

تبیین نابرابری‌های سلامت و سرمایه اجتماعی غیر مبتلایان و مبتلایان به سرطان مراجعه کننده به انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمد توکل^۱، محسن ناصری راد^۲

چکیده

زمینه و هدف: سرمایه اجتماعی یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت است که ممکن است نقش بسزایی در نابرابری‌های سلامت داشته باشد. میزان سرمایه اجتماعی که افراد بدست می‌آورند نسبت به موقعیت‌های اجتماعی متفاوت است و همه افراد نمی‌توانند از منابع اجتماعی سرمایه اجتماعی به طور یکسان برخوردار باشند. هدف این پژوهش، مطالعه تأثیر ابعاد سرمایه اجتماعی بر ابتلاء به سرطان در مراجعه کنندگان به انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان‌های معده، کولون و پستان بالاتر از ۱۴ سال مراجعه کننده به انستیتو کانسر تهران در شش ماهه اول سال ۱۳۸۸ است. حجم نمونه برابر با ۱۰۶ نفر است که با روش نمونه‌گیری احتمالی طبقه بندی شده متناسب انتخاب گردیده‌اند. سرمایه اجتماعی بر دو بعد ساختاری و شناختی تأکید دارد. علاوه بر این، بر سرمایه اجتماعی شخصی تأکید شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که سرطان نمی‌تواند صرفاً بر حسب عوامل مستقیم آن شناخته شود. نابرابری‌های سلامت و سرطان حاصل تعامل توأمان مؤلفه‌های مختلف سرمایه اجتماعی با فاکتورهای رفتاری/روانشناختی و بیولوژیک است. افرادی که در زندگی از سرمایه اجتماعی مشابهی برخوردارند، استرس و رفتارهای ناسالم مرتبط با سرطان را به وجوه متفاوتی تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری: افزایش یا کاهش برخورداری از هر یک از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، بعنوان بخشی از سیاست‌های اجتماعی، می‌تواند به تغییر در میزان ابتلاء به سرطان بیانجامد.

واژه‌های کلیدی: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، جامعه شناسی سلامت، سرطان، سرمایه اجتماعی، نابرابری‌های سلامت

* نویسنده مسئول :

دکتر محمد توکل ؛

دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

Email :

Mtavakol@ut.ac.ir

- پذیرش مقاله : اردیبهشت ۱۳۹۱

- دریافت مقاله : دی ۱۳۹۰

مقدمه

در سطح بین المللی، توجه فزاینده‌ای به علل نابرابری‌های سلامت شده است و ذهن همگان را متوجه تعیین کننده‌های سلامت بویژه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در جوامع ساخته است (۱).

در این باره، یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی که می‌تواند نقش مؤثری در نابرابری‌های سلامت و بیماری داشته باشد، سرمایه اجتماعی است. ایده سرمایه اجتماعی می‌تواند به بهترین وجه در مورد نقش و سهم «اجتماع» در سلامت فردی درک شود. در چارچوب سرمایه اجتماعی، احتمالاً شیوه‌ای که جامعه مان را سازمان می‌بخشیم، میزان کمکی که به تعامل میان شهروندان می‌کنیم و درجه اعتماد و همبستگی با یکدیگر در اجتماعات مهمترین تعیین

^۱ استاد گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی،

دانشگاه تهران، تهران، ایران

سرطان‌ها در مردان سرطان معده و در زنان سرطان پستان است. سرطان پستان اولین سرطان رایج و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. بر اساس آمار انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸، پس از سرطان‌های پوستی فراوان‌ترین سرطان‌ها در مراجعه کنندگان، در مردان به ترتیب سرطان معده و کلون و در زنان به ترتیب سرطان پستان و کلون است.

از زمان ورود مفهوم سرمایه اجتماعی تاکنون، پژوهش‌های مرتبط با سلامت عمدتاً بر اساس مفهوم سازی پاتنام (۱۹۹۵) از سرمایه اجتماعی انجام پذیرفته است. با وجود این، کاربرد این مفهوم سازی در سلامت مورد نقد قرار گرفته است. اخیراً این مفهوم سازی بسوی جنبه‌های مهم از دست رفته سرمایه اجتماعی در گفتمان سلامت عمومی بویژه فهم سرمایه اجتماعی بعنوان «منابع در دسترس حاصل از عضویت در شبکه‌های اجتماعی» که توسط نان لین (۱۹۹۹) مطرح گردیده و نیز نظریه مبتنی بر شبکه اجتماعی پیر بردیو تغییر یافته است. این تغییر به منظور تبیین سرمایه اجتماعی و سلامت بوده است (۱۲).

اگرچه در دهه‌های اخیر تعیین کننده‌های اجتماعی شیوع سرطان توجه زیادی را به خود جلب نموده است، اما توجه چندانی به سرمایه اجتماعی نشده است. مفهوم سرمایه اجتماعی نقش و سهم عمده‌ای در پژوهش در زمینه نابرابری‌های سلامت دارد. کار بیشتر در این زمینه مستلزم این است که نشان دهیم سرمایه اجتماعی چگونه بر سلامت تأثیر می‌گذارد (۱۴ و ۱۳).

دستاوردها و نتایج این مطالعه می‌تواند دارای آثار پیش بینی کننده، اصلاحی یا توصیفی بر پزشکی باشد (۱۵). هدف پژوهش تجربی حاضر، مطالعه تأثیر مؤلفه‌های مختلف سرمایه اجتماعی بر ابتلاء به بیماری سرطان در افراد مراجعه کننده به انستیتو کانسر است.

کننده‌های سلامت ما است (۲ و ۳). گروه‌های معینی از مردم نسبت به سایرین از سلامت بسیار بیشتری برخوردارند و از طرفی، میزان سرمایه اجتماعی که افراد بدست می‌آورند نسبت به موقعیت‌های اجتماعی متفاوت است (۴). همه افراد نمی‌توانند به منابع ارزشمند اجتماعی که توسط سرمایه اجتماعی در اختیارشان قرار می‌گیرد به طور یکسان دسترسی داشته باشند. از اینرو، برخی افراد منابع بیشتری برای مقابله با بیماری دارند.

ابتلاء به سرطان مجموعه‌ای از مسائل جسمی، روحی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را شامل می‌شود و بر تمامی جنبه‌های زندگی فرد و دوره‌های مختلف زندگی او تأثیر می‌گذارد (۵-۸). از ابتدای قرن بیستم، بیماری مزمن سرطان به مثابه‌ای مسئله‌ای اجتماعی مشخصاً در افرادی خاص ظاهر شده است. در ایران بروز و فراوانی سرطان‌ها از الگوی ویژه‌ای پیروی می‌کند و با در نظر گرفتن همه بیماری‌ها و جامعه و هرم سنی فعلی، سرطان از فراوانی کمتری در ایران نسبت به سایر کشورها برخوردار است حال آن که این روند به علت تغییر ترکیب سنی در دهه‌های بعدی متحول می‌شود. در ایران، سرطان سومین عامل مرگ و میر در کشور است (۹ و ۱۰).

از تعداد کل ۵۹۷۸۶ مورد سرطان ثبت شده سال ۸۵ تعداد ۳۳/۷۷۰ مورد (۵۶/۴۹٪) موارد سرطان آن مربوط به مردان و ۲۶/۰۱۶ (۴۳/۵۱٪) مورد مربوط به زنان بوده است. همچنین، از تعداد کل ۶۲۰۴۰ مورد سرطان ثبت شده سال ۸۶ تعداد ۳۴۶۳۶ مورد (۵۵/۸۱٪) موارد سرطان آن مربوط به مردان و ۲۷۴۰۴ (۴۴/۱۹٪) مورد مربوط به زنان بوده است. در سالیان اخیر، بیش از یک سوم موارد جدید سرطان در هر دو جنسیت مربوط به دستگاه گوارش بوده است (۱۱). بر اساس نتایج برنامه ثبت سرطان در ایران در سال ۱۳۸۸، پس از سرطان‌های پوستی، فراوان‌ترین

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است. در این مطالعه، گروه نمونه براساس داشتن یا نداشتن بیماری سرطان انتخاب شده‌اند. افرادی که نوع مورد نظر بیماری سرطان را دارند (گروه نمونه) و آنها که بیماری سرطان ندارند (گروه شاهد) ولی از جهات ویژگی‌های سنی، پایگاه زناشویی، درآمد ماهیانه خانوار، جنسیت و سابقه وراثتی مشابه هستند، مقایسه شده‌اند. در واقع، به گذشته مبتلایان به سرطان توجه شد تا ببینیم آیا مشخصاتی در آنها وجود دارد که متفاوت از غیرمبتلایان باشد.

جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان‌های معده، کولون و پستان بالاتر از ۱۴ سال مراجعه کننده به انستیتو کانسر در شش ماهه اول سال ۱۳۸۸ است. حجم نمونه برابر با ۱۰۶ نفر (سرطان معده = ۲۸ نفر، سرطان کولون = ۳۱ نفر، سرطان پستان = ۴۷ نفر) برآورد شده است که بر اساس فرمول کوکران
$$n = \frac{N^2 P(1-P)}{Nd^2 + t^2 P(1-P)}$$
 و با روش نمونه‌گیری احتمالی طبقه بندی شده (برحسب جنس) متناسب انتخاب گردیده‌اند. به منظور تعیین گروه شاهد، برابر با تعداد بیماران مبتلا به سرطان تعداد ۱۰۶ نفر از غیر مبتلایان به سرطان دارای ویژگی‌های سنی، پایگاه زناشویی، درآمد ماهیانه خانوار، جنسیت و سابقه وراثتی هم‌تا با بیماران مبتلا به هر یک از انواع سرطان، انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بسته است که از طریق مصاحبه حضوری اجرا گردیده است.

شاخص‌های سرمایه اجتماعی که برای مجموعه‌ای از فرهنگ‌ها مناسب‌اند ممکن است برای مجموعه‌های فرهنگی دیگر کاملاً نامناسب باشند و لذا نمی‌توان سرمایه اجتماعی جوامع مختلف را با یک شاخص واحد سنجید. لذا در مطالعه حاضر تنها کنش‌هایی برای پژوهش درباره سرمایه اجتماعی در نظر گرفته

شده‌اند که به نظر مردم ایران به صورت فردی انجام می‌شوند نه جمعی و بنابراین، بر «سرمایه اجتماعی شخصی» تأکید شده است. سرمایه اجتماعی بعنوان مجموعه منابع نهفته در شبکه اجتماعی یا دیگر ساختارهای اجتماعی که توسط افراد و گروه‌ها کسب می‌شود تا با تسهیل کنش جمعی منافع شان تأمین گردد، تعریف شده است. سرمایه اجتماعی بر ابعاد ساختاری (شامل مؤلفه مشارکت اجتماعی) و شناختی (شامل مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی و حس همبستگی اجتماعی) تأکید داشته است که متغیرهای مستقل این مطالعه هستند. مشارکت اجتماعی نوعی فرآیند تعاملی چند بعدی است که افراد به طور آگاهانه، داوطلبانه و سازمان یافته با در نظر گرفتن هدف‌های معین که منجر به بهره‌مند شدن از منافع جمعی می‌گردد، انجام می‌دهند. سنجش میزان مشارکت اجتماعی بر اساس مقیاس محقق ساخته دوازده سؤالی در دو بعد کلی عینی و ذهنی صورت گرفته است. گویه‌های بعد عینی بر روی طیف پنج درجه‌ای ترتیبی خیلی زیاد، زیاد، بعضی وقت‌ها، به ندرت و اصلاً و گویه‌های بعد ذهنی بر روی طیف پنج درجه‌ای لیکرت کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف مندرج شده است. اعتماد اجتماعی عبارت است از مطمئن بودن و ریسک پذیری درباره کنش‌های احتمالی دیگران در آینده و انتظار نتایج مثبت. سنجش میزان اعتماد اجتماعی بر اساس مقیاس بیست سؤالی محقق ساخته در سه بعد اعتماد بنیادین، اعتماد تعمیم یافته و اعتماد سیستم (نظام) صورت گرفته است. گویه‌های بعد اعتماد بنیادین بر روی طیف پنج درجه‌ای ترتیبی خیلی زیاد، زیاد، بعضی وقت‌ها، به ندرت و اصلاً مندرج شده است. گویه‌های بعد اعتماد تعمیم یافته و اعتماد سیستم بر روی طیف پنج درجه‌ای لیکرت کاملاً

درآمد ماهیانه خانوار خیلی پایین (کمتر از ۲۵۰ هزار تومان) و نیز پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان) (۴۲/۹ درصد) داشته‌اند. اکثراً دارای تأهل (۸۲/۱ درصد) بوده و سابقه وراثتی (۸۹/۲ درصد) نیز نداشته‌اند. اکثر مبتلایان به سرطان کلون دارای جنسیت مرد، رده سنی ۶۴-۷۳، درآمد ماهیانه خانوار پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان)، تأهل و عدم سابقه وراثتی بوده‌اند. اکثر مبتلایان به سرطان پستان دارای جنسیت زن، رده سنی ۴۳-۴۳، درآمد ماهیانه خانوار پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان)، تأهل و عدم سابقه وراثتی بوده‌اند. جدول ۱ نشان می‌دهد که اکثر مبتلایان به سرطان پستان دارای جنسیت زن (۹۵/۷ درصد)، رده سنی ۴۳-۳۴ (۴۰/۴ درصد)، درآمد ماهیانه خانوار پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان) (۷۲/۳ درصد)، تأهل (۷۴/۵ درصد) و عدم سابقه وراثتی (۷۲/۳ درصد) بوده‌اند.

بنابر نتایج جدول ۲، رویهم رفته، میانگین مشارکت اجتماعی مبتلایان به سرطان‌های معده، کلون و پستان کمتر از غیرمبتلایان است. میانگین اعتماد اجتماعی مبتلایان به سرطان پستان کمتر از غیرمبتلایان است. میانگین احساس همبستگی اجتماعی مبتلایان به سرطان‌های معده، کلون و پستان کمتر از غیرمبتلایان است. بر اساس جدول ۳، بین مجموعه ابعاد سرمایه اجتماعی و سرطان معده همبستگی ضعیفی وجود دارد و اعتماد اجتماعی بیشترین تأثیر را در تبیین تفاوت بین دو گروه مبتلایان و غیرمبتلایان دارد. بین مجموعه ابعاد سرمایه اجتماعی و سرطان کلون همبستگی ضعیفی وجود دارد و مشارکت اجتماعی بیشترین تأثیر را در تبیین تفاوت بین دو گروه دارد. بین مجموعه ابعاد سرمایه اجتماعی و سرطان پستان همبستگی متوسطی وجود دارد و مشارکت اجتماعی بیشترین تأثیر را در تبیین تفاوت بین دو گروه دارد. تأثیر و همبستگی ابعاد سرمایه اجتماعی با هیچ یک از سرطان‌های معده و کلون معنادار نیست. اما، تأثیر و

موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف مندرج شده است. حس همبستگی اجتماعی به حالتی روانشناختی اطلاق گردیده است که دلالت بر اجماع در بین اعضای اجتماع دارد. سنجش میزان حس همبستگی اجتماعی از طریق پرسشنامه تطبیق یافته و کوتاه شده ۱۷ سؤالی فسler در شش بعد روح اجتماع، روابط میان شخصی، خانواده و اجتماع، مسجد، رفتار اقتصادی و شورای محلی صورت گرفته است. پرسشنامه خودساخته بر اساس طیف پنج درجه‌ای ترتیبی کاملاً درست، درست، نمی‌دانم، نادرست، کاملاً نادرست مندرج شده است. اعتبار از طریق اعتبار سازه سنجیده شده است که برای دستیابی به آن از شیوه همسانی درونی استفاده شده است. پایایی از طریق آلفای کرونباخ و با ۴۰ نفر از نمونه سنجیده شده است که ضریب پایایی هر یک از ابعاد مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و حس همبستگی اجتماعی به ترتیب برابر ۶۶، ۸۰ و ۷۴ درصد بوده است. متغیر وابسته این مطالعه، پایگاه ابتلاء به انواع مورد نظر بیماری سرطان است. بیماری سرطان و انواع مورد نظر آن با استناد به نتایج آزمایشات پزشکی موجود در پرونده بیماران تأیید گردیده است. ناشناسی، رازداری، رضایت آگاهانه و آسیب نرساندن و حق داشتن حریم زندگی خصوصی پاسخگویان به عنوان ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید. داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه‌های ساختمان، با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS 17.0 و تحلیل تشخیصی، تحلیل همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

بنابر نتایج جدول ۱، اکثر مبتلایان به سرطان معده دارای جنسیت مرد (۷۱/۴ درصد) بوده‌اند، در رده سنی ۴۳-۳۴ و نیز ۶۳-۵۴ (۲۵/۰ درصد) قرار داشته و

سرطان‌های معده، کلون و پستان معنادار نیست. تأثیر حس همبستگی اجتماعی و همبستگی آن با هیچ یک از سرطان معده، کلون و پستان معنادار نیست. علیرغم این، تأثیر مشارکت اجتماعی و همبستگی آن با سرطان پستان معنادار و مثبت است.

همبستگی ابعاد سرمایه اجتماعی با سرطان پستان معنادار است. ۰/۱۸۲ از واریانس سرطان پستان توسط ابعاد سرمایه اجتماعی تبیین می‌شود. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تأثیر و همبستگی مشارکت اجتماعی با هیچ یک از سرطان‌های معده و کلون معنادار نیست. تأثیر و همبستگی اعتماد اجتماعی با هیچ یک از

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک هم‌تاسازی شده مبتلایان و غیر مبتلایان به سرطان

| | سرطان معده | | سرطان پستان | | سرطان کلون | |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | مبتلایان | غیر مبتلایان | مبتلایان | غیر مبتلایان | مبتلایان | غیر مبتلایان |
| | فراوانی درصدی | فراوانی درصدی | فراوانی درصدی | فراوانی درصدی | فراوانی درصدی | فراوانی درصدی |
| جنسیت | | | | | | |
| مرد | ۲۰ | ۷۱/۴ | ۲ | ۴/۳ | ۱۶ | ۵۱/۶ |
| زن | ۸ | ۲۸/۶ | ۴۵ | ۹۵/۷ | ۱۵ | ۴۸/۴ |
| سن | | | | | | |
| ۱۴-۲۳ | ۱ | ۳/۶ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ |
| ۲۴-۳۳ | ۱ | ۳/۶ | ۷ | ۱۰/۶ | ۲ | ۶/۵ |
| ۳۴-۴۳ | ۷ | ۲۵ | ۲۱ | ۴۰/۴ | ۸ | ۲۵/۸ |
| ۴۴-۵۳ | ۲ | ۷/۱ | ۱۱ | ۲۹/۸ | ۴ | ۱۲/۹ |
| ۵۴-۶۳ | ۷ | ۲۵ | ۵ | ۱۲/۸ | ۵ | ۱۶/۱ |
| ۶۴-۷۳ | ۵ | ۱۷/۹ | ۲ | ۶/۴ | ۹ | ۲۹ |
| ۷۴-۸۳ | ۵ | ۱۷/۹ | ۰ | ۰ | ۱ | ۳/۲ |
| ۸۴-۹۳ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲ | ۶/۵ |
| ۹۴ و بالاتر | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ |
| درآمد ماهیانه خانوار | | | | | | |
| کمتر از ۲۵۰ هزار تومان | ۱۲ | ۴۲/۹ | ۶ | ۸/۵ | ۸ | ۲۵/۸ |
| ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان | ۱۲ | ۴۲/۹ | ۲۵ | ۷۲/۳ | ۲۰ | ۶۴/۵ |
| ۵۰۰ تا ۷۵۰ هزار تومان | ۴ | ۱۴/۳ | ۷ | ۱۰/۶ | ۱ | ۳/۲ |
| ۷۵۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ تومان | ۰ | ۰ | ۳ | ۸/۵ | ۰ | ۰ |
| بیش از ۱۰۰۰۰۰۰۰ تومان | ۰ | ۰ | ۶ | ۰ | ۲ | ۶/۵ |
| پایگاه زناشویی | | | | | | |
| مجرد | ۲ | ۷/۱ | ۱۲ | ۱۰/۶ | ۳ | ۹/۷ |
| متاهل | ۲۳ | ۸۲/۱ | ۳۴ | ۷۴/۵ | ۲۷ | ۸۷/۱ |
| همسر فوت شده | ۳ | ۱۰/۷ | ۵ | ۸/۵ | ۱ | ۳/۲ |
| همسر جدا شده | ۰ | ۰ | ۱ | ۶/۴ | ۰ | ۰ |
| هرگز ازدواج نکرده | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ |
| سابقه وراثتی | | | | | | |
| دارای سابقه ارثی | ۳ | ۱۰/۷ | ۱۳ | ۲۷/۷ | ۷ | ۲۲/۶ |
| عدم سابقه ارثی | ۲۵ | ۸۹/۳ | ۳۴ | ۷۲/۳ | ۲۴ | ۷۷/۴ |

جدول ۲: آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی

| غیر مبتلایان | | مبتلایان | | ابعاد سرمایه اجتماعی |
|--------------|--------------|----------|--------------|----------------------|
| میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| | | | | سرطان معده |
| ۳۱/۵۳ | ۷/۵۲ | ۴/۱۸ | ۳۰/۱۴ | مشارکت اجتماعی |
| ۶۶/۴۶ | ۷/۶۷ | ۱/۰۳ | ۶۸/۱۰ | اعتماد اجتماعی |
| ۴۹/۳۲ | ۸/۵۸ | ۹/۲۵ | ۴۷/۶۴ | حس همبستگی اجتماعی |
| | | | | سرطان کلون |
| ۳۱/۳۲ | ۶/۵۵ | ۴/۹۵ | ۲۹/۵۸ | مشارکت اجتماعی |
| ۶۷/۲۵ | ۹/۷۵ | ۷/۸۷ | ۶۶/۶۴ | اعتماد اجتماعی |
| ۴۹/۰۹ | ۹/۷۸ | ۱/۰۸ | ۴۷/۶۱ | حس همبستگی اجتماعی |
| | | | | سرطان پستان |
| ۳۰/۵۳ | ۵/۲۶ | ۴/۸۳ | ۲۷/۵۷ | مشارکت اجتماعی |
| ۶۵/۴۰ | ۱/۰۱ | ۶/۶۴ | ۶۲/۵۳ | اعتماد اجتماعی |
| ۴۶/۵۱ | ۹/۷۴ | ۹/۹۲ | ۴۳/۶۱ | حس همبستگی اجتماعی |

جدول ۳: نتایج همبستگی کانونی، ضریب تشمیصی و تملیل رگرسیون لجستیک برای ابعاد سرمایه اجتماعی

| ضریب تشمیصی | همبستگی کانونی | کای اسکوتر | معناداری | ضریب تعیین | ابعاد سرمایه اجتماعی |
|-------------|----------------|------------|----------|------------|----------------------|
| | | | | | سرطان معده |
| ۰/۵۶۸ | ۰/۱۹۵ | ۲/۱۸۱ | ۰/۵۳۵ | ۰/۰۵۱ | مشارکت اجتماعی |
| -۰/۷۳۸ | | | | | اعتماد اجتماعی |
| ۰/۶۸۱ | | | | | حس همبستگی اجتماعی |
| | | | | | سرطان کلون |
| ۰/۸۳۲ | ۰/۱۶۹ | ۱/۷۹۱ | ۰/۶۱۷ | ۰/۰۳۸ | مشارکت اجتماعی |
| -۰/۲۸۸ | | | | | اعتماد اجتماعی |
| ۰/۴۷۱ | | | | | حس همبستگی اجتماعی |
| | | | | | سرطان پستان |
| ۰/۸۸۵ | ۰/۳۶۶ | ۱۳/۷۷۴ | **۰/۰۰۳ | ۰/۱۸۲ | مشارکت اجتماعی |
| ۰/۴۶۵ | | | | | اعتماد اجتماعی |
| ۰/۳۶۹ | | | | | حس همبستگی اجتماعی |

Notes: *p-value <0.05; **p-value <0.01

جدول ۴: نتایج آزمون والد و تحلیل رگرسیون لجستیک برای ابعاد سرمایه اجتماعی

| مقدار ثابت | ضریب رگرسیون | والد | معناداری | نسبت برتری (OR) | ابعاد سرمایه اجتماعی |
|------------|--------------|-------|----------|-----------------|----------------------|
| | | | | | سرطان معده |
| | ۰/۰۳۸ | ۰/۶۵۷ | ۰/۴۱۸ | ۱/۰۳۸ | مشارکت اجتماعی |
| -۰/۴۲۶ | -۰/۰۳۳ | ۰/۹۸۷ | ۰/۳۲۰ | ۰/۹۶۷ | اعتماد اجتماعی |
| | ۰/۰۳۱ | ۰/۸۵۲ | ۰/۳۵۶ | ۱/۰۳۱ | حسن همبستگی اجتماعی |
| | | | | | سرطان کلون |
| | ۰/۰۵۰ | ۱/۶۶۶ | ۰/۲۸۰ | ۱/۰۵۱ | مشارکت اجتماعی |
| -۱/۵۳۰ | -۰/۰۱۱ | ۰/۱۲۵ | ۰/۷۲۳ | ۰/۹۸۹ | اعتماد اجتماعی |
| | ۰/۰۱۶ | ۰/۳۳۵ | ۰/۵۶۳ | ۱/۰۱۶ | حسن همبستگی اجتماعی |
| | | | | | سرطان پستان |
| | ۰/۱۴۴ | ۸/۵۹۵ | **۰/۰۰۳ | ۱/۱۵۵ | مشارکت اجتماعی |
| -۸/۴۴۲ | ۰/۰۴۵ | ۲/۴۹۹ | ۰/۱۱۴ | ۱/۰۴۶ | اعتماد اجتماعی |
| | ۰/۰۳۱ | ۱/۵۸۸ | ۰/۲۰۸ | ۱/۰۳۱ | حسن همبستگی اجتماعی |

Notes: *p-value <0.05; **p-value <0.01

بحث

الوصف، از آنجا که بیشتر، پژوهش مستقلی در این خصوص انجام نگردیده است مقایسه یافته‌های حاضر با سایر مطالعات در ایران و جهان میسر نیست. در عین حال، یافته‌های این پژوهش بطور ضمنی نتایج پژوهش الستاد (۱۹۹۸) را، که استرس علت اصلی نابرابری‌های سلامت در جوامع است و بطور اجتماعی تولید و توزیع می‌شود و محصولی از توان روابط بین شخصی و اجتماعی است، تأیید می‌کند (۱۶). این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که با توجه به تأثیرات مثبت مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بویژه تأثیرات مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی و نیز تأثیرات منفی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بویژه تأثیرات مؤلفه‌های احساس همبستگی اجتماعی بر ابتلاء به سرطان می‌توان علاوه بر اثرات مثبت سرمایه اجتماعی، از «جهت تاریک» (Dark Sides) سرمایه اجتماعی نیز یاد کرد (۱۷ و ۱۸).

این مطالعه با هدف بررسی نقش سرمایه اجتماعی در ابتلاء به بیماری سرطان و پاسخ به نابرابری‌های سلامتی در مراجعه کنندگان به انستیتو کانسر تهران انجام گرفت. بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی متفاوت بر سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت را نشان داده‌اند. یافته‌ها نشان داد که بین مجموعه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و هر یک از سرطان‌های معده، کلون و پستان همبستگی وجود دارد. شدت این همبستگی‌ها با سرطان‌های معده و کلون ضعیف و با سرطان پستان متوسط بوده است. تأثیر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و همبستگی آن با سرطان پستان معنادار است. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که بین میزان مشارکت اجتماعی مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان پستان همبستگی معناداری وجود دارد و مشارکت اجتماعی بر عدم ابتلاء به سرطان پستان تأثیر معنادار و مثبت دارد. مع

بالا تری برخوردار سازد. این پیامدهای مثبت ممکن است به صورت مقاومت بیشتر در برابر بیماری و یا پرداختن به عادات بازدارنده و مفیدتر بهداشتی تجلی یابد. حمایت اجتماعی که در برابر پیامدهای منفی استرس برای سلامتی، همچون یک ضربه گیر عمل می‌کند، عامل مهمی است که می‌تواند به بیمار کمک کند تا با استرس خود کنار بیاید. حمایت اجتماعی، ممکن است با پخش کردن یا به حداقل رساندن آسیب‌های ابتدائی رویدادهای بالقوه استرس زا، آنها را بی خطر یا کم خطر سازد. حمایت اجتماعی، عامل عمده‌ای در کاهش استرس‌های مزمن و جلوگیری از فعال شدن سیستم هورمونی روانی و پیامدهای منفی آنها است. استرس به احتمال زیاد اثرات مستقیمی بر سیستم‌های بدن دارد. ابتلاء به استرس منجر به الگوی عمومی تولید غیر طبیعی هورمون می‌شود. استرس سیستم آدرنالین را تحریک کرده و منجر به «واکنش جنگ یا گریز» می‌شود. در این واکنش هورمون‌های فوق کلیوی نظیر آدرنالین و نورآدرنالین ترشح شده و با آماده ساختن سیستم‌های متابولیک بدن، سطح چربی‌ها و گلوکز افزایش می‌یابد. اگر این مسأله شدید یا طولانی مدت باشد بدن متحمل فشار زیادی می‌شود. انباشت فشار بر بدن و افت و خیزهای واکنش‌های فیزیولوژیکی که اصطلاحاً بار آلوستاتیک نامیده می‌شود منجر به بیماری شده و باعث دور شدن منابع و انرژی از فرآیندهای فیزیولوژیک مهم نگهدارنده سلامتی در بلند مدت می‌گردد (۱۹).

استرس به تدریج روی سیستم ایمنی بدن تأثیر می‌گذارد و سیستم دفاعی بدن در مقابل آنتی ژن‌ها را دچار اختلال می‌کند و نتیجه برآیند حاصل از آن می‌تواند موجب رشد سلول‌های سرطانی در بدن شود، زیرا سیستم دفاعی در مقابله با تکثیر این سلول‌ها دچار ضعف می‌شود. استرس عامل آغازگر سرطان است. استرس‌های شدید می‌تواند در ابتلاء به

سرمایه اجتماعی منبع مهمی برای افراد است و بر توانایی کنش آنها و کیفیت زندگی جسمانی شان تأثیر بسیاری می‌گذارد. بازگشت سرمایه اجتماعی، حفظ منابع در اختیار و دفاع در برابر از دست دادن منابع است. بازگشت سرمایه اجتماعی، ابزاری برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن منابع بوده و دربرگیرنده حفظ توان کارکردی جسمانی و رهایی از بیماری‌ها است. ساختار اجتماعی شبکه‌ها احتمال بسیج دیگرانی را که دارای منابع و منافع مشترکی هستند برای دفاع و پشتیبانی از منابع عاطفی افزایش می‌دهد. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی منابع حمایتی فراهم می‌کند. سرمایه اجتماعی چه بطور مستقیم و بواسطه حفظ منابع در اختیار و چه بطور غیر مستقیم و بواسطه حمایت اجتماعی بر حفظ منابع تأثیر می‌گذارد. سرمایه اجتماعی دسترسی به افرادی را که منبعی برای مقابله با عوامل استرس زا محسوب می‌شوند تسهیل می‌کند و باعث شود که استرس، کمتر موجب بروز واکنش‌های مضر بدنی مانند عادات نامطلوب بهداشتی یا برانگیختگی فیزیولوژیک مزمن و فرساینده گردد. استرس و بویژه استرس شدید می‌تواند فرد را وادار به انجام رفتاری کند که برای سلامتی او خطر آفرین بوده و ممکن است فرد در تلاش برای سازگاری با استرس دست به رفتارهایی بزند که هر چند در کوتاه مدت اثر بخش هستند، اما به هیچ وجه رفتارهایی سالم به حساب نمی‌آیند، مانند رفتارهایی نظیر سیگار کشیدن، مشروب خواری یا خوردن غذاهای مملو از مواد قندی و چربی. در چنین شرایطی، استرس نه تنها از نظر جسمی و روحی زیانبار است، بلکه برخی از چنین استراتژی‌های زیانبار مواجهه با بیماری را در پی دارد. قطع نظر از میزان استرسی که فرد دچار آن است، حمایت اجتماعی، ممکن است فرد را از نگرش مثبت‌تری به زندگی و همچنین حس عزت نفس

سرطان موثر باشد. استرس های طولانی مدت و مزمن نیز در ابتلاء به این نوع بیماری تأثیر گذارند (۲۰). تأکید پژوهش استرس معاصر متوجه استرس زاهای طولانی مدت و به لحاظ ذهنی ادراک شده بوده است، که بطور نابرابر در سرتاسر جامعه توزیع گردیده و الگوهای کلی تر نابرابری را منعکس می کنند. تأکید بر تجربه ذهنی استرس نیز این ایده خیلی مهم را مطرح می کند که استرس زها بنحوی متفاوت بر اعضای گروه های اجتماعی مختلف تأثیر می گذارند (۲۱).

استراتژی های زیانبار مواجهه با استرس، مصرف مشروبات الکلی و سایر رفتارهای ناسالم و غیربهداشتی می تواند باعث اختلال در عملکرد سیستم ایمنی بدن شود. برای مثال، مصرف مشروبات الکلی از طریق کاهش مواد مغذی کلی بدن باعث می شود بدن از کمبود مواد غذایی مفید برای سیستم دفاعی آسیب ببیند و اگر به میزان زیاد مورد استفاده قرار گیرد، توانایی گلبول های سفید خون را برای تکثیر شدن و از بین بردن سلول های سرطانی کاهش می دهد. از آنجا که استرس منجر به اختلال در سیستم ایمنی بدن می شود و سیستم ایمنی خود یک عامل مقابله در برابر سرطان است، استرس با این مکانیسم منجر به ابتلاء به سرطان می شود و مسأله اختلال در سیستم ایمنی بدن مقدمه ای برای ابتلاء به بیماری سرطان است. سرمایه اجتماعی بواسطه تحکیم منابع در اختیار و دفاع در برابر از دست دادن منابع، ابزاری جهت حفظ سلامت جسمانی، کاهش استرس، حفظ تعادل سیستم ایمنی بدن و پیشگیری از ابتلاء به بیماری های سرطان پستان است. یافته ها پیشنهاد می کند که به منظور رشد و کارکرد بهینه بخش سلامت در جامعه مورد مطالعه، اتیلوژی اجتماعی بیماری سرطان علاوه بر نیاز به توجه به سایر عوامل اجتماعی، نیازمند توجه به سرمایه اجتماعی است. کاهش ابتلاء به بیماری سرطان بستگی به

ساختار اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی جامعه و تصمیمات سیاست گذاران اجتماعی و سیاستمداران و نیز عملکردهای عناصر درونی این ساختارها دارد. افزایش یا تقلیل میزان هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی می تواند بخشی از این سیاست های اجتماعی در جهت تقلیل ابتلاء به سرطان باشد. در سطح فردی، بکارگیری مدل رفتار برنامه ریزی شده می تواند چارچوبی را برای تصمیم به انجام یا عدم انجام رفتارهای بهداشتی در هنگام مواجهه با استرس فراهم نماید.

نتیجه گیری

یافته ها نشان می دهد که بیماری سرطان نمی تواند صرفاً بر حسب عوامل مستقیم، رفتاری/ روانشناختی و بیولوژیک آن شناخته شود بلکه لازم است زمینه های اجتماعی ای که چنین عوامل خطر زایی را بوجود آورده اند نیز شناخته شوند. یافته های این مطالعه حاکی از آن است که مداخله اجتماعی جهت کاهش ابتلاء به بیماری سرطان می تواند بنحوی مؤثرتر بواسطه اتخاذ رویکردی بینارشته ای اجراء گردیده و توسعه یابد. چنین رویکردی در پی کشف توأمان علل اجتماعی، رفتاری، محیطی و زیست شناختی بیماری سرطان است. بنا بر استدلال، مسأله نابرابری های سلامتی و آنچه که می توان از آن بعنوان مسأله «شکاف سلامتی» یاد کرد به میزان برخورداری افراد از سرمایه اجتماعی مرتبط است. یافته ها نشان داد که تأثیر ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی و همبستگی آن با سرطان های معده و کلون معنادار نبوده است. افرادی که در زندگی از سرمایه اجتماعی دقیقاً مشابهی برخوردارند، ممکن است استرس را به وجوه بسیار متفاوتی تجربه کنند. از اینرو، ویژگی خاص یک تعیین کننده اجتماعی استرس را معیار قابل اعتمادی برای معین کردن درجه استرس و مقدار تأثیر آن بر

مبتلایان به سرطان و غیرمبتلایان، بعد از گذشت مدت زمان قابل توجهی از رخداد آن و به دنبال آن خطای یادآوری از اهم محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌گردد و از اینرو، ارائه نتایج با احتیاط عنوان می‌شود.

تشریح و قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند از همکاری مسئولین و پرسنل انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران که در مراحل اجرای پرسشنامه و مصاحبه با بیماران ما را یاری نمودند و نیز از دکتر علیرضا محسنی تبریزی و دکتر ملیحه شیبانی که ما را از نظرات ارزنده خود بهره‌مند نمودند قدردانی نمایند.

ابتلاء به بیماری سرطان نیست. یافته‌ها نشان می‌دهد که افرادی که در زندگی از سرمایه اجتماعی دقیقاً مشابهی برخورداراند، ممکن است در هنگام مواجهه با استرس، رفتارهای ناسالم و غیر بهداشتی مرتبط با سرطان را به وجوه بسیار متفاوتی تجربه کنند. بدین خاطر، بسیاری از عوامل می‌توانند تأثیرات منفی استرس را تغییر داده یا کاملاً محو کنند و به این ترتیب، از بعضی تأثیرات آن که می‌تواند موجب ابتلاء به بیماری سرطان گردد پیشگیری کنند. بنابر استدلال، سرمایه اجتماعی تا حدی می‌تواند در ابتلای به بیماری سرطان نقش داشته باشد و در آنسوی نابرابری‌های سلامت، عوامل و تعیین کننده‌های دیگری نیز دخیل‌اند. با توجه به گذشته نگر بودن پژوهش حاضر، جمع آوری اطلاعات و ارزیابی وقایع زندگی افراد، اعم از

منابع

1. Backwith D & Mantle G. Inequalities in health and community-oriented social work: Lessons from Cuba? *International Social Work* 2009; 52(4): 499-511.
2. Lomas J. Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science and Medicine* 1998; 47(9): 1181-8.
3. White K. An introduction to the sociology of health and illness. 2nd ed. Los Angeles: Sage pub Ltd; 2009: 73-4.
4. Giddens A. *Sociology*. 6th ed. London: Blackwell; 2009: 212.
5. DiMatteo MR. The psychology of health. Translated by Musaviasl SM, Salaryfar MR, Azarbayejani M, Abbasi A. Tehran: Samt; 2008: 622[Book in Persian].
6. Rose P & Yates P. Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancers of the head and neck. *Cancer Nursing* 2001; 24(4): 255-63.
7. Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziatke-Trojniak L, West S, et al. The quality of life of African American women with breast cancer. *Research Nursing Health* 1999; 22(6): 449-60.
8. Quatman T & Watson CM. Gender differences in adolescent self-esteem: An exploration of domains. *Journal of Genet Psychology* 2001; 162(1): 93-117.
9. Parkin MD, Bray F, Ferlay J & Pisani P. Global cancer statistics 2002. *CA Cancer Journal of Clinic* 2005; 55(2): 74-108.

10. Kamangar F, Dores GM & Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: Defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24(14): 2137-50.
11. Malekzadeh R, Semnani S & Sajadi S. Esophageal cancer in Iran. *Govaresh* 2008; 13(1): 25-34[Article in Persian].
12. Stephens C. Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science and Medicine* 2008; 66(5): 1174-84.
13. Kravdal O. Social inequalities in cancer survival. *Population Studies* 2000; 54(1): 1-18.
14. Scambler G. *Medical sociology: Social structures and health*. New York: Routlage; 2005: 361.
15. Armstrong D. *Medical sociology*. Translated by Tavakol M, Khazaei A. Tehran: The Iranian Research Center for Ethics and Low in Medicine; 2008: 27[Book in Persian].
16. Elstad JI. The Psycho-Social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20(5): 598-618.
17. Albano R & Barbera F. Social capital, welfare state, and political legitimacy. *American Behavioral Scientist* 2010; 53(5): 677-90.
18. Zmerli S. Social capital and norms of citizenship: An ambiguous relationship? *American Behavioral Scientist* 2010; 53(5): 657-6.
19. Marmot MG & Wilkinson RG. *Social Determinants of health*. Translated by Montazeri Ali. Tehran: Iranian Institute for Health Sciences Research; 2008: 195[Book in Persian].
20. Link B & Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behaviour* 1995; 42(1): 80-94.
21. Conger R, Lorenz FO, Elder G, Simons R & Ge X. Husband and wife differences in response to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behaviour* 1993; 34(1): 71-88.

Health And Social Capital Inequalities Among People Affected/ Not Affected By Cancer, Referring To Cancer Institute Of Tehran

Tavakol Mohamad¹ (Ph.D) - Naseri Rad Mohsen² (M.A)

1 Professor, Sociology Department, School of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

2 Master of Arts in Social Science Research, Sociology Department, School of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Abstract

Received : Dec 2011
Accepted : Apr 2012

Background and Aim: Social capital is one of the social determinants of health, which might have an important role in health inequalities. The amount of social capital gained by individuals differs depending on social circumstances; in fact, not all individuals can equally benefit from social resources of social capital. This study aims to examine the effect of social capital dimensions on being afflicted by cancer in patients referring to Cancer Institute of Tehran.

Materials and Methods: This is an analytic-descriptive study, the population of which included all patients aged over 14 and affected by stomach, colon and breast cancers, referring to Cancer Institute of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. The sample consists of 106 subjects who have been chosen using the classified probability sampling method. The data collection device was a questionnaire together with a structured interview. Social capital emphasizes the two structural and cognitive dimensions. Moreover, it stresses personal social capital.

Results: Health inequalities and cancer are the results of simultaneous interaction between the different dimensions of social capital and behavioral/psychological and biological factors. People enjoying similar social capital in life experience cancer-related stress and unhealthy behavior in different ways

Conclusion: An increase or decrease in any of the social capital components can lead to a change in the number of those getting the disease.

Key words: Cancer, Health Inequalities, Social Capital, Social Determinants, Sociology of Health

* Corresponding Author:
Tavakol M;
E-mail:
Mtavakol@ut.ac.ir