

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

ساختار خانواده و سلامت: مورد مطالعه خانواده های شهر سمنان^۱

طاهره میرساردو^۲

ابوالفضل طاهریان^۳

چکیده

سلامت یکی از شاخصهای توسعه یافتگی است که تأثیر قابل توجهی بر بخشهای مختلف جامعه دارد و دستیابی به شاخصهای بالای آن نیازمند مشارکت تمامی دستگاههای اجرایی کشور است. خانواده یکی از نهادهاییست که بیش از سایر بخشها با این مقوله در ارتباط است و از آنجا که امروزه ساختار خانواده دگرگون شده، بنابراین، هریک از ساختارهای موجود خانواده به طور متفاوتی از سلامت سهم ببرد. در مقاله حاضر هدف اصلی شناخت میزان دسترسی خانواده های دو والدینی و تک والدینی به خدمات و مراقبتهای بهداشتی و پزشکی و تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت است. در این مطالعه فرضیات تحقیق براساس تئوری علل اجتماعی بنیادی لینک وفیلان و نظریه وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سلامت پیرلین و ترنر طراحی شد و از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه و مصاحبه برای دستیابی به اطلاعات مربوط به فرضیات استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه خانوارهای ساکن در شهر سمنان بود که برابر با ۵۲۸۶۹ خانوارمی باشد که تعداد ۲۲۴ خانوار دو والدینی و تک والدینی به عنوان نمونه برآورد شد. روش نمونه گیری خوشه ای و واحد مطالعه هر مرد یا زن بالای ۱۸ سال سرپرست خانوار بود. نتایج تحقیق نشان داد که خانوارهای با پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین در مقایسه با خانواده های با پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط و بالا، خانوارهای با سرپرستی مادر در مقایسه با خانوارهای با سرپرستی پدر، خانواده های تک والدینی در مقایسه با خانواده های دو والدینی از سلامت جسمانی و روانی پایین تر برخوردارند. در خانواده های دو والدینی میزان شیوع اختلالات سلامت جسمانی - روانی در افراد بالای ۴۵ سال، بیکار، بازنشسته و ناهنجار بیشتر از سایر گروهها بود. بین نوع شغل و دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی بیش از سایر متغیرها همبستگی وجود داشت.

کلید واژه: سلامت، خانواده تک والدینی، خانواده با ثبات، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، خدمات بهداشتی و پزشکی

^۱ - این مقاله از رساله کارشناسی ارشد ابوالفضل طاهریان به راهنمایی طاهره میرساردو، در رشته جامعه شناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار استخراج شده است.

^۲ - استادیار گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

^۳ - دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

مقدمه

یکی از شاخصهای توسعه در هر جامعه سطح بهداشت و میزان دسترسی اعضای آن جامعه به خدمات پزشکی و مراقبتهای بهداشتی است. سلامت پروسه‌ای چند محوری است که از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت تمام دستگاههای اجرایی یک جامعه است و از سوی دیگر، مقوله سلامت تأثیر قابل توجهی بر سایر بخشهای جامعه دارد. سازمان بهداشت جهانی با توجه به نقش حیاتی سلامت جسمانی و روانی، سلامت را چنین تعریف می‌کند: "سلامت عبارت از حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی است و صرفاً عدم بیماری و ضعف نیست" (WHO 1976). امروزه موضوع خدمات درمانی یک استراتژی ضروری و الزم اور برای ارتقای سلامتی همگانی و به شکل گسترده به عنوان راه حلی جهانی برای به منظور بهبود کیفیت بهتر زندگی و جمعیت در جهان به شمار می‌آید. برای این منظور دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی از اولین شاخص‌های مهم به منظور دستیابی به هدف سلامتی همگانی است (هالت ۲۰۰۵). در حال حاضر نابرابری در برخورداری از سلامت در بین کشورهای مختلف به صورت چالشی جهانی درآمده است، به طوری که امروزه شاهد تفاوت ۴۸ ساله در امید به زندگی بین کشورهای مختلف و تفاوتی ۲۰ ساله در داخل برخی از کشورها هستیم. سهم ژنتیک در سلامت افراد ۱۵ درصد، محیط فیزیکی با ۱۰ درصد، نظام مراقبت بهداشتی در کشورها با ۲۵ درصد و عوامل اجتماعی با ۵۰ درصد از عوامل مؤثر بر سلامت هستند. در سراسر دنیا، افراد محروم دسترسی کمتری به منابع بهداشتی دارند (Stansfield & Marmot 1992: 739).

در کشور های توسعه یافته نابرابری در برخورداری از امکانات بهداشتی درمانی در شهر های مهمی همچون لندن، واشنگتن و... نیز به چشم می‌خورد. در این شهرها هنوز تبعیض های بهداشتی باعث مرگ و میرهای دردناکی می‌شود (پاگ ۱۳۸۳). مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می‌دهد که بیماریهای قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در این کشور است. در این کشور نرخهای گوناگون مرگ و میر به تنهایی

ناشی از ویژگی های جمعیتی نیست بلکه در بسیاری از موارد ناشی از سطوح گوناگون دسترسی به خدمات و تسهیلات بیمارستانی است (تیموتی ۲۰۰۷). نظام سلامت در ایران در رده ۱۲۳ جهانی است و این رتبه نشان دهنده نابرابری در توزیع بهداشت و سلامت است. بر اساس مطالعات و محاسبات سال ۱۳۸۷ سرانه تعیینی از سوی سازمان نظام پزشکی ۱۲ هزار و ۹۰۰ تومان بود، در حالی که این رقم نباید کمتر از ۱۶ درصد باشد. پوشش نامناسب بیمه ای و بضاعت ناکافی صندوق های بیمه ای یکی از مشکلات مردم است و بیمه ها به جای سلامت محور بودن صرفاً به درمان توجه می کنند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۹: ۸۵). به دلیل تاثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت، میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع متفاوت بوده و در نتیجه شاخص های سلامت در بین کشورها و حتی درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. در ایران محاسبات مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می زند. احتمالاً اختلاف بین پایین ترین طبقات اجتماعی استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن تر تهرانی بیش از رقم مزبور است (مردی ۱۳۸۷). بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه از جمله بهبود وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی موجب کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال می شود. تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل موثر بر سلامت است. در حالی که عمده ترین تاثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی نشات می گیرد و بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می کنند اثر می گذارد.

در جهان با توسعه فناوری در بخش سلامت و استفاده از آن در سطح وسیع در تشخیص پزشکی و افزایش عرضه کنندگان بخش سلامت و نیز دسترسی بیشتر خانوارها به امکانات پزشکی همراه با توسعه فرهنگ سلامت، هزینه مصرف خدمات سلامتی افزایش یافته است؛ به گونه ای که سهم هزینه های سلامت از کل تولید ناخالص جهانی از ۳ درصد در سال ۱۹۴۸ به ۹/۷ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است (UNICEF 2002:10). افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار گرفته اند حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می شوند. علل مادی و روانی اجتماعی از

قبیل سرمایه کم خانواده ، تحصیلات پایین ، شغل نامطمئن ، زندگی در خانه های نامناسب در ایجاد این تفاوت ها سهم دارند که در نهایت اثرات آن ها منجر به بروز بیماری ها و یا مرگ زودرس می گردند . در مقاله حاضر سؤال اصلی این است که در شهر سمنان ، دسترسی خانواده به خدمات و مراقبتهای بهداشتی و پزشکی چه میزان است و سلامت خانواده ها تا چه حد متأثر از پایگاه اقتصادی - اجتماعی آنهاست؟

ضرورت و اهمیت پرداختن به این موضوع از آن جهت است که با بررسی آن می توان دریافت چگونه باید مراقبت های بهداشتی را ارائه کرد تا همه افراد به طور برابر به آن دسترسی داشته و با برخورداری از آن از سلامت بهره مند شوند. زمانی یک فرد می تواند برای یک جامعه مفید باشد که از سلامت کامل برخوردار باشد. برخوردار بودن از سلامت یعنی از بین رفتن هزینه های درمانی، کاهش میزان ساعات کار مفید از دست رفته به علت بیماری، کاهش مرگ و میر که علل بهداشتی دارد. از سویی دسترسی مناسب به خدمات بهداشتی درمانی نقش مهمی در ارتقای سلامت، امنیت و آرامش خاطر جامعه داشته و از سویی شاخصی مهم در راستای تحقق عدالت اجتماعی به شمار می آید. در کشور ما مطالعات نشان می دهد که علیرغم رشد چشمگیر و در خور توجه شاخص های سلامت در سطح میانگین ملی، نابرابری در بین گروه های اجتماعی و مناطق جغرافیایی به شدت وجود دارد. هدف مطالعه حاضر شناخت رابطه پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت در خانواده های دو والدینی و تک والدینی است. مرور مطالعات قبلی در این زمینه نشان داد که بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت رابطه مستقیم وجود دارد (زارع و زهراوی ۱۳۸۳، سالاری و همکاران ۱۳۸۹، واعظ مهدوی ۱۳۸۴، ترکان عینی زاده آجی چای ۱۳۸۹، دالی و ویلیامز ۲۰۰۷، مارموت ۱۹۹۹، آدامز ۲۰۰۳، ویلیامسون ۲۰۰۰، گالو و ماتیوز ۲۰۰۳، گرازی واکز و اتنر ۲۰۰۴). همچنین رابطه بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت روانی مستقیم می باشد، بین شغل ، درآمد و سلامت روانی رابطه معنی دار وجود دارد و زنان در مقایسه با مردان از سطوح پایین تر بهزیستی روان شناختی و سطوح بالاتر درماندگی روان شناختی برخوردار بودند (بزازیان و رجایی ۱۳۸۶ ، والا پیناه و فدایی ۱۳۷۴، امامی محمد بیگی ۱۳۷۸،

قربانی و همکاران ۱۳۸۵، سیف زاده ۱۳۸۷ روی ۲۰۰۴، آدامز ۲۰۰۳، گالو و ماتیوز ۲۰۰۳، دیلی و همکاران ۲۰۰۲، دیوی اسمیت و لینچ ۲۰۰۴، آدا و کورناگلیا ۲۰۰۵، لینک و همکاران (۲۰۰۳).

با نگاهی اجمالی به مطالعات داخلی و خارجی مشاهده می‌شود که مطالعات عمدتاً توسط پزشکان و روانشناسان انجام شده است که بعد جسمانی و روانی افراد مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعه حاضر با دیدی جامعه‌شناسانه و از ابعاد اجتماعی سلامت و دسترسی به مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی را مورد توجه قرار داده است. در این مطالعه از نظریه لینک و فیلان برای طراحی فرضیات استفاده شده است. لینک و فیلان معتقدند که منابع مرتبط با پایگاه اقتصادی اجتماعی به افراد کمک می‌کند سلامت بیشتری داشته باشند و از اثرات بهداشتی زیان آور اجتناب کنند. از نظر آنها نرخ بیماری و مرگ و میر تحت تأثیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی می‌تواند متفاوت باشد. به زعم آنها آموزش موجب ارتقاء رفتارهای بهداشتی همچون رژیم غذایی خوب، افزایش فعالیتهای فیزیکی شده و با تأثیر بر کارکرد شناختی موجب به تأخیر افتادن مشکلات بهداشتی می‌شود. درآمد منابع مقابله با بیماریها را با توانمندی افراد برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌سازد و از بروز شرایط مزمن جلوگیری می‌کند. به اعتقاد آنها افراد با درآمد بالا اوقات فراغت خود را با فعالیتهای فیزیکی و ورزشی می‌گذرانند و مخاطرات روانشناختی کمتری را تحمل می‌کنند (Link and Phelan 1995, 1996).

روش تحقیق

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی است و به لحاظ کاربرد از نوع تحقیقات کاربردی است. در این پژوهش از روش کتابخانه‌ای برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه ادبیات مفهومی و نظری و پیشینه پژوهش استفاده شده است. برای دستیابی به اطلاعات مربوط به فرضیات تحقیق از روش پیمایش استفاده شده، ابزار گردآوری یافته‌های پژوهش پرسشنامه و مصاحبه کانونی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه

خانوارهای ساکن در شهر سمنان می باشد که براساس سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ کل خانوارهای شهر سمنان برابر با ۵۳۱۷۷ می باشد. با استفاده از فرمول کوکران و با اشتباه مجاز ۰,۰۵ تعداد نمونه ۳۸۱ خانوار برآورد شد. روش نمونه گیری خوشه ای و سه منطقه به طور تصادفی از میان مناطق انتخاب شد که پوشش دهنده طبقات ثروتمند، متوسط و فقیر بود و از هر منطقه یک خیابان و پرسشنامه توسط اعضای خانوارهای این خیابانها پر شد. واحد تحقیق یا نمونه پاسخگو، هر مرد یا زن بالای ۱۸ سال هر خانوار می باشد. در این مطالعه متغیر وابسته سلامت و متغیر مستقل ساختار خانواده و متغیر واسطه پایگاه اقتصادی - اجتماعی می باشد. در این تحقیق برای اعتباریابی متغیرهای به کار گرفته شده در ابزار سنجش از اعتبار صوری و برای سنجش پایایی ابزار از آزمون و آزمون مجدد استفاده شد و با آلفای کرونباخ میزان همبستگی درونی گویه هاندازه گیری شد. در این تحقیق، تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از طریق آمار توصیفی و آمار استنباطی، با استفاده از نرم افزار SPSS انجام خواهد شد.

یافته ها

یافته های مربوط به ساختار خانواده حاکی از آن است که از کل نمونه مورد مطالعه ۹۳,۳ درصد دارای خانواده های دو والدینی و ۶,۷ درصد دارای خانواده های تک والدینی است. در زمینه دسترسی به بیمه های درمانی داده ها حاکی از آنند که : ۸۳ درصد از زنان و ۷۹,۵ درصد از مردان تحت پوشش بیمه درمانی بودند (جدول شماره ۱). از کل زنان ۶۴,۵ درصد و از کل مردان ۷۵,۹ درصد تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و بقیه تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی داده‌ها برحسب جنس، دارا بودن بیمه درمانی و نوع بیمه درمانی

| کل | جنس | | | |
|---------------|-------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| | مرد | زن | | |
| 182 81.3% | 89 79.5% | 93 83.0% | بلی | دارا بودن بیمه درمانی |
| 42 18.8% | 23 20.5% | 19 17.0% | خیر | |
| 224 100.0% | 112 ٪۱۰۰ | ۱۱۲ ٪۱۰۰ | کل | |
| ۵۴ 30% | ۲۱ ٪۱.۴۲ | ۳۳ ٪۳۵.۵ | خدمات درمانی کشوری | نوع بیمه درمانی |
| 126 70% | ۶۶ ٪۷۵.۹ | ۶۰ 64.5% | تأمین اجتماعی | |
| 180 100% | 87 100% | 93 100% | کل | |

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲، ۷۲٫۷ درصد از آزمودنی‌های با درآمد زیر ۵۰۰ هزار تومان و ۸۸٫۲ درصد از آزمودنی‌هایی که درآمد آنها بین ۱۰۰۰۰۰۰-۵۰۱۰۰۰۰ تومان افراد با درآمد بین ۱٫۵ تا دو میلیون تومان و بیشتر درصد کمی از پاسخگویان راتشکیل می‌دادند که عمدتاً تحت پوشش یکی از بیمه‌های درمانی بودند. آمارهای جدول شماره ۲ همچنین حاکی از آنند که: ۶۰٫۵ درصد آزمودنی‌هایی که درآمد زیر ۵۰۰ هزار تومان دارند، از خدمات تأمین اجتماعی بدون بیمه تکمیلی استفاده می‌کردند ۶۶٫۶ درصد از پاسخگویان با درآمد بین ۱۰۰۰۰۰۰-۵۰۱۰۰۰۰ تومان از خدمات بیمه درمانی تأمین اجتماعی بدون بیمه تکمیلی یا با بیمه تکمیلی استفاده می‌کردند. ۴۲٫۹ افراد با درآمد بین یک تا یک و نیم میلیون تومان از بیمه خدمات درمانی کشوری با بیمه تکمیلی و بقیه از بیمه‌های تأمین اجتماعی استفاده می‌کردند. آزمودنی‌های با درآمد بالاتر از خدمات درمانی تأمین اجتماعی استفاده می‌کردند.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی داده ها بر حسب درآمد، دارا بودن بیمه درمانی و نوع بیمه درمانی

| کل | درآمد (تومان) | | | | | | |
|-------|---------------|----------|----------|---------|--------|--------------------------------|-------------------|
| | ۲۰۰۰۰۰۰+ | -۱۵۰۰۰۰۰ | -۱۰۰۰۰۰۰ | -۵۰۰۰۰۰ | - | | |
| | | ۲۰۰۰۰۰۰ | ۱۵۰۰۰۰۰ | ۱۰۰۰۰۰۰ | ۵۰۰۰۰۰ | ۵۰۰۰۰۰ | |
| ۱۳۹ | ۱ | ۱ | ۷ | ۹۰ | ۴۰ | بلی | دارای بیمه درمانی |
| %۸۲,۷ | %۱۰۰ | %۳۳,۳ | %۱۰۰ | 88.2% | 72.7% | | |
| ۲۹ | | ۲ | | ۱۲ | ۱۵ | خیر | |
| %۱۷,۳ | | %۶۶,۶ | | 11.8% | %۲۷,۳ | | |
| ۱۶۸ | ۱ | ۳ | ۷ | ۱۰۲ | ۵۵ | کل | |
| %۱۰۰ | %۱۰۰ | %۱۰۰ | %۱۰۰ | 100.0% | %۱۰۰ | | |
| | | | ۳ | ۷ | ۳ | خدمات درمانی بدون بیمه تکمیلی | نوع بیمه درمانی |
| | | | 42.9% | 7.8% | 7.9% | | |
| | | | | ۲۳ | ۵ | خدمات درمانی با بیمه تکمیلی | |
| | | | | 25.6% | 13.2% | | |
| | ۱ | | ۲ | ۳۰ | ۲۳ | تأمین اجتماعی بدون بیمه تکمیلی | |
| | 100% | | 28.6% | 33.3% | 60.5% | | |
| | | ۱ | ۲ | ۳۰ | ۷ | تأمین اجتماعی با بیمه تکمیلی | |
| | | 100% | 28.6% | 33.3% | 18.4% | | |
| | ۱ | ۱ | ۷ | ۹۰ | ۳۸ | کل | |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100.0% | | |

براساس نتایج تحقیق مندرج در جدول شماره ۳، ۹۱،۴ درصد از پاسخگویانی که در بخش دولتی شاغل بودند

، ۹۱،۱ درصد از پاسخگویان شاغل در بخش خصوصی و ۶۴،۶ درصد از پاسخگویانی که شغل آزاد داشتند

تحت پوشش بیمه درمانی بودند.

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی بر حسب نوع شغل و دارا بودن بیمه درمانی

| کل | دارا بودن بیمه درمانی | | | |
|--------|-----------------------|-------|-------|---------|
| | نه | بله | | |
| 58 | 5 | 53 | دولتی | نوع شغل |
| 100.0% | 8.6% | 91.4% | | |
| 45 | 4 | 41 | | |
| 100.0% | 8.9% | 91.1% | | |
| 48 | 17 | 31 | آزاد | |
| 100.0% | 35.4% | 64.6% | | |
| 151 | 26 | 125 | | کل |
| 100.0% | 17.2% | 82.8% | | |

داده‌های جدول شماره ۴ بیانگر آن است که ۵۵٫۶ درصد پاسخگویان بیسواد، ۸۰ درصد افراد زیر دیپلم، ۷۹٫۹ درصد افراد دارای دیپلم، ۷۴٫۱ درصد افراد فوق دیپلم، ۹۲٫۹ افراد لیسانس، ۱۰۰ درصد افراد فوق لیسانس تحت پوشش یکی از بیمه‌های درمانی قرار داشتند.

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی داده ها بر حسب تحصیلات و دارا بودن بیمه درمانی

| کل | دارا بودن بیمه درمانی | | | |
|--------|-----------------------|--------|------------|---------|
| | خیر | بله | | |
| 9 | 4 | 5 | بی سواد | تحصیلات |
| 100.0% | 44.4% | 55.6% | | |
| 65 | 13 | 52 | زیر دیپلم | |
| 100.0% | 20.0% | 80.0% | | |
| 69 | 14 | 55 | دیپلم | |
| 100.0% | 20.3% | 79.7% | | |
| 27 | 7 | 20 | فوق دیپلم | |
| 100.0% | 25.9% | 74.1% | | |
| 42 | 3 | 39 | لیسانس | |
| 100.0% | 7.1% | 92.9% | | |
| 10 | | 10 | فوق لیسانس | |
| 100.0% | | 100.0% | | |
| 2 | 1 | 1 | دکتری | |
| 100.0% | 50.0% | 50.0% | | |
| 224 | 42 | 182 | | کل |
| 100.0% | 18.8% | 81.3% | | |

آمارهای جدول شماره ۵ گویای این است که : تمامی بیسوادان از خدمات درمانی تأمین اجتماعی و ۳۰ درصد افراد با سواد در مقاطع مختلف از خدمات درمانی کشوری و بقیه از خدمات درمانی تأمین اجتماعی استفاده می کردند.

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی بر حسب تحصیلات و نوع بیمه درمانی

| کل | نوع بیمه درمانی | | | | | |
|--------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------|---------|
| | تأمین اجتماعی با بیمه تکمیلی | تأمین اجتماعی بدون بیمه تکمیلی | خدمات درمانی با بیمه تکمیلی | خدمات درمانی بدون بیمه تکمیلی | | |
| 5 | 1 | 4 | | | بی سواد | تحصیلات |
| 100.0% | 20.0% | 80.0% | | | | |
| 50 | 11 | 25 | 10 | 4 | زیر دیپلم | |
| 100.0% | 22.0% | 50.0% | 20.0% | 8.0% | | |
| 56 | 18 | 22 | 14 | 2 | دیپلم | |
| 100.0% | 32.1% | 39.3% | 25.0% | 3.6% | | |
| 19 | 7 | 4 | 7 | 1 | فوق دیپلم | |
| 100.0% | 36.8% | 21.1% | 36.8% | 5.3% | | |
| 39 | 15 | 12 | 9 | 3 | لیسانس | |
| 100.0% | 38.5% | 30.8% | 23.1% | 7.7% | | |
| 10 | 2 | 4 | 2 | 2 | فوق لیسانس | |
| 100.0% | 20.0% | 40.0% | 20.0% | 20.0% | | |
| 1 | 1 | | | | دکتری | |
| 100.0% | 100.0% | | | | | |
| 180 | 55 | 71 | 42 | 12 | | کل |
| 100.0% | 30.6% | 39.4% | 23.3% | 6.7% | | |

براساس نتایج حاصل از مطالعه در جدول شماره ۶، از کل زنان پاسخگو ۵۹ درصد وضع سلامت خود را خوب و بسیار خوب و ۴،۵ درصد ضعیف و بقیه متوسط توصیف کرده اند در حالی که این نسبتها برای مردان ۶۴،۲ خوب و بسیار خوب، ۲۰،۶ درصد ضعیف و بسیار ضعیف و ۲۳،۲ متوسط ذکر کرده اند. آمارهای جدول شماره ۶ همچنین بیانگر آن است که ۶۱،۸ درصد افراد با درآمد زیر پانصد هزار تومان، ۵۶،۸ درصد افراد دارای درآمد ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان، تمامی افراد با درآمد یک تا ۱،۵ میلیون تومان وضعیت سلامت

خود را خوب و بسیار خوب ارزیابی کرده اند. در کل ۱۶,۳ افراد با درآمد زیر ۵۰۰ هزار تومان و ۸,۸ درصد افراد با درآمد ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان وضعیت سلامت خود را بد و بسیار بد گزارش کرده اند.

جدول شماره ۶ توزیع فراوانی بر حسب جنس ، درآمد و وضعیت عمومی سلامتی

| کل | وضعیت عمومی سلامتی | | | | | | |
|--------|--------------------|--------|-------|-------|-----------|-----------------|-------|
| | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف | خیلی ضعیف | | |
| 112 | 21 | 45 | 41 | 5 | | زن | جنس |
| 100.0% | 18.8% | 40.2% | 36.6% | 4.5% | | | |
| 112 | 22 | 50 | 26 | 13 | 1 | مرد | |
| 100.0% | 19.6% | 44.6% | 23.2% | 11.6% | .9% | | |
| 224 | 43 | 95 | 67 | 18 | 1 | کل | |
| 100.0% | 19.2% | 42.4% | 29.9% | 8.0% | .4% | | |
| 55 | 12 | 22 | 12 | 8 | 1 | - 500000 | درآمد |
| 100.0% | 21.8% | 40.0% | 21.8% | 14.5% | 1.8% | | |
| 102 | 13 | 45 | 35 | 9 | | 501000-1000000 | |
| 100.0% | 12.7% | 44.1% | 34.3% | 8.8% | | | |
| 7 | 2 | 5 | | | | 1001000-1500000 | |
| 100.0% | 28.6% | 71.4% | | | | | |
| 3 | | 1 | 2 | | | 1501000-2000000 | |
| 100.0% | | 33.3% | 66.7% | | | | |
| 1 | | 1 | | | | 2001000+ | |
| 100.0% | | 100.0% | | | | | |
| 168 | 27 | 74 | 49 | 17 | 1 | | کل |
| 100.0% | 16.1% | 44.0% | 29.2% | 10.1% | .6% | | |

مقایسه وضع سلامت پاسخگویان برحسب بخش اشتغال در جدول شماره ۷ نشان می دهد که شاغلان در بخش خصوصی بیش از شاغلان بخش دولتی و آزاد وضع سلامت خود را بد و بسیار بد گزارش کرده اند (۱۱,۱ درصد در برابر ۱۰,۳ درصد برای بخش دولتی و ۶,۳ درصد برای بخش آزاد). ۷۰,۹ درصد کارکنان بخش آزاد، ۶۲,۲ درصد در بخش خصوصی و ۵۵,۲ درصد بخش دولتی وضعیت سلامت خود را بسیار خوب و خوب گزارش کرده اند. یافته های جدول شماره ۷ همچنین حاکی از آنند که در بین بی سوادان ، وضعیت عمومی ۷۷,۷ درصد از پاسخگویان خوب و خیلی خوب و ۲۲,۲ درصد ضعیف گزارش شده است. در بین پاسخگویان زیر دیپلم ، وضعیت عمومی سلامت ۵۳,۹ درصد از پاسخگویان خوب و خیلی خوب و تنها ۱,۵ درصد بسیار ضعیف گزارش شده است . در بین پاسخگویان دیپلم ، وضعیت عمومی سلامت ۶۰,۹ درصد از پاسخگویان خوب ، ۳۰,۴ بسیار خوب و تنها ۸,۷ درصد ضعیف گزارش شده است . ۵۹,۲ درصد از پاسخگویان فوق دیپلم ، وضعیت عمومی سلامت خود را خوب و بسیار خوب و تنها ۷,۴ درصد ضعیف گزارش کرده اند. ۷۳,۸ درصد پاسخگویان لیسانس ، وضعیت عمومی سلامت خود را خوب و بسیار خوب و بقیه متوسط گزارش کرده اند. در سطوح تحصیلی فوق لیسانس و دکتری نیز به ترتیب ۹۰ درصد و ۱۰۰ درصد وضع عمومی سلامت خود را خوب و خیلی خوب گزارش کرده اند .

جدول شماره ۷ توزیع فراوانی بر حسب نوع شغل و وضعیت عمومی سلامتی

| کل | وضعیت عمومی سلامتی | | | | | | |
|--------|--------------------|-------|-------|-------|-----------|------------|---------|
| | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف | خیلی ضعیف | | |
| 58 | 8 | 24 | 20 | 6 | | دولتی | نوع شغل |
| 100.0% | 13.8% | 41.4% | 34.5% | 10.3% | | | |
| 45 | 8 | 20 | 12 | 4 | 1 | خصوصی | |
| 100.0% | 17.8% | 44.4% | 26.7% | 8.9% | 2.2% | | |
| 48 | 8 | 26 | 11 | 3 | | آزاد | |
| 100.0% | 16.7% | 54.2% | 22.9% | 6.3% | | | |
| 151 | 24 | 70 | 43 | 13 | 1 | | کل |
| 100.0% | 15.9% | 46.4% | 28.5% | 8.6% | 0.7% | | |
| 9 | 4 | 3 | | 2 | | بیسواد | تحصیلات |
| 100.0% | 44.4% | 33.3% | | 22.2% | | | |
| 65 | 15 | 20 | 21 | 8 | 1 | زیر دیپلم | |
| 100.0% | 23.1% | 30.8% | 32.3% | 12.3% | 1.5% | | |
| 69 | 10 | 32 | 21 | 6 | | دیپلم | |
| 100.0% | 14.5% | 46.4% | 30.4% | 8.7% | | | |
| 27 | 4 | 12 | 9 | 2 | | فوق دیپلم | |
| 100% | 14.8% | 44.4% | 33.3% | 7.4% | | | |
| 42 | 12 | 19 | 11 | | | لیسانس | |
| 100.0% | 28.6% | 45.2% | 26.2% | | | | |
| 10 | 2 | 7 | 1 | | | فوق لیسانس | |
| 100% | 20% | 70% | 10% | | | | |
| 2 | | 1 | 1 | | | دکتر | |
| 100% | | 50% | 50% | | | | |
| 224 | 43 | 95 | 67 | 18 | 1 | کل | |
| 100.0% | 19.2% | 42.4% | 29.9% | 8.0% | 0.4% | | |

نتایج حاصل از آزمون فرضیات (جدول شماره ۸) نشان داد که :

- ۱- **بین ساختار خانواده و برخورداری اعضای خانواده از سلامت همبستگی وجود دارد.** میزان ضریب همبستگی این متغیرها برابر با ۰,۴۴۴ می باشد که نشان دهنده همبستگی میان دو متغیر می باشد. این میزان ضریب همبستگی گویای این است که ۰,۴۴۴ واحد از تغییرات سلامت افراد مورد مطالعه متأثر از ساختار خانواده آنها و بقیه تغییرات ناشی از سایر متغیرها می باشد (Sig: 0.003).
- ۲- **بین ساختار خانواده و نوع بیماری که افراد بدان مبتلا می شوند همبستگی وجود دارد.** نتایج حاصل از رگرسیون این متغیرها نشان داد که ضریب همبستگی دو متغیر برابر با ۰,۵۱۷ می باشد که حاکی از همبستگی قوی بین ساختار خانواده و نوع بیماری خاصی بود که پاسخگویان بدان مبتلا هستند. می توان این گونه تفسیر کرد که ۰,۵۱۷ واحد از تغییرات نوع بیماری متأثر از پایگاه اقتصادی و اجتماعی آزمودنیها می باشد و بقیه ناشی از سایر متغیرهاست.
- ۳- **بین ساختار خانواده و سلامت با توجه به سن همبستگی وجود دارد.** بر اساس یافته ها، ضریب همبستگی محاسبه شده برابر با ۰,۶۳۷ می باشد که نشان دهنده همبستگی بسیار قوی بین این متغیرهاست (Sig: 0.000). این میزان ضریب همبستگی نشان می دهد که با مداخله سن ۰,۶۳۷ واحد از تغییرات سلامت افراد توسط ساختار خانواده تبیین می شود. به عبارت دیگر می توان اینگونه بیان کرد که افراد در سنین متفاوت برحسب ساختار خانواده می توانند از میزان سلامت متفاوتی برخوردار باشند.
- ۴- **بین ساختار خانواده و سلامت برحسب جنس همبستگی وجود دارد.** ضریب همبستگی محاسبه شده برابر با ۰,۶۱۶ می باشد که نشان دهنده همبستگی بسیار قوی بین این متغیرهاست (Sig: 0.001). این میزان ضریب همبستگی نشان می دهد که با مداخله جنس ۰,۶۱۶ واحد از تغییرات سلامت افراد توسط ساختار خانواده تبیین می شود.

۵- بین ساختار خانواده و سلامت با توجه به پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد خانواده همبستگی

وجود دارد. نتایج رگرسیون نشان دهنده همبستگی تقریباً قوی این متغیرها و متغیر وابسته است. ضریب همبستگی به دست آمده برابر با ۰,۵۱۳ می باشد که نشان دهنده این است که ۰,۵۱۳ واحد از تغییرات سلامت افراد متأثر از ساختار خانواده با مداخله پایگاه اقتصادی - اجتماعی می باشد.

۶- بین ساختار خانواده و میزان دسترسی به خدمات پزشکی و بهداشتی همبستگی وجود

دارد. میزان ضریب همبستگی متغیرها برابر با ۰,۴۸۵ می باشد که نشان دهنده همبستگی میان متغیرها می باشد. این میزان ضریب همبستگی گویای این است که ۰,۴۸۵ واحد از تغییرات دسترسی به خدمات پزشکی و بهداشتی افراد مورد مطالعه متأثر از ساختار خانواده با دخالت پایگاه اقتصادی - اجتماعی آنها و بقیه تغییرات ناشی از سایر متغیرها می باشد. داده های مربوط به متغیرهای تحصیلات، نوع شغل و درآمد نشان دهنده این است که نوع شغل بیش از سایر متغیرها با دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی همبستگی دارد (جدول شماره ۸).

جدول شماره ۸ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیرها

| متغیرهای وارد شده در تحلیل | R | R Squares | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Sig. |
|--|------|-----------|-------------------|----------------------------|-------|
| ساختار خانواده و سلامت | .444 | .197 | .101 | 1.9287 | 0.003 |
| ساختار خانواده و نوع بیماری | .517 | .267 | .183 | 1.0185 | 0.000 |
| ساختار خانواده، سلامت بر اساس سن | .637 | .405 | .108 | 2.1325 | 0.000 |
| ساختار خانواده، سلامت بر اساس جنس | .616 | .379 | .068 | 2.1795 | 0.001 |
| ساختار خانواده، سلامت بر اساس پایگاه اقتصادی - اجتماعی | .513 | .263 | .116 | 2.1232 | 0.000 |
| ساختار خانواده و دسترسی به خدمات پزشکی و بهداشتی | .485 | .235 | .130 | .5068 | 0.000 |

نتیجه گیری

بهداشت و درمان به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی هر جامعه‌ای تلقی می‌شود، به نحوی که حکومت‌های مختلف جهان، امروز از جمله موفقترین خدمات خود را بهینه‌سازی و ارائه مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می‌دانند. بدین لحاظ، هر وقت در کشوری یا جامعه‌ای، مساله بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به‌عنوان یکی از نقاط ضعف دولت تلقی شده و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع اجتماعی می‌شود. از جمله شاخصهای مؤثر بر سلامت و دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانواده شامل، تحصیلات، نوع شغل و درآمد است. بر این اساس خانواده‌ها در کشورهایی که تضاد طبقاتی بالاست از دسترسی ناهمسانی به خدمات بهداشتی و پزشکی و سلامت برخوردارند. نتایج تحقیق حاضر نشان دهنده همبستگی قوی بین ساختار خانواده و پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت است. داده‌ها نشان داد که درآمد بیش از دو متغیر تحصیلات و شغل بر سلامت اثر گذار است. میزان سلامت در خانواده‌های دو والدینی و تک والدینی با مداخله پایگاه اقتصادی و اجتماعی تفاوت معنی دار نشان داده است. یکی از متغیرهای مرتبط با پایگاه اقتصادی- اجتماعی نوع بیماریهایی است که افراد در پایگاههای مختلف بدان مبتلا می‌شوند.

داده‌های تحقیق حاکی از همبستگی قوی بین ساختار خانواده، پایگاه اقتصادی اجتماعی و نوع بیماری خاصی است که پاسخگویان بدان مبتلا بودند. براساس نتایج تحقیق، خانواده‌های تک والدینی بیش از خانواده‌های دو والدینی با ناراحتی‌های روانی درگیرند. این نتایج با نتایج تحقیق همکاران (۱۹۹۹)، زیمر و همکاران (۲۰۰۲)، استنفیلد و همکاران (۱۹۹۲) و پیرلین و ترنر (۲۰۰۱) همخوانی دارد. داده‌های تحقیق پیرلین و ترنر حاکی از آن است که شرایط ضعیف اجتماعی - اقتصادی در طول زندگی بر سلامتی تاثیرگذار است. افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار دارند حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر

هستند دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می‌شوند. حتی در میان طیف کارکنان اداری، آن دسته که از طبقه پایین تری برخوردارند بیشتر از کارکنان طبقه بالاتر از بیماری و مرگ زودرس در رنج می‌باشند. علل مادی و روانی اجتماعی از قبیل سرمایه کم خانواده، تحصیلات پایین، شغل نامطمئن، زندگی در خانه‌های نامناسب در ایجاد این تفاوت‌ها سهم دارند که در نهایت اثرات آن‌ها منجر به بروز بیماری‌ها و یا مرگ زودرس می‌گردند. نتایج تحقیقات داخلی نیز این امر را به اثبات رسانده‌اند (پناه فدایی ۱۳۷۴، سیف زاده ۱۳۸۷ و حاجلو ۱۳۸۶).

نسبت پاسخگویان در تمامی سطوح تحصیلی حاکی از شیب ملایم بین دو متغیر است اما در سطوح فوق لیسانس و دکترا رابطه تحصیلات و سلامت عمومی شیب تندتر می‌باشد. وقتی رابطه تحصیلات و ساختار خانواده را با سلامت مورد سنجش قرار دادیم نتایج حاکی وجود رابطه معنی‌دار بین ساختار خانواده و میزان تحصیلات و سلامت بود. این نتایج با نتیجه تحقیق لینک و فیلان نیز تأیید می‌شود (Link and Phelan, 1995, 1996). لینک و فیلان به این نتیجه رسیدند که اگرچه تحصیلات می‌تواند در آگاهی افراد از بیماری‌ها و سبک زندگی تأثیرگذار باشد اما شغل و درآمد تأثیرگذاری بسیار بالایی بر دسترسی افراد به خدمات پزشکی و بیمارستانی، تغذیه، ورزش و مراقبتهای پزشکی داشته باشد. آنها نتیجه گرفتند که خانواده‌های تک والدینی با سرپرستی مادر به دلیل درآمد پایین‌تر کمتر از خانواده‌های دو والدینی و تک والدینی با سرپرستی پدر از امکانات پزشکی و بهداشتی برخوردارند. داده‌های مربوط به نوع شغل و سلامت و دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی نشان داد که نوع شغل بیش از سایر متغیرها با دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی همبستگی دارد. نتایج تحقیق رز (۲۰۰۳)، زیمرمن و همکاران (۲۰۰۲)، لینک و فیلان (۱۹۹۶) و هوس و همکاران (۲۰۰۲) این نتایج را تأیید کرده است.

نیاز به امنیت شغلی یکی از نیازهای پایه‌ی کارکنانی است که در شرایط معمولی بدون تامین آن امکان رسیدن به سطح بالاتر نیازهای انسانی امکان‌پذیر نخواهد بود. بیکاری یکی از دغدغه‌های هر فرد در

جامعه است. امنیت شغلی از متغیرهاییست که باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می شود. میزان بیکاری بالا موجب بیماری و مرگ زودرس می گردد. این امر نه تنها برای افراد بیکار رخ می دهد بلکه برای خانواده های آنان نیز تأثیر سوء دارد. جالب است که بدانیم این اثرات، پس از بیکاری قطعی عارض نمی شود بلکه صرفاً وقتی که فرد شغلش را در معرض تهدید ببیند، ما شاهد این اثرات خواهیم بود. افسردگی ناشی از ناامنی شغلی هم چنین باعث افزایش بیماری های قلبی عروقی و ابتلای به آن می شود. حمایت اجتماعی و روابط سالم نیز سهم چشمگیری در سلامت دارد. شکست اجتماعی، اثراتی چون اعتیاد و وابستگی به موادمخدر و الکل و تبعات آن همچون تصادفات، خشونت، مسمومیت، خودکشی و ... دارد. براساس داده ها، در تحقیق حاضر شاهد شکاف در میزان سلامت افراد بیکار، بازنشسته، خانه دار و شاغل هستیم. براساس نتایج، افراد شاغل بیش از سایر گروهها از سلامت عمومی برخوردار بوده اند. این نتایج توسط سایر تحقیقات نیز به اثبات رسیده است. نتایج تحقیقات لینک و فیلان نیز این را به اثبات رسانده اند. میزان شیوع اختلالات سلامت جسمانی روانی در افراد بالای 45 سال، بیکار، بازنشسته و نانخندار بیش از سایر گروهها بود. شیوع علائم افسردگی و اضطراب بیش از علائم اختلال جسمانی بود (نوربالا و همکاران ۱۳۸۱، پالاهنگو همکاران) 1374 و شمسه علیزاده و همکاران (1380).

مردان در همه سنین در برابر بیماری ها آسیب پذیرتر هستند؛ هرچند که زنان بیشتر از مردان بیمار می شوند. زنان سرپرست خانواده به دلیل اینکه تحصیلات کمتر از مردان دارند و مشاغل آنها مشاغل ثانویه با دستمزدهایی پایین تر از مردان است در معرض فقر اقتصادی و گروهی مساعد برای بیمار شدن هستند. براساس یافته ها، ساختار خانواده بلا توجه به جنس سرپرست خانوار، پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت همبستگی بسیار قوی نشان داده است. براین اساس، زنان و مردان برحسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی و ساختار خانواده می توانند از میزان سلامت متفاوتی برخوردار باشند. در تحقیق حاضر، ساختار خانواده، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت متباین و جهت همتفاوت معنادار نشان دادند. رابطه این متغیرها معنی

دار و ضریب همبستگی قوی نشان داده شده است که بانثایجبررسیهایانجامشده توسطهدیامونتوهمکاران (1987، لیوهمکاران (1990، فونزوهمکاران (۱۹۹۸) و بررسیهایانجامشده در ایرانهمخوانیدارد. بر اساس نتایج

این تحقیقات بالا بودنمیزانشیوعااختلالات روانیدرزناننسبتبهمردان، به ویژه در خانواده های تک والدینی با

سرپرستی مادرمیتواندبهدلیل عواملاسترسهایمحیطیوشغلی، محدود بودن منابع مالی زنان،

محدودبودنمنبعرضایتوهمچنینمحدودیت مشارکتاجتماعیزاندرجامعهباشد. نتایجاینبررسیهانشان

دادهاستکهبابالارفتنسن، احتمالابتلایافرادهاختلالات روانیافزایش می یابد. بازنشستگی، یائسگیواضطراب

ناشیازتنهاییوتغییراتیبولوژیکیرامیتوانازدلایل بالاتربودنشیوعااختلالات سلامتدرسنین بالا دانست.

با توجه به نتایج مطالعه می توان راهکارهای زیر را در جهت کاهش تفاوت در میزان سلامت و دسترسی به

خدمات بهداشتی و پزشکی در خانواده های دو والدینی و تک والدینی پیشنهاد داد:

الف- تلاش برای کاهش لایه های اجتماعی یعنی کاهش نابرابری در قدرت، وجهه اجتماعی، درآمد و ثروت

مرتبط با موقعیتهای اقتصادی- اجتماعی مختلف و بکارگیری دانش در زمینه مداخله برای ارتقاء سلامت

جامعه

ب- بیمه سلامت زنان سرپرست خانوار فاقد بیمه و فرزندان آنها

پ- تغییر رویکرد بیماری محور به رویکرد سلامت نگر و حمایت از پژوهش های کاربردی در این زمینه

ت- ارزیابی سیستم خدمات بهداشتی و پزشکی و رفع نقائص و کمبودها

منابع

- ۱- بزازیان، سعیده. رجایی، یدالله. ۱۳۸۶. رابطه بین موقعیت اقتصادی - اجتماعی با سلامت روانی و جسمانی. روانشناسی تحولی ۷۵: ۱۱-۸۷.
- ۲- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ شاهمحمدی، داود. ۱۳۷۴. بررسی پدیدمیولوژی اختلالات روانیدر شهر کاشان. فصلنامه پندیشهو رفتار ۴: ۱۹-۲۷.
- ۳- حاجلو، نادر. ۱۳۸۶. بررسی رابطه فعالیت اقتصادی و اجتماعی با سلامت روانی جانبازان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس
- ۴- سیف زاده، علی. ۱۳۸۷. مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانیدر کهنسالی (مورد شناسی شهر آذرشهر). فصلنامه جمعیت ۶۳ و ۶۴: ۱۲۷-۱۶۲
- ۵- شمسعلیزاده، نرگس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاهمحمدی، داود. (۱۳۸۰) بررسی همهگیرشناسی اختلالات روانیدر مناطق روستای استان تهران. مجله پندیشه ۲۱-۱۹. رفتار، سال هفتم، شماره ۲۵
- ۶- قربانی، علی رضا. محمدی آریاف علی رضا. کوچکی، عاشور محمد. ۱۳۸۵. بررسی وضعیت سبک های هویت یابی و رابطه آن با سلامت عمومی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی. روانشناسی و علوم تربیتی " مطالعات تربیتی و روانشناسی ۲۶: ۱۵۳-۱۷۵.
- ۷- ماهر، علی. ۱۳۸۴. بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران. جامعه شناسی و علوم اجتماعی " رفاه اجتماعی " ۱۲۹: ۱۸-۱۴۸.
- ۸- نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقریزدی، سیدعباسویاسمی، محمدتقی. ۱۳۸۱. بررسی وضعیت سلامت رواندرا فرد ۱۵ ساله بالالت در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم، سال پنجم، شماره .

- ۹- والایی، امامی، محمد بیگی. ۱۳۷۸. مقایسه سلامت عموم میرواند رسالمندانو غیر سالمندان. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.
- ۱۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۹. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران : ۱۰۰-۸۳.

Adda, Jerome and Francesca Cornaglia. 2005. "The Effects of Bans on Passive Smoking." Working Paper CWP20/05, Department of Economics, University College, London, England.

Backlund, Eric, Paul Sorlie, and Norman Johnson. 1999. "A Comparison of the Relationships of Education and Income with Mortality." *Social Science and Medicine* 49:1373-84.

Baum, Andrew, J. P. Garofalo, and Ann M. Yali. 1999. "Socioeconomic Status and Chronic Stress. Does Stress Account for SES Effects on Health?" *Annals of the New York Academy of Sciences* 896:131-44.

Daly, Mary, Greg Duncan, Peggy McDonough, and David Williams. 2002. "Indicators of SES for Health Research." *American Journal of Public Health* 92:1151-57

Davey-Smith, Greg and John Lynch. 2004. "Commentary: Social Capital, Social Epidemiology and Disease Etiology." *International Journal of Epidemiology* 33:691-700.

deBruin, H.S.J. Picavet and A. Nossikov. 1996. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization.

Fones, C. S., Kua, E. H., Ng, Tp., &Ko, S. M. 1998. Studying the mental health of Singapore. *Singapore Medical Journal*, 53, 251-50.

Hodiamont, P., Peer, N., &Syben, N. 1987. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.

Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H. and Kim, Y. S. Han, J. H., Chol, J. O., Lee, Y. H. 1990. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(4), 242-246.

Link, Bruce G. and Jo C. Phelan. 1995. "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior* 35:80–94.

Ross, Catherine and J. Mirowsky. 2003. *Education, Social Status, and Health*. New York: De Gruyter.

Stansfield, S. A. & Marmot, M.G. 1992. Social class and minor Psychiatric disorder in British civil servants: A validated screening survey using the General health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 22, 739-749.

UNICEF. 2002. The state of the world's children: 10-19. New York.

Zimmer, Zachary and James S. House.2002. "Education, Income, and Functional Limitation Transitions among American Adults." *International Journal of Epidemiology* 32:1089–97.

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

توجه: بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

PROPOSAL
پروپوزال

توجه: پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

ISI
Scopus

توجه: آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو