

اقتصاد سیاسی سرطان در ایران*

یوسف سلیمی قلعه^۱، محمد فرهادی^{۲*}، نادر امیری^۳

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸، تاریخ تأیید: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴)

چکیده

مسأله مرکزی این مقاله تحلیل امر اجتماعی در بیماری سرطان است. از این منظر استدلال شده که پزشک‌سازی، بیماری سرطان را به امری زیستی تقلیل می‌دهد و مؤلفه‌های اجتماعی این بیماری را از نظر پنهان می‌کند. این تصویر مخدوش مواجهه با کلیت این بیماری را که تحلیل آن به ساختارهای اجتماعی از جمله مناسبات اقتصادسیاسی راه می‌برد مسدود می‌کند. هدف این پژوهش نشان دادن ابعاد اجتماعی-اقتصادی سلامت و بیماری و مشخصاً سرطان است. روش تحقیق انتقادی با رویکرد اقتصادسیاسی است. در این روش اطلاعات موجود با رویکرد نظری ترتیب یافته و تحلیل شده است تا دلالت‌های پنهان آن‌ها و روابط پوشیده‌ی وضع موجود آشکار شوند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که عوامل خطر ابتلا به سرطان از سوی مناسبات اقتصادی و اجتماعی تعیین می‌شوند و ساز و کار توزیع منابع و الگوی برخورداری افراد، میزان خطر ابتلای آن‌ها را توضیح می‌دهد. مصرف دخانیات، عدم تحرک و الگوی تغذیه که عوامل خطر سرطان محسوب می‌شوند متناظر با جایگاه طبقاتی افراد توزیع می‌شوند و گروه‌های پایین با خطر بیشتری مواجه هستند. فهم بیماری سرطان در کلیت آن، مسیر مواجهه با این بیماری را از پزشکی محض به سمت راهکارهای سیاسی در توزیع منابع هدایت می‌کند. واژگان کلیدی: اقتصادسیاسی، سرطان، سلامت، طبقه، پزشکی‌سازی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

Doi: <http://10.22034/JSI.2023.546410.1521>

* مقاله علمی پژوهشی؛

۱ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛
y.salimi72@gmail.com

۲ استادیار جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)؛
m.farhadei@gmail.com

۳ استادیار جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛
amiri.nad@gmail.com

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره بیست و سوم، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱، ص ۱۳۰-۱۰۷

۱. طرح مسأله

امر اجتماعی کلی است. از این منظر مطالعه‌ی یک پدیده اجتماعی همواره در نسبت آن با سایر پدیده‌ها به مثابه یک کل معنادار می‌شود. بر این قیاس واقعیت اجتماعی آبستن روابط و مناسبات سیاسی و اقتصادی است که سامان جامعه و سلسله مراتب گروه‌های اجتماعی بر اساس آن تعیین می‌شود. مطالعه‌ی عاملان، فرایندها و پیامدهای توزیع منابع که نظم اجتماعی را پدید می‌آورد، رویکردی است که به نام اقتصادسیاسی شناخته می‌شود (Reich, 2019).

سلامت و بیماری از جمله پدیده‌های اجتماعی‌اند که از منظر اقتصادسیاسی متناظر با توزیع منابع در جامعه پدیدار می‌شوند. سلامت گرچه تجلی فردی و مختصات زیستی دارد اما پدیده‌ای اجتماعی است که تفاوت‌ها و تمایزات گروه‌های اجتماعی و ساختار مناسبات مستقر را بازتاب می‌دهد. بیماری‌ها نیز به طریق اولی بر اساس سلسله‌مراتب اجتماعی توزیع می‌شوند و منطبق بر سامان اجتماعی افراد را درگیر می‌کنند. مقولاتی مانند سبک زندگی، الگوهای رفتاری، موقعیت شغلی، جایگاه طبقاتی تعیین‌کننده نوع بیماری‌هایی است که افراد به آن مبتلا می‌شوند. این مقولات نیز خود حاصل آرایش مناسبات اجتماعی در جامعه هستند.

سرطان به عنوان بیماری‌ای مزمن که مهمترین عوامل خطر ایجاد آن عناصر محیطی اجتماعی هستند (WHO, 2021؛ UICC, 2021: 3؛ Hiatt & Breen, 2008: 143؛ وزارت بهداشت، ۱۳۹۴: ۲۴؛ عظیمی، ۱۳۹۹: ۱۱۵؛ طاهری و ناجی، ۱۳۹۳؛ دهقانی، ۱۳۹۳: ۵۹) نسبت وثیقی با جایگاه افراد در مناسبات اجتماعی دارد. استعمال دخانیات، عدم تحرک، سبک زندگی و رژیم غذایی به عنوان مهمترین عوامل خطر سرطان مؤلفه‌هایی اجتماعی و اقتصادی هستند که از سوی مناسبات اقتصادسیاسی در سطح کلان تعیین می‌شوند.

در سال ۱۳۸۲ تعداد ۳۸۴۶۸ مورد سرطان جدید در کشور شناسایی شد. در سال ۱۳۸۸ سرطان‌های شناسایی شده جدید ۷۴۰۷۶ مورد بود (دهقانی، ۱۳۹۳: ۶۲). تعداد موارد جدید سرطان در سال ۱۳۹۳ در کشور ۱۱۲ هزار و ۶۰ مورد بود که ۴۶ درصد مبتلایان زن و ۵۴ درصد مرد بودند. میزان بروز استاندارد شده سرطان ۱۵۸/۴۲ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است. این رقم برای مردان ۱۷۷ و در زنان ۱۴۱ در ۱۰۰ هزار نفر بوده است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۷: ۳۱). بر اساس گزارش سند ملی پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر ابتلای بیش از ۱۳۴ نفر در ۱۰۰ هزار شیوع بالای سرطان محسوب می‌شود (وزارت بهداشت، ۱۳۹۴: ۲۶). بر اساس پیش‌بینی‌ها تا سال

۱۴۰۴ (۲۰۲۵) تعداد مبتلایان به سرطان در ایران با افزایش ۴۲ درصدی (بدون احتساب سرطان پوست) به ۱۶۰ هزار مورد افزایش می‌یابد (Roshandel & et al, 2021: 594).

سرطان‌ها از جمله بیماری‌های مزمن هستند که از شیوه‌زندگی افراد و عادات رفتاری آن‌ها پدید می‌آیند. کمتر از ۵ درصد سرطان‌ها ارثی یا ژنتیکی هستند (Hiatt & Breen, 2008: 147) و مابقی تحت تأثیر محیط زندگی پدید می‌آیند. محیط اجتماعی و مناسبات اقتصادی و سیاسی نیز بخشی از این محیط زندگی هستند که عوامل خطر ابتلا به سرطان را تعیین می‌کنند. دسترسی افراد به سبک زندگی سالم، تغذیه و محیط زندگی از جمله پدیده‌هایی هستند که رابطه‌ی آن‌ها با ابتلا به سرطان تأیید شده است. شروع سرطان با عادات سبک زندگی (مانند سیگار کشیدن، مصرف کم میوه و سبزیجات، کم‌تحرکی و چاقی)، ویروس پاپیلومای انسانی، ویروس هپاتیت B و C، عفونت هلیکوباکتر پیلوری [عامل زخم معده] و مواجهه با آزیست مرتبط است (Tabuchi, 2020: 33). بخش مهمی از عوامل خطر بروز سرطان تحت تأثیر وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد هستند؛ از جمله تغذیه، تحرک و ورزش، مصرف میوه و سبزیجات، پرهیز از ویروس و عفونت‌ها یا مواد خطرناک در برخی مشاغل که از طریق توان اقتصادی افراد تعیین می‌شود که خود به نحوه توزیع منابع در اقتصاد سیاسی کشورها وابسته هستند. این پدیده در رویکرد اخیر به بهداشت و درمان به عنوان «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» معرفی شده است.

با این وصف با توجه به شیب صعودی ابتلا به سرطان در ایران به نظر می‌رسد بر اساس عوامل خطر این بیماری، مناسبات اجتماعی و اقتصادسیاسی سلامت و بیماری در ایران نیازمند مطالعه و بررسی همه‌جانبه در فهم این پدیده است. بر این اساس مسأله‌ی پژوهش حاضر مطالعه‌ی عوامل خطر سرطان در ایران از منظر اقتصادسیاسی است. سهم امر اجتماعی در توزیع عوامل خطر، دسترسی به امکانات پرهیز و پیشگیری، گروه‌های در معرض خطر سرطان، پیکره‌ی استدلالی مقاله را تشکیل می‌دهند.

۲. مبانی نظری

بخش مهمی از مؤلفه‌های سلامت و بیماری از سوی مناسبات اجتماعی تعیین می‌شوند که به نوبه خود متأثر از اقتصادسیاسی هستند. برطبق تعریفی مورد اجماع از لاسول^۱، اقتصادسیاسی بر

1 Harold Lasswell

اساس اینکه «چه کسی چه چیزی را در چه زمانی و چگونه به دست می‌آورد، تعریف می‌شود» (Reich, 2019). این تعریف کلی، به قواعد حاکم بر توزیع منابع مختلف در بین طبقات اجتماعی اشاره دارد که سطح سلامت و دسترسی به بهداشت و درمان را نیز در بر می‌گیرد. در پزشکی اجتماعی که با عبور از محدودیت‌های پزشکی زیستی شکل گرفته این ایده با مفهوم «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت»^۱ معرفی می‌شود.

با شناخت علل دور و نزدیک بیماری‌های مزمن متأخر که متفاوت از بیماری‌های عفونی و واگیر پیشین بودند، پزشکی‌ای که بیماری‌ها را صرفاً در سطح بدن می‌دید، مورد انتقادات بسیاری واقع شد که آن را به نادیده انگاشتن عوامل سیاسی و اقتصادی بیماری‌ها متهم می‌کرد. نقد تلقی زیستی صرف از بیماری، با مفهوم «پزشکی‌سازی»^۲ انجام گرفت. «پزشکی‌سازی فرایندی است که طی آن مشکلات غیرپزشکی به مثابه بیماری یا اختلال تعریف شده و به موضوعی که پزشکی صلاحیت دخالت در آن دارد تبدیل می‌شوند» (Conrad, 2007: 4). بر این اساس با تقلیل یک پدیده اجتماعی-اقتصادی به اختلالی پزشکی، هم موضوع را تحریف کرده و هم سیاست را از مسئولیتش در پدیده‌های اجتماعی تبرئه می‌کند. یکی از دلایل این وضعیت آن است که پزشکی‌سازی به سمت بازار گسترش می‌یابد و بیماری‌های بیشتر، نوعی بازاریابی علمی برای این فن محسوب می‌شوند. پزشکی‌سازی ابعاد و پیامدهای متنوعی دارد^۳ که یکی از آن‌ها پنهان کردن عوامل اقتصادی-سیاسی در ابتلا به بیماری‌های مختلف است. همین انتقادات، توجهات را به عوامل اجتماعی سلامت و بیماری معطوف کرد.

مفهوم «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» که همه‌ی بصیرت‌های جامعه‌شناختی رابطه‌ی جامعه و سلامت را در خود جمع کرده است، ادعا می‌کند «سلامت افراد نه فقط از سوی سبک‌زندگی فردی یا ژنتیک بلکه همچنین از سوی عوامل اجتماعی نظیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی و روابط جمعی افراد تعیین می‌شود» (Kondo, 2020: v). این موضع نظری از

1 Social determinants of Health

2 Medicalization

۳ شرح دقیقی از ابعاد و پیامدهای پزشکی‌سازی در کتاب الهه‌ی انتقام پزشکی (medical nemesis) از ایوان ایلچ (Ivan Illich, 1976) به دست داده شده است. او ضمن نقد پزشکی‌سازی تأکید می‌کند این فرایند برخی بیماری‌های نوپدید بوجود آورده که یا معلول درمان پزشکی هستند (iatrogenic disease) یا بواسطه‌ی تغییر فهم پدیده‌ها از سوی پزشکی وارد مناسبات اجتماعی (social iatrogenic disease) و فرهنگی (cultural iatrogenic disease) شده‌اند.

داده‌های مختلف در سراسر جهان برآمده و به برنامه‌ای پژوهشی برای مطالعه‌ی سلامت از منظر جامعه‌شناختی بدل شده است. در سال ۱۹۸۰ د/گلاس بلک^۱ در تحقیقی در عوامل سلامت دانش‌آموزان بریتانیایی که به گزارش بلک معروف شد، به این نتیجه رسید که «نرخ مرگ‌ومیر [ناشی از بیماری] میان طبقات شغلی^۲ در همه سنین هر دو جنس تفاوت معناداری دارند... و با توجه به داده‌ها، تنها تبیین موجود، اثر شرایط مادی زندگی افراد بر روی سلامت آنهاست» (Black, 1980, 1-3). از آن پس ایده‌ی بلک به چارچوب تحقیقات بسیاری بدل گردیده و فقط از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۱ بیش از ۱۰ کتاب با مضمون نسبت سلامت و مناسبات اجتماعی منتشر شد (Syne, 2005:1).

سه دهه بعد مایکل مارمت^۳ از سوی وزارت بهداشت بریتانیا مأمور شد مهمترین عوامل نابرابری در سلامت را مطالعه کند. او در این تحقیق به این نتیجه رسید که «نابرابری در سلامت، حاصل نابرابری‌های اجتماعی است. از آنجا که هرچه پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد پایین‌تر باشد، وضعیت سلامت بدتری دارند پس کاهش نابرابری در سلامت موقوف به کاهش نابرابری در مناسبات اجتماعی است که تعیین‌کننده‌ی سلامت افراد هستند» (Marmot et al, 2010, 9). مارمت تصریح می‌کند، تمرکز بر محروم‌ترین اقشار جامعه، نابرابری در سلامت را کاهش نمی‌دهد و دخالت در این مسأله باید فراگیر و متناسب با نوع و شدت محرومیت باشد. او سیاست‌های ارتقای سلامت جامعه را به این شرح معرفی می‌کند: «تأمین فرصت برابر برای همه کودکان در شروع زندگی، تواناسازی افراد برای شکوفایی استعدادها و کنترل زندگی‌شان، فرصت اشتغال و کار مناسب برای همه، تأمین سلامت استاندارد برای همه اعضای جامعه، تأسیس و توسعه‌ی اجتماع سالم و پایدار، و تأمین بهداشت همگانی برای پیشگیری از بیماری» (Ibid).

سبک زندگی نیز که عامل مهم ابتلا به بیماری‌های مزمن است، از منظر عوامل اجتماعی سلامت، نه انتخابی فردی که اقتضای پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد است. تأمین سبب غذایی کامل، ورزش و تحرک بدنی، بهداشت و مختصات آن همه به توان اقتصادی افراد وابسته هستند. بنابراین سبک زندگی هر فرد مقید به جایگاه او در مناسبات اقتصادی است لذا سبک زندگی چنانکه تلقی رایج تأکید می‌کند امری اقتصادی است تا فرهنگی؛ سبک زندگی نام دیگر طبقه است.

1 Douglas Black
2 occupational classes
3 Michael Marmot

اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بیماری‌های مزمن شدت بیشتری دارد زیرا این بیماری‌ها در طولانی مدت و بر اثر شیوه زندگی افراد که تحت تأثیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی هستند، پدید می‌آیند. «هرچه پایگاه اقتصادی اجتماعی فرد پایین‌تر باشد، وضعیت سلامت او نیز بدتر است... سلامت از سوی عواملی مانند درآمد، شغل و تحصیلات تعیین می‌شود» (UICC, 2021: 3). عوامل اجتماعی به مثابه علت بنیانی سلامت و بیماری «محیط فیزیکی و پیرامونی که خود محصول فعالیت انسانی هستند را شامل می‌شود... معیارهای رایج توزیع منابع اجتماعی از جمله شغل، درآمد، ثروت یا فقر، بدهی، وضعیت شغلی، تحصیلات و پوشش بیمه درمانی، بطور آشکار سلامت گروه‌های انسانی (و ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و سرطان) را تعیین می‌کند» (Hiatt & Breen, 2008: 143).

سرطان به مثابه یکی از مهمترین بیماری‌های مزمن که مهمترین عوامل خطر آن از شیوه زندگی افراد ناشی می‌شود، به شدت تحت تأثیر عوامل اجتماع اقتصادی قرار دارد. «تنها کمتر از ۵ درصد سرطان‌ها ژنتیکی و ارثی هستند و حتی رفتار متفاوت ژن‌ها و تغییرات آن‌ها^۱ تحت تأثیر محیط اجتماعی تعیین می‌شود» (Ibid, 147). تحقیقات متعدد درباره نسبت سرطان و نابرابری نشان می‌دهد عوامل اجتماعی، ابتلا به سرطان را از طریق تأثیر بر عوامل خطر این بیماری تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای اغلب مردم، تشخیص و درمان به موقع سرطان خیلی دیر اتفاق می‌افتد یا اصلاً نمی‌افتد (UICC, 2021: 4). عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت که در سرطان نیز قابل توجه هستند، سطح محله زندگی افراد، زمینه‌ی اجتماعی که تبعیض یا طرد را شامل می‌شود، میزان تحصیلات، ثبات اقتصادی زندگی فردی، امنیت غذایی و مسکن را در بر می‌گیرد. توزیع نامناسب منابع یا محرومیت از آن‌ها به نابرابری در ابتلا به سرطان منجر می‌شود (Tucker-Seeley, 2021: 262).

کریگر معتقد است باید سرطان را پدیده‌ای چند بعدی ببینیم و برای پرکردن خلأ علیت، داده‌های بیشتری را از شبکه‌ی علوم متفاوت برای فهم آن جمع‌آوری کنیم (Krieger, 2005: 11). رابطه‌ی سرطان‌های مختلف با عوامل اجتماعی یکسان نیست؛ «مرگ بر اثر سرطان ریه به خاطر مصرف توتون و تنباکو و همچنین با سیاست‌های اجتماعی پیوندی قوی دارند. سرطان پستان و کلورکتال با میزان غربالگری در جوامع همبستگی دارد. افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا بیشتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند اما افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، بیشتر از این

بیماری می‌میرند (Hiatt & Breen, 2008: 144). رفتارهای انسانی میانجی رابطه عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و سرطان هستند. رفتارهایی مانند مصرف سیگار و الکل، تغذیه ضعیف، عدم تحرک، رابطه‌ی جنسی پرخطر و خطرات شغلی از مهمترین رفتارهایی هستند که از دیرباز به عنوان عوامل تشدید کننده خطر سرطان شناخته شده‌اند (Ibid,146).

نسبت سرطان و پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد با مشاهدات در مقیاس جهانی آشکار شده است؛ «افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، بیشتر از سایرین از سرطان می‌میرند. گزارش آژانس بین‌المللی تحقیق درباره سرطان^۱ در سال ۱۹۹۷ با عنوان نابرابری اجتماعی و سرطان^۲ تصریح می‌کند افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، بیشتر از دیگران سرطان می‌گیرند و بیشتر از مبتلایان پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا از این بیماری جان می‌سپارند (Tabuchi, 2020: 31). تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی در کل زنجیره سرطان از ابتلا، مرگ و میر، تشخیص، پرهیز از عوامل خطر و مراقبت معنادار است. یک تحقیق با مرور داده‌های سال‌های ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۴ در ۲۱ کشور جهان، رابطه‌ی پایگاه اقتصادی اجتماعی با نرخ مرگ و میر در سرطان‌های مختلف را نشان داده است. محل‌های سرطانی که در آن‌ها میزان بروز و مرگ و میر در آن‌ها زمانی که SES پایین‌تر بوده بیشتر بود، شامل ریه (مردان)، حنجره (مردان)، دهان (مردان)، حلق (مردان)، مری، معده و دهانه رحم بودند. با این حال، ارتباط مشابهی در سرطان روده بزرگ، ملانوما، سینه یا تخمدان یافت نشد (Ibid,32).

مباحث نظری پیرامون عوامل بیماری‌های مزمن خاصه سرطان متکی بر داده‌های بالینی و مقایسه‌ای، متخصصان این حوزه را به عناصر اجتماعی دلالت کرده است. گرچه هنوز نمی‌توان از ربط علی سخن به میان آورد اما هم‌تغییری‌های متواتر در جوامع مختلف این ایده را تقویت می‌کند تا جایی که مفهوم «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» به چارچوب اصلی مطالعه‌ی عوامل اصلی سرطان بدل شده است. این رویکرد بر تحقیقات تجربی در این حوزه نیز غلبه یافته است.

۳. پیشینه تجربی

تابوچی (Tabuchi, 2020) با مطالعه‌ی داده‌های کشور ژاپن نشان داده از سال ۱۹۸۱ سرطان مهمترین عامل مرگ در این کشور بوده است. در سال ۲۰۱۳ حدود ۸۶۰ هزار مورد ابتلا به

1 International Agency for Research on Cancer (IARC)

2 Social Inequalities and Cancer

سرطان در ژاپن ثبت شده و بیش از ۳۰۰ نفر از این بیماری جان باخته‌اند (Ibid,31). عوامل خطر سرطان مانند مصرف سیگار، الکل و کم‌ تحرکی در افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین‌تر بیشتر بوده است. نتیجه بررسی داده‌های ۶۷ منطقه شهرداری در اوزاکا^۱ نشان داد مناطق با سطح اقتصادی اجتماعی پایین، نرخ ابتلا و مرگ‌ومیر بیشتری از سرطان در سنین بالا را تجربه کرده‌اند (Ibid,36). تحقیق او به این نتیجه رسیده که تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی در ابتلا به سرطان در سطوح فردی از جمله درآمد، تحصیلات و شغل معنادار است و در سطوح محله‌ای نیز هم در ژاپن و هم در جهان، محلات کم‌برخوردار بیشتر در معرض سرطان هستند. مرگ و میر سرطان بخاطر غربالگری و تکنولوژی پزشکی رو به کاهش است اما در تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی مبتلایان تغییری حاصل نشده یا حتی رو به افزایش است (Ibid,37).

کاگن (Coughlin,2019) با مطالعه‌ی ۳۰۰۳ مقاله‌ی مربوط به سرطان پستان از ۱۹۷۱ تا ۲۰۱۹ به اثر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ی سلامت در خطر سرطان پستان، مرحله تشخیص و شانس بقا متمرکز شد. تحقیق او به این نتیجه رسید که عوامل اجتماعی اقتصادی خطر ابتلا به سرطان پستان را بالا می‌برد. در همه گروه‌های نژادی و قومی، میزان بروز سرطان پستان با وضعیت اجتماعی اقتصادیشان رابطه دارد. همچنین وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین با افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان تهاجمی پیش از یائسگی و همچنین تشخیص دیرهنگام و بقای کمتر رابطه دارد. نتایج بررسی نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی تعیین‌کننده مانند فقر، فقدان تحصیلات، محرومیت محله‌ای، جداگزینی نژادی، تبعیض نژادی، عدم حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی نقش مهمی در تشخیص و شانس بقای سرطان پستان دارند.

زتler و همکاران (Zettler & et al,2021) برای مطالعه‌ی نسبت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با سرطان، پیمایشی با ۱۶۵ نمونه از متخصصان سرطان در امریکا ترتیب دادند که نظر آن‌ها را درباره نسبت عوامل اجتماعی با شانس بقا و درمان بیماران خود، جویا شوند. بر اساس نتایج این تحقیق، نرخ بقای سرطان در چند دهه گذشته افزایش یافته اما اثر تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی پایدار مانده است. ۹۳ درصد از پزشکان مورد مصاحبه معتقد بودند وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران اثر تعیین‌کننده‌ای بر وضعیت سلامت آن‌ها دارد. امنیت مالی/فقدان بیمه و دسترسی به حمل و نقل، مهمترین موانع در حصول سلامت بیمارانشان بوده است.

از تحقیقات داخلی، حیدری ارجلو و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ی رابطه‌ی عوامل اقتصادی-اجتماعی و بروز سرطان معده در ایران به این نتیجه رسیده‌اند که عوامل اجتماعی-اقتصادی و بروز سرطان معده ارتباط معنی‌داری دارند. رابطه مستقیم نرخ بیکاری، بعد خانوار و رابطه‌ی عکس نرخ باسواد، نسبت شهرنشینی و هزینه خانوار نسبت به نرخ بروز سرطان در این پژوهش مشهود است. نویسندگان داده‌های اقتصادی-اجتماعی استان‌های ایران را با داده‌های مجموعه گزارش‌های کشوری ثبت سرطان مقایسه کرده‌اند.

ساعی و نامور (۱۳۸۸) در مقاله «تحلیل جامعه‌شناختی بیماری‌های قلبی و عروقی: مطالعه موردی شهر بوشهر» این فرض اساسی را با روش پیمایش آزمون کرده‌اند که انواع سرمایه، شانس زندگی و انتخاب‌های افراد را تعیین می‌کند که به نوبه خود عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی و ابتلا را تعیین می‌کنند. یافته‌های تجربی دلالت بر آن دارند که بین بیماری قلبی عروقی و ترکیبی از سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فرد، به اندازه ۶۱ واحد هم تغییری منظم وجود دارد، بطوری که هر چه میزان سرمایه‌ها بیشتر باشد، شدت بیماری نیز کاهش می‌یابد.

به ازای هر واحد افزایش در سرمایه اقتصادی، شدت بیماری قلبی و عروقی به میزان $۶۴/۳$ واحد کاهش می‌یابد. به ازای هر واحد تغییر مثبت در سرمایه‌های فرد (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)، شدت بیماری قلبی و عروقی به اندازه $۴۰/۴$ واحد کاهش می‌یابد. ۲۴ درصد واریانس بیماری قلبی و عروقی از سوی سرمایه اجتماعی، ۲۵ درصد از سوی سرمایه اقتصادی و ۱۶ درصد از سوی سرمایه فرهنگی تبیین می‌شود. سرمایه اقتصادی بالا در کنار سرمایه فرهنگی و اجتماعی به تغذیه بهتر، ورزش مناسب‌تر و فرصت‌های زندگی بهتر منجر می‌شود. افراد با سرمایه اقتصادی و فرهنگی بالا به منابع کمیابی مانند ثروت و قدرت دستیابی دارند و از رژیم غذایی مناسب‌تر و ورزش‌های بهتر برخوردارند و توان مقابله با عوامل استرس‌زا را دارند (همان، ۱۴ و ۱۵).

قادری و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ی «تعیین‌کننده‌های ساختی-سرمایه‌ای سبک زندگی سالم برای مقابله با بیماری‌های مزمن» به این نتیجه رسیده‌اند میزان اثر مستقیم موقعیت اقتصادی بر سبک زندگی سالم برابر با ۲۵ درصد، اثر غیر مستقیم برابر ۱۱ درصد و اثر کل برابر با ۳۶ درصد است (همان، ۱۳۴). میزان اثر مستقیم شرایط زندگی بر سبک زندگی سالم برابر ۳۱ درصد و اثر غیر مستقیم کمتر از ۱ درصد و اثر کل ۴۱ درصد بوده است. همچنین ضریب بتای سرمایه مرتبط با سلامت بر سبک زندگی سالم برابر ۲۴ درصد محاسبه گردیده است. اثر موقعیت اقتصادی اجتماعی و شرایط زندگی بر سرمایه مرتبط با سلامت برابر ۵۶ درصد بدست آمد. اثر

موقعیت اقتصادی اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت در مجموع ۴۶ درصد سبک زندگی سالم را توضیح می‌دهد (همان، ۱۳۵).

چلبی و سقابی (۱۳۹۶) در مقاله‌ی «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر رفتارهای بهداشتی» که با روش پیمایش انجام شده به این نتیجه رسیده‌اند که ساکنین محله‌های توسعه‌یافته، به میزان بیشتری رفتارهای بهداشتی را رعایت می‌کنند. همچنین از بین مجموعه منابع موجود در جامعه، فرصت‌های اجتماعی (رابطه‌ای) و فرصت‌های فرهنگی (آگاهی بهداشتی)، بیشترین تأثیر را بر رفتار بهداشتی شهروندان دارند. بعلاوه فرصت‌های سیاسی و فرصت‌های مادی نیز بطور مستقیم و غیر مستقیم سلامت و رفتار بهداشتی افراد را تحت الشعاع قرار می‌دهند (همان، ۲۸).

تحقیقات تجربی کشورهای مختلف، با استفاده از داده‌های متنوع ربط عوامل اجتماعی با ابتلا به سرطان را آشکار کرده‌اند که طیف وسیعی را در بر می‌گیرد و تعدادی از آن‌ها در بخش نظری و پیشینه تجربی معرفی شدند. هر یک از مقاله‌های مورد بررسی نیز با استفاده از داده‌های متنوع سایر تحقیقات انجام شده‌اند که مرور آن‌ها تصویری کلی از ابعاد نظری و داده‌های موجود در این زمینه به دست می‌دهند. در ایران نیز تحقیقات متعددی درباره عوامل اجتماعی و ابتلا به بیماری‌های مختلف انجام شده که بیشتر از سوی فعالان سلامت انجام شده و کمتر روی سرطان تمرکز کرده‌اند. با این حال نسبت مناسبات اجتماعی و بیماری و سلامت در جامعه‌شناسی نیز مورد توجه قرار گرفته که چند نمونه از آن مورد بررسی قرار گرفت که سلامت را به مثابه امری اجتماعی مورد بررسی قرار داده‌اند.

مطالعات مربوط به سرطان در جهان نشان می‌دهد، هم‌تغییری عناصر اجتماعی با ابتلا به سرطان در جوامع مختلف، توجه پزشکان و سیاست‌گذاران را از عوامل زیستی به عوامل اجتماعی معطوف کرده‌است. از آنجا که بخش کمی از سرطان‌ها ژنتیکی هستند و بیماری‌های مزمن مثل سرطان حاصل شیوه زندگی افراد هستند، می‌توان عوامل اجتماعی را به عنوان تعیین‌کننده‌ی عوامل خطر این بیماری در نظر گرفت.

بر این اساس متکای مفهومی این پژوهش بررسی «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» با بیماری سرطان در ایران است. ادعای اصلی این است که توزیع عوامل اجتماعی سلامت-و در اینجا سرطان- تابع پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد است که به نوبه خود از سوی مناسبات کلان اقتصادی و سیاسی مسلط تعیین می‌شود. این پژوهش داده‌های موجود را در این چارچوب

مفهومی بررسی می‌کند تا توزیع عوامل خطر سرطان در پایگاه‌های اقتصادی اجتماعی متفاوت را نشان دهد.

۴. روش پژوهش

روش این پژوهش انتقادی است. روش انتقادی را می‌توان یک رویکرد تحلیلی نامید تا روش به معنای متعارف آن. روش تحقیق شیوه تحلیل، تکنیک تدارک داده‌ها، تأمین اعتبار و تضمین صحت داده‌ها را در بر می‌گیرد. روش انتقادی داده‌ها را در پرتو اقتصادسیاسی بازخوانی می‌کند و دلالت‌های پنهان آن‌ها که نظم موجود را بر می‌سازند آشکار می‌کند. از این منظر رویکرد اقتصادسیاسی در پی نشان دادن امر اجتماعی در پس پدیده‌هایی است که به یک وجه تقلیل داده شده‌اند که در مورد این پژوهش بیماری سرطان است. این موضع مستلزم به چالش کشیدن معرفت پشتیبان وضع موجود نیز هست. در این تلقی رویکرد نظری معیار معنای نسبت داده شده به داده‌هاست و نظریه اهمیت مرکزی در فهم داده‌ها دارد. حتی چپ‌نشین داده‌ها و ترتیب آن‌ها خود می‌تواند منظره‌ی متفاوتی را به تصویر بکشد که بر اساس مفاهیم نظریه‌ی متبوع حاصل می‌شود. روش انتقادی مناسبات ساختاری، نابرابری و روابط قدرت را افشا می‌کند (Muncie, 2006: 51).

بر این اساس در این روش تفکیک کمی یا کیفی موضوعیت ندارد اگرچه توجه به ترتیبات ساختاری اراده انسانی و آگاهی فردی در پدیده‌های اجتماعی را بلا موضوع می‌کند. در واقع، امر اجتماعی فراتر از اراده فردی شکل می‌گیرد و لذا معانی ذهنی عاملان کمکی به هدف این روش نمی‌کند.

همچنین روش انتقادی به نوع داده‌ها حساس نیست و از همه انواع داده بهره می‌گیرد. در این پژوهش نیز از داده‌های موجود که برای هدف‌های مختلف تولید شده‌اند استفاده می‌شود و از کنار هم نشان دادن این داده‌های متفاوت تصویر تازه‌ای پدید می‌آورد تا مسأله‌ی مرکزی نوشته را توجیه کند. برای این منظور از داده‌ها و گزارش‌های رسمی که با روش‌های قابل اعتماد جمع‌آوری شده و از سوی نهادهای دولتی یا منابع معتبر منتشر شده بهره گرفته شد. تأمین اعتبار تحلیل متکی بر اعتبار نظریه‌ی متبوع یعنی اقتصادسیاسی است. سازگاری درونی در این روش مهمترین معیار اعتبار تحلیل‌هاست. اگر هدف اصلی این مقاله که آشکار کردن امر اجتماعی در سرطان است برای خواننده قانع‌کننده باشد اعتبار تحقیق فراهم شده است. اعتبار

تحقیق اساساً درونی و نظری است و بخشی از آن همواره پس از انتشار و عرضه به اهل نظر فراهم می‌آید.

بر این مینا در این پژوهش داده‌های موجود درباره سرطان و الگوی توزیع منابع سلامت و بهداشت در کنار هم تلاش می‌کنند اقتصادسیاسی سرطان را به تصویر بکشند. بواسطه‌ی رویکرد پزشکی به این بیماری داده‌های موجود کمتر از منظر جامعه‌شناختی فراهم آمده‌اند و از این جهت طیف وسیعی از داده‌ها برای روشن کردن ابعاد متنوع این پدیده به کار گرفته شده‌اند.

۵. تحلیل داده‌ها

بیماری‌های غیرواگیر عامل ۳۸ میلیون مرگ در سال در جهان هستند که ۷۵ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که عامل ۸/۲ میلیون این مرگ‌ها انواع سرطان‌ها هستند (کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۹۴: ۲۴). با توجه به روند افزایشی سرطان در کشورهای در حال توسعه، تا سال ۲۰۲۵ سهم این کشورها از سرطان از ۵۹ درصد به ۷۰ درصد خواهد رسید (آمره و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۲). بیش از ۷۶ درصد بار بیماری‌ها در ایران به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. بیشترین میزان مرگ در بین ۵ عامل خطر (شاخص توده بدنی بالا، کمبود میوه و سبزیجات کافی در رژیم غذایی، عدم فعالیت فیزیکی، مصرف سیگار و الکل) مربوط به تغذیه است. ایران در عوامل مربوط به تغذیه و فعالیت فیزیکی ناکافی وضعیت بدتری نسبت به میانگین جهانی داشته اما در مقایسه با سرانه‌ی جهانی، مصرف دخانیات در ایران کمتر است (کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۹۴: ۲۰). برطبق الگوی کشورهای در حال توسعه در ایران نیز سرطان روندی افزایشی دارد. در سال ۱۳۸۲ تعداد ۳۸۴۶۸ مورد سرطان در کشور شناسایی شد و در سال ۱۳۸۸ به ۷۴۰۷۶ مورد رسید (دهقانی، ۱۳۹۳: ۶۲). این رقم در سال ۱۳۹۳ به ۱۱۲ هزار و ۶۰ مورد جدید (بدون احتساب سرطان پوست) رسید و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۴ به ۱۶۰ هزار مورد (بدون احتساب سرطان پوست) برسد (Roshandel & et al, 2021: 594).

تنها ۵ تا ۱۰ درصد از کل موارد سرطان را می‌توان به نقایص ژنتیکی نسبت داد در حالی که ۹۰ تا ۹۵ درصد سرطان‌ها ریشه در محیط و سبک زندگی دارند (دهقانی، ۱۳۹۳: ۵۹؛ Anand & etal, 2008). مصرف سیگار، عدم تحرک فیزیکی، سوءمصرف الکل و رژیم غذایی ناسالم، چاقی، آلودگی‌های محیطی، استرس، نورآفتاب و عفونت‌ها از مهمترین عوامل خطر مرتبط با ابتلا به

سرطان هستند (دهقانی، ۱۳۹۳: ۶۰-۷۰؛ Anand & et al, 2008؛ کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۹۴: ۲۳).

آنچه در ادبیات پزشکی به محیط تعبیر می‌شود نظم حاصل از اقتصاد سیاسی است و جایگاه افراد در دسترسی به منابع و لذا امکان پرهیز از خطرات را برای افراد تعیین می‌کند. شغل، درآمد، سطح دستمزدها، نظام بهداشت و درمان یک کشور، تورم، وضعیت کلان اقتصادی، ترتیبات سیاسی توزیع منابع و فرصت‌ها، جایگاه طبقاتی افراد را مشخص کرده و امکان پرهیز از خطرات و لذا شانس ابتلا را تعیین می‌کند. آزمایش‌های دوره‌ای سلامتی، غربالگری و توجه به مسائل بهداشتی که احتمال شناسایی زودهنگام سرطان و امکان درمان راحت‌تر را تعریف می‌کند نیز بر اساس جایگاه افراد در همین نظم سیاسی اقتصادی تعریف می‌شود. حتی تصور افراد از سلامتی و بیماری نیز تحت تأثیر پایگاه اقتصادی اجتماعی آن‌ها شکل می‌گیرد. فراتر از این در صورت ابتلا به سرطان امکان مواجهه با مراحل درمان و هزینه‌ها و لذا شانس بقا بر همین اساس برآورد می‌شود.

استعمال دخانیات از مهمترین عوامل خطر ابتلا به سرطان است. میزان ابتلا به سرطان در مصرف‌کنندگان دخانیات چهار برابر بیشتر از سایر افراد است و ۲۵ تا ۳۰ درصد مرگ‌های سرطانی به مصرف دخانیات مربوط هستند (آمره و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۳؛ Anand & et al, 2008). مصرف دخانیات الگویی طبقاتی دارد و جایگاه افراد تعیین‌کننده کمیت و کیفیت مصرف دخانیات است. بر اساس اطلاعات اطلس پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران در سال ۹۵ مصرف دخانیات در پنجک اقتصادی اول (۲۰ درصد پایین) ۱۴/۸ درصد، در پنجک دوم ۱۶ درصد، در پنجک سوم ۱۴/۹ درصد، پنجک چهارم ۱۳/۸ درصد و پنجک پنجم (۲۰ درصد بالا) ۱۱/۸ درصد بوده است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸: ۵۰). این آمار را می‌توان در پرتو تعداد نخ‌های مصرفی روزانه سیگار دقیق‌تر کرد. پنجک اول روزانه ۱۶/۶ نخ، پنجک دوم ۱۵/۳ نخ، پنجک سوم ۱۴/۵، پنجک چهارم ۱۳/۸ نخ و پنجک پنجم ۱۲/۵ نخ سیگار دود می‌کند (همان، ۶۸).

جدول ۱. درصد مصرف دخانیات و تعداد روزانه سیگار بر اساس پنج گروه اقتصادی

پنجک اول	پنجک دوم	پنجک سوم	پنجک چهارم	پنجک پنجم	
۱۴/۸	۱۶	۱۴/۹	۱۳/۸	۱۱/۸	مصرف دخانیات
۱۶/۶	۱۵/۳	۱۴/۵	۱۳/۸	۱۲/۵	تعداد سیگار

مصرف بیشتر سیگار در طبقات پایین به الگوی اجتماعی شدن، استرس بیشتر و ارزان بودن این مخدر ملایم مربوط است. نتایج مطالعات بین‌المللی نیز، همچون ایران، رواج بیشتر دخانیات در طبقه پایین را تأیید می‌کند (Chen & et al, 2019). شبکه دوستان سیگاری، وضعیت شغلی توانفرسا، گران بودن تفریحات جایگزین و همچنین فقدان شبکه و منابع برای ترک سیگار از عوامل الگوی طبقاتی مصرف دخانیات است (Hitchman & et al, 2014). با وجود تفاوت پنجم‌های اقتصادی در میزان مصرف سیگار، پنجم پایین تعداد بیشتری سیگار مصرف می‌کند که تحلیل سیگار به مثابه تفریح و تسکین دسترس‌پذیر و ارزان‌قیمت را تقویت می‌کند. براین اساس دخانیات به عنوان یکی از مهمترین عوامل خطر ابتلا به سرطان در طبقات پایین اقتصادی و اجتماعی رواج بیشتری دارد و در کنار سایر مؤلفه‌های طبقاتی از جمله تغذیه و بهداشت و توجه به سلامتی، اثر آن در این گروه‌ها را تشدید می‌کند.

رژیم غذایی دومین عامل مهم خطر ابتلا به سرطان است. مصرف گروه‌های غذایی شامل غلات، میوه و سبزیجات، گوشت و پروتئین و لبنیات برای یک رژیم غذایی سالم توصیه می‌شود که در این میان میوه و سبزیجات نقش مهمی در کاهش خطر ابتلا به سرطان دارد (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸؛ کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۹۴: ۳۶). مصرف متوازن گروه‌های غذایی نیز پیش از فرهنگ غذایی، آموزش و آگاهی‌بخشی به استطاعت مالی مربوط است.

در پنجم اول (فقیرترین) ۱۰/۲ درصد جمعیت، پنجم دوم ۱۱/۴ درصد، پنجم سوم ۱۷/۱ درصد، پنجم چهارم ۱۹/۴ درصد و در پنجم پنجم (غنی‌ترین) ۲۸ درصد جمعیت در رژیم غذایی روزانه میوه مصرف می‌کنند (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸: ۸۸). در مورد مصرف روزانه سبزیجات آمار فوق از این قرار است؛ پنجم اول ۳۲/۷ درصد جمعیت، پنجم دوم ۳۵/۹ درصد، پنجم سوم ۴۲ درصد، پنجم چهارم ۴۶/۸ درصد و در پنجم پنجم ۵۱/۱ درصد (همان، ۹۱). در مورد مصرف همزمان میوه و سبزیجات پنجم اول ۵/۶ درصد جمعیت، پنجم دوم ۶/۹ درصد، پنجم سوم ۱۰/۷ درصد، پنجم چهارم ۱۱/۶ درصد و پنجم پنجم ۱۸/۴ درصد جمعیت هر دو گروه غذایی را در رژیم غذایی روزانه مصرف می‌کنند (همان، ۹۴).

جدول ۲. درصد مصرف روزانه میوه، سبزیجات و لبنیات به تفکیک پنجم‌های اقتصادی

پنجم اول	پنجم دوم	پنجم سوم	پنجم چهارم	پنجم پنجم	
۱۰/۲	۱۱/۴	۱۷/۱	۱۹/۴	۲۸	مصرف میوه
۳۲/۷	۳۵/۹	۴۲	۴۶/۸	۵۱/۱	مصرف سبزیجات
۱۷/۴	۱۵/۴	۱۸/۴	۱۹/۴	۲۷/۲	مصرف لبنیات

در مورد لبنیات در پنجم اول ۱۷/۴ درصد، پنجم دوم ۱۵/۴ درصد، پنجم سوم ۱۸/۴ درصد، پنجم چهارم ۱۹/۴ درصد و پنجم پنجم ۲۷/۲ درصد جمعیت، این ماده غذایی و فرآورده‌های آن را در رژیم غذایی روزانه خود مصرف می‌کنند (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸: ۹۷). بر اساس مطالعه‌ی کشوری مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، در سال ۹۸ بیش از ۲۶ درصد خانوارها در یکسال گذشته هر روز، ۳۷/۴ درصد چند روز در هفته، ۲۲/۵ درصد چند روز در ماه و ۶ درصد چند بار در سال شیر مصرف می‌کنند. ۷/۹ درصد خانوارها نیز گفته‌اند اصلاً شیر مصرف نمی‌کنند. در سال ۹۸ بیش از ۷۸ درصد خانوارها هر روز یا چند روز در هفته شیر مصرف می‌کرده‌اند اما این رقم در سال ۹۹ به ۶۳/۶ درصد کاهش یافته است (ایسپا، ۱۳۹۹). بر اساس همین مطالعه ۴/۳ درصد خانوارهای مورد مطالعه هر روز گوشت قرمز مصرف کرده‌اند، ۴۰/۲ درصد در هفته چند روز و ۳۳ درصد چندبار در ماه گوشت قرمز در رژیم غذایی خود استفاده کرده‌اند. ۱۴/۴ درصد خانوارها در سال چند بار و ۸/۲ درصد خانوارها نیز طی یکسال گذشته اصلاً گوشت قرمز مصرف نکرده‌اند. درصد افرادی که اصلاً گوشت قرمز مصرف نمی‌کنند طی یکسال ۳/۵ درصد افزایش یافته است (همان). بر این اساس ۱ میلیون و ۷۶۰ هزار خانوار طی سال ۹۸ گوشت قرمز نخورده‌اند. ۳ میلیون و ۱۶۸ هزار خانوار نیز سالی چند بار گوشت قرمز مصرف می‌کنند.

رویکرد پزشکی شده مقوله‌ی تغذیه را به مناسبات فرهنگی تقلیل داده و رژیم غذایی نامناسب را به عادات غذایی جامعه ربط می‌دهد. بر اساس داده‌های موجود مصرف میوه و سبزیجات در رژیم غذایی الگوی طبقاتی دارد و افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا در رژیم غذایی از میوه، سبزیجات و لبنیات بیشتری استفاده می‌کنند. حتی آمار مربوط به مصرف سبزیجات در پایگاه پایین تفسیر متفاوتی از مصرف سبزیجات در پایگاه اجتماعی بالا دارد. در طبقه پایین به دلیل محدودیت دسترسی به گوشت، سبزیجات غذای اصلی است اما در طبقات بالا مکمل غذاهای اصلی و عناصر نوعی رژیم غذایی ارادی و آگاهانه محسوب می‌شود.

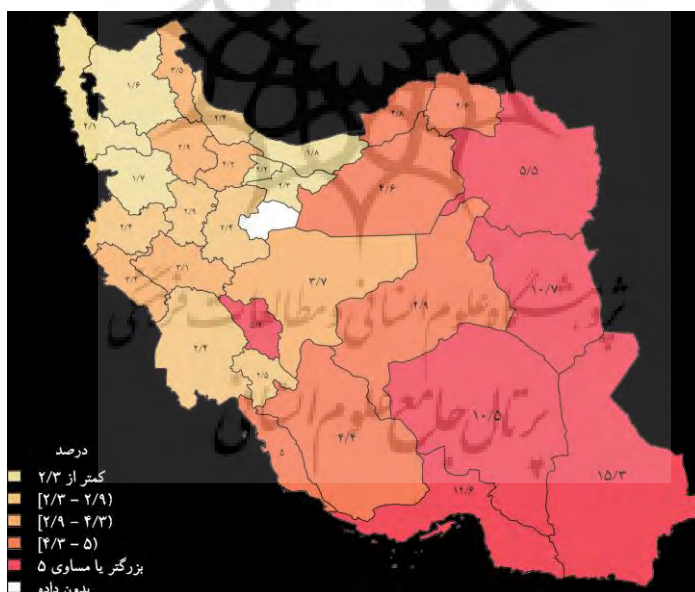
عدم فعالیت فیزیکی و کم تحرکی را سومین عامل خطر در ابتلا به سرطان معرفی می‌کنند. سبک زندگی مدرن تحرک را به کالا بدل کرده و افراد برای دسترسی به آن نیازمند صرف وقت و هزینه هستند. بررسی کم تحرکی بر اساس پنجم اقتصادی نشان می‌دهد در پنجم اول (فقیرترین) ۵۳/۳ درصد جمعیت، پنجم دوم ۵۸/۶ درصد، پنجم سوم ۵۷/۱، پنجم چهارم ۵۸/۷ و پنجم پنجم ۵۴/۴ درصد فعالیت فیزیکی ناکافی دارند. فعالیت فیزیکی کافی به ۱۵۰

دقیقه فعالیت ملایم در هفته یا ۷۵ دقیقه فعالیت شدید یا ترکیبی از هر دو اطلاق می‌شود (وزارت بهداشت، بی‌تا: ۴). در طبقه پایین عدم تحرک بدنی کمتر از سایر پنجک‌هاست و سپس پنجک پنجم دومین رتبه در فعالیت فیزیکی را دارد. پنجک‌های میانی تقریباً با اختلاف کمی در این شاخص در یک سطح قرار دارند. این آمار را می‌توان با مهمترین عوامل عدم تحرک تفسیر کرد. از مهمترین عوامل عدم فعالیت فیزیکی وضعیت اقتصادی نامساعد، هزینه‌ای بالای ورزش و دغدغه شغلی و ساعات کار طولانی و موانع فرهنگی جهت فعالیت‌های بدنی بانوان است (خسروی و همکاران، بی‌تا: ۳۹). بر این اساس می‌توان گفت پنجک پایین بخاطر عدم دسترسی به وسیله نقلیه شخصی و کار یدی تحرک بدنی بیشتری دارد و پنجک بالا بواسطه‌ی خرید خدمات ورزشی جایگاه دوم را به خود اختصاص داده است. پنجک‌های میانی بخاطر دغدغه شغلی و ساعات کار طولانی و هزینه ورزش، وقت کافی برای تحرک بدنی معطوف به سلامتی را ندارند. با رعایت احتیاط در تعمیم و آگاهی از تفاوت‌ها، آمار استانی تحرک بدنی را می‌توان برای این ادعا گواه گرفت.

اگر الگوی تحرک بدنی طبقاتی نباشد باید میان داده‌های استانی تحرک بدنی و اضافه وزن رابطه‌ای متناظر وجود داشته باشد در حالی داده‌های استانی رابطه‌ی معناداری میان تحرک و اضافه وزن نشان نمی‌دهند. برای مثال استان گیلان با وجود تحرک نسبتاً بالا (۵۲ درصد جمعیت) حدود ۶۷ درصد جمعیت اضافه وزن دارند. در مازندران با وجود تحرک بالا (۵۰ درصد جمعیت) بیش از ۷۰ درصد جمعیت اضافه وزن دارند. یا در بوشهر که بیش از ۷۰ درصد جمعیت تحرک ناکافی دارند (بالاترین در کشور) تنها ۵۳ درصد جمعیت اضافه وزن دارند. در سیستان و بلوچستان با وجود درصد بالای عدم تحرک (۶۵ درصد جمعیت) تنها ۳۸ درصد جمعیت این استان اضافه وزن دارند (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸). بر این اساس می‌توان گفت تحرک بدنی برای توضیح عوامل خطر ابتلا به سرطان کافی نیست و عوامل جانبی مانند تغذیه و وقت و هزینه برای سلامتی اثر این عامل را تشدید می‌کنند.

اضافه وزن در پنجک اقتصادی اول (فقیرترین) بسیار کمتر (۴/۴۵ درصد جمعیت) از پنجک پنجم (۶/۶۶ درصد جمعیت) است که بیش از تحرک بدنی به تغذیه این گروه‌ها یعنی دریافت کالری مازاد نیاز بدن مربوط است؛ همچنانکه تبیین اضافه وزن در دو گروه مورد مقایسه هم متفاوت است. میانگین وزن در پنجک‌های اقتصادی نیز نشان از اهمیت تفسیر داده‌های مربوط به تحرک بدنی دارد. میانگین وزن پنجک اول (فقیرترین) ۶۵/۹ کیلوگرم، پنجک دوم ۷۰/۵،

پنجک سوم ۷۲/۵، پنجک چهارم ۷۳/۸ و پنجک پنجم ۷۵/۵ کیلوگرم است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸: ۱۴۵). اهمیت تغذیه در میانگین وزنی پنجک‌ها آشکار است. میانگین قد نیز این وضعیت را تأیید می‌کند؛ پنجک اول ۱۶۲/۷ سانتیمتر، دوم ۱۶۳/۲ سانتی متر، سوم ۱۶۴/۲ سانتیمتر، چهارم ۱۶۵/۳ سانتیمتر، پنجم ۱۶۶/۵ سانتیمتر (همان، ۱۴۲). به تناظر پنجک اقتصادی قد و وزن نیز افزایش می‌یابد که داده‌های استانی این همبستگی را تأیید می‌کند. در استان سیستان و بلوچستان که آخرین رتبه توسعه در کشور را دارد، میانگین وزن ساکنان ۶۳ (همان، ۱۴۶) و میانگین قد آنها ۱۶۲/۴ سانتی‌متر است (همان، ۱۴۳). میانگین وزن کشور ۷۱/۷ کیلوگرم و میانگین قد کشور ۱۶۴/۵ سانتی‌متر است (همان). کم‌وزنی بر اساس پنجک‌های اقتصادی مؤید این تفسیر است؛ در پنجک اول (فقیرترین) ۷/۸ درصد، دوم ۳/۸ درصد، سوم ۲/۹ درصد، چهارم ۲/۹ درصد و در پنجک پنجم ۲ درصد جمعیت دچار کم‌وزنی هستند (همان، ۱۵۱). رابطه‌ی کم‌وزنی و جایگاه اقتصادی را می‌تواند در میان استان‌ها نیز نشان داد. استان‌های توسعه‌یافته‌تر کم‌وزنی کمتری دارند.



تصویر ۱. نقشه شیوع کم‌وزنی در جمعیت استان‌ها

منبع: وزارت بهداشت، اطلس عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، ۱۳۹۸: ۱۵۳

عفونت‌ها و آلودگی‌ها یکی دیگر از عوامل خطر ابتلا به سرطان هستند. آزمایشات دوره‌ای معمولاً برخی از این آلودگی‌ها را تشخیص می‌دهد که اهمیت بسیاری در پیشگیری از سرطان دارد. ویروس HPV یا پاپیلومای انسانی^۱ یکی از این آلودگی‌هاست که عامل سرطان دهانه رحم در زنان است. درصد زنانی که در آزمایشات غربالگری این عامل خطر شرکت کرده‌اند در پنجم اول ۲۶/۹ درصد، پنجم دوم ۳۳/۸ درصد، پنجم سوم ۴۴/۷ درصد، پنجم چهارم ۴۹/۸ درصد و پنجم بالا ۵۶/۱۱ درصد بوده است (همان، ۱۳۳).

ابتلا به عفونت‌ها با رعایت بهداشت که خود وابسته به سطح توسعه اقتصادی اجتماعی کشورهاست ارتباط مستقیم دارد. بخش بزرگی از موارد جدید سرطان در کشورهای با درآمد پایین مخصوصاً در آسیا و کشورهای جنوب افریقا با عفونت در ارتباط است (آمره و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۴). عفونت ناشی از باکتری هلیوباکتری در کنار رژیم غذایی نامناسب مسئول ۹۰ درصد از موارد ابتلا به سرطان معده در جهان است (همان). در ایران نیز سرطان معده جایگاه اول مرگ‌آوری در میان سرطان‌ها را به خود اختصاص داده است. در آمریکا مهمترین عامل کاهش سرطان معده استفاده از یخچال، بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی و ارتقای سطح بهداشت عمومی بوده است (همان، ۳۵). به دلیل مؤلفه‌های اجتماعی ابتلا به سرطان معده از جمله تغذیه، بهداشت دهان و دندان و بهداشت عمومی این بیماری سرطان اجتماعی نامیده می‌شود (همان، ۳۵). بهداشت دهان و دندان در ایران مانند امکان پرهیز از عفونت‌ها الگویی طبقاتی دارد.

برخی دیگر از عوامل خطر در سطوح اقتصادی پنجگانه به شرح زیر است؛

جدول ۳. برخی از عوامل خطر بیماری‌های مزمن به تفکیک سطح اقتصادی

پنجم پنجم	پنجم چهارم	پنجم سوم	پنجم دوم	پنجم اول	
۱/۱	۱/۳	۱/۴	۲/۱	۱/۵	سکته قلبی
۰/۴	۰/۷	۰/۸	۱	۰/۷	سکته مغزی
۲۲/۲	۲۴/۴	۲۷/۴	۳۱/۳	۲۷/۶	فشار خون بالا
۱۶۵/۵	۱۶۵/۷	۱۶۰/۸	۱۵۲/۳	۱۵۶/۷	میانگین کراتینین ادرار
۱۳۴/۱	۱۳۸/۳	۱۴۲	۱۴۰/۸	۱۴۵/۹	سدیم ادرار
۳۳/۵	۴۰	۴۲/۲	۴۵/۵	۳۹/۸	نمک پاش
۱۶/۱	۱۳/۳	۱۲/۷	۱۱/۸	۹/۸	فست فود

منبع: (اطلس پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیردار ایران، ۱۳۹۸)

بر اساس این آمار فشار خون به عنوان عامل اصلی سگته به تناظر افزایش طبقه اجتماعی، کاهش می‌یابد. به دلیل دریافت کالری کمتر در پنجم اول و همچنین مصرف کمتر فست‌فودها، فشارخون در این گروه کمتر است. کراتینین ادرار به دلیل رژیم غذایی پروتئینی در پنجم‌های بالا بیشتر است. به همین دلیل بجز در پنجم اول که تغذیه ناکافی دارد، مصرف نمک به ترتیب افزایش طبقات پایین می‌آید.

مصرف فست‌فود به دلیل عدم استطاعت خرید غذای آماده در دهک‌های پایین کمتر است. الگوی مصرف فست‌فود پیچیدگی تحلیل اجتماعی سلامت و بیماری را آشکار می‌کند. فست‌فودهای ارزان‌قیمت معمولاً کیفیت نازل‌تری دارند که منبع تغذیه پنجم‌های پایین‌تر هستند بنابراین مصرف فست‌فود به تنهایی دلیلی کافی برای نتیجه‌گیری از تغذیه پنجم‌های اقتصادی نیست. اهمیت مصرف فست‌فود و اثر آن در سلامتی را می‌توان در سایر شاخص‌های سلامتی از جمله میزان مصرف میوه و سبزی مشاهده کرد.

ابتلا به سرطان بجز توزیع عوامل خطر یک دلالت دیگر دارد؛ هزینه درمان. مواجهه با این بیماری برای همگان یکسان نیست. هزینه‌های درمان و زمانی که بدون درآمد باید صرف سرطان شود عامل تمایز گروه‌های اجتماعی از همدیگر است. نظام بیمه‌ای، تأمین اجتماعی و پوشش خدمات بهداشتی-درمانی اثر این بیماری بر مسیر زندگی افراد در جایگاه‌های اجتماعی مختلف را تعیین می‌کند.

در سال ۸۱ تا ۹۳ بیش از ۴۵ درصد هزینه‌های درمان از جیب شهروندان پرداخت می‌شد (وزارت رفاه، ۱۳۹۹: ۲۵) که این رقم در سال ۹۷ به ۳۵ درصد رسیده است (همان، ۴۲). در این شاخص ایران میان ۱۸۷ کشور جهان رتبه ۱۱۶ را دارد (وزارت رفاه، ۱۴۰۰: ۹). این مقدار در کشوری مانند قطر ۷ درصد است (وزارت رفاه، ۱۳۹۹: ۴۲). اگر هزینه‌های درمان بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت یا هزینه‌های غیرخوراکی خانوار باشد، هزینه کمرشکن نامیده می‌شود. فقط در سال ۱۳۹۸ نزدیک به ۲ میلیون و پانصد هزار خانوار بخاطر هزینه‌های درمان به زیر خط فقر رفته‌اند (وزارت رفاه، ۱۴۰۰: ۱۱). نزدیک به ۳۰ درصد جمعیت ایران در صورتی که با عمل جراحی مواجه شوند باید بیش از ۱۰ درصد درآمد خود را صرف جراحی کنند. در بخش هزینه‌های جراحی رتبه ایران در میان ۱۳۲ کشور ۹۳ است (همان، ۱۰). بجز هزینه‌های گزاف درمان‌های طولانی و گران‌قیمت، از دست دادن نان‌آور خانواده (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸: ۲۷) سرطان را به بیماری‌ای تبدیل کرده که اول فقیر می‌کند بعد می‌کشد.

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر که از سوی وزارت بهداشت تهیه شده تصریح می‌کند «فقر با بیماری‌های غیرواگیر ارتباط نزدیکی دارد. افراد آسیب‌پذیر و محروم به نسبت افراد با موقعیت اجتماعی بالاتر بیشتر مبتلا می‌شوند و زودتر می‌میرند... در صورت ابتلا به بیماری گروه‌های با درآمد بالا می‌توانند به خدمات و محصولات دست پیدا کنند که آن‌ها را از خطرات محافظت نماید» (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸: ۲۷).

۶. نتیجه‌گیری

از منظر علم پزشکی بیش از ۹۰ درصد سرطان‌ها تحت تأثیر محیط ایجاد می‌شوند. آنچه در پزشکی به نام عوامل محیطی خوانده می‌شود مناسبات اجتماعی است که تحت تأثیر اقتصادسیاسی مستقر شکل می‌گیرد. از این منظر امر اجتماعی نقش پررنگی در بیماری‌ها و مخصوصاً سرطان به عهده دارند. چنانکه داده‌های مورد بررسی نشان داد بیماری و سلامت متناظر با توزیع منابع تقسیم می‌شوند و یکی از شکل‌های نابرابری در وضعیت سلامت گروه‌های اجتماعی تجلی می‌یابد که زمینه‌ی مناسبی برای مطالعه‌ی پستی و بلندی‌های اقتصادی و سیاسی در سطوح خرد و کلان است. تقلیل بیماری به امر پزشکی ابعاد اجتماعی و سیاسی این پدیده را از نظر پنهان می‌کند و راه فهم مسائل اجتماعی در کلیت آن را مسدود می‌کند. تحلیل مبتنی بر کلیت در پدیده‌های اجتماعی مسیر فهم دقیق‌تر مسائل و یافتن راه‌های ارتقای وضع موجود و ارائه راه‌حل‌های مقرون به هدف را هموار می‌کند.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ اعلام کرد بیماری نام دیگر فقر است (وزارت رفاه، ۱۳۹۹: ۱۶). «بانک جهانی» در تحقیقی بیماری را هم علت و هم پیامد فقر معرفی کرد (همان، ۱۱). در این وضعیت رواج کالایی شدن سلامت به نابرابری در دسترسی به آن منجر می‌شود که فرودستان از قربانیان اصلی آن هستند (همان، ۱۴). اقتصادسیاسی پزشکی از رهگذر پزشکی‌سازی و با هدف کسب سود به نیازهای کاذب دامن می‌زند و درمان جای بهداشت را می‌گیرد (همان). اولویت درمان به جای بهداشت تنها یکی از پیامدهای مهلک پزشکی‌سازی است که در کنار سیاست‌زدایی از امر اجتماعی و تقلیل آن به امری پزشکی نظم مستقر را از مسئولیت وضع موجود تبرئه می‌کند.

در این تصویر از واقعیت بدون توزیع عادلانه‌ی سلامت فرایندهای کلان مانند توسعه نیز از هدف‌های خود باز می‌مانند. توسعه اقتصادی به خودی خود نمی‌تواند شاخص‌های سلامتی را

بهبود بخشد زیرا توسعه‌ی اقتصادی خود زاینده افزایش سطح سلامت در جامعه است (وزارت رفاه، ۱۳۹۹: ۱۵ به نقل از ماهر، ۱۳۸۴). در لایحه‌ی بودجه سال ۱۳۹۹ سهم بهداشت ۲۲ درصد، درمان ۶۱/۵ درصد و دارو ۱۶ درصد بوده است (همان، ۲۴) که نشان‌دهنده‌ی سیاست موجود در توزیع سلامت است. تمرکز بودجه در بخش درمان با توجه به سهم پرداخت از جیب بیماران (۳۵ درصد) نشانه‌ی کالایی‌شدن سلامت و تحمیل بیماری به فرودستان است.

در سطح جهانی نیز از ۳۸ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر- که از عوامل محیطی ناشی می‌شوند- حدود ۷۵ درصد آن در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که به سطح اقتصادی این کشورها مربوط می‌شوند. همین الگو درون کشورها نیز قابل کاربست است؛ گروه‌ها و اقشار فرودست بیشتر در معرض ابتلا به سرطان و خطر مرگ ناشی از بیماری به دلیل عدم استطاعت خرید درمان هستند. در همین حال برآوردها نشان می‌دهد بار مالی سرطان هزینه‌ی بسیاری به مردم و دولت‌ها تحمیل می‌کند. طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۴۱۵ بطور متوسط ۲/۷ درصد تولید ناخالص داخلی در اثر بروز سرطان‌ها از دست خواهد رفت (راغفر و اسفندیارپور، ۱۳۹۴). بار مالی ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۸۲ حدود ۱۳ درصد تولید ناخالص داخلی یعنی ۱۵/۸ میلیارد دلار برآورد می‌شود (وزارت رفاه، ۱۳۹۹: ۴۲).

تقارن فقر و بیماری تا جایی است که می‌توان گفت فقر علت‌العلل بیماری‌هاست. چنانکه داده‌های تحقیق نشان می‌دهند مؤلفه‌های خطر ابتلا به سرطان بر اساس پنجک اقتصادی افراد توزیع می‌شوند؛ هرچه پایگاه اقتصادی بالاتر می‌رود خطر ابتلا پایین می‌آید. این داده‌ها با یافته‌های پژوهش‌های خارجی و داخلی بررسی شده منطبق است؛ در ایران نیز عوامل خطر ابتلا به بیماری سرطان بر اساس الگوی پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد توزیع شده است.

اقتصادسیاسی رویکردی است که در آن سطوح محلی، ملی و بین‌المللی در نسبت با هم تحلیل می‌شوند. ایران کشوری در حال توسعه است و در نظم جهانی نقش و جایگاه مشخصی دارد. نظم جهانی توسعه را به اولویت کشورهایمانند ایران بدل می‌کند که پیامدهای اجتماعی عمیقی به دنبال خواهد داشت. بواسطه‌ی این نظم تحمیلی نابرابری اجتماعی تشدید خواهد شد که تجلی آن در بیماری سرطان در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت اما ابعاد متنوع این پدیده عواقب ناگواری به دنبال خواهد داشت.

در مطالعه‌ی وضعیت بهداشتی و درمانی معمولاً سرانه کشور در نظر گرفته می‌شود که نابرابری در دسترسی به این امکانات را نمی‌بیند. گروه‌های اجتماعی دسترسی یکسانی به امکانات

موجود ندارند و بر همین قیاس مخاطرات هم توزیع عادلانه‌ای نشان نمی‌دهند. این وضعیت در مقیاس استانی هم قابل مشاهده است؛ استان‌های مختلف سهم یکسانی از توسعه ندارند. گرچه معیار استانی نیز نابرابری بین گروه‌های اجتماعی مختلف را نشان نمی‌دهد. حتی در تهیه آمار نیز معیار سرانه ملی یا نهایتاً توزیع استانی در نظر گرفته می‌شود. مواجهه با سلامت و بیماری بر اساس تفاوت گروه‌های اجتماعی دقیق‌تر است و کلیت پدیده را روشن‌تر به تصویر می‌کشد.

منابع

- اخوان‌بهبهانی، علی؛ بهرامی، فهیمه (۱۴۰۰). *مجموعه گزارش‌های فقر چندبعدی؛ فقر بهداشت و سلامت در ایران*. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: دفتر مطالعات رفاه اجتماعی.
- ایسپا؛ مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (۱۳۹۹). «سبد غذایی خانوارهای ایرانی». ۱۴۰۰/۸/۱. <http://yun.ir/x7efpe>.
- آمره، فاطمه؛ جهانگیری‌راد، مهسا؛ مظلومی، سجاده؛ رفیعی، محمد (۱۳۹۵). «نقش عوامل محیطی و سبک زندگی در بروز و شیوع سرطان». *مجله مهندسی بهداشت محیط*. سال چهارم (۱). ۳۰-۴۲.
- چلبی، مسعود؛ سقاباشی، نیلوفر (۱۳۹۶). «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر رفتارهای بهداشتی». *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸(۲). ۲۸-۴۳.
- حیدری، ارجلو و همکاران (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اقتصادی اجتماعی و بروز سرطان معده با استفاده از مدل شبکه عصبی مصنوعی در مردان ایران». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۳(۴). ۲۶۴-۲۷۸.
- خسروی، عقیقه و همکاران (بی‌تا). «فعالیت بدنی مرتبط با سلامت در جمهوری اسلامی ایران (گزارش جامع)». مؤسسه ملی تحقیقات سلامت: مرکز تحقیقات پزشکی ورزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- دهقانی، روح‌الله (۱۳۹۳). *انسان، محیط، بیماری*. تهران: نشر فرمنش.
- ساعی، علی؛ نامور، اکبر (۱۳۸۸). «تحلیل جامعه شناختی بیماری قلبی و عروقی: مطالعه موردی شهر بوشهر». *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۰(۴). ۱-۱۷.
- طاهری، زهرا؛ ناجی، طاهره (۱۳۹۳). «تأثیر عوامل محیطی و بینیکی مولکولی در تشخیص و درمان سرطان پستان». *مجله ایمنی زیستی*، ۱۷(۱). ۹۵-۱۰۳.
- عظیمی، راضیه (۱۳۹۹). «تحلیل عوامل محیطی و انسانی مؤثر در بروز بیماری سرطان کولورکتال در نواحی ساحلی دریای خزر-استان گیلان». *مطالعات جغرافیایی نواحی ساحلی*، ۱۱(۱). ۱۱۳-۱۳۱.
- غریب‌نواز، زهرا (۱۳۹۹). *مجموعه گزارش‌های فقر، نابرابری و تضاد منافع؛ فقر و نابرابری در حوزه بهداشت و سلامت*. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛ دفتر مطالعات رفاه اجتماعی.

قادری، مهدی؛ ملکی، امیر» حق جو، مجید(۱۳۹۶). «تعیین کننده‌های ساختی - سرمایه‌ای سبک زندگی سالم برای مقابله با بیماری‌های مزمن». مجله جامعه‌شناسی ایران، ۱۸(۳): ۱۱۰-۱۴۲.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(۱۳۹۷). *گزارش کشوری برنامه ثبت ملی سرطان سال ۱۳۹۳*. مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و خاص: اداره سرطان.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(۱۳۹۴). *سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴*. واحد بیماری‌های غیرواگیر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(۱۳۹۸). *اطلس پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران سال ۱۳۹۵*. معاونت بهداشت: واحد بیماری‌های غیرواگیر.

- Anand, P., Kunnumakkara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., Sung, B., & Aggarwal, B. B. (2008). "Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes". *Pharmaceutical research*, 25(9), 2097–2116. <https://doi.org/10.1007/s11095-008-9661-9>
- Black, Douglas & et al(1980). *Black Report*. <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
- Chen, A., et al. (2019) "Socioeconomic differences in nicotine exposure and dependence in adult daily smokers". *BMC Public Health*, 19, 375. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6694-4>
- Conrad, Peter(2007). *The Medicalization of Society; On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Coughlin, Steven S(2019). "Social Determinants of Breast Cancer Risk, stage, and Survival". *Breast Cancer Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05340-7>
- Hiatt, Robert A; Breen, Nancy(2008). "The social Determinants of cancer; A Challenge for Transdisciplinary Science". *American Journal of Preventive Medicine*. 5(2S):S141–S150)
- Hitchman, S. C., et al. (2014). "Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey". *Drug and alcohol dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>
- Illich, Ivan(1976). *Medical Nemesis; the Exoropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Kondo, Katsunori(2020). *Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases – Case Studies from Japan*. Ed Katsunori Kondo. Singapore: Springer nature.
- Krieger, Nancy(2005). "Defining and Investigating Social Disparities in Cancer: Critical Issues". *Cancer Causes & Control*, Vol. 16, No. 1, pp. 5-14
- Marmot, Michael (2010). *Fair Society, Healthy Lives; The Marmot Review*. Executive summary. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.
- Muncie, John(2006). Critical Research. In *The Sage Dictionary of Social Research Methods*. Victor Jupp(ed). Sage Pub: London.

- Reich, Michael(2019). Political Economy of Non-Communicable Diseases: From Unconventional to Essential. *Health Systems & Reform*. 3(5). <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1609872>
- Roshandel, Gholamreza & et al(2021). “Cancer in Iran 2008 to 2025: Recent incidence trends and short-term predictions of the future burden”. *International Journal of Cancer*. 3(149). 594-605. <https://doi.org/10.1002/ijc.33574>
- Syme, S.L.(2005)” Historical Perspective: The social determinants of disease – some roots of the movement”. *Epidemiol Perspect Innov* 2, 2 . <https://doi.org/10.1186/1742-5573-2-2>
- Tabuchi, Takahiro(2020). “Cancer and Socioeconomic Status”. In *Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases–Case Studies from Japan*. Ed Katsunori Kondo. Singapore: Springer nature
- Tucker-Seeley R. D. (2021). “Social Determinants of Health and Disparities in Cancer Care for Black People in the United States”. *JCO oncology practice*, 17(5), 261–263. <https://doi.org/10.1200/OP.21.00229>
- UICC(2021). The Social Determinants of Health and cancer. Union for International Cancer Control: Geneva.
- WHO(2021).Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Zettler, ME, et al(2019). “Impact of social determinants of health on cancer care: a survey of community oncologists”. *BMJ Open*. <https://doi:10.1136/bmjopen-2021-049259>

