

نابرابری های سلامت، سرطان و اعتماد اجتماعی

دکتر محمد توکل^۱، محسن ناصری راد^۲

چکیده

مقدمه: توجه فزاینده ای که به علل نابرابری های سلامت در جوامع شده است، ذهن همگان را متوجه تعیین کننده های اجتماعی سلامت ساخته است. اعتماد اجتماعی نیز می تواند تعیین کننده اجتماعی سلامت و بیماری سرطان باشد. علوم اجتماعی و پزشکی، در کنار هم می توانند درک بیماری را به سطوح بالاتری ارتقاء دهند. هدف اصلی پژوهش حاضر، مطالعه نابرابری های سلامت و نقش اعتماد اجتماعی در ابتلاء به سرطان های کلون، پستان و تیروئید در مراجعه کنندگان به انستیتو کانسر تهران است.

روش کار: این پژوهش، مطالعه ای توصیفی - تحلیلی است و ۱۷۶ نفر در دو گروه مساوی مبتلایان (مورد) و غیرمبتلایان (شاهد) مورد بررسی قرار گرفته اند. از روش نمونه گیری طبقه بندی شده استفاده شده است. سنجش میزان اعتماد اجتماعی بر اساس مقیاس بیست سؤالی محقق ساخته صورت گرفته است. داده های بدست آمده از اجرای پرسشنامه ساختمان، با استفاده از نرم افزار SPSS و تحلیل تشخیصی، تحلیل همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شده اند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین مجموعه مؤلفه های اعتماد اجتماعی و هر یک از سرطان های کلون، پستان و تیروئید همبستگی ضعیفی وجود دارد و تأثیر مؤلفه های اعتماد اجتماعی و رابطه آن با سرطان های کلون، پستان و تیروئید معنادار نیست. با این وجود، مؤلفه اعتماد سیستم تأثیر مثبت و معناداری بر عدم ابتلاء به سرطان پستان دارد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که اعتماد اجتماعی تعیین کننده اجتماعی معتبری برای نابرابری در ابتلاء به بیماری سرطان نیست.

واژه های کلیدی: اعتماد اجتماعی، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، جامعه شناسی پزشکی، سرطان، نابرابری سلامت

مقدمه

سلامت و بیماری صرفاً موضوعاتی زیست شناختی نیستند، بلکه دارای عوامل فرهنگی - اجتماعی هم هستند (۱). مفاهیم سلامت و بیماری در کانون ارزش های اجتماعی جامعه انسانی قرار دارند (۲) و افراد و اجتماعات همواره به

شیوه ای متناسب با فرهنگ، هنجارها و ارزش های خود به مسائل بهداشتی و درمانی پاسخ می دهند (۳). در رویکرد نوین اپیدمیولوژی اجتماعی، این سؤال که چرا افراد بیمار می شوند جایگزین این سؤال شده است که علت تفاوت در سطوح بیماری و سلامت در یک جامعه چیست.

نشان داده است که بین اعتماد نهادی نظام مراقبت سلامتی و سلامت خود ارزیابی شده همبستگی معنادار و مثبتی وجود دارد (۱۲)؛ علاوه بر این، نتایج پژوهش دیگر آنان (۲۰۰۸) در سوئد حاکی از آن بود که بین اعتماد سیاسی مجلس قانونی سوئد و سلامت خود ارزیابی شده همبستگی معناداری وجود دارد (۱۳).

بر اساس نتایج برنامه ثبت سرطان در ایران در سال های اخیر، پس از سرطان های پوستی فراوان ترین سرطان ها، در مردان سرطان معده و کولون و در زنان سرطان سینه و کولون است. بر اساس آمار مرکز مطالعات سرطان دانشگاه شهید بهشتی در شهر تهران در خرداد ماه سال ۱۳۸۸، سرطان تیروئید در زمره ده سرطان شایع در ایران به شمار می رود. در ایران بر خلاف کشورهای غربی و ژاپن میزان بروز این سرطان ها در طی دو دهه گذشته روبه افزایش بوده است (۱۴). ایران دومین کشور دارای بالاترین مرگ و میر در اثر سرطان در بخش شرقی خاورمیانه سازمان بهداشت جهانی است (۱۵). درمان سرطان نیازمند صرف هزینه های قابل توجهی از سوی بیماران و نظام مراقبت های بهداشتی است. سرطان عملکردهای روزانه و فعالیت های اجتماعی بیماران را دچار نابسامانی کرده و توانایی آنان برای انجام نقش های معمول و مسئولیت های اجتماعی را تغییر می دهد. این روابط تغییر یافته به صورت انزوا، افزایش توجه و محبت یا دوری گزینی نمایان می شود. همچنین باعث ایجاد اختلال در تعادل و وابستگی در بیماران می شود. درصد بالایی از آنان به افسردگی مبتلا شده که باعث اختلال در فعالیت های روزانه و روابط اجتماعی شان می شود (۱۶). تغییر ظاهری جسم فرد می تواند برایش وحشتناک باشد. فهمیدن اینکه عضوی از بدن قطع شده و برای همیشه از بین رفته است می تواند برای شخص موجب احساس گسستگی شود. در میان زنان، از دست دادن پستان و قطع عضو می تواند خودانگاره فرد را به عنوان موجودی سالم و مستقل و دارای تمایلات جنسیتی به طور جدی تهدید کرده و در احساس زنانگی و جذابیت فرد تغییر زیادی ایجاد کند. استرس های ناشی از بیماری سرطان به طور جدی می تواند منابع عاطفی اشخاص را تحلیل برد. سرطان سبب می شود در روابط جنسیتی زن و شوهر تغییراتی حاصل آید و از طریق ایجاد اختلال در

گروه های معینی از مردم نسبت به سایرین از سلامت بسیار بیشتری برخوردارند (۴).

در سطح بین المللی، توجه فزاینده ای به علل نابرابری های سلامتی شده است و ذهن همگان را متوجه تعیین کننده های سلامت بویژه تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جوامع ساخته است (۵). در این باره، یکی از تعیین کننده های اجتماعی که می تواند نقش مؤثری در نابرابری های سلامت و بیماری داشته باشد، اعتماد اجتماعی است. از نظر کلاوس آفه، اعتماد، فرضی شناختی است که کنشگران فردی یا جمعی در تعامل با دیگران به کار می بندند و به معنای باور به عملی است که از دیگران انتظار می رود (۶). ایوا کاکس معتقد است که اعتماد، تمایل به خطر پذیری در بطن اجتماع بر اساس حس اعتماد به دیگران است به نحوی که دیگران بر اساس انتظار ما پاسخ دهند و به روش های حمایتی دوجانبه عمل کنند و یا لاقصد آزردهی نداشته باشند (۷). به عقیده لوسی گیلسون اعتماد حالتی روانشناختی و ارادی است که دلالت بر انتظاراتی دارد که افراد نسبت به یکدیگر و نسبت به سازمان ها و نهادهای مربوط به زندگی اجتماعی شان دارند (۸). بر اساس این تعاریف، اعتماد اجتماعی عبارت است از مطمئن بودن و ریسک پذیری درباره کنش های احتمالی دیگران در آینده و انتظار نتایج مثبت.

بیماری سرطان یکی از بیماری هایی است که اعتماد اجتماعی می تواند نقش تعیین کننده ای در ابتلاء به آن داشته باشد (۹). ایشیرو کاواچی و همکارانشان (۱۹۹۷) در طی پژوهشی تجربی در مناطق مختلف آمریکا نشان داده اند که اعتماد اجتماعی با میزان مرگ و میر رابطه قوی دارد. شواهد مربوط به یک مطالعه در کشور فنلاند که از طریق مقایسه دو گروه سوئدی زبان و فنلاندی زبان انجام گردید نشان داد که سوئدی زبان ها در شرایط متغیرهای اجتماعی، اقتصادی و جمعیت شناختی یکسان با فنلاندی زبان ها از سلامت بیشتری برخوردارند و این تفاوت ناشی از تفاوت در اعتماد بود (۱۰). کوک و استپانیکوا به بررسی رابطه میان اعتماد و نتایج یا پیامدهای آن برای سلامتی در ایالات متحده پرداخته و بر تفاوت ها در اعتماد تاکید می کنند (۱۱). پژوهش محسنی و ویندستروم (۲۰۰۷) در سوئد

متناسب از میان جامعه آماری بیماران بالاتر از سن ۱۴ سال مبتلا به سرطان های کولون، پستان و تیروئید بنا به فرمول کوکران و انتساب متناسب نمونه گیری شد. ابزار و تکنیک گردآوری داده ها، پرسشنامه اعتماد اجتماعی است که با استفاده از مصاحبه ساختمند اجرا گردید. 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. اعتماد بنیادین که باور به خود و دیگران و اطمینان به استمرار زندگی و روی ندادن حوادث و یا برخوردهای نامتناسب و غیر منتظره است (۱۹) دو بعد فرعی اعتماد ملزوم و اعتماد درونی را در بر می گیرد. اعتماد تعمیم یافته که به گستردگی اطمینان در روابط برون گروهی و جدای از تعلق به گروه های مختلف اطلاق گردید دربرگیرنده چهار بعد فرعی اعتماد به گروه های سنی، تحصیلی، قومیتی و مذهبی است. اعتماد سیستم که اعتمادی تعمیم یافته و اشاعه یافته با کارکرد خاص برای کل نظام و نه کنشگران واحد است (۲۰) دو بعد فرعی اعتماد نهادی و اعتماد مدنی را شامل می شود بطوریکه اعتماد مدنی به نظام های تخصصی مربوط می شود و اعتماد نهادی به نهادهای رسمی دولتی مربوط است (۲۱). در این پژوهش، بیماری سرطان و انواع مورد نظر آن با استناد به نتایج آزمایشات پزشکی موجود در پرونده بیماران تأیید گردیده است. اعتبار ابزار اندازه گیری یاد شده از طریق اعتبار سازه تعیین شده است. پایایی ابزار اندازه گیری یاد شده از طریق آلفای کرونباخ تعیین و محاسبه گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ برای اعتماد اجتماعی و ابعاد اصلی آن پس از حذف گویه های نامناسب به ترتیب برابر ۷۹/۹، ۶۶/۹، ۸۵/۱ و ۷۱/۲ است و پرسشنامه اعتماد اجتماعی از سطح پایایی قابل قبولی برخوردار است. داده های بدست آمده از اجرای پرسشنامه های بسته، با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS و تحلیل تشخیصی، تحلیل همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. ناشناسی و محرمانه ماندن، رضایت آگاهانه، آسیب نرساندن و حق داشتن حریم زندگی خصوصی پاسخگویان به عنوان ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید.

اظهار تمایل جنسیتی می تواند تمامی فرصت های زن و شوهر را برای روابط عاطفی به مخاطره افکند (۱۷). توجه به نابرابری در سطوح سلامت و بیماری از جایگاه ویژه ای برخوردار است. کار های تجربی در خصوص نابرابری های سلامتی از ثمربخش ترین زمینه ها در پژوهش اجتماعی است (۱۸). افزایش بروز انواع مختلف بیماری سرطان، دانشمندان و پژوهشگران را با سؤالات متعددی در مورد منشاء و علل ابتلاء به این بیماری مواجه نموده است. کمتر بیماری ای است که بتوان آن را با روشی صرفاً پزشکی درک کرد. همچنین، امکان درک بیماری با روشی صرفاً اجتماعی نیز تصویری نادرست است. اما علوم اجتماعی و پزشکی، در کنار هم می توانند درک بیماری را به سطوح بالاتری ارتقاء دهند (۱۷). علیرغم اینکه پیش از این در مورد تأثیر اعتماد اجتماعی و رابطه آن با نابرابری های سلامت پژوهش هایی انجام شده است، تاکنون پژوهشی مستقل در خصوص تأثیر اعتماد اجتماعی و مؤلفه های آن در ابتلاء به سرطان های کولون، پستان و تیروئید صورت نپذیرفته است. بدین خاطر، انجام این پژوهش دارای اهمیت است.

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نابرابری های سلامتی و نقش اعتماد اجتماعی در ابتلاء به سرطان های کولون، پستان و تیروئید در مراجعه کنندگان به انستیتو کانسر تهران است.

روش کار

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان های کولون، پستان و تیروئید بالاتر از ۱۴ سال مراجعه کننده به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی شهر تهران در شش ماهه اول سال ۱۳۸۸ است. حجم نمونه برابر با ۸۸ نفر (سرطان کولون = ۳۱ نفر، سرطان پستان = ۴۷ نفر، سرطان تیروئید = ۱۰ نفر) برآورد شده است. به منظور تعیین گروه شاهد، برابر با تعداد بیماران مبتلا به سرطان تعداد ۸۸ نفر از غیر مبتلایان به سرطان دارای ویژگی های سنی، پایگاه زناشویی، درآمد ماهیانه خانوار، جنسیت و سابقه وراثتی همتا با بیماران مبتلا به هر یک از انواع سرطان، انتخاب شده اند. در تعیین گروه نمونه، با روش نمونه گیری احتمالی طبقه بندی شده

یافته ها

بر اساس نتایج جداول ۱، ۲ و ۳، از لحاظ جنسیت، مردان مبتلا و غیر مبتلا به سرطان و نیز زنان مبتلا و غیر مبتلا بطور مساوی همتا گردیده اند. از حیث سن نیز در رده های سنی مختلف تا حد ممکن میان مبتلایان به سرطان و غیر مبتلایان همتاسازی صورت پذیرفته است. برحسب درآمد ماهیانه خانوار، در هر یک سطوح تا حد ممکن میان مبتلایان و غیر مبتلایان همتاسازی انجام گرفته است. این همتاسازی

برحسب پایگاه زناشویی و نیز سابقه وراثتی نیز تا حد ممکن صورت پذیرفته است. بنا بر نتایج جدول ۱، اکثر مبتلایان به سرطان کلون دارای جنسیت مرد بوده اند. در رده سنی ۴۳-۳۴ قرار داشته و درآمد ماهیانه خانوارشان ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان بوده است و دارای تأهل بوده و سابقه وراثتی نیز نداشته اند. در جدول ۲، اکثر مبتلایان به سرطان پستان دارای جنسیت زن، رده سنی ۴۳-۳۴، درآمد ماهیانه خانوار پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان)، تأهل و عدم سابقه وراثتی

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی های جمعیتی همتاسازی شده مبتلایان و غیر مبتلایان به سرطان کلون

جنسیت	مبتلایان به سرطان		غیر مبتلایان به سرطان	
	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی	فراوانی درصدی
مرد	۱۶	۵۱/۶	۱۶	۵۱/۶
زن	۱۵	۴۸/۴	۱۵	۴۸/۴
سن				
۱۴-۲۳	-	-	-	-
۲۴-۳۳	۳	۶/۵	۲	۶/۵
۳۴-۴۳	۸	۲۵/۸	۹	۲۹
۴۴-۵۳	۴	۱۲/۹	۶	۱۹/۴
۵۴-۶۳	۵	۱۶/۱	۴	۱۲/۹
۶۴-۷۳	۹	۲۹	۸	۲۵/۸
۷۴-۸۳	۱	۳/۲	۱	۳/۲
۸۴-۹۳	۳	۶/۵	۱	۳/۲
۹۴ و بالاتر	-	-	-	-
درآمد ماهیانه خانوار				
کمتر از ۲۵۰ هزار تومان	۸	۲۵/۸	۶	۱۹/۴
۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان	۳۰	۶۴/۵	۱۹	۶۱/۳
۵۰۰ تا ۷۵۰ هزار تومان	۱	۳/۲	۳	۶/۵
۷۵۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	-	-	۲	۶/۵
بالاتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۳	۶/۵	۲	۶/۵
پایگاه زناشویی				
مجرد	۳	۹/۷	۳	۹/۷
متاهل	۳۷	۸۷/۱	۳۷	۸۷/۱
همسر فوت شده	۱	۳/۲	۱	۳/۲
همسر جدا شده	-	-	-	-
هرگز ازدواج نکرده	-	-	-	-
سابقه وراثتی				
دارای سابقه ارثی	۷	۲۲/۶	۸	۲۵/۸
عدم سابقه ارثی	۳۴	۷۷/۴	۳۳	۷۴/۲

به سرطان کلون کمتر از غیرمبتلایان است. میانگین اعتماد عام مبتلایان به سرطان های پستان و تیروئید کمتر از غیرمبتلایان است. میانگین اعتماد نظام مبتلایان به سرطان های کلون، پستان و تیروئید کمتر از غیرمبتلایان است.

بوده اند. همچنین در جدول ۳، اکثر مبتلایان به سرطان تیروئید دارای جنسیت زن، رده سنی ۳۳-۲۴، درآمد ماهیانه خانوار پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان) و خیلی بالا (بالاتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان)، تأهل و عدم سابقه وراثتی بوده اند. بنا بر جدول ۴، رویهمرفته، میانگین اعتماد بنیادین مبتلایان

جدول ۲- توزیع فراوانی ویژگی های جمعیتی هم‌تاسازی شده مبتلایان و غیر مبتلایان به سرطان پستان

جنسیت	مبتلایان به سرطان		غیر مبتلایان به سرطان	
	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی	فراوانی درصدی
مرد	۴	۴/۳	۲	۴/۳
زن	۴۵	۹۵/۷	۴۵	۹۵/۷
سن				
۱۴-۲۳	۰	۰	۱	۲/۱
۲۴-۳۳	۵	۱۰/۶	۷	۱۴/۹
۳۴-۴۳	۱۹	۴۰/۴	۲۱	۴۴/۷
۴۴-۵۳	۱۴	۲۹/۸	۱۱	۲۳/۴
۵۴-۶۳	۶	۱۲/۸	۵	۱۰/۶
۶۴-۷۳	۳	۶/۴	۲	۴/۳
۷۴-۸۳	۰	۰	۰	-
۸۴-۹۳	۰	-	۰	-
۹۴ و بالاتر	۰	-	۰	-
درآمد ماهیانه خانوار				
کمتر از ۲۵۰ هزار تومان	۴	۸/۵	۶	۱۲/۸
۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان	۳۴	۷۲/۳	۲۵	۵۲/۲
۵۰۰ تا ۷۵ هزار تومان	۵	۱۰/۶	۷	۱۴/۹
۷۵۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۴	۸/۵	۳	۶/۴
بالاتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۰	-	۶	۱۲/۸
پایگاه زناشویی				
مجرد	۵	۱۰/۶	۱۲	۲۵/۵
متاهل	۳۴	۷۴/۵	۳۴	۷۲/۳
همسر فوت شده	۵	۸/۵	۰	۰
همسر جدا شده	۳	۶/۴	۱	۲/۱
هرگز ازدواج نکرده	۰	-	۰	-
وراثت				
دارای سابقه ارثی	۱۳	۲۷/۷	۱۵	۳۱/۹
عدم سابقه ارثی	۳۴	۷۲/۳	۳۴	۶۸/۱

جدول ۳- توزیع فراوانی ویژگی های جمعیتی همساز شده مبتلایان و غیر مبتلایان به سرطان تیروئید

جنسیت	مبتلایان به سرطان		غیر مبتلایان به سرطان	
	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی	فراوانی درصدی
مرد	۳	۳۰	۳	۳۰
زن	۷	۷۰	۷	۷۰
سن				
۱۴-۲۳	۱	۱۰	۰	۰
۲۴-۳۳	۳	۳۰	۳	۳۰
۳۴-۴۳	۱	۱۰	۰	۰
۴۴-۵۳	۰	۰	۲	۴۰
۵۴-۶۳	۲	۲۰	۲	۲۰
۶۴-۷۳	۱	۱۰	۱	۱۰
۷۴-۸۳	۲	۲۰	۲	۲۰
۸۴-۹۳	۰	۰	۰	۰
۹۴ و بالاتر	۰	۰	۰	۰
درآمد ماهیانه خانوار				
کمتر از ۲۵۰ هزار تومان	۲	۲۰	۲	۲۰
۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان	۶	۶۰	۳	۳۰
۵۰۰ تا ۷۵۰ هزار تومان	۰	۰	۲	۲۰
۷۵۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۰	۰	۱	۱۰
بالاتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۶	۶۰	۳	۳۰
پایگاه زناشویی				
مجرد	۲	۲۰	۱	۱۰
متاهل	۷	۷۰	۸	۸۰
همسر فوت شده	۱	۱۰	۱	۱۰
همسر جدا شده	۰	۰	۰	۰
هرگز ازدواج نکرده	۰	۰	۰	۰
وراثت				
دارای سابقه ارثی	۳	۳۰	۱	۱۰
عدم سابقه ارثی	۸	۸۰	۹	۹۰

احتمال عدم ابتلاء به سرطان پستان به میزان $0/271$ تغییر می یابد. همچنین، سهم هر یک از مؤلفه های اعتماد اجتماعی در تبیین تفاوت بین دو گروه به ترتیب برابر $0/906$ ، $0/092$ ، و $0/000$ است و اعتماد بنیادین بیشترین سهم را دارد. با افزایش میزان مجموعه مؤلفه های اعتماد اجتماعی احتمال عدم ابتلاء به سرطان تیروئید به میزان $0/303$ تغییر می یابد و اعتماد بنیادین بیشترین سهم را در تبیین تفاوت بین این دو گروه دارد.

بر اساس نتایج جدول ۵، با افزایش میزان مجموعه مؤلفه های اعتماد اجتماعی احتمال عدم ابتلاء به سرطان کولون و تعلق به گروه غیرمبتلایان به آن به میزان $0/245$ تغییر می یابد. ضرایب تشخیصی که سهم هر یک از مؤلفه های اعتماد اجتماعی در تبیین تفاوت بین دو گروه را نشان می دهد حاکی از آن است که اعتماد عام بیشترین سهم را دارد. با افزایش میزان مجموعه مؤلفه های اعتماد اجتماعی

جدول ۴- آماره های توصیفی اعتماد اجتماعی در مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان

بیماری سرطان	مؤلفه های اعتماد اجتماعی		مبتلایان		غیرمبتلایان	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرطان کولون	اعتماد بنیادین	۱۴/۳۲	۲/۲۷	۱۴/۵۴	۲/۸۷	
	اعتماد عام (تعمیم یافته)	۲۴/۷۴	۷/۱۵	۲۲/۴۸	۶/۶۹	
	اعتماد نظام (سیستم)	۲۸/۱۹	۴/۶۷	۲۹/۶۱	۴/۸۱	
سرطان پستان	اعتماد بنیادین	۱۴/۰۲	۱/۷۸	۱۴/۰۲	۳/۱۶	
	اعتماد عام (تعمیم یافته)	۲۱/۱۴	۵/۸۳	۲۱/۴۲	۴/۹۵	
	اعتماد نظام (سیستم)	۳۷/۳۶	۴/۴۳	۲۹/۹۵	۵/۷۴	
سرطان تیروئید	اعتماد بنیادین	۱۳/۵۰	۲/۶۷	۱۲/۴۰	۳/۳۰	
	اعتماد عام (تعمیم یافته)	۲۳/۴۰	۷/۱۳	۲۲/۹۰	۵/۰۶	
	اعتماد نظام (سیستم)	۲۸/۵۰	۴/۷۶	۲۹/۴۰	۴/۰۶	

جدول ۵- نتایج تحلیل تشخیصی و همبستگی کانونی در مؤلفه های اعتماد اجتماعی

مؤلفه های اعتماد اجتماعی	متغیرهای وابسته	ضریب تشخیصی	همبستگی کانونی
اعتماد بنیادین	سرطان کولون	-۱/۱۵۷	-۰/۲۴۵
		-۰/۸۵۹	
		-۰/۷۷۴	
اعتماد بنیادین	سرطان پستان	-۰/۹۰۶	-۰/۲۷۱
		-۰/۰۹۲	
		-۰/۰۰۰	
اعتماد بنیادین	سرطان تیروئید	۱/۰۷۵	-۰/۳۰۳
		۰/۱۵۰	
		-۰/۹۷۸	

بر اساس نتایج جدول ۶، تأثیر و رابطه مؤلفه های اعتماد اجتماعی با هر یک از سرطان های کولون، پستان و تیروئید معنادار نیست ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۶- تحلیل رگرسیون لجستیک در مؤلفه های اعتماد اجتماعی و بیماری سرطان

نتیجه آزمون	ضریب تعیین Nagelkerke R Square	معناداری	کای اسکوتر	متغیرهای وابسته	مؤلفه های اعتماد اجتماعی
NS	۰/۰۸۲	۰/۲۷۰	۳/۹۱۸	سرطان کولون	اعتماد بنیادین
					اعتماد عام (تعمیم یافته)
					اعتماد نظام (سیستم)
P < ۰/۱۰	۰/۰۹۸	۰/۰۶۷	۷/۱۵۶	سرطان پستان	اعتماد بنیادین
					اعتماد عام (تعمیم یافته)
					اعتماد نظام (سیستم)
NS	۰/۱۳۲	۰/۵۵۳	۲/۰۹۳	سرطان تیروئید	اعتماد بنیادین
					اعتماد عام (تعمیم یافته)
					اعتماد نظام (سیستم)

بواسطه اتخاذ رویکردی بینارشته ای اجرا گردیده و توسعه یابد. چنین رویکردی در پی کشف تئامان علل اجتماعی، رفتاری، محیطی و زیست شناختی بیماری سرطان است. یافته های این پژوهش نشان داد که بین مجموعه مؤلفه های اعتماد اجتماعی و هر یک از سرطان های کلون، پستان و تیروئید همبستگی ضعیفی وجود دارد و تأثیر مؤلفه های اعتماد اجتماعی و رابطه آن با سرطان های کلون، پستان و تیروئید معنادار نیست. با این وجود، مؤلفه اعتماد سیستم تأثیر مثبت و معناداری بر عدم ابتلاء به سرطان پستان دارد. یافته ها، نتایج مطالعات بلیکی و همکارانش (۲۰۰۶) مبنی بر وجود همبستگی بین اعتماد اجتماعی بعنوان یکی از شاخص های سرمایه اجتماعی و بیماری سرطان در همه گروه های سنی را تأیید می کند. با این وجود، معناداری همبستگی ضعیف بین سرمایه اجتماعی و بیماری سرطان در میان گروه زنان را تأیید نمی کند (۲۲).

کلید درک نقش و جایگاه تبیین جامعه شناختی سرمایه اجتماعی در ابتلاء به بیماری سرطان، تشخیص این مسأله است که افراد به طور همزمان هم موجود روانی و هم موجود اجتماعی و هم موجودات اقتصادی، سیاسی و مذهبی اند. آنها اگرچه در طیف وسیعی از تاریخ ها و تجارب گوناگون با یکدیگر مشترک اند، دارای تاریخ فردی

در جدول ۷، نتایج آزمون والد نشان می دهد که تأثیر و رابطه هر یک از مؤلفه های اعتماد بنیادین، اعتماد عام و اعتماد نظام با سرطان کلون معنادار نیست ($P < 0/05$). تأثیر و رابطه هر یک از مؤلفه های اعتماد بنیادین و اعتماد عام با سرطان پستان معنادار نیست ($P < 0/05$). اما تأثیر اعتماد نظام و رابطه آن با سرطان پستان معنادار است ($P < 0/05$). مؤلفه اعتماد نظام قابلیت ورود به مدل لجوجیت را دارد. این مدل در زیر آمده است:

$$\text{(اعتماد نظام)} = 0/118 + 2/584 - \text{معادله بهینه رگرسیون لجستیک}$$

همچنین، تأثیر و رابطه هر یک از مؤلفه های اعتماد بنیادین، اعتماد عام و اعتماد نظام با سرطان تیروئید معنادار نیست ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش اعتماد اجتماعی در ابتلاء به بیماری سرطان و پاسخ به نابرابری های سلامتی در مراجعه کنندگان به انستیتو کانسر شهر تهران انجام گرفت. یافته ها حاکی از آن است که هر گونه مداخله اجتماعی مؤثرتر جهت کاهش ابتلاء به بیماری سرطان می تواند

جدول ۷- تحلیل رگرسیون لجستیک برای ضریب رگرسیون، آزمون والد و نسبت برتری در اعتماد اجتماعی

نتیجه آزمون	نسبت برتری Exp(B)	معناداری	والد	ضریب رگرسیون	مقدار ثابت	متغیرهای وابسته	مؤلفه های اعتماد اجتماعی
NS	۰/۹۶۵	۰/۷۵۲	-۱/۰۰	-۰/۰۳۵	-۰/۴۱۲	سرطان کلون	اعتماد بنیادین
NS	۰/۹۳۵	-۱/۱۳۷	۲/۲۱۳	-۰/۰۶۷			اعتماد عام (تعمیم یافته)
NS	۱/۰۹۱	-۱/۱۴۷	۲/۱۰۱	-۰/۰۸۷			اعتماد نظام (سیستم)
NS	۰/۹۰۷	۰/۳۰۳	۱/۰۶۲	-۰/۰۹۸	-۲/۵۸۴	سرطان پستان	اعتماد بنیادین
NS	۱/۰۲۷	۰/۵۲۵	-۰/۴۰۳	۰/۰۲۶			اعتماد عام (تعمیم یافته)
$P < 0/05$	۱/۱۲۶	-۰/۰۱۱	۶/۴۵۳	-۱/۱۱۸			اعتماد نظام (سیستم)
NS	۰/۷۵۱	۰/۲۶۳	۱/۲۵۳	-۰/۲۸۷	-۱/۳۵۰	سرطان تیروئید	اعتماد بنیادین
NS	۰/۹۸۹	-۰/۹۰۴	-۰/۰۱۵	-۰/۰۱۱			اعتماد عام (تعمیم یافته)
NS	۱/۲۰۰	۰/۳۰۸	۱/۰۲۸	۰/۱۸۲			اعتماد نظام (سیستم)

ملاحظه: مقادیر بیشتر از ۱ نسبت برتری بیانگر احتمال عدم تعلق به گروه مبتلایان است.

باشند. غالباً این گروه‌ها بیشتر و بهتر از پزشکان می‌توانند اطلاعات و پیشنهادات مناسب را ارائه دهند. این گروه‌ها می‌توانند اطلاعات و کمک‌هایی عملی فراهم آورند؛ مثلاً در این خصوص که بیماران، تجهیزات ویژه یا لوازم مورد نیاز مراقبت خانگی را از کجا خریداری یا کرایه می‌کنند. آنان ممکن است ایده‌های جدیدی در مورد مقابله با نشانه‌های بیماری و جلوگیری از نمایان شدن نقاط ضعفشان و همچنین مساعدت در برخورد با مسائل مالی مثل بیمه سلامتی داشته باشند.

یکی از منابع عمومی مقاومت که به کنار آمدن با استرس و محفوظ ماندن فرد در برابر تأثیرات سوء آن و پیشگیری از ابتلاء به بیماری سرطان یاری می‌رساند «حس انسجام» است. بنا بر نظریه حس انسجام، که از مطالعات آنتونوسکی (۱۹۸۷) سرچشمه گرفته است، افراد دارای حس انسجام، بر این باورند که جهان قابل درک است و می‌توان آن را شناخت و بعلاوه انتظار دارند که محرک‌هایی که با آنها مواجه می‌شوند منظم و توجیه پذیرند. این باورپذیری در مقابل باورهای سحرآمیز افرادی است که فاقد حس انسجام هستند. افراد دارای احساس انسجام، جهان را مهار شدنی می‌پندارند و باور استوار آنان این است که امور، آن گونه که به لحاظ منطقی مورد انتظار است، اتفاق می‌افتد. آنان رویدادهای زندگی را تجاربی می‌دانستند که می‌توان با آنها کنار آمد. آنان دریافته‌اند که امور ناخوشایند به هر حال در زندگی اتفاق می‌افتد ولی می‌توان این تجارب را به خوبی پشت سر گذاشت. افراد دارای احساس انسجام، بر این باورند که رویدادهای زندگی معنا دارند. آنها در سطح عاطفی عمیق به زندگی ارزش می‌دهند و باورشان این است که در بیشتر موارد، مشکلات و نیازهای زندگی ارزش آن را دارند که برایشان انرژی صرف کرد. چنین افرادی از مشکلات استقبال نمی‌کنند ولی با احساس چالش، با مسئولیت‌های سنگین زندگی مواجه می‌شوند و به دنبال یافتن معنایی برای آنها هستند (۱۷).

در پژوهش‌های جامعه‌شناسی سلامت و پزشکی، علیت را بسادگی نمی‌توان از طریق روش‌های موجود تشخیص داد. اگرچه انجام آزمایش حقیقی نیز روش مناسبی برای کشف علیت است لیکن به دلیل مغایر بودن با هنجارهای اخلاق پژوهش و عدم توجیه اخلاقی، غیر ممکن است. نمی‌

و تجارب خاص خود نیز هستند. اگرچه تبیین‌های جامعه‌شناختی بر اساس معیارهای پذیرفته شده عمومی برای ارزیابی علمی، بهتر مورد تأیید قرار می‌گیرند؛ آنها تنها تبیین صحیح یا کامل نیستند. صرفاً می‌توان گفت که آنها به عنوان بخشی از هر نوع تبیین کلی محسوب می‌گردند. بنا بر استدلال، افرادی که در زندگی از اعتماد اجتماعی متفاوتی برخوردارند، ممکن است استرس و رفتارهای ناسالم و غیربهداشتی مرتبط با سرطان را به وجوه بسیار مشابهی تجربه کنند و بالعکس. نابرابری‌های سلامتی متفاوت از نابرابری‌های سلامتی است. اعتماد اجتماعی نمی‌تواند در ابتلای به بیماری سرطان نقش چندانی داشته باشد. در آنسوی نابرابری‌های سلامتی، عوامل و تعیین‌کننده‌های دیگری دخیل‌اند. بنا بر نتایج حاصل، انتظاراتی که افراد نسبت به یکدیگر دارند و کنشگران فردی یا جمعی در تعامل با دیگران به کار می‌بندند و تمایل به خطرپذیری در بطن اجتماع بر اساس حس اعتماد به دیگران به نحوی که دیگران بر اساس انتظار ما پاسخ دهند و به روش‌های حمایتی دوجانبه عمل کنند و یا لاقصد آزاردهی نداشته باشند معیار قابل قبولی برای نابرابری‌های سلامت نیست. مطمئن بودن و ریسک‌پذیری درباره کنش‌های احتمالی دیگران در آینده و انتظار نتایج مثبت، تعیین‌کننده معتبری برای نابرابری در ابتلاء به بیماری‌های سرطان مورد مطالعه نیست. لیکن، اعتماد سیستم که متوجه ساختارهای غیر شخصی است نوعی پوسته محافظ یا پيله حمایتی است که افراد عادی در جریان رویارویی با استرس و رفتارهای ناسالم و غیربهداشتی مرتبط با سرطان خود را در پناه آن قرار می‌دهند. با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از مبتلایان به سرطان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر ساکن شهرها، روستاها و حتی ایلات مختلف کشور اند (۹) می‌توان نتایج این پژوهش را به کل کشور تعمیم داد.

در سطح تدابیر و سیاست‌های اجتماعی-فرهنگی، شناسایی گروه‌های ویژه‌ای که در خطر بیماری‌های ناشی از انزوای اجتماعی هستند اهمیت خاصی در تقلیل شیوع سرطان‌های مورد مطالعه دارد. گروه‌های خودیاری یعنی بیمارانی که دارای بیماری سرطان مشابهی هستند و در جلسات منظمی گرد هم می‌آیند می‌توانند منبع اطلاعات و حمایت مهمی برای افراد مبتلا به بیماری سرطان

تقدیر و تشکر

نویسندگان لازم می دانند از همکاری مسئولین و کارکنان انستیتو کانسر تهران که در مراحل اجرای پرسشنامه و مصاحبه با بیماران ما را یاری نمودند و نیز از دکتر علیرضا محسنی تبریزی و دکتر ملیحه شیانی که ما را از نظرات ارزنده خود بهره مند نمودند قدردانی نمایند.

10. Dror, David M, Alexander S Preker. Social reinsurance: a new approach to sustainable community health financing, world bank publications, 2002.

11. Greene, Brownlie, Julie Brownlie, Alexandra Greene, Alexandra Howson. researching trust and health, New York: routledge, 2008.

12. Mohseni M, Lindström M. Social capital, trust in the health care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. Social Science & Medicine, 2007, 64:1373-83.

13. Mohseni M, Lindström M. Social capital, political trust and self-rated health: A population-based study in southern Sweden, scandinavian journal of public health, 2008, 36: 28-34.

۱۴. ملک زاده رضا، ریاحی آینا، سجادی سید علیرضا. سرطان معده در ایران، فصلنامه گوارش ۱۳۸۷، دوره سیزدهم، شماره ۲ (۶۳)، صص ۱۱۲-۱۰۷.

۱۵. ملک زاده رضا، سمنانی شهریار، سجادی سید علیرضا. سرطان مری در ایران، فصلنامه گوارش ۱۳۸۷، دوره سیزدهم، شماره ۱ (۶۲)، صص ۳۴-۲۵.

۱۶. حیدری، سعیده. بررسی اندازه شبکه اجتماعی و منابع حمایت عاطفی و عوامل مرتبط با آن ها در بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پژوهش پرستاری ۱۳۸۸، شماره ۱۲ و ۱۳، دوره ۴، صص ۹۱-۱۰۱.

۱۷. دیماتتو ام رابین. روانشناسی سلامت، ترجمه محمد

توان از افراد مورد آزمون خواست تا اعتماد اجتماعی خود را کاهش دهند تا ما تأثیر آن را بر بیماری سرطان بسنجیم. از اینرو، باید روش هایی غیر مستقیم برای مطالعه شیوه های پیچیده تأثیر اعتماد اجتماعی بر بیماری سرطان یافت. این شیوه های غیر مستقیم می تواند فضای بیشتری برای تبیین های متناقض باز کند.

منابع:

1. Cockerham, William C. Medical sociology, 10th ed, New jersey: prentice hall, 2006.

2. Albrecht, Gary L. Handbook of social studies in medicine, sage publication Ltd, 2003.

۳. محسنی، منوچهر. جامعه شناسی پزشکی، تهران: طهوری، ۱۳۸۲

۴. گیدنز، آنتونی. جامعه شناسی، (با همکاری کارن بردسال)، ترجمه حسن چاوشیان تبریزی، تهران: نشر نی، ۱۳۸۷

5. Backwith, Dave, Mantle, Greg. Inequalities in health and community-oriented social work: lessons from Cuba?, international social work, 2009, 52: 499-511.

۶. آفه، کلاوس. چگونه می توان به شهروندان اعتماد داشت؟، در سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه، کیان تاجبخش، ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، تهران: شیرازه، ۱۳۸۴

7. Cox, Eva. A truly civil society, Sydney, ABC book, 1995.

8. Gilson, Lucy. Trust and the Development of Health Care as a Social Institution, Social Science & Medicine, 2003, 56: 1453-1468.

۹. ناصری راد، محسن. نقش سرمایه اجتماعی در ابتلاء به سرطان؛ پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ۱۳۸۸

20. Esser, H. The Two Meanings of Social Capital. In D. Castiglione, J. W. Van Deth, G. Wolleb (Eds), *The Handbook of Social Capital* (pp. 22-49), Oxford: Oxford University Press, 2008.

21. Stone, W. "Measuring Social Capital: Toward a Theoretically Informed Measurement Framework for Rresearching Social capital in Family and Community Life", *Research Paper*, 2001, 24.

22. Kawachi Ichiro, Subramanian S V, Kim Daniel. *Social capital and health*, springer, 2007.

کاویانی، محمد عباسپور، حسن محمدی، غلامرضا تقی زاده و علی اکبر کیمیا، زیر نظر کیانوش هاشمیان، تهران: سمت، جلد اول و دوم، ۱۳۸۷

18. Wainwright, Steven P, Forbes, Angus. *Philosophical problems with social research on health inequalities, health care analysis*, 2000, 8: 259-277.

۱۹. کمالی، افسانه . مطالعه تطبیقی اعتماد اجتماعی در حوزه فرهنگ و سیاست، پایان نامه دکتری جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ۱۳۸۳



Health Inequality, Cancer and Social Trust

Mohamad Tavakol, Mohsen Naseri Rad

Abstract:

Introduction: Increasing concerns about origins of health inequality in societies has drawn attentions to social determinants of health. Social trust can be a social determinant of health and cancer. Social and medical sciences together can increase the understanding of disease to higher levels. The main objective of this investigation is study of health inequality and the role of social trust in getting affected by colon, breast and thyroid cancer, among the patients referred to cancer institute of Tehran.

Method: This research was an analytic-descriptive study in which 176 people in equal groups of affected persons (case) and non-affected persons (control) have been studied. The classified sampling method was used. Measuring of social trust was done based on twenty questions made by the researcher. The data collected through structured questionnaire was analyzed using SPSS 17.0 statistical analysis software, discriminant analysis, canonical correlation analysis and logistic regression analysis methods.

Results: The results indicated weak association between social trust components and each of colon, breast and thyroid cancers, and that the effect of social trust components and its association with colon, breast and thyroid cancers were not meaningful. In the meantime, the system trust component indicated a meaningful positive effect on incident of being affected by breast cancer.

Conclusion: Finding indicated that social trust was not a valid social determinant for health inequality in affection to cancer.

Key words: *social trust, social determinants of health, medical sociology, cancer, health inequality*