

در عصر حاضر به علت پیشرفت‌های فن‌آوری و تأثیر آن بر زندگی انسان، پرداختن به مساله‌ی سلامت و عوامل تأثیر گذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است و تامین سلامتی افراد جامعه یکی از مهمترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌گردد. مطالعات علمی و وسیعی که در این زمینه صورت می‌گیرد، می‌تواند با شناسایی دقیق‌تر عوامل تهدیدکننده‌ی سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به بیماری‌شناسی، کیفیت و سبک‌زندگی و علل آسیب‌های اجتماعی، راه‌گشای برنامه‌های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (نایدو^۱، ۲۰۰۰: ۲۷). سلامت بنیادی است که تمام کوشش‌های انسانی در بستر آن انجام می‌پذیرد و در صورت وجود سلامت در سطحی قابل قبول، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره‌گیرند. به همین جهت سلامت افراد جامعه، بازتاب زندگی در جامعه است و سیاست اجتماعی باید سلامت را محور برنامه‌های توسعه قرار دهد. جمعیت سالم می‌تواند توسعه بیشتر را موجب شود و هزینه‌های کمتری را تحمیل کند (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۰۲).

^۱ -Naidoo

سیاست اجتماعی برای دستیابی به توسعه اقتصادی و اجتماعی، باید در زمینه‌ی ارتقای سلامت سرمایه‌گذاری کند و سهم بخش سلامت را افزایش دهد. در ادبیات اقتصاد بهداشت در واقع سلامت انسان، یک سرمایه تلقی می‌گردد و امور بهداشتی و درمانی با عملکرد خود به افزایش سلامت انسان‌ها (سرمایه‌گذاری خالص) و یا به جایگزین کردن سلامت از دست رفته به دلیل بروز بیماری و یا حوادث (سرمایه‌گذاری جایگزین) می‌پردازد (حق‌پرست، ۱۳۸۳: ۵۳). اگر هدف سیاست اجتماعی را رفاه جامعه بدانیم، کلید ورود به رفاه جامعه ابتدا داشتن امید به زندگی مناسب و سالم است و سپس کیفیت زندگی، که هیچ یک از این‌ها بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست. توسعه بدون وجود انسان سالم قابل درک نیست. به گفته دکتر ماهلر^۱ رئیس پیشین سازمان جهانی بهداشت، «سلامت اگر همه چیز نیست، همه چیز بدون سلامت هیچ است.» از همین رو سلامت را محور توسعه اقتصادی اجتماعی تلقی می‌کنند. سرمایه‌گذاری در ارتقای سلامت، از سرمایه‌گذاری برای معالجه‌ی بیماری‌ها بسیار مقرون به صرفه‌تر است. به عنوان مثال محاسبه شده که هزینه‌ی درمان سل، یکصد برابر هزینه پیشگیری از آن است (به نقل از بابایی، ۱۳۸۲: ۲۱۶). از آن‌جا که اولین گام برای گسترش و توسعه‌ی هر امری شناخت آن می‌باشد، لذا برای توسعه و ارتقاء سلامت و کاهش آلام و بیماری‌ها، شناخت ابعاد و مولفه‌های مختلف سلامت و مخصوصاً ابعاد و مولفه‌های مغفول سلامت ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. اگر می‌خواهیم برای سلامت جامعه اقدام مؤثری انجام دهیم بدون توجه به ریشه‌های اصلی آن، اقداماتمان گذرا و علامتی خواهد بود. توجه به علل و عوامل اجتماعی در کنار عوامل زیستی موثر بر سلامت و بیماری، رویکردی جامع را برای رویارویی با معضلات بهداشتی، ارتقای سطح بهداشت عمومی و حرکت به سوی جامعه سالم‌تر فراهم می‌کند. در این رویکرد مشکلات بهداشتی و بیماری‌های جسمی و روانی از منظر اجتماعی نگریسته می‌شود، پس با شناخت این تعیین‌کننده‌ها می‌توان از آنها در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی استفاده کرد.

^۱ -Mahler