

سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن: مطالعه‌ای بر روی نابرابری‌های سطوح سلامت بین شهروندان تبریزی

حسین بنی فاطمه، استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

محمدباقر علیزاده اقدم، دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز*

جعفر شهام‌فر، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بهمن عبدی، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز

چکیده

سلامت افراد در جامعه تحت تأثیر متغیرهای محیطی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد. بر این مبنا، توجه به آگاهی‌های بهداشتی افراد، سواد سلامتی، حمایت‌های اجتماعی و سبک زندگی در کنار مؤلفه‌هایی، مانند: سواد، وضعیت اقتصادی، نوع اشتغال، شرایط محیطی زندگی و بسیاری مؤلفه‌های اقتصادی^۱ اجتماعی دیگر در تبیین وضعیت سلامتی افراد جامعه مورد توجه قرار گرفته است و این مطالعه تلاشی در تداوم فعالیت‌های علمی جامعه‌شناسان در زمینه تبیین نابرابری‌های سطوح سلامت بین افراد با اتکا به عوامل اجتماعی است. مطالعه حاضر بر روی ۶۵۰ نفر از والدین خانوارهای تبریزی صورت گرفته است که با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مردان از سطح سلامتی بالاتری در مقایسه با زنان برخوردارند؛ به گونه‌ای که در یک مقیاس ۱۰۰ امتیاز نمره سلامت مردان ۷۵/۷ و زنان ۷۱/۵ به دست آمده است و افراد دارای سطح تحصیلات بالا، دارای نمرات سلامتی بالاتری در مقایسه با افرادی هستند که از نظر وضعیت تحصیلی پایین‌تر از آنها قرار دارند. همچنین، مطالعه به نتایج متقنی در زمینه تأثیر آگاهی‌های بهداشتی، سواد سلامتی، سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر سطح سلامت شهروندان دست یافت.

واژه‌های کلیدی: نابرابری‌های سطوح سلامت، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، تبریز.

بیان مسأله

سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی نیست؛ زیرا عوامل اجتماعی نیز نقشی مهم در ایجاد، حفظ یا از میان رفتن سلامت انسان دارند. سیر تحول بیماری‌ها در نقاط مختلف دنیا نشان می‌دهند که ابتدا بیمارهای مفصلی‌جانشین بیماری‌های عفونی شده‌اند و هم‌اکنون بیماری‌های «پسیکوسوماتیک»^۱ دارای شیوع بیشتری در جوامع هستند که ویژگی اصلی این بیماری‌ها نقشی است که عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی در ظهور آنها دارند (محسنی، ۱۳۸۸: ۳۳)؛ زیرا همچنانکه "گروتجاهن"^۲ نیز مطرح کرده است، عامل اجتماعی می‌تواند:

- سبب پدید آمدن استعداد ابتلا به بیماری شود یا فرد را مستعدتر سازد؛

- مولد بیماری باشد؛

- سبب انتقال و اشاعه بیماری باشد؛

- بر مدت بیماری تأثیر بگذارد (محسنی؛ به نقل از گروتجاهن، ۱۳۸۸: ۳۳).

از این منظر می‌توان گفت که بین پدیده‌های زیستی و اجتماعی آمیختگی وجود دارد و اغلب لازم است برای توجیه وضعیت‌های سلامتی اقدام به ارائه «تعلیل‌های زنجیره‌ای» بنامیم که در برگیرنده زنجیره‌ای از عوامل به منظور تبیین یک وضعیت هستند (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۶۸). به عبارتی، سلامت مقوله‌ای است که در درون یک شبکه علی گسترده متشکل از متغیرهای متنوع و فراوانی قرار گرفته است که به طور قطع نمی‌توان جای مشخصی برای آن در این زنجیره علی تعیین نمود، چرا که خود گاهی معلول و گاهی علت متغیرهای متعددی است. در این زمینه سازمان بهداشت جهانی در گزارش سالانه خود در سال ۲۰۰۲ به نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در سلامت تأکید کرده است (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۰۲). در تبیین این پدیده بر عواملی چون میزان خدمات

پزشکی دریافتی، دسترسی به منابع مالی و حمایت‌های اجتماعی، مسکن مناسب و محیط زیست‌شهری توجه شده است (بادوئه^۴، ۲۰۰۲: ۵۳۱ و آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۷۰). در فرانسه در دهه هشتاد در بین مردان فعال، معلمان، ادبا و علما و نیز مهندسان کمتر در معرض خطر از دست دادن سلامتی یا مرگ و میر قرار داشتند در مقابل مرگ و میر کارگران به میزان ۵۰ درصد از مرگ و میر کل جمعیت بیشتر بوده است (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۷۰). تحقیقات در انگلستان نیز نشان داد که متغیر طبقه اجتماعی در تعداد زیادی از ویژگی‌های وضعیت سلامتی تأثیرگذار است و نه فقط بر مرگ و میر و ابتلاپذیری، بلکه بر قد و وزن، وضع دندان‌ها یا بینایی یا حتی بر توان باروری و غیبت در کار تأثیر می‌گذارد. با توجه به موارد پیش گفته و نظر به دخالت عوامل متعددی چون طبقه و پایگاه اجتماعی، جنس، محل سکونت، پایگاه خانوادگی، سرمایه اقتصادی و اجتماعی، آموزش و ... در سلامت فرد، باید از توجه به سلامت به عنوان مقوله‌ای کاملاً زیستی و فیزیولوژیک اجتناب نموده، آن را چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی در ارتباط با عوامل و متغیرهای متعددی بررسی نمود. این تحقیق با هدف جمع‌آوری شواهد تجربی به منظور پاسخگویی به بخشی از ادعاهای مطرح شده در بالا صورت می‌گیرد و قصد دارد در سطح شهر تبریز و با استفاده از ابزار استاندارد SF36 کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شهروندان را سنجش و ارتباط آن با متغیرهای اجتماعی^۵ اقتصادی، سبک زندگی و عوامل محیطی را بررسی نماید؛ چرا که علی‌رغم اینکه در قانون اساسی ایران سلامت به عنوان حق بشری انسان‌ها تعریف شده و دولت موظف شده است که امکانات بهداشتی اولیه را به طور برابر در اختیار همه ایرانیان قرار دهد، اما عملاً این امر اتفاق نیفتاده است و شاهد نابرابری‌های زیادی در زمینه دسترسی مردم به سطوح متفاوت خدمات بهداشتی هستیم و تفاوت در وضعیت سلامتی افراد جامعه به وضوح قابل مشاهده است و علاوه بر آن، در طی

¹ Psychosomatique

² Grotjahn

³ WHO

⁴ Boadu

زندگی در سال‌های ۲۰۱۱ و ۲۰۰۰ و ۱۹۹۰ میلادی به ترتیب ۷۰،۷۳ و ۶۰ بوده است (آمارهای جهانی سلامت^۲، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، چرا تفاوت زیادی از نظر سن امید به زندگی بین کشورهای فقیر و غنی وجود دارد؟ همچنین، چرا همین شاخص برای مردان و زنان در داخل همین کشورها نیز متفاوت است؟ شاید بتوان پاسخ‌های زیادی برای این سؤال‌ها پیدا کرد که به نحوی بتوانند این تفاوت‌ها را توضیح دهند، اما سعی خواهیم کرد پاسخی را از بین آنها انتخاب کنیم که قانع‌کننده‌تر، علمی‌تر و فراگیرتر و جامع‌تر از بقیه پاسخ‌ها باشد و دست یافتن به آن پاسخ همان کاری است که در این تحقیق به دنبال آن هستیم. حال برای بسط موضوع برخی از پاسخ‌های محتمل برای تفاوت‌های موجود در شاخص‌های سلامت در بین جوامع و نیز داخل آنها مورد بحث قرار می‌گیرد. شاید اولین پاسخی که برای توضیح در زمینه دلایل کاهش مرگ و میر در طی دهه‌های اخیر به ذهن متبادر می‌شود، مربوط به رشد روزافزون دانش پزشکی و دستیابی بشر به پیشرفت‌های قابل توجه برای درمان بیماری‌های مختلف باشد. در این زمینه به حق می‌توان از موفقیت‌هایی بحث کرد که جامعه بشری در طی دو قرن گذشته در زمینه کنترل بیماری‌های واگیرداری، مانند: سل، وبا، تیفوس، جذام و مالاریا ... کسب کرده است و بدین وسیله توانسته است از مرگ هزاران نفر بر اثر این بیماری‌های مهلک که گاهی در عرض چند هفته هزاران نفر را به کام مرگ می‌فرستادند، جلوگیری نماید. علم بشری این موفقیت‌ها را به واسطه برخی کشف‌های تاریخی توسط افرادی مانند لوئی پاستور^۳، کخ^۴ و ارلیچ^۵ به دست آورد. متعاقب همین کشف‌های مهم تاریخی بود که شیوه‌های سنتی در زمینه درمان بیماری‌های به تدریج منسوخ شدند و با ارائه نظریه میکروب توسط پاستور در ۱۸۸۰ دوران جدیدی در تاریخ سلامت بشری آغاز شد

سال‌های اخیر آمارگیری عمومی برای سنجش سطح سلامت ایرانیان صورت نگرفته و این که در حال حاضر در ایران توزیع سلامت در بین گروه‌های مختلف قومی، اجتماعی و دینی به چه نحوی است، مشخص نیست و تنها مطالعات کوچک مقیاس بر روی نمونه‌های کوچکی از شهروندان یا بیماران انجام شده که نمی‌تواند، مستند و قابل اطمینان باشد و لذا در زمینه بررسی و پایش مداوم سلامت مردم در ایران خلأ جدی وجود دارد و به علت همین خلأ اطلاعاتی بوده است که نابرابری‌های توزیع سلامت در ایران نیز چندان مورد توجه قرار نگرفته است و حتی امکان ارزیابی دقیقی از نتایج برنامه‌های بهداشتی و سلامتی صورت گرفته در ایران وجود ندارد و اینکه این اصلاحات و اقدامات تا چه حدی توانسته است گروه‌های مختلف جمعیتی و اجتماعی را سالم‌تر نماید، نیز مبهم و محل شک است.

بحث نظری و پیشینه مطالعاتی

«اگر سلامت، بیماری و ناخوشی، به کلی ریشه در ماهیت زیست‌شناختی و بیولوژیک نوع بشر ریشه داشتند، لذا باید در میان گروه‌های انسانی که در یک محدوده جغرافیایی مشخص زندگی می‌کنند، رخدادهای مربوط به بیماری از نظر آماری روندهای یکسانی را طی می‌کردند، در حالی که چنین نیست» (کینگ دان^۱، ۲۰۰۹: ۵۷). پس تفاوت‌های مشاهده شده در ابتلا به بیماری‌ها در بین افراد مختلف جامعه ناشی از چیست؟ چرا برخی از افراد و گروه‌ها در داخل جامعه سالمتر از بقیه هستند؟ همچنین، چرا در طی سال‌های بعد از جنگ جهانی دوم و یا حتی قبل از آن به طور مرتب سن امید به زندگی در اغلب جوامع جهان افزایش یافته است؟ برای مثال، چرا امید به زندگی در کشوری مثل افغانستان در سال ۲۰۱۱ میلادی ۶۰ سال بوده است و در مقایسه با سال‌های ۲۰۰۰ و ۱۹۹۰ به ترتیب ۵ و ۱۱ سال افزایش یافته است؟ یا چرا در ایران کشوری که در همسایگی افغانستان قرار دارد، سن امید به

² World Health Statistics

³ Pasteur

⁴ Koch

⁵ Ehrlich

¹ Kingdon

زمینه‌های اجتماعی مؤثر بر وقوع و توزیع بیماری معطوف کرد و جامعه‌شناسان و متخصصان پزشکی به تلاش‌های تازه‌ای در راستای بررسی پیوند میان سلامتی و متغیرهایی مثل طبقه اجتماعی، جنسیت، نژاد، سن و جغرافیا و سایر متغیرهای اجتماعی و محیطی دست زدند و به نتایج درخور توجهی هم در این زمینه دست یافتند، به گونه‌ای که امروزه کمتر اندیشمندی را می‌توان پیدا کرد که به توزیع نابرابر سلامتی در جامعه معترف نباشد و شاید صدها تحقیق در کشورهای مختلف در این زمینه انجام شده و همه نیز به شیوه‌ای نابرابری در عرصه سلامت و نقش عوامل اجتماعی و محیطی در این نابرابری را تأیید کرده‌اند (هاند^۴، ۲۰۱۰؛ بادوئه، ۲۰۰۲؛ کجلستروم و مرکادو^۵، ۲۰۱۲؛ وولف^۶، ۲۰۱۱). همه این یافته‌ها بر ارتباط جامعه با سلامتی تأکید دارند و سلامتی را در ارتباط با جامعه و شرایطی می‌دانند که انسان‌ها در آن زندگی می‌کنند. رویکردی که منجر به برداشت اجتماعی از سلامت و طرح سلامت در زمینه‌ای اجتماعی شده است (فلان^۷، لینک^۸ و تهرانی‌فر، ۲۰۱۰؛ کواچی^۹، ادلر^{۱۰} و داو^{۱۱}، ۲۰۱۰) و منجر به شکل‌گیری مدل اجتماعی از سلامت و رشته‌های علمی متعددی مانند جامعه‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی سلامت، جامعه‌شناسی بدن و ... شده است. تلاش جامعه‌شناسی در قالب این رشته‌های علمی؛ که به دپارتمان‌های پزشکی نیز وارد شده‌اند؛ پی‌جویی سلامت در بستر متغیرهای اجتماعی است، اما به قول گیدنز «هر چند که اکثر محققان وجود همبستگی میان سلامتی و نابرابری‌های اجتماعی را تصدیق می‌کنند، اما هیچ توافقی درباره ماهیت این رابطه یا اینکه چگونه باید نابرابری‌های سلامتی را حل و فصل کرد، وجود ندارد» (گیدنز، ۱۳۸۸: ۲۱۳). هر چند شواهدی دال بر تأثیرگذاری متغیرهای

(مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۸۳) که می‌توان از آن به دوران سلطه رویکرد پزشکی زیستی بر حوزه سلامت تعبیر کرد که ویژگی اساسی آن نگاه تک بعدی و تقلیل‌گرایانه نسبت به بیماری و سلامت بود. رویکرد پزشکی^۱ زیستی یا مدل پزشکی از سلامت که مبتنی بر نظریه میکروب بود، تنها بر سازوکارهای فیزیکی بدن و نیز حوزه کمک‌کننده آن، از جمله فناوری پزشکی توجه نشان داده و می‌دهد. پیشگامان این رویکرد بر این تصور بودند که سایر علل بیماری نظیر علل و عوامل زیست - محیطی را می‌توان نادیده گرفت و از آنجا که بیماری نتیجه ورود یک میکروب یا باکتری به داخل بدن است، لذا اقدامات لازم برای بهبود و ترمیم بیماری باید متمرکز بر مداخله‌های پزشکی باشد و نیازی به توجه به زمینه‌های اجتماعی، هیجانی، محیطی و روان‌شناختی نیست. تأکید اساسی این مدل بر منابع خدمات درمانی و نیز نقش اساسی است که بیمارستان در نظام مراقبت از سلامتی ایفا می‌کند» (همان: ۸۳). این تصور از سلامت که از آن به «مدل مداخله‌گری پزشکی زیستی^۱» تعبیر شده است، به تدریج از سوی برخی از سیاستگذاران حوزه سلامت، سازمان‌های بین‌المللی و نیز جامعه‌شناسان و حتی پزشکان به چالش کشیده شد و آماج انتقادات متعددی قرار گرفت. نقطه مشترک اغلب انتقادات این بود که «مدل زیستی^۲ پزشکی از سلامت^۲ نقش مهم متغیرهای اجتماعی و محیطی را بر الگوهای سلامتی و بیماری نادیده می‌گیرد؛ چرا که دستاوردهای کلی سلامت و بهداشت عمومی در سده گذشته نمی‌تواند این واقعیت را بپوشاند که سلامتی و بیماری در کل جمعیت توزیع یکنواختی ندارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که گروه‌های معینی از مردم نسبت به سایرین از سلامتی بسیار بیشتری برخوردارند و این نابرابری‌های سلامتی به الگوهای کلان تر اقتصادی و اجتماعی مربوط می‌شوند» (گیدنز، ۱۳۸۸: ۲۱۲). بر مبنای همین یافته‌ها بود که به تدریج اپیدمیولوژی^۳ در رشته پزشکی توجه خود را به

⁴ Hund

⁵ Kjellstrom & Mercado

⁶ Wolff

⁷ Phelan

⁸ Link

⁹ Kawachi

¹⁰ Adler

¹¹ Dow

¹ Biomedical interventionist model

² Biomedical model of health

³ Epidemiology

اجتماعی^۱ اقتصادی بر بهداشت و سلامت افراد در نتیجه مطالعات متعدد به لحاظ آماری تأیید شده است، به گونه‌ای که بیشتر محققان ترکیبی از پیشرفت پزشکی و توسعه اقتصادی را عامل اساسی کاهش نرخ مرگ و میر می‌دانند، اما نحوه این تأثیرگذاری به طور واضح بیان نشده است؛ برای مثال کریشمن در مطالعه‌ای که طی سال‌های ۱۹۶۱-۱۹۵۱ در ایالات مختلف هندوستان انجام داد، به این نتیجه دست یافت که کاهش در نرخ مرگ و میر تنها ناشی از اجرای برنامه‌های بهداشت عمومی نبوده است، بلکه توسعه اقتصادی و تغییرات کیفی اجتماعی، به‌ویژه باسوادی اثرهای عمیق‌تری داشته است. او به این نتیجه مهم دست یافت که اثرهای غیرمستقیم باسواد بر کاهش مرگ و میر تقریباً به اندازه اثر مستقیم نسبت پزشک بر جمعیت است. همچنین، وی دریافت که تأثیر آموزش و پرورش بر بهداشت مردم در برخی از موارد دو برابر اثر اقدامات بهداشتی است (محمدزاده و نجفی، ۱۳۸۶: ۱۶۲). همچنین، در پیشگیری از بیماری‌ها، نقش آگاهی‌های بهداشتی مردم بسیار تعیین‌کننده است و رعایت اصول بهداشتی از سوی افراد به تأمین شرایط مساعدتر زندگی برای آنها منجر شده، در بسیاری از موارد احتمال ابتلا به بیماری‌ها را کاهش داده و گسترش بیماری‌های عفونی را کند می‌کند و به همین علت نیز بوده است که در دهه‌های اخیر با گسترش دانش و آگاهی نزد افراد جامعه بیماری‌های عفونی کمتر شده‌اند. تأثیر سواد و آگاهی و به طور کلی فرهنگ زندگی بر سلامت و کیفیت زندگی مرتبط بر سلامت^۱ امری است که اتفاق نظر قابل توجهی از سوی اندیشمندان در رابطه با آن وجود دارد و در برخی موارد حتی این ادعا شده است که سلامت و رفتارهای مرتبط با تنظیم جنبه‌هایی از زندگی مانند تغذیه، شیوه زندگی و ... که ارتباط مستقیم با سلامت پیدا می‌کنند، تحت تأثیر فرهنگ افراد جامعه قرار می‌گیرد. شواهد بسیار مستدلی دال بر تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی و اقتصادی بر سلامت در طی تحقیقات متعدد آشکار شده است. در

مجموع، بیش از ۲۴ بررسی جداگانه در ۱۵ کشور مختلف به اثبات رسانده است که میزان تحصیلات مادر حتی در یک وضعیت مشابه اقتصادی می‌تواند کلید اصلی تعیین میزان سلامت کودک باشد؛ مثلاً در پاکستان و اندونزی مرگ و میر کودکانی که مادرانشان چهار سال تحصیل دبستانی داشتند، ۵۰ درصد کمتر از اطفال مادران بی‌سواد بود. همچنین، تحقیق انجام شده توسط مرکز جمعیت آمریکای لاتین در ۱۱ کشور نشان داد که نفوذ تحصیلات مادر در ادامه حیات کودک حتی از سطح درآمد خانوار مؤثرتر بوده است (همان: ۱۶۲). در رابطه با نرخ‌های باروری زنان و تغییرات حاصله در نرخ رشد جمعیت در سطح جهان و نیز کشورمان نیز این مقوله صدق می‌کند؛ به گونه‌ای که اتکای صرف به عوامل ساختاری و نسبت دادن کاهش نرخ باروری زنان به عواملی چون پیشرفت‌های حاصله در زمینه پزشکی یا در دسترس بودن وسایل پیشگیری از بارداری نمی‌تواند به درستی دلایل کاهش نرخ باروری در دهه‌های اخیر را توضیح دهد (انگین و شورتر، ۱۹۹۸: ۵۵۵)، زیرا تحقیقات نشان داده است که تصمیمات زنان برای انجام عمل پیشگیری به طور قابل توجهی تحت تأثیر سنت‌های مذهبی و فرهنگی هر جامعه‌ای قرار می‌گیرد و صرف دسترسی به وسایل پیشگیری نمی‌تواند مترادف پیشگیری در نظر گرفته شود (کمپل، هودا اوغلوگیل و پوتز، ۲۰۰۶: ۸۹) و تأثیر ساختارهای فرهنگی روی دیدگاه زنان نسبت به استفاده از وسایل پیشگیری به اندازه‌ای است که عواملی چون دسترسی زنان به امکانات پیشگیری یا مزایای اقتصادی ناشی از داشتن تعداد کم فرزند را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و زنان در جوامع سنتی اغلب مجبور می‌شوند برای کاستن از فشار ساختار فرهنگی و بر حذر ماندن از تنبیهات جامعه به طور ناخواسته اقدام به فرزندآوری کنند (عبدی، ۱۳۸۶). همه این شواهد و یافته‌های متقن حکایت از وجود یک رابطه علی بین عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی با سلامت دارد و نشان می‌دهد که این متغیرها در یک مجموعه علی به همدیگر متصل هستند؛ به گونه‌ای که محققان و صاحب‌نظران حوزه

¹ Health related quality of life

اجتماعی بر سلامت را به چالش می‌کشد و هنوز هم ابهام‌های جدی در زمینه چگونگی تبیین رابطه همبستگی بین سلامت و عوامل اقتصادی^۱ اجتماعی وجود دارد و هنوز مکانیسم‌های واقعی پیونددهنده سلامتی با عوامل اقتصادی^۱ اجتماعی یا به عبارتی طبقه اجتماعی افراد به طور کامل کشف و تبیین نشده است و حتی چندین رویکرد رقیب نیز برای رد این همبستگی طرح شده‌اند که گیدنز آنها را به شرح زیر فهرست کرده است:

۱- تبیین‌های ناظر به ساختگی بودن داده‌ها؛ که ادعا دارد ارباب‌های متعددی در زمینه سنجش سلامت و نیز موقعیت اجتماعی^۱ اقتصادی افراد در طی تحقیقات رخ می‌دهد و همین امر اعتبار داده‌ها و ارقام ناشی از این اندازه‌گیری‌ها را زیر سؤال می‌برد.

۲- تبیین‌های مبتنی بر انتخاب سالمترها؛ که مدعی است این سلامت افراد است که بر موقعیت اجتماعی آنها تأثیر می‌گذارد، نه بر عکس.

۳- تبیین‌های فرهنگی و رفتاری؛ که مدعی هستند سلامت نه معلول عوامل اجتماعی، بلکه ناشی از شیوه رفتار و به عبارتی سبک زندگی افراد است که آن هم بیشتر در فرهنگ فردی و نیز جمعی افراد ریشه دارد و در این زمینه سبک زندگی را به عنوان عامل اساسی در میزان سلامتی فرد مطرح می‌کنند.

۴- تبیین‌های مادی‌گرایانه یا محیطی؛ که علت نابرابری‌های سلامتی را در ساختارهای بزرگتر اجتماعی، مانند: فقر، توزیع ثروت و درآمد، بیکاری و مسکن و ... می‌دانند و برای مقابله با نابرابری‌های سلامتی، حل این معضلات ریشه‌ای را طلب می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۴۱۴-۴۱۵). البته رویکردها و رهیافت‌های نظری مانند دور محرومیت، فرهنگ فقر، انتخاب اجتماعی و نظریه برچسب و بسیاری دیگر از نظریات نیز وجود دارند که به عنوان تبیین‌های رقیب برای نظریات مبتنی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مطرح هستند (مسهودنیا، ۱۳۸۹: ۱۳۱-۱۳۵). رویکرد نظری اصلی و عمده‌ای که در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفته و بر آن تأکید شده است، نظریه

سلامت از «تعلیل اجتماعی»؛ یعنی رابطه زنجیره‌ای مجموعه‌ای از متغیرها با همدیگر صحبت می‌کنند که در مجموع با عنوان «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت»^۱ نام برده می‌شوند که در یک شبکه علی بسیار پیچیده و گاه دوری با همدیگر قرار می‌گیرند (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۶۸) برای مثال، تعلق یک فرد به یک رده حرفه‌ای^۱ اجتماعی با جایگاه فرد در بازار کار مشخص می‌شود، اما همین موضوع با درآمد، سواد، رفتارها و ویژگی‌های فرهنگی فرد هم رابطه دارد و از سوی دیگر، در حالی که خود محصول همین دستاوردهاست، اما بر آنها تأثیر نیز می‌گذارد. از این روی، تعیین نحوه تأثیر و تأثر این متغیرها بر همدیگر و در نهایت بر سلامت در هاله‌ای از ابهام است. همین موضوع باعث شده است که برخی از جامعه‌شناسان برای تبیین تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی افراد، نظریه انتخاب اجتماعی را مطرح کنند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۴) که بیان می‌کند این نابرابری‌های اقتصادی^۱ اجتماعی نیست که وضعیت سلامتی افراد را تعیین می‌کند، بلکه سطح سلامتی افراد است که با ایجاد تمایز در میزان توانایی‌های جسمی و ذهنی افراد زمینه را برای کسب جایگاه‌های اجتماعی-اقتصادی برتر توسط افراد سالم‌تر فراهم کرده و به ایجاد این تصور عمومی منجر می‌شود که افراد دارای پایگاه اقتصادی^۱ اجتماعی بالا، سالمتر از بقیه هستند، در حالی که این موضوع را باید طور دیگری دید. بدین گونه که «دستیابی به فلان یا بهمان رده اجتماعی^۱ حرفه‌ای به خیلی چیزها، از جمله به سلامت فرد بستگی دارد. برای کسب بهترین موقعیت‌ها در جامعه صفاتی لازم است که از نظر جسمی و روحی می‌توان به سادگی در سالمترین افراد جامعه پیدا کرد. به این ترتیب، از ابتدای کار احتمال می‌رود که تربیت‌شده‌ترین قشرها از افرادی تشکیل شده باشند که نسبت به دیگران به طور متوسط از سلامت بهتری برخوردارند» (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۷۲). این دیدگاه، نظریات و نیز یافته‌های موجود در زمینه تأثیر عوامل اقتصادی^۱

¹ Social determinants of health

ساکنان بالای ۱۵ سال توسط گشتاسبی و همکاران (۱۳۸۲) صورت گرفته و نشان داده است تحصیلات و محل سکونت مؤلفه‌هایی بوده‌اند که بر مبنای آنها تفاوت معنی‌داری بین سلامت افراد مورد مطالعه ایجاد شده است و برخی تحقیقات محدود نیز در مقیاس کوچک انجام شده (شاهرخی، ۱۳۸۲؛ معتمد و همکاران، ۱۳۸۱؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۸۹؛ تولایی و همکاران، ۱۳۸۴) که به نوعی بر تأثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی و محیطی بر سلامت افراد تأکید دارند. تعداد محدودی از این مطالعات با استفاده از پرسشنامه SF36 انجام شده است که ابزاری بین‌المللی برای سنجش کیفیت مرتبط با زندگی در افراد مختلف است و یکی از شاخص‌های استاندارد و دارای اعتبار بین‌المللی برای ارزیابی وضعیت سلامتی افراد جامعه است. این مطالعه به عنوان گامی کوچک در راستای سنجش سلامت شهروندان تبریزی و تبیین و توضیح آن بر مبنای ویژگی‌های اجتماعی^۱ اقتصادی و محیطی افراد مورد مطالعه صورت می‌گیرد.

فرضیات تحقیق

- عوامل اجتماعی سطح سلامت شهروندان تبریزی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
- زنان و مردان از نظر میزان سلامت تفاوت معنی‌داری با هم دارند.
- بین سن و سطح سلامت افراد رابطه وجود دارد.
- گروه‌های مختلف تحصیلی از نظر میزان سلامت با هم متفاوتند.

روش شناسی تحقیق

این تحقیق یک بررسی توصیفی-تحلیلی بوده و از نظر زمانی جزو تحقیقات مقطعی و از نظر شیوه انجام جزو تحقیقات پیمایشی با جامعه آماری بزرگ مقیاس است که جامعه آماری آن را یکی از والدین (مادر یا پدر) خانوارهای ساکن در شهر تبریز تشکیل می‌دهند که براساس نتایج سرشماری نفوس و

علل زیربنایی^۱ فلان و لینک (۱۹۹۵) است که بر نقش تعیین‌کننده پایگاه اقتصادی^۲ اجتماعی افراد در سطح سلامت آنها تأکید دارد و با توجه به اینکه در هر جامعه به تناسب دسترسی به منابع، سطوح بسیار متنوع پایگاهی وجود دارد، لذا متناسب با آن یک سیستم سلسله مراتبی در زمینه توزیع سلامت نیز به چشم می‌خورد. نگرش به سلامت از این زاویه دید باعث شده است که آن را به عنوان محصولی اجتماعی و پدیده‌ای سیال و متکثر در نظر گرفته و وجود و یا عدم سلامت، همچنین، نابرابری سطوح آن بین شهروندان را ناشی از تأثیرگذاری طیف وسیعی از عوامل در نظر بگیریم که همین رویکرد به فاصله‌گیری چارچوب نظری مطالعه حاضر از مدل زیستی از سلامت و حرکت آن به سمت مدل چند علی از سلامت منجر شده است که بر نقش عوامل اجتماعی در سلامت در کنار عوامل زیستی و روان‌شناختی تأکید می‌کند. با توجه به اینکه مطالعه حاضر در قلمرو علمی جامعه‌شناسی قرار گرفته، لذا تأکید خود را بیشتر روی عوامل اجتماعی متمرکز کرده و به دنبال شناخت نقش آنها در سلامت است. از طرفی، این مطالعه وجود نابرابری در سلامت را امری بدیهی در نظر گرفته و از قبل با این پیش فرض طراحی گردیده است و علت چنین نگرشی به سلامت نیز ناشی از وجود این تلقی بوده است که سلامت به این علت که محصولی اجتماعی است، لذا ماهیت جوامع بشری را با خود دارد و چون یکی از بارزترین ویژگی‌های جوامع بشری وجود نابرابری‌های پایگاهی در آن است، لذا سلامت نیز قطعاً نابرابر توزیع شده است؛ چرا که توزیع سلامت بر مبنای مدعای نظریه اصلی این تحقیق به شدت تحت تأثیر پایگاه اقتصادی^۳ اجتماعی است. مطالعات متعدد در داخل و خارج از ایران نیز این امر را تأیید می‌کنند؛ به گونه‌ای که مطالعات صورت گرفته در زمینه سنجش سطح سلامت ایرانیان ارتباط سطح سلامت با برخی شاخصه‌های اقتصادی^۴ اجتماعی را نشان می‌دهند؛ از جمله مطالعه‌ای که در تهران بر روی ۴۱۶۳ نفر از

^۱ Fundamental causes theory

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه این تحقیق مشتمل بر سه قسمت است: قسمت اول به جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیکی و خصیصه‌ای پاسخگویان می‌پردازد که شامل: سن، جنسیت، تحصیلات، شغل و ... است. قسمت دوم پرسشنامه به جمع‌آوری اطلاعات درباره متغیرهایی چون دانش و آگاهی‌های بهداشتی، حمایت اجتماعی، دسترسی به خدمات بهداشتی، شرایط محیطی پاسخگویان، سبک زندگی و رفتارهای پرخطر می‌پردازد. بخش سوم پرسشنامه که بخش اصلی پرسشنامه را نیز تشکیل می‌دهد، شامل پرسشنامه SF36 است که در قالب ۳۶ سؤال به بررسی وضعیت سلامت پاسخگویان می‌پردازد. ترجمه اصل پرسشنامه به فارسی توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) و زیر نظر مؤسسه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی^۱ و با استفاده از متدهای مرکز بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی انجام گرفته است. سؤال‌های این پرسشنامه هشت سازه اصلی در رابطه با سلامت فردی را اندازه‌گیری می‌کنند که چهار سازه سلامت فیزیکی و چهار سازه سلامت روانی را اندازه‌گیری می‌کنند (جدول ۲). ۳۶ سؤال پرسشنامه، در قالب هشت سازه سازمان می‌یابند و هر سؤال نمره‌ای بین ۰ (پایین‌ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالاترین نمره) دارد که براساس پاسخ افراد به گزینه‌های سؤال‌ها، نمره‌ای به فرد اختصاص می‌یابد و از جمع‌بندی نمره‌های فرد به سؤال‌های هر سازه، نمره فرد در رابطه با آن سازه به دست می‌آید.

مسکن سال ۱۳۹۰، تعداد ۴۵۵۴۹۴ نفر بوده‌اند. حجم نمونه برای این تحقیق پس از انجام پیش‌آزمون بر روی گروهی ۳۰ نفره و تعیین واریانس متغیر وابسته، با استفاده از فرمول کوکران ۶۱۱ نفر محاسبه گردید که با فرض احتمال رد برخی از پرسشنامه‌ها حجم نمونه به ۶۵۰ نفر افزایش داده شد.

$$n = \frac{455494 \times 1.96^2 \times 0.398}{455494 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.398} = 611$$

$$N = 455494$$

$$S^2 = 0.398$$

$$d = 0.05$$

$$t = 1.96$$

برای دسترسی به افراد جهت تکمیل پرسشنامه‌های طرح از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد؛ بدین شیوه که شهر تبریز براساس مناطق شهرداری به ۱۰ منطقه تقسیم گردید که تعداد خانوار و جمعیت هر منطقه در جدول ۱ آمده است. منطقه ۹ با توجه به جمعیت پایین خود از جامعه آماری حذف گردید و سپس متناسب با تعداد خانوار هر منطقه به کل شهر تبریز سهمی از کل نمونه به آن منطقه اختصاص یافت (جدول ۱). برای تکمیل پرسشنامه‌ها از هر منطقه شهرداری از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده گردید و هر منطقه شهرداری به سه منطقه حاشیه‌نشین، مناطق متوسط و مناطق مرفه تقسیم‌بندی گردید و از هر طبقه یک یا دو بلوک آماری به طور تصادفی برای تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب گردید. در مجموع، در این تحقیق تعداد ۳۳ بلوک آماری^۱ از مناطق مختلف شهری تبریز برای تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب و ۶۵۰ پرسشنامه از خانوارهای موجود در مناطق مذکور تکمیل گردید.

^۱ به مجموعه‌ای از ساختمان‌های به هم پیوسته یا زمین‌ها و ساختمان‌های به هم پیوسته اطلاق می‌شود که از همه طرف به معابر عمومی (کوچه، میدان، خیابان و...) و یا عوارض طبیعی (رودخانه، کوه و...) محدود شده باشد. محدوده پیرامون بلوک آماری می‌تواند از نوع بلوک، دیوار، محوطه محصور با دیوار و فاقد ساختمان، حصار، نرده، پرچین، ردیف درخت، حد بلوک و... باشد. بلوک مهمترین عارضه موجود در نقشه آماری شهری بوده و هر بلوک دارای یک کد منحصر به فرد برای آمارگیری است (کتاب راهنمای سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰).

^۲ International Quality of Life Assessment (IQOLA)

جدول ۱- جمعیت و خانوار شهر تبریز به تفکیک مناطق شهرداری

| نام منطقه | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | کل |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|---------|
| جمعیت | ۲۱۲۲۰۶ | ۱۶۹۰۴۷ | ۲۴۳۴۰۰ | ۳۱۶۱۲۶ | ۹۲۲۷۴ | ۹۴۸۹۷ | ۱۴۳۴۶۰ | ۲۸۷۰۰ | ۳۲۴ | ۱۹۴۵۶۴ | ۱۴۹۴۹۹۸ |
| تعداد خانوار | ۶۵۶۵۴ | ۵۱۵۰۵ | ۷۴۱۵۹ | ۹۶۳۱۷ | ۲۸۱۱۴ | ۲۸۹۱۳ | ۴۳۷۰۹ | ۸۷۴۴ | ۹۸ | ۵۹۲۷۹ | ۴۵۵۴۹۴ |
| سهم منطقه از کل خانوار | %۱۴ | %۱۱ | %۱۶ | %۲۱ | %۶ | %۶ | %۱۰ | %۲ | %۰,۰۲ | %۱۳ | %۱۰۰ |
| سهم منطقه از کل نمونه | ۹۲ | ۷۳ | ۱۰۵ | ۱۳۷ | ۴۰ | ۴۱ | ۶۲ | ۱۲ | ۸۵ | ۶۴۷ | |

قابلیت اعتماد^۱ و اعتبار^۲ پرسشنامه تحقیق^۳

قابلیت اعتماد به عنوان یکی از ویژگی‌های ابزار اندازه‌گیری به سنجش توانایی ابزار برای اندازه‌گیری ویژگی‌های باثبات آزمودنی‌ها می‌پردازد و هر چه دارای ضریب بالایی باشد، نشان می‌دهد که ابزار به خوبی طراحی شده و به جای سنجش ویژگی‌های موقتی به اندازه‌گیری نگرش‌های ثبات یافته افراد می‌پردازد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۱: ۱۶۶). پرسشنامه SF36 که ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق است، در مطالعات متعدد در داخل و خارج از کشور از نظر قابلیت اعتماد و اعتبار ارزیابی و تأیید شده است. منتظری و همکاران (۲۰۰۵: ۸۷۷) با مطالعه بر روی ۴۱۶۳ نفر با استفاده از روش آلفای کرونباخ و «مقایسه گروه‌های شناخته شده» به ارزیابی قابلیت اعتماد و اعتبار پرسشنامه پرداختند. ضریب آلفای کرونباخ برای همه آیت‌های هشتگانه به استثنای آیت‌های ۴ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹ به دست آمد. ارزیابی نتایج تحقیق با استفاده از روش «مقایسه گروه‌های شناخته شده» نشان داد که گونه فارسی SF36 قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیت براساس جنس و سن است و لذا دارای اعتبار سازه‌ای قابل قبولی است. معتمد و همکاران (۱۳۸۱) نیز به

ارزیابی قابلیت اعتماد و اعتبار پرسشنامه SF36 پرداختند. در مطالعه مذکور میزان آلفای کرونباخ برای هر هشت مقیاس پرسشنامه بالاتر از ۰/۸۵ گزارش شده است (معتمد و همکاران، ۱۳۸۱: ۳۸). در سطح دنیا نیز مطالعات متعدد برای ارزیابی قابلیت اعتماد این ابزار صورت گرفته است؛ از جمله (مک هورنی^۵ و همکاران، ۱۹۹۴، گاندیک^۶ و همکاران، ۱۹۹۸ و گاندیک و همکاران، ۲۰۰۴) با استفاده از روش سازگاری درونی (آلفای کرونباخ) به ارزیابی قابلیت اعتماد این ابزار پرداخته و سازگاری درونی آن را خوب گزارش کرده‌اند. مطالعاتی دیگر با به کارگیری روش تست-تست مجدد^۷ انجام شده و به تأیید قابلیت اعتماد پرسشنامه SF36 منجر شده است (ویر^۸، کوسینسکی^۹ و کالر^{۱۰}، ۱۹۹۴، کافه^{۱۱}، ۲۰۰۱ و هوپمان^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴). اعتبار پرسشنامه از نظر سازه‌ای^{۱۳} و از نظر قابلیت افتراق و قدرت تمیز آن توسط مطالعات متعدد تأیید شده است (تارلو^{۱۴} و همکاران، ۱۹۸۹؛ جنکینسون^{۱۵}، ۱۹۹۹ و کافه، ۲۰۰۱). در این مطالعه قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری از طریق روش

⁵ McHorney

⁶ Gandek

⁷ Test-retest

⁸ Ware

⁹ Kosinski

¹⁰ Keller

¹¹ Kagee

¹² Hopman

¹³ Constructive validity

¹⁴ Tarlov

¹⁵ Jenkinson

¹ Reliability

² Validity

^۳ در ترجمه به فارسی به سرمد و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۶۶ استناد شده است.

⁴ Vitality

آلفای کرونباخ محاسبه گردیده که نتایج به شرح جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- ابعاد اصلی و سازه‌های پرسشنامه تحقیق

| پرسشنامه تحقیق | ابعاد اصلی | سازه‌ها* | تعداد سؤال | دامنه تغییرات | قابلیت اعتماد |
|----------------|----------------|-------------------------|------------|---------------|---------------|
| متغیرهای مستقل | عوامل اجتماعی | آگاهی‌های بهداشتی | ۱۰ | ۱۰-۶۰ | ۰/۸۷ |
| | | دسترسی به خدمات بهداشتی | ۴ | ۴-۰ | ۰/۶۷ |
| | | سبک زندگی سلامت محور | ۱۰ | ۱۰-۶۰ | ۰/۷ |
| | | شرایط محیطی | ۱۶ | ۰-۱۶ | |
| | | سواد سلامتی | ۵ | ۵-۳۰ | ۰/۸۲ |
| | سلامت فیزیکی | حمایت اجتماعی | ۶ | ۶-۳۶ | ۰/۸۷ |
| | | عملکرد جسمی | ۱۰ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۸۸ |
| | | محدودیت جسمی | ۴ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۷۵ |
| | | درد جسمی | ۲ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۸۱ |
| | | سلامت عمومی | ۵ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۷۳ |
| سلامت روانی | عملکرد اجتماعی | ۲ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۷۸ | |
| | مشکلات روحی | ۳ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۷۶ | |
| | سلامت روان | ۵ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۷۷ | |
| | نشاط | ۴ | ۰-۱۰۰۰ | ۰/۶۸ | |

*در ترجمه عناوین سازه‌های پرسشنامه SF36 به منتظری و همکاران ۱۳۸۴ استناد شده است.

نتایج توصیفی تحقیق

بررسی وضعیت نمونه در رابطه با متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد که مقادیر این متغیرها از توزیع نامتجانسی در نمونه مورد مطالعه برخوردار است؛ به گونه‌ای که مقایسه مقادیر متغیرها بر اساس درصد امتیاز کامل نشان می‌دهد که بهترین وضعیت در بین مؤلفه‌های اجتماعی مربوط به شرایط محیط زندگی است که درصد امتیاز کامل نمونه در مؤلفه مذکور ۸۰ گزارش شده است و بدترین وضعیت در مؤلفه دسترسی به خدمات بهداشتی مشاهده می‌شود که نمره گزارش شده ۳۵ از ۱۰۰ است و در رتبه بعدی مؤلفه سواد سلامتی با نمره ۴۴

قرار گرفته است. در کل، در این مطالعه نشان داده شده است که وضعیت نمونه در مؤلفه‌های اجتماعی چندان رضایت بخش نیست و فاصله نسبتاً زیادی بین وضعیت موجود و وضع مطلوب وجود دارد. همچنین، در رابطه با متغیر وابسته این تحقیق میانگین نمره نمونه ۷۳/۶ محاسبه شده است که هر چند نمره‌ای بالاتر از حد متوسط است، ولی تا دستیابی به وضع مطلوب (نمره ۱۰۰) فاصله زیادی وجود دارد. وضعیت نمونه در سایر مؤلفه‌ها بر حسب میانگین، انحراف استاندارد و درصد امتیاز کامل در جدول ۳ به تفصیل ارائه شده است.

جدول ۳- توصیف وضعیت نمونه در متغیرهای مستقل و وابسته

| نوع متغیر | نام متغیر | تعداد سؤال | دامنه تغییرات در پرسشنامه | میانگین | مینیمم | ماکزیمم | انحراف استاندارد | درصد امتیاز کامل |
|-----------|-------------------------|------------|---------------------------|---------|--------|---------|------------------|------------------|
| وابسته | سلامت | ۳۵ | ۰-۱۰۰ | ۷۳/۶ | ۲۰/۸ | ۱۰۰ | ۱۷/۵ | ۷۳/۶ |
| | آگاهی‌های بهداشتی | ۱۰ | ۱۰-۶۰ | ۳۶/۶ | ۱۰ | ۶۰ | ۱۱/۸ | ۶۱ |
| | دسترسی به خدمات بهداشتی | ۴ | ۰-۴ | ۱/۴ | ۰ | ۴ | ۱/۱ | ۳۵ |
| مستقل | ویژگی‌های محیطی | ۱۶ | ۰-۱۶ | ۱۲/۸ | ۴ | ۱۶ | ۲/۹ | ۸۰ |
| | سواد سلامتی | ۵ | ۵-۳۰ | ۱۳/۱ | ۵ | ۳۰ | ۵ | ۴۴ |
| | حمایت اجتماعی | ۶ | ۶-۳۶ | ۲۱/۵ | ۶ | ۳۶ | ۵/۵ | ۶۰ |
| | سبک زندگی سلامت محور | ۱۰ | ۱۰-۶۰ | ۴۶/۴ | ۲۱ | ۶۰ | ۵/۵ | ۷۷ |

نتایج استنباطی

- جنسیت و سلامتی

می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین سطح سلامت عمومی، سلامت روانی و سلامت جسمانی زنان و مردان وجود دارد و با توجه به نمره‌های میانگین سلامت که برای دو گروه مورد مطالعه محاسبه شده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سطح سلامت زنان در هر سه شاخص اندازه‌گیری شده، پایین‌تر از مردان است.

در این تحقیق ۶۵۰ نفر شرکت کرده‌اند که از این تعداد ۳۲۴ نفر مرد و ۳۲۶ نفر زن هستند. نتایج آزمون t با دو نمونه مستقل که برای بررسی تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی زنان و مردان نمونه این تحقیق انجام گرفته بود، نشان

جدول ۴- نتایج آزمون تی برای مقایسه میانگین نمرات سلامت زنان و مردان

| متغیر | جنسیت | تعداد | میانگین | انحراف معیار | درجه آزادی | t | P-Value* | P-Value** |
|--------------------------------|-------|-------|---------|--------------|------------|-----|----------|-----------|
| سلامت عمومی (وضعیت کلی سلامتی) | مرد | ۲۹۶ | ۷۵/۷ | ۱۶/۷ | ۵۹۲ | ۲/۷ | ۰/۱۰۱ | ۰/۰۰۴ |
| | زن | ۲۹۸ | ۷۱/۵ | ۱۸/۱ | | | | |
| سلامت جسمانی | مرد | ۳۰۶ | ۷۸/۸ | ۱۷/۲ | ۶۱۴ | ۲/۳ | ۰/۱۲۹ | ۰/۰۰۴ |
| | زن | ۳۱۰ | ۷۴/۷ | ۱۹/۵ | | | | |
| سلامت روانی | مرد | ۳۱۳ | ۷۲/۴ | ۱۷/۹ | ۶۲۳ | ۳/۲ | ۰/۰۷ | ۰/۰۰۸ |
| | زن | ۳۱۲ | ۶۸/۴ | ۱۹/۵ | | | | |

* P-value = حاصل از آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

** P-Value = حاصل از آزمون t دو نمونه مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه

تحصیلات و سلامت

نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۲۴ نفر دارای تحصیلات راهنمایی، ۷۰ نفر متوسطه، ۱۳۸ نفر دیپلم، ۱۲۳ نفر لیسانس و

از ۶۵۰ نفر شهروند نمونه این تحقیق، ۴۹ نفر بی‌سواد، ۱۲۳

تفاوت معنی‌دار بین وضعیت سلامتی افراد بی‌سواد با دیگر گروه‌های تحصیلی است. همچنین، افراد دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی با گروه‌های بالاتر از خود، افراد دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم با گروه‌های تحصیلی بالاتر از خود (لیسانس و فوق‌لیسانس) دارای تفاوت معنی‌داری از نظر وضعیت سلامتی هستند. نکته جالب اینکه در این مطالعه با افزایش سطح تحصیلات افراد میزان سلامت عمومی آنها نیز در حد قابل توجهی افزایش یافته است.

۲۱ نفر فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. با توجه به نتایج تحقیق، سطح تحصیلات متغیری است که به خوبی توانسته است نابرابری‌های موجود در سطوح سلامت شهروندان را تبیین نماید؛ به گونه‌ای که نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره‌های وضعیت سلامتی گروه‌های مختلف تحصیلی نشان می‌دهد (جدول ۴). همچنین، آزمون تعقیبی LSD که برای مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه‌های تحصیلی انجام شد، حاکی از وجود

جدول ۵- نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین نمرات سلامت گروه‌های مختلف تحصیلی

| متغیر | تحصیلات | تعداد | میانگین | انحراف معیار | درجه آزادی | F | P-Value* |
|--------------------|---------------------|-------|---------|--------------|------------|------|----------|
| | بی سواد | ۴۲ | ۵۹/۷ | ۲۲/۷ | | | |
| سلامت | ابتدایی | ۱۱۰ | ۶۷/۹ | ۱۷/۵ | | | |
| عمومی | راهنمایی | ۱۱۷ | ۶۸/۴ | ۱۵ | | | |
| (وضعیت کلی سلامتی) | متوسطه | ۶۷ | ۷۶/۵ | ۱۵/۶ | ۶ | ۱۷/۷ | ۰/۰۰۰ |
| | دیپلم | ۱۲۵ | ۷۶/۸ | ۱۷/۲ | | | |
| | فوق دیپلم و لیسانس | ۱۱۳ | ۸۲/۸ | ۱۳/۲ | | | |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۱۹ | ۸۳/۴ | ۸/۳ | | | |

* P-value حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای تمام گروه‌های تحصیلی

سن و سلامتی

سن و سلامت (سلامت جسمانی و سلامت روانی) است که این یافته در تأیید تحقیقات قبلی است و همچنین تأییدی بر اعتبار تجربی پرسشنامه و همچنین، نحوه جمع‌آوری اطلاعات در فرایند تحقیق است.

با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون ارتباط بین سن با سلامت و نیز سلامت روانی و سلامت جسمانی به عنوان زیرسازه‌های متغیر سلامت بررسی می‌شود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون حاکی از وجود رابطه منفی و معنی‌دار بین

جدول ۶- آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط سن و سلامت

| سن | سن | سلامت | سلامت جسمانی | سلامت روانی |
|---------------------|-------|----------|--------------|-------------|
| ضریب همبستگی پیرسون | ۱ | **۰/۱۶۹- | **۰/۱۸۹- | **۰/۱۴۳- |
| سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| تعداد مشاهدات | ۶۵۰ | ۵۹۴ | ۶۱۶ | ۶۲۵ |

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

معنی دار در مدل باقی ماندند. میزان ضریب همبستگی چندگانه (R) محاسبه شده برای این مدل ۰/۴۴۶ و ضریب تبیین (R^2) محاسبه شده ۰/۲ است که نشان می دهد این چهار متغیر توانسته اند ۲۰ درصد از تغییرات سطح سلامتی شهروندان را تبیین نمایند و از بین این متغیرها نیز حمایت اجتماعی با ضریب بتای ۰/۲۱ بیشترین تأثیرگذاری را در معادله داشته است. لذا بر مبنای خروجی های رگرسیون گام به گام (جداول ۶) معادله (۱) برای پیش بینی تغییرات وضعیت سلامتی به ازای تغییرات متغیرهای مستقل ترسیم می شود.

(معادله ۱)

سلامتی عمومی = (حمایت اجتماعی) ۰/۲۱۲ + (آگاهی های بهداشتی) ۰/۱۸۲ + (سواد سلامتی) ۰/۱۱۲ + (سبک زندگی سلامت محور) ۰/۱۲۲

مدل رگرسیونی برای پیش بینی تغییرات سطح سلامت به ازای مقادیر متغیرهای مستقل تحقیق

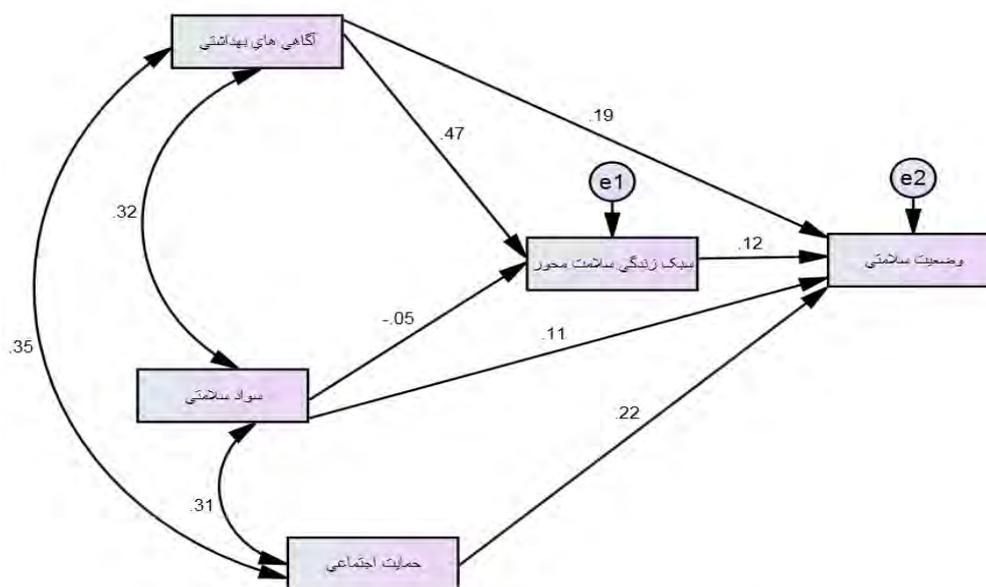
برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق شامل آگاهی های بهداشتی، ویژگی های محیطی، سواد سلامتی، حمایت اجتماعی، سبک زندگی و دسترسی به خدمات بهداشتی بر سلامت از رگرسیون گام به گام استفاده شد و معادله رگرسیونی به منظور برآزش مناسبترین مدل بر مبنای مقادیر β تشکیل گردید. برای تشکیل این معادله از رگرسیون گام به گام استفاده شد و متغیر سلامت عمومی به عنوان متغیر تابع و متغیرهای آگاهی های بهداشتی، ویژگی های محیطی، سواد سلامتی، حمایت اجتماعی، سبک زندگی و دسترسی به خدمات بهداشتی به عنوان متغیرهای پیش بین تحلیل شدند. در نهایت، چهار متغیر آگاهی های بهداشتی، سواد سلامتی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی به علت داشتن رابطه

جدول ۷- تحلیل واریانس چند متغیره وضعیت سلامتی

| منبع تغییرات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | کمیت F | ضریب تبیین | ضریب همبستگی چندگانه | سطح معنی داری |
|--------------|------------|---------------|-----------------|--------|------------|----------------------|---------------|
| رگرسیون | ۴ | ۳۵۸۴۲ | ۸۹۶۰/۶ | ۳۵/۷ | ۰/۲ | ۰/۴۷ | ۰/۰۰۰ |
| باقی مانده | ۵۷۶ | ۱۴۴۴۴۴ | ۲۵۰/۸ | | | | |

جدول ۸- متغیرهایی که در مدل باقی مانده اند

| متغیر | B (ضریب رگرسیون استاندارد نشده) | SE (اشتباه معیار) | Beta (ضریب رگرسیون استاندارد شده) | آماره t | سطح معنی داری |
|------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------|---------------|
| حمایت اجتماعی | ۰/۶۹ | ۰/۱۳ | ۰/۲۱ | ۵/۱ | ۰/۰۰۰ |
| آگاهی های بهداشتی | ۰/۲۷ | ۰/۰۷ | ۰/۱۸ | ۴/۱ | ۰/۰۰۰ |
| سواد سلامتی | ۰/۴ | ۰/۱۴ | ۰/۱۱ | ۲/۸ | ۰/۰۰۶ |
| سبک زندگی سلامت محور | ۰/۳۸ | ۰/۱۳ | ۰/۱۲ | ۲/۹ | ۰/۰۰۴ |
| دسترسی به خدمات درمانی | -۱/۱ | ۰/۷ | -۰/۰۷ | ۴/۴ | ۰/۱۲ |
| شرایط محیط زندگی | -۰/۰۸ | ۰/۲۵ | -۰/۰۱ | -۱/۵ | ۰/۷۵ |



نمودار ۱- مدل مسیر تحقیق با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری

بحث و نتیجه‌گیری

نظر به دخالت عوامل متعدد چون طبقه و پایگاه اجتماعی، جنس، محل سکونت، پایگاه خانوادگی، سرمایه اقتصادی و اجتماعی، آموزش و ... در سلامت فرد، باید از توجه به سلامت به عنوان مقوله‌ای کاملاً زیستی و فیزیولوژیک اجتناب نموده، آن را چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی در ارتباط با عوامل و متغیرهای متعددی بررسی نمود؛ بخصوص اینکه رشد سریع پزشکی پیشگیری و تأکید کمتر بر پزشکی درمانی، کاربرد تحقیقات جامعه‌شناختی در حوزه سلامت را بیش از پیش ضروری می‌سازد (محسنی، ۱۳۸۸: ۱۷). بر این مبنای توجه به آگاهی‌های بهداشتی افراد، سواد سلامتی و حمایت‌های اجتماعی و سبک زندگی در کنار مؤلفه‌هایی مانند سواد، وضعیت اقتصادی، نوع اشتغال، شرایط محیطی زندگی و بسیاری مؤلفه‌های اقتصادی^۰ اجتماعی دیگر در تبیین وضعیت سلامتی افراد جامعه مورد توجه قرار گرفته است و این مطالعه تلاشی در تداوم فعالیت‌های علمی جامعه‌شناسان در زمینه تبیین نابرابری‌های سطوح سلامت بین افراد بوده است. مطالعه حاضر بر روی ۶۵۰ نفر از والدین خانوارهای تبریزی صورت گرفته و اطلاعات جمعیت‌شناختی،

ویژگی‌های اجتماعی^۰ اقتصادی، آگاهی‌های بهداشتی، سواد سلامتی، وضعیت محیطی محل زندگی و مسکن، حمایت اجتماعی و نیز وضعیت سلامتی افراد، همچنین برداشت افراد از وضعیت سلامتی‌شان با استفاده از پرسشنامه تحقیق و در قالب سؤال‌های بسته جمع‌آوری شده است. از افراد شرکت‌کننده در تحقیق ۳۲۶ نفر زن و ۳۲۴ نفر مرد بودند. این دو گروه از نظر وضعیت سلامتی عمومی و نیز زیر مؤلفه‌های آن شامل سلامت روانی و سلامت جسمانی با همدیگر با استفاده از آزمون تی مقایسه شدند. سطح سلامتی زنان در هر سه مؤلفه سلامتی به طور قابل توجهی پایین‌تر از مردان بود و تفاوت معنی‌داری بین سطح سلامتی دو گروه وجود داشت. این در حالی است که در سال ۲۰۱۱ سن امید به زندگی در بدو تولد در ایران برای زنان ۷۵ سال و مردان ۷۲ سال بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳) که خود نشان‌دهنده تأثیرگذاری مؤلفه‌های اجتماعی و اقتصادی، شرایط کاری، سبک زندگی و برخی متغیرهای دیگر روی مرگ و میر افراد است، زیرا مردان علی‌رغم اینکه در دوران حیات سالمتر از زنان هستند، اما به علت احتمال مرگ و میر زیاد ناشی از حوادث کاری، مصرف بیشتر الکل و دخانیات در مقایسه با

شده است. در گزارش سیاه که نتایج مطالعه‌ای جامع در باب وضعیت سلامت بریتانیایی‌ها بود، بر سبک زندگی به عنوان کلیدی‌ترین متغیر در تبیین نابرابری‌های سطوح سلامت تأکید شده بود و سبک زندگی ناشی از متغیرهایی چون: سواد، شغل، شرایط محل زندگی، شرایط کاری و درآمد در نظر گرفته شده بود و بنابراین، بر لزوم سیاست‌گذاری‌های کلان به منظور کاهش نابرابری‌های اجتماعی برای دستیابی به شرایط سلامتی بهتر همه اعضای جامعه تأکید شده بود (گری، ۱۹۸۲). در گزارشی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ با عنوان «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛ حقایق مسلم» با ویرایش ویلکینسون و مارموت منتشر نموده است، سبک زندگی، حمایت اجتماعی، شرایط محیط کاری، نوع شغل، وضعیت اشتغال فرد، پایگاه اقتصادی^۵ اجتماعی و سرمایه اجتماعی را مؤثرترین متغیرها در وضعیت سلامتی افراد جامعه قلمداد نموده است و سیاست‌های کلی در چارچوب الزامات سیاسی را به منظور ایجاد شرایط اجتماعی^۶ اقتصادی عادلانه‌تری که در نهایت به بهبود وضعیت سلامتی افراد جامعه منجر شود، پیشنهاد نموده است. نتایج مطالعه حاضر که بر روی جمعیت شهری تبریز صورت گرفته است، در تأیید گزارش سازمان بهداشت جهانی است و بر این مبنا مبارزه با بی‌سوادی، تلاش در راستای افزایش آگاهی‌های بهداشتی، ایجاد شرایط کاری و مسکن مناسب، تقویت سرمایه اجتماعی و آگاه‌سازی عمومی به منظور اتخاذ رفتارهای سلامت محور و سبک زندگی سالم باید در صدر برنامه‌های سیستم سلامت و بهداشت و درمان کشور قرار گیرد تا از این طریق سطح سلامت عمومی جامعه ارتقا یافته و نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامتی افراد جامعه تا حدی کاهش یابد.

منابع

سالنامه آماری استان آذربایجان شرقی سال ۱۳۹۰. (۱۳۹۱). تبریز، استانداری آذربایجان شرقی، معاونت برنامه‌ریزی، دفتر آمار و اطلاعات.
سرمه، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۱)

زنان از سن امید به زندگی کمتری در مقایسه با زنان برخوردارند. از سوی دیگر، نتایج این مطالعه نشان داد که سطح تحصیلات نیز مؤلفه‌ای تأثیرگذار در میزان سلامت افراد است و افراد دارای تحصیلات بالاتر از سطح سلامتی قابل توجهی در مقایسه با افراد با سطح تحصیلات پایین برخوردارند؛ بخصوص اینکه در این مطالعه تفاوت فاحشی بین سطح سلامتی عمومی، سلامت جسمانی و سلامت روانی افراد دارای تحصیلات عالی (لیسانس و فوق‌لیسانس و بالاتر) با افراد بی‌سواد مشاهده شد. نتایج تحقیق در این زمینه در انطباق با یافته‌های تحقیقی منتظری و همکاران، ۱۳۸۴؛ هاند، ۲۰۱۰؛ لینک، فلان و تهرانی‌فر، ۲۰۱۱ و لینک و فلان، ۱۹۹۵ و بسیاری دیگر از محققان و نظریه‌پردازان حوزه سلامت است. آزمون فرضیات تحقیق به منظور کشف نحوه تأثیرگذاری متغیرهایی چون آگاهی‌های بهداشتی، ویژگی‌های محیطی، سواد سلامتی، حمایت اجتماعی، سبک زندگی و دسترسی به خدمات بهداشتی با استفاده از آزمون رگرسیون خطی گام به گام صورت گرفت که در نهایت چهار متغیر آگاهی‌های بهداشتی، سواد سلامتی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی توانستند، ۲۰ درصد از تغییرات سطح سلامت شهروندان را تبیین نمایند و با فرض اینکه آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامتی با تأثیرگذاری بر روی سبک زندگی سطح سلامت شهروندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، ارتباط بین متغیرهای مذکور از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار Amos.v21 ترسیم گردید که نشان داد ارتباط متوسط بین آگاهی‌های بهداشتی با سبک زندگی وجود دارد و همچنین، سبک زندگی مؤثرترین متغیر در تبیین نابرابری‌های سطوح سلامت بود. این یافته تحقیقاتی در انطباق با مدل «میدان سلامتی» لالوند است. این مدل چهار میدان مؤثر بر سلامتی افراد را مشخص می‌کند که شامل محیط، زیست‌شناسی، خدمات بهداشتی و سبک زندگی است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۸). از سوی دیگر، در مطالعات جامعی که در سطح کشورهای مختلف انجام شده است نیز بر نقش سبک زندگی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی افراد تأکید

- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال هشتم، ش ۱، ص ۴۹-۵۵.
- Adler, Nancy. E. Stewart, Judith. (2010) "Health Disparities Across the Lifespan: Meaning, Methods, and Mechanisms", *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186, P 5° 23.
- Angin, Z. Shorter, C.F. (1998) "Negotiating Reproduction and Gender During the Fertility Decline in Turtkey", *Social Science*, Vol.47, No.5, p.555-564.
- Boadu, Kwame. (2002) "Social Class and Health Status in Ghana", *Current Sociology*, Vol. 50(4): 531° 553 SAGE Publications.
- Campbell, M. Hodoglulig, S. Potts, M. (2006) "Barriers to Fertility Regulation :A Review of Literature". *Studies in Family Planning*, Vol. 37, p87-98.
- Gandek, B. Ware, JE. Jr. Aaronson, NK. Alonso, J. Apolone, G. Bjorner, J. et al. (1998) "Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability of the SF-36 in Eleven Countries: Results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment". *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:1149-1158.
- Gandek, B. Sinclair, SJ. Kosinski, M. Ware, JE. (2004) "Psychometric Evaluation of the SF-36 Health Survey in Medicare Managed Care". *Health Care Financing Review*, 25:5-25.
- Gray, Alastair, M. (1982) "Inequalities in Health. the Black Report: A Summary and Comment", *International Journal of Health Services*, Vol. 12, N. 3, p349-380.
- Hopman, WM. Berger, C. Joseph, L. Towheed, T. vanden Kerkhof, E. Anastassiades, T. et al. (2004) "Stability of Normative Data for the SF-36: Results of a Three-Year Prospective Study in Middle Aged Canadians". *Canadian Journal of Public Health*, 95:387-391.
- Hund, Andrew. (2010) "*Uncovering the interconnection of SES and ethnicity to health related quality of life: An investigation of white and native Alaskans*". Dissertation For the degree of Doctor of Philosophy, Case Western Reserve University.
- Kawachi, Ichiro. Adler, Nancy, E. Dow, William H. (2010) "Money, Schooling, and Health: Mechanisms and Causal Evidence" *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186, 56° 68.
- Kagee, A. (2001) "*Review of the SF-36 Health Survey*". In Plake BS & Impara, JC. (Eds), The fourteenth mental measurements yearbook; Lincoln NE: Buros Institute of Mental Measurements.
- Kjellstrom, Tord. Mercado, Susan. (2008) "Towards Action on Social Determinants for Health
- روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: آگه.
- مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: طهوری.
- محمدزاد، مهدی و نجفی، بهزاد. (۱۳۸۶). *اصول اقتصاد بهداشت و درمان*، تبریز: فروزش.
- آدام، فلیپ و هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: لورانس - دنیاکتبی، تهران: نشرنی.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشرنی.
- تولایی، سید عباس و همکاران. (۱۳۸۴). «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به برونشیت ناشی از مواجهه شیمیایی»، *طب نظامی*، ش ۷، ص ۳۱۳-۳۲۰.
- شاهرخی، اکرم. (۱۳۸۲). «وضعیت سلامت عمومی زنان کارگر کارخانه‌های قزوین»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین*، ش ۲۸، ص ۳۶-۳۲.
- معتمد، نیلوفر؛ آیت‌اللهی، علیرضا؛ زارع، نجف و صادقی، حسن آبادی. (۱۳۸۱). «بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان*، ش ۳۸، صص ۳۸-۴۶.
- عبدی، بهمن. (۱۳۸۶). *بررسی تأثیر سیاست‌های توانمندسازی زنان بر روی رفتارهای باروری آنها؛ مطالعه بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر تبریز*، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.
- نریمانی، احمد؛ اکبرزاده، مهدی و حمزه، محمد. (۱۳۸۹). «بررسی وضعیت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارتش در سال ۱۳۸۸»، *مجله علمی*

- Respond to the Social Determinants of Health *Preventive Medicine*, 53: 253° 255
- Ware, JE. Jr., Kosinski, M. Keller, SD. (1994) "*SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*". MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware, JE. Jr. Kosinski, M. Gandek, B. Aaronson, NK. Apolone, G. Bech, P. et al. (1998) "The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries: Results from the IQOLA Project". *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology*, 51:1159-1165.
- Williams, David. R. Mohammed, Selina, A. Leavell, Jacinta and Collins. (2010) "Race, Socioeconomic Status, and Health: Complexities, Ongoing Challenges, and Research Opportunities", *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186 : 69° 101
- Wilkinson, R. Marmot, M. (2003) "*Social Determinants of Health:solid Facts*" 2nd edition, WHO Library Cataloguing in Publication Data
- WHO. (1948) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the Internatinal Health Conference*,WHO,Geneva
- WHO/CSDH. (2005) "*Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*", draft Discussion Paper 1.7. (a later version from. (2006 exists), World Health Organization, Geneva.
- WHO; Commission on the Social Determinants of Health. (2008) "*Closing the Gap in a Generation*", WHO, Geneva.
- Equity in Urban Settings", *Environment and Urbanization*, 20: 551-574.
- Kingdon, Carol. (2009) "*Sociology for Midwives*", Quay books division, MA Health Ltd.
- Link, Bruce G. and Phelan, Jo. (1995) "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health & Social Behavior*, 36(5):80-94.
- Montazeri, A. Goshtasebi, A. Vahdaninia, M. and Gandek, (2005) "The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and Validation Study of the Iranian Version" *Quality of Life Research*, 14: 875_882.
- McHorney, CA. Ware JE. Jr. Lu JFR Sherbourne CD. (1994) "The Mos 36 Item Short form Health Survey (SF 36): 3.Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups". *Medical Care*, 32:40-66.
- Phelan, Jo. C. Link, Bruce and Parisa Tehranifar. (2010) "Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior*, 51, p28-40.
- Tarlov, AR. Ware, JE. Jr. Greenfield, S. Nelson, EC. Perrin, E. Zubkoff, M. (1989) "The Medical Outcomes Study: An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care". *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 262:925-930.
- Pokimica, J. (2009) "*Socioeconomic disparities linked to health-risk behaviors:A trend analysis-based test of fundamental casulity* A Thesis Presented to The Graduate Faculty of The University of Akron.
- Wolff, Jonathan. (2011) "How Should Governments

