

نظریه جامعه‌شناختی در جامعه‌شناسی پزشکی در

اوایل قرن بیست و یکم^۱

ویلیام سی. کوکرهام^۲

مترجمان: امید مظلومی^۳، مهربان پارسامهر^۴، اکبر زارع شاه آبادی^۵

چکیده

این مقاله به بررسی روندهای کنونی نظریه در جامعه‌شناسی پزشکی می‌پردازد و درمی‌یابد که استفاده از نظریه [در این حوزه] در حال شکوفایی است. استدلال اصلی این است که این حوزه به بلوغ رسیده است و در مرحله اولیه یک تغییر پارادایم از تمرکز گذشته بر فردگرایی روش‌شناختی (که در آن فرد، واحد ابتدایی تجزیه و تحلیل است) به استفاده روزافزون از نظریه‌ها با جهت‌گیری ساختاری قرار دارد. این پیامد که اساساً با روش‌های پژوهشی (برای مثال، مدل‌سازی خطی سلسله‌مراتبی، زیست‌نشانگرها) پشتیبانی می‌شود، معیارهای اثرات ساختاری بر سلامت فرد را، که اغلب در گذشته وجود نداشتند یا توسعه نیافته بودند، ارائه می‌کند. از هر دو روش‌های کمی و کیفی می‌توان در چنین پژوهشی بهره‌گرفت و مطالعات کیفی مبتنی بر تعامل نمادین یا برساخت‌گرایی اجتماعی به دلیل روش‌شناسی‌ها و تمرکزشان رد صلاحیت نمی‌شوند. ضرورت دارد که ساختار در هر تلاش اجتماعی در نظر گرفته شود و به نظر می‌رسد که جامعه‌شناسی پزشکی معاصر دقیقاً به‌عنوان بخشی از مرحله بعدی تکاملش این کار را انجام می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: جامعه‌شناسی پزشکی، دور کیم، مارکس، نظریه‌های برد متوسط، نظریه جامعه‌شناختی معاصر، وبر.

۱- این مقاله ترجمه‌ای است از:

Cockerham, W. (2013). Sociological theory in medical sociology in the early twenty-first century. *Social Theory & Health* 11, 241–255. <https://doi.org/10.1057/sth.2013.12>

۲- استاد جامعه‌شناسی دانشگاه آلاباما، ایالات متحده آمریکا wcocker@uab.edu

۳- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد (مترجم مسئول) atash.sepand@gmail.com

۴- دکتری جامعه‌شناسی توسعه اقتصادی، دانشیار دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد

۵- دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد

۱. مقدمه

هدف این مقاله بررسی روندهای نظریه جامعه‌شناختی در حوزه سلامت یا جامعه‌شناسی پزشکی^۱ در اوایل قرن بیست و یکم است. قرن پیشین با واقعیت‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی جدیدی پایان یافت که در آن جامعه‌شناسی پزشکی به تعدیل و ملاحظه جهت‌گیری‌های نظری جدید و همچنین سازگاری با موارد قدیمی‌تر برای تغییر، نیاز داشت (کوکرهام و اسکمبلر، ۲۰۱۰). جامعه‌شناسی پزشکی به فقر نظری در سال‌های اولیه‌اش که برای چندین دهه ادامه داشت، مشهور بود (جانسون، ۱۹۷۵؛ اسکمبلر، ۱۹۸۷)، حتی پس از آن که دیگر [چنین تصویری] درست نبود (کوکرهام، ۲۰۰۰، ۲۰۱۳؛ کوکرهام و اسکمبلر، ۲۰۱۰، اسکمبلر، ۲۰۱۲a). در واقع، کار نظری قابل توجهی عمدتاً در گروه‌های جامعه‌شناسی در دانشگاه‌های بزرگ آمریکا در حال انجام بود، در حالی که جامعه‌شناسی پزشکی به‌عنوان یک زیرشاخه رشد کرد و به جامعه‌شناسی عمومی از طریق اشتراک‌هایشان - به‌ویژه در نظریه و روش‌ها - نزدیک‌تر شد. جامعه‌شناسی پزشکی معاصر به یک ادبیات غنی و وافر با نظریه‌های خاص خودش برای زیرشاخه‌ها دست یافته است که بعضی از آن‌ها به‌طور کلی مبتنی بر چشم‌اندازهای مشترک با جامعه‌شناسی هستند و مابقی منحصر به موضوع خود هستند.

در نتیجه، جامعه‌شناسان پزشکی بیش‌تر از گذشته از نظریه جامعه‌شناختی برای تقویت قدرت تبیینی یافته‌های تجربی‌شان استفاده می‌کنند. ترنر (۱۹۹۲) با پیش‌بینی این پیامد، پیش‌تر اشاره کرده بود که جامعه‌شناسی پزشکی ممکن است واقعاً در برخی از حوزه‌های توسعه نظریه معاصر «پیش‌تاز» باشد. شواهدی برای این موضوع با توجه به فراوانی کتاب‌های اخیر درباره نظریه در جامعه‌شناسی پزشکی یافت می‌شود که امروزه این حوزه را به‌عنوان یک زیرشاخه جامعه‌شناختی بسیار نظری نشان می‌دهد (مک‌دونل و همکاران، ۲۰۰۹؛ دی‌مایو، ۲۰۱۰؛ اسکمبلر، ۲۰۱۲؛ کولیر، ۲۰۱۲؛ کوکرهام، ۲۰۱۳، a، b).

۲. تغییر پارادایم کنونی

استدلال اصلی مقاله حاضر این است که این حوزه به حالت بلوغ رسیده است و در این فرایند، در مرحله اولیه یک تغییر پارادایم از تمرکز گذشته بر فردگرایی روش‌شناختی (که در آن فرد، واحد ابتدایی تجزیه و تحلیل است) به استفاده روزافزون از نظریه‌ها با جهت‌گیری ساختاری قرار دارد (کوکرهام، ۲۰۱۳b). در ابتدا، در دهه ۱۹۶۰، دوره‌ای که جودت (۲۰۰۵: ۳۹۸) آن را با عنوان «عصر بزرگ نظریه» توصیف می‌کند، علوم اجتماعی مختلف (برای مثال، زبان‌شناسی ساختاری، انسان‌شناسی فرهنگی، تاریخ) بر نظریه‌های ساختارگرا تأکید داشتند. به‌طور مشابه، کارکردگرایی ساختاری رویکرد نظری غالب در کل جامعه‌شناسی، از جمله

جامعه‌شناسی پزشکی، بود. این تسلط نظری خیلی طولانی نبود؛ کارکردگرایی ساختاری^۱ به دلیل دفاع از یک تصویر ایستا از ساختارهای اجتماعی غالب که در برابر تغییر بسیار مقاوم‌اند، مورد انتقاد شدید قرار گرفت. علاوه بر این، تأکید آن بر توافق، ثبات، نظم و تعادل به نظر می‌رسید توجیه‌کننده حفظ وضع فعلی، حفظ نابرابری‌های اجتماعی موجود و قدرت گروه‌های نخبه موجود است. نظریه پردازان تضاد نیز کارکردگرایی ساختاری را ناقص می‌دانستند، زیرا تضاد را یک تسهیل‌کننده کافی برای تغییرات اجتماعی، به‌ویژه تغییرات سریع و انقلابی، در نظر نمی‌گرفتند. تعامل نمادین^۲ به کارکردگرایی ساختاری به دلیل بی‌توجهی‌اش به خلاقیت فردی و فرآیندهای اجتماعی سطح خرد حمله کرد.

نظریه تضاد^۳، به نوبه خود، توسط برخی‌ها محکوم شد؛ زیرا این نظریه نیز فرصت کمی برای خلاقیت به فرد می‌داد، هرگز به‌طور کامل توسعه نیافت و نظم اجتماعی و ثبات را نادیده می‌گرفت، درست همان‌گونه که قبلاً کارکردگرایی ساختاری را به دلیل در نظر نگرفتن تضاد و تغییر مورد حمله قرار داده بود (ریترز، ۲۰۱۱)، نتیجه آن در طول زمان اوج‌گیری تعامل نمادین در سال‌های ۱۹۷۰-۱۹۶۳ بود که با سهم مهمش در جامعه‌شناسی پزشکی توسط هاوارد بکر^۴، اروینگ گافمن^۵ و آنسلم استراوس^۶ شکوفا شد. ظهور تعامل نمادین در جامعه‌شناسی موجب افزایش اعتبار عاملیت و فردگرایی روش‌شناختی در نظریه جامعه‌شناختی شد. با این حال، در دهه ۱۹۸۰، تعامل نمادین نیز وارد دوره‌ای از زوال شد که به استفاده‌اش در جامعه‌شناسی پزشکی گسترش یافت. این نظریه که نشانه‌هایی از ایستایی را نشان می‌داد، به دلیل وابستگی‌اش به روش‌شناسی و تفسیر ذهنی، از سوی جامعه‌شناسان کمی‌گرا بی‌ارزش شمرده شد و نمی‌توانست روابط بین نهادها و فرایندها در سطح اجتماعی را که نه تنها بر افراد بلکه بر یکدیگر تأثیرگذار بودند، توضیح دهد و همچنین، در پیوند رضایت‌بخش فرآیندهای گروه‌های کوچک به پدیده‌های اجتماعی در سطح ساختاری بالاتر ناتوان بود.

این بدان معنا بود که در ابتدای قرن بیست‌ویکم، سه رویکرد نظری اصلی - کارکردگرایی ساختاری، نظریه تضاد و تعامل نمادین - که هنوز در بسیاری از کتاب‌های درسی مقدماتی برجسته بودند، همگی به چیزی تبدیل شده بودند که ریترز و یاگاتیچ (۲۰۱۲: ۱۰۵) به‌عنوان «نظریه‌های زامبی^۷» یا حداقل مردن و تغییر یافتن به «حالتی زامبی مانند» توصیف می‌کنند. به گفته ریترز و یاگاتیچ (۲۰۱۲: ۱۰۵)، «این نظریه‌ها به‌ویژه از طریق حامیان و نویسندگان کتاب‌های درسی، زنده به نظر می‌رسند، اما در واقع،

اگر آن‌ها هنوز هم نمرده باشند، تنها ضعیف‌ترین نبض‌هایی‌اند که کمینه‌ای ساده از زندگی را منعکس می‌کنند». ریتزر و یاگاتیچ معتقدند که داشتن سه «مکتب» نظری عمده که نظریه‌های جدیدتر را در برمی‌گیرند، ارائه‌دهنده نظام دسته‌بندی دقیقی است، حتی اگر این دسته‌ها بیش از نیم‌قرن پیش ایجاد شده و دیگر قابل توجیه نباشند. از نظر آن‌ها، نظریه یک امر سیال است، نه جامد و مطابق با مفهوم مدرنیته سیال^۱ باومن (۲۰۰۰) است که در آن نظریه‌ها در زمان و فضا ثابت به نظر نمی‌رسند، بلکه به‌طور مداوم جاری و در حال تغییرند.

ما شاهد سیالیت و تغییر در این واقعیت هستیم که کارکردگرایی ساختاری، نظریه‌ای قدیمی در جامعه‌شناسی، فراتر از حالت زامبی رفته و در واقع مرده است، چنان‌که امروزه به نظر می‌رسد کارکردگرایی ساختاری وجود ندارند و عملاً هیچ کار مهمی در این زمینه انجام نمی‌شود. به باور ریتزر و یاگاتیچ، نظریه تضاد را نیز می‌توان نظریه زامبی در نظر گرفت، زیرا این نظریه عمدتاً در مخالفت با کارکردگرایی ساختاری که هم‌اکنون از بین رفته است توسعه یافت و بسیاری از نظریه‌های زیرمجموعه آن، نظیر جبرگرایی اقتصادی و مارکسیسم ساختاری، نیز به بن‌بست رسیده‌اند. به نظر آن‌ها فقط به دلیل این که نظریه پردازان، تضاد را در یک اجتماع یافته‌اند، به‌طور خودکار به این معنی نیست که آن‌ها نظریه پردازان تضادند. علاوه بر این، گزاره اصلی نظریه تضاد که «وجود نابرابری در همه جوامع سبب تضاد شده و منجر به تغییر اجتماعی می‌شود» به‌طور گسترده‌ای در جامعه‌شناسی پزشکی استفاده‌ای نداشته است. مردم می‌توانند بیمار شوند و یا بهبود یابند، با یک بیماری مزمن زندگی کنند یا بمیرند، بدون این که هیچ ارتباطی با تضاد اجتماعی داشته باشند.

با وجود این، نظریه تضاد هنوز در جامعه‌شناسی پزشکی حامیانی دارد (دی‌مایو، ۲۰۱۰). شکل جدید این نظریه را می‌توان در فرضیه نابرابری درآمد ویلکینسون (۱۹۹۶) مشاهده نمود که بر مبنای آن وقتی کشورها به استانداردهای بالای زندگی و سطح مناسبی از سلامت دست می‌یابند، می‌توانند ثروت خود را افزایش دهند، اما اگر اختلاف‌های طبقاتی کاهش نیابد سالم‌تر نشوند. هرچه نابرابری اجتماعی میان غنی و فقیر بیشتر باشد، تفاوت‌ها در سلامت نیز بیشتر خواهد بود، حتی اگر جمعیت به‌طور کلی سالم باشد. این قضیه در ابتدا با اشتیاق پذیرفته شد (دی‌مایو، ۲۰۱۰). با وجود این، این یافته‌ها در دیگر مطالعات تکرار نشد و این فرضیه پس از مطالعه برای بیش از یک دهه رد شده است (بک‌فیلد، ۲۰۰۴؛ ایپرستاد و ساتل، ۲۰۰۴؛ لینک و همکاران، ۲۰۱۳). ایپرستاد و ساتل (۲۰۰۴: ۳۶) فرضیه نابرابری درآمد را «آموزه‌ای در جست‌وجوی داده» می‌دانند و نه یک فرضیه علمی اثبات‌شده. به این ترتیب، طیف گسترده نظریه تضاد در حال زوال است، اما کارهای مهمی مرتبط با بخش‌هایی از نظریه مارکسیستی و اقتصاد سیاسی وجود دارد که اجازه می‌دهد تا در حال حاضر از دچار شدن آن به

1- Liquid modernity

سرنوشت کارکردگرایی ساختاری جلوگیری شود.

از نظر ریتزر و یاگاتیچ (۲۰۱۲) تعامل نمادین در مسیر حمایت از زندگی و به‌سوی زامبی شدن پیش می‌رود. هنگامی که محدودیت‌های تعامل نمادین آشکار شد، بعضی از متفکران این رشته، مطالعات خود را در حوزه‌های دیگری ادامه دادند، مانند مطالعه بدن‌مندی^۱، تجربه بیماری، سازگاری با پیری و استفاده از مفهوم نظم مذاکره‌ای برای مطالعه سازمان‌ها (چارماز و بلگریو، ۲۰۱۳). بعضی از متفکران تعامل نمادین، نظریه پسامدرن را پذیرفتند، اما این دیدگاه، علی‌رغم هدف اولیه‌اش در توضیح تغییرات اجتماعی، نمی‌توانست ساختار جامعه پسامدرن را پس از گذار آن از مدرنیته به حساب آورد، لذا هرگز به جایگاه ثابتی در جامعه‌شناسی پزشکی نرسید و می‌توان آن را نیز به‌عنوان نظریه زامبی در نظر گرفت (کوکرهام، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، نظریه تعامل نمادین همچنان ادامه دارد، زیرا این نظریه زیربنای بسیاری از روش‌های کیفی و نظریه زمینه‌ای^۲ بوده است، در حالی که تحت تأثیر شاخه عمده‌ای از برساخت‌گرایی اجتماعی قرار دارد. برساخت‌گرایی اجتماعی این دیدگاه را مطرح می‌کند که دانش علمی درباره سلامت و بیماری توسط منافع انسانی ذهنی و از لحاظ تاریخی معین تولید می‌شود و در معرض تغییر و تفسیر مجدد است (اولافسدوتیر، ۲۰۱۳). هرچه برساخت‌گرایی اجتماعی بیشتر تحت تأثیر تعامل نمادین باشد، بیشتر عاملیت‌گرا است؛ هرچه به شاخه دیگر خود که مبتنی بر فوکو است، نزدیک‌تر باشد، نقش عاملیت در آن کمتر است.

باتوجه به وضعیت این سه دسته‌بندی سنتی کار نظری، ممکن است فرض شود که توسعه نظریه در جامعه‌شناسی دشوار است؛ اما این درست نیست. مسئله اصلی با دسته‌بندی‌های منسوخ است، نه فقدان نظریه‌های سرزنده یا نظریه‌پردازی. در عوض، آنچه ما در دهه نخست قرن بیست و یکم مشاهده می‌کنیم، رشد و تغییر است. چنان‌که اشاره شد، به‌طور عمده تمایل به بازگشت به سمت نظریه‌هایی وجود داشته است که بر ساختارهای اجتماعی متمرکز هستند، یعنی عنصر اساسی‌ای که جامعه‌شناسی واقعاً درباره آن است. این امر با دیدگاه اصیل دورکیم ([۱۸۹۵]: ۱۹۵۰: ۱۲۷-۱۲۸) مطابقت دارد که: «جامعه صرفاً مجموعه‌ای از افراد نیست؛ بلکه نظام تشکیل‌شده توسط همراهی‌شان واقعیت خاصی را نشان می‌دهد که ویژگی‌های خودش را دارد». این واقعیت نه‌تنها از افراد، بلکه همچنین از واقعیت‌های دیگر، مانند واقعیت‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی، متمایز است.

بر طبق نظر دورکیم ([۱۸۹۵]: ۱۹۵۰)، ما باید به ماهیت خود جامعه و نه افراد بپردازیم تا زندگی اجتماعی را توضیح دهیم. این بدان معنا نیست که مردم به‌طور کامل فاقد آزادی هستند یا مسئول رفتار خود نیستند، بلکه این یعنی ما در جهت‌های اجتماعی (جمعی) کشیده می‌شویم و تحت فشار

جامعه هستیم تا با غلبه بر تمایلات فردی مان به شیوه‌هایی خاص عمل کنیم (دورکیم، [۱۸۹۷] ۱۹۵۱؛ فورنیر، ۲۰۱۳). ساختارهایی که تأثیر جامعه را بر زندگی روزمره نشان می‌دهند عبارت‌اند از: هنجارها و قواعد الگومند در تعامل اجتماعی، روابط اجتماعی نظام‌مند و آشکال قشربندی و سطوح منابع اجتماعی و مادی. بر اساس نظر فیلان و همکارانش (۲۰۰۴)، دورکیم با اصرار خود مبنی بر این که نیروهای اجتماعی خارج از کنترل مستقیم فرد می‌توانند بر سلامت مردم تأثیر بگذارند و در برخی از موقعیت‌ها زندگی آن‌ها را محدود سازد، مدلی متهورانه برای جامعه‌شناسی پزشکی فراهم نمود.

بسط فعلی آنچه به‌عنوان تمرکز «نو ساختاری» در کار نظری در جامعه‌شناسی پزشکی نامیده می‌شود، تحت تأثیر دو عامل است. نخست تشخیص اینکه نظریه‌های عاملیت-محور قادر نیستند به‌اندازه کافی اثرات ساختارهای اجتماعی را بر یکدیگر یا بر افراد به حساب آورند. تبیین‌ها و نظریه‌های رفتار اجتماعی که این اثرات را نادیده می‌گیرند ناقص‌اند زیرا آن‌ها یک عنصر مهم را از زندگی روزمره حذف می‌کنند. همان‌طور که امیربایر و میچ (۱۹۹۸: ۱۰۰۴) در جمله‌ای که به‌طور یکسان در مطالعات کمی و کیفی به کار می‌رود اشاره می‌کنند، «لحظه‌ای فرضی که در آن عاملیت واقعاً «رها» از ساختار باشد وجود ندارد؛ به‌عبارتی دیگر، اراده آزاد استعلایی ناب کانتی وجود ندارد». ساختارهای اجتماعی، رفتار اجتماعی را به سمت مسیرهای خاصی هدایت می‌کنند، چنان‌که در تقابل با دیگران است که افراد می‌توانند انتخاب کنند و چنین رفتارهایی که خارج از اراده انتخاب و عمل می‌شوند، ساختارهایی (برای مثال، طبقه اجتماعی، جنسیت، نژاد/قومیت، دین، خویشاوندی) که از آن نشئت می‌گیرند را بازتاب می‌دهند (بورديو، ۱۹۸۴، ۱۹۹۰). افراد انتخاب‌هایی دارند، اما در هر شرایطی این انتخاب‌ها از لحاظ ساختاری محدود می‌شوند به‌وسیله (۱) آنچه برای انتخاب در دسترس است و (۲) قواعد و دستورالعمل‌های اجتماعی که به فرد ترتیب رتبه و مناسب بودن انتخاب‌ها را می‌گویند (باومن، ۱۹۹۹).

دوم، در دسترس بودن تکنیک‌های پیشرفته آماری است که به پژوهشگران اجازه می‌دهد تا اثرات جداگانه سطوح متوالی یا چندگانه ساختارهای اجتماعی را بر سلامت افراد تعیین کنند. این امر شامل نه تنها مدل‌سازی سطح سلسله‌مراتبی و تکنیک‌های مشابه است، بلکه همچنین اندازه‌گیری‌های داده‌های زیست‌نشانگرها^۱ برای کشف اثرات متغیرهای اجتماعی ساختاری بر پیامدهای فیزیولوژیکی مانند بار آلوستاتیک^۲، التهاب یا ترشح گلوکوکورتیکوئید^۳ می‌باشد. مدل‌سازی خطی سلسله‌مراتبی به‌طور هم‌زمان اثرات نسبی سطوح مختلف متغیرهای ساختاری بر پیامدهای سلامت را با مقایسه تغییرات معادلات رگرسیون و ارزیابی میزان تغییرات در هر سطح تعیین می‌کند (رودنوش و بریک، ۲۰۰۲). در نتیجه، قدرت تعامل بین متغیرهای مشخصه افراد در سطح ۱، شاید خانوارها در سطح

1- biomarkers

2- allostatic load

3- inflammation or glucocorticoid secretion

۲، محله‌ها در سطح ۳، به دنبال آن سطوح متوالی بالاتر در یک سلسله‌مراتب ساختاری می‌تواند تعیین شوند.

مطالعات زیست‌نشانگر پاسخ‌های فیزیولوژیکی به شرایط اجتماعی (مثلاً فقر، استرس) را در خارج از فرد می‌سنجد که با پیامدهای منفی سلامت، از جمله مرگ‌ومیر همراه است. این رویکرد، اندازه‌گیری‌های عینی از خطرات سلامتی به دست آمده از طریق ارزیابی‌های بالینی (برای مثال، فشارخون، ادرار، آزمایش خون برای کلسترول و پروتئین واکنشی سی، نسبت دور کمر) افراد را، مستقل از گزارش خود آن‌ها و شاید حتی آگاهی‌شان، فراهم می‌کند. برای مثال، سیمن و همکاران (۲۰۰۸) از رگرسیون چند متغیره لجستیک استفاده کردند تا تعیین کنند که پایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین به‌طور مداوم و منفی با خطرات قلبی-عروقی، متابولیکی و التهابی و همچنین خطرات زیست‌شناختی کلی همراه است. رویکرد زیست‌نشانگر به ما در فهم مسیرهای فیزیولوژیکی که پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سایر متغیرهای ساختاری را به نابرابری‌های بهداشتی مرتبط می‌سازد، کمک می‌کند.

تعامل نمادین‌گرایان و دیگر جامعه‌شناسان طرفدار برساخت‌گرایی اجتماعی، ممکن است به شدت با این قضیه درباره بازگشت به نگرانی‌های ساختاری مخالفت کنند. با این حال، به‌عنوان نویسنده (کوکرهام، ۲۰۰۵، ص ۵۳) در جاهای دیگر گفته‌ام: «مفاهیم جامعه‌شناختی که انعکاس‌دهنده همه نظریه‌های زندگی اجتماعی‌اند، گواه این واقعیت است که چیزی (به‌عنوان ساختار) فراتر از فرد وجود دارد که باعث ایجاد الگوهای مرسوم رفتار می‌شود». ساختار خارج از اینجاست؛ وظیفه ما این است که صرف نظر از نظریه، روش‌شناسی یا سطح تحلیل (خرد-کلان)، آن را بهتر محاسبه کنیم. ضمن توجه به پژوهش‌های کیفی بر اساس مصاحبه‌ها، گروه‌های متمرکز، سوابق اجتماعی یا مشاهده مشارکت‌کنندگان، پژوهشگران باید به الگوهای تعامل اجتماعی و تأثیرات ساختاری فراتر از افراد که آن الگوها را شکل می‌دهند و در تحلیل داده‌هایشان آشکار می‌شود نیز توجه کنند. [بنابراین] جست‌وجوی پل‌های ساختاری از کلان به خرد مورد نیاز است. این امر در مطالعات لاتنی و فریس (۲۰۰۵) از دو درمانگاه دیده شده است، جایی که آن‌ها نشان دادند چگونه پایگاه اجتماعی-اقتصادی و ساختار سازمانی کلینیک‌ها تحت تأثیر درمان دیابت و نتایج فردی قرار دارند. مفهوم «دیگری‌تعمیم‌یافته» مید (۱۹۳۴)، ابزار دیگری برای تحلیل اثرات ساختاری در مطالعات تعامل نمادین است. صرف نظر از ترجیح نظری، امروزه جامعه‌شناسی پزشکی روش‌های بیشتری را برای محاسبه کامل‌تر اثرات ساختاری بر سلامت فرد در نظر می‌گیرد.

۳. میراث کنونی کلاسیک‌ها

گام اولیه در ارزیابی مسیر نظریه در جامعه‌شناسی پزشکی معاصر، بازگشتی کوتاه به نظریه‌پردازان کلاسیک است که در ایجاد جامعه‌شناسی به‌عنوان یک رشته علمی، نقش عمده‌ای داشتند. دلیل این امر

این است که توسعه نظریه در جامعه‌شناسی، تراکمی است و کلاسیک‌ها سنگ بناهای مؤثری را برای نظریه‌های فعلی مهیا ساختند (برت، ۲۰۰۷). در حالی که برخی از نظریه‌های کلاسیک، قدیمی‌اند و کاربردی در زمان کنونی ندارند، برخی نظریه‌های دیگر همچنان به‌عنوان منابع معتبر برای نظریه‌پردازی مدرن در جامعه‌شناسی پزشکی به‌حساب می‌آیند. مهم‌ترین نظریه‌پردازان کلاسیک از ابتدای این رشته که کار آن‌ها بیشترین ارتباط را با مفاهیم مدرن از ساختار دارد عبارت‌اند از: امیل دورکیم، کارل مارکس و ماکس وبر.

۳-۱. دورکیم

حکایت جامعه‌شناسی به‌عنوان یک رشته علمی، چنان‌که به خوبی شناخته شده، عمدتاً با دورکیم آغاز می‌شود. تنها کار او که پیوند مستقیمی با جامعه‌شناسی پزشکی دارد، مطالعاتش درباره خودکشی است. دورکیم ([۱۸۹۷] ۱۹۵۱) اصول اساسی جامعه‌شناختی را (برای مثال، هنجارها، ارزش‌ها، همبستگی اجتماعی) در مسئله خودکشی (کنشی بسیار فردی و خصوصی)، در اروپای غربی اواخر قرن نوزدهم، با شناسایی شرایط اجتماعی معین خارج از فرد که وی را برای پایان دادن به زندگی‌اش تحریک می‌کند، به کار برد. تمرکز او نه بر سلامت جسمانی، بلکه سلامت «اخلاقی» بود (لوکس، ۱۹۷۳). نتیجه‌گیری اصلی او این بود که «خصوصیات فردی» تبیین‌کننده ویژگی‌های اجتماعی خودکشی یا محیط فیزیکی نیستند. بلکه پای نیروهای اجتماعی تعیین‌کننده در میان است (فورنیر، ۲۰۱۳).

در حالی که جامعه‌شناسی فاصله زیادی با تلاش‌های اولیه دورکیم پیدا کرده، اما امروزه شاهد تأثیر وی در جامعه‌شناسی پزشکی، از طریق رشد تعداد روزافزون مطالعات سرمایه اجتماعی و سلامت هستیم. به‌طور کلی در ادبیات تحقیق، سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک مشخصه از ساختارهای اجتماعی توصیف شده که شامل شبکه‌ای از روابط مشارکتی بین ساکنان محله‌هایی خاص و اجتماعات می‌باشد. شبکه‌های تأمین‌کننده سرمایه اجتماعی، به‌وسیله اعتماد بین فردی، هنجارهای متقابل و کمک دوجانبه و فضای اجتماعی حمایتی درون آن که مردم به یکدیگر توجه کرده و با حسی از تعلق به‌طور مثبت باهم ارتباط برقرار می‌کنند، مشخص می‌شود. همواره ثابت شده افرادی که در چنین شبکه‌های حمایتی‌ای جای گرفته‌اند، در مقایسه با کسانی که این منابع را ندارند، از سلامت و طول عمر بیشتری برخوردارند (سانگ، ۲۰۱۳). در مکان‌های با مشکلات اجتماعی جدی (مثلاً جرم و جنایت، استرس، محله‌های پرجمعیت) و شبکه‌های اجتماعی خراب، سرمایه اجتماعی در بین ساکنان آن که از سلامت پایین و طول عمر کوتاه‌تری برخوردارند، کاهش می‌یابد یا اصلاً وجود ندارد (اسکمبلر، ۲۰۱۲ b).

ترنر (۲۰۰۳) و دیگران (دی‌مایو، ۲۰۱۰؛ مک‌دونل و همکاران، ۲۰۰۹) دریافتند که نظریه‌های مختلف سرمایه اجتماعی مانند پاتنام، لین و بورديو، کاربردهای معاصر نظریه خودکشی دورکیم ([۱۸۹۷])

(۱۹۵۱) هستند که در آن افراد با یکپارچگی نزدیک خود با جامعه محافظت می‌شوند. ترنر (۲۰۰۳) مشاهده کرد که دورکیم هرگز اصطلاح سرمایه اجتماعی را به کار نبرد، اما معتقد است که مفاهیم همبستگی اجتماعی و واقعیت‌های اجتماعی هنوز هم برای نشان دادن این که سرمایه اجتماعی محافظ سلامت فرد است، معتبر می‌باشند. نظریه‌های سرمایه اجتماعی مورد علاقه جامعه‌شناسان پزشکی‌اند زیرا می‌توانند یک مکانیسم اجتماعی برای ارتباط دادن نابرابری به سلامتی یا برعکس، بالا بردن سلامت ساکنان محله‌ها و اجتماع‌های دارای سطوح بالای سلامت، ایجاد کنند. با این حال، پیام پژوهش‌های سرمایه اجتماعی این ادعا نیست که ویژگی‌های سطح فردی اهمیتی ندارند یا با چنین سرمایه‌هایی جایگزین شوند، بلکه این است که متغیرهای ساختاری مانند اجتماع‌ها می‌توانند تأثیر علی بر سلامت داشته باشند. چنین نتایجی را در بخش‌های نسبتاً جدیدی از پژوهش‌های در حال ظهور در جامعه‌شناسی پزشکی در مورد «شرایط نامساعد محله» که شرایط زندگی شهری ناسالم را بررسی می‌کنند، می‌توان مشاهده نمود. تمرکز این پژوهش‌ها بر روی متغیرهای مختص به محله‌هاست و نه افراد، مانند محیط فیزیکی (از جمله کیفیت مسکن، آب، هوا)، دسترسی به خدمات (از جمله بانک‌ها، پلیس، آتش‌نشانی، سیستم‌های فاضلاب، مراقبت‌های بهداشتی) و عوامل اجتماعی و فرهنگی (مثلاً شبکه‌های اجتماعی، خانواده‌های تک‌والد) که از طریق اضطراب‌های روان‌شناختی و یا قرار دادن افراد در معرض موقعیت‌های ناسالم زندگی، سلامت را ویران می‌سازند (فیلان و همکاران، ۲۰۰۵).

۲-۳. مارکس

به نظر می‌رسد که در ابتدای قرن بیستم و یکم چیزی برای بازگشت به مارکس وجود دارد. به معنای واقعی کلمه، در چند سال گذشته از مارکس به‌عنوان یک «فرد بی‌اهمیت» در جامعه‌شناسی (کالینیکوس، ۲۰۰۷) یاد شده و به دلیل شکست آموزه مارکسیست-لنینیستی برای ایجاد جوامع سالم در دولت‌های کمونیستی پیشین اروپا، توسط برخی نویسنده‌ها (کوکرهام، ۲۰۱۳b) مورد نقد قرار گرفته، هرچند کار اخیر در اقتصاد سیاسی سلامت یک احیای مارکسیستی را نشان می‌دهد. یک ویژگی نظریه مارکسیستی برای پژوهش‌های نو ساختاری مدرن، جمله اغلب نقل‌شده مارکس است ([۱۸۵۲]، ۱۹۵۴: ۱۰): «مردم تاریخ خود را می‌سازند، اما نه آن‌گونه که خود می‌خواهند، آن‌ها این کار را تحت شرایط انتخابی خودشان انجام نمی‌دهند، بلکه تحت شرایطی انجام می‌دهند که به‌طور مستقیم قالب‌ریزی شده، تعیین شده و از گذشته انتقال یافته است». بنابراین، اگرچه افراد حق انتخاب دارند، اما انتخابشان به وسیله ساختارهای اجتماعی موجود، به‌ویژه نظام‌های اقتصادی که در آن کار می‌کنند، محدود می‌شود.

تمرکز انتقاد اقتصادی سیاسی در جامعه‌شناسی پزشکی بر روی بررسی نابرابری‌ها در بازار مراقبت‌های بهداشتی است، یعنی زمانی که در نظام‌های پزشکی سرمایه‌داری، به چنین مراقبت‌هایی هم چون

یک کالا نگر بسته می‌شود تا تنها به کسانی که قدرت پرداخت آن را دارند فروخته شود و سایر افرادی که چنین توانایی‌هایی را ندارند، یا به این کالاها دسترسی نداشته و یا دسترسی‌شان محدود است. در این سناریو، مراقبت‌های بهداشتی یک امتیاز است، نه یک حق. محرومیت‌های اجتماعی-اقتصادی در جامعه به‌طور کلی به تفاوت‌های سلامتی تبدیل می‌شود؛ زیرا موجب کاهش فرصت‌های مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت شده، احتمال داشتن سبک زندگی ناسالم را بیشتر کرده و فرد را در معرض شرایط نامطلوب زندگی، بیماری و آسیب قرار می‌دهد. در ضمن، نظام‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، خودشان به‌طور تصادفی تکامل نمی‌یابند؛ آن‌ها فعالیت‌هایی عاقدانه‌اند که فلسفه‌های اجتماعی و سیاسی گروه‌های سازنده خود را بازتاب می‌دهند. این فلسفه‌ها زیربنای سیاست‌های ایجادشده، نهادهای شکل گرفته و سطوح بودجه فراهم‌شده برای مراقبت‌های بهداشتی‌اند.

تجدید حیات اخیر در اقتصاد سیاسی مارکسیستی به نظر می‌رسد با بحران اقتصادی سال ۲۰۰۸ مرتبط است. با بررسی علل این بحران، می‌توان به ایدئولوژی تخصیص ثروت و استراتژی‌های به حداکثر رساندن سود از طرف افراد و شرکت‌های بزرگ مالی، در این مقطع پی برد که پیامد آن بی‌توجهی به خطراتی بود که منجر به خسارت وارده به سراسر جهان شد. از جمله: ورشکستگی برخی از مؤسسات مالی، نیاز افراد به وام‌های عظیم دولتی، افزایش شدید بیکاری، از دست رفتن سرمایه‌گذاری، اقتصاد ضعیف، اتهام‌های کیفری و سلب مالکیت دارایی‌ها، به‌ویژه خانه‌های افراد آسیب‌پذیر. اثرات این بحران و سایر مشکلات اقتصادی همچنان تا این اواخر ادامه داشت، به‌ویژه در منطقه اروپا. با وجود این‌که شبکه‌های ایمنی توسط دولت در اقتصادهای سرمایه‌داری به شکل مزایای رفاهی تأمین می‌شوند، اما این مزایا می‌تواند در یک بحران بزرگ مالی کاهش یافته و یا حذف شوند که نتیجه آن تشدید آسیب‌پذیری افراد محروم است (اسکمبلر، ۲۰۱۲). بنابراین، وضعیت دیگری را مشاهده می‌کنیم که در آن سلامتی می‌تواند از شرایط ساختاری‌ای آسیب ببیند که افراد کنترلی بر آن ندارند.

۳-۳. وبر

سه‌م وبر در جامعه‌شناسی پزشکی معاصر به‌طور کلی به سه حوزه تقسیم می‌شود: (۱) پایگاه اجتماعی-اقتصادی، (۲) سبک زندگی و (۳) عقلانیت و بوروکراسی. این مفاهیم امروزه زیربنای بسیاری از مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی در بحث طبقه اجتماعی و سلامت، سبک‌های زندگی و بیمارستان‌ها است. مفهوم پایگاه اجتماعی-اقتصادی، شامل مقیاس‌های درآمد، تحصیلات و اعتبار شغلی، برگرفته از وبر بوده و معیار استاندارد موقعیت طبقاتی در جامعه‌شناسی آمریکایی است. ایده عقلانیت رسمی و بوروکراسی وبر، عنصر اصلی مطالعات در مورد بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی است، هرچند در مقایسه با شیوه‌های معمول بوروکراتیک در مراقبت‌های بالینی، تفاوت‌هایی نیز وجود دارد. جدیدترین کارهایی که در اوایل قرن بیستم و یکم تحت تأثیر وبر صورت گرفته را می‌توان

در پژوهش‌های پیرامون سبک‌های زندگی سالم یافت. وبر (۱۹۲۲ [۱۹۷۸])، سبک‌های زندگی را به وضعیت گروه‌ها - نه افراد - مرتبط می‌دانست و از این طریق نشان داد آن‌ها اساساً پدیده‌هایی اجتماعی‌اند. علاوه بر این، سبک زندگی بر مبنای آنچه مردم مصرف می‌کنند استوار است و نه آنچه تولید می‌کنند. بنابراین، از نظر وبر، تفاوت میان طبقات اجتماعی، در روابطشان با ابزار تولید نیست، چنان‌که مارکس می‌گفت، بلکه در رابطه‌شان با وسایل مصرف است. واضح است که بگوئیم ثروتمندان به‌طور قابل ملاحظه‌ای منابع بیشتر و با کیفیت‌تری نسبت به فقرا مصرف می‌کنند، از جمله منابعی که سلامتی را تقویت کرده و بیماری را دور می‌کند (فیلان و همکاران، ۲۰۰۴).

وبر معتقد است که شیوه زندگی شامل دو جزء می‌شود: شانس‌های زندگی^۱ و انتخاب‌های زندگی^۲. شانس‌های زندگی یک فرد، احتمالاتی‌اند که آن‌ها در زندگی برای یافتن رضایت دارند و به‌طور عمده توسط پایگاه اجتماعی-اقتصادی آن‌ها و دیگر عواملی که تصمیم‌گیری‌های مردم را در زندگی شکل می‌دهند، از جمله سبک‌های زندگی، تعیین می‌شوند. یک رابطه دیالکتیکی میان انتخاب‌های زندگی (مظهري از عاملیت) و شانس‌های زندگی (مظهري از ساختار) وجود دارد. در حالی که انتخاب‌ها در مورد سبک زندگی داوطلبانه‌اند، شانس‌های زندگی - که عمدتاً بیانگر موقعیت طبقاتی است - انتخاب‌ها را تقویت کرده و یا محدود می‌سازند، چرا که انتخاب‌ها و فرصت‌ها در تعیین پیامدها با یکدیگر در تعامل‌اند. این مفهوم، با مفهوم عادت‌واره بورديو به‌عنوان عنصر مرکزی نظریه سبک زندگی سلامت‌محور^۳ کوکرهام (۲۰۰۵، ۲۰۱۳a، b) پیوند می‌خورد. کوکرهام سبک زندگی سلامت‌محور را این‌گونه تعریف می‌کند: الگوهای جمعی رفتار وابسته به سلامتی، بر مبنای انتخاب از گزینه‌های در دسترس مردم بر طبق شانس‌های زندگی‌شان. او پیشنهاد می‌کند که چهار دسته از (۱) متغیرهای ساختاری، به‌ویژه (الف) موقعیت طبقاتی و نیز (ب) سن، جنس و نژاد/ قومیت، (ج) پدیده‌های جمعی^۴ (مانند مذهب، خویشاوندی) و (د) شرایط زندگی، زمینه اجتماعی را برای (۲) جامعه‌پذیری و کسب تجربه فراهم می‌سازند که این عوامل (۳) انتخاب‌های زندگی (عاملیت) را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این متغیرهای ساختاری نیز مجموعاً (۴) شانس‌های زندگی (ساختار) را تشکیل می‌دهند. انتخاب‌ها و شانس‌ها در تعامل با یکدیگر بوده و موجب تشکیل (۵) موقعیت‌های کنش (عادت‌واره) شده که منجر به (۶) اقدام (کنش) می‌شوند، از جمله (۷) مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی و سایر کنش‌های مرتبط با سلامت. این اقدامات، الگوهایی از (۸) سبک‌های زندگی سلامت‌محور می‌سازند که عمل مجدد به آن‌ها باعث بازتولیدشان (یا اصلاحشان) از طریق بازخورد به عادت‌واره می‌شود. از این رو، می‌بینیم که ایده‌های

1- life chances
2- life choices
3- health lifestyle
4- collectivity

نظریه پرداز کلاسیک (وبر)، در ترکیب با نظریه پرداز معاصر (بورديو)، پایه یک نظریه نوساختاری مدرن از پدیده سبک زندگی سلامت محور را فراهم می کند.

۴. تحولات کنونی

در حالی که نظریه های کلاسیک هنوز هم بر روی برخی از کارهای فعلی جامعه شناسی پزشکی تأثیر گذارند، مکاتب نظری معاصر، این گونه نیستند. فوکو و بورديو از این قاعده مستثنی اند. غیر از این ها، گرایش مشخصی در جهت استفاده از نظریه های «برد متوسط»^۱ وجود دارد که به ویژه در حوزه های اصلی مطالعه در جامعه شناسی پزشکی و به این دوره از توسعه نظری و پیشرفت های روش شناختی مربوط به آن اختصاص دارد. این نظریه ها عبارت اند از: پزشکی شدن^۲، علت بنیادی^۳، دوره زندگی و نیز نظریه سبک زندگی سلامت محور که در بالا ذکر شد و غیره. همان طور که خواهیم دید، هر یک از این دیدگاه های نظری تمایل دارند تا رویکردی نوساختاری به خود بگیرند.

۴-۱. فوکو

کار فوکو مطالعات متعددی را در جامعه شناسی پزشکی و زمینه های مرتبط با آن، از قبیل جامعه شناسی بدن، احساسات، بر ساخت گرایی اجتماعی و نظریه های فمینیستی با انتقاد از پدرسالاری مردانه، تحت تأثیر قرار داده است. تمرکز اصلی او بر روابط قدرت بود. او تاریخ اجتماعی کلینیک ها، زندان ها و جنسیت را ارائه داد که ترسیم کننده شیوه ای است که در آن دانش، تخصص ایجاد می کرد. این دانش توسط حرفه ها و نهادها، از جمله پزشکی و روان پزشکی، همراه با دین و دولت، به عنوان وسیله کنترل و تنظیم اجتماعی استفاده می شد. دانش و قدرت، در ارتباط نزدیک با یکدیگر تعریف شدند که گسترش یکی به معنی گسترش هم زمان دیگری بود. او اصطلاح «دانش/قدرت» را برای بیان این وحدت استفاده کرد. در حوزه پزشکی، فوکو (۱۹۷۳) دو روند متمایز را در تاریخ پزشکی یافت: «پزشکی گونه ها»^۴ (طبقه بندی، تشخیص و درمان بیماری) و «فضاهای بالینی پزشکی»^۵ (پیشگیری از بیماری). اولی، بدن انسان را موضوعی برای مداخله و کنترل پزشکی ساخت و دومی، سلامتی عمومی را تحت نظارت و تنظیم مقامات پزشکی و مدنی قرار داد. نظارت فقط شامل سلامت جسمی و روانی نبود، بلکه جنسیت را نیز در بر می گرفت، به طوری که دولت و کلیسا، در کنار علم پزشکی قرار گرفتند تا خصوصی ترین فعالیت های بدنی را تحت قضاوت، مباحثه و نظارت خود در آورند.

- 1- middle range
- 2- medicalization
- 3- fundamental cause
- 4- medicine of the species
- 5- medicin clinical spaces

فوکو (دوماس و ترنر، ۲۰۱۳) همچنین مفاهیم «نگاه خیره بالینی»^۱، قدرت انضباطی، زیست قدرت^۲، زیست سیاست^۳ و حکومت‌مندی^۴ را به دیگران معرفی کرد که از لحاظ ساختاری ثقیل و نا روشن بودند، زیرا آن‌ها موجب سرکوب فرد می‌شدند. با این حال، او نه یک ساختارگرا، بلکه یک پسا ساختارگراست چرا که وجود معانی ثابت، قوانین جهان‌شمول و وجود همیشگی مراکز سنتی اقتدار را رد کرده و در عوض بر گروه‌های حاشیه‌ای، چندپارگی اجتماعی^۵ و ساختار شکنی^۶ تمرکز می‌کند. به نظر فوکو، قدرت، سلسله‌مراتبی (بالا به پایین) نیست، بلکه در قلمرو خود به صورت موضعی (افقی) عمل می‌کند، زیرا واقعیت را تولید کرده و تقریباً در همه جا حضور دارد. صرف نظر از نفوذ وی در بسیاری از جنبه‌های نظریه معاصر، فوکو منتقدانی نیز دارد. او نمی‌داند که قدرت می‌تواند محدودیت داشته باشد و روابط میان ساختارهای قدرت در سطح کلان را، متفاوت از مکانیسم‌هایشان برای بازتولید، تبیین نمی‌کند. متمرکز بر مکانیسم‌های آن‌ها برای تولیدمثل است. علاوه بر این، به عاملیت نیز بی‌توجه است (گیدنز، ۱۹۸۷). برای مثال، به گفته گیدنز (۱۹۸۷، ص ۹۸)، تاریخ‌های فوکو هیچ موضع فعالانه‌ای ندارد و نتیجه می‌گیرد: «در این بررسی‌های تاریخی، عاملیت حذف شده است». علاوه بر این، او ادامه می‌دهد که «افرادی که در تحلیل‌های فوکو ظاهر می‌شوند به نظر می‌رسد در تعیین سرنوشت خودشان ناتوان‌اند». باتوجه به دیدگاه جودت (۲۰۰۵: ۴۰۱-۴۰۰) که «فرضیه‌های برگرفته از نظریه‌های وابسته به تنظیم ساختارها که انتخاب انسانی را از بین می‌برند، ایجاد مانع می‌کنند»، رویکرد فوکو مهملک به نظر می‌رسد.

۴-۲. بوردیو

کار بوردیو هم‌اکنون، در جامعه‌شناسی پزشکی به صورت مُد در آمده، زیرا به طور گسترده در مطالعات و موضوعات فراوان مورد استفاده قرار می‌گیرد، از بالرین‌های^۷ مجروح گرفته تا وعده‌های غذایی طبقه کارگر. برجسته‌ترین مفاهیم او که در حال حاضر نقش ایفا می‌کنند عبارت‌اند از سرمایه اجتماعی، عادت‌واره و سبک زندگی. بوردیو (۱۹۸۶) سه نوع اساسی سرمایه را مطرح ساخت- اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی و چهارمین نوع آن سرمایه اجتماعی (نمادین) بود یعنی یکی از ویژگی‌های شبکه‌های اجتماعی که مردم از طریق آن مزایای خود را ترسیم می‌کنند. همانند لین (۲۰۰۱)، او چنین سرمایه‌ای را به عنوان یک منبع (روابط) می‌داند که افراد می‌توانند به آن دسترسی داشته باشند، به جای اینکه

استعاره‌ای برای همبستگی و انسجام اجتماعی باشد.

بورديو (۱۹۹۰) عادت‌واره را به‌عنوان یک نقشه ذهنی یا چهارچوب سازمان‌یافته‌ای از ادراک‌ها توصیف می‌کند که افراد از طریق آن، از خط رفتاری خاصی پیروی می‌کنند به‌طوری‌که در تقابل با رفتارهایی دیگری است که ممکن بود انتخاب شوند. این ادراک‌ها از طریق جامعه‌پذیری، تجربیات و واقعیت شرایط طبقه فرد، توسعه یافته، شکل گرفته و در حافظه باقی می‌مانند. در حالی که رفتار انتخاب شده ممکن است خلاق و حتی بر خلاف انتظارات هنجاری باشد، انتخاب‌های رفتاری معمولاً با وضعیت و هنجارهای یک گروه خاص، طبقه یا جامعه بزرگ‌تر سازگار است؛ بنابراین، مردم تمایل دارند به روش‌های پیش‌بینی‌شده و مرسوم عمل کنند، حتی اگر آن‌ها توانایی انتخاب‌های متفاوت داشته باشند. عادت‌واره‌ها، از طریق ادراک انتخابی، آرزوها و انتظارات را در قالب «مقوله‌های احتمالی» تنظیم کرده و محدودیت‌هایی را بر پتانسیل کنش و شکل احتمالی آن اعمال می‌کند.

از بین همه کارهای بورديو (۱۹۸۴)، یکی از مناسب‌ترین آن‌ها برای جامعه‌شناسان پزشکی، کتاب تمایز^۱ است که در آن به‌طور نظام‌مند الگوهای مصرف فرهنگی را در نظر گرفته و «ذائقه» فردی را که از طریق «فاصله از ضرورت» مبتنی بر طبقه تعیین می‌شود در نظر می‌گیرد. کار او شامل تحلیل عادات غذایی و ورزش‌هایی است که توصیف می‌کند چگونه یک عادت طبقاتی این عملکردهای سبک زندگی خاص را شکل می‌دهند. شایستگی تحلیل بورديو برای درک رابطه میان طبقه و سبک زندگی سلامت‌محور، در ترسیم دوام نسبی اشکال مختلف رفتارهای مرتبط با سلامت در طبقات اجتماعی خاص و سبک نسبتاً یکپارچه او در پیوند دادن عاملیت و ساختار است (ویلیامز، ۱۹۹۵). اگرچه ممکن است برخی کار او را بیش از حد جبرگرایانه بدانند، اما بورديو چهارچوبی را برای جامعه‌شناسان پزشکی در خصوص مفهوم‌سازی سبک زندگی سلامت‌محور و نشان دادن ارتباط عاملیت-ساختار برای جامعه‌شناسان به‌طور کلی فراهم نمود (کوکرهام، ۲۰۰۵، ۲۰۱۳، a، b).

۳-۴. نظریه‌های برد متوسط

در حال حاضر، چندین نظریه برد متوسط رایج در جامعه‌شناسی پزشکی وجود دارند. شاید محبوب‌ترین این نظریه‌ها در این زمان علت بنیادی، پزشکی شدن و دوره زندگی هستند. نظریه علت بنیادی، در امر ارتقای یک جهت‌گیری ساختاری نسبت به سلامت و مرگ‌ومیر نقش مهمی در ایالات متحده دارد. طبق ادعای لینک و فیلان (۱۹۹۵)، فیلان و همکاران، ۲۰۰۴؛ فیلان و لینک، ۲۰۱۳، شرایط اجتماعی علل اساسی بیماری‌ها هستند. برای اینکه یک متغیر اجتماعی به‌عنوان یک علت اساسی شناخته شود، لینک و فیلان (۱۹۹۵: ۸۷) فرض می‌کنند که این عامل باید (۱) چندین بیماری را تحت تأثیر قرار دهد؛ (۲)

بر این بیماری‌ها از طریق مسیرهای متعدد خطر تأثیر بگذارد، (۳) در طول زمان بازتولید شوند و (۴) شامل دسترسی به منابعی باشند که بتوانند برای جلوگیری از خطرات و یا کاهش پیامدهای بیماری در صورت وقوع، مورد استفاده قرار بگیرند. آن‌ها شرایط اجتماعی را به‌عنوان عواملی که شامل روابط یک شخص با دیگر افراد است، تعریف می‌کنند.

با تقلیل نظریه علت بنیادی به اساسی‌ترین گزاره خود، به این نتیجه می‌رسیم که منابع، شامل پول، دانش، قدرت، اعتبار و ارتباطات اجتماعی برای حفظ مزایای بهداشتی حیاتی‌اند (فیلان و لینک، ۲۰۱۳). برعکس، فقدان یا کمبود این منابع باعث کاهش سلامتی و مرگ زودرس می‌شود. افراد دارای منابع، در وهله نخست، کمتر در معرض ابتلا به بیماری‌های قابل پیشگیری قرار می‌گیرند و در وهله دوم، در صورت ابتلا نیز، با به‌کارگیری منابع خود، بهتر می‌توانند به نتایج مثبت دست یابند. افراد با درآمد، تحصیلات و موقعیت اجتماعی پایین‌تر که فاقد چنین منابعی‌اند، نه‌تنها بیشتر در معرض خطر و درک احتمال خطرند، بلکه همچنین ظرفیت کمتری برای پیشگیری از پیامدهای منفی دارند.

نظریه پزشکی شدن، به‌نوبه خود، عمدتاً بر اساس کار کنراد (۲۰۰۷، ۲۰۱۳) بوده و استفاده از آن در آمریکای شمالی و اروپا گسترده شده است. پزشکی شدن یعنی «پزشکی ساختن»^۱ که در مورد جامعه‌شناسی پزشکی به فرآیندی اشاره می‌کند که از طریق آن مشکلات غیرپزشکی (رفتار انحرافی، حوادث طبیعی زندگی، مشکلات مربوط به زندگی و تقویت سلامت) به درجه‌های مختلف به‌عنوان موضوعی «پزشکی» بازتعریف می‌شوند، به طوری که حرفه پزشکی، اقتدار خود را بر آن‌ها اعمال می‌کند. به نظر کنراد «محرک‌های» (نیروهای اجتماعی) زیربنایی پزشکی شدن، از حرفه پزشکی به تأثیر فراگیر زیست‌فناوری، صنعت داروسازی، مصرف‌گرایی و ژنتیک و همچنین پزشکان تغییر کرده‌اند. نظریه دوره زندگی با یک نظریه‌پرداز خاص ارتباط ندارد، اما موضوع آن بسط این گزاره است که مردم در طول دوره زندگی‌شان، یک توالی از مراحل سنی و نقش‌های اجتماعی درون ساختارهای اجتماعی خاص را پشت سر می‌گذارند (مورتیمر و شاناهان، ۲۰۰۳). این چشم‌انداز در جامعه‌شناسی پزشکی نشان می‌دهد که محرومیت‌های اجتماعی و اقتصادی که از دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند، در طول دوره زندگی به‌ویژه در شرایط نامساعد سلامت در سن پیری، اثر انباشته دارند. در اینجا به دلیل محدودیت‌های تحقیق راجع به این موضوع بحث نشده، اما با این وجود بخشی از نظریه‌های برد متوسط جامعه‌شناسی پزشکی عبارت‌اند از: درهم‌تنیدگی^۲ اثرات مخرب هم‌زمان طبقه، جنسیت، نژاد و غیره بر گروه‌های حاشیه‌ای، نابرابری تجمعی/محرومیت‌های تجمعی، فشار نقش، روند تنش، برچسب‌زنی، اعتماد، حفظ منابع، اختلال اجتماعی، رئالیسم انتقادی، کنش‌گر-شبکه و تعدادی دیگر که به غنای نظری این رشته افزوده‌اند.

1- make medical

2- intersectionality

۵. نتیجه‌گیری

استفاده از نظریه در جامعه‌شناسی پزشکی در حال شکوفایی است و این به‌ویژه در نظریه‌هایی که ساختار را جهت تبیین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و بیماری به کار می‌گیرند مشهود است (کوکرها، ۱۳۰۲b). این پیشرفت، چنان‌که ذکر شد، از طریق روش‌های پژوهشی فراهم‌کننده مقیاس‌های اثرات ساختاری که در گذشته وجود نداشته یا توسعه نیافته بودند، صورت گرفته است. این مقیاس‌ها کمی و کیفی هستند؛ بنابراین، مطالعات کیفی بر مبنای تعامل نمادین یا بر ساخت‌گرایی اجتماعی، به دلیل روش‌شناسی و تمرکز آن‌ها، رد صلاحیت نمی‌شوند. ساختار باید در هر تلاش اجتماعی مورد توجه قرار گیرد و به نظر می‌رسد جامعه‌شناسی پزشکی معاصر دقیقاً این کار را به‌عنوان بخشی از مرحله بعدی توسعه خود انجام می‌دهد.

منابع

1. Baert, P. (2007). Conceptualizing Max Weber. *International Sociology* 22(2): 119–128.
2. Bauman, Z. (1999). *In Search of Politics*. Stanford, CA: Stanford University Press.
3. Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge, UK: Polity.
4. Beckfield, J. (2004). Does income inequality harm health? *Journal of Health and Social Behavior* 45(3): 231–248.
5. Bourdieu, P. (1984). *Distinction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
6. Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: J. Richardson (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, pp. 241–258.
7. Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford, CA: Stanford University Press.
8. Callinicos, A. (2007). *Social Theory: A Historical Introduction*, 2nd edn. Cambridge, UK: Polity.
9. Charmaz, K. and Belgrave, L. (2013) Modern symbolic interaction theory and health. In: W. Cockerham (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer, pp. 11–40.
10. Cockerham, W. (2000). Medical sociology at the millennium. In: S. Quah and A. Sales (eds.) *The International Handbook of Sociology*. London: Sage.
11. Cockerham, W. (2005) Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior* 46(1): 51–67.

12. Cockerham, W. (2007) A note on the fate of postmodern theory and its failure to meet the basic requirements for success in medical sociology. *Health and Social Theory* 5(4): 285–296.
13. Cockerham, W. (2013a) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
14. Cockerham, W. (2013b) *Social Causes of Health and Disease*, 2nd edn. Cambridge, UK: Polity.
15. Cockerham, W. and Scambler, G. (2010) Medical sociology and sociological theory. In: W. Cockerham (ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, pp. 1–26.
16. Collyer, F. (2012) *Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
17. Conrad, P. (2007) *The Medicalization of Society*. Baltimore: John Hopkins University Press.
18. Conrad, P. (2013) Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. In: W. Cockerham (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
19. De Maio, F. (2010) *Health & Social Theory*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
20. Dumas, A. and Turner, B. (2013) Statecraft and soulcraft: Foucault on prolonging life. In: W. Cockerham (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer, pp. 61–82.
21. Durkheim, E. ([1895] 1950) *The Rules of Sociological Method*. New York: Free Press.
22. Durkheim, E. ([1897] 1951) *Suicide: A Study in Sociology*. New York: Free Press.
23. Eberstadt, N. and Satel, S. (2004) *Health and the Income Inequality Hypothesis*. Washington DC: American Enterprise Institute.
24. Emirbayer, M. and Mische, A. (1998) What is agency? *American Journal of Sociology* 103(4): 962–1023.
25. Foucault, M. (1973) *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
26. Fournier, M. (2013) *Émile Durkheim: A Biography*. Cambridge, UK: Polity.
27. Giddens, A. (1987) *Social Theory and Modern Society*. Stanford, CA: Stanford University Press.
28. Johnson, M. (1975) Medical sociology and sociological theory. *Social Science & Medicine* 9(4–5): 227–232.
29. Judt, T. (2005) *Postwar: A History of Europe Since 1945*. New York: Penguin.
30. Lin, N. (2001) *A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
31. Link, B. Carpiano, R. and Weden, M. (2013) Can honorific awards give us clues about the

- connection between socioeconomic status and mortality? *American Sociological Review* 78(2): 192–212.
32. Link, B. and Phelan, J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior* 36(Extra Issue): 84–94.
 33. Lukes, S. (1973) *Émile Durkheim: His Life and Work*. Harmondsworth, UK: Penguin.
 34. Lutfey, K. and Freese, J. (2005) Toward some fundamentals of fundamental causality: Socio-economic status and in the routine clinic visit for diabetes. *American Journal of Sociology* 110(5): 1326–1372.
 35. Marx, K. ([1852] 1954) *The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte*. Moscow, Russia: Progress Publishers.
 36. McDonnell, O. Lohan, M. Hyde, A. and Porter, S. (2009) *Social Theory, Health and Healthcare*. London: Routledge.
 37. Mead, G. (1934) *Mind, Self, and Society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
 38. Mortimer, J. and Shanahan, M. (eds.) (2003) *Handbook of the Life Course*. New York: Kluwer/Plenum.
 39. Olafsdottir, S. (2013) Social construction and health. In: W. Cockerham (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
 40. Pearlin, L. Schieman, S. Fazio, E. and Meersman, S. (2005) Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior* 46(2): 205–219.
 41. Phelan, J. and Link, B. (2013) Fundamental cause theory. In: W. Cockerham (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
 42. Phelan, J. Link, B. Roux, A. Kawachi, I. and Levin, B. (2004) 'Fundamental causes' of social inequalities in mortality: A test of the theory. *Journal of Health and Social Theory* 45(3): 265–285.
 43. Raudenbush, S. and Bryk, A. (2002) *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*, 2nd edn. Thousand Oaks, CA: Sage.
 44. Ritzer, G. (2011) *Sociological Theory*, 8th edn. New York: McGraw-Hill.
 45. Ritzer, G. and Yagatich, W. (2012) Contemporary sociological theory. In: G. Ritzer (ed.) *The Wiley-Blackwell Companion to Sociology*. Oxford, UK: Wiley-Blackell, pp. 98–118.
 46. Scambler, G. (ed.) (1987) *Sociological Theory and Medical Sociology*. London: Tavistock.
 47. Scambler, G. (ed.) (2012a) *Contemporary Theorists for Medical Sociology*. London: Routledge.
 48. Scambler, G. (2012b) Health inequalities. *Sociology of Health & Illness* 34(1): 130–146.
 49. Seeman, T. Merkin, S. Crimmins, E. Koretz, B. Charnette, S. and Karlamangia, A. (2008) Education, income, and ethnic differences in cumulative risk profiles in a national sample of U.S. adults: NHANES III (1988–1994). *Social Science & Medicine* 66(1): 72–97.

50. Song, L. (2013) Social capital and health. In: W. Cockerham (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, The Netherlands: Springer, pp. 233–257.
51. Turner, B. (1992) *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
52. Turner, B. (2003) Social capital, inequality, and health: The Durkheimian revival. *Social Theory & Health* 1(1): 4–20.
53. Weber, M. ([1922] 1978) *Economy and Society*. 2 vols. G. Roth and C. Wittich (eds. and trans.). Berkeley, CA: University of California Press.
54. Wilkinson, R. (1996) *Unhealthy Societies*. London: Routledge.
55. Williams, S. (1995) Theorising class, health, and lifestyles: Can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness* 25(2): 131–154.

