



Updated Second Edition

Health, Illness, and Society

An Introduction to Medical Sociology

سلامت، بیماری و جامعه

مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی پزشکی

مترجم: میترانجفی

سلامت، بیماری و جامعه

سرشناسه	بارکن، استیون ای.، ۱۹۵۱ - م.
عنوان و نام پدیدآور	سلامت، بیماری و جامعه: مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی پزشکی / استیون بارکن؛ مترجم میترا نجفی.
مشخصات نشر	تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	[۳۱۷] ص.: مصور، جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۸۰-۵
وضعیت فهرست‌نویسی	فیبا
یادداشت	عنوان اصلی: [2023]. Health, illness, and society: an introduction to medical sociology.
یادداشت	واژه‌نامه.
یادداشت	کتابنامه: ص. [۳۱۷].
عنوان دیگر	مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی پزشکی.
عنوان دیگر	سلامتی، بیماری و جامعه: درآمدی بر جامعه‌شناسی پزشکی.
موضوع	جامعه‌شناسی پزشکی پزشکی -- خدمات
شناسه افزوده	نجفی، میترا، ۱۳۷۶ -، مترجم
رده بندی کنگره	RA۴۱۸
رده بندی دیویی	۶۱۶/۰۰۱۹
شماره کتابشناسی ملی	۱۰۴۲۷۱۳۷

Social medicine
Medical care



نام نشر	انتشارات علمی سنا
نام کتاب	سلامت، بیماری و جامعه
مترجم	میترا نجفی
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۸۰-۵
نوبت چاپ	اول - ۱۴۰۵
مدیر اجرایی و صفحه‌آرا	افتخار معصومی
طراح جلد	صنم آفریگان
پست الکترونیک	elmsana@gmail.com
فروش اینترنتی	sanabook.com
تیراژ	۱۰۰ نسخه
قیمت	برای مشاهده قیمت اسکن کنید. ☞



شما می‌توانید کتاب‌های نشر علمی سنا را علاوه بر کتابفروشی‌های سراسر کشور از نمایندگی‌های اختصاصی مؤسسه واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.

آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.

تلفن دفتر پخش: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۳۴۵

دفتر مرکزی: تهران - میدان انقلاب - خیابان جمالزاده شمالی - خیابان فرصت شیرازی - پلاک ۷۲

تلفن: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۳۴۵

مقدمه

ناشر

هنگامی که به موعد تست‌زنی در ایام مطالعه برای کنکور می‌رسید مهمترین چیزی که ذهن شما را مشغول می‌کند وجود یک بانک تست معتبر همراه با پاسخ‌های تشریحی است. در برخی از کتاب‌های تست موجود ممکن است از کلیدهای اولیه آزمون‌های وزارت بهداشت استفاده کرده باشند. بنابراین همیشه موقعی که می‌خواهید پاسخ یک تست را مطالعه کنید به این موضوع دقت کنید که آیا نویسنده از کلید نهایی آزمون استفاده کرده است یا از کلید اولیه آن.

طبیعی است ارائه پاسخ‌های تشریحی باکیفیت و تحلیل شده بسیار کاربردی‌تر از پاسخ‌های کلیدی و یا تشریحی ساده هستند. لذا مزیت مهم کتاب تست جعبه‌سیاه این است که پاسخ‌های تشریحی این کتاب‌ها با وسواس و دقت زیادی نگاشته شده‌اند. اکثر نویسندگان کتاب‌های جعبه‌سیاه، مدرسان مؤسسه علوم پزشکی سنا در تهران می‌باشند.

در پایان از کلیه اساتید، دانشجویان و سایر خوانندگان محترم خواهشمندیم هرگونه اشکال تایپی و املائی مرتبط با این کتاب را از طریق پست الکترونیک elmisana@gmail.com اطلاع‌رسانی نمایید تا در ویرایش‌های بعدی این کتاب برطرف گردند. مسلماً این اثر حاصل تلاش زنجیره‌ای از افراد است که برای تولید آن از نگارش گرفته تا تایپ، صفحه‌آرایی، طراحی، لیتوگرافی و چاپ زحمات زیادی کشیده‌اند و از فروش هر نسخه از کتاب، افراد زیادی کسب روزی می‌کنند. لذا از خوانندگان بخاطر اینکه از حقوق این افراد با کپی نکردن این کتاب چه بصورت فایل و یا کپی کاغذی حمایت می‌کنند متشکریم.

دکتر هادی طغیانی - دکتر منیره ملکی
مدیریت مؤسسه علمی انتشاراتی سنا

مقدمه

مترجم

سخن مترجم

دنیای سلامت، بیماری و جامعه، جهانی پویا و چندبعدی است؛ جهانی که در آن رفتارهای انسانی، ساختارهای اجتماعی، شرایط فرهنگی و عوامل محیطی همگی در شبکه‌ای از تعاملات پیچیده به هم متصل‌اند و مسیر سلامت افراد و جوامع را رقم می‌زنند. اثر پیش‌رو تلاشی ارزشمند در جهت فهم این پیوند عمیق است؛ پیوندی که تنها با نگاهی میان‌رشته‌ای و مبتنی بر دانش رفتار، آموزش و ارتقای سلامت می‌توان آن را به‌درستی تحلیل کرد.

ترجمه این کتاب برای من فرصتی بود تا بار دیگر اهمیت آموزش بهداشت را از زاویه‌ای علمی و مبتنی بر شواهد مرور کنم؛ اهمیتی که در قلب خود پیشگیری، توانمندسازی جامعه و ایجاد سواد سلامت را جای می‌دهد. در این مسیر کوشیده‌ام ضمن حفظ امانت علمی، مفاهیم کلیدی کتاب را به‌گونه‌ای روان، دقیق و قابل‌درک برای مخاطب فارسی‌زبان منتقل کنم تا خواننده بتواند با آرامش و انسجام، مباحث نظری و کاربردی آن را دنبال کند.

امید دارم این ترجمه بتواند برای دانشجویان، پژوهشگران، مربیان و فعالان حوزه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت سودمند باشد و نگاه عمیق‌تری نسبت به نقش جامعه، فرهنگ و رفتار در سازوکارهای سلامت ایجاد کند. بی‌تردید فهم این ارتباطات، گامی ضروری در مسیر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات اثربخش ارتقای سلامت به شمار می‌آید.

در پایان، از تمامی عزیزانی که در فرآیند ترجمه، بازخوانی و آماده‌سازی این اثر همراه من بودند، صمیمانه سپاسگزارم.

میترا نجفی

فهرست مطالب

فصل ۱: جامعه‌شناسی، مطالعه‌ی سلامت و بیماری..... ۹	فصل ۳: رفتار سلامت..... ۴۵
سلامت و بیماری در اخبار..... ۱۰	سلامت و بیماری در اخبار..... ۴۶
جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی..... ۱۱	رفتار سلامت چیست؟..... ۴۶
دیدگاه جامعه‌شناختی..... ۱۱	درک رفتار سلامت..... ۴۷
نابرابری اجتماعی..... ۱۲	عوامل کلان..... ۴۸
نهادهای اجتماعی..... ۱۳	عوامل خرد..... ۴۹
پنداره جامعه‌شناختی..... ۱۳	مدل باور سلامت..... ۴۹
سنت‌های نظری جامعه‌شناسی..... ۱۳	زمینه اجتماعی رفتار بهداشتی: طبقه اجتماعی، نژاد و قومیت، و جنسیت..... ۵۰
کارکردگرایی..... ۱۳	طبقه اجتماعی..... ۵۰
نظریه تضاد..... ۱۴	نژاد و قومیت..... ۵۳
کنش متقابل نمادین..... ۱۴	جنسیت..... ۵۵
دامنه جامعه‌شناسی پزشکی..... ۱۴	نشان دادن تأثیرات طبقه اجتماعی، نژاد و قومیت و جنسیت..... ۵۶
تأثیر محیط اجتماعی..... ۱۴	سیگار کشیدن..... ۵۷
وزن کم هنگام تولد و محیط اجتماعی..... ۱۵	فعالیت هوازی..... ۵۷
عوامل بالادستی..... ۱۶	چاقی..... ۵۹
عملکرد مراقبت‌های بهداشتی..... ۱۶	نوشیدن بیش از حد..... ۵۹
ساخت اجتماعی بیماری..... ۱۷	زمینه اجتماعی رفتار بهداشتی: سایر عوامل..... ۶۱
روش‌های تحقیق در جامعه‌شناسی پزشکی..... ۱۸	روابط اجتماعی..... ۶۱
نظرسنجی‌ها..... ۱۸	شرایط زندگی در محله..... ۶۳
تحقیقات کیفی..... ۱۹	گرایش جنسی و هویت جنسیتی..... ۶۳
آزمایش‌ها..... ۲۰	مشارکت مذهبی..... ۶۴
معیارهای علیت..... ۲۰	رویه‌های شرکتی..... ۶۴
فصل ۲: تاریخ اجتماعی سلامت و بیماری..... ۲۴	سیاست عمومی..... ۶۵
سلامت و بیماری در اخبار..... ۲۵	فصل ۴: رفتار ناخوشی و تجربه ناخوشی..... ۶۷
سلامت و بیماری در جهان پیشاصنعتی..... ۲۶	سلامت و بیماری در اخبار..... ۶۸
تمدن‌های باستانی..... ۲۶	درک ناخوشی..... ۶۸
مصر باستان..... ۲۶	ناخوشی به عنوان یک ساخت اجتماعی..... ۶۹
یونان باستان..... ۲۷	پزشکی سازی..... ۷۰
روم باستان..... ۲۷	پیامدهای پزشکی سازی..... ۷۱
قرون وسطی..... ۲۸	نمونه‌هایی از پزشکی سازی..... ۷۱
ظهور پزشکی علمی..... ۲۹	رفتار بیماری..... ۷۵
رنسانس..... ۳۰	مراحل تجربه بیماری..... ۷۵
قرن هجدهم..... ۳۱	خود مراقبتی..... ۷۶
قرن نوزدهم..... ۳۲	رفتار کمک‌خواهی..... ۷۶
مسائل اخلاقی در پزشکی علمی..... ۳۴	نظریه‌ای در مورد رفتار کمک‌خواهی..... ۷۷
آزمایش پزشکی..... ۳۴	زمینه اجتماعی رفتار کمک‌خواهی..... ۷۸
تضاد منافع در آزمایش دارو..... ۳۵	طبقه اجتماعی: تحصیلات و درآمد..... ۷۸
پرداخت به پزشکان..... ۳۶	نژاد و قومیت..... ۷۹
سایر مسائل اخلاقی..... ۳۶	جنسیت..... ۸۰
اپیدمیولوژی اجتماعی دیروز و امروز..... ۳۷	سن..... ۸۰
انقلاب صنعتی..... ۳۷	روابط اجتماعی..... ۸۰
آغاز اپیدمیولوژی: جان اسنو و وبا..... ۳۷	
گذار اپیدمیولوژیک..... ۳۸	
سلامت عمومی..... ۴۰	
سطوح پیشگیری..... ۴۰	
سلامت عمومی و جنگال..... ۴۱	
نکته‌ای در مورد نرخ‌ها..... ۴۲	

کشورهای کم‌درآمد.....	۱۲۱
اندازه‌گیری فقر جهانی.....	۱۲۱
توضیح نابرابری جهانی.....	۱۲۲
ابعاد نابرابری‌های سلامت جهانی.....	۱۲۳
سوءتغذیه و گرسنگی.....	۱۲۳
سلامت کودکان.....	۱۲۴
سلامت زنان.....	۱۲۴
آلودگی و خطرات زیست‌محیطی.....	۱۲۵
آلودگی هوا.....	۱۲۶
زباله‌های سمی.....	۱۲۶
زباله‌های الکترونیکی.....	۱۲۷
بلاایای طبیعی.....	۱۲۷
مراقبت‌های بهداشتی غیراستاندارد.....	۱۲۷
اچ‌آی‌وی و ایدز.....	۱۲۹
مستندسازی نابرابری‌های سلامت جهانی.....	۱۳۰
امید به زندگی.....	۱۳۱
اچ‌آی‌وی/ایدز.....	۱۳۱
سل.....	۱۳۱
مرگ‌ومیر کودکان.....	۱۳۲
کمبود وزن کودک.....	۱۳۲
مرگ‌ومیر مادران.....	۱۳۳
مرگ‌ومیر ناشی از بلایای طبیعی.....	۱۳۳
زایمان‌های تحت مراقبت پرسنل بهداشتی ماهر.....	۱۳۵
فصل ۷: دانشکده پزشکی و آموزش پزشکان..... ۱۳۷	
سلامت و بیماری در اخبار.....	۱۳۸
توسعه دانشکده‌های پزشکی و آموزش پزشکی.....	۱۳۸
تحولات قرن نوزدهم.....	۱۳۹
تحولات در طول دهه ۱۸۷۰ و پس از آن.....	۱۴۰
گزارش فلکستر.....	۱۴۱
دانشکده‌های پزشکی امروز.....	۱۴۲
مشخصات اجتماعی جمعیتی دانشجویان پزشکی ایالات متحده.....	۱۴۳
جنسیت.....	۱۴۳
آزار جنسی.....	۱۴۴
نژاد و قومیت.....	۱۴۵
وضعیت اجتماعی-اقتصادی.....	۱۴۵
نگاهی اجمالی به اعضای هیئت علمی دانشکده پزشکی.....	۱۴۶
جنسیت.....	۱۴۷
نژاد و قومیت.....	۱۴۸
زندگی و تجربیات دانشجویان پزشکی.....	۱۴۸
استرس، خستگی و فرسودگی شغلی.....	۱۴۸
فرسودگی شغلی دانشجویان پزشکی.....	۱۴۹
اجتماعی شدن دانشجویان پزشکی.....	۱۵۰
بی‌طرفی همراه با فاصله‌گیری.....	۱۵۱
تحمل عدم قطعیت.....	۱۵۲

نزدیکی و حمل‌ونقل به مراکز درمانی.....	۸۱
بیمه سلامت.....	۸۲
تجربه ناخوشی.....	۸۲
نقش بیمار.....	۸۲
انتقادات از نقش بیمار.....	۸۴
کنار آمدن با بیماری.....	۸۵
اختلال زندگی‌نامه‌ای.....	۸۶
پاسخ «چرا من؟ چرا حالا؟».....	۸۷
عدم قطعیت.....	۸۸
اینترنت.....	۸۸
بیماری مورد مناقشه.....	۸۸

فصل ۵: علل اجتماعی سلامت و مشکلات سلامتی..... ۹۱

سلامت و بیماری در اخبار.....	۹۲
شرایط اجتماعی به‌عنوان علل اساسی بیماری.....	۹۲
شرایط اجتماعی به‌عنوان علل اساسی نابرابری‌های سلامت.....	۹۴
طبقه اجتماعی.....	۹۵
توضیح تأثیر طبقه اجتماعی.....	۹۶
وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و مرگ‌ومیر زودرس.....	۹۷
نژاد و قومیت.....	۹۷
توضیح تأثیر نژاد و قومیت.....	۹۹
پارادوکس لاتین.....	۱۰۱
جنسیت و جنس.....	۱۰۲
توضیح پارادوکس جنسیتی.....	۱۰۳
سلامت باروری.....	۱۰۴
خشونت علیه زنان.....	۱۰۵
سن.....	۱۰۵
گرایش جنسی و هویت جنسیتی.....	۱۰۶
سایر علل اجتماعی سلامت و مشکلات سلامتی.....	۱۰۷
استرس اجتماعی.....	۱۰۷
عوامل مؤثر بر پویایی استرس-سلامت.....	۱۰۷
کاهش تأثیر استرس.....	۱۰۸
استرس سمی دوران کودکی و گسترش استرس.....	۱۰۸
روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی.....	۱۰۹
دین.....	۱۱۲
شرایط زندگی در محله.....	۱۱۲
آلودگی و خطرات زیست‌محیطی.....	۱۱۴
محصولات و محیط‌های کاری ناامن.....	۱۱۵
خشونت بین فردی و خشونت با اسلحه گرم.....	۱۱۵
فصل ۶: نابرابری‌های جهانی در سلامت و بیماری..... ۱۱۸	
سلامت و بیماری در اخبار.....	۱۱۹
درک نابرابری جهانی.....	۱۱۹
دسته‌بندی نابرابری جهانی.....	۱۲۰
کشورهای با درآمد بالا.....	۱۲۱
کشورهای با درآمد متوسط.....	۱۲۱

فصل ۸: پزشکان و تعامل آن‌ها با بیماران..... ۱۵۵

سلامت و بیماری در اخبار.....	۱۵۶
حرفه پزشکی.....	۱۵۶
حرفه‌ی پزشکی در آمریکای اولیه.....	۱۵۷
تأثیر انجمن پزشکی آمریکا.....	۱۵۸
جنبه‌ی منفی حرفه‌ای شدن.....	۱۵۹
جابجایی ماماها.....	۱۵۹
توجیه محرومیت زنان از دانشگاه.....	۱۶۰
افول سلطه حرفه پزشکی.....	۱۶۰
قصور پزشکی.....	۱۶۱
قصور پزشکی و استقلال حرفه پزشکی.....	۱۶۳
دعاوی پزشکان علیه بیماران.....	۱۶۴
تصویری از وضعیت پزشکان امروزی.....	۱۶۴
انواع پزشکان.....	۱۶۵
کمبرود پزشک.....	۱۶۶
پزشکان زن.....	۱۶۷
پیشرفت شغلی.....	۱۶۷
شکاف دستمزد جنسیتی.....	۱۶۸
استفاده از عنوان افتخاری «دکتر».....	۱۶۸
تعامل پزشک و بیمار.....	۱۶۹
مدل‌های تعامل پزشک و بیمار.....	۱۶۹
مدل پدرسالارانه.....	۱۶۹
مدل برابری طلب.....	۱۷۰
جنسیت، نژاد و قومیت، و تعامل پزشک و بیمار.....	۱۷۱
جنسیت.....	۱۷۱
نژاد و قومیت.....	۱۷۳

فصل ۹: سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی: متعارف و جایگزین..... ۱۷۶

سلامت و بیماری در اخبار.....	۱۷۷
مراقبت‌های بهداشتی جریان اصلی.....	۱۷۷
پرستاران و پرستاری.....	۱۷۷
تاریخچه مختصر پرستاری.....	۱۷۸
نگاهی به وضعیت پرستاران امروزی.....	۱۸۰
چالش‌ها و فرصت‌های پرستاری.....	۱۸۳
سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اصلی.....	۱۸۵
دندان‌پزشکان و بهداشتیان و دستیاران دهان و دندان.....	۱۸۶
متخصصان تغذیه و رژیم‌درمانی.....	۱۸۷
چشم‌پزشکان، بینایی‌سنج‌ها و عینک‌سازان.....	۱۸۷
پزشکان استئوپات.....	۱۸۸
داروسازان.....	۱۸۹
فیزیوتراپیست‌ها.....	۱۸۹
پودیاتریست‌ها.....	۱۹۰
طب مکمل و جایگزین (CAM).....	۱۹۰
شیوع طب مکمل و جایگزین.....	۱۹۲
ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی و استفاده از طب مکمل و جایگزین.....	۱۹۳
اثربخشی طب مکمل و جایگزین.....	۱۹۳

فصل ۱۰: بیمارستان‌ها و دیگر محیط‌های مراقبت سلامت..... ۱۹۷

سلامت و بیماری در اخبار.....	۱۹۸
بیمارستان‌ها.....	۱۹۸
تاریخچه مختصر بیمارستان‌ها.....	۱۹۸
بیمارستان‌ها در آمریکای اولیه.....	۱۹۹
دوره پس از جنگ داخلی.....	۲۰۰
دوره پس از جنگ جهانی دوم.....	۲۰۰
بیمارستان‌ها از دهه ۱۹۷۰.....	۲۰۱
بیمارستان‌های ایالات متحده امروز.....	۲۰۲
انواع بیمارستان‌ها.....	۲۰۲
ساختار بیمارستان‌ها.....	۲۰۴
روندها در صنعت بیمارستان.....	۲۰۵
استخدام، پذیرش و هزینه‌ها در بیمارستان.....	۲۰۶
مشکلات بیمارستان‌های ایالات متحده.....	۲۰۶
کمبرود پرستار.....	۲۰۶
بیماری‌های اکتسابی بیمارستانی و خطاهای پزشکی.....	۲۰۷
بیمارستان‌های مناطق روستایی و درون شهری.....	۲۰۹
مراقبت در اورژانس.....	۲۱۱
مراقبت در بخش اورژانس.....	۲۱۲
مسائل مربوط به هزینه‌های بیمارستان.....	۲۱۲
سایر مراکز مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۱۳
مراکز مراقبت سرپایی.....	۲۱۳
مراکز مراقبت فوری.....	۲۱۴
کلینیک‌های فروشگاه‌های خرده‌فروشی.....	۲۱۵
مراکز جراحی سرپایی.....	۲۱۵
آسایشگاه‌های سالمندی.....	۲۱۶
آمار و ارقام کلیدی.....	۲۱۶
هزینه‌های آسایشگاه.....	۲۱۶
کیفیت مراقبت در آسایشگاه‌های سالمندی.....	۲۱۷
مراقبت سلامت در منزل و مراقبت تسکینی.....	۲۱۷
مراقبت سلامت در منزل.....	۲۱۸
مراقبت تسکینی.....	۲۱۸

فصل ۱۱: سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در دموکراسی‌های ثروتمند جهان..... ۲۲۱

سلامت و بیماری در اخبار.....	۲۲۲
سیستم‌های مراقبت بهداشتی دموکراسی‌های ثروتمند.....	۲۲۲
مدل‌های سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۲۳
مدل بیسمارک.....	۲۲۴
مدل بوریدج.....	۲۲۵
مدل بیمه سلامت ملی.....	۲۲۵
مدل پرداخت از جیب.....	۲۲۵
مدل ایالات متحده.....	۲۲۶
سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی کشورهای منتخب کانادا.....	۲۲۶
ارزیابی نهایی از کانادا و معرفی سیستم فرانسه.....	۲۲۹

دهه‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸.....	۲۷۳
مقررات اصلی مرتبط با مزایای سلامت در قانون بیمه درمانی اوباما (اوباما کر).....	۲۷۳
الزام فردی.....	۲۷۴
مبانی محافظه کارانه برای الزام فردی.....	۲۷۵
صنعت بیمه درمانی و الزام فردی.....	۲۷۵
دستاوردها و محدودیت‌های اوباما کر.....	۲۷۶
دستاوردهای اوباما کر.....	۲۷۶
شواهد مربوط به دسترسی به خدمات سلامت.....	۲۷۷
گسترش مدیکید.....	۲۷۸
خلاصه شواهد مربوط به بیمه نداشتن.....	۲۷۹
کمبود بیمه.....	۲۷۹
شواهد مربوط به هزینه.....	۲۷۹
هزینه‌های مراقبت‌های سلامت در کشور.....	۲۸۰
نتایج اولیه اصلاحات.....	۲۸۱
صرفه‌جویی در هزینه‌های ملی مراقبت سلامت.....	۲۸۱
شواهد مربوط به کیفیت.....	۲۸۱
مقررات عمده مرتبط با منافع سلامت در طرح اوباما کر.....	۲۸۲
اصلاحات در چارچوب اوباما کر.....	۲۸۳
فراتر از اوباما کر.....	۲۸۴
مدیر برای همه.....	۲۸۵
حامیان مدل تک‌پرداخت‌کننده و گسترش مدیر برای همه.....	۲۸۵
ویژگی‌های یک طرح مدیر برای همه.....	۲۸۶
مدل بیسمارک.....	۲۸۷
کلام آخر.....	۲۸۸
مشکل اساسی.....	۲۸۸
استراتژی‌های جامعه‌شناسانه پیشنهادی.....	۲۸۸
فصل ۱۴: همه‌گیری کووید-۱۹.....	۲۹۱
سلامت و بیماری در اخبار.....	۲۹۲
جامعه‌شناسی و مطالعه سلامت و بیماری.....	۲۹۳
تاریخ اجتماعی سلامت و بیماری.....	۲۹۳
رفتار بهداشتی.....	۲۹۶
رفتار ناخوشی و تجربه‌ی ناخوشی.....	۲۹۹
علل اجتماعی سلامت و مشکلات سلامت.....	۳۰۱
نژاد و قومیت.....	۳۰۱
طبقه اجتماعی.....	۳۰۲
وابستگی به حزب سیاسی.....	۳۰۳
نابرابری‌های جهانی در سلامت و بیماری.....	۳۰۳
پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی.....	۳۰۴
بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت سلامت.....	۳۰۵
سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در دموکراسی‌های ثروتمند جهان در مقایسه با ایالات متحده.....	۳۰۶
لغت‌نامه.....	۳۱۰
منابع.....	۳۱۷

فرانسه.....	۲۲۹
آلمان.....	۲۳۱
سوئد.....	۲۳۲
بریتانیا.....	۲۳۲
مقایسه دموکراسی‌های ثروتمند.....	۲۳۴
مقایسه سلامت در دموکراسی‌های ثروتمند.....	۲۳۴
امید به زندگی.....	۲۳۴
مرگ‌ومیر نوزادان و وزن کم هنگام تولد.....	۲۳۵
دیابت.....	۲۳۵
چاقی.....	۲۳۶
مقایسه مراقبت سلامت در دموکراسی‌های ثروتمند.....	۲۳۸
توضیح وضعیت نامساعد سلامت ایالات متحده.....	۲۳۹
عدم وجود پوشش سلامت همگانی.....	۲۳۹
عدم وجود مراقبت اولیه کافی.....	۲۴۰
هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۴۱
فقر.....	۲۴۱
فصل ۱۲: سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده.....	۲۴۴
سلامت و بیماری در اخبار.....	۲۴۵
سیستم مراقبت سلامت ایالات متحده.....	۲۴۵
مراقبت سلامت ایالات متحده به روایت اعداد.....	۲۴۵
هزینه مراقبت سلامت.....	۲۴۵
منابع هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۴۷
حامیان هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۴۸
اشتغال در حوزه مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۴۸
مراجعه به مراکز درمانی.....	۲۴۸
بیمه سلامت.....	۲۴۹
میزان و انواع پوشش بیمه.....	۲۵۱
مشکلات ارائه خدمات درمانی در ایالات متحده.....	۲۵۲
چندپارگی و عدم هماهنگی.....	۲۵۲
پوشش بیمه سلامت: عدم بیمه و کمبود بیمه.....	۲۵۳
ناکارآمدی بیمه و پوشش بیمه ناکافی.....	۲۵۴
نابرابری‌های اجتماعی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۵۶
عدم مراجعه به مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۵۶
کیفیت مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۵۹
جنسیت.....	۲۶۰
هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۶۰
دلایل هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده.....	۲۶۱
اتلاف در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۶۴
فصل ۱۳: اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی اوباما کر و فراتر از آن.....	۲۶۸
سلامت و بیماری در اخبار.....	۲۶۹
ریشه‌های بیمه سلامت در ایالات متحده.....	۲۶۹
چرا ایالات متحده به مدل بیمه خصوصی روی آورد؟.....	۲۶۹
دوره پیشرو.....	۲۷۰
رکود بزرگ و طرح جدید.....	۲۷۰
دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰.....	۲۷۱
دهه ۱۹۶۰: مدیر و مدیکید.....	۲۷۱
دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰.....	۲۷۲
مراقبت‌های مدیریت‌شده و HMOها.....	۲۷۲

فصل ۱: جامعه‌شناسی، مطالعه‌ی سلامت و بیماری



سؤالات یادگیری

۱. جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی چگونه با هم مرتبط هستند؟
۲. دامنه جامعه‌شناسی پزشکی چیست؟
۳. منظور از پزشکی سازی چیست؟
۴. منظور از عوامل بالادستی در جامعه‌شناسی پزشکی چیست؟
۵. روش‌های اصلی تحقیق در جامعه‌شناسی پزشکی کدام‌اند؟
۶. چهار معیار علیت کدام‌اند؟

سلامت و بیماری در اخبار

یک معلم و مربی تنیس محبوب در دبیرستانی در نیوجرسی، یک روز قبل در سن ۴۱ سالگی بر اثر سرطان درگذشت و مدرسه در سوگ نشست. یکی از دانش‌آموزان و بازیکنان تنیس گفت: «از دست دادن او سخت است، چون انگار همین دیروز بود که در زمین تنیس بازی می‌کردیم، اما امروز او رفته است.» معلم تاریخ اضافه کرد: «دیروز روز واقعاً سختی در مدرسه بود. همه برای مایک احترام زیادی قائل بودند. او فقط یک همکار بسیار ارزشمند بود. مردم می‌دانستند که او بسیار بیمار است؛ نمی‌دانم آیا همه می‌دانستند که چقدر حال او بد است یا نه. اما وقتی به آخر می‌رسد و همه غافلگیر می‌شوند، واقعاً آدم را تحت تأثیر قرار می‌دهند».

این داستان غم‌انگیز مرگ یک معلم محبوب به ما یادآوری می‌کند که بسیاری از مردم خیلی زود بر اثر سرطان و سایر مشکلات سلامتی می‌میرند. بسیاری از افراد دیگر مشکلات سلامتی مزمن دارند که زندگی روزمره آن‌ها را دشوار می‌کند. احتمالاً کسی را می‌شناسید که سرطان، بیماری قلبی یا یک مشکل جدی دیگری در سلامتیاش دارد. شاید حتی خودتان هم یک بیماری داشته باشید. وقتی شخصی دچار مشکل سلامتی می‌شود، معمولاً آن را به عنوان یک پدیده فردی با ریشه‌های فردی، گاهی بیولوژیکی، در نظر می‌گیریم. وقتی سرطان ایجاد می‌شود، اغلب ژن‌های بد یا بدشانسی را مقصر می‌دانیم و مطمئناً هر یک از این عوامل ممکن است به نوبه‌ی خود مهم باشند. بسته به شرایط، حتی ممکن است رفتار خود فرد را نیز مقصر بدانیم: ممکن است کسی سیگار بکشد، بیش از حد غذای نامناسب بخورد، به اندازه کافی ورزش نکند و غیره.

اما حوزه جامعه‌شناسی پزشکی - مطالعه علل اجتماعی سلامت و بیماری و عملکرد سیستم مراقبت‌های بهداشتی - اذعان می‌کند که سلامت و بیماری نیز علل اجتماعی دارند و بنابراین پدیده‌های اجتماعی هستند و نه فقط پدیده‌های فردی. جامعه‌شناسی پزشکی همچنین اذعان می‌کند که کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اساساً نه تنها برای درمان بیماری و ناخوشی^۱، بلکه برای پیشگیری از آن‌ها نیز مهم است. این کتاب درسی شما را با این درک از سلامت، بیماری و مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده و سایر جوامع معاصر آشنا می‌کند. ما جایی برای بحث در مورد تک‌تک موضوعاتی که جامعه‌شناسان پزشکی بررسی می‌کنند، نخواهیم داشت. اما این کتاب شما را با مسائل اصلی مورد مطالعه آن‌ها آشنا می‌کند که از جمله مهم‌ترین مسائلی هستند که امروزه ایالات متحده و سایر نقاط جهان با آن روبرو هستند. دیدگاه جامعه‌شناسی پزشکی برای درک کامل این مسائل و به طور خاص‌تر، برای درک کامل این که چرا برخی افراد از دیگران سالم‌تر هستند، چگونه و چرا سیستم مراقبت‌های بهداشتی به این شکل عمل می‌کند، و چه کاری می‌توان برای بهبود سلامت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت انجام داد، ضروری است.

قبل از ادامه، بهتر است تعریفی از سلامت^۲ داشته باشیم کلمه‌ای که چندین بار از آن استفاده کرده‌ایم. تعاریف زیادی از سلامت وجود دارد و معمولاً به کیفیت رفاه جسمی و روانی فرد اشاره دارند. یک تعریف استاندارد از اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ گرفته شده است که سلامت را به عنوان «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی» تعریف می‌کند. گنجاندن «رفاه اجتماعی»^۳ در این تعریف، به دلیل گسترش بیش از حد مفهوم سلامت به حدی که مشکلات اجتماعی مانند جنگ و فقر را نیز در بر بگیرد، مورد انتقاد قرار گرفته است (کالاها ۱۹۷۳).

1. illness

2. health

3. social well-being

با این حال، این تعریف توجه را به یک وضعیت ایده‌آل سلامت جلب می‌کند و به درستی نشان می‌دهد که رفاه اجتماعی برای رفاه جسمی و روانی مهم است. جامعه‌شناسی پزشکی نیز قطعاً با این مفهوم موافق است. در مطالعه سلامت، جامعه‌شناسی پزشکی به‌طور کلی توجه بیشتری به سلامت جسمی نسبت به سلامت روان دارد، همان‌طور که این کتاب نیز چنین خواهد کرد. با تعریف سلامت که اکنون برای اهداف ما ارائه شده است، به رابطه بین جامعه‌شناسی پزشکی و حوزه مادر آن، یعنی رشته جامعه‌شناسی می‌پردازیم.

جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی

جامعه‌شناسی پزشکی به طرق مختلف از رشته‌ی گسترده‌ی جامعه‌شناسی برای درک سلامت و مراقبت‌های بهداشتی الهام می‌گیرد. این بخش ریشه‌های جامعه‌شناسی پزشکی را در این رشته‌ی وسیع‌تر تشریح می‌کند. مضامین اصلی جامعه‌شناسی دوره‌های مقدماتی جامعه‌شناسی معمولاً سه مضمون اصلی را به‌عنوان ویژگی‌های بارز رشته‌ی جامعه‌شناسی بر جسته می‌کنند:

(۱) دیدگاه جامعه‌شناختی^۴

(۲) نابرابری اجتماعی^۵

(۳) نهادهای اجتماعی^۶

این مضامین، به نوبه‌ی خود، حوزه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی را هدایت می‌کنند که یافته‌های تحقیقاتی متعدد که هم منعکس‌کننده هستند و هم در ایجاد بدنه‌ی دانش این رشته‌ی بزرگ‌تر نقش دارند. به عبارت دیگر، جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی به‌طور متقابل مرتبط هستند. بیاید سه مضمون اصلی جامعه‌شناسی را به‌طور خلاصه مرور کنیم و ارتباط آن‌ها را برای درک سلامت و بیماری نشان دهیم.

دیدگاه جامعه‌شناختی

موضوع اول شامل دیدگاه جامعه‌شناختی است، یعنی این دیدگاه که محیط اجتماعی بر رفتارها، نگرش‌ها و پیامدهای زندگی افراد (مثلاً شانس آن‌ها برای دستیابی به مدرک دانشگاهی، داشتن شغل رضایت‌بخش و پردرآمد و غیره) تأثیر می‌گذارد. محیط اجتماعی شامل پیشینه‌های اجتماعی ما، از جمله جنسیت، طبقه اجتماعی، نژاد و قومیت، سن، مذهب و شبکه‌های اجتماعی ما می‌شود؛ همچنین شامل جنبه‌های مختلف محل زندگی ما نیز می‌شود مانند: کشوری که در آن زندگی می‌کنیم و منطقه‌ی سکونت ما در آن کشور (مثلاً شمال شرقی در مقابل جنوب در ایالات متحده یا سکونت شهری در مقابل سکونت روستایی). محیط اجتماعی به‌طور کامل رفتارها، نگرش‌ها و پیامدهای زندگی ما را تعیین نمی‌کند، اما اغلب بر آن‌ها تأثیر زیادی می‌گذارد. این تأکید، جامعه‌شناسی را به این سمت سوق می‌دهد که افراد را بیشتر به‌عنوان موجودات اجتماعی در نظر بگیرد نه فقط به‌عنوان افراد.

به‌عنوان مثالی غیر مرتبط با جامعه‌شناسی پزشکی، جنسیت و نژاد بر ترجیحات رأی‌دهی تأثیر می‌گذارند: زنان و آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار در انتخابات اخیر ریاست جمهوری بسیار بیشتر از مردان و آمریکایی‌های سفیدپوست به نامزد دموکرات رأی داده‌اند. این تعمیم به این معنی نیست که همه زنان و همه آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار به نامزد دموکرات رأی می‌دهند، بلکه به این معنی است که آن‌ها از نظر آماری بیشتر از همتایان خود این کار را انجام می‌دهند، احتمالاً به این دلیل که تجربیات مختلف زندگی آن‌ها باعث می‌شود که از مواضع سیاسی حزب دموکرات و نامزد ریاست جمهوری آن حمایت کنند.

4. the sociological perspective

5. social inequality

6. social institutions

برای بازگشت دوباره به مثال آموزش و سلامت، این احتمال وجود دارد که این رابطه حداقل تا حدی به دلیل یک متغیر مقدم مانند درآمد والدین در دوران رشد، ساختگی باشد. وقتی درآمد والدین کم است، احتمال اینکه فقط مدرک دبیرستان بگیرند بیشتر است، و همچنین احتمال بزرگ شدن و ادامه زندگی با وضعیت سلامتی بد نیز بیشتر است. اگرچه دلیل خوبی برای باور به این وجود دارد که آموزش به خودی خود بر سلامت تأثیر می‌گذارد، اما حداقل بخشی از این رابطه ممکن است به دلیل تأثیرات درآمد والدین ساختگی باشد.

۴. توضیح بهتری وجود ندارد. معیار چهارم این است که نباید توضیح بهتری برای رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته وجود داشته باشد. گاهی اوقات یک رابطه ممکن است سه معیار اول را برآورده کند اما همچنان یک تصادف باشد. به عنوان مثال (یک مثال احمقانه)، ایالات متحده در المپیک فوریه ۱۹۸۰ اتحاد جماهیر شوروی را درهاکی شکست داد. در طول چند سال بعد، نرخ جرم و جنایت در ایالات متحده کاهش یافت. به نظر می‌رسد این رابطه سه معیار اول را برآورده می‌کند (در مورد آن فکر کنید!)، اما این بدان معنا نیست که پیروزی ایالات متحده در المپیک دلیل کاهش نرخ جرم و جنایت بوده است. این کاهش در عوض به دلیل عوامل دیگری مانند کاهش تعداد آمریکایی‌های مستعد جرم در بازه سنی پانزده تا سی سال بود (تراویس و وال، ۲۰۰۲). در عمل، محققان نگرانی بسیار کمتری در مورد این معیار چهارم نسبت به سه معیار اول دارند.

نتیجه‌گیری

این فصل به معرفی مضامین اصلی جامعه‌شناسی پزشکی و در نتیجه این کتاب پرداخت. جامعه‌شناسی پزشکی بر اهمیت محیط اجتماعی برای درک سلامت، بیماری و مراقبت‌های بهداشتی تأکید می‌کند. به عنوان بخشی از این تأکید، تأکید می‌کند که نابرابری‌های اجتماعی در جامعه بزرگ‌تر بر کیفیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد و تأکید می‌کند که جامعه و فرهنگ بر آنچه بیماری محسوب می‌شود یا نمی‌شود و همچنین بر تجربه بیماری تأثیر می‌گذارند. فصل بعدی زمینه را برای فصل‌های بعدی فراهم می‌کند، زیرا هم به ظهور پزشکی علمی که از مدل زیست‌پزشکی استفاده می‌کند و هم به ظهور اپیدمیولوژی اجتماعی که یک مؤلفه اساسی جامعه‌شناسی پزشکی است، می‌پردازد.

فصلنامه

۱. جامعه‌شناسی پزشکی منعکس‌کننده و در شکل‌گیری مضامین اصلی در رشته وسیع‌تر جامعه‌شناسی، از جمله دیدگاه جامعه‌شناختی، نابرابری اجتماعی و نهادهای اجتماعی، نقش دارد.
۲. جامعه‌شناسی پزشکی همچنین منعکس‌کننده سنت‌های نظری اصلی در جامعه‌شناسی است: کارکردگرایی، نظریه تضاد و تعامل‌گرایی نمادین.
۳. دامنه جامعه‌شناسی پزشکی شامل موارد زیر است: (۱) تأثیر محیط اجتماعی بر سلامت، بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامت و بیماری؛ (۲) عملکرد سیستم مراقبت‌های بهداشتی؛ و (۳) ساخت اجتماعی بیماری.
۴. پزشکی سازی شامل تبدیل رفتارها و تجربیات غیرپزشکی به مشکلات پزشکی است که دارو اغلب درمان مناسبی برای آن‌هاست.
۵. روش‌های اصلی تحقیق در جامعه‌شناسی پزشکی شامل نظرسنجی‌ها، تحقیقات کیفی و آزمایش‌ها است. نتایج نظرسنجی‌های نمونه‌های تصادفی را می‌توان به جمعیت تعمیم داد، در حالی که نتایج تحقیقات کیفی درک غنی از بسیاری از جنبه‌های بیماری و سایر مباحث مرتبط با سلامت ارائه می‌دهد.
۶. رای نتیجه‌گیری مبنی بر اینکه رابطه بین یک متغیر مستقل و متغیر وابسته در واقع علی است، باید سؤالات مربوط به ترتیب علی و جعلی بودن رد شود.

کمی تأمل

شما بیمار بیمارستان هستید و در حال گذراندن دوران نقاهت پس از یک جراحی کوچک و بستری شدن در بیمارستان هستید. اگرچه انتظار داشتید در یک اتاق دو تخته بستری شوید، اما بیمارستان شما را در یک اتاق پنج تخته بستری می‌کند. در طول شب، پرستاران و سایر پرسنل به‌صورت دوره‌ای برای گرفتن خون و انجام سایر وظایف هر پنج بیمار، از جمله شما، وارد اتاق می‌شوند. در نتیجه، اتاق به ندرت ساکت است و بیماران فقط حدود دو یا سه ساعت در تمام شب می‌خوابند. یک جامعه‌شناس پزشکی چگونه می‌تواند این وضعیت را تفسیر و توضیح دهد؟

فصل ۱۴: همه‌گیری کووید-۱۹



سؤالات یادگیری

۱. چگونه همه‌گیری کووید-۱۹ نکته اصلی مقدمه فصل ۱ بر جامعه‌شناسی پزشکی را نشان می‌دهد؟
۲. چه شباهت‌هایی بین کشف جان اسنو در مورد علت شیوع وبا در لندن در سال ۱۸۵۴ و شروع همه‌گیری کووید-۱۹ وجود دارد؟
۳. این همه‌گیری چگونه جنجالی را که اقدامات بهداشت عمومی اغلب ایجاد می‌کنند، آشکار کرده است؟
۴. سه علت اجتماعی نرخ مرگ‌ومیر کووید-۱۹ چیست؟
۵. نابرابری‌های جهانی در سلامت و مراقبت‌های بهداشتی چگونه در طول همه‌گیری خود را نشان داده‌اند؟
۶. چرا تجربه ایالات متحده در طول همه‌گیری، سلامت و مراقبت‌های بهداشتی پایین‌تر ایالات متحده را در مقایسه با تجربه کشورهای هم‌تا نشان می‌دهد؟

سلامت و بیماری در اخبار

با شروع پاییز ۲۰۲۲، کارشناسان بهداشت عمومی انتظار افزایش موارد ابتلا به کووید-۱۹، بستری شدن در بیمارستان و مرگ‌ومیر در ماه‌های آینده را داشتند. آن‌ها گفتند که این افزایش ناشی از کاهش ایمنی و هوای سردتر است که افراد بیشتری را به داخل خانه‌ها می‌فرستد. همچنین، جامعه آمریکا تا آن زمان تا حد زیادی بازگشایی شده بود و فرصت‌های بیشتری برای شیوع ویروس کووید-۱۹ ایجاد می‌کرد. مشکل این بود که تعداد کمتری از آمریکایی‌ها نسبت به دوره‌های اولیه همه‌گیری ماسک می‌زدند. از طرف دیگر، کارشناسان بهداشت عمومی انتظار داشتند که به لطف ایمنی ناشی از واکسیناسیون و عفونت‌های قبلی، احتمال بستری شدن در بیمارستان و مرگ در موارد جدید کمتر از گذشته باشد. (اسمیت-شوئنوالدر ۲۰۲۲)

در اواخر سال ۲۰۱۹ و اوایل ۲۰۲۰، دانشمندان تشخیص دادند که یک بیماری جدید و کشنده با نام کووید-۱۹ از ویروسی ناشناخته پدیدار شده است. تا مارس ۲۰۲۰، این ویروس بسیاری از کشورها از جمله ایالات متحده را آلوده کرده بود و جامعه‌ی آمریکا عملاً تعطیل شد. مدارس متوسطه، کالج‌ها و دانشگاه‌ها در سراسر کشور بسته شدند و دانش‌آموزان و دانشجویان را به خانه فرستادند تا کلاس‌های خود را به صورت مجازی ادامه دهند. کسب‌وکارها تعطیل شدند، کارکنان و خریداران در خانه ماندند و خیابان‌ها و بزرگراه‌های کشور به طرز عجیب و ترسناکی خلوت شدند.

با وجود امیدهای اولیه که تعطیلی جامعه می‌تواند به پایان یافتن شیوع کووید-۱۹ کمک کند، این ویروس جدید برنامه‌های دیگری داشت. ویروس در سراسر ایالات متحده چرخید و به‌زودی مردم را در همه جا، اما به‌ویژه افراد مسن، افراد رنگین‌پوست، و کسانی که مشاغل خدماتی با درآمد پایین و دیگر مشاغل طبقه کارگر داشتند، مبتلا و ناتوان کرد. بیمارستان‌ها مملو از بیماران کووید-۱۹ شدند و کامیون‌های یخچال‌دار که پر از اجساد قربانیان ویروس بودند، در خیابان‌های شهر نیویورک، منظره‌ای وحشتناک ایجاد می‌کردند. گونه‌هایی با نام‌هایی مانند دلتا، امیکرون و BA.۵ پدیدار شدند و از ویروس اصلی مسری‌تر بودند. اگرچه واکسن‌های معجزه‌آسا ساخته شدند و جان میلیون‌ها نفر را نجات دادند، کووید-۱۹ همچنان تلفات مرگبار به‌جا گذاشت و جهان را از بسیاری جهات دگرگون کرد.

تا اواخر اوت ۲۰۲۲، کووید-۱۹ حدود ۶.۵ میلیون نفر را در سراسر جهان کشته و بیش از ۶۴۰ میلیون نفر را آلوده کرده بود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲). در ایالات متحده، کووید-۱۹ بیش از یک میلیون نفر را کشته و طبق گزارش‌ها ۹۴ میلیون نفر را آلوده کرده بود (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، ۲۰۲۲)، درحالی‌که آزمایش خون نشان می‌داد تا فوریه ۲۰۲۲ بیش از ۱۹۰ میلیون آمریکایی در واقع به این بیماری مبتلا شده‌اند (کلارک و همکاران، ۲۰۲۲). در اواخر اوت ۲۰۲۲، تقریباً ۴۰۰ آمریکایی هر روز بر اثر کووید-۱۹ می‌مردند و بیش از ۵,۳۰۰ نفر روزانه به دلیل این بیماری راهی بیمارستان می‌شدند.

فراتر از پیامدهای پزشکی، همه‌گیری کووید-۱۹ به شیوه‌های دیگری نیز به جامعه‌ی آمریکا آسیب رساند. برای مثال، به نظر می‌رسد نرخ قتل و دیگر خشونت‌های جدی، شامل خشونت خانگی، افزایش یافته است (لوپز، ۲۰۲۱؛ پیکوئرو و همکاران، ۲۰۲۱) و احتمالاً آمار مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات رانندگی نیز بیشتر شده است (گروس، ۲۰۲۲). این همه‌گیری همچنین آموزش و رشد اجتماعی کودکان و همچنین زندگی تحصیلی میلیون‌ها دانشجوی دانشگاه را به شدت مختل کرد (مروش، ۲۰۲۲؛ سول، ۲۰۲۲؛ شوارتز، ۲۰۲۱). علاوه بر این، چون کودکان در خانه بودند و نه در مدرسه یا مهدکودک، زنان به‌طور نامتناسبی زیر بار مسئولیت مراقبت از کودکان همراه با وظایف شغلی خود قرار گرفتند و در نتیجه با مشکلات شغلی و روانی مواجه شدند (کروین و اتینگر، ۲۰۲۲؛ رانجی و همکاران، ۲۰۲۱). این پیامدها و سایر اثرات کووید-۱۹ هنوز در حال بررسی است و تأثیر اجتماعی کامل این ویروس تا سال‌ها مشخص نخواهد شد.

چه خوب و چه بد، همه‌گیری کووید-۱۹ نمونه‌ای روشن از بسیاری از نکات و مضامین اصلی مطرح‌شده در سراسر این کتاب است. بنابراین در این فصل پایانی، منطقی است که نگاهی دوباره به این موضوعات بیندازیم و ارتباط آن‌ها را با کووید-۱۹ بررسی کنیم. این بررسی دو هدف دارد:

۱. کمک به شما برای مرور بخش زیادی از آنچه تاکنون خوانده‌اید و یادآوری نکات و مضامین کلیدی،
۲. کمک به شما برای درک اهمیت رویکرد جامعه‌شناسی پزشکی نسبت به سلامت، بیماری و جامعه، برای فهم کامل پویایی‌ها و پیامدهای همه‌گیری کووید-۱۹.

برای دستیابی به این اهداف، بررسی ما موضوع به موضوع پیش خواهد رفت. برای هر موضوع، ابتدا آن را خلاصه می‌کنیم و سپس درباره‌ی ارتباطش با همه‌گیری کووید-۱۹ توضیح می‌دهیم. در پایان این بحث، امیدواریم شما بتوانید علل و پویایی‌های اجتماعی همه‌گیری را عمیق‌تر درک کنید و اهمیت جامعه‌شناسی پزشکی را برای فهم نه‌تنها این همه‌گیری، بلکه سلامت، بیماری و جامعه به‌طور کلی بهتر بشناسید.

جامعه‌شناسی و مطالعه سلامت و بیماری

نکته مهمی که در ابتدای این کتاب مطرح شد را در نظر داشته باشید: اگرچه مشکلات سلامتی علل پزشکی شناخته‌شده‌ای دارند، اما علل اجتماعی نیز دارند. اگر چنین باشد، مشکلات سلامتی فقط مسائل پزشکی نیستند، بلکه مسائل اجتماعی نیز هستند. کووید-۱۹ افراد زیادی را آلوده و کشته یا مبتلا کرده است، زیرا به روش‌هایی که دانشمندان پزشکی مستند کرده‌اند و فراتر از محدوده بحث ما هستند، به سلول‌ها نفوذ می‌کند و به اندام‌ها آسیب می‌رساند.

اما به دلیل رفتارهای منفی بهداشتی، نابرابری‌های اجتماعی مختلف و کمبودهای مراقبت‌های بهداشتی نیز به افراد زیادی آسیب رسانده است که همه آن‌ها دلایل اجتماعی هستند، همان‌طور که در صفحات بعدی توضیح خواهیم داد. همان‌طور که نمی‌توانیم بفهمیم چرا کووید-۱۹ چنین تلفات وحشتناکی را در ایالات متحده و جاهای دیگر وارد کرده است، بدون درک دلایل بیولوژیکی که چرا اینقدر عفونی و کشنده بوده است، نمی‌توانیم بفهمیم که چرا بدون درک تأثیر این دلایل اجتماعی، این تلفات را متحمل شده است. مسلماً این دلایل به همان اندازه دلایل بیولوژیکی برای توضیح تأثیر کووید-۱۹ بر سلامت مهم هستند.

تاریخ اجتماعی سلامت و بیماری

بحث فصل ۲ در مورد تاریخ پزشکی علمی و اپیدمیولوژی اجتماعی را به یاد بیاورید. این تاریخ قطعاً به ما یادآوری می‌کند که بدون توسعه هم‌زمان پزشکی علمی و اپیدمیولوژی اجتماعی، این بیماری همه‌گیر میلیون‌ها نفر دیگر را کشته و آسیب‌های پزشکی و اجتماعی بسیار بیشتری نسبت به آنچه تاکنون ایجاد شده است، به بار می‌آورد.

در این راستا، یادآوری کشف مشهور جان اسنو در مورد علت شیوع وبا در سال ۱۸۵۴ در لندن در این فصل ارزشمند است. وبا به دلایل بیولوژیکی یک بیماری باکتریایی خطرناک است که در اینجا نیازی به بررسی آن نیست، اما اسنو دریافت که شیوع لندن ناشی از یک عامل اجتماعی، یعنی فعالیت انسانی، یعنی آلودگی آب آشامیدنی توسط زباله‌های انسانی است. بدون باکتری و ویبریو کلرا که باعث وبا می‌شود، این بیماری نمی‌توانست در سال ۱۸۵۴ در لندن شیوع پیدا کند. اما بدون آلودگی آب توسط زباله‌های انسانی، این بیماری نیز شیوع پیدا نمی‌کرد، یا حداقل هرگونه ظهور وبا بسیار کمتر گسترده می‌بود. همان‌طور که در فصل ۲ اشاره شد، کشف اسنو یک کشف زیست‌پزشکی نبود؛ بلکه کشفی بود مبنی بر اینکه دو عامل اجتماعی، آب آلوده و فعالیت‌های انسانی که آب را آلوده کرده بودند، باعث شیوع این بیماری شده بودند.

به همین دلایل، بسیاری از آمریکایی‌ها از ماسک‌زدن و واکسیناسیون امتناع کردند، درحالی‌که کانادایی‌ها در این زمینه همکاری بیشتری نشان دادند.

با در نظر گرفتن همه این تفاوت‌ها، قابل پیش‌بینی بود که از ابتدای پاندمی، نرخ مرگ‌ومیر در آمریکا بالاتر از کانادا باشد؛ و دقیقاً همین اتفاق رخ داده است. این تفاوت‌ها تاکنون به قیمت جان حدود ۶۵۰ هزار آمریکایی تمام شده است و این رقم همچنان رو به افزایش است.

نتیجه‌گیری

این فصل پایانی، بسیاری از فصل‌های قبلی را مرور کرد و ارتباط آن‌ها را با همه‌گیری کووید-۱۹ و ارتباط این همه‌گیری با موضوعات فصل‌ها بیان کرد. بارها و بارها دیدیم که این همه‌گیری، نکات و مضامین اصلی مطرح‌شده در فصل‌های قبلی را به تصویر کشیده و آشکار کرده است. اگر این کتاب را قبل از شروع همه‌گیری خوانده بودید، احتمالاً پیش‌بینی می‌کردید که تأثیر آن بیشتر بر افراد کم‌درآمد و رنگین‌پوستان خواهد بود و احتمالاً پیش‌بینی می‌کردید که به نسبت ساکنان سایر کشورهای ثروتمند، آمریکایی‌های بیشتری را خواهد کشت. همان‌طور که اکنون می‌دانیم، هر دو پیش‌بینی به حقیقت پیوسته‌اند. بسیاری از جامعه‌شناسان پزشکی و محققان و مقامات بهداشت عمومی گفته‌اند که ایالات متحده باید تمام تلاش خود را برای بهبود سیستم بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی کشور و کاهش نابرابری‌های بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی انجام دهد. همه‌گیری کووید-۱۹ نیاز به این بهبود را به طرز غم‌انگیزی آشکار کرده است.

فلاصه

۱. همه‌گیری کووید-۱۹ بسیاری از مفاهیم اصلی و نکات مطرح‌شده در سراسر این کتاب را نشان داده و بازتاب داده است. این فصل بسیاری از فصل‌های پیشین را مرور کرده و ارتباط آن‌ها با همه‌گیری و نقش همه‌گیری را در تأیید مطالب مطرح‌شده توضیح داده است.

۲. همه‌گیری، موضوعات اصلی جامعه‌شناسی پزشکی (بررسی‌شده در فصل ۱) را برجسته کرده است؛ به ویژه این ایده را که بیماری‌ها و مشکلات سلامت فقط موضوعات پزشکی با علل زیستی نیستند، بلکه مسائل اجتماعی با علل اجتماعی نیز محسوب می‌شوند.

۳. نقش فعالیت‌های انسانی در گسترش کووید-۱۹ مشابه نقشی است که رفتارهای انسانی در شیوع وبا در لندن سال ۱۸۵۴ داشت. این همه‌گیری همچنین نشان داده است که حوزه بهداشت عمومی هنگام دفاع از اقدامات پیشگیرانه—که می‌توانند مؤثر اما در برخی گروه‌ها نامحبوب باشند—اغلب با بحث‌ها و مخالفت‌ها مواجه می‌شود.

۴. همه‌گیری بر اهمیت رفتارهای سلامت و نقش عوامل اجتماعی-جمعیتی در تعیین این رفتارها تأکید کرده است. علاوه بر این، مشکل کووید طولانی‌مدت یادآور این است که بسیاری از افراد با بیماری‌های بحث‌برانگیز زندگی می‌کنند و اغلب برای جدی گرفته شدن مشکلشان توسط متخصصان یا سایر افراد دچار مشکل می‌شوند.

۵. همه‌گیری به‌طور ترازیک نشان داده است که علل اجتماعی سلامت، مشکلات سلامت و نابرابری‌های سلامت چقدر تأثیرگذار هستند. برخی عوامل اجتماعی-جمعیتی، خطر بستری یا مرگ ناشی از کووید-۱۹ را به‌طور قابل توجهی افزایش داده‌اند.

۶. کشورهای کم‌درآمد نرخ‌های مرگ ناشی از کووید-۱۹ بالاتری نسبت به کشورهای ثروتمند داشته‌اند. از آنجا که این کشورها حتی در شرایط عادی نیز سلامت ضعیف‌تر و سیستم مراقبت سلامت ناکارآمدتری دارند، همه‌گیری تأثیری نامتناسب و سنگین بر صدها میلیون نفر از ساکنان آن‌ها گذاشته است.
۷. در طول همه‌گیری، برخی پزشکان و کارکنان سلامت درمان‌های نادرست و غیر معتبر برای کووید-۱۹ ترویج کرده‌اند. در همان زمان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان سلامت تقریباً در سراسر دنیا به‌ویژه در دوره‌های اوج همه‌گیری به شدت تحت فشار و فرسوده شده‌اند.
۸. بیمارستان‌های مناطق روستایی و درون‌شهری^۴ حتی در بهترین شرایط نیز با کمبود بودجه، کمبود کارکنان و مشکلات ساختاری مواجه‌اند. همه‌گیری این مشکلات را تشدید کرد، به‌ویژه چون آن‌ها مجبور شدند جراحی‌ها و خدمات انتخابی که منبع مالی اصلیشان بود را لغو یا به تعویق بیندازند.
۹. در مقایسه با کشورهای هم‌سطح، ایالات متحده کیفیت بسیار پایین‌تری در سلامت و مراقبت سلامت دارد. نتیجه آن، نرخ‌های مرگ ناشی از کووید-۱۹ بالاتر در میان آمریکایی‌ها نسبت به مردم سایر کشورهای مشابه است. این وضعیت باعث مرگ صدها هزار آمریکایی شده است، مرگ‌هایی که اگر سلامت و سیستم مراقبت سلامت آمریکا مشابه کشورهای هم‌سطح بود، قابل پیشگیری بودند.

کمی تأمل

شما شهردار شهری با جمعیتی حدود ۲۰۰۰۰۰ نفر هستید. با توجه به اینکه در دانشگاه رشته جامعه‌شناسی و رشته فرعی بهداشت عمومی خوانده‌اید، با این ایده که مشکلات پزشکی علل اجتماعی دارند، بسیار آشنا هستید. نگران این هستید که شهر شما دارای چندین محله کم‌درآمد و برخی بیمارستان‌هایی است که بودجه و نیروی انسانی کافی ندارند. همچنین به‌طور فزاینده‌ای گزارش‌هایی را می‌خوانید که نشان می‌دهد تغییرات اقلیمی و سایر عوامل ممکن است ویروس‌های جدید و بالقوه کشنده‌تری تولید کنند. یکی از دستیاران پیشنهاد می‌کند که شهر باید مالیات بر دارایی خود را ۵٪ افزایش دهد، به‌ویژه برای تأمین بودجه بیشتر برای رسیدگی به ویروس‌های جدید و سایر مسائل بهداشتی. شورای شهر شما باید این افزایش را تأیید کند، که می‌دانید می‌تواند بحث‌برانگیز باشد. آیا شما از این ایده در شورای شهر حمایت می‌کنید؟ چرا یا چرا نه؟

لغت نامه

A	
پذیرش فرهنگ و سبک زندگی آمریکایی توسط مهاجران.	Acculturation
پرستارانی که دارای مدرک کارشناسی ارشد یا آموزش معادل هستند و وظایف بسیار تخصصی انجام می‌دهند؛ این گروه شامل پرستاران متخصص بالینی، پرستاران بیهوشی، ماماها، پرستار دارای گواهینامه، و پرستاران متخصص است.	Advanced practice nurses
به‌عنوان یک ویژگی حرفه‌ای، ایده‌ای که هدف اصلی حرفه‌ها کمک به مراجعینی است که به آن‌ها خدمت می‌کنند و به این طریق به جامعه به‌طور کلی کمک می‌شود.	Altruism
یک محیط ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای بیمارانی که بستری نیستند (مراجعه سرپایی).	Ambulatory care facility
یک مرکز خدمات سلامت که خدمات جراحی سرپایی ارائه می‌دهد و برای انواع نسبتاً کوچک جراحی‌ها و اقدامات پزشکی استفاده می‌شود.	Ambulatory surgery center
به‌عنوان یک ویژگی حرفه‌ای، سلطه‌ای که متخصصان بر مراجعان و بر گروه‌های شغلی پایین‌تر که با آن‌ها تعامل دارند، اعمال می‌کنند.	Authority
به‌عنوان یک ویژگی حرفه‌ای، ایده‌ای که یک حرفه تا حد زیادی آزاد است تا موارد زیر را تعیین کند: ۱. آموزش موردنیاز و سایر استانداردها، از جمله امتحانات و مجوزها، برای ورود به حرفه. ۲. قوانین حاکم بر رفتار اعضای حرفه. ۳. انضباط و اقداماتی که باید در صورت نقض این قوانین توسط اعضا انجام شود.	Autonomy
B	
سیستم مراقبت سلامت که در آن دولت از طریق مالیات هزینه‌های سلامت را پرداخت می‌کند و همچنین اکثر بیمارستان‌ها را مالک است و بسیاری از پزشکان را استخدام می‌کند.	Beveridge model
نوشیدن پنج یا بیشتر نوشیدنی الکلی در همان موقعیت و حداقل در یک روز از ۳۰ روز گذشته.	Binge drinking
تغییرات در فعالیت‌های روزمره و روابط اجتماعی یک فرد پس از تشخیص بیماری مزمن.	Biographical disruption
دیدگاهی که بیماری‌ها و مشکلات سلامت دارای یک یا چند علت پزشکی مشخص هستند و می‌توان آن‌ها را با دارو یا اقدامات پزشکی مناسب درمان کرد.	Biomedical model
سیستم مراقبت سلامت که در آن شهروندان موظف به داشتن بیمه سلامت خصوصی و غیرانتفاعی هستند و ارائه خدمات سلامت عمدتاً خصوصی است.	Bismarck model
C	
پرداخت به پزشکان یک هزینه‌ی ثابت برای هر بیمار به جای پرداخت جداگانه برای هر آزمایش، روش یا خدمت پزشکی.	Capitation
دیدگاهی که سلول‌ها واحد ساختاری و عملکردی پایه‌ای برای تمام موجودات زنده هستند.	Cell theory
برنامه بیمه سلامت کودکان که خدمات پزشکی اصلی را به کودکانی ارائه می‌دهد که خانواده‌هایشان درآمد کمی دارند اما برای مدیکید واجد شرایط نیستند.	CHIP
بیمارستان‌هایی که توسط کلیساهای کاتولیک یا دیگر مذاهب دینی حمایت و اداره می‌شوند.	Church-affiliated hospitals
دوره‌ی چرخشی بالینی در سال سوم و چهارم پزشکی که دانشجویان همراه سایر دانشجویان در بیمارستان‌ها حضور دارند.	Clerkship

1. Abelson, Reed. 2013. "The Face of Future Health Care." *The New York Times* March 21:B1.
2. Abelson, Reed. 2021. "More Hospitals Are Requiring Workers to Get Covid Vaccines." *The New York Times*, July 21. <https://www.nytimes.com/2021/07/21/health/covid-vaccine-hospitals.html>.
3. Abelson, Reed and Julie Creswell. 2012. "Hospital Chain Inquiry Cited Unnecessary Cardiac Work." *The New York Times* August 7:A1.
4. Abrams, Melinda K., Rachel Nuzum, Mark A. Zezza, Jamie Ryan, Jordan Kiszla and Stuart Guterman. 2015. *The Affordable Care Act's Payment and Delivery System Reforms: A Progress Report at Five Years*. New York: The Commonwealth Fund.
5. Acciai, Francesco, Aggie J. Noah and Glenn Firebaugh. 2015. "Pinpointing the Sources of the Asian Mortality Advantage in the United States." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(10):1006–11.
6. Adler, Paul S. 2012. "The Sociological Ambivalence of Bureaucracy: From Weber Via Gouldner to Marx." *Organization Science* 23(1):244–66.
8. AFL-CIO. 2019. *Death on the Job: The Toll of Neglect*, 2019. Washington, DC: AFL-CIO.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. 2018. *2017 National Healthcare Quality and Disparities Report*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. 2018. "Saving Lives and Saving Money: Hospital-Acquired Conditions Update." <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/interimhacrate2014.html>.
12. Agency for Healthcare Research and Quality. 2019. "AHRQ National Scorecard on Hospital-Acquired Conditions." <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.html>.
13. Aizer, Ayal A., Ming-Hui Chen, Ellen P. McCarthy, Mallika L. Mendu, Sophia Koo, Tyler J. Wilhite, Powell L. Graham, Toni K. Choueiri, Karen E. Hoffman, Neil E. Martin, Jim C. Hu and Paul L. Nguyen. 2013. "Marital Status and Survival in Patients with Cancer." *Journal of Clinical Oncology* 31(3869–3876).
15. Alker, Joan, Jack Hoadley and Mark Holmes. 2018. *Health Insurance Coverage in Small Towns and Rural America: The Role of Medicaid Expansion*. Washington DC and Chapel Hill, NC: Georgetown University Center for Children and Families and University of North Carolina NC Rural Health Research Program.
16. Allen, Marshall. 2013. "How Many Die from Medical Mistakes in U.S. Hospitals?." *ProPublica* September 19. <http://www.propublica.org/article/how-many-die-from-medical-mistakes-in-us-hospitals>.
17. Allen, Marshall. 2014. "One Third of Skilled Nursing Patients Harmed in Treatment." *ProPublica* March 3. <http://www.propublica.org/article/one-third-of-skilled-nursing-patients-harmed-in-treatment>.
18. Almashat, Sammy, Sidney M. Wolfe and Michael Carome. 2016. *Twenty-Five Years of Pharmaceutical Industry Criminal and Civil Penalties: 1991 through 2015*. Washington, DC: Public Citizen.
20. AlShurman, Bara' Abdallah, Amber Fozia Khan, Christina Mac, Meerab Majeed and Zahid Ahmad Butt. 2021. "What Demographic, Social, and Contextual Factors Influence the Intention to Use Covid-19 Vaccines: A Scoping Review." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(17). doi: 10.3390%2Fijerph18179342.
21. Altman, Drew. 2016. "The Affordable Care Act after Six Years." *The Wall Stree Journal* March 23. <http://blogs.wsj.com/washwire/2016/03/23/the-affordable-care-act-after-six-years/>.
22. Altman, Lawrence K. 2014. "A Patient's-Eye-View of Nurses." *The New York Times* February 10. <http://well.blogs.nytimes.com/2014/02/10/a-patients-eye-view-of-nurses/>.
23. Amadeo, Kimberly. 2018. "Cbo Report on Obamacare Costs, Savings and Impact on Economy." *TheBalance.com* November 20. <https://www.thebalance.com/cbo-report-obamacare-3305627>.
24. Amadeo, Kimberly. 2019. "Benefits of Obamacare." *The Balance* May 30. <https://www.thebalance.com/benefits-of-obamacare-advantages-of-the-aca-3306066>.
25. AmbulatorySurgeryCenterAssociation. 2013. "ASCS: A Positive Trend in Health Care." <http://www.ascassociation.org/AdvancingSurgicalCare/aboutasc/industryoverview/apositivetrendinhealthcare/>.
26. American Lung Association. 2019. *State of the Air 2019*. Chicago: American Lung Association.
27. American Association of Colleges of Nursing. 2019a. "Fact Sheet: Enhancing Diversity in the Nursing Workforce." https://www.aacnursing.org/Search-Results?sb-search=racial&sb-inst=42_dnn_avtSe_arch_pnlInput&sb-logid=392771-0joy93ydiib0an29.
28. American Association of Colleges of Nursing. 2019b. "Nursing Shortage." <https://www.aacnursing.org/News-Information/Fact-Sheets/Nursing-Shortage>.
29. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. 2019. "U.S. Colleges of Osteopathic Medicine." <https://www.aacom.org/become-a-doctor/us-coms>.

برای مشاهده‌ی ادامه‌ی منابع QR زیر را اسکن کنید

