

## رابطه میان قشربندی اجتماعی و بیماری های جسمی شایع در شهرکرد

محمود کیوان آرا<sup>۱</sup>، منصور حقیقتیان<sup>۲</sup>، طاهره نیکخواه<sup>۳\*</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۱۰/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۳۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** توجه فزاینده ای که به علل نابرابری های سلامت در جوامع شده است، ذهن همگان را متوجه تعیین کننده های اجتماعی سلامت ساخته است. علوم اجتماعی و پزشکی در کنار هم می توانند درک بیماری را به سطوح بالاتری ارتقا دهند. پژوهش حاضر با هدف شناخت رابطه میان قشربندی اجتماعی و بیماری های جسمی شایع در شهرکرد انجام شده است.

**روش بررسی:** این پژوهش با روش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی و به صورت مقطعی بر روی بیماران قلبی، تنفسی، گوارشی، سرطان، دیابت و فشارخون بوده که در طول خرداد ماه سال ۹۲ به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. نمونه تحقیق، شامل ۳۸۱ بیمار بستری در بیمارستان هاجر است که از طریق نمونه گیری آسان انتخاب شده است. ابزار گردآوری داده ها عبارت است از پرسشنامه‌ی محقق ساخته که برای سنجش اعتبار (روایی) پرسشنامه، از اعتبار صوری و برای سنجش پایایی از یک مطالعه مقدماتی استفاده شد، در این تحقیق مقدماتی (ضریب آلفا ۰/۸۵) از پایایی بالایی برخوردار بوده است. یافته ها: یافته های این تحقیق نشان می دهد که بین قشربندی اجتماعی و بیماری های جسمی شایع، رابطه معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و اکثریت افرادی که به بیماری مبتلا شدند، متعلق به قشر متوسط بودند و بیشترین تعداد مراجعین از بیماری قلبی رنج می بردند.

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بیماری های جسمی در گروه های مختلف اقتصادی اجتماعی، باید اقداماتی جهت کاهش نابرابری صورت گیرد.

**واژگان کلیدی:** قشربندی اجتماعی، بیماری های جسمی شایع، اقتصادی اجتماعی.

### مقدمه

و از بسیاری از مزایای اجتماعی که سایر افراد جامعه برخوردارند از جمله میزان درآمد، شرایط اشتغال برابر، امکان برخورداری از تحصیل و محیط زیست سالم محروم می مانند که هر کدام از این موارد می تواند اثرات منفی بر سلامت آنان ایجاد نماید (۳). از آنجا که اهمیت سلامت در جامعه امروزی بسیار مهم است؛ دولت هزینه های زیادی را به این امر اختصاص داده است ولی ارتقای سلامت هنوز انجام نشده است و یکی از دلایل این است که افراد و اقشار مختلف جامعه اطلاعات شان در مورد بیماری شان یکسان نیست و زمان مراجعه به پزشک و استفاده از داروها به خوبی انجام نمی شود (۴). کاهش بیماری به منظور افزایش رفاه و افزایش طول عمر بر تمامی جوامع یکی از مهمترین دغدغه های بشر می باشد. انسانها، سرمایه و پیشرفت و توسعه در هر جامعه محسوب می شوند، چه نوزاد، چه کودک، چه جوان، چه میان سال، چه بزرگسال و سالخورده هر کدام از این گروه ها به نحوی می توانند در پیشرفت و رفاه جامعه سهمی داشته باشند، هر کدام از این گروه ها اندوخته هایی از سرمایه و تجربه محسوب می شوند، پس باید به نحو ممکن از بیماری شان کاست. (۵). در طول دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۷۰ جامعه شناسی پزشکی

سلامت و بیماری صرفاً موضوعاتی زیست شناختی نیست، بلکه با عوامل فرهنگی - اجتماعی هم مرتبط است. مفاهیم سلامت و بیماری در کانون ارزش های اجتماعی جامعه انسانی قرار دارد که افراد و اجتماعات همواره به شیوه ای متناسب با فرهنگ، هنجارها و ارزش های خود به مسائل بهداشتی و درمانی پاسخ می دهند (۱). در رویکرد نوین اپیدمیولوژی اجتماعی، این سوال که علت تفاوت در سطوح بیماری و سلامت در جامعه چیست و چرا گروه های معینی از مردم نسبت به سایرین از سلامت بیشتری برخوردارند، جایگزین این سوال شده است که چرا افراد بیمار می شوند (۲) در تمام جوامع گروه هایی وجود دارند که بنا به دلایل مختلف، شرایط زندگی متفاوتی با سایر افراد جامعه داشته

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
۲. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی دهقان، دهقان، ایران.  
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی دهقان، دهقان، ایران.

اجتماعی پاسخگویان (شامل: جنسیت، سن، تحصیلات، درآمد، نوع مسکن و محل سکونت) و قسمت دوم، سؤالات مربوط به سبک زندگی (شامل: توجه به رژیم غذایی، ورزش و رعایت بهداشت، استرس و فشارهای روانی و مصرف دخانیات و مشروبات الکلی) و نوع بیماری، مدت بیماری و علت بیماری می باشد. روش انتخاب شده برای بررسی اعتبار پرسشنامه، یکی از روش های زیر مجموعه ی اعتبار محتوا؛ یعنی اعتبار صوری است. احراز روایی صوری با تایید متخصصان و صاحب نظران درباره کلیت پرسشنامه و مطلوب بودن آن جهت پاسخگویی به سؤالات تحقیق به دست آمده است (۱). روش به کار گرفته پایایی پرسشنامه روش هم‌هنگی درونی بین گویه هاست؛ از این رو از آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است. بر این اساس، پایایی گویه های مربوط به پرسشنامه با توجه به ضریب آلفای به دست آمده (معادل ۰/۸۵) مقبول بوده و در حد خوب ارزیابی می شود (۱۲). جامعه آماری در این پژوهش، شامل تمام افرادی است که در زمان مطالعه مبتلا به بیماری قلبی، تنفسی، گوارشی، سرطان، دیابت و فشارخون بودند و در خرداد ماه ۱۳۹۲ به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه کرده اند، که پس از کسب رضایت از افراد واجد شرایط، جهت شرکت در مطالعه، فرم پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت و توضیح مختصری درباره نحوه تکمیل پرسشنامه به آنان داده شد. برای داشتن نمونه ای معرف بر اساس محدودیت های این تحقیق از نمونه گیری آسان استفاده شد. در این روش برای آسانی کار، افرادی را برای مطالعه انتخاب می کنند که در هنگام یا در دوره پایش در دسترس باشند. حجم نمونه، ۳۸۱ نفر است که بر اساس فرمول کوکران با ۵ درصد خطا برآورد شده است. برای تحلیل های آماری مورد نیاز از بسته ی نرم افزار SPSS استفاده شده است. در سطح توصیفی از جداول توزیع فراوانی، درصد و میانگین و در سطح استنباطی نیز از آزمون کای - دو استفاده شده است.

### یافته ها

بر اساس یافته ها از مجموع ۳۸۱ نفر نمونه مورد مطالعه، ۲۰۴ نفر - معادل ۵۳/۵ درصد - زن و ۱۷۷ نفر - معادل ۴۶/۵ درصد - مرد هستند. همچنین در گروه بندی سن پاسخگویان، بیشترین تعداد ۸۲ نفر - معادل ۲۱/۵ درصد - در گروه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال و کمترین تعداد ۲۹ نفر - معادل ۷/۶ درصد - بالاتر از ۸۰ سال هستند. میانگین سن نیز در نمونه پژوهش ۵۶/۹۴ محاسبه شده است. یافته ها از نمونه مورد مطالعه، حاکی از آن است که اکثریت نسبی افراد - معادل ۷۱/۷ درصد - متأهل هستند. بیشترین تعداد بیماران معادل ۵۳/۵ درصد بی سواد و تنها ۲/۹ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. از نظر وضعیت اشتغال ۶۱/۷ درصد از افراد خانه دار، بازنشسته و از کارافتاده و ۳۲ درصد شاغل و ۶/۳ درصد در حال تحصیل و بیکار هستند و

تحت تاثیر جریان نئومارکسیسم و دیدگاه های اقتصاد سیاسی قرار داشت. پولانتزاس و وایت<sup>۱</sup>، بیشترین موفقیت را در تفسیر مشابه از مارکس داشته اند. استدلال اساسی آنها مبتنی بر این اصل بود که بیماری و مرگ تحت تاثیر ماهیت سرمایه داران تولید قرار دارد (۶). درآمد با تامین نیازهای بهداشتی و از آن طریق سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی دارد (۷) و بر به بهره مندی های متفاوت از منزلت اجتماعی (۸) تاکید نموده است. طبقات از عوامل اقتصادی مربوط به دارایی و درآمد نشات می گیرد و پایگاه به وسیله شیوه های زندگی گوناگونی که گروه ها دنبال می کنند تعیین می گردد (۹). مهمترین خطرات مطرح برای سلامت و رفاه و آسایش فرد، سبک های ناسالم زندگی و رفتارهای پرخطر هستند. سبک های سالم زندگی و اجتناب از رفتارهای پرخطر، توانایی فرد را برای زندگی طولانی تر و سالم تر ارتقا می بخشد (۱). و بر معتقد است سبک های زندگی تا حدود زیادی به آنچه مردم تولید می کنند متکی نیست؛ بلکه بیشتر به آنچه مصرف می کنند متکی است (۴). او با طرح صورت بندی جدیدی، گروه های درون طبقه و سبک زندگی را به عنوان میانجی طبقه و منزلت معرفی می کند (۱۰). اثر او تحلیلی است از عادات غذایی و عادات ورزش که نشان می دهد چگونه ساختارهای ذهنی حول یک طبقه، جنبه های ویژه ای از سبک های زندگی سلامت را تشکیل می دهد. کوکرهام<sup>۲</sup> از چارچوب نظریه بوردیو<sup>۳</sup> را استفاده می کند و نشان می دهد که سبک های زندگی منفی (مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش) باعث کاهش امید زندگی می شود (۴). تحول یاد شده به معنای اذعان به این واقعیت است که قشر بندی جامعه تحت تاثیر عوامل متعدد، پیچیده و به هم آمیخته شکل می گیرد، به این جهت در این نوشتار واژه قشر بندی اجتماعی از انعطاف مفهومی بیشتر برخوردار است و غیر از بعد اقتصادی، بعد فرهنگی و بعد اجتماعی را نیز در بر می گیرد. در تمام اجتماعات افراد از طریق کاربرد ضابطه های مختلف در گروه بندی های متفاوتی طبقه بندی می شوند. شاخص های طبقه اجتماعی ملاک های عینی و قابل سنجش را برای تجزیه و تحلیل روابط میان طبقه اجتماعی با پدیده های پزشکی و بهداشتی و بیماری های شایع فراهم می کند.

### روش بررسی

این پژوهش با روش توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی است که به صورت مقطعی انجام شده است و ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه است. محتوی پرسشنامه از دو قسمت تشکیل شده است. قسمت اول، مشتمل بر سؤالات مربوط به قشر بندی

1. Polantzas and Wright  
2. Cockerham  
3. Bourdieu

اجتماعی با مقدار ( $p=0/003$ ) با متغیر تحت مطالعه بیماری های جسمی شایع رابطه دارند. درحالی که متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، نوع مسکن و محل زندگی با مقادیر  $0/508$ ،  $0/122$ ،  $0/681$  و  $0/30$  که بزرگتر از  $0/05$  هستند رابطه ای با بیماری های جسمی شایع ندارند.

(۱۱/۳ درصد) دارای مشاغل آزاد و (۲۰/۷ درصد) دارای مشاغل دولتی می باشند. نتایج در جدول شماره ۱ نشان می دهد که از میان متغیرها متغیر سن با مقدار ( $p<0/001$ )، سبک زندگی با مقدار ( $p=0/014$ )، میزان درآمد با مقدار ( $p=0/0014$ )، سطح تحصیلات با مقدار ( $p=0/001$ )، وضعیت شغلی با مقدار ( $p=0/047$ ) و قشربندی

جدول (۱): نتایج آزمون ناپارامتریک همبستگی کی دو (رابطه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته)

متغیرها	آزمون معناداری	درجه آزادی	سطح معنی داری
سن	۶۹/۰۶	۱۲	۰/۰۰۰
جنس	۴/۲۹	۵	۰/۵۰۸
وضعیت تاهل	۸/۷۰	۵	۰/۱۲۲
سبک زندگی	۲۲/۱۳	۱۰	۰/۰۱۴
میزان درآمد	۲۵/۵۵	۱۰	۰/۰۰۴
سطح تحصیلات	۴۳/۶۶	۱۰	۰/۰۰۰
وضعیت شغلی	۱۵/۷۰	۸	۰/۰۴۷
نوع مسکن	۳/۱۳	۵	۰/۶۸۱
محل زندگی	۶/۰۷	۵	۰/۳۰
قشربندی اجتماعی	۲۶/۵۶	۱۰	۰/۰۰۳

جدول (۲): توزیع فراوانی قشربندی اجتماعی پاسخگویان بر اساس گروه بندی سه طبقه ای

قشربندی اجتماعی	فراوانی	درصد	درصد انباشته
پایین	۳۳	۸/۷	۸/۷
متوسط	۲۴۱	۶۳/۲	۷۱/۹
بالا	۱۰۷	۲۸/۱	۱۰۰
کل	۳۸۱	۱۰۰	—

جدول (۳): توزیع فراوانی بیماری بر حسب قشربندی اجتماعی پاسخگویان (بر حسب درصد از کل)

نوع بیماری	قشربندی اجتماعی			کل
	پایین	متوسط	بالا	
سرطان	۱/۶	۱۱/۵	۷/۱	۲۰/۲
فشار خون	۰	۶/۳	۱/۰	۷/۳
دیابت	۱/۸	۸/۷	۳/۴	۱۳/۹
قلبی	۳/۷	۱۲/۹	۵/۰	۲۱/۶
تنفسی	۱/۳	۱۴/۷	۵/۰	۲۱/۰
گوارشی	۰/۳	۹/۲	۶/۵	۱۶/۰
کل	۸/۷	۶۳/۳	۲۸/۰	۱۰۰

می دهد که  $28/1$  درصد از تغییرات متغیر سبک زندگی توسط متغیرهای حاضر در مدل تبیین می گردد.

جدول (۴): بررسی وجود یا عدم وجود مدل رگرسیونی آزمون F

آماره F	سطح معنی داری (p)	ضریب تعیین ( $R^2$ )
۱۰/۰۵۷	۰/۰۰۰	۰/۲۸۱

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که وجود مدل های رگرسیونی معنی دار است. ضریب تعیین مدل رگرسیون شهروندان عادی نشان

جدول (۵): نتایج معادله رگرسیونی

متغیر	ضریب	آماره t	سطح معنی داری (p)
عرض از مبدأ	۲/۲۲۳	۲۰/۶۰۷	۰/۰۰۰
سن	-۰/۰۱۱	۱/۱۱۹	۰/۲۶۴
قشرهای اجتماعی	-۰/۲۸۳	۲/۱۵۲	۰/۰۳۲

با توجه به جدول ۵ مشاهده می شود که در مدل رگرسیونی به دلیل اینکه سطوح معنی داری برای ضرایب قشرهای اجتماعی و نوع بیماری از خطای ۵٪ کمتر است، لذا ضرایب متغیرهای مذکور به همراه عرض از مبدأ معنی دار هستند. اما ضریب متغیر سن از خطای ۵٪ کمتر نیست و لذا ضریب آن در مدل رگرسیونی معنی دار نیست. مدل رگرسیونی به صورت زیر ارایه می گردد.  
(نوع بیماری)  $0/136 -$  (قشرهای اجتماعی)  $+ 0/283 + 2/223 =$  سبک زندگی

### بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این تحقیق، بررسی رابطه قشربندی اجتماعی و بیماری های جسمی شایع بود. در این راستا روابط میان سن، جنس، وضعیت تاهل، درآمد، نوع شغل، میزان تحصیلات، نوع مسکن، محل زندگی و سبک زندگی و بیماری های جسمی مورد بررسی قرار گرفت. این نتایج نشان می دهد اکثریت افرادی که به بیماری مبتلا شدند به قشر متوسط جامعه تعلق داشته اند و می توان گفت بین قشربندی اجتماعی و بیماری های جسمی شایع رابطه وجود دارد این نتیجه با یافته های بلاکستر<sup>۱</sup>، کیوان آرا و فرج زادگان همخوانی دارد. بلاکستر در مطالعه خود نشان داد که بین طبقات مختلف اجتماعی و بیماری، رابطه مسلم و قاطعی وجود دارد به گونه ای که افراد با جایگاه اقتصادی و اجتماعی بالاتر وضعیت مطلوب تری از افراد در قشرهای متوسط و پایین دارند (۱۳). چون طبقات و قشرهای بالای جامعه از وضعیت مطلوبی برخوردارند؛ در بهترین موقعیت قرار می گیرند و می توانند از خدمات بهداشتی با کیفیت بالا استفاده کنند و زمینه را برای پیشگیری از بیماری های شایع فراهم کنند کمتر مبتلا به بیماری شوند، در حالی که افراد در قشرهای متوسط به دلیل امکانات کمتر، بیشتر از قشرهای بالا به بیماری مبتلا می شوند. کیوان آرا نیز در مطالعه خود نشان داد که بین جایگاه اقتصادی و اجتماعی و کنترل دیابت رابطه وجود دارد به گونه ای که افرادی که از موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردارند در کنترل دیابت موفق ترند (۱۴). همچنین مطالعه او در رابطه با حمایت اجتماعی و کنترل دیابت بر روی بیماران نشان داد که ارتباط مستقیمی بین حمایت اجتماعی و کنترل دیابت در بیماران وجود دارد (۱۵).

مطالعه فرج زادگان در رابطه با سرمایه اجتماعی و کنترل دیابت نشان داد، هر چه سرمایه اجتماعی افراد بالاتر باشد، موفقیت بیشتری در کنترل دیابت بیماران وجود دارد (۱۶). فارغ از قشربندی اجتماعی نتایج این بررسی نشان می دهد که بین سن و بیماری های جسمی شایع رابطه وجود دارد. به گونه ای که با بالا رفتن سن میزان ابتلا به بیماری افزایش می یابد، چون با بالا رفتن سن مقاومت بدنی در مقابل بیماری تقلیل می یابد که نتیجه آن افزایش بیماری در سنین بالا می باشد. این نتیجه یافته های مطالعه امامیان را تایید کرده است و نشان می دهد که سن سهم قابل توجهی در ایجاد بیماری دارد (۵). سهم ۵۳/۵ درصدی زنان و ۴۶/۵ درصدی مردان بیانگر این نکته است که بین جنسیت و بیماری های جسمی شایع رابطه وجود ندارد. در این تحقیق چون بیماری هایی نظیر قلبی، تنفسی، سرطان، گوارشی، دیابت و فشارخون مورد بررسی قرار گرفته اند، جنسیت در بروز این بیماری ها هیچ تاثیری ندارد و فرقی نمی کند که افراد زن یا مرد باشند. باباپور نیز در مطالعه خود این موضوع را تایید می کند و نشان داد که در زمینه جنسیت بین دختران و پسران در هیچ یک از خرده مقیاس های سلامت اجتماعی تفاوت وجود ندارد و جنسیت تاثیری بر سلامت اجتماعی ندارد (۱۷). در حالی که گشتاسبی خلاف این موضوع را تایید می کند و در تحقیق خود به این نتیجه رسید که بانوان به طور کلی سلامت خود را نسبت به مردان به میزان پایین تری برآورد می کنند (۱۸). این مطالعه همچنین نشان داد که وضعیت تاهل در بروز بیماری تاثیری ندارد و فرقی نمی کند که افراد مجرد و متاهل باشند؛ اما تحقیقی که توسط امامیان انجام شده نشان می دهد که مجرد بودن، سهم قابل توجهی در ایجاد نابرابری عوامل خطر بیماری غیر واگیر دارد (۵). نتایج تحقیق درباره سبک زندگی نشان می دهد که بین سبک زندگی و بیماری های جسمی شایع رابطه وجود دارد. از آنجایی که استعمال دخانیات، رفتارهای بد تغذیه ای، فقدان فعالیت فیزیکی، همگی جزو شیوه های زندگی هستند که با مشکلات سلامت از قبیل سرطان، بیماری های قلبی و غیره در ارتباط نزدیک اند عدم رعایت آنها موجب بروز بیماری می شود. بنابراین افرادی که از سبک زندگی بهتری برخوردار باشند کمتر به بیماری مبتلا می شوند. این نتیجه یافته های واداس<sup>۱</sup> را مورد تایید قرار داده است و نشان داد که موقعیت اجتماعی افراد با طبقه اجتماعی آنها می تواند موجب رفتارهایی از جانب آنها گردد که تاثیر مستقیم بر سلامتی آنها داشته باشد؛ مثلاً مصرف دخانیات و الکل که در برخی از گروه های اجتماعی متداول تر است موجب مشکلاتی در سلامت افراد می شود (۱۹). امامیان نیز این موضوع را تایید کرد به نحوی که گروه هایی با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین بیشتر تحت تاثیر فشار خون

باعث انتشار بیماری می شد. تحقیق قنوتی خلاف این موضوع را تایید کرد و نشان داد بین نوع مسکن و بیماری رابطه وجود دارد چون تمام بیماری ها اعم از واگیر دار و غیر واگیر دار را مورد بررسی قرار داده بود (۱۹). همچنین یافته ها نشان داد که بین محل زندگی و بیماری جسمی شایع رابطه وجود ندارد. فارمین و دانهام<sup>۱</sup> نیز در سال ۱۹۳۹ خلاف این موضوع را تایید کردند و نشان دادند که بیشترین مقدار ناهنجاری های اجتماعی در قسمت فقیر نشینان شهر شیکاگو دیده می شود که بالاترین تعداد بیکاران، خانواده های گسسته و بزهکار را تشکیل می دهد در ضمن تعداد بیماران اسکیزوفرنیک در مرکز شهر و محله های فقیرش بیش از سایر مکان هاست (۲۱). از آنجایی که در شهرها بزرگ، مهم ترین عامل ایجاد بیماری محیط زیست آلوده، آلودگی هوا ناشی از کارخانه های موجود در شهرها و حومه، ترافیک شهری، آلودگی های صنعتی و آلودگی های مراکزی مثل بیمارستان ها می باشد؛ ولی چون جامعه شهرکرد کوچک و فاقد این ویژگی ها می باشد؛ این فرضیه در جامعه شهرکرد تایید نشده است. پیشنهاد می شود عوامل اجتماعی موثر بر وضعیت بهداشت و سلامت جامعه، شناسایی و با تغییر الگوی رفتاری جامعه و بهبود فرهنگ بهداشت مردم و فرهنگ سازی و ارتقای دانش و آگاهی های عمومی در راه نیل به جامعه ای سالم قدم برداشته شود. همچنین این تحقیق در حوزه های دیگر حیات اجتماعی و جامعه های آماری دیگر آزمایش شود و با نتایج این تحقیق مقایسه شود.

### تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از راهنمایی های عالمانه استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمود کیوان آراء، همکاری صمیمانه بیمارستان هاجر و کلیه بیماران که صادقانه با اینجانب همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

1. Farmin and Danham

### References

- Mohseni M. Sociology of Medicine. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Tahoori Publication. 2009. 396. [Persian]
- Giddens A. Sociology. translated by: saboury M. 12<sup>th</sup> ed. Tehran: ney Publication. 2010. 861. [Persian]
- Cohen B. Principles of Sociology. translated by: Tavasoli GH, Fazel R. 22<sup>nd</sup> ed. Tehran: Samt Publication. 2009. 501. [Persian]
- Keyvanara M. The principal of medical sociology. 1<sup>st</sup> ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Publication. 2007. 327. [Persian]
- Emamian MH, Alemi A, Fateh M. Disparities in risk factors for non-communicable diseases in the city Shahrood. J Iran Epidemiol. 2011;3(7):44-51. [Persian]
- Grab EJ. Social Inequality : Classical and Contemporary Perspectives theorist.

بالا، تغذیه نامناسب، استفاده از سیگار و بی حرکتی قرار دارد. (۵). از آنجایی که ۴۸.۸ درصد از بیماران زیر ۳۰۰ هزار تومان درآمد دارند و تنها ۵.۵ درصد از آنها بالای ۱۲۰۰۰۰۰ تومان دارند؛ بنابراین به وضوح قابل مشاهده است که اختلاف فاحشی میان قشرهای بالا و پایین و درآمدهای ماهیانه بیماران مورد مطالعه وجود دارد. این نتیجه یافته های بلاکستر (۱۱)، باباخانی و راغفر (۲۰) را مورد تایید قرار داده است. آنها در تحقیقات خود نشان داده اند که با افزایش نابرابری درآمد، میزان ابتلا به بیماری افزایش و امید به زندگی کاهش می یابد، به گونه ای که هر چه افراد بیمار دارای درآمد بالاتری باشند، کمتر دچار بیماری های مختلف شایع می شوند؛ چون هر چه سطح درآمد افراد بیشتر باشد، بهتر می توانند از امکانات و خدمات پزشکی و درمانی در جهت پیشگیری از بیماری های شایع استفاده کنند. همچنین یافته ها نشان دادند که تحصیلات در بروز بیماری موثر می باشند؛ چون تحصیلات بالاتر می تواند آگاهی های آنها و رفتارهای بهداشتی مردم را شکل دهد و از این طریق بر سلامتی و بیماری آنها تاثیر می گذارد. مطالعه گشتاسی نیز این موضوع را تایید می کند به صورتی که افراد در سطوح بالاتر تحصیلی نسبت به سطوح پایین تر تحصیلی سطح بالاتری از سلامتی را گزارش کرده اند (۱۸). نوع شغل نیز بر اساس نتایج تحقیق در بروز و شیوع بیماری موثر است، چون افرادی که در قشرهای پایین جامعه قرار دارند بیشتر به مشاغل پایین و خطرناک روی می آورند و بیشتر در معرض خطر ابتلا به انواع و اقسام بیماری ها قرار می گیرند. مرموت این موضوع را تایید کرده و نشان داد افرادی که در پایین درجات شغلی قرار داشتند بیشتر در معرض ابتلای بیماری بودند (۱۳). نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که بین نوع مسکن و بیماری جسمی شایع رابطه وجود ندارد. چون بیماری های مورد بررسی در این پژوهش واگیر دار نیستند، بنابراین نوع منزل مسکونی در بروز بیماری ها هیچ تاثیری ندارد؛ ولی اگر بیماری های دیگری چون بیماری های عفونی (انفلوآنزا، دیفتیری و سل و...) مورد بررسی قرار می گرفت نوع منزل مسکونی می توانست در بروز بیماری رابطه داشته باشد؛ چون

- translated by: Siyah Poosh M , Gharavi zad AR. 2 ed. Tehran: Moaser Publication.1993.128 .[Persian]
7. Kamali A. Introduction to Sociology, Social Inequality.1ed.Tehran:Samt Publication.2000. .[Persian]
  8. Lipset SM , Robert W, HPM, Synchekam and himen Radmen. sociology strata and social inequalities. translated by: Afshar Kohan J. 1ed. Tehran : Nika Publication۲۰۰۱.[Persian]
  9. Tamin, M .Sociology, Social stratification and ineqnality. translated by: Nick gohar AH. 1ed. Tehran: vitriol Publication.2009. [Persian]
  10. Jeniknez, R. Pierre Bourdieu.translated by: Joe afshani L, Chavoshian H. 1 ed. Tehran: ney Publication.2006. [Persian]
  11. Chava F ,NachmiyasD. Research Methods in the Social Sciences. translated by: Larijani F, Fazeli R. 1 ed. Tehran. Soroush Publication. 2002. [Persian]
  12. Ghasemi V. Cronbach's alpha coefficients and Features, an emphasis on its application to Social Research. J Humanities; 2005:19(2) . [Persian]
  13. Masoudnia E. Medical sociology. 1 ed. Tehran: Publication.2010. [Persian]
  14. Keyvanara M, Hosseini M, Emami P. Stuary of relationship between socioeconomic status and contoroling diabetes among Patients admitted to specialized clinic of Dr. Gharazi hospital in Isfahan. J of Edu and Health promot;2012:2(28):1-4
  15. Keyvanara M, Hosseini M, Emami P ,Social Support and diabetes control: among Patients admitted to specialized clinic of Dr.Gharazi hospital in Isfahan.MED ARH;2012:66(1):24-27
  16. Farajzadegan Z, jafari N, Nazar S, Keyvanara M. Social capital-a neglected issue in diabetes control: a cross-sectional survey in Iran . J Health and care in community;2012
  17. Babapour J, Gray F, wisdom Jesus, to examine the role of social determinants of health in Tabriz University Quarterly; 2009: 16(4): 8- 26
  18. Goshtasb a , Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi Forooshani A, Mohammad K. Assessment of the health status of people in Tehran on gender, education, residential region, quarterly monitoring; 2003:2(3): 183 -189
  19. Ghanavati A. The relationship between social stratification and some common diseases in the city of Ahvaz, Human Develop; 2008: 2(2): 79 – 101
  20. Babakhani M, Raghfar H. The relationship of income inequality. J Health Manage; 2009: 12( 37):9-16
  21. Karami AA. The effect of social class of family on mental health of high school girls ,zones 2 and 4 city of Mashhad, Master's thesis "Sociology" PNU Abarkuh