



**دانشگاه تهران**

**دانشکده علوم اجتماعی**

**پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته انسان شناسی**

**عنوان:**

**بررسی باورها و کنش های اجتماعی فرهنگی زنان در مورد**

**سلامت**

**مطالعه موردی: زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله ایرانی، افغان و عرب ساکن**

**در محله دولت آباد شهری**

**نگارش: ترکان عینی زاده آجی چای**

**استاد راهنما: دکتر ناصر فکوهی**

**استاد مشاور: دکتر ابوعلی ودادهیر**

سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹



## سپاسگزاری

به نام یزدان پاک

پروردگارا تو را سپاس می‌گویم، که مرا یاری دادی تا بیاموزم و بالنده شوم و از به انجام رساندن این رساله تو را شکر گزارم. پس از ثنای حضرت حق، بر خود لازم می‌دانم تا از تمامی بزرگوارانی که همواره مرا در تدوین این پژوهش یاری رسانده‌اند و نگارنده همواره خود را مدیون ایشان می‌داند مراتب سپاس و ارادت خود را اعلام نمایم زیرا بی‌گمان اگر در روند این پژوهش عزیزانی مرا از رهنمودهای روشنی‌بخش خویش بی‌نصیب می‌گذاشتند این پژوهش به سرانجام نمی‌رسید.

در اینجا فرصت را غنیمت شمرده و از استاد بزرگوارم **جناب آقای دکتر ناصر فکوهی** که راهنمایی این رساله را به عهده داشتند نهایت سپاس را دارم. چرا که با راهنمایی‌های ارزنده‌شان مرا در مسیر این تحقیق هدایتگر بوده‌اند. و سپس لازم است از استاد گرامی، **جناب آقای دکتر ابوعلی ودادهیر** که در طول این پژوهش از مشاوره‌های ایشان به آگاهی‌های بسیار رسیدم سپاسگزاری نمایم. امیدوارم گوشه‌ای از زحمات این بزرگواران را پاسخگو بوده باشم. همچنین از **سرکار خانم دکتر ملیحه شیانی** که بر بنده منت نهاده و زحمت داوری این رساله را تقبل کرده‌اند، سپاسگزارم. و نیز بر خود لازم می‌بینم تا مراتب قدردانی خود را نسبت به **جناب آقای دکتر سید منصور رضوی**، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران که همواره نسبت به من عنایت داشته‌اند سپاسگزاری نمایم. چرا که مشاوره‌ها و بارها گفتگو با ایشان کمک کرد تا برخی گره‌ها در مسیر رساله باز گردد. مشاوره‌ها و دلگرمی‌هایشان به سرانجام رسانیدن تحقیق را آسانتر ساخت.

در پایان از همه‌ی کسانی که مرا تا رسیدن به نهایت این پژوهش یاری کرده‌اند قدردانی نموده و برای تمامی این مهربانان طول عمر با عزت و برکت و پیروزی و سعادت روزافزون از درگاه ایزد منان خواهانم.

عینی زاده

## فهرست مطالب

۱	چکیده فارسی .....
<b>بخش اول: سیمای پژوهش</b>	
۳	۱-۱- مقدمه .....
۷	۱-۲- بیان مساله .....
۱۱	۱-۳- منطق، اهمیت و ضرورت بحث .....
۱۲	۱-۴- اهداف تحقیق .....
۱۳	۱-۵- پرسش های تحقیق .....
۱۵	۱-۶- سازماندهی گزارش پژوهش .....
<b>بخش دوم: مروری بر مبانی نظری</b>	
۱۸	۲-۱- فرآیند تاریخی موضوع .....
۳۱	۲-۲- مبانی نظری و زمینه های تئوریک پژوهش .....
۳۱	۲-۲-۱- سبک زندگی .....
۴۴	۲-۲-۲- تئوری بازنمایی و بازنمایی اجتماعی .....
۵۱	۲-۲-۳- بازنمایی اجتماعی سلامت و بیماری .....
۵۵	۲-۳- مروری بر پیشینه و ادبیات پژوهشی .....
۵۵	۲-۳-۱- پیشینه تحقیقات در خارج از کشور .....
۶۳	۲-۳-۲- پیشینه تحقیقات در ایران .....
۷۲	۲-۴- چارچوب نظری تحقیق .....
<b>بخش سوم: روش شناسی</b>	
۸۰	۳-۱- مقدمه .....
۸۱	۳-۲- جامعه مورد بررسی .....
۸۲	۳-۳- شیوه های جذب نمونه مورد مطالعه .....
۸۴	۳-۴- روش های گردآوری داده .....
۸۴	۳-۴-۱- روش اسنادی .....
۸۵	۳-۴-۲- روش میدانی .....
۸۵	۳-۴-۲-۱- مشاهده .....

- ۸۵ ..... مصاحبه اپیزودیک ..... ۳-۴-۲-۲
- ۸۸ ..... مصاحبه نیمه ساخت یافته ..... ۳-۴-۲-۳
- ۸۹ ..... دسته بندی سئوالات مصاحبه ..... ۳-۴-۲-۳-۱
- ۹۵ ..... روش تحلیل داده ها ..... ۳-۴-۳

### بخش چهارم: یافته های پژوهش

- ۹۷ ..... مروری بر موقعیت جغرافیایی میدان پژوهش ..... ۴-۱
- ۹۷ ..... شهرری ..... ۴-۱-۱
- ۹۸ ..... محله دولت آباد ..... ۴-۱-۲
- ۱۰۲ ..... معرفی اجمالی گروه اطلاع رسانان پژوهش ..... ۴-۲
- ۱۰۴ ..... تعریف سلامت و بیماری ..... ۴-۳
- ۱۰۷ ..... سلامت به عنوان نعمت وموهبت الهی ..... ۴-۳-۱
- ۱۰۷ ..... سلامت به معنای فقدان درد وبیماری ..... ۴-۳-۲
- ۱۰۸ ..... تعریف کارکردی از سلامت ..... ۴-۳-۳
- ۱۰۹ ..... سلامت به معنای حالت خوب یا تعادل، آرامش داشتن و شادبودن ..... ۴-۳-۴
- ۱۱۲ ..... سلامت به معنای داشتن رفتار اجتماعی مناسب ..... ۴-۳-۵
- ۱۱۳ ..... سلامت به معنای فکر سالم، تدبیر و داشتن قدرت تشخیص ..... ۴-۳-۶
- ۱۱۴ ..... سلامت به معنای پایبندی به تعهدات مذهبی ..... ۴-۳-۷
- ۱۱۹ ..... نتایج و پیامدهای سلامت و بیماری ..... ۴-۴
- ۱۱۹ ..... پیامدهای اقتصادی ..... ۴-۴-۱
- ۱۲۰ ..... پیامدهای جسمانی ..... ۴-۴-۲
- ۱۲۰ ..... پیامدهای کارکردی ..... ۴-۴-۳
- ۱۲۱ ..... پیامدهای روانی ..... ۴-۴-۴
- ۱۲۲ ..... پیامدهای اجتماعی ..... ۴-۴-۵
- ۱۲۶ ..... خود ارزیابی سلامت ..... ۴-۵
- ۱۳۲ ..... باورهای انتزاعی و عمومی درباره سلامت ..... ۴-۶
- ۱۳۸ ..... طبقه بندی علل بیماری ..... ۴-۷
- ۱۴۲ ..... شیوه زندگی ..... ۴-۷-۱
- ۱۵۲ ..... عوامل محیطی ..... ۴-۷-۲

۱۵۵	..... عوامل اجتماعی
۱۶۴	..... عوامل ماوراء طبیعی
۱۷۷	..... عوامل زیستی
۱۷۸	..... عوامل روانی
۱۸۷	..... منابع اطلاعات موثر بر دانش
۱۹۵	..... ارزشیابی سلامت
۲۰۳	..... سبک زندگی و رفتارهای سلامت
۲۰۹	..... تجربه بیماری و کنش های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن
۲۱۸	..... خود درمانی
۲۲۰	..... مشورت با دوستان و شبکه مراجع غیرمتخصص
۲۲۱	..... بی تفاوت بودن نسبت به نشانه های بیماری و تحمل وضعیت ناخوشایند
۲۲۳	..... مراجعه به پزشک
۲۲۸	..... استفاده از طب سنتی
۲۲۹	..... کنش های فرهنگی
۲۲۹	..... دعا، نذر، زیارت، قرائت قرآن
۲۳۱	..... کنش های فرهنگی درمقابله با چشم زخم
۲۳۴	..... جمع بندی و نتیجه گیری
۲۴۰	..... مشکلات تحقیق

### ضمائم

۲۴۳	..... اطلاعات مربوط به مصاحبه شوندگان
۲۵۷	..... نمودار توزیع مصاحبه شوندگان برحسب قومیت
۲۵۸	..... نمودار توزیع مصاحبه شوندگان برحسب سن
۲۵۹	..... نمودار میزان تحصیلات زنان افغان
۲۶۰	..... نمودار میزان تحصیلات زنان عرب
۲۶۱	..... نمودار میزان تحصیلات زنان ایرانی
۲۶۲	..... مصاحبه نامه

## نقشه ها

- نقشه شماره ۱: وضعیت شهرستان ری نسبت به استان تهران و شهرستان‌های دیگر ..... ۲۶۵
- نقشه شماره ۲: تقسیمات سیاسی در شهرستان ری ..... ۲۶۵
- نقشه شماره ۳: وضعیت منطقه شهر ری نسبت به مناطق شهر تهران ..... ۲۶۶
- نقشه شماره ۴: وضعیت نواحی در شهر ..... ۲۶۶
- نقشه شماره ۵: ناحیه ۴ منطقه ۲۰ ..... ۲۶۷
- عکس ها ..... ۲۶۸
- منابع ..... ۲۸۲
- چکیده انگلیسی ..... ۲۸۷

## فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۲- الگوی سبک زندگی بورديو..... ۳۶
- نمودار ۲-۲- الگوی سبک زندگی سلامت کارهام..... ۴۰
- نمودار ۱-۴- تقسیم بندی بیماری ها از دیدگاه مصاحبه شوندهگان..... ۱۰۸
- نمودار ۲-۴- تقسیم بندی بیماری ها از دیدگاه مصاحبه شوندهگان..... ۱۱۸
- نمودار ۳-۴- پیامدهای بیماری ..... ۱۲۳
- نمودار ۴-۴- مسئول سلامت افراد..... ۱۳۷
- نمودار ۵-۴- طبقه بندی علل بیماری..... ۱۴۱
- نمودار ۶-۴- عوامل موثر بر واکنش فرد در برابر بیماری..... ۲۱۷
- نمودار ۷-۴- کنش های اجتماعی فرهنگی در مواجهه با بیماری ها..... ۲۳۳



"مفهوم سلامت و بیماری در مرکز ارزش های اجتماعی جامعه انسانی قرار دارد زیرا آن ها بسیاری از تصورات و فرض های اساسی ما را درباره معنای زندگی و مرگ شرح می دهند."

(Dixit, 2005 به نقل از Turner, 2001)

## چکیده فارسی

مفاهیم سلامت و بیماری در دوره اخیر موضوع مهمی برای مطالعات اجتماعی در حوزه سلامت و نیز تحقیقات بازنمایی اجتماعی شده است. این دسته از مطالعات، غالباً بر مفاهیم عامیانه سلامت و بیماری تمرکز دارند و این که چگونه مفاهیم سلامت و بیماری، به طور اجتماعی در زمینه های مختلف ساخته می شوند. با توجه به این امر پژوهش حاضر سعی در درک مفهوم بازنمایی اجتماعی سلامت و بیماری و رابطه بین موقعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با سلامت از طریق بررسی تجربی مفهوم سلامت و بیماری و نیز کنش های اجتماعی و فرهنگی در بین گروهی از زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله افغان، عرب و ایرانی ساکن در محله دولت آباد شهر ری، در مواجهه با این موقعیت ها دارد.

در این پژوهش بررسی تعاریف اجتماعی و فرهنگی از معانی سلامت و بیماری با استفاده از چارچوب نظری سبک زندگی سلامت و نیز بازنمایی اجتماعی انجام شده است.

بخش عمده اطلاعات پژوهش حاضر را داده های شفاهی تشکیل می دهد که گردآوری این دسته از داده ها یکی از اصلی ترین رویکردهای روش شناختی در تحقیق کیفی است. لذا گردآوری داده ها در چنین پژوهشی مستلزم حضور در میدان تحقیق و تماس با جامعه مورد بررسی، توصیف، گردآوری و ثبت اطلاعات از خلال چارچوب های ذهنی این گروه های قومی بوده است. بدین جهت در این تحقیق برای گردآوری داده ها از تکنیک های مرسوم در روش تحقیق کیفی، نظیر مطالعه اسنادی، مشاهده و انواع مصاحبه های باز، عمیق و نیز مصاحبه های نیمه ساخت یافته و روایی- ایزودیک و همچنین مصاحبه های گروهی استفاده شده است.

یافته های این پژوهش نشان داد که بازنمایی اجتماعی سلامت و بیماری بر حسب موقعیت اجتماعی و اقتصادی و درک اجتماعی افراد از دلایل و پیامدهای بیمار و سلامت ساخت یافته است. در این پژوهش مقوله های به دست آمده از مصاحبه های صورت گرفته، محتوای بازنمایی اجتماعی سلامت و بیماری را بین گروه های مورد مطالعه منعکس می کند. به این ترتیب مقوله های به کار رفته توسط افراد، برای مفهوم سازی سلامت و بیماری، معانی این مفاهیم، باورهای مرتبط با دلایل بیماری و الگوهای درمان را در بین زنان در سه گروه مورد مطالعه نشان داد.

بخش اول:

سیمای پژوهش

## ! ! مقدمه

نظریه پردازان فرهنگی، فیلسوفان، و جامعه شناسان همگی به بدن و مباحث پیرامون آن توجه نشان داده اند و مباحث متنوع این حوزه موجب شده تا دیدگاه های گسترده ای در این زمینه مطرح شود. از جمله این مباحث مربوط به تشخیص بدن سالم از بدن بیمار و ارائه تعریفی مشخص از این مفاهیم است. پرسش از "چیستی" سلامت و بیماری در هسته پژوهش های فلسفی درباره بهداشت و معنای واژه هایی مانند "بیماری" و "ناخوشی" در این زمینه جای دارد (Seedhuse, 2001) به نقل از تقویان؛ ۱۳۸۷: ۱۱۲). تعاریف "بهداشت"، "سلامت" و "بیماری" در فرهنگ ها، خرده فرهنگ ها و اجتماعات مختلف و حتی در خانه ها و بین نسل های مختلف، متفاوت باشد و هر چند رشد فعالیت های حرفه ای پزشکی و اقتدار روز افزون آن باعث شده تا تعاریف مفاهیم "سلامتی" و "بیماری" در انحصار پزشکان قرار داشته باشد و قدرت بلامنازع پزشکی در ارائه مفهوم و شاخص های سلامتی باعث گردیده تا افراد جامعه، سلامتی و بیماری خود را با نهادهای پزشکی ارزیابی نمایند و به این طریق به نظام پزشکی بیشتر مرتبط شوند؛ تفاوت هایی در تعاریف عامیانه و تعاریف پزشکی از این مفاهیم به چشم می خورد. تحقیقاتی که به باورهای عامیانه مردم بر سلامت تاکید دارد، به دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مربوط می شود. بیشترین تعریفی که در این تحقیقات به چشم می خورد، بر این نکته تاکید دارد که سلامت را فقدان بیماری تعریف می کند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۱۸۰).

این در حالیست که تعریف پزشکی از بیماری و سلامت به طور وسیعی بر اساس تغییرات فیزیکی عینی و قابل اثبات در ساختار یا عملکرد بدن استوار است و مشاغل حرفه ای در سیستم پزشکی بیشتر بر بیماری و رفتارهای تهدید کننده سلامتی تاکید دارند تا بر حفظ و ارتقاء سلامت؛ مطالعات اجتماعی در حوزه پزشکی، همچون جامعه شناسی و انسان شناسی پزشکی و روان شناسی اجتماعی، بیشتر بر تجربه و معنای سلامت در زمینه های مختلف تمرکز دارند و جسم انسان را فراتر از یک ارگانسیم فیزیکی در نظر گرفته و آن را کانون گروهی از عقاید درباره مفاهیم اجتماعی، روانشناختی و ساختاری می دانند. به این ترتیب سلامت که در گذشته به طور مختصر "بیمار نبودن" تعریف می شد، امروزه بر اساس شاخص ها و ویژگی های بسیار گسترده ای تعریف می شود؛ به طوری که در تعریف آن علاوه بر عوامل زیستی، عوامل

اجتماعی و روانی را نیز در نظر گرفته می شود. لذا این دسته از مطالعات تاکید می کنند که چگونگی تفسیر افراد از این مفاهیم تنها شامل تجربیات فرد از سلامتی و بیماری نمی باشد بلکه شامل معنایی است که او به آن تجربیات می دهد.

بر این اساس به طور کلی دو دیدگاه در نظریات مربوط به سلامت مورد توجه است. دیدگاه اول ناهنجارگرایان<sup>۱</sup> هستند که معتقدند بیماری را می توان بدون ارجاع به ارزش ها و با توجه به ارزیابی تجربی کارکردهای بدن تعریف کرد. در مقابل دیدگاه هنجارگرایان<sup>۲</sup> قرار دارد، که سلامت و بیماری را مفاهیمی ذاتاً ارزش بار می دانند و معتقدند تصمیم درباره حالات بدن یا روان مستلزم آن است که چه چیزی مطلوب یا نامطلوب، مفید یا بی فایده، خوب یا بد است. به این ترتیب هنجارگرایان پیش داوری های ارزشی و فرهنگی را در تعیین سلامت و بیماری در پزشکی دخیل می دانند.

هر یک از این دیدگاه ها منجر به ایجاد مدلی خاص در مطالعات مرتبط با این حوزه می شوند. جورج انگل<sup>۳</sup> (۱۹۷۷)، در این ارتباط به "مدل زیست پزشکی"<sup>۴</sup> و "مدل زیست فرهنگی"<sup>۵</sup> اشاره می کند. در مدل زیست پزشکی که قائل به تفکیک ذهن و جسم می باشد، بیمار اغلب پدیده ای فیزیولوژیک تلقی شده و با آن همچون موجودیتی کاملاً زیست شناختی برخورد می شود؛ به طوری که در این مدل انسان در حد یک بدن مکانیکی که فقط با زبان فیزیک و شیمی سروکار دارد، تقلیل می یابد. این مدل در اروپای سده نوزده پدیدار شد و در حال حاضر الگوی رایج در برنامه های بهداشتی غیر غربی می باشد (تقویان، ۱۳۸۷: ۱۱۲). در این الگو "سلامت" در معنای سلبی نبود بیماری شمرده می شود. از این رو رابطه پزشک با بیمار بیش از هر چیز رابطه ای با بدن بیمار اوست، نه با خود او مانند شخصی اجتماعی، روانی یا فرهنگی.

فلسفه پزشکی سده بیستم، به الگوی زیست پزشکی بسیار نقد کرده است و در مقابل دیدگاه های کل باورانه تر، مدل زیست فرهنگی را مطرح می کند که رهیافت بهداشت همگانی بیماری را در چشم اندازی گسترده تر جای می دهد؛ مدل هایی که به انسان و بیماری او نه به عنوان یک کارکرد معیوب بلکه به

---

<sup>1</sup> - Nonnormativists

<sup>2</sup> - Normativists

<sup>3</sup> - George Engel

<sup>4</sup> - Biomedical model

<sup>5</sup> - Biocultural model

عنوان یک تجربه جدید از زندگی و ساختار فرهنگی - اجتماعی می‌نگرند. بارزترین خصوصیات این مدل که آن را از مدل زیست پزشکی متمایز می‌سازد، اعتقاد به ارتباط عناصر فرهنگی و بیولوژیکی در ساختار انسان است که بر این اساس دریافت‌های افراد که براساس باورهای آنها شکل می‌گیرد، فرآیندهای بدن آنها را تغییر می‌دهند. لذا این مدل، بیماری را گذشته از این که پدیده ای جسمی می‌داند؛ آن را به سلامت روانی و سبک زندگی بیمار نیز پیوند می‌زند.

این تغییر دیدگاه از مدل زیست پزشکی به مدل زیست فرهنگی حتی در برداشتی که علوم از اصطلاح درد داشته اند نیز تأثیر گذاشته و در رویکرد جدید درد اساساً توضیحی روانی، اجتماعی و فرهنگی، یافته است؛ به طوری که بنابر یافته‌های مؤسسه بین‌المللی مطالعات درد، احساس درد صرفاً مربوط به انتقال عملکرد منفی عصب‌ها نبوده از فردی به فرد دیگر بنابر تفاوت‌های تجربه‌های فردی، احساسات، بارحافظه و شبکه‌های اجتماعی متفاوت است (Morris, 2000: 9). لذا توجه به این واقعیت که دنیای بیمار و تجارب زیست شده او در درک و کنترل بیماری اش اهمیت دارد، از جمله محورهای اصلی مدل زیست فرهنگی است.

بنابراین به نظر می‌رسد سلامتی و بیماری می‌توانند در میان نظام های گوناگون تفسیری و معنایی جای می‌گیرند، تا جایی که معرفی بیماری و پاسخ‌سایرین به طور وسیعی به وسیله فاکتورهای اجتماعی و فرهنگی مشخص می‌شود. بر این اساس هر کس دارای الگوها و قواعدی است که به وی امکان می‌دهد تا بداند در چه مورد خود یا اطرافیان او بیمار محسوب می‌شوند و علت و ماهیت بیماری چیست و یا برای تخفیف و درمان آن چه باید کرد. به بیان دیگر فرهنگی که در آن رشد می‌کنیم به ما می‌آموزد که چگونه تغییراتی که در طول زمان در بدن خودمان یا سایر افراد اتفاق می‌افتد را درک کرده و تفسیر کنیم و بین جسم سالم از بیمار تمایز قائل شویم و چگونگی احساس ناخوشایند و غیر طبیعی را توصیف کنیم. حتی توجه به اعضای گوناگون و یا قسمت های مختلف بدن از فرهنگی به فرهنگ دیگر تغییر می‌کند. لذا به طور کلی افراد بر اساس ارزش های فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه تصویر ذهنی و روایت خاصی را که شامل نگرش های عمومی، احساسات و تخیلات فرد درباره جسم اش می‌باشد، پیدا می‌

کنند و شیوه‌ها و رفتارهای خاصی را می‌آموزند تا از طریق آن تجربیات جسمی خود را سازماندهی و هماهنگ کنند.

از سوی دیگر نگرش افراد نسبت به بدن و طرز تلقی آن‌ها از مفاهیم سلامت و بیماری در بین همه قشرهای یک جامعه نیز یکسان نیست. مطالعات گوناگونی نگرش افراد و تصاویر ذهنی آن‌ها را بر حسب گروه‌های مختلف اجتماعی نشان داده است. در این ارتباط "لوک بولتانسکی" دریافت، اشخاصی که به محیط‌های مرفه تعلق دارند از آنجا که بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند و به دلیل همگنی طبقاتی به وی نزدیک‌ترند و سطح بالایی از معلومات را دارند، از این رو بهتر مفاهیم دانش پزشکی را درونی می‌کنند (آدام، ۱۳۸۵: ۹۵). بر اساس این مطالعات مهم‌ترین تفاوت در نوع بینشی بود که از سلامتی وجود داشت. برای مثال بررسی‌های دیگری در انگلستان نشان می‌دهد که در طبقات پایین دست انگلستان، برخلاف اعضای طبقه متوسط فرانسوی در دهه ۶۰، آرزوی دستیابی به "سلامتی- تعادل" که با احساس کمال شخصیت و لذت همراه است، به زبان آورده نشده است؛ بلکه سلامتی یا نبود بیماری و یا با توان کاری معنا شده است. همچنین پژوهشی در فرانسه در مورد "کاربردهای استدلالی سلامتی"، در پایان سال‌های ۷۰، در میان افرادی با پایگاه‌های اجتماعی- اقتصادی مختلف که در محیط شهری یا روستایی اقامت داشتند، انجام یافت که نشان داد در فرانسه نیز در حالی که سلامتی برای طبقات پایین نوعی "ابزار" است؛ در میان طبقه متوسط سلامتی گاهی به مثابه ارزشی شخصی که به رفتار سامان می‌دهد، تعریف می‌شود و گاهی به عنوان نتیجه جمعی سیاست‌های اجتماعی و عملکرد دولت توصیف می‌گردد (همان: ۱۰۱). مجموعه این پژوهش‌ها و بسیاری از پژوهش‌های دیگر که در این زمینه انجام گرفته حاکی از آن است که مفاهیم سلامت و بیماری در سیستم باورها و معانی گسترده‌تری ریشه دارد. این سیستم گسترده معنی ممکن است با ارزش‌های مرکزی گروه‌های اجتماعی مرتبط باشد و باید توجه داشت که معنای عامه و احساس عمومی درک سلامت و بیماری نمی‌تواند به مثابه یک سیستم دارای معنای کاملاً علمی و پزشکی شده مطالعه شود. این معنای عمومی ممکن است از عوامل اجتماعی- فرهنگی مختلفی همچون دانش به دست آمده از طریق روابط متقابل اجتماعی، نظرات علمی رایج در جامعه، مشخصه‌ها و پویایی‌های