

# بستّر اجتماعی سلامت\*

پال بیت ترجمہ احمد رضا جلیلی

## درآمد

سلامت ما تنها نتیجه چگونگی زندگی کردن ما نیست. [بلکه] از نوع شغلی که در اختیار داریم، درآمد ما و جهان اجتماعی ای که در آن مقیم هستیم نیز متأثر است. در واقع، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که تفاوت‌های بهداشتی ظاهراً متأثر از عوامل بیولوژیکی، بویژه تفاوت‌های مربوط به جنس، از عوامل اجتماعی نیز تأثیرپذیرند. این تفاوت‌ها، کم‌اهمیت و پیش‌پاافتاده نیستند. مردان به‌طور متوسط، پنج سال کمتر از زنان عمر می‌کنند. افرادی که از رفاه بیشتری برخوردارند به‌طور متوسط، پنج سال بیشتر از فقرا عمر می‌کنند (Haberman & Bloomfield, 1988). این عوامل می‌توانند خطر ناشی از هرگونه رفتار مربوط به بهداشت فردی، از جمله استعمال دخانیات، را تحت‌الشعاع قرار دهند (Hein, Suadicani & Gyntelberg, 1992). اگر هدف ما بهبود بخشیدن به وضع سلامت عمومی است، تغییر محیط و بستری که مردم در آن به سر می‌برند چه بسا به اندازه تغییر و تحول در برنامه‌هایی که به رفتارهای مخاطره‌آمیز فردی معطوف‌اند، عامل نیرومندی از کار درآید.

این مقاله خطرات بهداشتی مربوط به شماری از بسترهای اجتماعی، از جمله جایگاه اجتماعی-اقتصادی، جنس، شرایط شغلی، و قومیت<sup>۱</sup> را مورد توجه و تأکید قرار می‌دهد. این عوامل در شبکه پیچیده علت و معلول‌ها درهم تنیده‌اند، تا حدی که یک فرد در اثر عوامل مربوط گوناگونی احتمالاً در معرض خطر بیماری یا مصون و محفوظ از چنین خطری است. افراد به لحاظ اجتماعی-اقتصادی محروم، احتمالاً با عوامل تنش‌زا از جمله فشارهای اقتصادی و محیطی مواجه می‌شوند. علاوه بر این، ممکن است تحت شرایطی کار کنند که بیشتر از افراد مرفه به بیماری مبتلا شوند. آن دسته از افرادی که از مقام و منزلت اجتماعی یک گروه اقلیت برخوردارند، به احتمال قوی فقیرتر از گروه اکثریت‌اند و مشکلات مربوط به محرومیت اقتصادی و نیز مشکلات ناشی از داشتن پایگاه اجتماعی گروه اقلیت را با هم دارند. بر این اساس، هرچند در این مقاله درصدد آنیم که مخاطرات بهداشتی خاص یا منافع و امتیازات مربوط به بسترهای اجتماعی مختلف را شناسایی کنیم، باید به خاطر داشته باشیم که بسیاری از افراد در نتیجه تصرف چندین موقعیت اجتماعی با وضعیت نامطلوبی روبرو هستند.

### جایگاه اجتماعی - اقتصادی و بهداشت

شاهد قوی ای وجود دارد بر این که اعضای مرفه تر جامعه بیشتر از کسانی که رفاه کمتری دارند، عمر کرده اند. در مطالعه خلاّقانه ای در باب تک ستون های یادبود<sup>۲</sup> اسکاتلندی مربوط به قرن نوزدهم در قبرستان های گلاسگو، مثلاً مطالعه دیوی اسمیث<sup>۳</sup> و دیگران (1992)، کوتاه و بلندی این تک ستون ها را نشانه و مظهر ثروت افرادی که در زیر آن ها مدفون اند، ارزیابی کردند. آنان ارتفاع هر یک از این تک ستون های یادبود را با سن اولین نسل مدفون در زیر آن مقایسه کردند و ارتباط طولی قوی ای بین این دو متغیر یافتند که حاکی از آن بود که افراد ثروتمندتر عمر درازتری کرده اند. مسأله شایان توجه تنها وجود این ارتباط طولی نبود، بلکه خانواده هایی که در زیر این تک ستون های یادبود مدفون بودند، نماینده و مظهر بخش کوچک و نسبتاً ثروتمندی از مردم گلاسگو بودند. این امر دلیل و شاهی بر این نبود که افراد بسیار فقیر به اندازه اغنیا عمر نکرده بودند، بلکه شاهی بود بر اینکه افراد نسبتاً ثروتمند به اندازه افراد بسیار ثروتمند عمر نکرده بودند.

چنین ضریبی<sup>۴</sup> (نسبتی) همچنان وجود دارد. این ضریب تصاعدی است و در سرتاسر طبقات اجتماعی روی می دهد. این امر هم در مورد زنان و هم در مورد مردان صدق می کند و مشخصه همه کشورهای غربی است (Wilkinson, 1992). به تعبیر ساده تر، افرادی که در گروه های به لحاظ اجتماعی - اقتصادی فرو مرتبه تر قرار دارند، نسبت به فرزندان افراد مرفه، به هنگام تولد وزن کمتری دارند، در نوباوگی، طفولیت یا در اوایل دوران بلوغ می میرند و در صورتی که زنده بمانند، بیشتر به بیماری ها مبتلا می شوند. این که این ضریب پیشرونده و تصاعدی است و نه یک اثر آستانه ای<sup>۵</sup> حائز اهمیت است. اگر آستانه ای وجود می داشت که بالای آن همه افراد شانس می آوردند و پایین آن شکست می خوردند، این امر به روشنی نشان دهنده تأثیر فقر بر بهداشت می بود. یکی از ضریب ها - که در آن کسانی که به نحو روزافزونی از رفاه بیشتری برخوردار می شوند، شانس بیشتری می آورند نسبت به کسانی که چندان مرفه نیستند، در هر کجای این ضریب که قرار گیرند - حاکی از فرآیند علی پیچیده تری است.

تبییناتی که در توجیه و تعلیل این تفاوت ها ارائه شده اند، عموماً بر تفاوت های رفتاری، محیطی و فیزیکی در میان گروه های اجتماعی - اقتصادی تأکید دارند.

## گزینش اجتماعی

اولین تبیینی که باید مد نظر قرار داد حکایت از این دارد که ناخوشی و مریض احوالی، به جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین می انجامد. این تبیین نشان می دهد که کسانی که سلامت جسمی ضعیفی دارند، در نتیجه بیماری شان: چه بسا در اثر کاهش توانمندی هایشان برای کار کردن یا اضافه کاری، از حیث اجتماعی فرو مرتبه ترند، و کسانی که از سلامت جسمی مناسبی برخوردارند، به دلایلی مخالف با دلایل قبلی، رتبه اجتماعی فراتری دارند. با اینکه این فرضیه تا حدودی اعتبار و ارزش صوری دارد، در تأیید آن شواهد اندکی وجود دارد. شاید قاطع ترین دلیل در این مورد این است که شماری از مطالعات طولی،<sup>۶</sup> که افرادی را بدون نشانه ای از بیماری در خط شاخص،<sup>۷</sup> که جایگاه اجتماعی-اقتصادیشان در این نقطه به احتمال بسیار زیاد تحت تأثیر بیماری نبوده است، تشخیص داده اند، باز همچنان ضریب مرگ و میری را که در میان عموم مردم یافت می شود، متداوم می یابند (برای مثال: Marmot, Shipley & Rose, 1984). گلدبلات<sup>۸</sup> (1989) با در نظر گرفتن این موضوع از منظر دیگری، گزارش داد که تفاوت در میزان مرگ و میر در میان کسانی که طبقه اجتماعی خود را عوض نکرده اند، با کسانی که طبقه اجتماعی خود را عوض کرده اند، متمایز نبوده است. این اطلاعات با الگوی گزینش اجتماعی مغایرت دارد، زیرا این الگو پیش بینی می کرد که اختلاف در میزان مرگ و میر بیشتر در میان آن کسانی که جایگاه اجتماعی-اقتصادی خود را تغییر نداده اند، به چشم می خورد.

## رفتارهای متمایز

یکی از تبیین هایی که غالباً در مورد اختلاف میزان سلامتی در میان گروه های اجتماعی-اقتصادی مطرح می شود این است که افراد دارای رفاه کمتر به رفتارهایی نظیر استعمال دخانیات یا زیاده روی در مصرف مشروبات الکلی که برای سلامتی زیانبارترند، مبادرت می ورزند (Winkleby, Fortmann & Barrett, 1990). در حالی که این دو تبیین ممکن است برخی تفاوت های موجود در تعدادی از مطالعات را توجیه کنند، نمی توانند همه آن ها را تبیین کنند. مثلاً مارموت، شیپلی و رز (1984) تأثیر تعدادی از این متغیرها را بر روی سلامتی کارمندان دولت در انگلستان، که در طی یک دوره ده ساله در لندن کار می کردند، مورد کندوکاو قرار دادند. یافته های آنان نشان می داد که با اینکه آن دسته از کسانی که در گروه های اجتماعی

محروم تر قرار داشتند، بیشتر به رفتارهای زیانبار برای سلامتی مبادرت می‌ورزیدند، این امر به طور تام و تمام ارتباط جایگاه اجتماعی-اقتصادی و بهداشت را تبیین نمی‌کرد. از آنجایی که اختلاف و تفاوت در کشیدن سیگار، چاقی، کلسترول خون (پلاسما) و فشار خون به لحاظ آماری غالباً بیرون از معادله احتمال خطر<sup>۹</sup> قرار داشت، تفاوت بهداشتی مرتبط با وضعیت شغلی همچنان به قوت خود باقی بود. میزان مرگ و میر در میان مردانی که در پایین ترین مرتبه قرار داشتند، سه برابر بیشتر از کسانی بود که در بالاترین مرتبه بودند.

شواهد موجود حاکی از آنند که جایگاه اجتماعی-اقتصادی ممکن است با رفتار مخاطره‌آمیز تعامل داشته باشد تا شدت بیماری را نشان دهد و در حالی که افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی فرو مرتبه ممکن است به رفتارهای زیانبارتر برای سلامتی مبادرت ورزند، تأثیرات معکوس این رفتارها بر سلامتی ممکن است تحت الشعاع عواملی مرتبط با موقعیت اقتصادی شان قرار گیرد. برای مثال، هاین، سوادیکانی و جنتیلبرگ (1992) اطلاعاتی از یک پژوهش حدوداً ۱۷ ساله در مورد بیماری اکلیلی (CDH)<sup>۱۰</sup> را در مورد مردان دانمارکی گزارش دادند. موافق با دلایل متعدد پیچیده‌ای، آنان دریافتند که افراد سیگاری احتمالاً سه برابر و نیم افراد غیر سیگاری به بیماری اکلیلی دچار بودند. لیکن، هنگامی که این اطلاعات را بر اساس پایگاه اجتماعی مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند، از قرار معلوم کارمندان سیگاری شش برابر و نیم کارمندان غیر سیگاری در معرض بیماری قلبی قرار داشتند. در میان کارگران (یدی)، استعمال دخانیات هیچ خطر احتمالی دیگری از ناحیه بیماری اکلیلی دربر نداشت. افراد طبقه متوسط چه بسا کمتر سیگار می‌کشند، اما آن کسانی که سیگار می‌کشند ممکن است به نحوی خاص در معرض آثار زیانبخش استعمال دخانیات بر سلامتی باشند. برعکس، تأثیر سیگار بر سلامتی افراد کمتر مرفه ممکن است تحت الشعاع عوامل اجتماعی قرار گیرد.

### دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی احتمالاً مطابق با ویژگی‌های بهداشتی و درمانی‌ای که فرد به تعامل با آن مبادرت می‌ورزد، تفاوت می‌کند. بیشتر مطالعات در باب این پدیده در ایالات متحده انجام گرفته است، که در آن نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی گوناگونی برای افراد دارای بیمه درمانی و افراد فاقد بیمه درمانی عمل می‌کنند. در آمریکا افراد

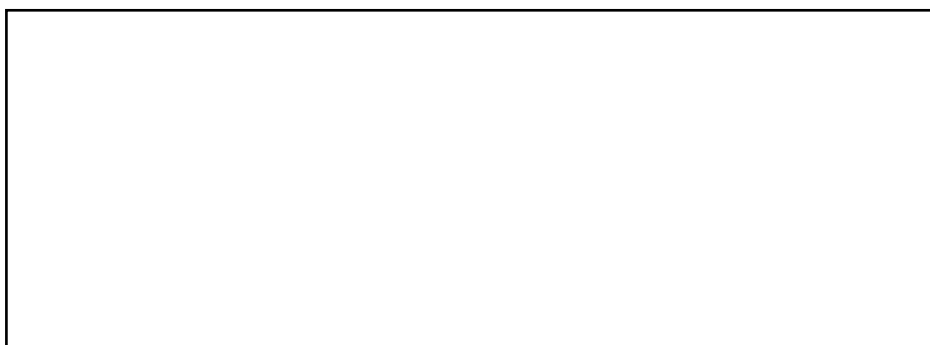
نه چندان مرفه آشکارا از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمتری برخوردارند. از باب مثال، کورشی<sup>۱۱</sup> و دیگران (2000) خاطر نشان کردند، با اینکه دسترسی به پرتونگاری پستان<sup>۱۲</sup> در ایالات متحده بر اساس قومیت یا سطح تحصیلات تفاوتی نمی‌کند، این عمل در میان کسانی که از نظر «دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا بیمه درمانی مشکلاتی» دارند، در سطح پایین‌تری است. حتی در میان افرادی که دارای نوعی بیمه درمانی ([بیمه] خدمات درمانی) هستند، بیمارانی که در محله‌های فقیرنشین زندگی می‌کنند، علی‌الخصوص در بیمارستان‌های غیرشهری (روستایی) و غیرآموزشی، از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نامناسب‌تری برخوردارند تا افرادی که در مناطق مرفه‌نشین بسر می‌برند (Kahn et al., 1994).

این پدیده محدود و منحصر به ایالات متحده نیست. طبق گزارش انکونا<sup>۱۳</sup> و دیگران، در ایتالیا که آمادگی و امکانات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در آن وجود دارد، در حالی که احتمال ابتلای افراد متعلق به پایین‌ترین گروه اجتماعی-اقتصادی به بیماری اکلیلی بیشتر از آن کسانی است که در بالاترین سطح و رتبه اجتماعی-اقتصادی به سر می‌برند، افراد این گروه کمتر از همه، مورد عمل جراحی شریان اکلیلی بای‌پس<sup>۱۴</sup> قرار می‌گیرند. وانگهی، آن افرادی نیز که مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند احتمال مرگشان در ماه بعد (از عمل جراحی) دو برابر افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی بالاتر است، حتی زمانی که وخامت و شدت اولیه بیماری در نظر گرفته شود. به هر دلیل، افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی گوناگون ممکن است به نحو تبعیض آمیزی برای مشاوره پزشکی حضور پیدا کنند. در انگلستان، گویدر<sup>۱۵</sup>، مک‌مالی<sup>۱۶</sup> و بوتاتا<sup>۱۷</sup> (2000) گزارش دادند که افرادی که به طور منظم برای مشاوره پزشکی حضور پیدا می‌کردند، به احتمال زیاد جوانتر بودند، به خودرو شخصی دسترسی داشتند و در مقایسه با کسانی که برای مشاوره حضور پیدا نمی‌کردند دارای شغل غیریدی بودند.

### فشار روحی<sup>۱۸</sup>، نگرانی<sup>۱۹</sup> و افسردگی<sup>۲۰</sup>

فشار روحی هم با اختلال در سیستم ایمنی (دفاعی)<sup>۲۱</sup> بدن و اختلال در سیستم عصبی خودمختار<sup>۲۲</sup> و شروع تعدادی از بیماری‌ها، از جمله بیماری اکلیلی و سرطان، همراه بوده است (بنگرید به: Benneth, 2000). اخیراً شواهد فزاینده‌ای بر این ادعا وجود دارد که افسردگی نیز به شدت در خطر ابتلاء به بیماری اکلیلی و چه بسا سایر بیماری‌ها مؤثر است (مثلاً، Vaillant, 1998). هر دو

عامل خطر در میان افراد متعلق به گروه‌های اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر شایع‌تر است (Gallo & Matthews, 1999). بعلاوه، چنین افرادی منابع کمتری در اختیار دارند که از طریق آن‌ها بتوانند آثار نامطلوب و سوء این عوامل فشار روحی<sup>۲۳</sup> را کاهش دهند. هرچه افراد به گروه‌های فرودست‌تر در ساختار اجتماعی متعلق باشند، بیشتر در معرض حوادث زندگی پر از فشارهای روحی قرار می‌گیرند و تأثیر عاطفی بیشتری می‌پذیرند (House et al., 1991; McLeod & Kessler, 1990). موقعیت اجتماعی-اقتصادی نیز با سطوح پایین‌تر حمایت‌های اجتماعی موجود ارتباط دارد. مثلاً، روبرمن<sup>۲۴</sup> و دیگران (1984) دریافتند که ارتباط منفی قوی‌ای بین سالیان تحصیل و میزان



فشارهای روحی زندگی و انزوای اجتماعی وجود دارد. و این عوامل نیز به مرگ و میر در سال بعد از ابتلاء به انفارکتوس میوکاردی<sup>۲۵</sup> مرتبط بودند. به همین ترتیب، مارموت، اسمیث<sup>۲۶</sup> و استنسفیلد<sup>۲۷</sup> (1991) پی بردند که طبق گزارش‌ها، کارگران مرد کمتر از کارمندان اداری محرم راز<sup>۲۸</sup> دارند که بتوانند برای رفع مشکلات خود به او اتکا داشته باشند یا مورد حمایت اجتماعی او قرار گیرند. افزون بر این، گزارش شده است که کارگران در زندگی پیشامدها و مشکلات منفی‌تری نظیر پرداخت قبضه‌ها [آب، برق، گاز، تلفن، ...] و مشکلات پولی (مالی) بیشتری دارند تا افرادی که به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی بالاتر متعلق‌اند.

### آسیب محیطی<sup>۲۹</sup>

افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر بیشتر در معرض آسیب‌های محیطی قرار می‌گیرند. مسکن نمناک و با کیفیت نازل و سطح آلودگی هوای بیشتر هرکدام ممکن است

مستقیماً بر بهداشت بدن تأثیر بگذارند (Stokols, 1992). لیکن، عوامل محیطی نیز ممکن است به نحوی غیر مستقیم از طرق اجتماعی و روانشناختی تأثیر داشته باشند. یکی از سازوکارهایی که از طریق آن ممکن است این امر اتفاق بیفتد، فشار روحی ای است که با جمعیت زیاد (ازدحام جمعیت) ارتباط دارد (بنگرید به: Baum, Garofalo & Yali, 1999). اما فرآیندهای نامحسوس تر نیز ممکن است دخیل باشند. یک نمونه از این فرآیند را می‌توان در تأثیر نوع مسکنی که در اختیار داریم سراغ گرفت.

در بریتانیا، میزان مرگ و میرهای به لحاظ سنی استاندارد شده [یکسان] در میان عموم مستأجران ۲۵ درصد بیشتر از مالکینی است که خانه شخصی دارند (Filakti & Kox, 1995). اجاره‌نشینان در مقایسه با مالکین به میزان بیشتری به بیماری‌های طولانی مدت و مشکلات روانی-اجتماعی دچار می‌شوند (مثلاً، Lewis et al., 1998). در مورد این تفاوت‌ها تبییناتی وجود دارد: (۱) مسکن (محل سکونت) مستأجران ممکن است مرطوبتر، از نظر تهویه ضعیف‌تر، پرجمعیت‌تر و مانند این‌ها باشد؛ (۲) محل سکونت استیجاری ممکن است از تسهیلات رفاهی بسیار کمتری برخوردار باشد، از این جهت که امکان دسترسی به تسهیلات رفاهی یا فروشگاه‌های دارای کیفیت بالا را دشوارتر می‌سازد؛ و (۳) آثار و پیامدهای روانی زندگی در مسکن‌های جوراجور ممکن است مستقیماً بر سلامت جسمی تأثیر داشته باشند. هرچند که این شق سوم مورد توجه کمتری واقع شده است، مکینتایر<sup>۳۰</sup> و الاوی<sup>۳۱</sup> (1998) دریافتند که معیارهای مختلف مربوط به بهداشت روانی و جسمی به نحو درخور توجهی با مدت اجاره مسکن، حتی پس از کنترل کیفیت مسکن، سن، جنس، درآمد و اعتماد به نفس، ارتباط دارد. آنان این داده‌ها را به این معنا گرفتند که نوع تصرف مسکن خود به سلامت جسمی ارتباط دارد و از عواملی نظیر کنترل بر محیط زندگی خود شخص و فرآیند تطبیقی اجتماعی که در زیر‌بدان اشاره شده، متأثر است.

### جایگاه اجتماعی-اقتصادی در حکم موضوعی مرتبط

مقایسه متوسط عمر<sup>۳۳</sup> در میان کشورهای مختلف غربی، تبیین‌های جالب توجهی را در مورد ارتباط بین طبقه اجتماعی و بهداشت (سلامتی) ارائه می‌دهد. ویلکینسون (1992) شاهی قوی ارائه کرد بر این که ثروت بی‌حد و حساب نیست که تعیین‌کننده سلامتی است. او به شاهی



تمسک جست که نشان می‌داد تنها رابطه ضعیفی بین ثروت نامحدود جامعه و متوسط طول عمر کلی وجود دارد. از آن پیش‌بینانه‌تر، توزیع ثروت در یک جامعه است. هرچه توزیع ثروت دقیق‌تر باشد، سطح مطلق آن هرچه باشد، سلامتی کلی آن ملت بیشتر خواهد بود. ویلکینسون (1990) اطلاعات مربوط به توزیع درآمد و متوسط طول عمر نه کشور غربی را با هم مقایسه کرد و دریافت که ثروت کلی هر کشور با متوسط طول عمر بی‌ارتباط است، در حالی که توزیع درآمد (که به درصد درآمد کلی پس از کسر مالیات و سودی که دست‌کم عاید هفتاد درصد از خانواده‌ها می‌شود، تعریف می‌گردد) با متوسط طول عمر ارتباط دارد. ضریب همبستگی<sup>۳۴</sup> بین این دو متغیر اساساً هشتاد و شش درصد بود.

مثال دیگری از نقش توزیع ثروت با مقایسه متوسط طول عمر در ژاپن و کوبا ارائه می‌شود. هرچند هر دو کشور اساساً بر طبق معیارهای ثروت اقتصادی با هم تفاوت دارند، مردم هر دو کشور از نظر توزیع درآمد و متوسط طول عمر نسبتاً برابرند. شاهد جالب توجه دیگر به اسکاتلند مربوط می‌شود که متوسط سن مرگ و میر و توزیع درآمد را طی عمر دولت محافظه‌کار دنبال می‌کرد (مثلاً McCarron et al., 1994). به موازات رشد اختلاف درآمد در طی این دوره، مرگ و میر زود هنگام در میان طبقه کمتر مرفه، به رغم دسترسی آنها به کالاهای مادی، غذا، پوشاک و غیره، افزایش یافت و با گذشت زمان نسبتاً ثابت ماند. این اطلاعات و اطلاعات مشابه دیگر، ویلکینسون (1992) را واداشت که اظهار کند در نظر اکثر مردم کشورهای غربی، بهداشت نسبتاً به چیزی بیش از سطح زندگی مطلق وابسته است. تبیین ویلکینسون از تفاوت‌های بهداشتی حکایت از این دارد که ما در نوعی مقایسه بین شرایط زندگی خود با شرایط زندگی دیگران وارد شده‌ایم و شناخت از محرومیت نسبی به نحوی خطر بیماری را افزایش می‌دهد.

### پایگاه گروه اقلیت و بهداشت

#### اقلیت‌های نژادی<sup>۳۵</sup>

بین قومیت و وضعیت بهداشت ارتباط قوی‌ای در کار است. در بریتانیا میزان ناخوشی و مرگ و میر زود هنگام در میان اقلیت‌های نژادی عموماً بیشتر از میزان مرگ و میر در میان مردم سفیدپوست است (Harding & Maxwell, 1997)، هرچند تفاوت‌هایی در الگوهای مرگ و میر در میان اقلیت‌های نژادی به چشم می‌خورد. میزان ابتلا به بیماری اکلیلی در میان مردان انگلیسی

شبه جزیره هند سی و شش درصد بالاتر از متوسط مبتلایان به این بیماری در میان خود مردم انگلستان و در میان جوانان دو تا سه برابر بیشتر از افراد مبتلا به این بیماری در میان سفیدپوستان است. میزان ابتلای مردم آفریقایی تبار- کارائیبی به بیماری فشارخون (بالا) و سکنه مغزی و شیوع آن بسیار بالا است، در حالی که میزان بیماری قند (دیابت) در میان آسیایی ها بالاست. در مقام مقایسه، هر دو گروه به میزان کمتری به بیماری سرطان مبتلا هستند تا مردم انگلستان به طور متوسط (Balarajan & Raleigh, 1993). همین وضع را می توان در آمریکا سراغ گرفت که در آن میزان مرگ و میر برحسب سن<sup>۳۶</sup> در میان سیاه پوستان در اثر شماری از بیماری ها از جمله سرطان های گوناگون، بیماری قلبی، بیماری کبد، بیماری قند و ذات الریه بالاتر است (Krieger, Quesenbery & Peng, 1999).

لیکن، ملاحظه ارتباط بین قومیت و بهداشت فرآیند پیچیده ای است، زیرا این امر غالباً گروه های قومی مختلف را به عنوان یک گروه واحد در کنار هم جمع می کند. نازرو<sup>۳۷</sup> (1998) ما را از چنین اشتباهی برحذر می دارد و خاطر نشان می کند که قومیت موضوعات متعدد گوناگونی از قبیل زبان، دین و مذهب، تجربه نژادها و مهاجرت، فرهنگ، اصل و نسب و هویت های گوناگون را دربر می گیرد. هر کدام از این امور ممکن است منفرداً یا توأم در اختلاف بین تندرستی گروه های نژادی مختلف مؤثر باشد. حائز اهمیت است که مفاهیم قومیت را امر مادی تلقی نکنیم و خود جایگاه قومی اقلیت را آسیب شناسی کنیم.

ارائه نکته هشداردهنده دومی نیز اهمیت دارد. معیارهای مربوط به قومیت غالباً با عوامل دیگر که شاید مهم ترین آن جایگاه اجتماعی-اقتصادی باشد خلط می شود. بخش قابل توجهی، و نه همه، اعضای اقلیت های قومی در گروه های اجتماعی-اقتصادی فرو مرتبه جای می گیرند. بر این اساس، تبیین های مربوط به تفاوت های بهداشتی یا رفتاری در میان گروه های قومی باید عوامل اجتماعی-اقتصادی را مورد توجه قرار دهند. با استفاده از این رویکرد، دو پژوهش در آمریکا، که میزان مرگ و میر را در میان سیاهان (تا حد سی درصد اختلاف) بیشتر از سفیدپوستان یافتند، پس از حذف تأثیر جایگاه اجتماعی-اقتصادی، هیچ تفاوتی مشاهده نکردند (Haan & Kaplan, 1995). مطالعات دیگر کاهش، و نه نفی، تأثیر قومیت را کشف کرده اند (مثلاً: Sorlie, Backlund & Keller, 1995). ضریب های اجتماعی-اقتصادی در گروه های قومی از ضریب آن در جامعه به طور کلی تبعیت می کنند: آن دسته از افراد متعلق به گروه های اجتماعی-اقتصادی

فراست عموماً بیشتر عمر می‌کنند و در سرتاسر دوران زندگی از میزان تندرستی بالایی برخوردارند (مثلاً: Davey Smith et al., 1996; Harding & Maxwell, 1997). اما، باز اگر خطرات ناشی از قرار دادن اقلیت‌های قومی در یک گروه ناهمگن (نامتجانس) را مورد تأکید قرار دهیم، در این قاعده استثنائاتی وجود دارد. مثلاً، در بریتانیا هیچ‌گونه ضریب مرگ و میر در اثر بیماری اکلیلی در مورد مردانی که در سرزمین‌های شرقی و جنوبی جزایر هند غربی (کارائیب) یا آفریقای جنوبی زاده می‌شوند، نیست. به رغم این نکته‌های عبرت‌انگیز، اتفاق نظر عامی وجود دارد مبنی بر اینکه قومیت بر تندرستی تأثیر می‌گذارد. گو اینکه عوامل مختلف ممکن است بر گروه‌های نژادی مختلف تأثیر گذارند. تبییناتی در خصوص این تفاوت‌ها مطرح شده است. فرضیه رفتاری حکایت از این دارد که برخی از تغییرات یا نوسانات در بروندهای تندرستی را می‌توان با تفاوت‌های رفتاری در میان گروه‌های نژادی تبیین کرد. مثلاً، در بریتانیا میزان بیماری‌های مرتبط با مصرف الکل در میان افراد آفریقایی تبار کارائیبی و مردان آسیایی دارای اصل و تبار پنجابی بالاست، در حالی که مصرف غذاهای بسیار چرب در میان آسیایی‌ها رواج دارد. قومیت ممکن است هنجارها و رفتارهای جنسی متفاوتی را نیز پدید آورد که چه بسا بر تندرستی تأثیر داشته باشند. در میان سفیدپوستان شایع‌ترین راه در معرض عفونت اچ آی وی (HIV)؛ ویروس ایدز) قرار گرفتن از راه آمیزش جنسی میان مردان همجنس‌باز است؛ در مورد سیاه پوستان آمیزش جنسی میان مرد و زن است، در حالی که در میان آسیایی‌ها ترکیبی از هر دو قسم است (برای مثال بنگرید به: Rudat, 1994; Nazroo, 1997).

تبیین دوم بر تأثیر اجتماعی واجد جایگاه گروه اقلیت بودن تأکید دارد. اقلیت‌های قومی معمولاً در نتیجه تبعیض، آزار و اذیت‌های نژادی و مطالبات مربوط به حفظ و تداوم یا تغییر فرهنگ، از منابع متعددی دچار فشار روحی می‌شوند تا افرادی که به اکثریت تعلق دارند. مسأله خاصی که اقلیت‌های نژادی با آن مواجه می‌شوند، مسأله نژادپرستی و فشارهای روحی مربوط به آن است. این امر در رشد شماری از حالات بیماری تأثیر داشته است. مسأله جالب این است که آمریکاییان آفریقایی تبار هم میزان بالاتری فشار روحی مفرط دارند و هم در معرض سطوح نامتناسبی از روان فشارهای مزمن، از جمله نژادپرستی، قرار دارند. (مثلاً: Klag et al., 1991). بخش زیادی از اطلاعات مربوط به این فرضیه به بیماری‌های واگیردار ارتباط دارند. لیکن، شماری از مطالعات آزمایشگاهی نیز در این فرضیه کندوکاو کرده‌اند. مثلاً کلارک<sup>۳۸</sup> (2000) پی

برد که در میان یک گروه نمونه از زنان آمریکایی آفریقایی تبار، آن‌ها که طبق گزارش بیشتر گرفتار تبعیض نژادی بودند، فشارخونشان در طی زمانی که با آنها درباره احساس و نظرشان در مورد حقوق حیوانات گفتگو می‌شد، بالاتر می‌رفت. آنان این مسأله را به این معنا می‌گیرند که آن‌ها در اثر واکنش‌های درازمدت شان نسبت به نژادپرستی، که به نوبه خود در ایجاد درازمدت فشار روحی بالا مؤثر است، واکنش فیزیولوژیکی و عاطفی قوی‌تری نسبت به فشار روحی عمومی از خود بروز داده‌اند. (Brosschot & Thayer, 1998)

تبیین سوم در مورد بهداشت ضعیف‌تر در میان اقلیت‌های نژادی را می‌توان در مسائلی سراغ گرفت که برخی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با آن مواجه می‌شوند. بعلاوه، بیماران متعلق به اقلیت نژادی، به محض اینکه در چارچوب نظام بیمارستانی قرار می‌گیرند، نسبت به بیماران سفیدپوست همتای خود، احتمال بهره‌مندی‌شان از معالجات پرهزینه کمتر است. مثلاً میچل<sup>۳۹</sup> و دیگران (2000) دریافتند که بیماران آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به حملات قلبی ناشی از انسداد موقتی رگ‌های خونی<sup>۴۰</sup> حتی پس از احراز انطباق با عوامل جمعیت‌شناختی،<sup>۴۱</sup> میزان وخامت بیماری، توانایی پرداخت هزینه، و برخورداری از ویژگی‌های مربوط به افراد نان‌آور، نسبت به بیماران سفیدپوست، به احتمال قوی مورد آزمایش‌های مغزی عروقی غیر پیشرونده،<sup>۴۲</sup> انژیوگرافی مغزی<sup>۴۳</sup> و اندارتکتومی سرخرگ سبات<sup>۴۴</sup> قرار نمی‌گیرند یا از داشتن پزشک متخصص به عنوان پزشک مراقب، محرومند. مطالعات دیگر تغییراتی را در تجویز مقدار مصرف داروهای مسکن (ضد درد) در بخش‌های اورژانس نشان داده‌اند، همچنین نشان داده‌اند که اسپانیایی‌ها و سیاهان اساساً در مورد دردهای ناشی از شکستگی استخوان‌های دراز مورد درمان مناسب و درخور قرار نگرفته‌اند و دردهای پس از عمل جراحی در بیماران غیر سفید پوست به نحو نامناسبی التیام یافته‌اند (مثلاً: Todd et al., 2000).

شواهد قاطعی وجود دارد بر اینکه در ایالات متحده سیاهان نسبت به سفیدپوستان کمتر از عمل جراحی درمان بخش در مورد مراحل اولیه سرطان‌های ریه، (بخشی از) روده بزرگ یا سرطان پستان برخوردارند (مثلاً: Brawley & Freeman, 1999) و این تفاوت و تبعیض‌ها به میزان مرگ و میر بیشتر در میان سیاه‌پوستان می‌انجامد. وانگهی، سیاه‌پوستان مبتلا به نارسایی‌های کلیوی مزمن برای عمل جراحی پیوند کلیه<sup>۴۵</sup> به مراکز درمانی ارجاع داده نمی‌شوند و کمتر از سفیدپوستان تحت عمل جراحی پیوند کلیه قرار می‌گیرند. به عنوان نمونه، آیانیان<sup>۴۶</sup> و دیگران (1999) گزارش کردند

که میزان ارجاع‌ها برای ارزیابی در یک مرکز پیوند کلیه در مورد زنان سیاه‌پوست در مقایسه با زنان سفید پوست، پنجاه درصد بود در برابر هفتاد درصد؛ و در مورد مردان سیاه‌پوست نسبت به مردان سفید پوست پنجاه و چهار درصد در برابر هفتاد و شش درصد. این تبعیضات نژادی و جنسی پس از تعدیل‌هایی نسبت به اولویت‌بندی‌های بیماران، ویژگی‌های اجتماعی-جمعیت‌شناختی، علت نارسایی کلیوی و وجود و عدم وجود بیماری همزیست چشمگیر بودند.

### سایر اقلیت‌ها

پایگاه گروه اقلیت نیز ممکن است از لحاظ رفتاری مورد بحث واقع شود. شماری از مطالعات نشان داده‌اند که انزوای جنسی ۴۷٪ که در اثر جهت‌گیری جنسی عارض می‌شود ممکن است به نحو چشمگیری بر تندرستی تأثیر داشته باشد. برای مثال، کُل ۴۸٪ و دیگران دریافتند که مردان همجنس‌باز سالم که هویت جنسی خود را پنهان می‌کردند نسبت به مردانی که قادر بودند گرایش جنسی خود را ابراز کنند، سه برابر بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری سرطان یا بیماری‌های واگیردار بودند. همین گروه تحقیقی دریافت که وازنش اجتماعی ۴۹٪ در پیشرفت بیماری در مردان مبتلا به ویروس ایدز (اچ‌آی‌وی) تأثیر دارد. آن دسته از افرادی که با وازنش اجتماعی روبرو می‌شدند شتاب چشمگیری را به سوی سطح به‌طور وخیمی پایین  $CD4 + lymphocyte$  و زمان تشخیص بیماری ایدز نشان می‌دادند.

### جنس و بهداشت

زنان به‌طور متوسط بیشتر از مردان عمر می‌کنند. در بریتانیا نرخ متوسط عمر در ۱۹۹۶ در مورد مردان ۷۵ سال و برای زنان ۸۰ سال بود. میزان مرگ و میر برحسب سن در میان مردان در اثر بیماری قلبی در ایالات متحده دو برابر میزان مرگ و میر در زنان و میزان ابتلاء مردان به سرطان یک‌ونیم برابر بیشتر است (وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی ۵۰، ۱۹۹۶). تقریباً سه چهارم افرادی که به علت آنفارکتوس میوکاردی (MI) می‌میرند، مرد هستند (انجمن متخصصان قلب آمریکا ۵۱، ۱۹۹۵). روشن‌ترین تبیین در مورد این تفاوت‌ها، تبیینی بیولوژیکی است. برای مثال، استروژن ۵۲٪ شروع بیماری اکلیلی را با کاهش دادن عمل لخته شدن خون و سطح کلسترول خون به تأخیر می‌اندازد. نه تنها افزایش قابل توجهی در شیوع بیماری اکلیلی بعد از دوران

یائسگی<sup>۵۳</sup> در زنان وجود دارد، بلکه همانند مردان تحت تأثیر عوامل یکسانی قرار می‌گیرند. برای مثال، لحد<sup>۵۴</sup> و دیگران (1997) دریافتند که خراشیدگی یا بریدگی‌های ایجاد شده به علت دعوا و زدوخورد از حیث طولی با افزایش خطر ابتلا به انفارکتوس میوکاردی در دوران پس از یائسگی زنان ارتباط دارد.

مطالعات فیزیولوژیکی حاکی از آنند که مردان عموماً نسبت به زنان هورمون فشار روحی بیشتر، فشارخون بیشتر و افزایش کلسترول در واکنش به روان فشارها دارند. لیکن، با این که ممکن است تفاوت‌هایی در فرآیند واکنش در میان دو جنس وجود داشته باشد، این تفاوت‌ها صرفاً تفاوت‌های بیولوژیکی را منعکس نمی‌کنند. تحقیق انجام گرفته بدست لاندبرگ<sup>۵۵</sup> و دیگران (1981) حاکی از این بود که زنان در اشتغال به کارهای عرفاً مردانه همان سطح از هورمون‌های فشار روحی را نشان می‌دهند که مردان. این یافته‌ها نشان می‌دهند که فرآیندهای اجتماعی و فرهنگی ممکن است باعث این تفاوت‌ها شوند.

شاهد دیگر مبنی بر این که تفاوت‌های جنسیتی در [میزان] مرگ و میر صرفاً بیولوژیکی نیستند از مطالعاتی سرچشمه می‌گیرد که تفاوت‌های رفتاری روشن مرتبط با بهداشت را در بین مردان و زنان نشان می‌دهند. مردان محتملاً بیشتر از زنان سیگار می‌کشند و سیگارهای حاوی نیکوتین و جرم بیشتر را دود می‌کنند. مردان نسبت به زنان عموماً کمتر غذای سالم می‌خورند و مشروبات الکلی بیشتر می‌نوشند (Reddy, Fleming & Adesso, 1992). از ۱۴ رفتار مخاطره‌آمیز مشترک بین زن و مرد، که پاول-گریتر، اندرسون و مرفی<sup>۵۶</sup> مورد مطالعه قرار دارند (1992)، مردان در یازده رفتار بیشتر از زنان به آن کارها مبادرت می‌ورزیدند، از جمله این رفتارها است: سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی و مبادرت به رانندگی، عدم استفاده از کمربند ایمنی و عدم انجام معاینات تعیین سلامتی. مردها چه بسا به مراتب بیشتر از زنان با شرایط کاری نامطلوب مواجه می‌شوند. مردها نه تنها درگیر رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی می‌شوند، بلکه به هنگام ضرورت نیز کمتر جویای کمک‌های پزشکی هستند. مردان حتی پس از حذف میزان ملاقات‌ها با پزشک در مورد مراقبت‌های بهداشتی مربوط به زاد و ولد [که در زنان رواج بسیار بیشتری دارد]، غالباً کمتر از زنان به نزد پزشک خود می‌روند (Vebrugge & Steiner, 1985). حتی به هنگام بیماری، مردان به نحو قابل توجهی کمتر از زنان با پزشک خود مشاوره پزشکی می‌کنند؛ مردهای به لحاظ اجتماعی آسیب‌پذیر (محروم) دو برابر زنان همتای خود از مشاوره با

پزشک خود امتناع می‌ورزند و مردهای با درآمد بالا، ۲/۵ برابر بیشتر از آنان به مشورت با پزشک خود مبادرت می‌ورزند (وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی، ۱۹۹۸). یکی از محدود رفتارهای مرتبط به بهداشت که اغلب مردان انجام می‌دهند، ورزش منظم است (Reddy, Flem- ing & Adesso, 1992)، هرچند در این مورد نیز زنان به‌تازگی بیشتر از مردان به انجام دادن ورزش‌های منظم همّت می‌گمارند (Caspersen & Merrit, 1995).

دلایل این تفاوت‌های رفتاری ظاهراً خاستگاه اجتماعی است. کورتنی<sup>۵۷</sup> (2000) معتقد بود که این تفاوت‌های رفتاری از معانی متفاوتی که جنس‌های مخالف (زن و مرد) به رفتارهای مرتبط با بهداشت نسبت می‌دهند، نشأت می‌گیرد. این رفتارها مسائل مربوط به مردانگی<sup>۵۸</sup> (مرد بودن)، زنانگی<sup>۵۹</sup> (زن بودن) و قدرت را منعکس می‌سازند. مردها، مردانگی خود را با درگیر شدن در رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی و خودداری از نشان دادن علائم ضعف - حتی به هنگام بیماری- به اثبات می‌رسانند. هنجارهای اجتماعی مؤید این اعتقادند که مردها خودمختار (مستقل)، متکی به نفس<sup>۶۰</sup> و جان‌سخت‌اند. اعمال و رفتارهای بهداشتی‌ای که در آن درگیر می‌شوند این هنجار را نشان می‌دهد. وی بر این اعتقاد بود که وقتی مردها اظهار می‌کنند «سال‌هاست که پیش‌دکتر نرفته‌ام»، آنان با این اظهار خود هم‌زمان هم یک عمل بهداشتی را بیان می‌کنند و هم بر مردانگی خود صحّه می‌گذارند. هنگامی که مردان از گرفتن مرخصی استعلاجی از محل کار خود امتناع می‌ورزند، یا هنگامی که اصرار دارند که کمتر به خواب احتیاج دارند یا وقتی که اظهار می‌کنند که اگر به هنگام رانندگی، نوشابه‌ای نوشیده باشند بهتر رانندگی می‌کنند، همین فرایند در جریان است. از طرفی، بیماری تهدیدی برای مردانگی است. برای مثال، جاف<sup>۶۱</sup> (1997) به توصیه‌ای اشاره می‌کند که به یک سناتور آمریکایی شد مبنی بر این که سرطان پروستات خود را برای دیگران برملا نکند به دلیل این که «برخی ممکن است تصور کنند که تمایل او به افشای یک کشمکش خصوصی نشانه‌ای از ضعف اوست». «چارماز<sup>۶۲</sup> (1994) چندین نمونه از رفتارهای مخاطره‌آمیز برای بهداشت را، که گاهی کاملاً افراطی‌اند، خاطر نشان می‌کند که مردان در آن‌ها درگیر می‌شوند تا ناتوانی‌های خود را پنهان سازند. از جمله این موارد یک مرد مبتلا به دیابت دائماً نشسته بر روی صندلی چرخدار است که از خوردن غذا طفره می‌رود (و خود را در معرض خطر بیهوشی قرار می‌دهد) تا این که خود را برای درخواست کمک در ناهارخوری به زحمت نیندازد و مرد میانسالی که از قبول

پیشنهاد کار آسانتر سرباز می‌زند تا این که اثبات کند هنوز قادر به انجام دادن کارهای سخت و کمر شکن است .

روی هم رفته ، این اطلاعات حکایت از آن دارند که هر چند عوامل بیولوژیکی ممکن است در برخی از تفاوت‌های مربوط به وضع بهداشت بین مردان و زنان مؤثر باشند ، تفاوت‌های دیگر از عوامل رفتاری و اجتماعی تأثیر می‌پذیرند . تفاوت‌های جنسیتی در متوسط عمر ، تا حد قابل توجهی ، از اثرات فزاینده عوامل اجتماعی مختلفی که مردان و زنان از لحظه تولدشان با آن‌ها روبرو می‌شوند ، پدید می‌آیند .

#### کار و بهداشت

محیطی که در آن کار می‌کنیم می‌تواند مستقیماً بر سلامتی ما تأثیر داشته باشد . هر چند بهداشت و قوانین بهداشتی شرایط کاری اکثر کارگران را بهبود بخشیده است ، هنوز محیط‌هایی نظیر محل ساختمان وجود دارند که خطر جدی آسیب دیدگی یا نقص عضو را به همراه دارند . عوامل کاری نیز به طرق فراوانی بر سلامتی تأثیر گذارند . برای مثال ، ایمز و جینز (1987) پی بردند که بیزاری از کار ،<sup>۶۴</sup> فشار روحی ناشی از شغل ، کنترل‌های اجتماعی ناسازگار و رشد و گسترش نوعی فرهنگ میگزساری با میگزساری شدید در میان کارگران ارتباط دارد . به همین ترتیب ، وستمن ، ایدن و شیروم (1985)<sup>۶۵</sup> گزارش دادند که ساعات کار بسیار زیاد ، عدم نظارت و نبود حمایت و پشتیبانی هر کدام به نحو قاطعی با شدت استعمال دخانیات ارتباط دارد . کاراسک و تئورل (1990)<sup>۶۶</sup> دریافتند که افزایش استعمال دخانیات با تغییر شغل در زنان ارتباط دارد ، و نه با تغییر شغل در مردان .

فشار روحی ناشی از کار نیز به نحو مستقیم‌تری بر سلامتی تأثیر می‌گذارد . مدل فشار کار کاراسک و تئورل (1990) سه عامل تنش‌زای مهم را تشخیص داد : مطالبات شغلی ، آزادی عملی که کارگران در برخورد با این مطالبات دارند و حمایت‌هایی که برای آن‌ها فراهم است . آنان نظر دادند که این عوامل در تعامل با یکدیگر فشار و خطر بیماری مرتبط با فشار روحی را نشان می‌دهند . در مقابل نظریات پیشین درباره فشار کار ، آنان خاطر نشان کردند که مطالبات شغلی بالا ضرورتاً پر از فشار روحی نیستند ؛ وقتی که این عوامل با استقلال شغلی کم و سطوح



حمایتی پایین ترکیب و تلفیق می‌شوند، فرد احتمالاً دچار فشار روحی می‌شود. مدل آنان نشان می‌دهد آن کسانی که دچار فشار روحی می‌شوند به جای «کارهای اجرایی تحت فشار» کلیشه‌ای، احتمالاً عهده‌دار شغل کارگری یا پست‌های در سطح نظارت و سرپرستی هستند. کریستنسن (1995) در مروری بر مطالعاتی که قوت و استحکام مدل کاراسک را بررسی می‌کردند، شانزده مطالعه را مورد توجه قرار داد که ارتباط بین فشار روحی ناشی از شغل و آثار و پیامدهای بهداشت روانی و جسمی را می‌سنجیدند. چهارده مطالعه ارتباط مهمی را بین شرایط مربوط به فشار روحی شغلی بالا و وقوع بیماری اکلیلی یا بهداشت روانی ضعیف گزارش داده بودند. اخیراً نوروستروم و دیگران (2001) میزان پیشرفت گرفتگی رگ‌ها را در چهارصد و شصت و هفت کارگر مرد که قبلاً پرسش‌نامه فشار روحی شغلی را تکمیل کرده بودند، اندازه‌گیری کردند. در یک مدل برحسب سن، این عارضه در مردانی که درصد در معرض فشار روحی بودن آن‌ها بالاتر بود، وخیم‌تر بوده است. چنین رابطه‌ای در میان زنان وجود نداشت. شواهدی بر ارتباط بین فشار روحی شغلی و سرطان عموماً وجود ندارد (مثلاً: Achat et al., 2000).

یک مدل فشار روحی کاری دیگر را زیگریست<sup>۶۷</sup> و دیگران (1990) مطرح کرده‌اند. این مدل نشان می‌دهد که فشار کاری، نتیجه عدم تعادل بین تلاش‌های صورت گرفته و پاداش‌هاست. چنین تلفیقی می‌شود که تلاش زیاد و پاداش کم به افسردگی عاطفی و تأثیرات منفی بهداشتی می‌انجامد. در یک مطالعه پنج ساله که مسیر تحقیق بر روی بیش از ده هزار تن از کارکنان دولتی را در پیش گرفته بود (Stanfeld et al., 1998) هر دو نظر تا حدودی مورد تأیید قرار گرفتند. تحلیل‌های برحسب سن، آزادی محدود در تصمیم‌گیری، حمایت اجتماعی شغلی پایین و عدم تعادل تلاش-پاداش را نشان می‌داد که حاکی از سلامت جسمی پایین است. لیکن بیشتر مطالعات متأثر از این مدل (مثلاً: de Jong et al., 2000) بر رفاه تأکید کرده‌اند و نه بر سلامتی جسمی.

در مورد مردان به نظر می‌رسد که نگرانی شغلی عموماً تنها تابعی از محیط کاری است. در مورد زنان، که غالباً مسئولیت‌های مهمی خارج از محیط کار دارند، نگرانی شغلی علی‌الظاهر با حوزه‌های دیگری که اقتضای بیماری دارند، همراه می‌شود. مثلاً هینز و فاینلب<sup>۶۸</sup> (1980) نشان دادند که زنان شاغل دارای سه فرزند یا بیشتر احتمالاً بیشتر به بیماری اکلیلی دچار می‌شوند تا زنان شاغلی که فرزند ندارند. آلفردسون، اسپتس و تئورل<sup>۶۹</sup> (1958) خطری را که در اثر نگرانی شغلی و اضافه‌کار بر مردان و زنان - در نمونه‌برداری از صد هزار مرد و زن سوئدی - وارد

می شود، مقایسه کردند. همان گونه که مدل کاراسک پیش بینی کرده بود، میزان بالای مبتلایان به انفارکتوس میوکاردی (MI) با نگرانی کاری زیاد در هر دو جنس مربوط می شد. لیکن، اضافه کاری خطر ابتلاء به بیماری انفارکتوس میوکاردی را در میان مردان کاهش می داد، در حالی که با خطر افزایش این بیماری در زنان همراه بود. در مورد زنان، ده ساعت یا بیشتر اضافه کاری در هفته با ۳۰٪ افزایش بیماری اکلیلی همراه بود. یکی از تبیین های این یافته های متناقض (در مورد زن و مرد) این است که مردان افزایش ساعات کار خود را در جاهای دیگر با کاهش مطالبات خود در زندگی جبران می کنند. در مورد زنان چنین افزایشی ممکن است به این صورت جبران نشود و صرفاً توقعات کلی آن ها را افزایش دهد. این افزایش مطالبات و توقعات کلی ممکن است با خطر اساسی فشار روحی و بیماری مساوی باشد. مؤید چنین فرضیه ای را می توان دریافته های لوند برگ و دیگران<sup>۷۰</sup> (1981) سراغ گرفت که دریافتند هورمون فشار روحی مدیران زن در تداوم و پیگیری کار در سطح بالا باقی می ماند، در حالی که سطح هورمون فشار روحی مدیران مرد عموماً کاهش می یابد: این اثر علی الخصوص در جایی که مدیران زن صاحب فرزند باشند قابل توجه است. به نظر می رسد که مردان به محض این که در محیط خانه قرار می گیرند، آرامش می یابند در حالی که زنان به تلاش های خود ادامه می دهند. تنها محیط عوض می شود.

به نظر می رسد نداشتن شغل اثرات منفی ای، دست کم کوتاه مدت تا میان مدت، بر بهداشت روانی و جسمی داشته باشد (مثلاً: West & Sweeting). بسیاری از مطالعات که تأثیر بیکاری بر سلامتی بلندمدت را مورد بررسی قرار داده اند از این واقعیت که برخی از آن افرادی که از کار بیکار شده اند مریض احوال هم بوده اند، دچار شگفتی شده اند؛ واقعیتی که به عملکرد شغلی ضعیف در نتیجه بیکاری منجر شده است (Dooly, Fielding & Levi, 1996). بعلاوه، آن دسته افرادی که به هنگام بیکار شدن بیمارند یا در کوتاه مدت بیمار می شوند احتمالش کم است که شغل دیگری بدست آورند و معنای آن این است که اگر این عوامل در هر تحلیلی در نظر گرفته نشوند، تبیین هرگونه ارتباطی بین بیکاری درازمدت و ناخوشی در حکم یک تبیین علی ممکن است بی پایه و اساس باشد. این امر مفسران با احتیاطی نظیر وبر و لینرت<sup>۷۱</sup> (1997) را سوق داده است به این که ادعا کنند که هر شاهدهی بر وجود یک رابطه علی مستقیم بین بیکاری درازمدت و بیماری اکلیلی، در حال حاضر، غیر موجه است. نگرانی های آنان با یافته هایی مبنی بر این که آن کسانی که بیکار می شوند میزان استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی خود را افزایش

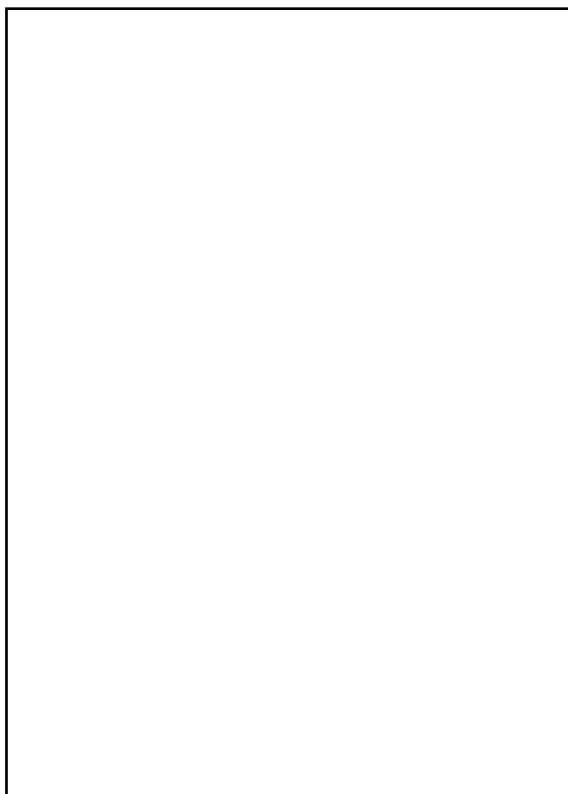
می دهند، که ارتباط بالقوهٔ ثانویه‌ای با تغییرات ناشی از بیکاری ایجاد می کند، افزایش می یابد (Stronks et al., 1997).

علی رغم این تذکر هشدار دهنده، شواهدی بر افزایش ناخوشی در میان کارمندانی وجود دارد که در نتیجهٔ (مشکلات ناشی از) دوران گسترده بیکاری غیر مرتبط با عملکرد شغلی خودشان از کار بیکار شده اند. فشار مالی و تغییر ملاک و معیارهای روانشناختی و رفتارهای مرتبط با سلامتی چندان دلیلی بر ارتباط های مشهود نیست. مطالعات دیگر (مثلاً: Janlert, Asplund & Weinehall, 1992) ارتباط هایی را بین بیکاری و افزایش سطح کلسترول یا فشارخون انقباضی / انبساطی گزارش کرده اند، اما ارتباط کلینیکی چنین تغییرات ناچیزی زیاد نیست.

#### انزوای اجتماعی و بهداشت

شواهد فراوانی در دست است که مردان و زنانی که برخورد (تماس) های اجتماعی کمی دارند، احتمالاً زودتر از آن کسانی که ارتباط های دوستانه گسترده تری دارند، می میرند. برای مثال، اطلاعات بدست آمده از مطالعهٔ ناحیه آلامد (Berkman & Syme 1979) نشان دادند که افزایش

طول عمر با میزان نسبتاً زیاد روابط و مناسبات اجتماعی ای ارتباط دارد که در نتیجهٔ ازدواج، برخوردها و تماس ها با دوستان و خویشاوندان نزدیک، عضویت در کلیسا و عضویت در سازمان های دیگر بوجود می آید. افراد بسیار منزوی، حتی پس از کنترل عواملی نظیر استعمال دخانیات، مصرف الکل و سطوح فعالیت بدنی، بیشتر از سایرین آماده مرگ بودند. در مطالعهٔ تازه تری رینلدز و کاپلان<sup>۷۲</sup> (1990) دریافتند که زنانی که برخوردهای اجتماعی خیلی کمی دارند و به لحاظ اجتماعی منزوی و گوشه گیرند، دو برابر در معرض خطر ابتلا به سرطان ناشی از ترشح هورمونی قرار دارند و با مدرک و دلیل ثابت کردند که خطر مرگ در میان آنان نسبت به زنان کمتر



گوشه گیر تقریباً پنج برابر بیشتر است .

نتایج مشابهی در نمونه‌های اروپایی گزارش شده است . برای مثال آرث گومر و جانسن<sup>۷۳</sup> (1987) یک گروه بزرگ هفده هزار و چهارصد نفری مردان و زنان را برای یک دوره شش ساله زیر نظر گرفتند و دریافتند که زنان و مردانی که در یک سوم پایین مقیاس روابط اجتماعی قرار داشتند، براساس شواهد، پنجاه درصد بیشتر از آن کسانی که از لحاظ اجتماعی تثبیت شده‌اند، در معرض خطر بیماری اکلیلی قرار دارند . اما ارتباط بین رابطه اجتماعی و سلامتی همواره ارتباطی طولی نیست . آن افرادی که بر خوردهای اجتماعی بسیار دارند همیشه از لحاظ سلامتی سود نمی‌برند . برای مثال در میان زنان مسنی که بر خوردهای اجتماعی فراوان دارند نسبت به زنان مسنی که دارای بر خوردهای اجتماعی متوسط هستند، مرگ و میر بیشتری به چشم می‌خورد . برای تبیین این یافته‌های به ظاهر عادی و متعارف، آنان داده‌های خود را نه برحسب تعداد مطلق بر خوردها تجزیه و تحلیل کردند، بلکه ماهیت این بر خوردها را در مد نظر قرار دادند . سپس دریافتند که قوی‌ترین علامت میزان مرگ و میر، فقدان یکپارچگی اجتماعی است، که این نویسندگان آن را فراهم‌آورنده هدایت و ارشاد، کمک عملی و احساس «وابستگی» تلقی کردند . آنان تنها ارتباط کمی بین تأمین حمایت عاطفی و بیماری اکلیلی یافتند، هرچند در مطالعات بعدی همین گروه، این امر عامل حفاظتی مهمی در نظر گرفته شد . در تفسیر دیگری از فرضیه نوع A، آرث-گومر و آندن<sup>۷۴</sup> (1990) اظهار نظر کردند که هم رفتار و هم خصومت از نوع A ممکن است در نتیجه انزوای اجتماعی مرتبط با آن، خطر بیماری اکلیلی را پدید آورد . در یک مطالعه طولی ده ساله بر روی جماعتی از مردان، آنان هیچ تفاوت و اختلافی در میزان مرگ و میر بین افراد سنخ A و افراد سنخ B مشاهده نکردند . لیکن در طی همین دوره، شصت درصد افراد به لحاظ اجتماعی گوشه‌گیر از سنخ گروه A در این جماعت به انفارکتوس میوکاردی (MI) مبتلا شده بودند، در مقابل هفده درصد از وقوع این بیماری که در میان افرادی که به لحاظ اجتماعی یکپارچه بودند، مشاهده می‌شد .

دلایل دیگر بر تأثیر انزوای اجتماعی را می‌توان در مطالعات مربوط به جمعیت‌هایی که در حال حاضر به بیماری مبتلا هستند سراغ گرفت . مثلاً ویلیامز و دیگران<sup>۷۵</sup> (1992) پی بردند که بیماران اکلیلی ای که متأهل نیستند و محرم رازی ندارند، در طی دوره پنج ساله بعدی سه برابر بیشتر از کسانی که به لحاظ اجتماعی بدان حد منزوی نبودند، در معرض خطر مرگ قرار داشتند . برخی مطالعات که نتوانسته بودند ارتباطی را بین وضعیت تأهل و مرگ و میر بعد از تشخیص

بیماری بیابند، با تأمل در ماهیت ذهنی حمایت اجتماعی، کیفیت این ارتباطها و حمایت عاطفی موجود در این ارتباطات را مرتبط با ادامه حیات دانسته اند.

با این همه، لازم است سازوکارهایی که از طریق آنها انزوای اجتماعی مخاطراتی را به بار می‌آورد به طور کامل شناخته شوند. لیکن، تعدادی از سازوکارهای بالقوه پیشنهاد شده‌اند. اولاً، حمایت اجتماعی ممکن است فی‌نفسه حفاظت‌کننده باشد. بعلاوه، ممکن است وقوع افسردگی را کاهش دهد. عاملی که به فقدان حمایت اجتماعی و ناخوشی مربوط می‌شود. ثانیاً، شبکه‌های اجتماعی ممکن است نوعی عملکرد نظارتی اعمال کنند و مانع از رفتارهای آسیب‌رسان به سلامتی نظیر استعمال دخانیات، زیاده‌خوری و مصرف الکل شوند (Broman, 1993). بالاخره شبکه‌های اجتماعی ممکن است افراد را درگیر منابع گسترده مؤثر بر سلامتی، از جمله شبکه‌های پزشکی و گروه‌های حمایتی، کنند (Berkman & Glass, 2000).

### ارتقای سطح بهداشت

بیشتر مداخلات روان‌شناسی بهداشت بالینی بر فرد توجه و تأکید دارند. با استفاده از چنین رویکردی می‌توان به بسیاری از موضوعاتی پرداخت که در بخش پیش مطرح شده‌اند. برنامه‌های ارتقاء بهداشت محل کار، فشار روحی در محل کار را از طریق استفاده از گروه‌های مدیریت فشار روحی، با اندکی موفقیت، هدف قرار داده‌اند (بنگرید مثلاً به: Murphy, 1996). برخی از این مداخلات به کاهش انزوای اجتماعی و افزایش حمایت اجتماعی، دست کم نسبت به افرادی که واجد بیماری تشخیص داده شده‌اند، معطوف بوده‌اند و در مقام بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی اثبات کرده‌اند که تا حدودی ارزش دارند، هرچند تأثیرشان بر میزان بیماری و مرگ و میر چندان روشن نیست (Gellert, Maxwell & Siegel, 1984; Spiegel, Bloom & Yalom, 1981). مؤسسات ملی بهداشت در ایالات متحده آمریکا اخیراً بودجه مالی آزمایش گسترده‌ای مشتمل بر بیش از ۳۰۰۰ شرکت‌کننده را تأمین کرده‌اند که، با استفاده از رویکرد شناختی-رفتاری، اثربخشی معالجه افسردگی و انزوای اجتماعی را در مورد افرادی که به آنفارتوس میوکاردی مبتلا بوده‌اند، مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند (محققان ENRICHD, 2000).<sup>۷۶</sup> مع‌الأسف، در زمان نگارش این مقاله، این آزمایش بزرگ هنوز نتایج خود را آشکار نساخته است. یافته‌ها هم‌اکنون در مرحله تجزیه و تحلیل قرار دارند.

به رغم امکان چنین مداخلاتی، شمار روزافزونی از مفسران هم‌اکنون استدلال می‌کنند که الزام‌آورترین استراتژی‌های دخیل در کاهش نابرابری‌های بهداشتی، احتمالاً استراتژی‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی اند. تعدادی از رویکردها را می‌توان تحت این عنوان در نظر گرفت، از جمله عوامل کنترل‌کننده‌ای نظیر مالیات بندی بر محصولات آسیب‌رسان بر سلامتی از جمله تنباکو و الکل؛ محدود کردن تبلیغات محصولات از این دست با محدود کردن دسترس پذیری سیگار و الکل. این موضوعات در آثار بنت<sup>۷۷</sup> و مورفی (1997) به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرند. بحث در اینجا به اختصار حول سه رویکرد دور می‌زند که به موضوعات خاص مطرح شده در اولین بخش این نوشته می‌پردازد: مداخلات اقتصادی‌ای که برای به حداقل رساندن نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته شده‌اند؛ مداخلات مربوط به محل کار که کل نیروی کار را هدف قرار می‌دهند؛ و مداخلات محیطی که برای ترغیب و تشویق به «شیوه‌های زندگی سالم» در نظر گرفته شده‌اند.

### مداخلات اقتصادی

از منظر اقتصادی، استراتژی‌های مؤثر بر کاهش نابرابری‌های بهداشتی باید شامل اقداماتی برای کاهش بیکاری به پایین‌ترین سطح ممکن باشد. روشن است که این امر مستلزم خط‌مشی‌های سیاسی و اقتصادی است. مثلاً مدل اقتصادی سوئد سلسله‌ای از استراتژی‌ها را به رسمیت شناخت که در حفظ و تداوم سطح بالای استخدام کارآمد از آب درآمدند، از جمله تبادل اشتغال غیرمنفعل، آموزش با کیفیت بالا به قصد فراهم ساختن مهارت‌های لازم برای بازار کار، تشویق انگیزه‌های کارآفرینی و دست‌آخر (اعطای) حق‌استخدام عمومی موقتی. این قضیه را می‌توان در نظام‌های اقتصادی دیگر به کار بست. دیوی اسمیت و دیگران<sup>۷۸</sup> (1999) به دنبال سلسله‌ای از اقدامات اقتصادی مختلف بودند. آنان به نفع مسئله اجرای طرح پرداخت درآمد پایه به عنوان وسیله‌ای برای خاتمه بخشیدن به فقر و بهبود بهداشت استدلال آوردند. این طرح و برنامه‌ها می‌توانستند شکل دستمزدی را داشته باشند که هر فردی یا همه اعضای خانواده برای تأمین حداقل درآمد دریافت می‌کنند، به همراه مبلغی که براساس سن و وضعیت خانواده پرداخت می‌شود. به علاوه، آنان پیشنهاد کردند که همه کمک‌هزینه‌های خانواده‌های دارای فرزند را که مدد معاش (کمک خرجی)<sup>۷۹</sup> دریافت می‌کنند باید افزایش داد تا از محروم و ضعیف شدن نسل

بعدی از بدو تولد، جلوگیری شود. آنان خاطر نشان کردند که یک چهارم کل بچه‌ها از مادرانی زیر ۲۵ سال زاده می‌شوند و حکومت‌ها باید مطمئن شوند که آن افرادی که زیر این سن هستند کمک هزینه‌های کمتری نسبت به افراد مسن‌تر دریافت نمی‌کنند (چنانکه در زمان نگارش مقاله‌شان کمک هزینه‌های کمتری دریافت می‌کردند). اظهار نظر کردن بیشتر درباره نقاط قوت و ضعف نظام‌های اقتصادی گوناگون خارج از حوصله این بحث در این نوشته است. لیکن، بدیهی است که این نظام‌ها استلزامات قابل توجهی برای بهداشت (سلامتی) دارند و از این رو، اقتضا می‌کند که فضایی قانونی برای فعالیت کسانی که در کار ارتقای بهداشت فعالند، تشکیل دهند.

#### مداخلات مربوط به محل کار<sup>۸۰</sup>

همان‌گونه که پیشتر خاطر نشان کردیم، ابتکار عمل‌هایی که به فشار روحی در محل کار پرداخته‌اند، این کار را به نحو منحصر به فردی از طریق فراهم ساختن برنامه‌هایی که مهارت‌های مدیریت فشار روحی را می‌آموزند، انجام داده‌اند، یعنی آن‌ها کمک می‌کنند که شرکت‌کنندگان به نحو مؤثری از عهده مطالباتی که از آن‌ها می‌شود برآیند. لیکن، این رویکرد کاربرد محدودی دارد. مثلاً آلدنبرگ و هریس<sup>۸۱</sup> (۱۹۹۶) خاطر نشان کردند که برنامه‌های مدیریت فشار روحی در محل کار تنها ۱۰ تا ۴۰٪ از نیروی کار را جذب می‌کند و بسیاری از آن کسانی که در آن برنامه‌ها شرکت می‌کنند، منفعت چندانی عایدشان نمی‌شود، در حالی که بسیاری از افراد نگران، از حضور در این دوره‌ها خودداری می‌ورزند. اما این برنامه‌ها نقطه ضعف اساسی‌تری دارند از این حیث که نمی‌توانند مستقیماً به موضوعات مربوط به فشار روحی کار یا رفاه اکثریت نیروی کار و به ویژه رفاه آن کسانی که شغل کارگری دارند، بپردازند.

یکی از محدود برنامه‌هایی را که به این موضوعات اساسی می‌پردازد، ماس و دیگران<sup>۸۲</sup> (۱۹۹۸) گزارش دادند. مداخلات آن‌ها هم بر تغییر سبک زندگی و هم تعدیل جنبه‌های کلیدی محیط کار تأکید می‌کرد به این منظور که بهداشت روانی و جسمی را برای همه نیروی کار تحکیم ببخشد. اولین سال این برنامه از الگویی مرسوم تبعیت کرد و به تغییر رفتار فردی از طریق ساختن کلاس‌های آموزش بهداشت تأکید می‌کرد. در مرحله دوم این مداخلات، برنامه خلاقانه‌تر شد. این برنامه از مکتوبات فراوانی استفاده می‌کرد که شرایط کاری‌ای را شناسایی کرده بودند که هم کارگران و هم سطح تولید کار را افزایش می‌داد، از جمله، کار افراد در چارچوب استعدادها و توانمندی‌هایشان،

اجتناب از اجرای کارهای کوتاه مدت و تکراری، نوعی کنترل بر سازماندهی کار و ارتباطات اجتماعی کافی. آنان با در نظر گرفتن این عوامل، در چارچوب محدودیت های تولید، تلاش کردند که ماهیت شغل هر کارگر را تغییر بدهند تا آن را به شغل ایده آل تری نزدیک تر سازند. به علاوه، آن ها مدیران را در امر مهارت های ارتباطات و رهبری آموزش دادند و روش هایی را پیاده کردند که از طریق آن ها می توانستند فشارهای روحی فرد را در درون نیروی کار تشخیص داده، از آن ها جلوگیری کنند یا آن ها را کاهش دهند. این رویکردهای گوناگون لاقول دو فقره از عواملی را که مدل کاراسک (بنگرید به قبل: کاراسک و تئورل، ۱۹۹۰) در فرآیند فشار روحی بسیار مهم تلقی می کرد، یعنی نظارت و حمایت اجتماعی را، مورد بررسی قرار دادند.

ارزیابی مداخله مذکور شامل چهار گروه از کارگران زیر می شد: کارگرانی که در محدوده اجرای مداخلات مربوط به محل کار، مشغول به کارند؛ کارگران شاغل در محل های کنترل؛ شرکت کنندگان و غیر شرکت کنندگان در برنامه تغییر روش زندگی فردی. نتایج آن ها اثرات بسیار خاص هر مداخله را نشان دادند. تا اواخر مرحله مداخله فردی، شرکت کنندگان در برنامه سبک زندگی نسبت به آن کسانی که در گروه کنترل قرار داشتند کاهش های عظیم تری را در خطر ابتلاء به بیماری اکلیلی نشان دادند. اما، تا اواخر سال سوم این پروژه، این فواید دیگر مشهود نبودند. از طرف دیگر، مداخله گسترده تر با افزایش کیفیت کار و میزان کمتر غیبت از کار (کارگریزی) در مقایسه با مراکز کنترل در طی دوره مداخله همراه بود. هیچ داده ای درباره سطح «فشار روحی» توسط گروه تحقیق جمع آوری نشد. با این حال، این داده ها لاقول نشانگر تغییراتی در فشار روحی یا سطوح رضایت شغلی هستند.

### مداخلات محیطی

محیط های ناسالم محیط هایی توصیف شده اند که سلامتی را تهدید می کنند، شکل گیری روابط و پیوندهای اجتماعی را تضعیف می کنند، همستیزانه،<sup>۸۳</sup> آسیب رسان<sup>۸۴</sup> و خشونت آمیزند. محیط سالم، در مقابل، امنیت، فرصت هایی برای یکپارچگی اجتماعی<sup>۸۵</sup> و توانایی هایی برای تشخیص و کنترل وجوه مختلف آن محیط فراهم می سازد. این مقتضیات مهندسان شهر و شهرک سازی و مدیران آینده را با تعارضی جدی مواجه می سازد. موضوعات مربوط به بهداشت از طرح و معماری مجتمع های مسکونی «ایمن» گرفته تا طراحی و تعیین محل جغرافیایی مراکز خرید و فروش و مراکز تفریحی تفاوت می کنند. چنین ابتکاراتی ممکن است در سطح ملی یا در



سطح شهری روی دهد، مثلاً با محافظت از «فضاهای سبز» در مناطق شهری تا برای انجام کارهای تفریحی در دسترس باشند، یا از طریق سیاست‌های حمل و نقل که استفاده از دوچرخه و پیاده‌روی را به جای استفاده از خودرو ترغیب و تشویق می‌کنند.

لازم نیست که همه مداخلات محیطی امور ثابت و لایتغیری باشند. مثلاً، رویکرد نوآورانه‌ای که در ادینبورو، اسکاتلند، به کار بسته شد، فروش میوه و سبزیجات تازه با کیفیت بالا در وانت بارهای دوره‌گرد را در مناطق به لحاظ اقتصادی محرومی که در آن‌ها فروشگاه‌ها (محلی) چنین خدماتی ارائه نمی‌کردند، در برمی‌گرفت. در سطحی کلان‌تر، برنامه هارت بیت ویلز<sup>۸۶</sup> (Nutbeam et al., 1993) برخی از تغییرات محیطی را تسهیل می‌کند، تغییراتی که برای کاهش دادن موانع و برای تغییرات رفتاری مناسب در نظر گرفته شده بودند. این ابتکار عمل‌ها برنامه‌هایی از قبیل ترغیب به برچسب‌گذاری مواد غذایی و افزایش دسترسی به «مواد غذایی سالم» در خرده‌فروشی‌ها و گوشت‌فروشی‌های محلی، تسهیل ایجاد «رستوران‌های بهداشتی» و فراهم ساختن جایگاه‌های مخصوص ورزش<sup>۸۷</sup> در پارک‌های محلی را در برمی‌گرفت.

ارزیابی برنامه‌های کلان که صرفاً بر محیط طبیعی تأکید دارند، دشوار از آب درآمده است. ارزیابی جنبش «شهرهای سالم» مثال مناسبی است. کشورهای شرکت‌کننده در سرتاسر جهان با کنترل و بهبودبخشی به شاخص‌های محیطی کیفیت زندگی، از جمله بیکاری، کیفیت مسکن، مشارکت دموکراتیک و فراهم ساختن تحصیل سر و کار داشتند (Ashton, 1992). مع‌الأسف، تغییرات محیطی به نحوی کنترل شده نهادینه نشده و به‌طور مؤثری به ضبط و مهار در نیامده‌اند، و از این رو برقراری ارتباط بین تغییرات محیطی و هرگونه تغییری در رفتار یا بهداشت امکان‌پذیر نیست. با این حال، آزمایش‌های کنترل شده در مقیاس کوچکتر در مورد دخل و تصرف محیطی مؤید اثربخشی بالقوه آن‌هاست. مثلاً لاینگار، چسن و نایس<sup>۸۸</sup> (1991) تأثیر تغییرات محیطی بر میزان ورزش در میان عموم مردم را سنجیدند. آنان با بهره‌برداری از منطقه بسته مربوط به یک پایگاه دریایی، مسیرهای حرکت دوچرخه ایجاد کردند و تجهیزات ورزشی، کلوپ‌های ورزشی و مسابقات بهداشتی در داخل این پایگاه برپا کردند. بعلاوه، کارگران به هنگام شرکت در برخی از فعالیت‌های بدنی (ورزشی) از انجام دادن وظایف دیگر «مرخص» شدند. در مقایسه با یک منطقه کنترل، جایی که در آن تغییراتی از این دست وجود نیامد، افزایش‌های قابل توجهی در فعالیت و تندرستی هم در میان ورزشکاران و هم در میان افراد غیر ورزشکار قبلی مشاهده گردید.

## نکات پایانی

محیط اجتماعی، اقتصادی و طبیعی ای که در آن زندگی می‌کنیم، اهمیت دارد. این محیط به طور مستقیم و غیرمستقیم هم بر کیفیت زندگی، و هم بر بهداشت روانی و جسمی ما تأثیر می‌گذارد. این واقعیت که این محیط بر بهداشت روانی و کیفیت زندگی هر دو تأثیر می‌گذارد، آن را به حوزه مربوط با روانشناسی بدل می‌سازد. این واقعیت که برخی آثار سوء محیط ما ظاهراً متأثر از عوامل روانشناختی است، لزوم درگیری روانشناسان را هم در شناسایی فرآیندهایی که از طریق آن‌ها محیط اجتماعی بر بهداشت تأثیر می‌گذارد و هم در تشخیص اهداف و استراتژی‌های تغییر، افزایش می‌دهد.

روانشناسان عموماً با افراد یا گروه‌های کوچک سروکار دارند. یافته‌هایی که در این نوشته با ارائه سند و مدرک به اثباتشان پرداختیم، در نظر نویسنده، اقتضا می‌کنند که ما در بسترهای مختلف و کمتر مستقیم - یعنی فعالیت در حوزه‌های مربوط به بهداشت عمومی و طرح بهداشت عمومی در سطح ملی و محلی دست به کار بزنیم. این مطلب چه بسا مستلزم تغییر دیدگاه است و مستلزم این است که دست کم برخی از روانشناسان بهداشت بالینی در سطح سیاسی کار کنند و بر دامنه دانش و مهارت‌ها هم در مقام تشخیص موارد نیاز به تغییر و هم در مقام تأثیرگذاری بازیگران در این صحنه بیفزایند. تا آن زمان، روانشناسان به صورت شاهدان این فرآیندهای عظیم و نه یک نیروی تغییر باقی خواهند ماند.

### پی‌نوشت‌ها:

\* مشخصات کتابشناختی اصل مقاله چنین است:

Bennett, Paul, "The Social Context of Health" in Liewelyn, Susan & Kennedy, Paul (eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (England: John Wiley and Sons Ltd., 2003), Chapter 25, pp. 501-518.

1. ethnicity
2. obelisks
3. Davey Smith
4. gradient

5. threshold effect
6. longitudinal studies
7. baseline
8. Goldblatt
9. risk equation
10. coronary heart disease (CHD)
11. Qureshi
12. mammography screening
13. Ancona
14. coronary artery bypass surgery
15. Goyder
16. Mc Nally
17. Botha
18. stress
19. strain
20. depression
21. immune dysregulation
22. autonomic
23. stressors
24. Ruberman
25. myocardial infarction
26. Smith
27. Stanfield
28. confidante
29. environmental insult
30. Mac Intyre
31. Ellaway
32. self-esteem

33. life expectancy
34. correlation
35. ethnic minorities
36. age-adjusted
37. pneumonia
37. Nazroo
38. Clarke
39. Mitchell
40. transient ischaemic attacks
41. demographic
42. non-invasive cerebrovascular testing
43. cerebral angiography
44. carotid endarterectomy
45. transplantation
46. Ayanian
47. isolation
48. Cole
49. social rejection
50. Department of Health and Human Services
51. American Heart Association
52. Oestrogen
53. postmenopausal
54. Lahad
55. Lundberg
56. Powell-Griner, Anderson & Murphy, 1997
57. Courtenay
58. masculinity
59. femininity

60. self-reliant
61. Jaffe
62. Charmaz
63. Ames & Janes (1987)
64. Job alienation
65. Westman, Eden & Shiron, 1985
66. Karasek & Theorell, 1990
67. Siegrist
68. Haynes & Feinleib
69. Alfredsson, Spetz & Theorell
70. Lundberg et al.
71. Weber & Lehnert
72. Reynolds & Kaplan
73. Orth- Gomer & Johnsson
74. Unden
75. Williams et al.
76. ENRICHD Investigators
77. Bennett
78. Davey Smith et al.
79. income support
80. worksite interventions
81. Oldenburg & Harris
82. Maes et al.
83. conflictual
84. abusive
85. social integration
86. exercise trails

کتاب نامه:

- Achat, H., Kawachi, I., Byrne, C., Hankinson, S. & Colditz, G. (2000). A prospective study of job strain and risk of breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 29, 622-628.
- Alfredsson, L., Spetz, C. L. & Theorell, T. (1985). Type of occupational and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *International Journal of Epidemiology*, 4, 378-388.
- American Heart Association (1995). *Heart and Stroke Facts: 1995 Statistical Supplement*. Dallas, TX: American Heart Association.
- Ames, G. M. & Janes, C.R. (1987). Heavy and problem drinking in an American blue-collar population: implications for prevention. *Social Science and Medicine*, 25, 949-960.
- Ancona, C., Agabiti, N., Forastiere, F., Arc`a, M., Fusco, D., Ferro, S. & Perucci, C.A. (2000). Coronary artery bypass graft surgery: socio-economic inequalities in access and in 30 day mortality. A population-based study in Rome, Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 930-935.
- Ashton, J. (1992). *Healthy Cities*. Buckingham: Open University Press.
- Ayanian, J. Z., Cleary, P.D., Weissman, J. S. & Epstein, A. M. (1999). The effect of patients' preferences on racial differences in access to renal transplantation. *New England Journal of Medicine*, 341, 1661-1669.
- Balarajan, R. & Raleigh, V. (1993). *Ethnicity and Health in England*. London: HMSO.
- Baum, A., Garofalo, J. P. & Yali, A. M. (1999). Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Science*, 896, 131-144.
- Bennett, P.D. (2000). *Introduction to Clinical Health Psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Bennett, P.D. & Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F. & Syme, S.L. (1979). Social networks host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.

Brawley, O.W. & Freeman, H. P. (1999). Race and outcomes: is this the end of the beginning for minority health research? *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 1908-1909.

Broman, C. L. (1993). Social relationships and health-related behaviour. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 335-350.

Brosschot, J. F. & Yhayer, J. F. (1998). Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: a model of the link between hostility and cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 326-332.

Caspersen, C. J. & Merritt, R. K. (1995). Physical activity trends among 26 states, 1986-1990. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27, 713-720.

Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35, 269-288.

Clarke, R. (2000). Perceptions of interethnic group racism predict increased vascular reactivity to a laboratory challenge in college women. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 214-222.

Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S.E. & Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15, 243-251.

Countenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.

Davey Smith, G., Carroll, D., Rankin, S. & Rowan, D. (1992). Socio-economic differentials in mortality: evidence from Glasgow graveyards. *British Medical Journal*, 305, 1554-1557.

Davey Smith, G., Dorling, D., Gordon, D. & Shaw, M. (1999). The widening health gap: what are the solutions? *Critical Public Health*, 9, 151-170.

Davey Smith, G., Wentworth, D., Neaton, J.D., Stamler, R. & Stamler, J. (1996). Socio-economic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial, 2: black men. *American Journal of Public Health*, 86, 497-504.

de Jong, J., Bosma, H., Peter, R. & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee wellbeing: a large-scale cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, 50, 1317-1327.

Department of Health and Human Services (1996). *Report of Final Mortality Statistics, 1994, Monthly Vital Statistics Report*, 45 (3 Supplement). Hyattsville, MD: Public Health Service.

Department of Health and Human Services (1998). *Health, United States, 1998: Socio-economic Status and Health Chartbook*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Dooley, D., Fielding, J. & Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17, 449-465.

The ENRICHED Investigators (2000). Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHED): study design and methods. *American Heart Journal*, 139, 1-9.

Filakti, H. & Fox, J. (1995). Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS Longitudinal Study. *Population Trends*, 81, 27-30.

Gallo, L. C. & Matthews, K.A. (1999). Do negative emotions mediate association the between socio-economic status and health? *Annals of the New York Academy of Science*, 896, 226-245.

Gellert., G.A., Maxwell, R.M. & Siegel, B.S. (1984). Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: a 10-year follow up study. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 66-69.

Goldblatt, P. (1989). Mortality by social class, 1971-85. *Population Trends*, 56, 6-15.

Goyder, E. C., McNally, P. G. & Botha, J. L. (2000). Inequalities in access to diabetes care: evidence from a historical cohort study. *Quality in Health Care*, 9, 85-89.

Haan, M.N. & Kaplan, G. A. (1985). The contribution of socio-economic position to minority health. In M. Heckler (Ed.), *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health: Crosscutting Issues in Health and Human Services*. Washington, DC: USDHHS.

Haberman, D. & Bloomfield, D. S. F. (1988). Social class difference in mortality in Great Britain around 1981. *Journal of the Institute of Actuaries*, 115, 495-517.

Harding, S. & Maxwell, R. (1997). Differences in mortality of migrants. In F. Drere & M. Whitehead (Eds), *Health Inequalities: Decennial Supplement*. London: HMSO.

Haynes, G. & Feinleib, M. (1980). Women, work, and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 70, 133-141.

Hein, H. O., Suadicani, P. & Gyntelberg, F. (1992). Ischaemic heart disease incidence by social class and form of smoking: the Copenhagen male study\_ 17 years follow-up. *Journal of Internal Medicine*, 231, 477-483.



House, J. S., Kessler, R., Herzog, A. R., Mero, R., Kinney, A. & Breslow, M. (1991). Social stratification, age, and health, In K.W. Scheie, D. Blazer & J. S. House (Eds), *Aging, Health Behaviours, and Health Putcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Jaffe, H. (1997). Dying for dollars. *Men's Health*, 12, 132-137.

Janlert, U., Asplund, K. & Weinehall, L. (1992). Unemployment and cardiovascular risk indicators. Data from the MONICA survey in northern Sweden. *Journal of Social Medicine*, 20, 14-18.

Kahn, K.L., Pearson, M.L., Harrison, E.R., Desmond, K.A., Rogers, W.H., Rubenstein, L.V., Brook, R.H. & Keeler, E. B. (1994). Health care for black and poor hospitalized Medicare patients. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1169-1174.

Karasek, R. (1996). Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organizational Behavior*, 11, 171-185.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990), *Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Klag, M. J., Whelton, P.K., Coresh, J., Grim, C.E. & Kuller, L.H. (1991). The association of skin color with blood pressure in US Blacks with low socio-economic status. *Journal of the American Medical Association*, 265, 599-602.

Krieger, N., Quesenberry, C. & Peng, T. (1999). Social class, race/ethnicity, and incidence of breast cervix, colon, lung, and prostate cancer among Asian, black, Hispanic, and white residents of the San Francisco Bay Area. *Cancer Causes Control*, 10, 525-537.

Kristensen, T.S. (1995). The demand-control-support model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, 11, 17-26.

Lahad, A., Heckbert, S. R., Koepsell, T.D., Psaty, B.M. & Patrick, D.L. (1997). Hostility, aggression and the risk of nonfatal myocardial infarction in postmenopausal women. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 183-195.

Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R. & Meltzer, H. (1998). Socio-economic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352, 605-609.

Linegar, J., Chesson, C. & Nice, D. (1991). Physical fitness gains following simple environmental change. *American Journal of Preventive Medicine*, 7, 298-310.

Lundberg, U., de Chateau, P., Winberg, J. & Frankenhauser, M. (1981). Catecholamine and cortisol excretion patterns in three year old children and their parents. *Journal of Human Stress*, 7, 3-11.

Macintyre, S. & Ellaway, A. (1998). *Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment*. Oxford: Oxford University Press.

Maes, S., Verhoeven, C., Kittel, F. & Scholten, H. (1998). Effects of the Brabantia-project, a Dutch wellness-health programme at the worksite. *American Journal of Public Health*, 88, 1037-1041.

Marmot, M.G., Shipley, M. J. & Rose, G. (1984). Inequalities in health\_ specific explanations of a general pattern? *Lancet*, i, 1003-1006.

Marmot, M.G., Smit, G.D. & Stansfield, S. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall study II. *Lancet*, 337, 1387-1393.

McCarron, P., Davey Smith, G. & Wormsley, J. (1994). Deprivation and mortality in Glasgow: changes from 1980 to 1992. *British Medical Journal*, 309, 1481-1482.

McLeod, J. D. & Kessler, R. C. (1990). Socio-economic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 162-172.

Mitchell, J. B., Ballard, D. J., Matchar, D. B., Whisnant, J.P. & Samsa, G. P. (2000). Racial variation in treatment for transient ischemic attacks: impact of participation by neurologists. *Health Services Research*, 34, 1413-1428.

Murphy, L.R. (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11, 112-135.

Nazroo, J. (1997). *The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey*. London: Policy Studies Institute.

Nazroo, J.Y. (1998). *Genetic, Cultural or Socio-economic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health*. Oxford: Blackwell.

Nordstom, C.K., Dyer, K.M., Merz, C.N.B., Shircore, A. & Dywyer, J.H. (2001). Work-related stress and early atherosclerosis. *Epidemiology*, 12, 180-185.

Nutbeam, D., Smith, C., Murphy, S. & Catford, J. (1993). Maintaining evaluation designs for longterm community-based health promotion programmes: Heatbeat Wales Case Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 127-133.

Oldenburg, B. & Harris, D. (1996). The workplace as a setting for promoting health and preventing disease. *Homeostasis in Health and Disease*, 37, 226-232.

Orth-Gomer, K. & Johnsson, J.V. (1987). Social network interaction and mortality: a six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 949-957.

Orth-Gomer, K. & Unden, A.-L. (1990). Type A behaviour, social support, and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 59-72.

Powell-Griner, E., Anderson, J.E. & Murphy, W. (1997). State and sex-specific prevalence of selected characteristics behavioural risk factor surveillance system, 1994 and 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Centres for Disease Control, Surveillance Summaries*, 46, 1-31.

Qureshi, M., Thacker, H. L., Litaker, D. G. & Kippes, C. (2000). Differences in breast cancer screening rates: an issue of ethnicity or socioeconomic? *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 1025-1031.

Reddy, D. M., Fleming, R. & Adesso, V.J. (1992). Gender and health. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds), *International Review of Health Psychology*. Volume 1. Chichester: John Wiley & Sons.

Reynolds, P. & Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16, 101-110.

Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D. & Chaudhary, B. S. (1984). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-330.

Rudat, K. (1994). *Black and Minority Ethnic Groups in England: Health and Lifestyles*. London: Health Education Authority.

Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P. & Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue collar men. *Social Science and Medicine*, 35, 1127-1134.

Sorlie, P.D., Backlund, E. & Keller, J. B. (1995). US mortality by economic, demographic, and social characteristics; the National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 85, 949-956.

Spiegel, D., Bloom, J. R. & Yalom, I.D. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: a randomised prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.

Stansfeld, S. A., Bosma, H., Hemingway, H. & Marmot, M. G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 247-255.

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining health environments. *American Psychologist*, 47, 6-22.

Stronks, K., VandeMheen, H., VandenBos, J. & Mackenbach, J. P. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 16, 592-600.

Todd, K. H., Deaton, C. D'Adamo, A.P. & Goe, L. (2000). Ethnicity and analgesic practice. *Annals of Emergency Medicine*, 35, 11-16.

Vaillant, G.E. (1998). Natural history of male psychological health, XIV: relationship of mood disorder vulnerability and physical health. *American Journal of Psychiatry*, 155, 184-191.

Verbrugge, L.M. & Steiner, R. P. (1985). Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology*, 4, 79-98.

Weber, A. & Lehnert, G. (1997). Unemployment and cardiovascular diseases: a causal relationship? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 70, 153-160.

West, P. & Sweeting, H. (1996). Nae job, nae future: young people and health in a context of unemployment. *Health and Social Care in the Community*, 4, 50-62.

Westman, M., Eden, D. & Shirom, A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: conditioning effects of support. *Social Science and Medicine*, 20, 637-644.

Winkleby, M., Fortmann, S. & Barrett, D. (1990). Social class disparities in risk factors for disease: eight year prevalence patterns by level of education. *Preventive Medicine*, 19, 1-12.

Wilkinson, M. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165-168.

Wilkinson, R.G. (1990). Income distribution and mortality: a "natural" experiment. *Social Health Illness*, 12, 391-412.

Williams, R. B., Barefool, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C. & Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social resources among patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 267, 520-524.