

مقایسه دیدگاه پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری درباره لزوم آموزش علوم اجتماعی به دانشجویان پزشکی

سعیده گروسی^۱

۱. دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

● دریافت مقاله: ۹۴/۹/۲ آخرین اصلاح مقاله: ۹۴/۱۰/۲۳ ● پذیرش مقاله: ۹۴/۱۰/۲۶

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر با توجه به نقش مؤثر و انکارناپذیر عوامل اجتماعی و رفتاری در بیماری، سلامت و مرگ و میر، بسیاری از دانشکده‌های پزشکی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، دروس علوم اجتماعی و رفتاری را در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی قرار داده‌اند. علاوه بر این، یک پزشک در تعامل مستقیم با افرادی است که با شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی متفاوتی به او مراجعه می‌کنند. از این رو، دروس مربوط به علوم اجتماعی و رفتاری در برنامه آموزشی برخی دانشکده‌های پزشکی، با هدف ارتقا و بهبود کنش متقابل پزشک و مراجعه‌کنندگان پیش‌بینی گردید. دروس علوم اجتماعی و رفتاری شامل طیف به نسبت وسیعی شامل جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، انسان‌شناسی پزشکی، جمعیت‌شناسی، اخلاق پزشکی، اقتصاد سلامت، سیاست‌گذاری سلامت و برنامه‌ریزی شهری می‌باشد. تحقیق حاضر با هدف شناسایی دیدگاه پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی، درباره لزوم آموزش علوم اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی صورت گرفت.

روش کار: اطلاعات ۱۲۶ نفر با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. سؤال‌ها در مورد سه حیطه آشنایی با تأثیر ساختار اجتماعی - فرهنگی بر ایجاد و تداوم بیماری، آشنایی با نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان و ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن بود. **یافته‌ها:** آموزش علوم اجتماعی به دانشجویان پزشکی، از نظر هر دو گروه پزشکان و علوم اجتماعی و رفتاری لازم شمرده شد. هر دو گروه بر حوزه‌های مهم و اولویت‌دار توافق داشتند. بین دیدگاه دو گروه، تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. **نتیجه‌گیری:** نتایج تحقیق حاضر می‌تواند به بازنگری در برنامه آموزشی رشته پزشکی کمک نماید. هر دو گروه، لزوم آموزش علوم اجتماعی و رفتاری را تأیید نمودند.

کلید واژه‌ها: آموزش پزشکی، علوم اجتماعی، علوم رفتاری، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی

*نویسنده مسئول: گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

● تلفن: ۰۳۴-۳۳۲۹۰۶۵ ● نمابر: ۰۳۴-۳۳۲۰۲۳۸۸

مقدمه

مطالعات نشان داده‌اند که عوامل رفتاری، روان‌شناختی و اجتماعی ارتباط عمیق و مؤثری با سلامتی و بیماری دارند (۱). بخش عمده‌ای از مرگ و میرها و بیماری‌ها، تحت تأثیر عوامل رفتاری و اجتماعی قرار می‌گیرند (۲). از جمله رفتارهایی که در افزایش بیماری و مرگ و میر سهیم هستند، می‌توان به مصرف سیگار و دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، سبک زندگی نامناسب، رفتارهای جنسی پرخطر، مصرف الکل (۳) و استرس (۴) اشاره نمود. الگوی ساده بیانگر یک علت برای بیماری، کافی نمی‌باشد و باید رویکرد آموزشی مورد توجه قرار گیرد که پزشکان را به درک عمیق عوامل اجتماعی و رفتاری تشویق نماید. از سوی دیگر، عوامل اجتماعی و رفتاری بر شیوه ارائه خدمات مراقبتی و همچنین، نحوه استفاده بیمار از این خدمات، تأثیر می‌گذارد. فرهنگ، نقش مهمی در تأمین مراقبت‌های مؤثر به عهده دارد (۵). عوامل فرهنگی نیز می‌توانند کیفیت ارائه خدمات پزشک را تحت تأثیر قرار دهند. به عنوان نمونه شیوه ارتباطی پزشک و بیمار یا رویکرد پزشک نسبت به درمان و مراقبت، به شدت تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد (۶).

برخی کشورها در سال‌های اخیر به دلایل فوق، آموزش علوم اجتماعی و رفتاری را به عنوان مؤلفه جدایی‌ناپذیر برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی در نظر گرفته‌اند (۷). اصطلاح علوم اجتماعی و رفتاری شامل رشته‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و انسان‌شناسی است. در تعریف کلی‌تر، دروسی مانند مهارت‌های ارتباطی با بیمار، اخلاق پزشکی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و انسان‌شناسی به عنوان علوم اجتماعی و رفتاری معرفی می‌گردند (۸). در گزارش مؤسسه طبی ایالات متحده آمریکا (Institution of Medicine) یا IOM ذکر شد که اگرچه شواهد علمی بر ارتباط متغیرهای زیستی، رفتاری، روان‌شناختی و اجتماعی با بیماری و سلامت تأکید می‌کند، اما همکاری این علوم با پزشکی استاندارد، در عمل با چالش مواجه می‌گردد (۹). مدل زیستی- روانی- اجتماعی، باعث تغییر مدل در پزشکی شده است. علوم رفتاری

در این مدل به عنوان مؤلفه اساسی آموزش پزشکی معرفی شد (۱۰). با این حال، تحقیقات مختلف حاکی از پیشرفت کمی در اتصال علوم رفتاری به آموزش پزشکی می‌باشند (۱۱). حتی در کشورهای توسعه یافته، بهبود کمی و کیفی تدریس علوم اجتماعی و رفتاری در دانشکده‌های پزشکی به کندی صورت گرفته است (۱۲).

در برنامه درسی رشته پزشکی دانشگاه‌های ایران، فقط دروس روان‌شناسی و اخلاق پزشکی لحاظ گردیده است و سایر دروس اجتماعی و رفتاری کنار گذاشته شده‌اند. از این رو، مطالعه حاضر به بررسی نقطه نظرات پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری، در خصوص لزوم آموزش علوم اجتماعی به دانشجویان پزشکی پرداخت تا برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران آموزشی بتوانند برنامه درسی را با استفاده از نتایج این مطالعه، مورد بازنگری قرار دهند.

تاریخچه آموزش علوم اجتماعی و رفتاری در دانشکده‌های پزشکی کشورهای توسعه یافته

هرچند Flexner در ابتدای قرن بیستم، به اهمیت گسترش چشم‌انداز اجتماعی در حرفه پزشکی اشاره نمود، اما سهم علوم اجتماعی و رفتاری در آموزش پزشکی در عمل، طی ۶۰ سال اخیر افزایش یافت (۱۳). چنین موضوعاتی در سال‌های اخیر به عنوان «مطالبی که دانشجوی رشته پزشکی بهتر است با آن‌ها آشنا باشد»، نه به عنوان «مطالبی که باید دانشجوی بداند» مطرح می‌شد.

برخی دانشگاه‌ها در نیمه دوم قرن بیستم، دروس علوم اجتماعی و رفتاری را با هدف تأمین شناخت پزشک از بیمار به عنوان یک فرد و درک وی و پاسخ به نیازهای انسانی بیمار، در برنامه درسی رشته پزشکی قرار دادند. انگلستان (۱۴)، ایالات متحده آمریکا (۱۵)، نیوزلند (۱۶) و برخی کشورهای دیگر (۷) از پیشگامان تلفیق دروس علوم اجتماعی و رفتاری در برنامه آموزش پزشکی محسوب می‌گردند.

البته باید توجه نمود که تأکید بر آموزش علوم اجتماعی و رفتاری به دانشجویان پزشکی در آمریکا، سابقه‌ای طولانی‌تر از

می‌توان به درک علت رفتار خاص بیمار و خانواده‌اش در زمان بیماری، شناخت عوامل اجتماعی و فرهنگی تأثیرگذار بر انتظارات و پاسخ‌های بیمار به درمان، آشنایی با نقش بیمار و خانواده در چگونگی مدیریت بیماری و فرایند درمان، آشنایی با عوامل اجتماعی، قومیتی، شغلی و روان‌شناختی مؤثر بر پیشگیری از بیماری و حتی درمان، شناخت مسایل و مشکلات ارتباطات به خصوص در موقعیت‌های دشواری همچون بستری شدن در بیمارستان و... اشاره کرد. بنابراین، بیشتر دانشکده‌های پزشکی بریتانیا در دهه ۷۰ میلادی سعی نمودند که درس جامعه‌شناسی پزشکی را در برنامه آموزشی خود قرار دهند (۲۱).

مجمع طبی انگلستان (General Medical Council یا GMC) در سال ۱۹۹۳، توصیه‌های کلیدی از جمله این که «پزشکان آینده باید در زمینه علوم بالینی، علوم پایه، علوم اجتماعی و رفتاری دانش داشته باشند و ضمن فهم عمیق این علوم، از آن‌ها به طور هم‌زمان در عمل استفاده کنند» را برای آماده‌سازی پزشکان برای ورود به قرن جدید ارایه نمود (۲۲). لزوم آموزش علوم اجتماعی و رفتاری در این توصیه تأکید گردیده است.

مطالعات گزارش کرده‌اند که آموزش علوم اجتماعی و رفتاری در دانشکده‌های پزشکی، پیامدهای مثبتی دارد. پزشکانی که دروس علوم اجتماعی و رفتاری در دوره تحصیل خود داشتند، در مقایسه با سایر پزشکان، از عملکرد بهتری برخوردار بودند. به عبارتی، پزشکان در اثر مهارت‌های مصاحبه بالینی بالاتر، می‌توانستند ارتباط بهتری با بیمار برقرار نمایند. در نتیجه، رضایت بیمار از آنان بیشتر می‌گردد (۲۴)، (۲۳).

یکی از پیامدهای آموزش علوم اجتماعی و رفتاری، آشنایی دانشجویان با تنوع فرهنگی بود که می‌توانست نابرابری و عدم یکسانی در خدمات بهداشتی و درمانی را کاهش دهد (۲۵). تنوع قومیتی، مذهبی و زبانی، نمونه‌های مهمی از تنوع فرهنگی هستند. عدم آشنایی پزشک با تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی،

سایر کشورها دارد. در دهه ۱۹۴۰، تغییر در روند بیماری‌ها و الگوی جمعیتی از یک سو و ورود متخصصان علوم اجتماعی به عرصه سلامت از سوی دیگر، توجه به علوم اجتماعی و رفتاری را به طور جدی افزایش داد (۱۷). انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۱، دانشکده‌های پزشکی را به تأکید بیشتر بر نقش علوم اجتماعی و رفتاری در آموزش پزشکی تشویق کرد (۱۸). مؤسسه ملی سلامت روان (National Institute of Mental Health) در سال ۱۹۵۸، جهت ارتقای سطح آموزش علوم اجتماعی و رفتاری، تعدادی از دانشجویان پزشکی در حوزه‌های مذکور با بورسیه تحصیلی پذیرفت (۱۸). دانشگاه کنتاکی در سال ۱۹۵۹ به عنوان پیشگام این سیستم آموزشی، اولین گروه آموزشی علوم رفتاری را در دانشکده پزشکی آمریکا تأسیس نمود (۱۷).

بعد از یک دوره رکود مجدد، از سال ۱۹۷۰ تلاش‌های زیادی برای ادغام دروس علوم اجتماعی و رفتاری در برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌های آمریکا انجام شد (۱۸) در دهه ۷۰ میلادی، بیش از دو سوم دانشکده‌های پزشکی در ایالات متحده آمریکا، آموزش علوم اجتماعی و رفتاری را به طور رسمی در برنامه درسی خود ارایه کردند، اما هنوز مسایل جدی در مورد شیوه سازماندهی، محتوای درسی و پذیرش این دروس از طرف پزشکان و دانشجویان پزشکی وجود داشت (۱۹).

کمیسیون سلطنتی بریتانیای کبیر در سال ۱۹۶۵ با ترکیبی از پزشکان، مشاوران اجتماعی و حقوق‌دانان مردمی، برای بررسی و بازنگری برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی تشکیل گردید. یکی از مصوبات این کمیسیون، لزوم آشنایی همه دانشجویان رشته پزشکی با اصول اساسی جامعه‌شناسی در درس جامعه‌شناسی پزشکی بود. این درس باید در دو سال اول تحصیلی ارایه می‌شد (۲۰). درس جامعه‌شناسی مانند درس روان‌شناسی از نظر این کمیسیون، درس پایه محسوب می‌گردد که همه دانشجویان باید با آن آشنا می‌شدند. مهم‌ترین دلایلی که دانشجوی پزشکی باید با جامعه‌شناسی آشنا باشد،

دیدگاه‌های اجتماعی نسبت به مراقبت‌های بهداشتی، ساختار اجتماعی و حرفه پزشکی، تئوری پزشکی‌سازی، فقر، استیگما، حمایت اجتماعی و حوادث مربوط به طول دوره حیات» می‌باشد (۱۳).

IOM، شش حوزه مهم علوم اجتماعی و رفتاری را شامل کنش متقابل ذهن- بدن، رفتار بیمار، نقش و رفتار پزشک، کنش متقابل پزشک- بیمار، مسایل اجتماعی و فرهنگی در خدمات درمانی و سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت اعلام نمود (۹) که باید در آموزش پزشکی لحاظ گردند. GMC، مهم‌ترین حوزه‌های آموزش علوم اجتماعی و رفتاری را به دانشجویان پزشکی به صورت کاربرد دانش روان‌شناسی در حرفه پزشکی (تشریح رفتار طبیعی، تفاوت‌های فردی در مواجهه با بیماری و...)، کاربرد علوم اجتماعی در حرفه پزشکی (تشریح رفتارهای طبیعی در هر فرهنگ، مفاهیم جامعه‌شناختی سلامتی، بیماری و...)، ارتباط مؤثر در حرفه پزشکی (برقراری ارتباط مؤثر و بدون ابهام با بیمار، همراهان بیمار، همکاران و...) و کاربرد اصول اخلاقی در حرفه پزشکی (تشریح و کاربرد اصول اخلاقی با تأکید بر زمینه فرهنگی، تشریح کدهای اخلاقی تهیه شده توسط Pakistan Medical and Dental Council یا PMDC) گزارش کرد.

پژوهشگران دیگر پیشنهاد نمودند که بهتر است پنج مقوله مهم از جمله مهارت‌های ارتباطی، مراحل رشد انسان، تأثیر عوامل اجتماعی بر مراقبت‌های بهداشتی، جنبه‌های روانی- اجتماعی بیماری و اخلاق پزشکی در برنامه درسی دانشجویان پزشکی لحاظ شود. به طور کلی، مهم‌ترین حوزه‌های علوم اجتماعی و رفتاری که برای آموزش دانشجویان پزشکی لازم و مفید به نظر می‌رسد، عبارت از جامعه‌شناسی، جامعه‌پذیری دوران کودکی، سالمندشناسی، انسان‌شناسی پزشکی، روان‌شناسی و علوم رفتاری، اخلاق پزشکی و اخلاق اجتماعی، زبان و ارتباطات، اقتصاد سلامت و علوم سیاسی، برنامه‌ریزی شهری و روش تحقیق می‌باشد.

می‌تواند باعث دوری پزشک از بیمار و در نهایت عدم موفقیت کامل اقدامات درمانی شود (۲۷، ۲۶).

اگرچه شواهد نشان داد که پیوند عوامل زیستی، رفتاری، روان‌شناختی و اجتماعی با سلامتی و بیماری بسیار قوی است، اما در عمل، تلفیق این دانش با حرفه پزشکی استاندارد به سختی صورت می‌گیرد (۹). به همین علت، برخی دانشگاه‌ها برای بهبود کیفیت آموزش این دروس، از برنامه آموزش معطوف به حل مسأله جامعه‌نگر (Community-based, problem-oriented teaching) استفاده کردند. دانشجویان ابتدا زندگی در یک اجتماع محلی را تجربه می‌نمودند و از طریق مشاهده مستقیم و تعامل مستمر، در مورد مسایل رفتاری و فرهنگی آموزش می‌دیدند. شواهد نشان داد که این شیوه آموزش، هم میزان دانش دانشجویان در حوزه‌های مورد نظر را افزایش می‌دهد و هم رضایت آن‌ها از این دروس را فراهم می‌کند. در این شیوه، دانشجویان با مفاهیم و نظریه‌های پایه و کاربردی جامعه‌شناسی و روان‌شناسی آشنا می‌گردید. همچنین، دانشجویان می‌توانستند واقعیات اجتماعی و رفتاری مرتبط با سلامت را از نزدیک مشاهده و از دانش اجتماعی و رفتاری خود، در تعامل با بیماران در عمل استفاده نمایند (۲۸).

محتوای آموزشی علوم اجتماعی و رفتاری

مصاحبه با متخصصان حوزه پزشکی و علوم اجتماعی و رفتاری نشان داد، مهم‌ترین موضوعاتی که باید در آموزش علوم اجتماعی و رفتاری به دانشجویان پزشکی در نظر گرفته شود، عبارت از «نقش بیمار، درمان‌های رفتاری، دیدگاه‌های جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در خصوص مصرف الکل و مواد مخدر، اندازه‌گیری نشانه‌های غیر عینی مثل درد، درمان‌های پزشکی و درمان‌های جایگزین، فرایندهای روان‌شناختی ریکاوری، تئوری شرطی‌سازی و یادگیری اجتماعی، استراتژی‌های سازگاری، درمان‌های شناختی- رفتاری، دیدگاه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی نسبت به رفتار جنسی، ساختار اجتماعی در سطح خرد و کلان،

روش کار

پژوهش حاضر حاصل یک پیمایش مقطعی و جامعه آماری آن شامل پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری شهر کرمان بود. نمونه‌گیری از پزشکان با توجه به نمونه‌گیری زمانی انجام شد؛ یعنی پزشکان عمومی و متخصص که در برنامه‌های بازآموزی دانشگاه علوم پزشکی شرکت کردند، به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. از بین ۱۳۷ پرسش‌نامه توزیع شده، ۸۶ پرسش‌نامه بازگشت داده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از آن‌جا که اطلاعات زیادی در مورد تعداد دقیق متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری شهر کرمان در دسترس نبود، پرسش‌نامه‌ها به متخصصان (دکتری و کارشناسی ارشد) رشته‌های جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه‌های شهید باهنر، آزاد اسلامی، پیام نور و جامع علمی-کاربردی ارایه شد. در نهایت، ۴۰ پرسش‌نامه بازگشت و تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه ۳۱ گویه‌ای بود. این گویه‌ها با استفاده از نتایج تحقیق پیترز و لیویا (۱۳)، Humayun و Herbert (۱) و IOM (۹) تهیه و تنظیم شد. شرکت‌کننده پس از مطالعه هر گویه، میزان نیاز آموزش آن مورد به دانشجویان رشته پزشکی را اعلام می‌کرد. این پرسش‌نامه سه حیطه مختلف شامل آشنایی با تأثیر ساختار اجتماعی-فرهنگی بر ایجاد و تداوم بیماری (۱۴ گویه)، آشنایی با نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان (۷ گویه) و ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن (۱۰ گویه) را مورد بررسی قرار می‌داد. گویه‌ها در قالب طیف پنج گزینه‌ای لیکرت به شرکت‌کنندگان ارایه گردید و از آن‌ها درخواست شد که میزان موافقت خود با هر گویه را از بسیار زیاد تا بسیار کم اعلام نمایند و سپس نمرات یک تا پنج برای ارزیابی هر گزینه مد نظر قرار گرفت (گزینه بسیار زیاد = نمره ۵ و گزینه بسیار کم = نمره ۱). علاوه بر این، سؤال‌های

دموگرافیک برای شناسایی ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه وجود داشت.

روایی پرسش‌نامه از طریق روایی صوری تأیید شد؛ به طوری که پرسش‌نامه در اختیار پنج نفر از متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری و پزشکان قرار گرفت. برای اطمینان بیشتر از روایی پرسش‌نامه، از روش محاسبه ثبات درونی (Internal consistency) استفاده گردید. در این روش، ضریب همبستگی بین امتیاز هر سؤال با جمع امتیازات سؤال‌های مربوط به آن شاخه معین شد. ضرایب همبستگی بالای ۰/۳ و $P < ۰/۰۵$ نشان داد که سؤال مورد نظر مناسب است و می‌تواند در پرسش‌نامه باقی بماند (۲۹). از این‌رو، ضریب همبستگی یکایک گویه‌های مربوط به هر حیطه با جمع امتیازات همان حیطه محاسبه گردید و با توجه به شرایط فوق، مشخص شد که تمامی سؤال‌ها از اعتبار مناسبی برخوردار هستند. پس از طی این مرحله، برای تعیین پایایی ابزار تحقیق، همبستگی درونی گویه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. ضریب Cronbach's alpha برای حیطه‌های سه‌گانه به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۶۹ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای تحقیق و آزمون χ^2 برای تحلیل یافته‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS، نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی‌داری داده‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع پرسش‌نامه‌های توزیع شده در بین پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری، ۱۲۶ پرسش‌نامه بازگشت و تحلیل گردید (۸۶ پرسش‌نامه از پزشکان و ۴۰ پرسش‌نامه از گروه علوم اجتماعی و رفتاری). تحلیل نتایج نشان داد که ۵۸ درصد مشارکت‌کنندگان زن و ۴۲ درصد آنان مرد بودند و میانگین سنی آن‌ها، $۱۰/۷ \pm ۴/۸$ سال به دست آمد. ۸۶ نفر (۶۸/۳ درصد) در رشته پزشکی، ۱۲/۱ درصد در رشته

روانشناسی، ۵/۶ درصد در رشته علوم تربیتی و ۱۲/۹ درصد در رشته علوم اجتماعی تحصیل می‌کردند.

جدول ۱: مقایسه دیدگاه پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری در حیطه‌های سه‌گانه پرسش‌نامه

جمع	آشنایی با تأثیر ساختار اجتماعی - فرهنگی بر ایجاد و تداوم بیماری			تعداد (درصد)	
	اهمیت کم	اهمیت متوسط	اهمیت زیاد		
۸۶ (۱۰۰)	۱ (۱/۲)	۱۲ (۱۴/۰)	۷۳ (۸۴/۹)		پزشکان
۴۰ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	۴ (۱۰/۰)	۳۶ (۹۰/۰)		متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری
(۱۰۰) ۱۲۶	۱ (۸/۰)	۱۶ (۱۲/۷)	۱۰۹ (۸۶/۵)		جمع
$Pearson\chi^2 = ۰/۸۸۴, df = ۲, P = ۰/۶۴۳$					
	نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان			تعداد (درصد)	
	اهمیت کم	اهمیت متوسط	اهمیت زیاد		
۸۶ (۱۰۰)	۳ (۳/۵)	۲۷ (۳۱/۴)	۵۶ (۶۵/۱)		پزشکان
۴۰ (۱۰۰)	۱ (۲/۵)	۱۱ (۲۷/۵)	۲۸ (۷۰/۰)		متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری
۱۲۶ (۱۰۰)	۴ (۲/۳)	۳۸ (۳۰/۲)	۸۴ (۶۶/۷)		جمع
$Pearson\chi^2 = ۰/۳۱۹, df = ۲, P = ۰/۸۵۳$					
	ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن			تعداد (درصد)	
	اهمیت کم	اهمیت متوسط	اهمیت زیاد		
۸۶ (۱۰۰)	۹ (۱۰/۵)	۷۷ (۸۹/۵)	۰ (۰/۰)		پزشکان
۴۰ (۱۰۰)	۲ (۵/۰)	۳۷ (۹۲/۵)	۱ (۲/۵)		متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری
(۱۰۰) ۱۲۶	۱۱ (۸/۷)	۱۱۴ (۹۰/۵)	۱ (۰/۸)		جمع
$Pearson\chi^2 = ۰/۳۱۱, df = ۲, P = ۰/۲۱۱$					

گروه مشارکت کنندگان در مورد آموزش حیطه اول، تفاوت معنی‌داری نداشت.

آموزش نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان به دانشجویان پزشکی، به نظر ۶۵ درصد پزشکان و ۷۰ درصد متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری از اهمیت بالایی برخوردار بود. کمتر از ۴ درصد شرکت کنندگان در هر دو گروه، آموزش حیطه دوم را کم اهمیت ذکر کردند.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که نزدیک به ۸۵ درصد پزشکان و ۹۰ درصد متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری، آموزش تأثیر ساختار اجتماعی - فرهنگی بر بیماری و تداوم آن را بسیار مهم عنوان نمودند. فقط ۱ درصد پزشکان، آموزش این حیطه را کم‌اهمیت دانستند؛ در حالی که هیچ‌کس از گروه متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری، آموزش این مواد را کم‌اهمیت تلقی نکرد. نتایج آزمون ۲٪ نشان داد که نظرات دو

نتایج آزمون ۲٪ تفاوت معنی داری را بین نظرات دو گروه در مورد آموزش حیطه دوم نشان نداد.

مطابق با یافته‌های جدول ۱، آموزش حیطه ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن از نظر هر دو گروه اهمیت زیادی نداشت و اغلب آنان اهمیت آموزش این حیطه را در حد متوسط بیان کردند (پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری به ترتیب ۸۹/۵ و ۹۲/۵ درصد). همچنین، ۱۰/۵ درصد پزشکان و ۱۱/۰ درصد گروه متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری، آموزش این حیطه را کم‌اهمیت دانستند.

نتایج آزمون ۲٪ بین نظرات دو گروه در مورد آموزش حیطه سوم، تفاوت معنی داری را نشان نداد.

جدول ۱ نشان داد که در هر دو گروه مشارکت کننده، به ترتیب حیطه‌های آشنایی با تأثیر ساختار اجتماعی - فرهنگی بر ایجاد و تداوم بیماری، آشنایی با نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان و ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن، از اهمیت بالایی در آموزش دانشجویان پزشکی برخوردار بود.

جدول ۲: اولویت‌های آموزش علوم اجتماعی در حیطه‌های سه‌گانه به تفکیک دو گروه مشارکت کننده

درصد	حوزه‌هایی که از نظر پزشکان در اولویت قرار گرفت.	درصد	حوزه‌هایی که از نظر سایر مشارکت کنندگان در اولویت قرار گرفت.
حیطه آشنایی با تأثیر ساختار اجتماعی - فرهنگی بر ایجاد و تداوم بیماری			
۹۸/۸	آشنایی با تأثیرات سبک زندگی مرسوم (روابط جنسی، مصرف دخانیات و الکل، نوع تغذیه و...) بر ایجاد و تداوم بیماری	۱۰۰	آشنایی با تأثیرات سبک زندگی مرسوم (روابط جنسی، مصرف دخانیات و الکل، نوع تغذیه و...) بر ایجاد و تداوم بیماری
۹۷/۷	آشنایی با تأثیرات فرهنگ غذایی بر ایجاد و تداوم بیماری	۱۰۰	آشنایی با تأثیرات فرهنگ غذایی بر ایجاد و تداوم بیماری
۹۵/۳	آشنایی با تأثیرات باورها و تابوهای جنسی بر ایجاد و تداوم بیماری	۹۷/۵	آشنایی با تأثیرات باورها و تابوهای جنسی بر ایجاد و تداوم بیماری
۹۵/۳	آشنایی با انواع حمایت اجتماعی و نقش آن در بیماری و تداوم بیماری	۹۷/۵	آشنایی با انواع حمایت اجتماعی و نقش آن در بیماری و تداوم بیماری
۹۷/۵	آشنایی با باورهای اجتماعی که به استیگما در مورد برخی بیماران (مبتلایان به ایدز، بیماران روانی، معتادان و...) منجر می‌شود و در درمان پزشکی خلل ایجاد می‌کند. مانند دندان‌پزشکی که از پذیرفتن بیمار مبتلا به ایدز اجتناب می‌کند.	۹۷/۵	آشنایی با باورهای اجتماعی که به استیگما در مورد برخی بیماران (مبتلایان به ایدز، بیماران روانی، معتادان و...) منجر می‌شود و در درمان پزشکی خلل ایجاد می‌کند. مانند دندان‌پزشکی که از پذیرفتن بیمار مبتلا به ایدز اجتناب می‌کند.
حیطه نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان			
۹۵/۳	تأثیر تفاوت‌های اقتصادی بر پیگیری فرایند درمان	۹۷/۵	تأثیر استیگما (مبتلایان به ایدز، معتادان، بیماران روانی، معلولان و...) بر نابرابری در فرایند درمان؛ مانند پزشک یا پرستاری که از ارائه خدمات درمانی به بیمار مبتلا به ایدز اجتناب می‌کند.
۹۰/۷	تأثیر استیگما (مبتلایان به ایدز، معتادان، بیماران روانی، معلولان و...) بر نابرابری در فرایند درمان. مانند پزشک یا پرستاری که از ارائه خدمات درمانی به بیمار مبتلا به ایدز اجتناب می‌کند.	۹۵/۰	تأثیر تفاوت‌های اقتصادی بر پیگیری فرایند درمان
۸۹/۵	تأثیر تفاوت‌های سنی بر پیگیری فرایند درمان	۹۵/۰	تأثیر تفاوت‌های قومی و مذهبی بر پیگیری فرایند درمان

حیطه ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن			
۹۷/۵	آشنایی با نقش اجتماعی و مسئولیت‌های اجتماعی و اخلاقی پزشک	۹۳/۰	آشنایی با نقش اجتماعی و مسئولیت‌های اجتماعی و اخلاقی پزشک
۹۷/۵	آشنایی با ساختار سازمانی بخش‌های درمانی مانند بیمارستان، درمانگاه و...	۹۳/۰	آشنایی با اصول اخلاقی با تأکید بر زمینه اجتماعی-فرهنگی
۹۵/۰	آشنایی با اصول اخلاقی با تأکید بر زمینه اجتماعی-فرهنگی	۹۳/۰	آشنایی با عوامل اجتماعی مؤثر بر رابطه پزشک و بیمار
۹۵/۰	آشنایی با عوامل اجتماعی مؤثر بر رابطه پزشک و بیمار		
۹۵/۰	آشنایی با سیاست‌گذاری‌های سلامت در سطح خرد و کلان		
۹۵/۰	آشنایی با نقش بیمار (بیمار چگونه بیماری خود را می‌پذیرد و برای درمان اقدام می‌کند).		

جدول ۲، اولویت‌های آموزش علوم اجتماعی را به دانشجویان پزشکی در سه حیطه از دیدگاه دو گروه مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد. پزشکان در حیطه آشنایی با تأثیر ساختار اجتماعی-فرهنگی بر ایجاد و تداوم بیماری، آموزش آشنایی با سبک زندگی، فرهنگ غذایی، خانواده و روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی را به عنوان عوامل تأثیرگذار ذکر نمودند. نظر گروه علوم اجتماعی و رفتاری در دو اولویت اول، با گروه پزشکان مشترک بود، اما آموزش آشنایی با تابوهای جنسی، حمایت اجتماعی و استیگما (مانع حرکت بیمار برای درمان) را مهم تلقی کردند.

پزشکان در حیطه نقش تفاوت‌های اجتماعی در مواجهه بیمار با پزشک و فرایند درمان، به ترتیب تأثیر سه حوزه آموزشی «تفاوت‌های اقتصادی بر نابرابری پیگیری فرایند درمان، تأثیر استیگما بر نابرابری در فرایند درمان و تأثیر تفاوت‌های سنی بر پیگیری فرایند درمان» را در اولویت خود قرار دادند. گروه دوم نیز مانند گروه پزشکان، دو اولویت اول خود را تأثیر استیگما بر نابرابری در فرایند درمان و تأثیر تفاوت‌های اقتصادی بر پیگیری فرایند درمان بیان کردند، اما اولویت‌های بعدی آن‌ها شامل آشنایی با تأثیر تفاوت‌های اقتصادی، قومی و مذهبی بر پیگیری فرایند درمان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نزدیک به ۶۰ سال از توجه جدی کشورهای توسعه یافته به اهمیت علوم اجتماعی و رفتاری در آموزش دانشجویان پزشکی می‌گذرد. این دروس با هدف ارتقای توانایی‌های پزشک در درک، شناخت و رفتار ساختار اجتماعی که در آن مشغول به کار هستند، به برنامه درسی رشته پزشکی اضافه شد. تشخیص اهمیت نقش عوامل محیطی و فرهنگی-اجتماعی در پیدایش بیماری‌ها از یک سو و تغییر الگوی بیماری‌ها در جوامع مدرن از بیماری‌های حاد به بیماری‌های مزمن (که رفتار، برداشت و انتظارات بیمار در کنترل آن‌ها اهمیت می‌یابد) از سوی دیگر، توجه به ادغام علوم اجتماعی و رفتاری در برنامه آموزش رشته پزشکی را افزایش داد.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، دو گروه پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری، آموزش مؤلفه‌های مختلف علوم اجتماعی (در قالب حیطه‌های سه‌گانه) به

هر دو گروه در حیطه ساختار سازمانی درمان و نقش‌های اجتماعی درون آن، اولویت را به آشنایی با نقش اجتماعی و مسئولیت‌های اجتماعی و اخلاقی پزشک، آشنایی با اصول

اجتماعی- رفتاری آموزش دیده و علاقمند باشند)، کمبود منابع درسی معتبر و تفاوت نظام‌های ارزیابی دانشجویان را به عنوان مهم‌ترین موانع موفقیت آموزش علوم اجتماعی و رفتاری در دانشکده‌های پزشکی معرفی کرد (۱۳).

بیشتر دانشکده‌های پزشکی ایالات متحده آمریکا، آموزش علوم اجتماعی و رفتاری را در برنامه درسی خود قرار داده‌اند، اما IOM در سال ۲۰۰۲ مهم‌ترین موانع موفقیت این سیستم آموزشی را تحت عنوان تنوع سرفصل‌ها (که از سویی باعث ابهام در درک موضوع می‌شود و از سوی دیگر متناسب با زمان محدود برای ارایه دروس نیست)، شیوه نامناسب تدریس و ارزیابی دانشجویان، (با توجه به این که این دروس در دو سال اول آموزش دانشجویان ارایه می‌شود و آنان هنوز وارد عرصه نشده‌اند، بیشتر استادان از روش تدریس سخنرانی استفاده می‌کنند و ارزیابی‌ها نیز بیشتر به صورت امتحان از محفوظات برگزار می‌شود) و عدم یکپارچگی و سنخیت دروس (۳۰، ۹) اعلام کرد. تحقیق دیگری در آمریکا نشان داد که موفقیت محدود برنامه آموزشی حاوی دروس علوم اجتماعی و رفتاری در دانشکده‌های پزشکی آمریکا، مربوط به عدم درک ارتباط بین این دروس و حرفه پزشکی در دانشجویان، موضوعات و عناوین درسی بسیار زیاد و محدودیت بالای استادان مجرب بود؛ چرا که بیشتر استادانی که در حوزه علوم انسانی تحصیل کرده‌اند، آشنایی نزدیک با حوزه پزشکی ندارند و این امر در مورد عدم آشنایی استادان حوزه پزشکی، از علوم انسانی صادق بود. از این‌رو، استفاده از هر کدام از این استادان، مشکلات خاص خود را ایجاد می‌نمود (۸).

مرور تجارب کشورهای پیشرو در زمینه آموزش علوم اجتماعی و رفتاری (ایالات متحده آمریکا و انگلستان) نشان داد که این کشورها با تغییر برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی و توجه جدی به این علوم، مسیر پریپ و خمی را طی کرده‌اند و هنوز هیچ دانشگاهی نتوانسته است به طور کامل بر موانع توسعه آموزش مشتمل بر علوم انسانی فایق آید. یکی از تهدیدهای مهم در این خصوص، تدریس این دروس بدون

دانشجویان را مهم شمردند. هرچند یافته‌های جداول ۱ تا ۳ نشان می‌دهد که متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری در مقایسه با پزشکان، اهمیت بیشتری برای آموزش علوم اجتماعی به دانشجویان قایل بودند، اما تحلیل‌های آماری حاکی از آن بود که تفاوت معنی‌داری میان دیدگاه‌های دو گروه وجود نداشت. تحقیق مشابهی که در انگلستان انجام شد، تفاوت معنی‌داری را میان دیدگاه‌های دو گروه نشان نداد (۱۳). بررسی دیدگاه هر دو گروه نسبت به اولویت‌های آموزشی، توافق بر سر تعداد زیادی از آن‌ها را مشخص نمود. فقط گروه علوم اجتماعی و رفتاری به مسایل جزئی‌تری همچون عوامل قومیتی، مذهبی، سازمانی و سیاست‌گذاری توجه نمودند (جدول ۲) که بیشتر به دلیل موارد آموزشی است که این افراد در حین تحصیل از آن سود برده‌اند.

با توجه به اهمیت آموزش علوم اجتماعی و رفتاری در رشته پزشکی، پیشنهاد می‌شود که در بازنگری برنامه آموزشی، لزوم آموزش علوم اجتماعی در این رشته مورد توجه قرار گیرد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که هم پزشکان و هم متخصصان علوم اجتماعی بر این نوع آموزش تأکید می‌کردند و آن را مهم می‌دانستند. در این راستا، استفاده از تجارب سایر کشورها به خصوص در زمینه موانع و محدودیت‌های آموزش علوم مورد نظر در رشته پزشکی و شیوه‌های فایق آمدن بر آن‌ها، از اهمیت بسزایی برخوردار است. اگرچه سال‌ها از توجه جدی دانشگاه‌های کشورهای توسعه یافته به لزوم ادغام دروس اجتماعی و رفتاری در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی می‌گذرد (۷)، اما شواهد نشان می‌دهد که علاوه بر بازنگری‌های مکرر در برنامه درسی و اتخاذ رویکردهایی برای بهبود کمیت و کیفیت دروس اجتماعی و رفتاری، هنوز موانع مهمی بر سر راه تدریس آن‌ها در دانشکده‌های پزشکی وجود دارد. به عنوان مثال تحقیقی که در انگلستان انجام شد، عواملی همچون تفاوت دیدگاه‌های استادان رشته علوم اجتماعی و رفتاری با استادان رشته پزشکی، محدودیت پرسنلی (کمبود کارمندان و استادانی که در هر دو حوزه پزشکی و علوم

پزشکی، می‌تواند به بازبینی سرفصل‌ها و محتوای دروس کمک کند و از این طریق از حاشیه‌ای شدن این دروس در دانشکده‌های پزشکی جلوگیری نماید.

سپاسگزاری

در اینجا از همکاری صمیمانه تمام پزشکان و متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری که وقت خود را در اختیار محقق گذاشته و با دقت به سوالات پاسخ دادند تشکر و قدر دانی به عمل می‌آید.

References:

- Humayun A, Herbert M. Towards behavioural sciences in undergraduate training: a core curriculum. *J Pak Med Assoc.* 2011; 61(8):800-7.
- Satterfield JM, Adler SR, Chen HC, Hauer KE, Saba GW, Salazar R. Creating an ideal social and behavioural sciences curriculum for medical students. *Med Educ.* 2010;44(12):1194-202.
- Gotay CC. Behavior and cancer prevention. *J Clin Oncol.* 2005;23(2):301-10.
- Stodder AL. Subadult stress, morbidity, and longevity in Latte Period populations on Guam, Mariana Islands. *Am J Phys Anthropol.* 1997; 104(3):363-80.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol.* 2005;5(3):243-51.
- Post DM, Stone LC, Knutson DJ, Gutierrez TL, Sari F, Hudson WA. Enhancing behavioral science education at the Ohio State University College of Medicine. *Acad Med.* 2008; 83(1):28-36.
- Isaac M, Rief W. Role of behavioural and social sciences in medical education. *Curr Opin Psychiatry.* 2009; 22(2):184-7.
- Benbassat J, Baumal R, Borkan JM, Ber R. Overcoming barriers to teaching the behavioral and social sciences to medical students. *Acad Med.* 2003; 78(4):372-80.
- Vanselow NA, Cuff P. Improving medical education: Enhancing the behavioural and social science content of medical school curricula. Washington, DC: National Academic Press; 2004.
- T Lancet. The soft science of medicine. *The Lancet.* 2004; 363: 9417.
- Shaikh AAG, Hashmi SK. Curriculum of MBBS. [Cited 2010 Feb 12]. Available from: <http://www.pmdc.org.pk/LinkClick.aspx?fileticket=EKfBIOSDTkE%3d&tabid=102&mid=556>.
- World Health Organization. Psychosocial issues and ethics in medical education. World Health Organization: Thailand, Bangkok. 2005.
- Peters S, Livia A. Relevant behavioural and social science for medical undergraduates: a comparison of specialist and non-specialist educators. *Med Educ.* 2006; 40(10):1020-6.
- Litva A, Peters S. Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. *Med Educ.* 2008; 42(3):309-14.
- Satterfield JM, Mitteness LS, Tervalon M, Adler N. Integrating the social and behavioral sciences in an undergraduate medical curriculum: the UCSF essential core. *Acad Med.* 2004; 79(1):6-15.
- Jones R, Pitama S, Huria T, Poole P, McKimm J, Pinnock R, et al. Medical education to improve Māori health. *N Z Med J.* 2010; 123(1316):113-22.
- Dacey ML, Wintrob RM. Human behavior: Human behavior: the teaching of social and behavioral sciences in medical schools. *Soc Sci Med.* 1973; 7(12):943-57.
- Peterson CD, Rdesinski RE, Biagioli FE, Chappelle KG, Elliot DL. Medical student perceptions of a behavioural and social science curriculum. *Ment Health Fam Med.* 2011; 8(4):215-26.
- Sandhu G, Garcha I, Sleeth J, Yeates K, Walker GR. AIDER: a model for social accountability in medical education and practice. *Med Teach.* 2013; 35(8):e1403-8.
- Oonagh C, Pinchen I. Tomorrow's doctors, a changing profession: reformation in the UK medical - education system. In: Brosnan C, Turner BS, eds. *Handbook of the sociology of medical education.* London: Routledge; 2009: 242-60.
- Jefferys M. Social science and medical education in Britain: a sociologic analysis of their relationship. *Int J Health Serv.* 1974; 4(3):549-63.

22. General medical council. Annual Review. [Cited 2003 Apr 12]. Available from: http://www.gmc-uk.org/annual_review_2003_4.pdf_25417171.pdf.
23. Paasche-Orlow MK, Wilson EAH, McCormack L. Health Literacy Research: Current Status and Future Directions. *J Health Comm.* 2010; 15(suppl 2):1-225.
24. Matusitz J, Spear J. Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Soc Work Public Health.* 2014; 29(3):252-66.
25. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev.* 2000; 57 Suppl 1:181-217.
26. Maleku A, Aguirre RT. Culturally competent health care from the immigrant lens: a qualitative interpretive meta-synthesis (QIMS). *Soc Work Public Health.* 2014; 29(6):561-80.
27. Flores G. Culture and the patient–physician relationship: achieving cultural competency in health care. *J Pediatr.* 2000; 136(1):14-23.
28. Brook DW, Gordon C, Meadow H, Cohen MC. Behavioral medicine in medical education: report of a survey. *Soc Work Health Care.* 2000; 31(2):15-29.
29. Chehrei A, Haghdoost AA, Fereshtehnejad SM, Bayat A. *Statistical Methods in Medical Science Researches Using SPSS Software.* First Ed. Tehran: Pazhvak e Elm e Arya Pub; 2010. [In Persian]
30. Russell A, van Teijlingen E, Lambert H, Stacy R. Social and behavioural science education in UK medical schools: current practice and future directions. *Med Educ.* 2004; 38(4):409-17.

The comparison of viewpoints of the physicians and specialists in social and behavioral sciences about the need for education of social science to students of medicine

Saideh Garousi¹

1. PhD in Sociology, Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Humanities, University of Shahid Bahonar, Kerman, Iran

• **Received:** 23 Nov, 2015

• **Received Corrected Version:** 13 Jan, 2016

• **Accepted:** 16 Jan, 2016

Background & Objective: In recent years, regarding to the effective and undeniable role of, social and behavioral factors in the disease, health and mortality, many medical colleges in developed and developing countries hold social and behavioral sciences in training program of medical students. In addition, a physician is at the direct interaction with the patients with different social, cultural and economic conditions; so, some medical colleges aim to enhance and improve the interaction between the physician and patients and it is related to social and behavioral sciences. Social and behavioral sciences include a wide spectrum of sciences such as sociology, psychology, medical anthropology, medical ethics, economy, health policy and urban planning. This study aimed to determine physicians and social scientists attitudes about the need for social science education in medical schools.

Methods: The information was collected via distributing a questionnaire among 126 persons. The questions were in three fields of the effects of sociocultural structure on establishment and continuation of the disease, the role of cultural differences on the physician and patient relationship, and the process and structure of the treatment and the social roles inside it.

Results: In terms of both physicians and social science specialists, social science education for students of medicine was necessary. Both groups agreed on key areas and priority. There was no significant difference between the two points of views.

Conclusion: The results of this research could be contributed to the revision of the curriculum of medical education.

Key Words: Medical education, Social sciences, Behavioral sciences, Sociology, Psychology

***Correspondence:** Department of Sociology, Faculty of Humanities, University of Shahid Bahonar, Kerman, Iran

• **Tel:** (+98) 34 3322 9065

• **Fax:** (+98) 34 3320 2388

• **Email:** sgarousi@uk.ac.ir