

سلامتی، بیماری و جامعه درآمدی بر جامعه‌شناسی پزشکی

استیون بارکان

دکتر سروش فتحی

دانشیار، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، ایران، تهران

دکتر علی شهریار منطقی فسائی

دکترای جامعه‌شناسی اقتصادی - توسعه دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب

ارغوان مهر

سرشناسه	بارکان، استیون ای، ۱۹۵۱ - Barkan, Steven E.
عنوان و نام پدیدآور	سلامتی، بیماری و جامعه: درآمدی بر جامعه‌شناسی پزشکی/استیون بارکان؛ دکتر سروش فتحی، دکتر علی‌شهریار منطقی فسایی؛ ویراستار الهام صیفی.
مشخصات نشر	تهران: ارغوان مهر، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۶۲۴ ص: مصور، جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۶۰۹۸-۶۶-۳
وضعیت فهرست نویسی: فیبا	
یادداشت	عنوان اصلی: Health, illness, and society
یادداشت	۲۰۲۳ an introduction to medical sociology.
یادداشت	واژه‌نامه.
یادداشت	کتابنامه.
عنوان دیگر	درآمدی بر جامعه‌شناسی پزشکی.
موضوع	جامعه‌شناسی پزشکی Social medicine پزشکی - خدمات Medical care
شناسه افزوده	فتحی، سروش، ۱۳۵۱ - مترجم
شناسه افزوده	منطقی فسایی، علی‌شهریار، ۱۳۴۴ - مترجم
رده بندی کنگره	۴۱۸.۸۸۸
رده بندی دیویی	۶۰۹.۹۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۹۱۴۵۰۵
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا	

ناشر:	ارغوان مهر
عنوان:	سلامتی، بیماری و جامعه: درآمدی بر جامعه‌شناسی پزشکی
نویسنده:	استیون بارکان
مترجمین:	دکتر سروش فتحی، دکتر علی‌شهریار منطقی فسایی
ویراستار:	الهام صیفی
طراح جلد:	عاطفه خزلی
شابک:	۹۷۸-۶۲۲-۶۰۹۸-۶۶-۳
تیراژ: ۱۰۰ جلد	نوبت چاپ: چاپ اول ۱۴۰۴
شماره تماس:	قیمت: ۸/۷۰۰/۰۰۰ ریال ۰۹۰۱۶۷۰۰۲۶۲

www.arghavanmehr.ir

www.instagram.com/nashr_arghavan_mehr

مقدمه ناشر:

جامعه‌شناسی پزشکی^۱ تجزیه و تحلیل جامعه‌شناختی سلامتی، بیماری، دسترسی متفاوت به منابع پزشکی، سازمان اجتماعی پزشکی، ارائه مراقبت‌های بهداشتی، تولید دانش پزشکی، انتخاب روش‌ها، مطالعه اعمال و تعاملات متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی یا اثرات فرهنگی (به جای بالینی یا بدنی) اعمال پزشکی است. همچنین جامعه‌شناسان پزشکی به تجربیات کیفی بیماران، پزشکان و آموزش پزشکی علاقه‌مند هستند. اغلب در مرزهای بهداشت عمومی، مددکاری اجتماعی، جمعیت‌شناسی در حال کار هستند تا پدیده‌هایی را در تقاطع علوم اجتماعی و بالینی کشف کنند. نابرابری‌های بهداشتی معمولاً به مقوله‌بندی‌های معمولی مانند طبقه، نژاد، قومیت، مهاجرت، جنسیت و سن مربوط می‌شود. یافته‌های تحقیق جامعه‌شناسی عینی به سرعت به یک موضوع هنجاری و سیاسی تبدیل می‌گردد.^۲

کارهای اولیه در جامعه‌شناسی پزشکی توسط لارنس جی هندرسون^۳ انجام شد. که تأثیرات نظری او در کار ویلفردو پارتو^۴ الهام‌بخش تالکوت پارسونز^۵ در نظریه سیستم‌های جامعه‌شناختی^۶ بود. پارسونز یکی از بنیانگذاران جامعه‌شناسی پزشکی است و نظریه نقش اجتماع^۷ را در روابط متقابل بین افراد بیمار و دیگران به کار می‌گیرد. بعدها جامعه‌شناسان دیگری مانند الیوت فریدسون^۸ دیدگاه تئوری تضاد^۹ را در نظر گرفتند و به این موضوع نگاه کردند چگونه حرفه پزشکی منافع خود را تضمین می‌نماید.^{۱۰}

۱ Medical sociology

۲ "Medical Sociology Section, American Sociological Association". Internet. American Sociological Association. Retrieved September ۲۸, ۲۰۲۴.

۳ Lawrence J Henderson

۴ Vilfredo Pareto

۵ Talcott Parsons

۶ sociological systems theory

۷ social role theory

۸ Eliot Freidson

۹ conflict theory

۱۰ Calnan, Michael (۲۰۱۵), Collyer, Fran (ed.), "Eliot Freidson: Sociological Narratives of Professionalism and Modern Medicine", The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine, London: Palgrave Macmillan UK, pp. ۲۸۷-۳۰۵, doi:۱۰.۱۰۰۷/۹۷۸-۱-۳۲۳۰۵۶۲۱/۱۰, ISBN ۸-۴۷۰-۲۲۳۴۹-۱-۹۷۸, retrieved ۰۶-۱۱-۲۰۲۱

از مشارکت کنندگان کلیدی جامعه‌شناسی پزشکی از دهه ۱۹۵۰ می‌توان به هاوارد اس. بکر، مایک بوری، پیتر کنراد، جک داگلاس، الیوت فریدسون، دیوید سیلورمن، فیل استرانگ، برنیس پسکوسالیدو، کارل می، آن راجرز، آنسلم استراوس، رنه فاکس و دبلیو اشنايدر اشاره داشت.^۱

رشته جامعه‌شناسی پزشکی معمولاً به عنوان بخشی از دوره‌های جامع‌تر جامعه‌شناسی، روان‌شناسی بالینی یا مطالعات سلامت، یا در دوره‌های کارشناسی ارشد اختصاص داده می‌شود که گاهی اوقات با مطالعه اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی ترکیب می‌شود. در بریتانیا، جامعه‌شناسی به دنبال گزارش گودایناف^۲ در سال ۱۹۴۴ وارد برنامه درسی پزشکی شد: «در پزشکی، توضیحات اجتماعی» علت شناسی بیماری برای برخی از پزشکان به معنای تغییر جهت افکار پزشکی از معیارهای صرفاً بالینی و روانی بیماری بود. معرفی عوامل «اجتماعی» در تبیین پزشکی به شدت در شاخه‌های پزشکی مرتبط با جامعه - پزشکی اجتماعی و بعداً، طب عمومی - مشهود بود.^۳

^۱ Howard S. Becker, Mike Bury, Peter Conrad, Jack Douglas, Eliot Freidson, David Silverman, Phil Strong, Bernice Pescosolido, Carl May, Anne Rogers, Anselm Strauss, Renee Fox, and Joseph W. Schneider.

^۲ Goodenough

^۳ Reid, Margaret (۱۹۷۶), "The Development of Medical Sociology in Britain", Discussion Papers in Social Research No ۱۲, University of Glasgow, archived from the original on ۲۰۰۹-۲۰۱۱, retrieved ۱۱-۰۳-۲۰۱۱

مقدمه نویسنده:

این کتاب نسخه دوم به روز شده کتاب سلامتی، بیماری و جامعه است. نسخه دوم از کتاب اصلی در ژانویه ۲۰۲۰ منتشر شد، تنها چند هفته پس از آن که جهان برای نخستین بار از یک ویروس کرونای جدید شنید و دو ماه قبل از اینکه COVID-19 زندگی عادی را در ایالات متحده و بسیاری از کشورهای دیگر تعطیل نماید. در زمان نگارش این مقاله، سی ماه بعد، ویروس کووید-۱۹ بیش از ۶۴۰ میلیون نفر را در سراسر جهان آلوده و حداقل ۶٫۵ میلیون نفر را کشته است.

ایالات متحده به سختی از این بیماری خطرناک صدمه دید، زیرا تا سپتامبر ۲۰۲۲ بیش از یک میلیون آمریکایی بر اثر آن جان باختند. تعطیلی جامعه آمریکا در مارس ۲۰۲۰ میلیون‌ها کودک و دانش‌آموز را از مدرسه خارج ساخت و مشاغل را در همه جا تعطیل نمود. بسیاری از مردم به‌طور ناگهانی بیکار شدند، در حالی که تعدادی مجبور شدند مراقبت از کودکان و کار در خانه را انجام دهند. از این راه و روش‌های متعدد دیگر، COVID-19 تلفات وحشتناکی را نه تنها بر زندگی آمریکایی‌ها، بلکه بر جامعه آمریکا نیز وارد نموده است.

چاپ دوم اصلی این کتاب قبل از ظهور COVID-19 منتشر شد و بنابراین حتی به این بیماری جدید اشاره‌ای نداشت. همانطور که همه‌گیری ادامه داشت، فقدان هر گونه مفاد COVID-19 هم کنایه‌آمیز و هم خیره‌کننده شد. برای رساندن این مطالب مهم به دانش‌پژوهان و مربیان خیلی زودتر از نسخه سوم کامل، ما تصمیم گرفتیم این نسخه دوم به روز شده را منتشر سازیم که شامل یک فصل پایانی جدید در مورد همه‌گیری COVID-19 است.

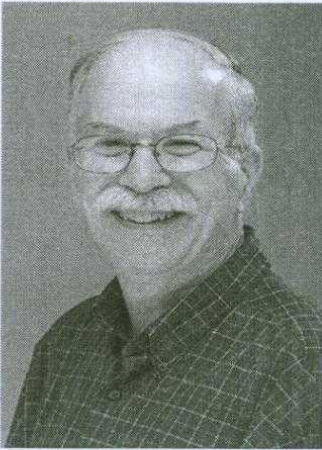
فصل ۱۴. همه‌گیری COVID-19: ارتباط بیماری همه‌گیر با بسیاری از موضوعات و مسائل ارائه شده در کتاب را نشان می‌دهد. پس از خواندن این فصل، دانش‌پژوهان درک کامل‌تری از اینکه چگونه همه‌گیری یک موضوع اجتماعی است و نه فقط یک موضوع پزشکی، خواهند داشت. به عنوان مثال، فصل جدید چندین راه را برجسته می‌سازد که در آن بیماری همه‌گیر نابرابری‌های بهداشتی و رفتار سلامت ناشی از

نابرابری‌های اجتماعی را نشان می‌دهد، همانطور که نظریه علت اساسی^۱ پیش‌بینی می‌نمود. تا حد زیادی، همان گروه‌هایی از مردم که به دلیل پیش‌زمینه‌های اجتماعی خود در وضعیت سلامت ضعیف‌تری پیش از همه‌گیری قرار داشتند، در طول همه‌گیری نیز وضعیت بدتری داشتند. در مثال آموزنده دیگری، فصل جدید اشاره دارد که نرخ تجمعی مرگ و میر COVID-۱۹ در ایالات متحده ۲۰۷ برابر بیشتر از نرخ کانادا در سپتامبر ۲۰۲۲ بوده است که این نابرابری تا حدی انعکاس‌دهنده کمبودهای سیستم بهداشتی ایالات متحده در مقایسه با کانادا است که مفصل در کتاب مورد بحث قرار گرفت.

همانطور که فصل جدید را می‌نوشتیم، با تأسف به این موضوع فکر کردم که می‌توانست چه تعداد جان آمریکایی‌ها در طول این همه‌گیری نجات یابد، و از بستری شدن در بیمارستان و سایر مشکلات جدی سلامتی جلوگیری شود؛ اگر ایالات متحده می‌توانست به نحوی با استانداردهای بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی سایر دموکراسی‌های ثروتمند مطابقت داشته باشد این بدان معناست که دانش جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت عمومی را در قلب خود قرار دهیم و درس‌هایی را که این دانش به ما می‌دهد به کار ببریم. من همچنین به تأثیر همه‌گیری بر کشورهای کم‌درآمد و متوسط فکر کردم، که سیستم‌های بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی آنها مدت‌ها قبل از شروع همه‌گیری به‌طور قطعی در سطح پایین‌تری قرار داشتند و تقریباً سه سال بعد نیز ادامه خواهند داشت. اما از فرصتی که به دست آمد تا در نهایت در مورد همه‌گیری COVID-۱۹ در این نسخه به روز شده بحث کنم، خوشحالم؛ زیرا اگر جامعه ما از دلایل اجتماعی برای تلفات وحشتناکی که این بیماری همه‌گیر گرفته است غفلت ورزد، هر بیماری همه‌گیر در آینده و سایر بحران‌های بهداشتی، می‌تواند به راحتی به افراد بیشتری آسیب می‌رساند.

^۱ Fundamental Cause Theory

درباره نویسنده:



استیون ای. بارکان^۱، متولد ۱۹۵۱، جامعه‌شناس آمریکایی، استاد و رئیس جامعه‌شناسی دانشگاه مین است.^۲ بارکان فارغ‌التحصیل از فیتاکاپا از دانشکده تربیتی، در هارتفورد، کانکتیکات است که در آنجا جامعه‌شناسی خواند و بعدها دکترای خود را از دانشگاه ایالتی نیویورک در استونی بروک در همان رشته تحصیلی دریافت نمود. پس از دریافت دکترای خود در سال ۱۹۸۰، به هیئت علمی دانشگاه مین، پیوست.

بارکان از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۰۹ به عنوان رئیس انجمن مطالعه مشکلات اجتماعی (SSSP)^۳ خدمت نمود. بارکان ریاست بخش حقوق و جامعه SSSP را بر عهده داشته و به عنوان ویراستار مجله اجتماعی، مجله جامعه، خدمت نموده است. بارکان همچنین خبرنامه بخش رفتار جمعی و بخش‌های اجتماعی انجمن جامعه‌شناسی آمریکا را ویرایش نموده است.

کار بارکان بر جرم‌شناسی و رفتار جمعی جنبش‌های اجتماعی به ویژه تعهد و مشارکت در سازمان‌های جنبش اجتماعی متمرکز است. سایر زمینه‌های مورد علاقه او عبارتند از مجازات اعدام، فعالیت‌های فمینیستی، افکار عمومی در مورد جرم و مجازات، و نگرش‌های نژادی، و ازدحام خانواده‌ها و رفاه کودکان. او در بسیاری از مجلات مختلف از جمله Journal of Research in American Sociological Review، Sociological Inquiry، Social Problems، Social Forces، Crime and Delinquency، و Race and Society مقالاتی منتشر نموده است.

بارکان به دلیل ترکیب تحلیل‌های آماری پیشرفته برای آزمون فرضیه‌ها مورد توجه قرار گرفته است. یکی از محبوب‌ترین تکنیک‌های تدریس او، ترکیب نرم‌افزار

^۱ Steven E. Barkan, Professor

^۲ the University of Maine

^۳ the Society for the Study of Social Problems (SSSP)

ExplorIT با مجموعه‌ی داده‌های جمعیتی بزرگ است تا ابزاری تعاملی برای استفاده از آمار در جامعه‌شناسی به دانش‌پژوهان ارائه دهد.

رساله دکترای بارکان، تحت عنوان معترضان به محاکمه: عدالت کیفری در حقوق مدنی جنوب و جنبش‌های ضد جنگ ویتنام، به بررسی پویایی بین یک دولت و کسانی که به سیاست‌های آن اعتراض دارند، هم با ابزارهای سنتی و هم با نافرمانی مدنی می‌پردازد.

بارکان از جرم‌شناسی به عنوان ابزاری برای درک رفتارهای انحرافی در سطح فردی و اجتماعی بهره می‌برد تا ابزاری برای اجرای قانون باشد. بارکان علاوه بر مقالات و نوشته‌های متعدد مجلات در این زمینه، دو کتاب درسی مقدماتی محبوب و پرفروش نوشته است. اصول عدالت کیفری (با جورج بریاک) و جرم‌شناسی: درک جامعه شناختی، در حال حاضر در ویرایش پنجم است.

همچنین استیون ای. بارکان استاد جامعه‌شناسی در دانشگاه مین است که در آنجا بهداشت، بیماری و جامعه و همچنین چندین دوره دیگر را تدریس می‌کند. او یک نویسنده کتاب درسی برنده جایزه است که آثارش عبارتند از جامعه‌شناسی: درک و تغییر جهان اجتماعی. مشکلات اجتماعی: تداوم و تغییر. جرم‌شناسی: درک جامعه‌شناختی؛ و قانون و جامعه.

فهرست:

۲۷	پیشگفتار
۳۱	فصل ۱: جامعه‌شناسی و مطالعه سلامتی و بیماری
۳۱	سلامتی و بیماری در اخبار
۳۳	جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی
۳۳	موضوعات اصلی جامعه‌شناسی
۳۴	دیدگاه جامعه‌شناختی
۳۵	نابرابری اجتماعی
۳۶	نهادهای اجتماعی
۳۶	تخیل جامعه‌شناختی
۳۷	سنت‌های نظری جامعه‌شناسی
۳۷	کارکردگرایی
۳۸	تئوری تضاد
۳۸	تعامل گرایی نمادین
۳۹	محدوده جامعه‌شناسی پزشکی
۳۹	تأثیر محیط اجتماعی
۴۰	وزن کم هنگام تولد و محیط اجتماعی
۴۲	عوامل بالادستی
۴۳	تکرار مراقبت‌های بهداشتی
۴۴	ساخت اجتماعی بیماری
۴۶	روش‌های تحقیق در جامعه‌شناسی پزشکی
۴۷	نظرسنجی‌ها
۴۹	تحقیق کیفی
۴۹	آزمایشات
۵۱	معیارهای علیت
۵۴	نتیجه‌گیری
۵۴	خلاصه
۵۵	اندکی تفکر
۵۷	فصل ۲ تاریخ اجتماعی سلامتی و بیماری
۵۷	سلامتی و بیماری در اخبار
۵۹	سلامتی و بیماری در دنیای پیش از صنعتی شدن
۶۰	تمدن‌های باستانی
۶۱	مصر باستان

۶۱	یونان باستان
۶۳	روم باستان
۶۴	قرون وسطی
۶۷	ظهور پزشکی علمی
۶۷	رנסانس
۷۰	قرن هجدهم
۷۱	قرن نوزدهم
۷۴	مسائل اخلاقی در پزشکی علمی
۷۴	آزمایش پزشکی
۷۷	تضاد منافع در آزمایش مواد مخدر
۷۸	پرداخت به پزشکان
۷۹	سایر مسائل اخلاقی
۸۰	اپیدمیولوژی اجتماعی دیروز و امروز
۸۰	انقلاب صنعتی
۸۱	آغاز اپیدمیولوژی: جان اسنو و وبا
۸۴	اپیدمیولوژیک
۸۷	بهداشت عمومی
۸۸	سطوح پیشگیری
۸۹	بهداشت عمومی و بحث و جدال
۹۰	سخنی در مورد نرخ‌ها
۹۳	نتیجه‌گیری
۹۳	خلاصه
۹۴	اندکی تفکر
۹۵	فصل ۳: رفتار سلامت
۹۵	سلامتی و بیماری در اخبار
۹۶	رفتار سلامت چیست؟
۹۸	درک رفتار سلامتی
۹۹	عوامل کلان
۱۰۱	عوامل خرد
۱۰۲	مدل اعتقادی سلامت
۱۰۴	زمینه اجتماعی رفتار سلامت: طبقه اجتماعی، نژاد و قومیت، و جنسیت
۱۰۴	طبقه اجتماعی
۱۰۹	نژاد و قومیت

۱۱۲.....	جنسیت.....
۱۱۴.....	شرح تأثیرات طبقه اجتماعی، نژاد و قومیت و جنسیت.....
۱۱۵.....	سیگار کشیدن.....
۱۱۷.....	فعالیت هوازی.....
۱۱۸.....	چاقی.....
۱۲۰.....	نوشتن بیش از حد.....
۱۲۲.....	زمینه اجتماعی رفتار سلامت: سایر عوامل.....
۱۲۲.....	روابط اجتماعی.....
۱۲۶.....	شرایط محله‌ی زندگی.....
۱۲۶.....	مداخله مذهب.....
۱۲۷.....	رویه‌های شرکتی.....
۱۲۸.....	سیاست عمومی.....
۱۲۹.....	نتیجه‌گیری.....
۱۲۹.....	خلاصه.....
۱۳۰.....	اندکی تفکر.....
۱۳۱.....	فصل ۴: رفتار بیماری و تجربه بیماری.....
۱۳۱.....	سلامتی و بیماری در اخبار.....
۱۳۲.....	درک ناخوشی.....
۱۳۴.....	ناخوشی به مثابه یک ساختار اجتماعی.....
۱۳۶.....	پزشکی شدن.....
۱۳۷.....	پیامدهای پزشکی شدن.....
۱۳۸.....	نمونه‌های پزشکی شدن.....
۱۴۴.....	رفتار ناخوشی.....
۱۴۵.....	مراحل تجربه‌ی ناخوشی.....
۱۴۶.....	خودمراقبتی.....
۱۴۷.....	رفتار کمک‌طلبی.....
۱۴۸.....	نظریه رفتار کمک‌طلبی.....
۱۵۰.....	زمینه اجتماعی رفتار کمک‌طلبی.....
۱۵۰.....	طبقه اجتماعی: آموزش و درآمد.....
۱۵۱.....	نژاد و قومیت.....
۱۵۳.....	جنسیت.....
۱۵۴.....	سن.....
۱۵۴.....	روابط اجتماعی.....

نزدیکی و سهولت حمل و نقل به مراکز مراقبت‌های بهداشتی	۱۵۶
بیمه سلامت	۱۵۷
تجربه بیماری	۱۵۸
نقش بیمار	۱۵۸
انتقاد از نظریه نقش بیمار پارسونز	۱۶۰
مقابله با بیماری	۱۶۴
اختلال بیوگرافی	۱۶۵
«چرا من؟ چرا حالا؟»	۱۶۷
عدم اطمینان	۱۶۸
اینترنِت	۱۶۹
بیماری بحث برانگیز	۱۶۹
مطالعات حاکی از تجربه بیماری: زنان مبتلا به STD	۱۶۹
نتیجه‌گیری	۱۷۲
خلاصه	۱۷۲
اندکی تفکر	۱۷۳
فصل ۵: علل اجتماعی سلامتی و مشکلات سلامتی	۱۷۵
سلامتی و بیماری در اخبار	۱۷۵
شرایط اجتماعی به عنوان علل اساسی بیماری	۱۷۶
شرایط اجتماعی به مثابه علل اصلی نابرابری‌های سلامت	۱۸۰
طبقه اجتماعی	۱۸۲
تبیین تأثیر طبقه اجتماعی	۱۸۴
SES پایین و مرگ‌ومیر زودرس	۱۸۶
نژاد و قومیت	۱۸۶
تبیین تأثیر نژاد و قومیت	۱۸۹
پارادوکس لاتین	۱۹۳
جنسیت و جنس	۱۹۵
تبیین پارادوکس جنسیتی	۱۹۶
بهداشت باروری	۱۹۸
خشونت علیه زنان	۱۹۹
سن	۲۰۰
سایر علل اجتماعی سلامت و مشکلات بهداشتی	۲۰۲
استرس اجتماعی	۲۰۲
عوامل مؤثر بر پویایی استرس-سلامت	۲۰۳

۲۰۴.....	متعادل ساز تاثیر استرس
۲۰۴.....	استرس سمی دوران کودکی و افزایش استرس
۲۰۷.....	روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی
۲۱۰.....	مذهب
۲۱۱.....	شرایط محله‌ی زندگی
۲۱۴.....	آلودگی و خطرات محیطی
۲۱۶.....	محصولات و محل کار ناامن
۲۱۷.....	خشونت بین فردی و خشونت با تفنگ
۲۱۸.....	نتیجه‌گیری
۲۱۹.....	خلاصه
۲۲۰.....	اندکی تفکر
۲۲۱.....	فصل ۶: نابرابری‌های جهانی در سلامتی و بیماری
۲۲۱.....	سلامتی و بیماری در اخبار
۲۲۲.....	درک نابرابری جهانی
۲۲۴.....	طبقه‌بندی نابرابری جهانی
۲۲۵.....	کشورهای با درآمد بالا
۲۲۵.....	کشورهای با درآمد متوسط
۲۲۵.....	کشورهای کم درآمد
۲۲۶.....	اندازه‌گیری فقر جهانی
۲۲۷.....	تبیین نابرابری جهانی
۲۲۸.....	ابعاد نابرابری‌های بهداشت جهانی
۲۲۹.....	سوء تغذیه و گرسنگی
۲۳۰.....	سلامت کودکان
۲۳۱.....	سلامت زنان
۲۳۳.....	آلودگی و خطرات محیطی
۲۳۳.....	قرارگیری در معرض سرب
۲۳۳.....	آلودگی هوا
۲۳۴.....	زباله‌های سمی
۲۳۶.....	زباله‌های الکترونیکی
۲۳۶.....	بلاایای طبیعی
۲۳۷.....	مراقبت‌های بهداشتی غیراستاندارد
۲۴۰.....	اچ آی وی و ایدز
۲۴۲.....	مستندسازی نابرابری‌های بهداشت جهانی

۲۴۲	امید به زندگی
۲۴۲	HIV/AIDS
۲۴۴	سل
۲۴۴	مرگ‌ومیر کودکان
۲۴۶	کم‌وزنی کودک
۲۴۶	مرگ‌ومیر مادران
۲۴۷	مرگ‌ومیر ناشی از بلایای طبیعی
۲۴۹	زایمان با حضور پرسنل بهداشتی ماهر
۲۴۹	نتیجه‌گیری
۲۴۹	خلاصه
۲۵۰	اندکی تفکر
۲۵۱	فصل ۷: دانشکده پزشکی و آموزش پزشکان
۲۵۱	سلامتی و بیماری در اخبار
۲۵۲	توسعه دانشکده‌های پزشکی و آموزش پزشکی
۲۵۳	آموزش پزشکی در آمریکای اولیه
۲۵۴	تحولات قرن نوزدهم
۲۵۸	تحولات در طول دهه ۱۸۷۰ و پس از آن
۲۵۹	گزارش فلکسنر
۲۶۱	دانشکده‌های پزشکی امروز
۲۶۳	نمایه اجتماعی جمعیت‌شناختی دانشجویان
۲۶۳	جنسیت
۲۶۴	آزار جنسی
۲۶۶	نژاد و قومیت
۲۶۸	وضعیت اجتماعی-اقتصادی
۲۷۰	نگاهی کوتاه به دانشکده پزشکی
۲۷۰	جنسیت
۲۷۲	نژاد و قومیت
۲۷۳	زندگی و تجربیات دانشجویان پزشکی
۲۷۳	استرس، خستگی و فرسودگی شغلی
۲۷۶	فرسودگی شغلی دانشجویان پزشکی
۲۷۸	دستیاران پزشکی
۲۸۱	جامعه‌پذیری دانشجویان پزشکی
۲۸۲	نگرانی منفصل شده

۲۸۵.....	تحمل عدم قطعیت
۲۸۶.....	نتیجه‌گیری
۲۸۷.....	خلاصه
۲۸۸.....	اندکی تفکر
۲۸۹.....	فصل ۸: پزشکان و تعامل با بیماران
۲۸۹.....	سلامتی و بیماری در اخبار
۲۹۰.....	حرفه پزشکی
۲۹۳.....	پزشکی در آمریکای اولیه
۲۹۴.....	تاثیر انجمن پزشکی آمریکا
۲۹۶.....	جنبه منفی حرفه‌ای شدن
۲۹۶.....	ماماها
۲۹۷.....	توجیه محرومیت زنان از دانشگاه
۲۹۹.....	کاهش تسلط حرفه پزشکی
۳۰۱.....	قصور پزشکی
۳۰۳.....	جمع‌بندی میان قصور و استقلال حرفه پزشکی
۳۰۵.....	دعوی پزشکان علیه بیماران
۳۰۶.....	نمایه‌ای از پزشکان امروز
۳۰۷.....	انواع پزشکان
۳۰۹.....	کمبود پزشک
۳۱۱.....	زنان پزشک
۳۱۱.....	پیشرفت شغلی
۳۱۳.....	شکاف دستمزد جنسیتی
۳۱۴.....	"دکتر" افتخاری
۳۱۴.....	تعامل پزشک و بیمار
۳۱۵.....	مدل‌های تعامل پزشک و بیمار
۳۱۵.....	مدل پدرانه
۳۱۶.....	مدل برابری خواه
۳۱۷.....	جنسیت، نژاد و قومیت، و پزشک-بیمار
۳۱۹.....	جنسیت
۳۲۲.....	نژاد و قومیت
۳۲۴.....	نتیجه‌گیری
۳۲۵.....	خلاصه
۳۲۶.....	اندکی تفکر

۳۲۷	فصل ۹: سایر مراقبت‌های بهداشتی
۳۲۷	ارائه‌دهندگان متعارف و جایگزین
۳۲۷	سلامتی و بیماری در اخبار
۳۲۸	مراقبت‌های بهداشتی اصلی
۳۲۹	پرستاران و پرستاری
۳۲۹	تاریخچه مختصر پرستاری
۳۳۳	قرن بیستم
۳۳۳	نمایه‌ای از پرستاران امروز
۳۳۶	پیشینه جمعیت‌شناختی پرستاران
۳۳۹	چالش‌ها و فرصت‌های پرستاری
۳۴۳	سایر ارائه‌دهندگان اصلی مراقبت‌های بهداشتی
۳۴۴	دندانپزشکان و متخصص بهداشت و دستیاران دندانپزشکی
۳۴۶	متخصصان رژیم غذایی و تغذیه
۳۴۹	داروسازان
۳۵۰	فیزیوتراپیست‌ها
۳۵۱	متخصصین پا
۳۵۲	طب مکمل و جایگزین (CAM)
۳۵۵	شیوع CAM
۳۵۶	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و استفاده از CAM
۳۵۹	اثربخشی CAM
۳۶۲	نتیجه‌گیری
۳۶۳	خلاصه
۳۶۴	اندکی تفکر
۳۶۵	فصل ۱۰: بیمارستان‌ها و سایر تنظیمات مراقبت‌های بهداشتی
۳۶۵	سلامتی و بیماری در اخبار
۳۶۶	بیمارستان‌ها
۳۶۷	تاریخچه مختصری از بیمارستان‌ها
۳۶۸	بیمارستان‌ها در آمریکای اولیه
۳۷۰	دوره پس از جنگ داخلی
۳۷۱	دوره پس از جنگ جهانی دوم
۳۷۲	بیمارستان‌ها از دهه ۱۹۷۰
۳۷۵	بیمارستان‌ها در ایالات متحده امروز
۳۷۵	انواع بیمارستان‌ها

۳۷۷.....	ساختار بیمارستان ها
۳۷۹.....	روند صنعت بیمارستان
۳۸۱.....	دستیابی به خدمات پزشکی
۳۸۲.....	استخدام بیمارستانی، پذیرش و هزینه ها
۳۸۲.....	مشکلات بیمارستان های ایالات متحده
۳۸۴.....	شرایط اکتسابی بیمارستان و خطاهای پزشکی
۳۸۸.....	بیمارستان های روستایی و درون شهری
۳۹۲.....	مراقبت از اتاق اورژانس
۳۹۳.....	مشکلات مربوط به هزینه های بیمارستانی
۳۹۵.....	سایر تنظیمات مراقبت های بهداشتی
۳۹۵.....	امکانات مراقبت سربایی
۳۹۶.....	مراکز مراقبت فوری
۳۹۸.....	کلینیک های خدمات جزئی
۳۹۸.....	مراکز جراحی سربایی
۴۰۰.....	خانه های سالمندان
۴۰۱.....	هزینه های خانه سالمندان
۴۰۲.....	کیفیت مراقبت در خانه سالمندان
۴۰۳.....	مراقبت های بهداشتی در منزل و مراقبت در آسایشگاه
۴۰۳.....	مراقبت های بهداشتی در خانه
۴۰۵.....	مراقبت آسایشگاهی
۴۰۶.....	نتیجه گیری
۴۰۷.....	خلاصه
۴۰۸.....	اندکی تفکر
۴۰۹.....	فصل ۱۱: سلامتی و مراقبت های بهداشتی در نظام دموکراسی های ثروتمند جهان
۴۰۹.....	سلامتی و بیماری در اخبار
۴۱۱.....	سیستم های مراقبت بهداشتی دموکراسی های ثروتمند
۴۱۴.....	مدل های سیستم های مراقبت های بهداشتی
۴۱۴.....	مدل بیسمارک
۴۱۵.....	مدل بیوریج
۴۱۶.....	مدل ملی بیمه سلامت
۴۱۶.....	مدل از جیب
۴۱۷.....	مدل ایالات متحده
۴۱۸.....	سیستم های مراقبت بهداشتی کشورهای منتخب

۴۱۸.....	کانادا
۴۲۳.....	فرانسه
۴۲۶.....	آلمان
۴۲۸.....	سوئد
۴۲۹.....	انگلستان
۴۳۲.....	مقایسه دموکراسی‌های ثروتمند
۴۳۳.....	مقایسه سلامت در دموکراسی‌های ثروتمند
۴۳۳.....	امید به زندگی
۴۳۵.....	مرگ‌ومیر نوزادان و وزن کم هنگام تولد
۴۳۶.....	دیابت
۴۳۷.....	چاقی
۴۴۲.....	تشریح وضعیت نامساعد سلامتی و بهداشت ایالات متحده
۴۴۳.....	فقدان پوشش همگانی سلامت
۴۴۴.....	فقدان مراقبت‌های اولیه کافی
۴۴۶.....	هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی
۴۴۶.....	فقر
۴۴۸.....	نتیجه‌گیری
۴۴۸.....	خلاصه
۴۴۹.....	اندکی تفکر
۴۵۱.....	فصل ۱۲: سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده
۴۵۱.....	سلامتی و بیماری در اخبار
۴۵۲.....	"سیستم مراقبت‌های بهداشتی" ایالات متحده
۴۵۴.....	مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده براساس اعداد
۴۵۴.....	هزینه مراقبت‌های بهداشتی
۴۵۵.....	منابع هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی
۴۵۷.....	حامیان هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی
۴۵۹.....	استخدام در مراقبت‌های بهداشتی
۴۶۰.....	ویزیت‌های مراقبت‌های بهداشتی
۴۶۱.....	بیمه سلامت
۴۶۴.....	میزان و انواع پوشش‌های بیمه‌ای
۴۶۵.....	مشکلات در ارائه مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده
۴۶۶.....	پراکندگی و عدم هماهنگی
۴۶۸.....	پوشش بیمه سلامت: غیربیمه‌ای و تحت پوشش بیمه

۴۶۹.....	بیمه ضعیف و بیمه نامناسب
۴۷۳.....	نابرابری‌های اجتماعی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی
۴۷۳.....	دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی
۴۷۸.....	کیفیت مراقبت‌های بهداشتی
۴۸۰.....	هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی
۴۸۲.....	دلایل هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده
۴۹۰.....	ضایعات در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی
۴۹۲.....	نتیجه‌گیری
۴۹۳.....	خلاصه
۴۹۴.....	اندکی تفکر
۴۹۵.....	فصل ۱۳: مراقبت‌های بهداشتی اوباما کر و فراتر از آن
۴۹۵.....	سلامتی و بیماری در اخبار
۴۹۷.....	خاستگاه بیمه سلامت ایالات متحده
۴۹۸.....	دوران پیشرو
۵۰۰.....	رکود بزرگ و معامله جدید
۵۰۲.....	دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰
۵۰۳.....	دهه ۱۹۶۰: مدیکر و مدیکاید
۵۰۴.....	دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰
۵۰۴.....	مراقبت‌های مدیریت شده و HMOs
۵۰۵.....	دهه ۱۹۹۰-۲۰۰۸
۵۰۶.....	قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (OBAMACARE)
۵۰۷.....	مفاد اصلی مزایای سلامتی Obamacare
۵۰۸.....	اختیارات فردی
۵۰۹.....	مبنای محافظه کارانه برای اختیار فردی
۵۱۱.....	صنعت بیمه سلامت و اختیارات فردی
۵۱۲.....	دستاوردها و محدودیت‌های OBAMACARE
۵۱۲.....	دستاوردهای اوباما کر
۵۱۵.....	شواهد در دسترسی
۵۱۸.....	شواهد در مورد هزینه‌ها
۵۲۲.....	شواهد در مورد کیفیت
۵۲۵.....	محدودیت‌های اوباما کر
۵۲۸.....	پوشش خارج از شبکه
۵۳۹.....	اصلاحات در اوباما کر

فراتر از اوباما کر	۵۳۰
مدیکر برای همه	۵۳۲
مدل بیسمارک	۵۳۷
جایگزین بیمه غیرانتفاعی	۵۳۸
کلام پایانی	۵۳۹
پساسکریپت: نسخه‌ی جامعه‌شناختی کاهش آسیب‌های بهداشتی ایالات متحده	۵۳۹
نتیجه‌گیری	۵۴۲
خلاصه	۵۴۳
اندکی تفکر	۵۴۴
فصل ۱۴: همه‌گیری ۱۹-COVID	۵۴۵
سلامتی و بیماری در اخبار	۵۴۵
جامعه‌شناسی و مطالعه سلامت و بیماری	۵۴۸
تاریخچه اجتماعی سلامت و بیماری	۵۴۸
رفتار بهداشتی	۵۵۴
رفتار بیماری و تجربه بیماری	۵۶۰
علل اجتماعی سلامت و مشکلات بهداشتی	۵۶۲
نژاد و قومیت	۵۶۳
طبقه اجتماعی	۵۶۵
وابستگی به حزب سیاسی	۵۶۵
نابرابری‌های جهانی در سلامت و بیماری	۵۶۶
پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی	۵۶۸
بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت‌های بهداشتی	۵۶۹
بهداشت و سلامتی در دموکراسی‌های ثروتمند جهان در مقابل ایالات متحده	۵۷۱
نتیجه‌گیری	۵۷۵
خلاصه	۵۷۶
اندکی تفکر	۵۷۷
منابع	۵۷۹
واژه نامه	۶۱۱

شکل ها و جدول ها:

- جدول ۲,۱: یافته های جان اسنو در مورد مرگ های ناشی از وبا ۹۲
- نمودار ۳,۱: تحصیلات، درآمد، و سیگار کشیدن (درصد بزرگسالان سیگاری) ۱۱۶
- نمودار ۳,۲: نژاد و قومیت، جنسیت، و سیگار کشیدن (درصد بزرگسالان سیگاری) ۱۱۶
- نمودار ۳,۳: آموزش، درآمد و فعالیت هوازی (درصد بزرگسالان با رعایت دستورالعمل های هوازی) ۱۱۷
- جدول ۳,۱: مقایسه های جمعیت شناختی برای چاقی در بزرگسالان ۱۱۸
- شکل ۳,۵: تحصیلات، درآمد، و مصرف زیاد الکل (درصد بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر) ۱۲۱
- شکل ۳,۶: نژاد و قومیت، جنسیت، و مصرف زیاد الکل (درصد بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر) ۱۲۱
- شکل ۴,۱: درآمد سالانه خانوار و درصد پوسیدگی دندان درمان نشده، سن ۲۰ تا ۴۴ سال ۱۵۲
- شکل ۴,۲: نژاد، قومیت و درصد پوسیدگی دندان درمان نشده، سن ۲۰ تا ۴۴ سال ۱۵۲
- شکل ۴,۳: جنسیت و درصد پوسیدگی دندان درمان نشده ۱۵۵
- شکل ۴,۴: سن و بازدید از مراقبت های بهداشتی (%) که حداقل چهار بار در سال مراجعه می کنند) ۱۵۵
- شکل ۴,۵: بیمه سلامت و بازدید از مراقبت های بهداشتی، افراد زیر ۶۵ سال (درصد بدون مراجعه سالانه به مراقبت های بهداشتی) ۱۵۷
- شکل ۵,۱: آموزش و سلامت خود گزارش شده (درصد بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر می گویند سلامت آنها فقط متوسط یا ضعیف است) ۱۸۳
- شکل ۵,۲: نژاد، قومیت و سال های امید به زندگی در بدو تولد ۱۸۷
- شکل ۵,۳: نژاد، قومیت، و سلامت خود گزارش شده (وضعیت سلامت ارزیابی شده توسط پاسخ دهندگان: درصد کودکان و بزرگسالان با سلامتی متوسط یا ضعیف) ۱۸۸
- شکل ۵,۴: آموزش و سلامت خود گزارش دهی برای افراد ۶۵ تا ۸۹ ساله (درصد می گویند سلامتی آنها متوسط یا ضعیف است) ۲۰۱
- شکل ۵,۵: وضعیت تأهل و سلامت خود گزارش شده برای افراد ۴۰ تا ۵۹ ساله (درصد می گویند سلامت آنها فقط متوسط یا ضعیف است) ۲۰۸
- شکل ۶,۱: شروع پول نقد اگر انحصار نشان دهنده نابرابری جهانی در درآمد باشد ۲۲۳
- شکل ۶,۲: نابرابری جهانی در امید به زندگی در بدو تولد ۲۴۳
- شکل ۶,۳: نابرابری جهانی در HIV (تعداد بیماران به ازای هر ۱۰۰۰ جمعیت، سنین ۱۵ تا ۴۹ سال) ۲۴۳
- شکل ۶,۴: نابرابری جهانی در سل (تعداد بیماران در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت) ۲۴۵

شکل ۶,۵: نابرابری جهانی در مرگ و میر کودکان مرگ سالانه قبل از ۵ سالگی در هر ۱۰۰۰ تولد زنده	۲۴۵
شکل ۶,۶: نابرابری جهانی در کم وزنی کودکان (درصد کم وزنی)	۲۴۶
شکل ۶,۷: نابرابری جهانی در مرگ و میر مادران. تعداد مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده	۲۴۷
شکل ۶,۸: نابرابری جهانی در مرگ و میر ناشی از بلایای طبیعی تعداد مرگ و میر در هر میلیون جمعیت	۲۴۸
شکل ۶,۹: نابرابری جهانی در زاد و ولد با حضور پرسنل بهداشتی ماهر (%) از تولدهای شرکت کننده	۲۴۸
شکل ۷,۱: درصد زنان از همه دانشجویان پزشکی. سال های تحصیلی پاییز ۱۹۷۰ تا پاییز ۲۰۱۸	۲۶۴
شکل ۷,۲: نژاد و قومیت دانشجویان پزشکی ایالات متحده، ۲۰۱۸-۲۰۱۹	۲۶۷
شکل ۷,۳: نژاد و قومیت دانشکده پزشکی ایالات متحده، ۲۰۱۸-۲۰۱۹	۲۷۲
جدول ۸,۱: میانگین دستمزد سالانه برای فعالیت های پزشکی منتخب، ۲۰۱۸	۳۰۸
شکل ۹,۱: درصد بزرگسالانی که از رویکردهای تشخیصی CAM بهره بردند	۳۵۵
شکل ۹,۲: نژاد و قومیت و استفاده از یوگا	۳۵۷
شکل ۹,۳: جنسیت و استفاده از یوگا	۳۵۷
شکل ۹,۴: سن و استفاده از یوگا	۳۵۸
شکل ۱۰,۱: تعداد بیمارستان ها، ۱۹۷۵-۲۰۱۵	۳۷۳
شکل ۱۰,۲: میانگین مدت اقامت (روزها) در بیمارستان های غیرفدرال کوتاه مدت، ۱۹۷۵-۲۰۱۵	۳۷۴
جدول ۱۱,۱: دموگرافی های ثروتمند جهان	۴۱۱
شکل ۱۱,۱: هزینه سرانه مراقبت های بهداشتی در کشورهای منتخب	۴۱۲
شکل ۱۱,۲: هزینه های مراقبت های بهداشتی به عنوان درصد تولید ناخالص داخلی	۴۱۳
شکل ۱۱,۳: امید به زندگی در هنگام تولد برای کشورهای منتخب	۴۳۳
شکل ۱۱,۴: امید به زندگی در ۶۵ سالگی برای کشورهای منتخب	۴۳۴
شکل ۱۱,۵: نرخ مرگ و میر نوزادان برای کشورهای منتخب	۴۳۵
شکل ۱۱,۶: نوزادان کم وزن هنگام تولد برای کشورهای منتخب	۴۳۶
شکل ۱۱,۷: درصد بزرگسالان ۲۰ تا ۷۹ ساله مبتلا به دیابت	۴۳۷
شکل ۱۱,۸: درصد افراد ۱۵ ساله و بالاتر که چاق هستند	۴۳۸

هزینه.....	۴۴۰
شکل ۱۱،۹: درصد ناتوانی دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز در طول سال گذشته به دلیل	
شکل ۱۱،۱۰: تعداد پزشکان مراقبت‌های اولیه در هر ۱۰۰۰۰۰.....	۴۴۵
جدول ۱۲،۱: هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده براساس مقوله، ۲۰۱۷ (میلیاردها	
دلار).....	۴۵۵
جدول ۱۲،۲: منابع پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده، ۲۰۱۷ (میلیارد	
دلار).....	۴۵۶
شکل ۱۲،۱: هزینه سرانه مراقبت‌های بهداشتی خارج از جیب، آخرین سال موجود.....	۴۵۷
جدول ۱۲،۳: انواع حامیان هزینه‌های سلامت ملی، ۲۰۱۷ درصد کل هزینه‌های مراقبت‌های	
بهداشتی.....	۴۵۸
جدول ۱۲،۴: مشاغل بهداشتی ایالات متحده، برآوردهای ۲۰۱۱-۲۰۱۵.....	۴۶۰
جدول ۱۲،۵: بازدید از مراقبت‌های بهداشتی در طول سال گذشته (۲۰۱۶)، همه سنین.....	۴۶۱
جدول ۱۲،۶: پوشش بیمه درمانی در ایالات متحده، تمام سنین، ۲۰۱۷.....	۴۶۵
شکل ۱۲،۲: فقدان بیمه درمانی در میان بزرگسالان زیر ۶۵ سال، توسط ویژگی‌های منتخب،	
۲۰۱۸ (درصد بیمه نشده در زمان مصاحبه).....	۴۷۵
شکل ۱۲،۳: عدم بازدید از مراقبت‌های بهداشتی، براساس ویژگی‌های منتخب، ۲۰۱۶ (%) بدون	
مراجعه به مراقبت‌های بهداشتی در سال گذشته.....	۴۷۷
جدول ۱۲،۷: میانگین کل هزینه‌های بیمارستان و پزشک برای اقدامات پزشکی منتخب،	
اسپانیا و ایالات متحده، ۲۰۱۵.....	۴۸۱
شکل ۱۳،۱: درصد آمریکایی‌های بدون بیمه درمانی، ۲۰۱۰-۲۰۱۸.....	۵۱۴
شکل ۱۴،۱: درصد بزرگسالانی که گزارش داده‌اند با حداقل یک دوز تقویت کننده کاملاً علیه	
کووید-۱۹ واکسینه شده‌اند، ژوئیه ۲۰۲۲.....	۵۵۸
شکل ۱۴،۲: درصد بزرگسالانی که می‌گویند در سی روز گذشته همیشه در مکان‌های عمومی	
سرپوشیده ماسک زده‌اند.....	۵۵۹
جدول ۱۴،۱: خطر نسبی تجمعی برای بستری شدن در بیمارستان COVID-۱۹ و مرگ براساس	
نژاد/قومیت (نسبت‌های نرخ در مقایسه با افراد سفیدپوست غیرلاتین).....	۵۶۴
شکل ۱۴،۳: نرخ‌های تجمعی مرگ‌ومیر COVID-۱۹ برای دموگرافی‌های ثروتمند منتخب	
(تعداد مرگ‌ومیر در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت).....	۵۷۴