نقش عامل مشارکت اجتماعی در ابتلاء به سرطان در مراجعه‌کنندگان به انستیتو کانسر تهران

محمد توکل*، محسن ناصری‌راد

گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران

* نویسنده مسؤول: بزرگراه جلال آل احمد، پل گیشا، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، کد پستی : ۱۴۱۳۷، صندوق پستی: ۱۴۳۹۵/۷۷۳
تلفن: ۰۲۱۶۱۱۱۷۸۴۶ نمابر: ۸۸۰۱۲۲۱۱
پست الکترونیک: mtavakol@ut.ac.ir

دریافت: ۸۹/۷/۸ پذیرش: ۹۰/۷/۴

چکیده

مقدمه: *عوامل اجتماعی بر وقوع بیماری تأثیر قابل توجهی دارند. به منظور حل مسایل سلامت در جامعه کنونی، پزشکی بایستی مجهز به یک دیدگاه اجتماعی- بیولوژیک به سلامت و بیماری باشد. هدف این پژوهش، مطالعه نقش مشارکت اجتماعی در ابتلاء به سرطان‌های معده، پستان و لنفوم است.*

روش کار: *پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی و گذشته‌نگر است. حجم نمونه ۸۵ نفر بود که با روش نمونه‌گیری احتمالی طبقه‌بندی شده متناسب از میان جامعه آماری بیماران بالاتر از ۱٤ سال مبتلا به سرطان‌های معده، پستان و لنفوم انتخاب شدند. حجم گروه شاهد نیز برابر با بیماران (۸۵ نفر) بود. بیماری سرطان و انواع مورد نظر آن با استناد به نتایج آزمایشات پزشکی موجود در پرونده بیماران تأیید شد و داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه با روش تحلیل تشخیصی، تحلیل همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد که بین مجموعه مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی با سرطان معده، پستان و لنفوم همبستگی متوسطی وجود دارد و این مؤلفه‌ها بر ابتلا به این سرطان‌ها تأثیر معناداری دارند؛ به طوری که مؤلفه "تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت"، تأثیر مثبت و معناداری بر عدم ابتلاء به سرطان معده (OR=۱/٦۰۲، p<۰/۰۵) و مؤلفه "تمایل به ورود به مشارکت" نیز تأثیر مثبت و معناداری بر عدم ابتلاء به سرطان پستان داشت (OR=۱/۵۹۷، p<۰/۰۱).*

نتیجه‌گیری: *بنابر یافته‌های این پژوهش، مشارکت اجتماعی ابزاری جهت پیشگیری از سرطان‌های معده، پستان و لنفوم می‌باشد. یافته‌ها، ضرورت توجه به مشارکت اجتماعی و مؤلفه‌های آن را در سیاست‌گذاری‌های کلان اجتماعی پیشنهاد می‌کند.*

گل‌واژگان: *مشارکت اجتماعی، جامعه‌شناسی پزشکی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سرطان*

مقدمه

مسایل مطرح در سلامت فرد، معمولاً از عوامل «فردی» و «اجتماعی» ناشی می‌شوند (۵ -۱). بنابراین علم پزشکی به علوم زیست پزشکی محدود نشده بلکه علوم اجتماعی و روان‌شناختی را نیز در بر می‌گیرد (۶). در این میان، عوامل اجتماعی بر وقوع بیماری تأثیر عمیقی دارند. این عوامل که عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نامیده می‌شوند به شرایط اجتماعی انسان‌ها در طول حیاتشان توجه دارند. شواهد نشان می‌دهد که بیشتر بیماری‌ها از جمله ناراحتی‌های قلبی، سرطان و ذات‌الریه و نابرابری‌های سلامت، همگی به شدت از ویژگی‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرند (۷). برآورد شده است که ۸۰٪ همه سرطان‌ها مبنای محیطی و اجتماعی دارند (۸). اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت عبارت‌اند از طبقه اجتماعی، استرس، زندگی اولیه، انزوای اجتماعی، بیکاری، حمایت اجتماعی، غذا و حمل و نقل. به تازگی، تأثیر تعیین‌کنندگی مشارکت اجتماعی بر ابتلاء به بیماری سرطان نیز مورد توجه قرار گرفته است (۹). مشارکت اجتماعی به کنش و واکنش‌های افراد یک گروه برای رسیدن به هدفی مشترک گفته می‌شود که کم و بیش مورد قبول اعضای گروه بوده و برای آنان با اهمیت تلقی می‌شود، به نحوی که با کمال میل، وقت، نیرو و امکانات خود را کم و بیش برای تحقق هدفی که در نظر دارند، صرف

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

می‌کنند (۱۰). با در نظر گرفتن مشارکت به عنوان عامل توانمندسازی ـ بهره‌مند شدن مشارکت‌کنندگان از مهارت، دانش و سلامت ـ مشارکت اجتماعی نوعی فرآیند تعاملی چند بعدی است که افراد به طور آگاهانه، داوطلبانه و سازمان‌یافته با در نظر گرفتن هدف‌های معین که منجر به بهره‌مند شدن از منافع جمعی می‌گردد انجام می‌دهند. با تأکید بر نقش مشارکت در توسعه انسان‌محور، رویکرد مشارکتی با بهره‌گیری از فرآیند توانمندسازی، آسیب‌پذیران را به مراقبت از خود فرا می‌خواند (۱۱). شیلینگ[1] (۱۹۹۳) بدن انسان را به مثابه پروژه ناتمامی معرفی می‌کند که در خلال مشارکت در جامعه تغییر می‌کند (۱۲). ایشیرو کاواچی[2]، کندی[3] و دیگر همکارانشان (۱۹۹۷)، طی پژوهشی تجربی در مناطق مختلف ایالات آمریکا نشان داده‌اند که مشارکت در انجمن‌های ثانویه با میزان مرگ و میر رابطه قوی دارد. همچنین شواهد حاصل از پژوهش وینسترا[4] (۲۰۰۰)، نیز حاکی از آن است که مشارکت در انجمن‌های ثانویه و شرکت در رأی‌گیری با میزان مرگ و میر در بین بخش‌های بهداشتی ساسکاچیوان[5] رابطه تقریباً معناداری دارد (۱۳).

از ابتدای قرن بیستم، بیماری‌های مزمن از جمله سرطان به مثابه مسأله‌ای اجتماعی مشخصاً در افرادی خاص ظاهر شده‌اند. سرطان‌ها نوعاً بیماری دوران میانسالی و پیری هستند و فراوانی آنها در جامعه‌ای که خود رو به میانسالی و پیری است، در حال افزایش است. مطالعات انجام شده روی بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که شدت فشارهای روحی و روانی بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار است (۱۴). بیماری سرطان، استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان به خود سوق می‌دهد که این نیاز به اتکا به دیگران برای حمایت مالی، جسمی و عاطفی، می‌تواند عزت نفس فرد را تهدید کند (۱۵ و ۱۶). بنابراین افراد مبتلا به سرطان، وقت و انرژی بسیاری باید صرف کنند تا مانند افراد بهنجار زندگی کنند. به عنوان مثال با شروع بیماری سرطان، یک زوج جوان ممکن است لازم داشته باشند در مورد ادامه روابط زناشویی‌شان دوباره با هم به توافق برسند. زیرا سرطان در بسیاری از موارد موجب تغییراتی در شکل و ظاهر بدن فرد می‌شود. همچنین به دلیل ماهیت مزمن بیماری سرطان، بستری شدن‌های متعدد به منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود. برابر آمارها، سالانه ۵۰ میلیون مرگ در جهان روی می‌دهد که بیش از ۵ میلیون از آنها ناشی از سرطان است (۱۷). در ایران، سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر در کشور است (۱۸ و ۱۹)؛ در میان مردان سرطان‌های معده، کولون و لنفوم و در میان زنان نیز سرطان پستان از شایع‌ترین آنها است. بر اساس آمار مرکز تحقیقات سرطان (انستیتو کانسر) بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۸، پس از سرطان‌های پوست، فراوان‌ترین سرطان‌ها در مردان مراجعه کننده، سرطان معده و در زنان سرطان پستان است.

علت واقعی سرطان‌ها هنوز ناشناخته مانده است. ممکن است این بیماری بر اثر عوامل مختلفی ایجاد شود. به منظور حل مسایل بهداشت و سلامت در جامعه کنونی، پزشکی بایستی مجهز به یک دیدگاه اجتماعی- بیولوژیک به سلامت و بیماری باشد (۲۰). در راستای نیل به این مقصود، اگرچه تصمیم‌سازان به طور فزاینده‌ای به سرمایه‌گذاری در سلامت و رهنمون‌های راهبردی و ابزار سیاست‌گذاری نیاز دارند، به واقعیات و اطلاعات شفاف هم احتیاج دارند (۲۱). علی‌رغم این که پیش از این در خصوص نقش مشارکت اجتماعی در سلامت فردی پژوهش‌هایی صورت گرفته است، تاکنون پژوهش آگاهی‌دهنده و شفافی که به بررسی نقش مشارکت اجتماعی در ابتلاء به سرطان پرداخته باشد، انجام نشده است. بدین لحاظ، انجام این پژوهش دارای اهمیتی خاص می‌باشد.

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر مشارکت اجتماعی در ابتلاء به سرطان‌های معده، پستان و لنفوم در مراجعه‌کنندگان به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران است.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی و گذشته‌نگر[6] است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان‌های معده، پستان و لنفوم بالاتر از ۱۴ سال مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در نیمه اول سال ۱۳۸۸ است. حجم نمونه برابر با ۸۵ نفر (سرطان معده= ۲۸ نفر، سرطان پستان= ۴۷ نفر، سرطان لنفوم= ۱۰ نفر) برآورد شده است و به منظور تعیین گروه شاهد، برابر با تعداد بیماران مبتلا به هر یک از انواع سرطان‌های مورد مطالعه، تعداد ۸۵ نفر از جمعیت غیرمبتلایان به سرطان بر حسب ویژگی‌های سنی، پایگاه زناشویی، درآمد ماهیانه خانوار، جنسیت و سابقه وراثتی مشابه با غیرمبتلایان به هر یک از انواع سرطان‌های مورد مطالعه از میان افراد ساکن (دایم و موقت) شهر تهران و اماکن عمومی و خصوصی و نیز همراهان بیماران مراجعه‌کننده به

[1] Shilling
[2] Ichiro Kawachi
[3] Kennedy
[4] Veenstra G.
[5] Saskatchewan
[6] Retrospective

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

انستیتو کانسر تهران انتخاب شدند. برای تعیین گروه نمونه، با روش نمونه‌گیری احتمالی طبقه‌بندی شده متناسب از میان جامعه آماری بیماران بالاتر از سن ۱۴ سال مبتلا به سرطان‌های معده، پستان و لنفوم بنا به فرمول کوکران و انتساب متناسب، نمونه‌گیری شد. ابزار و تکنیک گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مشارکت اجتماعی با استفاده از مصاحبه ساختمند است. سنجش میزان مشارکت اجتماعی بر اساس مقیاس محقق ساخته دوازده سؤالی در دو بعد کلی عینی و ذهنی است. بعد ذهنی دو بعد فرعی تمایل به ورود به مشارکت و تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت را در برمی‌گیرد. بعد عینی نیز شامل سه بعد فرعی مشارکت در نظارت، مشارکت در اجرا و مشارکت در تصمیم‌گیری است. بیماری سرطان و انواع مورد نظر آن با استناد به نتایج آزمایشات پزشکی موجود در پرونده بیماران تأیید گردیده است. روایی (اعتبار) پرسشنامه از طریق اعتبار سازه تعیین شده و پایایی (قابلیت اعتماد) ابزار اندازه‌گیری یاد شده نیز از طریق آلفای کرونباخ برآورد گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ برای مشارکت اجتماعی و ابعاد اصلی آن پس از حذف گویه‌های نامناسب به ترتیب برابر ۶۶/۴، ۶۷/۰ و ۶۵/۸ است. داده‌های حاصل از اجرای این پرسشنامه ساختمند، با بکارگیری نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS 17.0 و روش تحلیل تشخیصی، تحلیل همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. رعایت رازداری، ناشناسی، رضایت آگاهانه، آسیب نرساندن و حق داشتن حریم زندگی خصوصی پاسخگویان از مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی پژوهش بوده است.

نتایج

همچنان که در جدول ۱ آمده است، بر حسب جنسیت، مردان مبتلا و غیرمبتلا به سرطان و نیز زنان مبتلا و غیرمبتلا به طور مساوی همتا گردیده‌اند. بر حسب سن نیز در رده‌های سنی مختلف تا حد ممکن میان مبتلایان به سرطان و غیرمبتلایان همتاسازی صورت پذیرفته است. برحسب درآمد ماهیانه خانوار، در هر یک سطوح تا حد ممکن میان مبتلایان و غیرمبتلایان همتاسازی انجام گرفته است. این همتاسازی بر حسب پایگاه زناشویی و نیز سابقه وراثتی نیز تا حد ممکن صورت پذیرفته است. بنابر نتایج جدول ۱، اکثر مبتلایان به سرطان معده دارای جنسیت مرد (۷۱/۴٪) بوده‌اند، در رده سنی ۶۳ -۳۴ (۵۷/۱٪) قرار داشته و درآمد ماهیانه خانوار خیلی پایین (کمتر از ۲۵۰ هزار تومان) و نیز پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان) (۴۲/۹٪) داشته‌اند. اکثراً دارای تأهل (۸۲/۱٪) بوده و سابقه وراثتی (۸۹/۲٪) نیز نداشته‌اند. در مورد مبتلایان به سرطان پستان، جدول نشان می‌دهد که اکثریت زنان (۹۵/۷٪)، در رده سنی ۶۳ -۳۴ (۸۳ ٪) با درآمد ماهیانه خانوار پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان) (۷۲/۳٪)، تأهل (۷۴/۵٪) و عدم سابقه وراثتی (۷۲/۳٪) بوده‌اند. همچنین بنابر نتایج جدول ۱، اکثر مبتلایان به سرطان لنفوم مرد (۶۰/۰٪)، در رده سنی۶۳ -۳۴ (۶۱٪) با درآمد ماهیانه خانوار خیلی پایین (کمتر از ۲۵۰ هزار تومان) و نیز پایین (۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان) (۵۰/۰٪) بوده و دارای تأهل (۷۰/۰٪) و عدم سابقه وراثتی (۷۰/۰٪) بوده‌اند.

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیتی همتاسازی شده مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان

	سرطان معده				سرطان پستان				سرطان لنفوم			
	مبتلایان		غیرمبتلایان		مبتلایان		غیرمبتلایان		مبتلایان		غیرمبتلایان	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت												
مرد	۲۰	۷۱/۴	۲۰	۷۱/۴	۲	۴/۳	۲	۴/۳	۶	۶۰	۶	۶۰
زن	۸	۲۸/۶	۸	۲۸/۶	۴۵	۹۵/۷	۴۵	۹۵/۷	۴	۴۰	۴	۴۰
سن												
۳۳ -۱۴	۲	۷/۳	۴	۱۴/۳	۵	۱۰/۶	۸	۱۷	۳	۳۰	۳	۳۰
۶۳ -۳۴	۱۶	۵۷/۱	۱۹	۶۷/۹	۳۹	۸۳	۳۷	۷۸/۷	۷	۶۱	۷	۷۰
۶۴ و بالاتر	۱۰	۳۵/۸	۵	۱۷/۸	۳	۶/۴	۲	۴/۳	۰	۰	۰	۰
درآمد ماهیانه خانوار												
کمتر از ۲۵۰ هزار تومان	۱۲	۴۲/۹	۹	۳۲/۱	۴	۸/۵	۶	۱۲/۸	۵	۵۰	۴	۴۰
۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان	۱۲	۴۲/۹	۱۰	۳۵/۷	۳۴	۷۲/۳	۲۵	۵۳/۲	۵	۵۰	۴	۴۰
۵۰۰ تا ۷۵۰ هزار تومان	۴	۱۴/۳	۳	۱۰/۷	۵	۱۰/۶	۷	۱۴/۹	۰	۰	۱	۱۰
۷۵۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۰	۰	۶	۲۱/۴	۴	۸/۵	۳	۶/۴	۰	۰	۱	۱۰
بالاتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶	۱۲/۸	۰	۰	۰	۰
پایگاه زناشویی												
مجرد	۲	۷/۱	۱	۳/۶	۵	۱۰/۶	۱۲	۲۵/۵	۳	۳۰	۳	۳۰
متأهل	۲۳	۸۲/۱	۲۵	۸۹/۳	۳۴	۷۴/۵	۳۴	۷۲/۳	۷	۷۰	۷	۷۰
همسر فوت شده	۳	۱۰/۷	۲	۷/۱	۵	۸/۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰
همسر جدا شده	۰	۰	۰	۰	۳	۶/۴	۱	۲/۱	۰	۰	۰	۰
هرگز ازدواج نکرده	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سابقه وراثتی												
دارای سابقه ارثی	۳	۱۰/۷	۴	۱۴/۳	۱۳	۲۷/۷	۱۵	۳۱/۹	۳	۳۰	۴	۴۰
عدم سابقه ارثی	۲۵	۸۹/۳	۲۴	۸۵/۷	۳۴	۷۲/۳	۳۲	۶۸/۱	۷	۷۰	۶	۶۰

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

بر اساس جدول ۲، روی هم رفته، میانگین تمایل ورود به مشارکت، تمایل به کسب منافع جمعی و مشارکت در تصمیم‌گیری مبتلایان به سرطان‌های معده، پستان و لنفوم کمتر از غیرمبتلایان است. میانگین مشارکت در نظارت و مشارکت در اجرای مبتلایان به سرطان پستان نیز کمتر از غیرمبتلایان بوده است. نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که با افزایش میزان مجموعه مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی، احتمال عدم ابتلاء به سرطان معده و تعلق به گروه غیرمبتلایان به میزان ۰/۴۹ تغییر می‌یابد. ضرایب تشخیصی نشان می‌دهد تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت بیشترین سهم و نقش را در تبیین تفاوت بین دو گروه مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان معده دارد. بین میزان مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی در دو گروه مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان پستان تفاوت وجود دارد و تمایل به ورود به مشارکت بیشترین سهم و نقش را در تبیین تفاوت بین دو گروه دارد. بین میزان مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی در دو گروه مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان لنفوم نیز همبستگی یافت می‌شود و تمایل به کسب منافع جمعی بیشترین سهم و نقش را در تبیین تفاوت بین دو گروه دارد. همچنین تأثیر و رابطه مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی با هر یک سرطان‌های معده، پستان و لنفوم معنادار است (p<۰/۰۱).

جدول ۲- آماره‌های توصیفی مشارکت اجتماعی در مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان

آماره‌های توصیفی مشارکت اجتماعی	سرطان معده				سرطان پستان				سرطان لنفوم			
	مبتلایان		غیرمبتلایان		مبتلایان		غیرمبتلایان		مبتلایان		غیرمبتلایان	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تمایل به ورود به مشارکت	۱۲/۰۷	۱/۹۲	۱۲/۹	۲/۰۳	۱۱/۱	۲/۴۶	۱۳/۰۸	۱/۷۷	۱۲/۰	۱/۳۳	۱۲/۶	۳/۷۵
تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت	۳/۰۳	۱/۲۶	۴/۳۹	۲/۱۱	۳/۸۰	۱/۸۲	۴/۰۴	۱/۶۲	۳/۰	۱/۰۵	۴/۸۰	۲/۱۴
مشارکت در نظارت	۵/۰۷	۱/۹۰	۴/۱۴	۲/۴۷	۴/۱۷	۱/۶۳	۴/۸۷	۲/۵۵	۴/۶۰	۱/۵۷	۴/۵۰	۲/۲۷
مشارکت در اجرا	۷/۱۰	۲/۳۴	۶/۸۹	۲/۲۳	۵/۲۱	۱/۹۶	۵/۲۳	۲/۴۳	۶/۴۰	۲/۴۱	۵/۱۰	۲/۱۸
مشارکت در تصمیم‌گیری	۲/۸۵	۱/۱۱	۳/۱۷	۱/۸۸	۳/۲۷	۱/۹۵	۳/۲۹	۲/۰۷	۲/۷۰	۱/۱۵	۳/۱۰	۱/۵۲

جدول ۳- نتایج تحلیل تشخیصی، همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون لجستیک در مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی

مولفه‌های مشارکت اجتماعی	سرطان معده			سرطان پستان			سرطان لنفوم		
	ضریب تشخیصی	همبستگی کانونی	نسبت برتری	ضریب تشخیصی	همبستگی کانونی	نسبت برتری	ضریب تشخیصی	همبستگی کانونی	نسبت برتری
تمایل به ورود به مشارکت	۰/۳۷۳		۱/۲۶۲	۰/۹۶۳		۱/۵۹۷	۰/۷۴۴		۱/۵۴۳
تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت	۰/۶۸۳		۱/۶۰۲	۰/۳۴۶		۱/۲۸۶	۱/۲۵۶		۱۷/۴۹
مشارکت در نظارت	-۰/۶۷۹	۰/۴۹۰	۰/۶۸۳	۰/۲۲۶	۰/۴۵۴	۱/۱۰۲	-۰/۱۴۱	۰/۷۳۳	۰/۸۱۳
مشارکت در اجرا	-۰/۲۷۲		۰/۸۷۷	-۰/۰۲۵		۰/۹۹۵	-۰/۷۸۸		۰/۲۹۱
مشارکت در تصمیم‌گیری	-۰/۴۸۴		۱/۴۷۱	۰/۰۵۶		۱/۰۴۲	۰/۱۶۵		۰/۶۸۶

همه موارد فوق با درنظر گرفتن p<۰/۰۱ معنادار است.

در جدول ۴، نتایج نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی، تنها تأثیر و رابطه تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت و رابطه آن با سرطان معده معنادار است (p<۰/۰۵) و این مؤلفه، قابلیت ورود به مدل لوجیت (معادله بهینه رگرسیون لجستیک) را دارد. این مدل به شرح ذیل است:

(تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت) ۰/۴۷۱ + ۳/۰۹۸- = معادله بهینه رگرسیون لجستیک

همچنین تنها تأثیر تمایل به ورود به مشارکت و رابطه آن با سرطان پستان معنادار است (p<۰/۰۱) که مدل لوجیت در زیر آمده است:

(تمایل به ورود به مشارکت) ۰/۴۶۸+۷/۱۹۶- = معادله بهینه رگرسیون لجستیک

و در نهایت تأثیر هیچ یک از مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی و رابطه آنها با سرطان لنفوم معنادار نیست (p<۰/۰۵).

جدول ۴- تحلیل رگرسیون لجستیک برای ضریب رگرسیون و نسبت برتری در مشارکت اجتماعی

مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی	متغیرهای وابسته	مقدار ثابت	ضریب رگرسیون	نسبت برتری OR	p
تمایل به ورود به مشارکت			۰/۲۳۲	۱/۲۶۲	p >۰/۰۵
تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت			۰/۴۷۱	۱/۶۰۲	p <۰/۰۵
مشارکت در نظارت	سرطان معده	۳/۰۹۸-	۰/۳۸۲-	۰/۶۸۳	p >۰/۰۵
مشارکت در اجرا			۰/۱۳۱-	۰/۸۷۷	p >۰/۰۵
مشارکت در تصمیم‌گیری			۰/۳۸۶	۱/۴۷۱	p >۰/۰۵
تمایل به ورود به مشارکت			۰/۴۶۸	۱/۵۹۷	p <۰/۰۱
تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت			۰/۲۵۱	۱/۲۸۶	p >۰/۰۵
مشارکت در نظارت	سرطان پستان	۷/۱۹۶-	۰/۰۹۷	۱/۱۰۲	p >۰/۰۵
مشارکت در اجرا			۰/۰۰۵	۰/۹۹۵	p >۰/۰۵
مشارکت در تصمیم‌گیری			۰/۰۴۱	۱/۰۴۲	p >۰/۰۵
تمایل به ورود به مشارکت			۱/۲۶۵	۳/۵۴۳	p >۰/۰۵
تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت			۲/۸۶۲	۱۷/۴۹	p >۰/۰۵
مشارکت در نظارت	سرطان لنفوم	۱۸/۲۶۶-	۰/۲۰۷-	۰/۸۱۳	p >۰/۰۵
مشارکت در اجرا			۱/۲۳۴-	۰/۲۹۱	p >۰/۰۵
مشارکت در تصمیم‌گیری			۰/۳۷۶-	۰/۶۸۶	p >۰/۰۵

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش مشارکت اجتماعی در ابتلا به بیماری سرطان معده، پستان و لنفوم و پاسخ به نابرابری‌های سلامتی در مراجعه‌کنندگان به انستیتو کانسر شهر تهران انجام گرفت. بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت را نشان داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین مجموعه مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی مبتلایان و غیرمبتلایان به سرطان معده، پستان و لنفوم همبستگی متوسطی وجود دارد و نیز مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی بر ابتلاء به بیماری سرطان‌های معده، پستان و لنفوم تأثیر معناداری دارند به طوری که مؤلفه تمایل به کسب منافع جمعی مشارکت تأثیر مثبت و معناداری بر عدم ابتلاء به سرطان معده و مؤلفه تمایل به ورود به مشارکت تأثیر مثبت و معناداری بر عدم ابتلاء به سرطان پستان داراست. یافته‌ها، نتایج مطالعات بلیکلی[7] و همکارانش (۲۰۰۶) مبنی بر وجود همبستگی بین مشارکت اجتماعی به عنوان یکی از شاخص‌های سرمایه اجتماعی و بیماری سرطان در همه گروه‌های سنی را تأیید کرده و علاوه بر این، معناداری همبستگی ضعیف بین سرمایه اجتماعی و بیماری سرطان در میان گروه زنان را نیز تأیید می‌کند (۲۲). یافته‌های این پژوهش ضرورت توجه به مشارکت اجتماعی را پیشنهاد می‌کند. مشارکت اجتماعی می‌تواند به عنوان ابزاری جهت پیشگیری از سرطان‌ها در نظر گرفته شود که به واسطه تحکیم منافع در اختیار و دفاع در برابر از دست دادن منافع جمعی، ابزاری جهت حفظ سلامت جسمانی، کاهش استرس، جلوگیری از رفتارهای غیربهداشتی و ناسالم، حفظ تعادل سیستم ایمنی بدن و پیشگیری از ابتلاء به بیماری سرطان است. همچنین استرس و استراتژی‌های زیانبار مواجهه با آن نظیر مصرف مشروبات الکلی و سایر رفتارهای ناسالم و غیربهداشتی می‌تواند باعث اختلال در عملکرد سیستم ایمنی بدن شود. برای مثال، مصرف مشروبات الکلی با کمبود مواد مغذی کلی بدن موجب می‌شود که بدن از کمبود مواد غذایی مفید برای سیستم دفاعی آسیب ببیند و اگر به میزان زیاد مورد استفاده قرار گیرد، توانایی گلبول‌های سفید را برای تکثیر و از بین بردن سلول‌های سرطانی کاهش می‌دهد. همچنان که فورد- رابرتس[8] یادآور شده است، مشارکت خصوصی ناظر بر درگیری افراد در مراقبت شخصی خودشان است. بنابراین، این امر می‌تواند به درگیر شدن فرآیند بیمار و پایبندی و تعهد بیشتر به سلامت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت منجر شود. از سوی دیگر، این مشارکت می‌تواند موجب تعلل و تأخیر در تلاش برای مراقبت از سوی متخصصان گردد (۲۳).

یافته‌های پژوهش حاکی از آثار پیش‌بینی کننده، اصلاحی و توصیفی مشارکت اجتماعی بر بیماری سرطان است. وجود رابطه بین مشارکت اجتماعی و ابتلا به سرطان، سرنخ‌هایی پیش‌بینی کننده در ابتلا به این بیماری را به دست می‌دهد. در نتیجه هدف پژوهشگر در این تحقیق آن است که نتایج این پژوهش به تغییر یا اصلاح شرایط منجر شده تا از ابتلای افراد به بیماری سرطان پیشگیری کند. آگاهی از رابطه بین مشارکت اجتماعی و ابتلا به بیماری سرطان و اندیشیدن به ضوابط و هنجارهای جانشینی مناسب، روند ابتلا به این بیماری را متوقف کرده و زمینه توصیفی مناسبی را برای ترسیم زنجیره بیماری شناختی سرطان فراهم می‌آورد. تبیین‌های جامعه‌شناختی که بر مشارکت اجتماعی به عنوان عامل مؤثر بر سلامت و بیماری دلالت می‌کنند، بر این موضوع نیز دلالت دارند که تغییر در ترتیبات اجتماعی به تغییر و تحول در میزان بیماری‌های سرطان و نهایتاً سلامت می‌انجامد. نقش مشارکت اجتماعی در تبیین سلامت و بیماری سرطان در برگیرنده مفاهیم ضمنی سیاست اجتماعی است (۲۴). یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌کند که رشد و کارکرد بهینه بخش سلامت در جامعه مورد مطالعه علاوه بر نیاز به توجه به عوامل زیست- پزشکی و سایر عوامل اجتماعی، نیازمند توجه بیشتر به مشارکت اجتماعی است. این تأکید بر مؤلفه‌های اجتماعی سلامت باید بر شواهد روشن مبتنی باشد و این اطلاعات در اختیار تصمیم‌گیران، متخصصان سیاست اجتماعی و سلامت همگانی قرار گیرد.

آنچه که مسلم است این است که اطلاع‌رسانی در مورد اهمیت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از جمله مشارکت اجتماعی و آگاه‌سازی مردم از تأثیر آن بر عدم ابتلا به سرطان، می‌تواند موجب جلب مشارکت میان مردم و سیاست‌گذاران شده و یقیناً این همکاری منجر به افزایش سطح سلامت اجتماعی و رسیدن به رشد و توسعه پایدار خواهد شد. مشارکت مردم در اجرای برنامه‌ها در صورتی موفقیت‌آمیز خواهد بود که تمامی مراحل کار اعم از تصمیم‌گیری، انجام مراحل اجرایی و نظارت با همکاری آنان صورت پذیرد. در نتیجه نتایج این پژوهش می‌تواند سیاست‌گذاران و سیاست‌گذاری بهداشت عمومی را در

[7] Blakely
[8] Ford-Roberts

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

برنامه‌ریزی‌ها برای پیشگیری و کنترل سرطان‌ها یاری کند، در آگاهی بخشی به جامعه در شناخت سرطان‌ها مورد استفاده قرار گیردو در زندگی روزمره خانواده‌ها و افراد، رفتارها و عادات خطرزا و بیماری‌آفرین را گوشزد و در اصلاح آنها ایفای نقش نماید.

تشکر و قدردانی

از همکاری مسؤولین و کارکنان انستیتو کانسر تهران که در مراحل اجرای پرسشنامه و مصاحبه با بیماران ما را یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود. همچنین از خانم زهرا اکبری در انجام تغییرات نهایی قدردانی می‌شود.

References

1- Nettleton S. *The sociology of health and illness*, 2nd ed., USA, Polity press; 2006: 1-2.
2- Matcha DA. *Medical sociology*, USA, Allyn & Bacon; 1999:4.
3- Brown P. *Perspectives in medical sociology*, 4th ed., USA, Waveland press Inc; 2007: 1.
4- Link BG, Phelan JC. Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health. In: Bird E, Conrad P, Fremont AE, eds. *Handbook of medical sociology*. 5th ed., New Jersey: Prentice Hall; 2000: 33-46.
5- Cockerham WC. *Medical sociology*, 10th ed., New Jersey: Prentice hall; 2006: 2.
6- Torabian S, Vosoogh Moghadam A, Sedaghat Siahkal M. Evaluation of aspects of the educational inputs and outputs in departments of social medicine in universities and faculties of medical sciences. Journal of steps for development in medical education 2006; 6: 96-101. (in Persian)
7- Giddens A. *Sociology*. Translated by Saboori M. Tehran: Nashreney; 2005: 33. (in Persian)
8- Armstrong D, Tavakol M. *Medical sociology*. Tehran: The Iranian Research Center for Medical Ethics and Law; 2008: 154.
9- Naseri Rad M. (dissertation). The role of social capital in affection by cancer's disease. Tehran: University of Tehran; 2010: 81-110. (in Persian)
10- Shiani M. Social participation in children. Journal of Social Welfare 2003; 7: 15-29. (in Persian)
11- Rahnama M. *People's self development*. London: Zed book; 1993: 121-122.
12- Abazari Y. Hamidi N. Sociology of body and some of challenges. Journal of women research 2008; 6 (4): 127-160. (in Persian)
13- Veenstra G. *Social capital, health and income inequality, in social capital: trust, democracy and development*. Translated by Khakbaz A, Pooyan H. Tehran: shirazeh; 2006: 622. (in Persian)
14- Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziatek-Trojniak L, West S. The quality of life of African American women with breast cancer. Res Nurs health 1999; 22(6): 449-60.
15- Quatman T, Watson CM. Gender differences in adolescent self-esteem: an exploration of domains. Journal of genetic psychology 2001; 162(1): 93-117.
16- DiMatteo MR. *The psychology of health, illness and medical care: An individual perspective*. California: Books/Cole Publishing Company; 1991: 625.
17- Park JO. *Textbook of preventive & social medicine: chronic diseases and epidemic diseases*. Translated by Shojaei Tehrani H, Malekafzali H. Tehran: Samat; 2003: 23-43. (in Persian)
18- Parkin MD, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics 2002. CA cancer. Journal of clinical oncology 2005; 55: 74- 108.
19- 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: 2137-2150.
20- Mattus DE, Machado JL, Ruiy T. Teaching in the community: changing and implementing and a new curriculum. Education for health 1998; 3: 319-325.
21- Marmot MG, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Translated by Montazeri A. Tehran: Iranian Institute for Health Sciences Research; 2008: 339. (in Persian)
22- Kawachi I, Subramanian SV, Kim Daniel. *Social capital and health*. Springer; 2007.
23- Scambler G, Habermas J. *Critical theory and health*. Translated by Nozari H. Tehran: High institute of social security research; 2007: 168-179. (in Persian)
24- Tausig M, Michello J, Subedi S. *Sociology of mental illness*. Translated by Abdollahi A. Tehran: Samt; 2007: 359. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]

Relationship between Social Participation and Cancer among Patients in Cancer Institute of Tehran

Tavakol M* (PhD), Naseri Rad M (MSc)

Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Received: 30 Sep 2010, Accepted: 26 Sep 2011

Abstract

Introduction: Social factors have highly related with occurrence of diseases. In order to decrease health problems in societies, medicine should be equipped with socio-biological perspective toward health and disease. This study aimed to determine the relationship between social participation with stomach, breast and lymphoma cancers.

Methods: In this cross-sectional study, 85 patients with stomach, breast and lymphoma cancers, older than 14 years, were recruited using classified probability sampling. Another 85 individuals were selected as control group. Data were collected using questionnaires and analyzed using discriminate analysis, canonical correlation, and logistic regression.

Results: The results indicated that there was an average association between the set of social participation components with stomach, breast and lymphoma cancers. The social participation component had also significant relationships with the diseases. The component of willingness for gaining interests for the group had significant relationships with the studied diseases (OR=1.602, P<0.05). Also, the component of willingness into participation had significant relationship with breast cancer (OR=1.597, P<0.01).

Conclusion: Based on the results of this study, social participation was a social determinant of affection by stomach, breast and lymphoma cancers. It is necessary to pay attention to social participation.

Key words: social participation, medical sociology, social determinants of health, cancer

Please cite this article as follows:
Tavakol M, Naseri Rad M. Relationship between Social Participation and Cancer among Patients in Cancer Institute of Tehran. Hakim Research Journal 2011; 14(3): 137- 143.

*Corresponding Author: Al-e-Ahmad Highway, Gisha Bridge, Department of Sociology, Faculty of Social Science, University of Tehran, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 61117846, Fax:+98- 21- 88012211, E-mail: mtavakol@ut.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-11]