



## Social Class and Disease Behavior in Neurotic and Coronary Patients

Sajad Mombeini <sup>1</sup>1. Corresponding Author, Ph.D Student in Sociology at KHU, Tehran, Iran. Email: [sajadmombeini68@yahoo.com](mailto:sajadmombeini68@yahoo.com)

---

**Article Info****Article type:**

Research Article

**Article history:**

Received: 05-01-2023

Received in revised form:  
30-03-2023

Accepted: 19-9-2023

Published online: 11-11-2023

**Keywords:**Social Class, Disease  
Behavior, Neurotic  
Disorders, CAD

---

**ABSTRACT**

This study aimed to identify disease behavior patterns in the studied neurotic and coronary patients and to study the relationship between social class and disease behavior dimensions in them. Therefore, the number of 119 coronary patients and 91 neurotic patients in Tehran were selected and examined according to available sample. The data were collected by survey method, structured interview technique and questionnaire tool and analyzed in SPSS software. The comparison of disease behavior patterns in two groups of patients showed that they adopted neither the same pattern nor a completely different pattern. The quantity and quality of the interpretative-perceptive ability of the patients showed that both coronary and neurotic patients adopted an active perceptual pattern. This active perceptual pattern led the patients to adopt an active coping approach, so that both groups of patients used more problem-oriented strategies. The study of the relationship between social class and disease behavior dimensions also showed that in coronary patients, the dimensions of problem-oriented strategy and disease perception, and in neurotic patients, the dimension of disease perception showed a significant relationship with social class. In general, it should be said that social class can explain the dimensions and behavior patterns of the disease.

---

**Cite this article:** Mombeini, S. (2023). Social Class and Disease Behavior in Neurotic and Coronary Patients, *Journal of Social Problems of Iran*, 14 (1),113-133.



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.



## طبقه اجتماعی و رفتار بیماری در بیماران نوروتیک و کرونری

سجاد ممبینی<sup>۱</sup><sup>۱</sup>. نویسنده مسئول؛ دانشجوی دکتری جامعه شناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران، رایانامه: [sajadmombeyni68@yahoo.com](mailto:sajadmombeyni68@yahoo.com)

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	پژوهش حاضر در پی آن بود ضمن شناسایی الگوهای رفتار بیماری در بیماران نوروتیک و کرونری مورد مطالعه، نسبت طبقه اجتماعی با ابعاد رفتار بیماری را در ایشان مطالعه نماید. لذا تعداد ۱۱۹ بیمار کرونری و ۹۱ بیمار نوروتیک در شهر تهران و به شیوه نمونه در دسترس انتخاب و بررسی شدند. داده ها با روش پیمایش، تکنیک مصاحبه ساخت یافته و ابزار پرسشنامه گردآوری و در نرم افزار SPSS تحلیل گردید. مقایسه الگوهای رفتار بیماری در دو دسته بیمار نشان داد که ایشان در مجموع نه الگوی یکسان و نه الگویی کاملا متفاوت اتخاذ نموده اند. کمیت و کیفیت توانش تفسیری- ادراکی بیماران نشان داد که هم بیماران کرونری و هم نوروتیک، بیشتر یک الگوی ادراکی فعال اتخاذ کرده اند. این الگوی ادراکی فعال، بیماران را بیشتر به اتخاذ یک رویکرد مقابله ای فعال نیز سوق داد، به نحوی که هر دو دسته بیمار بیشتر از راهبردهای مسأله محور استفاده کردند. مطالعه نسبت طبقه اجتماعی و ابعاد رفتار بیماری نیز نشان داد که در بیماران کرونری ابعاد راهبرد مسأله محور و ادراک بیماری، و در بیماران نوروتیک بُعد ادراک بیماری با طبقه اجتماعی رابطه معناداری نشان دادند. در مجموع باید گفت طبقه اجتماعی می تواند ابعاد و الگوهای رفتار بیماری را توضیح دهد.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۱۰	
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۸	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰	
کلیدواژه ها: طبقه اجتماعی، رفتار بیماری، اختلالات نوروتیک، انسداد عروق کرونری..	

استناد: ممبینی، سجاد؛ (۱۴۰۲). طبقه اجتماعی و رفتار بیماری در بیماران نوروتیک و کرونری؛ بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۱۴(۱)، ۱۱۳-۱۳۳.

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.



## ۱- مقدمه

بیماری یک رخداد آنومیک در مسیر سلامتی و فعالیت هنجارمند بدن است. به عبارتی «وضعیتی است که در آن بدن یا عضوی از ارگانسیم زنده در کارکردهای طبیعی و منظم خود دچار اختلال، نوسان یا بی‌نظمی می‌شود» (کامپتون و شیم<sup>۱</sup>، ۱۳۹۷: ۳۰). اما میل به حیات و وجود غرایز آگویی سبب می‌شود فرد مجموعه واکنش‌هایی در برابر بیماری از خود نشان دهد که در جامعه‌شناسی پزشکی ذیل عنوان «رفتار بیماری»<sup>۲</sup> دسته‌بندی می‌گردد. «رفتار بیماری شیوه‌ای است که علائم بیماری درک، ارزیابی، تعریف و تفسیر شده و از جانب فردی که درد یا سایر نشانه‌های نقص ارگانسیم را تشخیص می‌دهد، پاسخ داده می‌شود» (پاسند<sup>۳</sup> و همکاران: ۲۰۱۶: ۵۷۹).

جامعه‌شناسی متأخر نشان داده وضعیت‌هایی زیستی همچون بیماری و سلامت نیز مقوله‌هایی اجتماعی‌اند. از آنجا که سوژه موجودیتی درون‌ماندگار<sup>۴</sup> با موقعیت اجتماعی خویش است، هر شکلی از شناخت، ادراک و کنش‌ورزی او نیز زمینه‌ای اجتماعی دارد. رفتار بیماری نیز به‌مثابه رویکردی شناختی- رفتاری در برابر بیماری، به‌واسطه وضعیت اجتماعی سامان‌دهی می‌شود. طبقه اجتماعی<sup>۵</sup> یکی از همین زمینه‌هایی است که می‌تواند رفتار بیماری را سامان‌دهی نماید. تعریف مارکسی طبقه به‌مثابه موقعیت سوژه در فرماسیون تولید، توسط جامعه‌شناسانی چون وبر و با افزودن عناصر فرهنگی- اجتماعی به آن، تعدیل گردید. تلقی جامعه‌شناسی متأخر از طبقه اجتماعی - بویژه نزد بوردیو- به مفهوم تعدیل شده وبری نزدیک‌تر است. نظام قشربندی طبقاتی در یک جامعه به‌طور معمول از سه طبقه بالا، متوسط و پایین تشکیل شده که تحت تأثیر تحقیقات جامعه‌شناسان تجربی متأخر، معمولاً با سه شاخصه درآمد، شغل و تحصیلات تعریف می‌شود. موقعیت طبقاتی با تحدید منابع، دسترسی‌ها، امکانات و لذا حدود آگاهی و کنشگری سوژه، می‌تواند شیوه مواجهه وی با بیماری (رفتار بیماری) را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

اختلالات روان از بیماری‌های شایع ایران و جهان به‌حساب می‌آید. طیف خفیف این اختلالات، موسوم به *نوروز*<sup>۶</sup>، اگرچه مستقیماً با مرگ و میر زیادی همراه نیست، ناتوان‌کننده بوده و زندگی روزمره را مختل می‌سازد. اختلالات نوروتیک<sup>۷</sup> طیفی از کژکارکردی‌های خفیف بالینی توأم با تنش همچون استرس، اضطراب، افسردگی، وسواس خفیف، هیستری و.. را شامل می‌گردد. در پایه‌ای‌ترین تعریف، روانکاو *نوروز* را به تعارض میان اصل لذت<sup>۸</sup> و اصل واقعیت<sup>۹</sup>، و مغلوب شدن اولی برابر دومی مربوط می‌داند. به بیان ساده‌تر، *نوروز* به اجتماعی‌شدگی مفرط سوژه در نتیجه سرکوب غیرطبیعی میل توسط بازنمود روانی واقعیت اجتماعی یعنی آگو<sup>۱۰</sup>، مربوط است (ن.ک: فروید، ۲۰۱۰: ۴۰۶۵).

گستره شیوع اختلالات نوروتیک در ایران قابل توجه است. بنا به گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۷، «از هر ۴ ایرانی یک نفر به اختلالات نوروتیک مبتلا بوده‌اند. این آمار برای شهروندان تهرانی، یک بیمار به ازای هر ۳ نفر بوده است. برحسب جنسیت نیز،

1 Compton & Shim

2 Illness Behavior

3 Pasand

4 Immanent

5 Social Class

6 Neurosis

۷ اختلالات نوروتیک (Neurotic Disorders) در زبان فارسی به *روان‌رنجوری* ترجمه شده‌اند. با توجه به اینکه در زبان عامه و حتی گاه متون و مقالات تخصصی، *روان‌رنجوری*، *روان‌پریشی* و *روان‌نزدی* که به سه دسته متمایز بیماری‌های روانی اشاره دارند، به طور اشتباه به جای یکدیگر به کار می‌روند، در نوشتار حاضر از همان اصطلاح تخصصی استفاده شده است.

8 The Principle of Pleasure

9 The Principle of Reality

10 Ego

حدود ۲۸ درصد زنان و ۱۹ درصد مردان کشور به این اختلالات مبتلا بوده‌اند» (حقیقی و دیگران، ۱۳۹۸: ۱۱۲). در سال ۱۴۰۰ و بنا به گزارش همین سازمان، «این آمار به ۱ بیمار به ازای هر ۳ ایرانی افزایش یافته است» (عامری و نجفی، ۱۴۰۰: ۱۳). تحقیقات نشان می‌دهد این اختلالات بر افراد مبتلا و خانواده‌ی ایشان «تأثیرات سویی از قبیل خودکشی، طلاق، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، خشونت، بیکاری و آسیب روابط اجتماعی در پی دارد» (فونتولاکیس<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲: ۳۹۰). همچنین بار اختلالات نوروتیک برای جامعه و نظام سلامت نیز به‌مثابه یک بیماری مزمن، قابل توجه می‌باشد. در ایران «اختلالات روانی با تخصیص ۱۴ درصد از کل بار اقتصادی نظام سلامت، از این حیث در رتبه دوم در بین همه بیماری‌ها قرار دارند» (عامری و نجفی، ۱۴۰۰: ۱۴).

دیگر بیماری مزمن با شیوع بالا، انسداد عروق کرونری قلب<sup>۲</sup> (CAD یا CHD) بوده که خود «شایع‌ترین نوع بیماری قلبی است» (کوناتور<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۹: ۶۲۶). در این بیماری، «عروق مربوط به سرخرگ کرونر که خون حاوی اکسیژن و مواد مغذی را به عضله قلب می‌رساند، به سبب رسوب تدریجی پلاک مسدود می‌گردد، که به این رخداد سختی سرخرگ‌ها یا تصلب شرایین (آترواسکلروز)<sup>۴</sup> می‌گویند» (ویلیام اینسول<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). تنگ‌شدگی (استنوزیس)<sup>۶</sup> مدخل رگ کرونر مانع از آن می‌شود که خون به راحتی به سمت عضله قلب (میوکارد)<sup>۷</sup> جریان یابد. این مسأله احتمال سکته یا حمله قلبی را به شدت افزایش می‌دهد (ن.ک: گاندر<sup>۸</sup> و دیگران، ۲۰۱۴).

شیوع بالای بیماری کرونری، آن را به یک مسأله مهم در حیات جمعی ایرانیان بدل کرده است. طبق آمارهای رسمی وزارت بهداشت، «حدود ۴۵ درصد مرگ و میرها در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی است» (کلاهی و دیگران، ۱۴۰۱: ۱۵۲). بر اساس گزارش‌های موجود، «روزانه ۴۸۵ نفر در ایران به علت عوارض قلبی-عروقی فوت می‌کنند و لذا این بیماری عامل اول مرگ و میر در بین ایرانیان به حساب می‌آید» (پایگاه ثبت احوال کشور، ۱۳۹۹). بنا به گزارش‌ها «در سال ۱۴۰۰، به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ساکن تهران، ۲ مورد مرگ جوانان بالاتر از ۳۰ سال و بر اثر عارضه قلبی گزارش شده است؛ در حالی که همین نسبت در کشورهای آسیای شرقی و آمریکای شمالی به ترتیب ۰/۲ و ۰/۹ در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد» (کلاهی و دیگران، ۱۴۰۱: ۱۵۲). از حیث بار اقتصادی نیز بیماری کرونری قلب «سالانه حدود ۴/۹ میلیارد دلار به نظام اقتصادی ایران هزینه وارد می‌سازد که از این بین ۳/۵ میلیارد دلار آن مربوط به هزینه‌های پزشکی و ما بقی هزینه‌های تولید از دست رفته به سبب مرگ زودرس می‌باشد» (زاغفر و دیگران، ۱۳۹۸: ۳۴۲).

در مجموع باید گفت بار بالای اختلالات نوروتیک و بیماری کرونری برای نظام سلامت و اقتصاد کشور از یک سو، خسارت‌های اجتماعی ناشی از آسیب‌های گسترده این دو بیماری به ساختار خانواده و شبکه اجتماعی نزدیکان، و نیز ریشه‌های قابل توجه این بیماری‌ها و شیوه‌های مواجهه با آنها در مقولات اجتماعی از سوی دیگر، آنها را به حد یک مسأله اجتماعی مهم در حوزه سلامت ارتقاء داده و لزوم یک بررسی جامعه‌شناختی پیرامون آنها را آشکار می‌سازد. این دو بیماری را از این جهت می‌توان به‌مثابه یک مسأله اجتماعی مطالعه نمود که هم ابتلا و مواجهه با آنها ریشه‌های نیرومندی در ساحت اجتماعی داشته و هم پیامدهای ابتلا به آنها امر اجتماعی را عمیقاً متأثر می‌سازد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که شناسایی عوامل اجتماعی توضیح‌دهنده رفتار این دو بیماری یا

1 Fountoulakis

2 Coronary Artery (Heart) Disease

3 Kownator

4 Atherosclerosis

5 William Insull

6 Asthenosis

7 Myocardium

8 Gander

به عبارتی شیوه مواجهه با آنها از سوی بیمار، می‌تواند از بسیاری آثار و هزینه‌های متعاقب آنها جلوگیری نماید. این همان رسالت بنیادی جامعه‌شناسی پزشکی نیز هست که سعی دارد با شناسایی و کنترل توضیح دهنده‌های بیماری‌ها و نیز شناخت شیوه‌ها و الگوهای مواجهه با آنها، هزینه‌های اجتماعی بیماری را قبل از وقوع بیولوژیک آن، کنترل نماید. با توجه به آنچه گفته شد مسأله اصلی پژوهش حاضر آن است که اولاً الگوهای رفتار بیماری را در بیماران نوروتیک و کرونری در شهر تهران شناسایی و مقایسه نموده، و ثانیاً نسبت ابعاد رفتار بیماری را در این دو اختلال با طبقه اجتماعی بیماران، مورد مطالعه قرار دهد.

## ۲- پیشینه تحقیق

قشقای و دیگران (۱۴۰۱)، در پژوهشی خود با عنوان «تدوین مدل ساختاری راهبردهای مقابله‌ای بر اساس سرمایه‌های اجتماعی و روانشناختی با میانجیگری هوش معنوی در زنان سرپرست خانوار»، به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی با راهبردهای مقابله‌ای، رابطه‌ای معنادار و مستقیم نشان داده است. دهقان منشادی و دیگران (۱۳۹۹)، در پژوهشی با عنوان «مطالعه بسترهای زمینه‌ساز راهبردهای مقابله‌ای مؤثر کودکان مواجه شده با ترومای زلزله در کرمانشاه»، نشان دادند که متغیرهای اجتماعی همچون حمایت اجتماعی، پیوند اجتماعی (شبکه اجتماعی)، تنیدگی روابط خانوادگی و اعتماد اجتماعی، با راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری را نشان داده‌اند. یافته‌های نفیسی، قریشی و نعمت زاده (۱۳۹۸)، در پژوهشی با عنوان «سهم بازداری اجتماعی و عاطفه منفی در ادراک از بیماری افراد مبتلا به سرطان»، نشان می‌دهد که بازداری اجتماعی با متغیر ادراک بیماری و مؤلفه‌های آن شامل کنترل بیماری، هویت، نگرانی، پیامدها، سیر زمانی، فهم بیماری، بازنمایی هیجانی و کنترل شخصی رابطه معناداری دارد. نتایج پژوهش سلیمان نژاد و دیگران (۱۳۹۶) با عنوان «تأثیر عوامل اجتماعی روانی بر تأخیر در درمانجویی پزشکی در زنان با علائم سرطان پستان: ارزیابی مدل باور سلامتی»، نشان داد بین زنان کمتر و بیشتر از ۳ ماه تأخیر در درمان‌جویی، از حیث مؤلفه‌های سرمشق کنش و آگاهی از علائم در فاز تأخیر در ارزیابی، مؤلفه‌های آسیب‌پذیری ادراک شده و موانع ادراک شده درمان در فاز تأخیر بیماری و مؤلفه‌های خودکارآمدی، فواید ادراک شده درمان و موانع ادراک شده درمان در فاز تأخیر رفتاری، تفاوت‌های معناداری مشاهده گردید.

کائو<sup>۱</sup> و دیگران (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان «دانشجویان بین‌المللی چینی و منابع حمایت اجتماعی در مواجهه با استرس‌های تحصیلی»، نشان دادند که حمایت اجتماعی دریافت شده توسط دانشجویان، رابطه معناداری با راهبردهای مقابله‌ای ایشان نشان داده است. نتایج پژوهش کالدرون<sup>۲</sup> و دیگران (۲۰۲۱) با عنوان «حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، و عوامل اجتماعی-جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در زنان مبتلا به سرطان سینه»، نشان داد که متغیرهایی همچون میزان تحصیلات، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی خانوادگی، با راهبردهای مقابله‌ای رابطه مستقیم و با راهبردهای اجتنابی رابطه‌ای معکوس نشان دادند. نتایج تحقیق چانگروکسا<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) با عنوان «استرس، راهبردهای مقابله‌ای و عوامل مرتبط با آن در بین فارغ‌التحصیلان دانشگاه»، نشان داد که بالاترین راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط دانشجویان به ترتیب عبارت بودند از: راهبردهای معطوف به حل مسأله، جست‌وجوی حمایت اجتماعی، اجتناب - گریز و راهبردهای شدیداً مسأله محور. یافته‌های تحقیق هانسن<sup>۴</sup> و

1 Cao

2 Calderon

3 Chongruksa

4 Hansen

همکاران (۲۰۱۷) با عنوان «عوامل اجتماعی - روانی مرتبط با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اختلالات کرونری قلب»، نشان داد عوامل گوناگون اجتماعی - روانی چون خودکارآمدی، حمایت ادراک شده، جنسیت، وضعیت آموزشی و سابقه خانوادگی، و نیز مدت زمان بروز بیماری، با ادراک بیماری رابطه معناداری را نشان دادند.

در مجموع پژوهش‌های مذکور تلاش نمودند در مطالعه ابعاد رفتار بیماری، پاره‌ای از عوامل اجتماعی را مد نظر قرار دهند. اما پژوهش حاضر با پژوهش‌های یاد شده، تفاوت‌هایی دارد. اول آنکه پژوهش حاضر رفتار بیماری را به مثابه یک سازه کلی (با ابعاد اصلی آن) مورد مطالعه قرار خواهد داد. دوم آنکه پژوهش حاضر رفتار بیماری را در دو نوع بیماری (یک بیماری جسمی و یک بیماری روانی)، مطالعه و مقایسه خواهد نمود. مورد سوم تمرکز بر «طبقه اجتماعی» به عنوان یک عامل اجتماعی توضیح دهنده رفتار بیماری - ست که در مطالعات مذکور مورد توجه نبوده است.

### ۳- مبانی نظری تحقیق

یکی از رویکردهای مهم در مطالعه رفتار بیماری در جامعه‌شناسی پزشکی، برداشت و تصور از رفتار بیماری به مثابه یک فرآیند است. «بر اساس مدل فرآیندی رفتار بیماری، بعد از بروز علائم بیماران مراحل نظیر ادراک علائم، اسناد معنا، تفسیر علائم، راهبردها و تکنیک‌های مقابله و در نهایت رفتار کمک‌جویی یا جست‌وجوی درمان را پشت سر می‌گذرانند» (مسعودنیا، ۱۳۹۶: ۳۱۷). اما مدل فرآیندی رفتار بیماری، صرفاً یک مدل خطی نبوده که از ادراک بیماری آغاز و به شیوه‌های مقابله و درمان‌جویی ختم گردد، بلکه ممکن است مراحل و اجزاء فرآیند کنش متقابل با یکدیگر داشته باشند. به عنوان مثال، بیمار در هر مرحله از فرآیند مواجهه خود با بیماری، ممکن است ادراک خود از بیماری را بازتعریف، اصلاح و جرح و تعدیل نماید.

یکی از مدل‌های رایج در رویکرد فرآیندی، مدل «تجربه بیماری» است که توسط ساچمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۸) مطرح گردید. بر اساس این مدل «هنگامی که افراد متوجه بیماری خود می‌شوند، پنج مرحله مختلف واکنش را پشت سر می‌نهند که به تفسیر آنان از تجربه بیماری خاص بستگی دارد: ۱- تجربه علائم، ۲- پذیرش نقش بیمار، ۳- تماس با مراقب‌های پزشکی، ۴- نقش بیمار- وابسته و ۵- بهبود و بازپروسی» (مسعودنیا، ۱۳۹۶: ۳۵۷). در این مدل تجربه بیماری اولین گام خود را با شناخت و ادراک علائم آغاز می‌کند. در اینجا بسته به نوع تفسیر فرد از علائم که آنان را سمپتوم‌های مرضی تفسیر و ادراک کند یا نه، نقش بیمار پذیرفته و یا به تأخیر انداخته خواهد شد. «اگر فرد علائم را به مثابه نشانه‌های بیماری تفسیر کرده و نقش بیمار را بپذیرد، رفتار درمان‌جویی خود را آغاز خواهد کرد که ممکن است به دو صورت استمداد از مراجع تخصصی و یا بهره‌گیری از درمان عامیانه و حتی خوددرمانی نمود پیدا کند. در صورت انتخاب مراجع تخصصی درمان، فرد تا زمان بهبود و بازیابی سلامت، نقش بیمار- وابسته را می‌پذیرد» (ساچمن، ۱۹۷۸: ۶). پذیرش نقش بیمار- وابسته بدن معناست که بیمار می‌پذیرد به روش‌های تخصصی درمان تن داده، الگوهای درمانی را رعایت کرده و از یک رژیم غذایی مناسب پیروی کند.

در مجموع رویکرد فرآیندی به رفتار بیماری، عموماً سه بُعد اساسی و تقریباً متوالی برای رفتار بیماری چونان یک فرآیند، در نظر می‌گیرد: ادراک بیماری<sup>۲</sup>، راهبردهای مقابله‌ای<sup>۳</sup> و رفتار درمان‌جویی. ادراک بیماری عبارت است از «شیوه‌ای که فرد علائم بیماری را به کمک یک منظومه فرهنگی - اجتماعی معنادهی و تفسیر می‌کند» (مسعودنیا، ۱۳۹۶: ۳۱۸). در بیانی دیگر «ادراک

1 Suchman

2 Disease Perception

3 Coping Strategies

بیماری، بازنمودگی شناختی بیمار از ماهیت، علل، پیامد، نشانه‌ها و علایم بیماری خود و تفسیر آنها در یک چهارچوب معرفتی - شناختی‌ست» (لونتال<sup>۱</sup> و دیگران، ۱۹۹۸: ۷۲۱). برجسته‌ترین الگو در زمینه ادراک بیماری، مدل خودگردانی لونتال و دیگران (۲۰۰۱) است. بر اساس این مدل، ادراک بیماری از ۷ مؤلفه اساسی ساخته شده است: «۱- برآیند بیماری (عقیده و دیدگاه بیمار پیرامون پیامدهای احتمالی بیماری بر کیفیت زیست وی) ۲- خط زمانی حاد/ مزمن (عقاید و باورهای بیمار پیرامون مدت زمان طول بیماری) ۳- کنترل شخصی (باور بیمار پیرامون توانایی وی در کنترل بیماری) ۴- انسجام بیماری (باور و عقیده بیمار پیرامون قابل فهم بودن اختلال و بیماری) ۵- کنترل/ درمان (دیدگاه و عقیده بیمار در ارتباط با قابل کنترل بودن و بهبود بیماری) ۶- خط زمانی/ دوره‌ای (باور بیمار پیرامون دوره‌ای و متناوب بودن علائم بیماری) ۷- تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در قبال مواجهه با علائم بیماری)» (مسعودنیا و دیگران، ۱۳۹۵: ۲). از سوی دیگر «مقابله آن دسته از تلاش‌های شناختی و رفتاری را در بر می‌گیرد که به منظور کاهش استرس ناشی از خواسته‌های درونی و بیرونی صورت می‌گیرد؛ خواسته‌هایی که بنا به ادراک فرد از منابع وی برای رفع آنها فراتر می‌روند» (لازاروس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱: ۱۱۲). راهبردهای مقابله‌ای را عموماً به دو دسته راهبردهای مسأله‌محور (فعال) و اجتنابی (انفعالی) تقسیم می‌کنند. «راهبردهای فعال به شناخت‌ها و رفتارهایی اشاره دارد که معطوف به حل مسأله می‌باشند. در واقع در این نوع راهبرد، بیمار رویکردی فاعلانه و ستیزه‌جویانه به وضعیت بحرانی دارد. در مقابل راهبردهای اجتنابی شامل روش‌هایی است که بر اساس آن بیمار به سطح قابل اتکایی از کنترل هیجانی و قدرت مقابله با رویدادها و عواطف بحرانی دست پیدا می‌کند» (کومپاس و دیگران، ۲۰۰۱). شاخص‌ترین راهبردهای معطوف به حل مسأله عبارتند از: «۱- مقابله رویارویانه: که کوشش‌های پرخاشگرانه برای تغییر موقعیت را شامل می‌شود ۲- جستجوی حمایت اجتماعی: عبارت است از کوشش برای بدست آوردن حمایت اطلاعاتی، عینی و هیجانی دیگران ۳- حل مسأله برنامه‌ریزی شده: که شامل تلاش‌های سنجشگرانه، تحلیلی و برنامه‌ریزی شده بیمار برای گذر از بحران است» (لازاروس، ۱۹۹۱). در بین راهبردهای اجتنابی نیز مطرح‌ترین راهبردها عبارتند از: «۱- خویشتنداری: که به تلاش در جهت نظم‌بخشی و کنترل عواطف و هیجانات شخصی اطلاق می‌شود ۲- فاصله‌گیری: عبارت است از کوشش بیمار در راستای عبور و گسست از وضعیت بحران ۳- ارزیابی مجدد- سازگاری: که شامل کوشش بیمار برای دست یافتن به وجوه معنایی مثبت از یک تجربه است ۴- راهبرد اجتناب- گریز: عبارت است از کوشش بیمار در راستای گریختن یا پرهیز کردن آگاهانه از وضعیت بحرانی» (آریوم هان و دیگران، ۲۰۱۹). رفتار درمان‌جویی نیز «به طیفی از شیوه‌های خرافی، سنتی تا تخصصی اشاره دارد که فرد برای درمان بیماری اتخاذ نموده و به یاری می‌طلبند» (برگس<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۶: ۹۶۳). پژوهش‌های مختلف معمولاً به مطالعه یک یا دو بعد از این ابعاد بسنده می‌نمایند. با توجه به آنکه بُعد رفتار کمک‌جویی را می‌توان دارای اشتراکات و همپوشانی‌های قابل توجهی با بُعد مقابله دانست، در پژوهش حاضر از مطالعه جداگانه آن صرف نظر شده است. این اشتراکات گرچه به معنای همپوشانی کامل دو بعد مذکور نخواهد بود، اما منطقی می‌تواند توضیح دهد که چگونه راهبرد مقابله‌ای فعال و غیر فعال با بیماری، رفتار درمان‌جویی را نیز تا حد زیادی متأثر خواهد ساخت. لذا در اینجا سازه رفتار بیماری بر اساس دو بُعد ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای عملیاتی خواهد شد.

1 Leventhal

2 Lazarus

3 Burgess

#### ۴- چهارچوب نظری

نظریه بوردیو با کلیدواژه‌های مفهومی میدان<sup>۱</sup>، سرمایه<sup>۲</sup> و عادت‌واره<sup>۳</sup>، تکیه‌گاه نظری قابل تأملی برای یک مطالعه جامعه‌شناختی رفتار بیماری فراهم می‌سازد؛ این کارآمدی نظری به‌ویژه زمانی نمایان تر خواهد بود که مطالعه نسبت الگوها و ابعاد رفتار بیماری با مفهومی عمیقاً بوردیویی همچون طبقه اجتماعی، مطرح باشد.

از دیدگاه بوردیو هر سوژه انسانی حامل یک ذخیره فرهنگی است که امکان کنشگری را برای وی فراهم می‌سازد. ذخیره فرهنگی مذکور خود محصول ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است که محیط بدن فرد را احاطه کرده‌اند. این ذخیره فرهنگی که هیتاس نام دارد عبارت است از «طرح‌های تفسیری عمدتاً ناخودآگاه یا به‌نحو ضمنی به‌کار گرفته شده‌ای که نحوه کار جهان و نحوه ارزیابی امور را به فرد نشان داده و دستورالعمل‌هایی برای کنش فراهم می‌سازد» (سیدمن، ۱۳۹۸: ۱۹۷). به‌نوعی می‌توان گفت عادت-واره به مجموعه‌ای از خط مشی‌های شکل گرفته فرهنگی اشاره دارد که ذائقه، سلیقه، عاطفه، تأثرات، ادراکات و رفتارهای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از نظر بوردیو «هیتاس، محصول شرایط ساختاری فرد است و در عین حال کنش‌های فرد را به‌گونه‌ای سامان می‌دهد که شرایط عینی هستی اجتماعی وی را بازتولید کند» (سیدمن، ۱۳۹۸: ۱۹۸). بوردیو با طرح بحث غیر خلاقه بودن یا کمتر ابتکاری بودن سوژکتیویته فرد و سامان‌دهی شدن آن توسط عادت‌واره‌ای که خود محصول شرایط ساختاری است (بدن تابع قاعده)، از رویکرد ایدئالیستی به سوژکتیویته فاصله می‌گیرد. این نگاه غیر ایدئالیستی، بوردیو را متوجه ساختارهای پهن دامنه‌ای می‌کند که بدن کنشگر را نیروگذاری کرده و کنش‌های آن را نظام می‌بخشد. مهمترین ساختار مورد توجه بوردیو ساختار طبقاتی است. ساختار طبقاتی از نظر بوردیو صرفاً برخورداری از یک موقعیت اقتصادی ویژه نیست، بلکه موقعیت طبقاتی تحت فضایی چند بُعدی از بردارها نیرو گذاری شده و متقاطع می‌گردد. مهمترین این بردارها که بوردیو تحت عنوان «سرمایه» از آنان نام می‌برد شامل بردارهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است. هر بدن حامل نقطه تقاطعی از این سه بردار (سرمایه) است که جایگاه طبقاتی سوژه را تعیین می‌کند. سرمایه اقتصادی به دارایی‌های مالی، سرمایه فرهنگی به دارایی نمادین و سرمایه اجتماعی به پیوندهای اجتماعی مؤثر فرد اشاره دارند (ن.ک: ریتزر و گودمن<sup>۴</sup>، ۱۳۹۰: ۷۵۰-۷۵۳). به‌عقیده بوردیو بدن‌های نیروگذاری شده توسط بردارهای سرمایه، در هر موقعیت اجتماعی حامل منفعتی، که وی آن را «میدان» می‌نامد، در تنازع و کشاکش به سر می‌برند.

بنا به نظریه انعکاسی بوردیو، هیتاس به‌عنوان بازتابی از بردارهای نیروی ساختاری، بر بدن سوژه حک می‌گردد. از این منظر می‌توان به دلالت‌هایی ضمنی برای مطالعه رفتاری بیماری دست یافت. در واقع اگرچه مفهوم رفتار بیماری ربط مستقیمی به نظریه بوردیو نداشته و اساساً موضوع مطالعه آن نیست، اما به کمک استدلال‌هایی استنباطی و به‌شکلی ضمنی می‌توان مفهوم رفتار بیماری و ابعاد آن (ادراک بیماری و راهبردهای مقابله‌ای) را در چهارچوب نظریه بوردیو و یا دست کم به کمک مفهوم پایه‌ای این دستگاه نظری، یعنی هیتاس، توضیح داد. در این نظریه هر سوژه حامل نقطه تقاطعی از بردارهای سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که از طریق کنویسی هیتاس، کنشگری و ادراک وی را سامان‌دهی می‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای بیماری همانند هر شکل دیگری از سوژکتیویته فرد، توسط هیتاس سامان‌دهی می‌گردد. در واقع اگر هیتاس، سوژکتیویته و کنشگری فرد را در صورت عام آن توضیح می‌دهد، بنابراین می‌تواند ادراک بیماری و مقابله با آن را به‌مثابه صورتی خاص از این سوژکتیویته، توضیح دهد.

1 Field

2 Capital

3 Habitus

4 Ritzer & Goodman



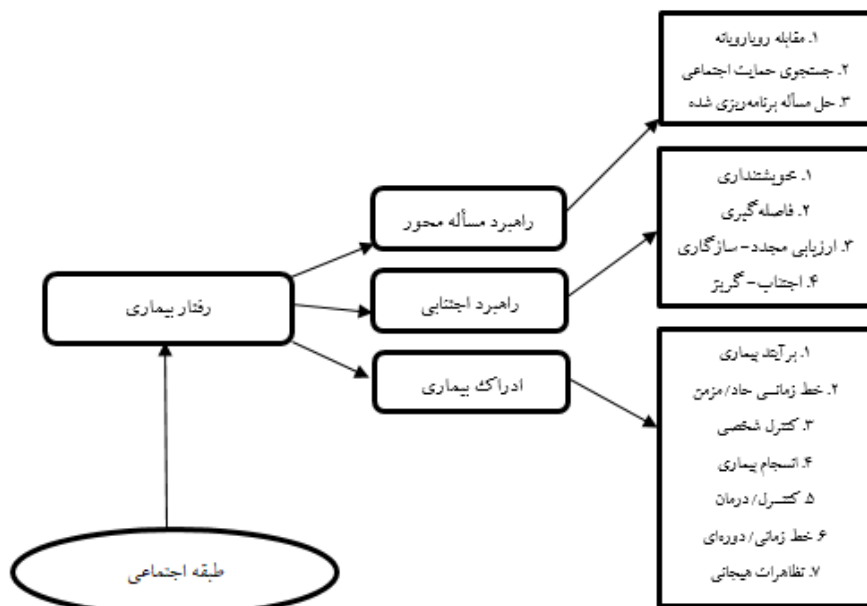
همچنان که اشاره شد هیبتاس یک طرح تفسیری - نمادین و برساخته موقعیت ساختاری سوژه است که به عنوان منبع کُنشمندی یا سوژکتیویته وی عمل می‌نماید. این «موقعیت ساختاری» برای بوردیو بیش از هر چیز با موقعیت طبقاتی، ترسیم می‌گردد. اگر بدن چونان یک متن در نظر گرفته شود<sup>۱</sup>، آنگاه امکان و کیفیت تفسیر و تأویل این متن و نشانه‌های آن (سمپتوم‌های بیماری)، و جهت‌گیری نسبت به این نشانه‌ها، در نظریه بوردیو از مجرای هیبتاس میسر خواهد بود. هیبتاس به عنوان نقطه تقاطع و گره‌گاه درونی شده این موقعیت ساختاری، یک فوتون - کپسول نمادین و نهادینه شده در بدن است که می‌تواند در وضعیت همچون بیماری، رفتار بیماری را سامان‌دهی نماید. از آنجا که هیبتاس یک طرحواره تفسیری است که جهان سوژه را تفسیر و معنادگی کرده و کنش‌های او را تنظیم می‌کند، «محتوی» هیبتاس که به واسطه موقعیت ساختاری سوژه تعیین می‌گردد، ادراک سوژه از سمپتوم‌های بیماری (نشانه‌های متنی) و راهبردهای مقابله‌ای وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به زبان ساده‌تر، موقعیت سوژه از حیث طبقاتی، محتوی هیبتاس او را تعیین می‌کند، و محتوی هیبتاس به عنوان طرحواره تفسیری، کم و کیف تفسیر سمپتوم‌های بیماری همچون نشانه‌هایی بر متن بدن و جهت‌گیری نسبت به این نشانه‌ها، یا به تعبیری ادراک بیماری و مقابله با آن را، سامان‌دهی خواهد نمود.

#### ۵- مدل مفهومی تحقیق

مدل مفهومی مستخرج از چهارچوب نظری پژوهش، در شکل ۱ نشان داده شده است. بر اساس این مدل می‌توان سه فرضیه اصلی تحقیق را به صورت ذیل استخراج و صورت‌بندی نمود:

- فرضیه ۱: بین طبقه اجتماعی و میزان ادراک بیماری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد
- فرضیه ۲: بین طبقه اجتماعی و میزان استفاده از راهبردهای مسأله محور رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد
- فرضیه ۳: بین طبقه اجتماعی و میزان استفاده از راهبردهای اجتنابی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد

۱ انگاره «بدن به مثابه متن» در رابطه با بوردیو با تسامح به کار رفته و بیشتر سویی تمثیلی آن در نسبت با هیبتاس به عنوان یک طرح «تفسیری»، مد نظر بوده است (گویی بدن چونان یک متن بواسطه توان تفسیری هیبتاس مورد خوانش قرار می‌گیرد). این موضوع به مبانی هستی‌شناختی بوردیو باز می‌گردد که به دلیل تعلق به پارادایم انتقادی، قائل به یک واقعیت عینی یا بُرکتیو بیرون از ذهن و زبان است؛ در حالی که انگاره «بدن چونان متن»، بیشتر با مبانی هستی‌شناختی پارادایم پساساختارگرایی متناسب و همخوان می‌باشد.



شکل ۱- مدل مفهومی تحقیق

## ۶- روش تحقیق

در پژوهش حاضر از رویکرد کمی، استراتژی قیاسی، روش پیمایش، تکنیک مصاحبه ساخت‌یافته و ابزار پرسشنامه بسته برای گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سنج‌های مورد استفاده، استاندارد و معتبر بوده و بیشتر در تحقیقات چندی به کمک تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی هنجاریابی و اعتبارسنجی شده‌اند. نمونه‌هایی مشتمل بر ۱۱۹ بیمار کرونری و ۹۱ بیمار نوروتیک از بین مراجعین سرپایی، و به صورت بالینی و با روش نمونه‌گیری نمونه در دسترس مورد مطالعه قرار گرفت. باید متذکر شد که تشخیص بیماران کرونری و نوروتیک بر اساس خود اظهاری ایشان صورت گرفت. داده‌های گردآوری شده در نرم افزار SPSS تحلیل شده و آزمون‌های آماری مقتضی روی داده‌ها اعمال گردید.

### ۱-۶- جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری دو دسته بیمار کرونری و نوروتیک در شهر تهران و در سال ۱۴۰۰ بوده‌اند. به دلیل عدم دسترسی به یک چهارچوب نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری نمونه در دسترس استفاده شد. اما به منظور معرف بودن هرچه بهتر نمونه‌ها و قابلیت تعمیم بهتر یافته‌ها، رعایت دو مسأله «حد/قل حجم نمونه» و «نسبت جنسیتی»، در فرآیند نمونه‌گیری لحاظ شد. برای تعیین حد/قل حجم نمونه مورد نیاز، از فرمول کوکران برای جامعه آماری نامعلوم (رابطه ۱) استفاده شد:

$$n = \frac{z^2 s^2}{d^2}$$

رابطه ۱- فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه با جامعه آماری نامشخص

$Z$  یک مقدار ثابت است که اندازه آن به فاصله اطمینان و سطح خطا بستگی دارد.  $S^2$  عبارت است از واریانس نمونه اولیه.  $d$  نیز عبارت است از میزان خطا. طبق محاسبات صورت گرفته در مطالعه مقدماتی (با مشارکت ۱۳ بیمار قلبی و ۱۲ بیمار نوروتیک)، واریانس نمونه اولیه برای بیماران قلبی و نوروتیک به ترتیب و تقریباً معادل ۰/۰۶ و ۰/۰۵ به دست آمد. با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۰/۹۵ و سطح خطای ۰/۰۵، حداقل حجم نمونه لازم برای بیماران قلبی و نوروتیک به ترتیب معادل ۹۲ و ۷۶ نفر مشخص شد. سپس با توجه به غیر احتمالی بودن نمونه مورد مطالعه و به منظور ایجاد ناهمگنی بیشتر، حجم نمونه نهایی از حداقل مقادیر به دست آمده در بالا، به میزان ۲۵ تا ۳۰ درصد بزرگتر در نظر گرفته شد. اطلاعات مربوط به محاسبه حجم نمونه به طور مختصر در جدول ۱-۳ گزارش شده است.

جدول ۱- اطلاعات مربوط به محاسبه حجم نمونه مورد مطالعه

نسبت جنسیتی	حجم نمونه نهایی	حداقل حجم نمونه لازم	واریانس نمونه اولیه	خطای اندازه گیری	سطح اطمینان	گروه بیمار / آماره
۴۰ مرد / ۵۱ زن	۹۱	۷۶	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۹۵	نوروتیک
۷۰ مرد / ۴۹ زن	۱۱۹	۹۳	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۹۵	کرونری

در ارتباط با مسأله دوم یعنی رعایت «ترکیب جنسیتی» آزمودنی‌ها، پژوهش حاضر تلاش نمود به الگوی جنسیتی حاکم بر دو بیماری مورد مطالعه پایبند باشد. در خصوص بیماری کرونری، تحقیقات متعدد نشان داده‌اند جنسیت مذکر یکی از عوامل زمینه‌ای ابتلا به این بیماری بوده، به نحوی که شیوع این بیماری میان مردان بیشتر است (ن.ک: داپوته کدینا<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۲۲؛ گوی<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۱۹؛ هاجنر سلینکر<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۱۲). در پژوهش حاضر نیز، تعداد مردان وارد شده به نمونه از زنان بیشتر است. در مورد اختلالات نوروتیک نیز، تحقیقات گوناگون حاکی از آن بوده که جنسیت زن عاملی زمینه‌ای برای ابتلا به این دسته اختلالات بوده و شیوع این بیماری در زنان بیش از مردان است (ن.ک: ریچر روسلر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ دجودیا<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۱۶؛ ارشان<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر نیز تعداد زنان وارد شده به نمونه بیش از مردان است.

## ۲-۶- نحوه دسترسی به آزمودنی‌ها

داده‌های مربوط به بیماران کرونری از سه مرکز درمانی مرکز قلب تهران، بیمارستان قلب شهید رجایی و بیمارستان پارس، و از بین مراجعین سرپایی در بخش کاردیولوژی جمع‌آوری شد. داده‌های بیماران نوروتیک نیز از سه مرکز درمانی بیمارستان بهمن، بیمارستان میمنت و بیمارستان روزبه، از بین مراجعین سرپایی گردآوری گردید. در خصوص بیماران با سن بالاتر و یا فاقد سواد، از همراه بیمار خواسته شد که در فرآیند تکمیل پرسشنامه به بیمار کمک نماید. همچنین به منظور همکاری بهتر بیماران و نیز رعایت اصول اخلاقی پژوهش، ضمن کسب رضایت آگاهانه بیماران، با توجه به آنکه پرسشنامه تحقیق اساساً شامل هیچگونه اطلاعات شخصی از قبیل نام،

1 Daponte-Codina

2 Gui

3 Hochner-Celnikier

4 Riecher-Rössler

5 Djudiyah

6 Erşan

محل سکونت و.. نبوده است، به بیماران تضمین داده شد که هویت شخصی ایشان در تمام طول تحقیق حفظ گردیده و اصل محرمانگی داده‌ها کاملاً رعایت خواهد شد. گردآوری داده‌ها در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ انجام شده است.

### ۳-۶- ابزار تحقیق

#### ۳-۶-۱- مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله‌ای (CSS-R)

مقیاس راهبردهای مقابله‌ای نخستین بار توسط فولکمن و لازاروس<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) طراحی شد. شکل اصلاح شده این مقیاس متشکل از ۲ بُعد (راهبردهای مسأله‌محور و اجتنابی) و ۷ مؤلفه (مقابله مستقیم یا رویارو، جست‌وجوی حمایت اجتماعی، برنامه‌ریزی برای حل مسأله، خویش‌ننداری، اجتناب-گریز، فاصله‌گیری و ارزیابی مجدد- سازگاری) می‌باشد که اعتبار و پایایی آن در تحقیقات متعددی تأیید شده است (گول و گور<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲؛ لیم<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲؛ سوریانینگسیه<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۲۲). در ایران این مقیاس نخستین بار توسط مسعودنیا (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شد. وی با تحلیل مؤلفه‌های اصلی به روش چرخش واریماکس، هفت مؤلفه مذکور را در قالب ۱۴ آیتم استخراج نمود.

#### ۳-۶-۲- مقیاس اصلاح شده ادراک بیماری (IPQ-R)

مقیاس اصلاح شده ادراک بیماری توسط ادگار<sup>۵</sup> و دیگران (۲۰۰۳) طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۷ مؤلفه شامل خط زمانی حاد/ مزمن، برآیند بیماری، کنترل شخصی، کنترل درمان، انسجام بیماری، خط دوره‌ای زمانی و تظاهرات هیجانی می‌باشد. اعتبار و پایایی این سنج در تحقیقات متعددی تأیید شده است (دانگ<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۲۲؛ داگلیونی<sup>۷</sup> و دیگران، ۲۰۲۱؛ گیافریدا<sup>۸</sup> و دیگران، ۲۰۲۱). در ایران این مقیاس نخستین بار توسط مسعودنیا (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شد. وی با تحلیل مؤلفه‌های اصلی به روش چرخش واریماکس، هفت مؤلفه مذکور را در قالب ۱۴ آیتم استخراج نمود.

#### ۳-۶-۳- مقیاس طبقه اجتماعی

برای سنجش طبقه اجتماعی از مقیاس ساخته شده توسط قدرت نما (۱۳۹۲) استفاده شد. این مقیاس در سنجش پایگاه طبقاتی بر سه عامل درآمد، تحصیلات و مسکن متمرکز شده است. سنجه مذکور مشتمل بر ۶ گویه بوده و اعتبار و پایایی آن در تحقیقات چندی به تأیید رسیده است (ن.ک: ذوالفقاری و ادیب صابر، ۱۳۹۹).

1 Folkman & Lazarus

2 Gül & Gür

3 Liem

4 Suryaningsih

5 Edgar

6 Dang

7 Doglioni

8 Giuffrida

۹ طبقه اجتماعی در پژوهش حاضر و در ساحت سنجش به صورت یک متغیر فاصله‌ای اندازه‌گیری گردید و در ساحت تحلیل به یک متغیر رتبه‌ای بدل شده و آزمون‌های آماری روی آن اعمال شد. بدین منظور از قواعد تبدیل یک متغیر فاصله‌ای به رتبه‌ای استفاده شد؛ یعنی تعیین کمینه و بیشینه مقدار مشاهده شده متغیر، و سپس تقسیم این بازه به سه قسمت پایین، متوسط و بالا.

#### ۴-۶- پایایی ابزار تحقیق

به منظور بررسی پایایی ابزارها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور یک آزمون مقدماتی (پیش آزمون) با نمونه کوچکی به حجم ۲۵ نفر از دو دسته بیمار مورد مطالعه مشتمل بر ۱۳ بیمار کرونری و ۱۲ بیمار نوروتیک، انجام شد. نتایج پیش آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به بالاتر بودن مقادیر آلفا از حد نصاب ۰/۷، سنجها دارای پایایی لازم بوده‌اند.

جدول ۲- نتایج پایایی سنجها در آزمون مقدماتی

عنوان سنج	مقدار آلفای کرونباخ (α)
راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌محور	۰/۷۴
راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی	۰/۷۶
ادراک بیماری	۰/۸۷
طبقه اجتماعی	۰/۷۸

#### ۶-۵- تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در بخش توصیفی، علاوه بر محاسبه فراوانی‌های نسبی و مطلق برای متغیرهای زمینه‌ای، شاخص مرکزی میانگین و شاخص پراکندگی انحراف معیار، برای توصیف متغیرهای اصلی تحقیق به کار رفت. در بخش استنباطی نیز از آزمون‌های آماری مقتضی شامل تحلیل واریانس یک‌سویه، تحلیل واریانس چند متغیره، و همبستگی پیرسون استفاده شد. در هر دو بخش توصیفی و استنباطی، یافته‌ها برای دو نوع بیمار مورد مطالعه، مقایسه شدند.

#### ۷- یافته‌های تحقیق

در جدول ۳ وضعیت دو دسته بیمار مورد مطالعه از حیث متغیرهای زمینه‌ای گزارش شده است. اکثریت بیماران کرونری را مردان و بیشتر بیماران نوروتیک را زنان تشکیل داده‌اند. در حالی که بیماری کرونری بیشتر میان سالمندان مشاهده گردیده، بیماران مبتلا به نوروز عموماً جوان بوده‌اند. در هر دو دسته بیماران، میزان تحصیلات پایین بوده است.

جدول ۳- توصیف بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

توصیف	گروه بیماران	متغیر زمینه‌ای
از ۱۱۹ بیمار مورد مطالعه، ۵۸/۸٪ (۷۰ نفر) را مردان و ۴۱/۲٪ (۴۹ نفر) را زنان تشکیل داده‌اند	کرونری	جنسیت
از ۹۱ بیمار مورد مطالعه، ۴۴٪ (۴۰ نفر) را مردان و ۵۶٪ (۵۱ نفر) را زنان تشکیل داده‌اند	نوروتیک	
بیشترین فراوانی معادل ۳۴/۵٪ به گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر، و کمترین با میزان ۶/۷ درصد به گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ متعلق بوده است	کرونری	سن
بیشترین فراوانی در دو گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال و ۳۰ تا ۳۹ سال با میزان ۳۱/۹٪، و کمترین با میزان ۶/۶٪ در گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال مشاهده شده است	نوروتیک	
بالاترین فراوانی با میزان ۳۷/۸٪ به مقطع دیپلم و کمترین با مقدار ۵٪ به مقطع فوق دیپلم اختصاص داشته است	کرونری	تحصیلات
بالاترین فراوانی معادل ۳۷/۴٪ به مقطع دیپلم، و کمترین با مقدار ۸/۸٪ به مقاطع فوق دیپلم و کارشناسی ارشد و بالاتر اختصاص دارد	نوروتیک	

در جدول ۴، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای متغیرهای اصلی ارائه شده است. بیماران مورد مطالعه میزان قابل قبولی از ادراک بیماری را نشان دادند (میانگین ادراک بیماری، از نصف حداکثر میانگین ممکن بالاتر بوده است). همچنین میزان ادراک از بیماری در بیماران کرونری بیشتر بوده است. در مورد راهبردهای مقابله‌ای، بالاترین مقدار میانگین (نسبت میانگین مشاهده شده به بالاترین مقدار ممکن)، مربوط به بُعد مسأله‌محور بوده است. این بدان معناست که بیماران مورد مطالعه به میزان بالایی از راهبردهای مسأله‌محور استفاده نموده، و لذا بیشتر یک الگوی مقابله‌ای فعال را اتخاذ کرده‌اند. میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور و نیز راهبردهای اجتنابی در بیماران کرونری بیشتر از نورویتیک بوده است. از حیث موقعیت طبقاتی نیز، در هر دو دسته بیمار، اکثریت به طبقه متوسط تعلق داشته‌اند.

جدول ۴- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای اصلی برای بیماران مورد مطالعه

متغیر/ شاخص	کمینه- بیشینه		میانگین		انحراف معیار	
	کرونری	نورویتیک	کرونری	نورویتیک	کرونری	نورویتیک
طبقه اجتماعی	۱۳-۳	۱۲-۴	۷/۹۲	۷/۹۵	۲/۰۷	۲/۲
راهبرد مسأله محور	۳۰-۱۲	۳۰-۶	۲۱/۰۵	۱۹/۸۵	۳/۹۴	۵/۱۵
راهبرد اجتنابی	۴۰-۱۴	۳۸-۸	۲۷/۸۱	۲۵/۴۷	۵/۵۴	۶/۴۹
ادراک بیماری	۶۸-۲۶	۶۵-۳۰	۴۸/۴۵	۴۴/۱۶	۸/۹۲	۸/۱۵

در جدول ۵ شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مؤلفه‌های رفتار بیماری گزارش شده است. در میان ابعاد راهبرد مسأله محور، بالاترین میانگین در بیماران کرونری مربوط به برنامه‌ریزی برای حل مسأله، و در بیماران نورویتیک مربوط به جستجوی حمایت اجتماعی بوده است. در میان ابعاد راهبرد اجتنابی، بالاترین میانگین در بیماران کرونری مربوط به بعد خویشتنداری، و در بیماران نورویتیک مربوط به اجتناب-گریز می‌باشد. میزان تمام مؤلفه‌های ادراک بیماری در بیماران کرونری بیشتر از بیماران نورویتیک بوده است. در هر دو نوع بیماران مورد مطالعه، بیشترین میانگین در میان ابعاد ادراک بیماری، متعلق به بعد کنترل شخصی می‌باشد.

جدول ۵- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مؤلفه‌های رفتار بیماری در بیماران مورد مطالعه

ابعاد متغیر وابسته	مؤلفه‌های ابعاد	کمینه- بیشینه		میانگین		انحراف معیار	
		کرونری	نورویتیک	کرونری	نورویتیک	کرونری	نورویتیک
راهبرد مسأله محور	مقابله مستقیم (رویارو)	۱۰-۳	۱۰-۲	۶/۵۶	۶/۷۱	۱/۸	۱/۹۹
	جستجوی حمایت اجتماعی	۱۰-۲	۱۰-۲	۶/۹۹	۶/۷۳	۱/۹۵	۱/۹۹
	برنامه‌ریزی برای حل مسأله	۱۰-۳	۱۰-۲	۷/۴۲	۶/۴۰	۱/۷۲	۲/۱۸
راهبرد اجتنابی	خویشتنداری	۱۰-۲	۱۰-۲	۷/۲۷	۶/۳۹	۲/۱۹	۲/۱۸
	فاصله‌گیری	۱۰-۲	۱۰-۲	۶/۷۳	۵/۷۲	۲/۰۵	۲/۳۲
	ارزیابی مجدد- سازگاری	۱۰-۲	۱۰-۲	۶/۹۹	۶/۲۶	۱/۸۹	۲/۲

انحراف معیار	میانگین		کمینه - بیشینه		مؤلفه‌های ابعاد	ابعاد متغیر وابسته
	نوروتیک	کرونری	نوروتیک	کرونری		
۱/۸۳	۱/۶۶	۷/۱۸	۶/۸	۱۰ - ۲	۱۰ - ۳	اجتناب - گریز
۱/۸۷	۲/۰۸	۶/۱۲	۶/۵۵	۱۰ - ۲	۱۰ - ۲	خط زمانی حاد/ مزمن
۲/۱۴	۲/۱۹	۵/۲	۶/۸	۱۰ - ۲	۱۰ - ۲	برآیند بیماری
۱/۸	۱/۵۴	۷/۳۸	۷/۸۷	۱۰ - ۳	۱۰ - ۴	کنترل شخصی
۱/۷۸	۱/۵۵	۷/۲۳	۷/۵۷	۱۰ - ۳	۱۰ - ۳	کنترل درمان
۱/۶۱	۱/۸۵	۶/۲۷	۶/۷۱	۱۰ - ۳	۱۰ - ۳	انسجام بیماری
۱/۵	۱/۴۶	۶/۲۸	۶/۲۹	۱۰ - ۳	۱۰ - ۳	خط زمانی/ دوره‌های
۲/۰۷	۲/۲۱	۵/۶۵	۶/۶۳	۱۰ - ۲	۱۰ - ۲	تظاهرات هیجانی

نتایج آزمون هبستگی پیرسون بین سن و ابعاد رفتار بیماری در جدول ۶ ارائه شده است. در مورد بیماران کرونری رابطه راهبرد مسأله‌محور و سن معنادار نبوده اما دو بعد راهبرد اجتنابی و ادراک بیماری، رابطه‌ای معنادار و منفی را با این متغیر نشان داده‌اند. در بیماران نوروتیک، تنها بعد راهبرد اجتنابی، رابطه‌ای معنادار و مثبت با سن نشان داده است.

جدول ۶- نتایج آزمون هبستگی پیرسون بین سن و ابعاد رفتار بیماری در بیماران مورد مطالعه

سطح معناداری		ضریب همبستگی		ابعاد رفتار بیماری	متغیر مستقل
نوروتیک	کرونری	نوروتیک	کرونری		
۰/۵۹	۰/۰۶	-۰/۰۵	-۰/۱۷	راهبرد مسأله محور	سن
۰/۰۰	۰/۰۰	** ۰/۲۷	** -۰/۳۷	راهبرد اجتنابی	سن
۰/۷۵	۰/۰۰	۰/۰۳	** -۰/۳۴	ادراک بیماری	سن

\*\* P < ۰/۰۱

نتایج تحلیل واریانس یکسویه (ANOVA) بین تحصیلات و ابعاد رفتار بیماری نیز در جدول ۷ گزارش شده است. در بیماران کرونری، میزان استفاده از راهبردهای اجتنابی و میزان ادراک بیماری با میزان تحصیلات رابطه معناداری نشان دادند. در بیماران نوروتیک نیز میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور و میزان ادراک بیماری با تحصیلات رابطه معناداری نشان دادند.

جدول ۷- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای ابعاد رفتار بیماری بر حسب تحصیلات در بیماران مورد مطالعه

سطح معناداری		F	میانگین مربعات برون گروهی		میانگین مربعات درون گروهی		میانگین		گروه‌ها	ابعاد رفتار بیماری
نوروتیک	کرونری		نوروتیک	کرونری	نوروتیک	کرونری	نوروتیک	کرونری		
۰/۰۱	۰/۴۶	۳/۳۲	۱/۳۱	۸۰/۰۹	۲۰/۲۱	۲۴/۰۷	۱۵/۳۷	۱۷/۲۲	۲۰/۱۸	زیر دیپلم
								۲۱/۴۴	۲۰/۵۵	دیپلم
								۲۱/۸۷	۲۲/۱۶	فوق دیپلم
								۱۹/۲۸	۲۱/۸۱	کارشناسی

سطح معناداری	F		میانگین مربعات برون گروهی		میانگین مربعات درون گروهی		میانگین		گروه ها	ابعاد رفتار بیماری
	کرونری	نوروتیک	کرونری	نوروتیک	کرونری	نوروتیک	کرونری	نوروتیک		
								۲۱	۲۲/۲۷	بالا تر
۰/۰۶	۰/۰۰	۲/۳۱	۳/۷۴	۹۲/۲۵	۱۰۵/۱۱	۳۹/۸۸	۲۸/۱	۲۲/۴۸	۲۵/۱۳	زیر دیپلم
								۲۶/۲۹	۲۸/۲۶	دیپلم
								۲۷	۳۲/۵	فوق دیپلم
								۲۶/۷۸	۲۹/۸۱	کارشناسی
								۲۸/۲۵	۲۷/۸۱	بالا تر
۰/۰۰	۰/۰۰	۴/۷۳	۸/۴۷	۲۷۰/۴۹	۵۳۸/۱۵	۵۷/۰۹	۶۳/۵۳	۴۰/۴۴	۴۱/۳۳	زیر دیپلم
								۴۳/۶۱	۵۱/۶۶	دیپلم
								۴۴/۲۵	۴۷/۶۶	فوق دیپلم
								۴۸/۲۸	۵۱/۲۵	کارشناسی
								۵۱/۷۵	۴۹/۷۷	بالا تر

در جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بین طبقه اجتماعی و ابعاد رفتار بیماری ارائه شده است. در بیماران کرونری بین طبقه و میزان ادراک بیماری رابطه معناداری وجود دارد، اما مقایسه میانگین‌ها الگوی روشنی را بین روندهای دو متغیر نشان نمی‌دهد. بنابراین فرضیه ۱ برای بیماران کرونری تأیید نشده است. در بیماران نوروتیک، بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین با بالا رفتن طبقه، میانگین ادراک بیماری نیز افزایش می‌یابد. بنابراین فرضیه ۱ برای بیماران نوروتیک تأیید می‌شود. در بیماران کرونری بین طبقه و میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور، رابطه معناداری وجود دارد، به نحوی که با بالا رفتن طبقه، میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور افزایش یافته است (رابطه مستقیم). بنابراین فرضیه ۲ برای بیماران کرونری تأیید شده است. در بیماران نوروتیک، بین دو متغیر رابطه معناداری وجود ندارد؛ بنابراین فرضیه ۲ برای بیماران نوروتیک تأیید نمی‌شود. همچنین، در هر دو دسته بیمار، بین طبقه و میزان استفاده از راهبردهای اجتنابی، رابطه معناداری مشاهده نشده؛ بنابراین فرضیه ۳ برای هر دو دسته تأیید نشده است.

جدول ۸- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بین طبقه اجتماعی و ابعاد رفتار بیماری در بیماران مورد مطالعه

ابعاد رفتار بیماری	طبقه	میانگین	آزمون تعقیبی (ANOVA)		آزمون لامبدای ویلکس	
			F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
راهبرد مسأله محور	بالا	۱۹/۷۴	۲/۰۰	۰/۱۴	۴/۴۷	۰/۰۰
	متوسط	۲۱/۰۲				
	پایین	۱۸/۴۶				
راهبرد اجتنابی	بالا	۲۶/۱۸	۱/۱۶	۰/۳۱	۴/۴۷	۰/۰۰
	متوسط	۲۴/۱۹				
	پایین	۲۶/۴۲				



آزمون لامبدای ویلکس		آزمون تعقیبی (ANOVA)		میانگین	طبقه	ابعاد رفتار بیماری
سطح معناداری	F	سطح معناداری	F			
		۰/۰۰	۶/۲۹	۴۸/۵۵	بالا	ادراک بیماری
				۴۲/۶۶	متوسط	
				۴۱/۸۵	پایین	

## نتیجه گیری

پژوهش حاضر در پی پاسخ به دو پرسش اصلی بوده است: نخست شناسایی الگوهای رفتار بیماری در بیماران کرونری و نوروتیک مورد مطالعه، و دوم مطالعه نسبت طبقه اجتماعی با ابعاد رفتاری بیماری در این بیماران. مقایسه الگوی رفتار بیماری در دو دسته بیمار نشان داد که بیماران کرونری و نوروتیک، در مجموع نه الگویی یکسان و نه الگویی کاملاً متفاوت اتخاذ نموده‌اند. دو دسته بیمار، میزان قابل قبولی از ادراک بیماری را نشان دادند، اگرچه میزان ادراک بیماری در بیماران کرونری قدری بالاتر بود. در میان مؤلفه‌های ادراک نیز، در هر دو دسته بیمار، کنترل شخصی بالاترین مقدار را داشته است. بنابراین کمیّت و کیفیت توانش تفسیری بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد که هم بیماران کرونری و هم نوروتیک، بیشتر یک الگوی ادراکی فعال را اتخاذ کرده‌اند. این الگوی ادراکی فعال، بیماران را بیشتر به اتخاذ یک رویکرد مقابله‌ای فعال نیز سوق داده است. از میان دو نوع راهبرد مقابله‌ای (فعال و انفعالی)، هر دو دسته بیمار بیشتر از راهبردهای مسأله‌محور استفاده کرده‌اند؛ اگرچه شدت به‌کارگیری این نوع مقابله در بیماران کرونری بیشتر بوده است. لذا باید گفت هر دو دسته بیمار مورد مطالعه، بیشتر یک الگوی مقابله‌ای فعال اتخاذ کرده‌اند. تحلیل جزئی‌تر تفاوت‌های بیشتری را آشکار می‌سازد: در میان راهبردهای مسأله‌محور، بیماران کرونری بیشتر برنامه‌ریزی برای حل مسأله را به‌کار گرفته‌اند و بیماران نوروتیک بیشتر به جستجوی حمایت اجتماعی پرداخته‌اند. در میان راهبردهای اجتنابی نیز، بیماران کرونری بیشتر از خویش‌ننداری و بیماران نوروتیک بیشتر از اجتناب-گریز استفاده کرده‌اند.

مطالعه نسبت طبقه اجتماعی و ابعاد رفتار بیماری نیز نشان داد که در بیماران کرونری ابعاد راهبرد مسأله‌محور و ادراک بیماری، و در بیماران نوروتیک بعد ادراک بیماری با طبقه اجتماعی رابطه معناداری نشان دادند. رابطه طبقه اجتماعی با میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور در بیماران کرونری، و رابطه طبقه اجتماعی با میزان ادراک بیماری در بیماران نوروتیک، مستقیم بوده است. رابطه معنادار میان طبقه و میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور در بیماران قلبی، با نتایج تحقیقات مونسب علی (۲۰۱۳) و باقری و دیگران (۱۳۹۸)، همخوان بوده است. همچنین رابطه معنادار میان طبقه و میزان ادراک بیماری در بیماران نوروتیک، با نتایج تحقیقات مونسب علی (۲۰۱۳)، باقری و دیگران (۱۳۹۸) و مسعودنیا و همکاران (۱۳۸۴)، همخوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با ارجاع به نظریه بوردیو توضیح داد. از منظر بوردیو موقعیت طبقاتی تأثیر بسیاری در شکل-دهی به هیبتاس به‌عنوان طرح تفسیری و منبع سوژکنیویته دارد. هیبتاس به‌عنوان نقطه تقاطع درونی شده موقعیت طبقاتی در حیات اجتماعی سوژه، یک فوتون فرهنگی نهادینه شده در بدن است که می‌تواند در موقعیتی همچون بیماری، رفتار بیماری فرد را سامان-دهی نماید. از آنجا که هیبتاس یک طرحواره تفسیری است که جهان سوژه را توضیح داده و کنش‌های او را سامان می‌بخشد، محتوی هیبتاس می‌تواند ادراک سوژه از بیماری و راهبردهای مقابله‌ای وی را تحت تأثیر قرار دهد؛ «محتوایی» که خود تحت تأثیر «موقعیت ساختاری» سوژه شکل می‌گیرد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بوده که طبقه، در بیماران کرونری میزان استفاده از راهبردهای مسأله‌محور و در بیماران نوروتیک میزان ادراک بیماری را تقویت می‌نماید. در مورد یافته نخست باید گفت محتوی هیبتاس در طبقات

اجتماعی بالاتر، به واسطه برخورداری ایشان از منابع نمادین نیرومندتری چون کیفیت آموزش بالا، امکانات یادگیری بی‌وقفه، کیفیت تعاملات و مناسبات نمادین درون خانوادگی، اتصال قوی‌تر به شبکه دانش، برخورداری از شبکه بیرونی و اجتماعی مؤثر و ... عموماً سوبه‌های فاعلی نیرومندی دارد که فرد را به واسطه پشتوانه‌های نمادین خود، به مقابله‌ای فعال با بیماری در قالب جستجوی حمایت اجتماعی رسمی و غیر رسمی، مراجعه به متخصص، برنامه‌ریزی برای حل مسأله و.. ترغیب می‌نماید. این به‌خصوص در بیماران کرونری نمود بیشتری نسبت به بیماران نوروتیک دارد؛ چرا که بیماران نوروتیک به‌واسطه کیفیت ویژه این طیف اختلال، معمولاً میزان بالاتری از ناتوان شدگی را تجربه می‌نمایند که این موضوع عموماً تمایل شخصی ایشان به مداخله فعال در بیماری را کاهش می‌دهد. در مورد یافته دوم نیز باید گفت محتوی هیبتاس در طبقات بالاتر، به‌واسطه تنیدگی در یک شبکه دانش - آموزش قدرتمند و لذا در اختیار قرار دادن یک طرحواره تفسیری نیرومند برای فرد، می‌تواند توان ادراکی و تفسیری او از علائم بیماری را به‌خوبی تقویت نماید. این موضوع در بیماران نوروتیک چه بسا نمود بالاتری داشته باشد؛ چرا که ماهیت کیفی این طیف اختلال، معمولاً بیمار را به درون - گرایی بیشتر، فروروی و تعمق بیشتر در خود، و واری و سواسی بدن هدایت می‌کند که این خود می‌تواند چنان عاملی واسطه‌ای و میانجی‌گر، ادراک از علائم را به‌عنوان یک پیامد ناخواسته، تقویت نماید. همچنین باید متذکر شد که سوژکتیویته عینی (مقابله فعال) و ذهنی (ادراک بیماری) متأثر از طبقه اجتماعی، احتمالاً در جامعه‌ای همچون ایران نیرومندتر نیز باشد؛ چرا که آرایش طبقات اجتماعی در جامعه ایران نامتوازن‌تر بوده و اختلاف طبقاتی بسیار عمیق‌تر است. در نتیجه، شکاف بین امکانات، فرصت‌ها، توانش‌ها و دسترسی‌های طبقات بالا و پایین در ایران، بسیار عمیق‌تر از یک جامعه با توسعه متوازن است، که این موضوع به‌خودی خود امکان کنشگری در قالب مقابله با بیماری و ادراک علائم آن را برای طبقات بالاتر، بیش از یک جامعه توسعه یافته، مهیا می‌سازد.

از سوی دیگر استفاده از راهبردهای اجتنابی در هیچ یک از دو دسته بیمار، رابطه معناداری با طبقه اجتماعی نشان نداده است. این در حالی‌ست که به استناد تحقیقات خارجی پیشین، وجود رابطه‌ای معکوس دور از انتظار نبود، به‌نحوی که طبقات پایین‌تر بیش از طبقات بالاتر از راهبردهای اجتنابی استفاده نمایند. علت این موضوع را می‌توان به ماهیت طبقه اجتماعی در ایران مرتبط دانست. در واقع شکل‌گیری و نضج طبقات اجتماعی در ایران بیش از آنکه قاعده‌مند بوده و طی پروسه‌ای از تحرک دقیق اجتماعی صورت گرفته باشد، عموماً محصول تصادف و یا دسترسی به فرصت‌های غیر اصولی اقتصادی برای بخش‌هایی از جامعه بوده است. در نتیجه آنچه که می‌توان به تعبیر بورديو هیبتاس طبقاتی نامید که فرهنگ و منش یک طبقه را در طول سالیان و با گذار چند نسل سامان‌دهی می‌نماید، در ایران به‌صورتی اصولی شکل نگرفته است. لذا، طبقات بالا در ایران را نمی‌توان «دقیقاً» با طبقات بالا در یک جامعه با ساختار اجتماعی - اقتصادی نظام‌مند، یکی دانسته و رویه‌های رفتاری، فرهنگی و منش اجتماعی آنان را یکسان و یا مشابه انگاشت. در نتیجه طبقات اجتماعی در ایران را نمی‌توان دارای تمایزی ماهوی نسبت به یکدیگر دانست، به‌نحوی که در موردی همچون استفاده از راهبردهای اجتنابی، تفاوت معناداری میان طبقات وجود ندارد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. ماهیت آزمودنی‌های مورد مطالعه یعنی بیماران و دشواری‌های دسترسی به یک جامعه آماری و چارچوب نمونه‌گیری متقن و قابل اعتماد، امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی را بسیار دشوار نمود. در نهایت محقق به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس رضایت داد. همچنین همزمانی فرآیند گردآوری داده‌های میدانی با شیوع گسترده پاندمی کرونا در سال ۱۳۹۹ و نیمه نخست سال ۱۴۰۰، امکان مراجعه به بیمارستان و دسترسی به بیماران، بویژه بیماران بخش کاردیولوژی (قلب) را با محدودیت‌های شدیدی همراه ساخت. در نهایت و با توجه به قدرت توضیح‌دهندگی بالای موقعیت اجتماعی در ارتباط با الگوهای رفتار بیماری، پیشهاد می‌شود دولت نهایت تلاش خود را برای کاهش اختلاف طبقاتی و توزیع متوازن و عادلانه منابع، امکانات و سرمایه، مصروف سازد. اگر موقعیت طبقاتی بالاتر منجر به ادراک بهتر از بیماری شده و الگوی مقابله‌ای

فعال را تقویت می‌نماید، کاهش اختلاف طبقاتی و نزدیک شدن وضعیّت اجتماعی طبقات به یکدیگر، چنین الگوهایی را در طبقات پایین‌تر نیز بسط و توسعه خواهد داد.

## منابع

- باقری، مانده و دیگران (۱۳۹۸): «شناسایی و آزمون مدل عوامل خطر ساز و محافظت کننده مرتبط با کیفیت زندگی در بیماری‌های کرونری قلب در جمعیت بزرگسال ایرانی»، پایان‌نامه دکتری تخصصی، دانشگاه خوارزمی. پایگاه ثبت احوال کشور، ۱۳۹۹.
- حقیقی، ماه منیر و دیگران (۱۳۹۸): بررسی رابطه بین سلامت روان و مکانیسم‌های دفاعی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره دوم، صص ۱۱۹-۱۱۱.
- دهقان منشادی و دیگران (۱۳۹۹): «مطالعه بسترهای زمینه‌ساز راهبردهای مقابله‌ای مؤثر کودکان مواجه شده با ترومای زلزله در کرمانشاه سال ۱۳۹۶»، پایان‌نامه دکتری تخصصی، دانشگاه اصفهان.
- ذوالفقاری، ابوالفضل و ادیب صابر، فهیمه (۱۳۹۹): «رابطه وضعیت اجتماعی-اقتصادی و اعتیاد به اینترنت با تمایل به ورزش دانش آموزان مقطع ابتدایی»، فصلنامه سلامت روان کودک، جلد ۷، شماره ۴، صفحات ۲۹۶-۲۸۴.
- سلیمان نژاد، عذرا، مسعودنیا، ابراهیم و حیدری، آبتین (۱۳۹۶): «تاثیر عوامل اجتماعی روانی بر تاخیر در درمانجویی پزشکی در زنان با علائم سرطان پستان: ارزیابی مدل باور سلامتی»، بیماری‌های پستان ایران، سال دهم، شماره ۳، صص ۵۴-۴۲.
- عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۰): نقش میانجی پریشانی روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) در رابطه بین اجتناب تجربی با علائم وسواس فکری-عملی، مطالعات روانشناختی، دوره ۱۷، شماره ۴، صص ۳۱-۱۱.
- قدرت نما، اکبر؛ حیدری نژاد، صدیقه و داوودی، ایران (۱۳۹۲): «رابطه وضعیت اقتصادی-اجتماعی با میزان فعالیت بدنی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، نشریه مدیریت ورزشی، شماره ۱۶، صص ۲۰-۵.
- قشقایی، فهیمه و دیگران (۱۴۰۱): «تدوین مدل ساختاری راهبردهای مقابله‌ای بر اساس سرمایه‌های اجتماعی و روانشناختی با میانجیگری هوش معنوی در زنان سرپرست خانوار»، پژوهش‌نامه زنان، دوره ۱۳، شماره ۳۹، صص ۲۰۰-۱۶۷.
- کامپتون، مایکل تی و شیم، راث اس (۱۳۹۷): تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت روان، ترجمه مهدی نصرت آبادی و مصطفی امینی رارانی، تهران: جامعه‌شناسان.
- کلاهی، و دیگران (۱۴۰۱): اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون در بیماران کرونری قلبی با فشار خون بالا، تازه‌های علوم شناختی، دوره ۲۴، شماره ۱، صص ۱۵۹-۱۴۷.
- مسعودنیا، ابراهیم و همکاران (۱۳۸۴): «رابطه طبقه اجتماعی و کیفیت ادراک بیماران آرتریت روماتوئید از علائم بیماری و درد»، دانشور رفتار، شماره ۱۳، ۴۶-۳۷.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۴): «تأثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید»، رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۶): جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: دانشگاه تهران.
- مسعودنیا، ابراهیم، میرزایی، مسعود و چنانی نسب، حسن (۱۳۹۵): «رابطه ادراک بیماری و بدنامی اجتماعی در بیماران با علائم HIV»، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، سال ۲، شماره ۱، صص ۱۲-۱.
- نفیسی، ناهید، قریشی، آرش و نعمت زاده، گیتی (۱۳۹۸): «سهم بازدارد اجتماعی و عاطفه منفی در ادراک از بیماری افراد مبتلا به سرطان»، اندیشه و رفتار، دوره ۱۳، شماره ۵۲، صص ۸۸-۷۷.

- Areum Han, Junhyoung Kim & Junhyoung Kim (2019); "Coping Strategies, Social Support, Leisure Activities, and Physical Disabilities", *American journal of health behavior*, 43(5):937-949.
- Burgess, C.C., Potts, H.W.W., Hamed, H., Bish, A.M., Hunter, M.S., Richards, M.A., and Ramirez, A.J. (2006); "Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms?". *Journal of Psycho-Oncology*, 15 (11): 962- 968.
- Calderon, C. et. al (2021); "Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer", *Clinical and Translational Oncology*, 23(11).
- Cao, Ch. et. al (2021); "Chinese International Students' Coping Strategies, Social Support Resources in Response to Academic Stressors: Does Heritage Culture or Host Context Matter?" , *Current Psychology*,40(1), 242- 252.
- Chongruksa, D. (2020); *Stress, Coping Strategies and Factors Related to Coping Strategies among University Undergraduates*, non-published.
- Compas, B.E. & et al (2001). "Coping with stress during children and adolescence: problems, progress and potential in theory and research", *Psychological bulletin*, 127, 87-127.
- Dang, L. et.al (2022); "Applying the Revised Illness Perception Questionnaire to Gambling Disorder: Its Psychometric Properties in Chinese Adults", *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20 (4).
- Daponte-Codina, A. et.al. (2022); "Gender and Social Inequalities in Awareness of Coronary Artery Disease in European Countries", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. Pp. 1-14.
- Djudiyah, M, et al. (2016); "Gender Differences in Neuroticism on College Students", *Asean Conference: Psychology & Humanity*, February 19 – 20.
- Dogliani, D. et.al (2021); "Psychometric characteristics of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in adults with sickle cell disease", *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1):60-80.
- Edger KA, Psychol D, Skinner TC. (2003); "Illness representations and coping as predictors of emotional wellbeing in adolescents with type I diabetes", *Journal of Pediatric Psychology*; 28(7), 485-93.
- Erşan, E.E. et al. (2014). "The distribution of symptoms of attentiondeficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey", *European child & adolescent psychiatry*, 13(6), 354-361.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). "If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fountoulakis, K. (2022); *Disability in Mental Disorders*, In book: Psychiatry (pp.389-395).
- Freud, S. (2010); *Neurosis and Psychosis*, In: Complete Works (SE), Tra. James Strachey, Edited by Ivan Smith, Epub.
- Gander, J. & et al. (2014). "Factors Related to Coronary Heart Disease Risk Among Men: Validation of the Framingham Risk Score", *Preventing chronic disease*, 11, 140045.
- Giuffrida, S. et.al (2021); "Description and analysis of disease representation in chronic patients through the Illness Perception Questionnaire (IPQ-r): implications for clinical practice", *Professioni Infermieristiche*,74(4):219-226.
- Gui MH.et al. (2019);" The comparison of coronary angiographic profiles between diabetic and nondiabetic patients with coronary artery disease in a Chinese population", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 85(2): 213-9.
- Gül, H. & Gür, C. (2022); "The Relationship Among Problem-Solving, Coping Styles and Stress Levels of Parents of Children with Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Typical Development", *European Journal of Educational Research*, 11(3):1231-1243.
- Hansen, S. B. et. al (2017); "Psycho-social factors are important for the perception of disease in patients with acute coronary disease", *Danish Medical Journal*, 61(8), 42-49.

- Hochner-Celnikier D. et al. (2012); "Gender gap in coronary arterydisease: comparison of the extent, severity and risk factors in men and women aged 45-65 years", *Cardiology*, 97(1):18-23.
- Kownator S. et.al (2009). "Prevalence of unknown peripheral arterial disease in patients with coronary artery disease:Data in primary care from the IPSILON study", *Archives Cardiovascular Diseases*;102:625-631.
- Lazarus, R. (1991). *Emotional & Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. (1998). "Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach", *Psychology and Health*; 13:717-733.
- Leventhal, H. & et. al (2001). *Representations, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model*. In handbook of health psychology, pp.19-84.Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Liem, G. (2022); "Perceived competence and coping strategies", *Educational Psychology*, 42(3):275-27.
- Munsab, A. et.al (2013); "Effect of social factors on tuberculosis patients: a comprehensive illness behaviour study", *International Journal of Research in Ayurveda and Pharmacy*, 4(1):123-126.
- Pasand, A. K. et.al (2016). "Comparing and Contrasting Health Behavior With Illness Behavior", *Journal of social sciences and humanities*, 11 (2), 578-589.
- Riecher-Rössler, A. (2019); "Sex and gender differences in mental disorders", *The Lancet Psychiatry* ,4(1), pp. 8-9.
- Suchman, E.A. (1978). "Social pattern of illness and medical care", *Journal of illness and social behavior*, 6: 2-12.
- Suryaningsih, C. et.al (2022); "Coping Strategies of Adolescents in Orphanages", *The 4th International Seminar on Global Health (ISGH4)*, 161-178.
- William Insull, Jr .(2009)." The Pathology of Atherosclerosis: Plaque Development and Plaque Responses to Medical Treatment", *The American Journal of Medicine*, Vol 122.