

تأثیر طبقه اجتماعی بر کیفیت ادراک بیماران آرتریت روماتوئید از علائم بیماری و درد

نویسندگان: دکتر ابراهیم مسعودنیا^۱، دکتر فروغ السادات عریضی^۲، دکتر رسول ربانی^۳، دکتر احمدرضا زمانی^۴ و دکتر سیداحمد احمدی^۲

۱. استادیار دانشگاه یزد

۲. دانشیار دانشگاه اصفهان

۳. استادیار دانشگاه اصفهان

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

این مقاله به بررسی تأثیر خاستگاه طبقاتی بیماران آرتریت روماتوئید بر کیفیت ادراک و تفسیر آن‌ها از بیماری شان در قالب مدل خودگردانی لونتال و دیگران می‌پردازد. مطالعه حاضر با روش پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شده است. داده‌های این پژوهش از ۱۴۶ بیمار سرپایی جمع‌آوری شد که به صورت تصادفی از میان مبتلایان به بیماری آرتریت روماتوئیدی انتخاب شدند و در فاصله زمانی دو ماه در شهر اصفهان به دو مرکز دولتی و خصوصی ارائه‌دهنده مراقبت‌های این بیماری مراجعه کرده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری (IPQ-R) نتایج به دست آمده تفاوت معنادار بیماران آرتریت روماتوئید را با خاستگاه طبقاتی مختلف در زمینه ادراک بیماری نشان داده است. مقایسه پاسخ‌های بیماران به ۱۰ بعد از متغیر ادراک بیماری نیز تفاوت معنادار بیماران سه طبقه اجتماعی را در مورد سه بعد کنترل درمان، انسجام بیماری، و کنترل شخصی نشان داده است. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه نیز نشان داده که متغیر محل اقامت (متغیر اجتماعی-دموگرافیک) در مرحله اول، وضعیت بیمه بیماران آرتریت روماتوئید و تعداد دفعات مراجعه به پزشک بر اثر آرتریت روماتوئید در مرحله دوم، و خاستگاه طبقاتی بیماران آرتریت روماتوئید در مرحله سوم، توانسته‌اند به ترتیب ۴/۵ درصد، ۱۷/۹ درصد و ۲/۶ درصد از واریانس متغیر تحت مطالعه ادراک بیماری را تبیین کنند.

واژه‌های کلیدی: ادراک بیماری، طبقه اجتماعی، مدل خودگردانی، آرتریت روماتوئید، رفتار بیماری

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال دوازدهم - دوره جدید

شماره ۱۳

آبان ۱۳۸۴

مقدمه

یکی از مسائلی که در حوزه رفتار شناسی بیماران، شناخت اندکی درباره آن وجود دارد این است که چرا افرادی که در معرض عوامل استرس‌زای مشابه قرار می‌گیرند و ویژگی‌های بالینی مشابه دارند به شیوه‌های

مختلف علائم بیماری را ادراک و تفسیر می‌کنند. اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم) نمی‌تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه تندرستی آن‌ها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده، ناپه‌نجار تفسیر شده، در نتیجه

به ملاقات با پزشک منجر گردد احتمالاً توسط فرد یا خانواده دیگر به شکل متفاوت تفسیر می‌شود [۲۰]. پژوهش‌های متعدد نشان داده که هیچ رابطه روشنی، برای مثال، میان میزان آسیب دیدگی بافت‌های بدن و میزان ناراحتی و یا ناتوانی کارکردی که از سوی بیمار گزارش می‌شود وجود ندارد. لذا در غالب افرادی که این فرایندها - برای مثال، درد - را تجربه می‌کنند، عوامل اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی، به گونه لاینفک با تغییرات فیزیولوژیک درهم بافته‌اند و یا حتی ممکن است مقدم بر آن باشند [۳ و ۴]. مطالعات نشان داده‌اند که برخورد افراد مختلف با زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی مختلف در فرایند رفتار بیماری، متفاوت است. آن‌ها بر حسب آن‌که در چه شرایط اجتماعی، فرهنگی، و تاریخی، اجتماعی شده ((Socialized)) باشند، از تظاهرات شناختی (باورها در زمینه بیماری) و هیجانی (ترس و اضطراب نسبت به تهدیدات تندرستی) متفاوت [۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲]. از اسناد معنای (Meaning attributions) متفاوت نسبت به علائم و پیامدهای احتمالی علائم [۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶]، و از شیوه‌های متفاوت بیان و انتقال علائم [۱۷] برخوردارند. در طول سه دهه‌ای که از شکل‌گیری اپیدمیولوژی اجتماعی (social epidemiology) می‌گذرد، تفاوت‌ها در رفتار بیماری با توجه به طبقه اجتماعی، از چالش‌انگیزترین موضوعات در جامعه‌شناسی پزشکی بوده است [۱۸، ۱۹ و ۲۰]. اگرچه تحقیقات اندکی راجع به تأثیر طبقه اجتماعی بر کیفیت ادراک بیماری انجام شده، اما نتایج پژوهش‌های انجام شده، تأثیر طبقه اجتماعی را بر برخی جنبه‌های فرایند رفتار بیماری نشان داده‌اند. برای مثال، کاس نشان داده که وجود علائم، شرط کافی برای شکل‌گیری رفتار کمک‌جویی و مراجعه به پزشک نیست. وی از پاسخگویان خواسته بود علائم خاصی را که به آسانی تشخیص و مهم تلقی شده، و نیازمند مراقبت پزشکی بودند مشخص سازند. کاس دریافت که در مورد ادراک اهمیت علائم، پاسخگویان طبقه I در مقایسه با طبقات اجتماعی II و

III، سطح بالاتری از تشخیص اهمیت علائم را بیان کردند [۱۷]. از سوی دیگر، شلنبرگ و دیگران در پیمایشی نشان داده‌اند که افراد با جایگاه اجتماعی - اقتصادی بالاتر، علائم بیماری را خطرناک‌تر تشخیص داده، در مقایسه با افراد نسبتاً فقیرتر، فرزندان خود را بیش‌تر وادار به استفاده از تسهیلات درمانی می‌کنند [۲۱]. در این راستا، کوهن و دیگران، با تأکید بر شیوه‌های تفکر طبقات مختلف اجتماعی در برخورد با علائم نشان داده‌اند که طبقات بالای اجتماع، با تمایل به پذیرش چالش‌های استرس‌زا، انگیزه موفقیت و تأکید بر برنامه‌ریزی به منظور نیل به اهداف آینده مشخص می‌شوند، در حالی که افراد طبقات پایین اجتماع، تمایلی به برنامه‌ریزی برای پیشرفت در آینده ندارند [۲۲]. دورگی، ضمن تأکید بر تأثیر پذیری کیفیت ادراک بیماری از میزان دانش و آگاهی تندرستی، نشان داد که طبقات اجتماعی پایین از شیوه‌های تفکر کم‌تر انتزاعی و بیش‌تر عینی برخوردارند. این افراد بیش‌تر بر توصیف و محتوای موضوعات تأکید دارند، در حالی که افراد طبقات اجتماعی بالا، بر تحلیل روابط متقابل بین موضوعات، سازمان‌های سلسله‌مراتبی و روابط ابزاری می‌اندیشند و همین عامل منجر به ساختار تفکر سازمان یافته‌تر و گرایش‌های عقلانی‌تر آنان در ادراک دلایل و فرایندهای بیماری می‌شود [۲۳].

بر این اساس، با استفاده از مدل خودگردانی (self-regulation model) لونتال [۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷] که به مدل عقل سلیم درباره تظاهرات بیماری (common sense model of illness representation) نیز معروف است به بررسی کیفیت ادراک بیماری بیماران آرتریت روماتوئید با جایگاه‌های متفاوت اجتماعی - اقتصادی پرداخته شد. در گذشته، محققان زیادی با استفاده از این مدل سعی کردند تأثیر متغیرهای مختلف اجتماعی و روان‌شناختی را بر رفتار بیماری بیماران مبتلا به MI (myocardial infraction) [۲۸]، بیماری تنفسی مزمن [۲۹]، بیماری AMI (acute myocardial infraction) [۶]، بیماری سندرم خستگی مزمن [۷]، بیماری نوروپیلپسی [۳۰]،

به دو مؤلفه جزئی-تر خط زمانی حاد / مزمن (acute/chronic timeline) و خط دوره‌ای (cyclical timeline)، و مؤلفه کنترل/ درمان را نیز به دو مؤلفه جزئی-تر کنترل شخصی (personal control) و کنترل درمان تقسیم کرده‌اند [۳۹ و ۷،۵].

روش

این تحقیق با روش توصیفی پیمایشی (survey method) و به صورت مقطعی (cross-sectional) بر روی بیماران سرپایی آرتریت روماتوئید (RA) شهر اصفهان که در طول مرداد ماه ۱۳۸۳ به دو مرکز ارائه‌دهنده مراقبت آرتریت روماتوئید مراجعه کرده بودند انجام گرفت. پس از اجرای یک پیش‌آزمون، ۱۴۶ نفر از بیماران، براساس نوبت پذیرش و به صورت تصادفی انتخاب شدند. این بیماران سپس به یک پرسشنامه ادراک بیماری پاسخ دادند.

سنججه‌ها

۱. طبقه اجتماعی

برای تعیین جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران، از روش ترکیبی و شاخص‌های تحصیلات، درآمد، شغل، منطقه مسکونی و نوع مسکن [۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳ و ۴۴] استفاده شد. بر این اساس، پنج شاخص مذکور به ۳۰ داور ارائه و از آنان خواسته شد تا براساس اهمیتی که فکر می‌کنند یک شاخص خاص در تعیین جایگاه اجتماعی - اقتصادی فرد در جامعه مورد مطالعه دارد، وزن (نمره) ۱ تا ۵ به آن بدهند. سپس میانگین وزنی هر عامل به ترتیب زیر مشخص گردید:

تحصیلات: ۴/۳، درآمد: ۴، شغل: ۳/۹، منطقه سکونت: ۲/۲ و نوع مسکن: ۱/۹. در مرحله بعد، از مجموع نمرات جزئی فرد، رتبه کل فرد به دست آمد. دامنه شاخص پنج عامل مذکور، ۱۰ تا ۸۷/۸ بود. در پایان با استفاده از روش محاسبه دامنه تغییرات، سه طبقه اجتماعی بالا، متوسط و پایین مشخص گردید.

بیماری آدیسون، آرتریت روماتوئید [۳۱ و ۳۲]، بیماری پسوریازیس [۳۳ و ۳۴]، سرطان [۳۵ و ۳۵] و غیره را مورد مطالعه قرار دهند. مدل خودگردانی لونتال به شرح عواملی می‌پردازد که در پردازش اطلاعات توسط بیمار، با توجه به بیماری اش دخالت دارند. هدف این مدل بررسی این مسأله است که اطلاعات موجود برای ایجاد و شکل‌گیری طرحواره (schema) یا دیدگاهی عام راجع به بیماری چگونه انسجام می‌یابند.

براساس این مدل، هر فرد بیمار، بعد از آن که محرک (stimuli) (علائم بیماری یا درد) را مشاهده کرد (علائم ممکن است توسط خود فرد و یا دیگران مهم (significant others) مشاهده و گزارش شود [۳۶]) به شکل دادن طرحواره‌ها و یا سیستمی از باورها درباره بیماری دست می‌زند و براساس آن طرحواره‌ها به تفسیر علائم مشاهده شده می‌پردازد [۳۷]. از نظر لونتال و دیگران، هر طرحواره یا مدل شناختی متشکل از ابعاد زیر است:

۱. علت (cause): به باورهای فرد درباره علل ایجادکننده بیماری، نظیر خصیصه‌های روان‌شناختی، عوامل خطرزا، عوامل مرتبط به سیستم ایمنی و یا شانس و تصادف اطلاق اشاره دارد.
 ۲. برایندها (consequences): به باورهای فرد در مورد تأثیر بیماری بر کیفیت کلی زندگی وی اشاره دارد.
 ۳. خط زمانی (time/line): به باورهای فرد درباره جریان و جریان بیماری اطلاق می‌شود.
 ۴. کنترل/ درمان (treatment/control): به باورهای فرد درباره توانایی و قابلیت کنترل و درمان بیماری اش اشاره دارد [۳۸].
 ۵. تظاهرات هیجانی (emotional representations): تظاهرات هیجانی عبارتند از واکنش‌ها و یا پاسخ‌های هیجانی نسبت به تهدیدات تندرستی. این واکنش‌ها عبارتند از: ترس، اضطراب و افسردگی [۷].
- برخی از محققان در بازبینی مدل تظاهرات شناختی لونتال و دیگران، تقسیماتی را در دو مؤلفه خط زمانی و کنترل/ درمان ایجاد کردند. آن‌ها مؤلفه خط زمانی را

۲. تظاهرات بیماری

به منظور ارزیابی ادراک بیماری بیماران آرتریت روماتوئید و براساس مدل خودگردانی لونتال و دیگران [۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷]، از پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری (IPQ-R) (Illness Perception Questionnaire-Revised) [۵، ۷ و ۳۹] استفاده گردید. پس از استخراج داده ها و انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA) با روش چرخش واریماکس بر روی ۴۳ آیت، ۱۰ عامل و خرده مقیاس (Sub-scale) شناخته شدند (جدول ۱) این خرده مقیاس ها عبارتند از: تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی، خط زمانی دوره‌ای، و سه بعد از باورهای بیماران درباره علت بیماری، یعنی عوامل مرتبط با خصیصه‌های روان‌شناختی، عوامل مرتبط با سیستم ایمنی، و عوامل خطرزا. همه آیت‌های پرسشنامه IPQ-R براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (Five-Point Likert's Scale Ranging) (به شدت موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، به شدت مخالف) درجه‌بندی شدند.

روشن‌های آماری

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. ابتدا به منظور تعیین اعتبار ساختار عاملی پرسشنامه IPQ-R، از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی

(PCA) استفاده شد. برای سنجش همبستگی های درونی بین ابعاد IPQ و طبقه اجتماعی، از همبستگی های چند متغیره (Multivariate correlations) استفاده گردید. از تحلیل آنالیز واریانس یک‌طرفه (One-Way ANOVA)، به منظور مقایسه پاسخ های بیماران سه طبقه اجتماعی استفاده گردید تا مشخص شود که آیا جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران می‌تواند در کیفیت ادراک آنان تفاوت ایجاد کند یا نه. در پایان از روش رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای منتخب وارد شده در مدل، در تبیین واریانس متغیر تحت مطالعه ادراک بیماری استفاده گردید.

یافته‌ها

۱. ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی نمونه

ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی (متغیرهای کنترل) پاسخگویان همراه با رابطه احتمالی آن در جدول ۲ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که از میان متغیرها، چهار متغیر بیمه با مقدار $p < 0.01$ ، $t = -3.48$ ، محل اقامت با مقدار $p < 0.05$ ، $t = -2.446$ ، میزان درآمد با مقدار $p < 0.05$ ، $F = 3.087$ و متغیر تحصیلات با مقدار $p < 0.05$ ، $F = 2.54$ با متغیر تحت مطالعه ادراک بیماری رابطه دارند.

جدول ۱. ابعاد ادراک بیماری همراه با میانگین، انحراف معیار، درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل و مقدار آلفای هر عامل

پرسشنامه	فاکتور	تعداد آیت	میانگین	انحراف معیار (SD)	درصد واریانس تبیین شده	آلفای کرونباخ
پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ-R)	۱	۴	۲/۰۱	۱/۱	۲۹/۵	۰/۹۳
	۲	۴	۲/۹۶	۰/۸۷	۱۱/۴	۰/۸۵
	۳	۵	۲/۴۹	۰/۷۸	۹/۰۱	۰/۷۸
	۴	۳	۲/۱۲	۱/۰۲	۷/۰۶	۰/۸۴
	۵	۳	۲/۴۱	۰/۹۷	۵/۶	۰/۸۶
	۶	۳	۲/۳۹	۲/۸۲	۵/۳	۰/۷۸
	۷	۲	۲/۷۹	۰/۷۲	۴/۶	۰/۴۸
آیت‌های علی پرسشنامه (IPQ-R)	۱	۴	۲/۰۷	۰/۷۶	۲۷/۷	۰/۷۵
	۲	۳	۱/۴۵	۰/۷۵	۲۱/۲	۰/۷۵
	۳	۲	۱/۶	۰/۷۱	۱۲/۱	۰/۲۳

۲. همبستگی‌های چند متغیره میان مؤلفه‌های ادراک بیماری

جدول ۳، ضرایب همبستگی چند متغیره میان مؤلفه‌های ادراک بیماری و متغیر مشتقل طبقه اجتماعی را نشان می‌دهد.

در مورد ابعاد ادراک بیماری، بعد تظاهرات هیجانی، قوی‌ترین همبستگی را با به ترتیب با برابند بیماری، انسجام بیماری، کنترل درمان و کنترل شخصی، و کم‌ترین همبستگی را با خط زمانی حاد/ مزمن دارد. به علاوه، تظاهرات هیجانی، همبستگی منفی نیرومندی با خصیصه‌های روان‌شناختی دارد. بعد کنترل درمان، قوی‌ترین همبستگی مثبت را با انسجام بیماری، کنترل شخصی، برابند بیماری و خط زمانی حاد/ مزمن و همبستگی منفی قوی با خصیصه‌های روان‌شناختی دارد. برابند بیماری، همبستگی مثبت نیرومندی با انسجام بیماری، کنترل شخصی و همبستگی منفی با خصیصه‌های روان‌شناختی و ایمنی دارد. بعد خط زمانی حاد/ مزمن قوی‌ترین همبستگی مثبت را با کنترل شخصی و انسجام بیماری دارا است. انسجام بیماری، همبستگی قوی با کنترل شخصی و همبستگی منفی با خصیصه‌های روان‌شناختی و ایمنی دارد. کنترل شخصی، همبستگی نیرومند منفی با خصیصه‌های روان‌شناختی و ایمنی دارد و سرانجام این که خط زمانی دوره‌ای از همبستگی نسبتاً خوبی با بعد ایمنی برخوردار است. نکته جالب این است که هیچ‌گونه همبستگی معنادار میان سه مؤلفه مربوط به دلایل بیماری مشاهده نشده است.

۳. مقایسه‌ها با توجه به طبقه اجتماعی

با استفاده از آنوای یک‌طرفه، تظاهرات بیماری (ادراک بیماری) سه گروه مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۴ نشان می‌دهد که از میان ۱۰ بعد ادراک بیماری، سه بعد کنترل درمان با مقدار $p < 0/001$ و $F=9/724$ ، بعد انسجام بیماری با مقدار $p < 0/01$ و $F=6/75$ و نیز بعد کنترل شخصی با مقدار $p < 0/05$ و $F=3/87$ همبستگی معناداری با طبقه اجتماعی دارند. هیچ‌گونه رابطه‌ای بین ۷ بعد دیگر ادراک بیماری و طبقه اجتماعی مشاهده نشده است.

جدول ۲. ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی پاسخگویان همراه با رابطه آن‌ها با متغیر تحت مطالعه ادراک بیماری

متغیرها	ادراک بیماری	سطح معناداری	درصد بیماران	آزمون معناداری	معناداری
سن (سال)					
۲۰-۳۰	۲۲/۶				
۳۱-۴۰	۲۲/۶	$F=7/55$	۵۲/۱		
۴۱-۵۰	۳۰/۸				
۵۱-۶۰	۲۴/۰				
جنس					
مرد	۷۶/۰	$t=-0/80$	۳۷۳/۰		
زن	۲۴/۰				
وضعیت بیمه					
دارد	۸۰/۸	$t=3/484$	۰۰۱**		
ندارد	۱۹/۲				
محل اقامت					
شهر	۸۱/۵	$t=-2/446$	۰۱۶*		
روستا	۱۸/۷				
وضعیت تأهل					
متأهل	۸۶/۳	$t=-1/02$	۳۱۲		
سایر	۱۳/۷				
درآمد (هزار تومان)					
زیر ۱۰۰	۲۴/۰				
۱۰۱-۲۰۰	۵۸/۲	$F=3/087$	۰۲۹*		
۲۰۱-۳۰۰	۸/۲				
۳۰۰ به بالا	۹/۶				
تحصیلات					
بیسواد	۱۴/۴				
ابتدایی	۲۱/۲				
راهنمایی	۱۹/۲	$F=2/540$	۰۳۱*		
متوسطه	۱۱/۶				
فوق دیپلم تا لیسانس	۰/۷				
فوق لیسانس و بالاتر					
شغل					
مشاغل عالی	۸/۹	$F=1/97$	۱۴۳		
مشاغل متوسط	۶۰/۳				
مشاغل پایین	۳۰/۸				
سابقه آرتريت					
روماتويد					
بله	۲۸/۲	$t=-2/08$	۸۳۸		
خیر	۷۱/۹				
سابقه مرگ (آشنایان بر اثر آرتريت روماتويد)					
بله	۴/۱	$t=-1/15$	۲۵۲		
خیر	۹۵/۹				

* $P < 0/05$, ** $P < 0/01$, *** $P < 0/001$

جدول ۳. ضرایب همبستگی چندگانه میان مؤلفه‌های ادراک بیماری

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
									۱/۰۰۰
								۱/۰۰۰	۳۴۶***
							۱/۰۰۰	۳۷۴***	۳۹۸***
						۱/۰۰۰	۵۵	۲۵۷**	۱۷۸*
					۱/۰۰۰	۲۴۷**	۳۶۸***	۵۰۸***	۳۷۳***
					۱/۰۰۰	۴۲۸***	۴۰۹***	۳۴۸***	۴۴۲***
			۱/۰۰۰	-۰/۱۲	-۰/۴۶	۰/۶۶	-۰/۱۹	-۰/۱۷	۰/۱۶
									۳۰۶***
		۱/۰۰۰	-۰/۰۶	-۰/۲۳۱**	-۰/۳۲۹***	-۰/۱۲۸	-۰/۳۶۹***	-۰/۴۶۸***	
									۰/۸۲
	۱/۰۰۰	۰/۹۵	۰/۱۶۲*	-۰/۱۵۲*	-۰/۱۴۷*	-۰/۰۲۰	-۰/۱۵۳	-۰/۰۵۸	
۱/۰۰۰	۰/۱۲۶	۰/۰۸۷	۰/۱۲۴	-۰/۰۶۲	۰/۰۴۴	-۰/۱۰۵	-۰/۰۹۱	-۰/۰۲۳	-۰/۰۳۸

*p<۰/۰۵, **p<۰/۰۱, ***p<۰/۰۰۱

جدول ۴. مقایسه بیماران سه طبقه اجتماعی با توجه به ابعاد متغیر ادراک بیماری

سطح معناداری	F	طبقه اجتماعی پایین M (SD) n=۴۵	طبقه اجتماعی متوسط M (SD) n=۵۶	طبقه اجتماعی بالا M (SD) n=۴۵	ابعاد تظاهرات بیماری
۰/۰۰۰***	۹/۷۲۴	۲/۲۳(۹۸)	۳/۱(۷۳)	۲/۵(۷۴)	کنترل درمان
۰/۳۱۹	۱/۱۵۱	۲/۳(۸۲)	۲/۵(۶۸)	۲/۵۶(۸۵)	برایند بیماری
۰/۳۲۱	۱/۱۴۵	۱/۹(۹۸)	۲/۱(۹۷)	۲/۲۸(۱/۱)	خط زمانی حاد/مزمن
۰/۰۰۲**	۶/۷۵۴	۲/۰(۹۲)	۲/۵(۸۸)	۲/۷(۱/۰)	انسجام بیماری
۰/۰۲۳*	۳/۸۶۸	۲/۱(۷۶)	۲/۳(۷۸)	۲/۶(۷۶)	کنترل شخصی
۰/۱۹۳	۱/۶۶۴	۲/۷(۸)	۲/۷(۷۱)	۲/۹(۶۴)	خط زمانی دوره‌ای
۰/۱۴۹	۱/۹۲۸	۲/۲(۸۱)	۲/۱(۹۲)	۱/۸(۸۲)	خصیصه‌های روان‌شناختی
۰/۶۴۹	۰/۴۳۳	۱/۵(۷۹)	۱/۵(۷۲)	۱/۴(۷۵)	عوامل مرتبط با ایمنی
۰/۰۷۱	۲/۶۹۰	۱/۴(۵۵)	۱/۶(۷۸)	۱/۷(۷۴)	عوامل خطرزا
۰/۳۳۳	۱/۱۰۷	۱/۰۹(۱/۹)	۱/۹(۱/۰)	۲/۱(۱/۲)	تظاهرات هیجانی

*p<۰/۰۵, **p<۰/۰۱, ***p<۰/۰۰۱

۴. تحلیل چند متغیره ادراک بیماری

با استفاده از روش رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی، سهم متغیر طبقه اجتماعی همراه با سایر متغیرها (متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی و متغیرهایی که به نظر می‌رسید بر ادراک بیماری اثرگذار باشند) در تبیین واریانس ادراک بیماری مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک که در مرحله اول وارد مدل شدند، با مقدار $Adj.R^2=۰/۰۴۵$

نتایج کلی آنوای یک طرفه نیز همبستگی معنادار بین طبقه اجتماعی و ادراک بیماری $F(۲,۱۴۳)=۶/۹۰۵, p<۰/۰۱$ را نشان می‌دهد. به بیان دیگر، سه گروه از نظر متغیر ادراک بیماری دارای میانگین‌های مساوی نیستند و لذا می‌توان استدلال کرد که جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران بر کیفیت ادراک آن‌ها از بیماری تأثیر می‌گذارد.

جدول ۵. رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر ادراک بیماری

مرحله	متغیر	B	P	ΔR^2	ΔR^2 تنظیم شده	F تغییر یافته	سطح معناداری
۱	جنسیت (زن)	/۱۳۱	/۰۷۲				
	سن	-/۰۰۳	/۳۲۸				
	محل اقامت (روستایی)	/۱۹۵	۳۱۳*				
	وضعیت تأهل (سایرین)	/۱۰۵	/۲۷۶	/۰۷۱	/۰۴۵	۲/۷۰	/۰۳۳*
۲	بیمه	/۲۵۹	/۰۰۱**				
	تاریخچه بیماری آرتریت	-/۰۱۴	/۸۳۸				
	سابقه مرگ (میان آشنایان)	/۲۶۴	/۰۸۹				
	دفعات مشاهده علائم	-/۰۰۸	/۷۰۹				
	دفعات مراجعه به پزشک	-/۱۰۸	/۰۰۰***				
	میزان دستیابی به پزشک	/۰۰۰	/۹۹۳				
میزان آگاهی از بیماری	/۰۱۱	/۷۰۵	/۲۱۱	/۱۷۹	۵/۶۴۲	/۰۰۰***	
۳	جایگاه اجتماعی - اقتصادی	-/۰۸۵	/۰۲۲*	/۰۲۸	/۰۲۶	۵/۳۳۱	/۰۲۲*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

R^2 جمع = ۳۱۰ و $Adj.R^2 = ۲۴۸$ و $F_{(12,133)} = ۴/۹۸$ $p < 0.001$

با متغیرهایی که در مرحله اول و دوم وارد مدل شدند، بسیار کم تر بوده است. با این حال می توان استدلال کرد که جایگاه اجتماعی - اقتصادی، متغیر تبیین گر نسبتاً خوبی برای متغیر تحت مطالعه ادراک بیماری بوده است. در مجموع، مدل توانسته با مقدار $Adj.R^2 = ۲۴۸$ و $F_{(12,133)} = ۴/۹۸$ حدود ۲۴/۸ درصد از واریانس ادراک بیماری را تبیین کند. نتایج آنوای یک طرفه نیز نشان می دهد که مدل رگرسیون معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه، تأثیر جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران آرتریت روماتوئید را بر کیفیت ادراک (تفسیر و ارزیابی) آنان از علائم این بیماری و تجربه درد، مورد بررسی قرار داد. نتایج این پژوهش، تأثیر آشکار جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران آرتریت روماتوئید را بر شیوه ای که آن ها علائم آن بیماری را درک و تفسیر می کردند نشان داد. این نتایج، با یافته های تحقیقات صورت گرفته پیشین در مورد تفاوت بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مختلف از نظر

واریانس ادراک بیماری را تبیین کنند. از میان متغیرهای دموگرافیک فقط متغیر محل اقامت (روستایی بودن) با مقدار $B = 0.195$ و $p < 0.05$ متغیرهای معنادار در تبیین واریانس ادراک بیماری بود.

در مرحله دوم، ۷ متغیر مرتبط با رفتار بیماری وارد مدل شدند. این متغیرها با مقدار $Adj.R^2 = 0.179$ ، $F_{(7,134)} = 5.642$ ، $p < 0.001$ واریانس متغیر تحت مطالعه را تبیین کنند. از میان متغیرهای وارد شده در مرحله دوم، متغیر وضعیت بیمه با مقدار $B = 0.259$ و $p < 0.01$ و متغیر دفعات مراجعه با مقدار $B = -0.108$ و $p < 0.001$ سهم معناداری در تبیین واریانس متغیر ادراک بیماری داشتند.

سرانجام در مرحله سوم و با کنترل سایر متغیرهای مربوط، متغیر جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران وارد مدل گردید. سهم این متغیر در تبیین واریانس ادراک بیماری، با مقدار $Adj.R^2 = 0.26$ و $B = -0.085$ و $p < 0.05$ حدود ۲/۶ درصد بود که در مقایسه و $F_{(1,133)} = 5.33$

چگونگی ادراک آن‌ها از بیماری با توجه به خاستگاه طبقاتی شان هماهنگ بود [۱۷، ۲۱، ۲۳، ۴۵، ۴۶، ۴۷ و ۴۸] و برخلاف پژوهشگرانی که تنها به وجود تفاوت های جزئی در رفتار بیماران متعلق به طبقات مختلف اجتماعی تأکید داشتند [۳۰، ۴۹ و ۵۰]، این مطالعه، تأثیر قوی متغیر جایگاه اجتماعی - اقتصادی را به ویژه در زمینه برخی از ابعاد ادراک بیماری نشان داده است.

با کاهش ابعاد متغیر ادراک بیماری از ۱۲ بعد - که در تحقیقات پیشین [۵، ۷ و ۳۹] صورت گرفته بود - به ۱۰ بعد، با استفاده از تحلیل مؤلفه های اصلی، نتایج نشان داد که بیماران آرتریت روماتوئید با جایگاه های اجتماعی - اقتصادی متفاوت:

۱. از نظر میزان کنترلی که احساس می کردند می توانند بر بیماریشان داشته باشند از تفاوت چشمگیر برخوردار بودند. این امر در ارتباط با دو بعد از کنترل، یعنی کنترل درمان (درجه ای که بیماران معتقد بودند درمان اتخاذ شده توسط آنان می تواند موجب کنترل و یا تخفیف و بهبود بیماریشان گردد) و کنترل شخصی (درجه ای که بیماران احساس می کردند می توانند بیماریشان را تحت کنترل بگیرند) هویدا بود. این نتیجه، یافته های مطالعه لاکمن و ویور [۲۴] را مورد تأیید قرار داده است. آن‌ها در مطالعه خود، خود اثربخشی و احساس کنترل بالاتر بیماران طبقات بالای اجتماع و احساس تسلط کم تر و خود اثربخشی پایین تر طبقات پایین اجتماع را در ارتباط با بیماری نشان داده بودند. آن‌ها روشن کردند که بیماران متعلق به طبقات پایین، دارای احساس محدودتر تسلط و فشارهای ادراک شده بالاتر بودند. از این رو، این گروه خود را در مقابل بیماری، در مقایسه با سایر طبقات، ناتوان تر می بیند.

۲. بیماران سه طبقه اجتماعی، از نظر میزان و چگونگی فهم شان از بیماری آرتریت روماتوئید با یکدیگر تفاوت بارز داشتند. نتایج نشان داد که بیماران طبقه پایین اجتماع در مقایسه با دو طبقه متوسط و بالا از میانگین نمره پایین تر برخوردار بودند. به بیان دیگر، بیماران طبقه پایین، فهم روشنی از بیماریشان نداشتند. این نتیجه، یافته های پژوهش دورگی [۲۳] را تأیید

می کند. وی در مطالعه خود، ضمن تأکید بر ساختار تفکر طبقات مختلف اجتماعی به این نتیجه دست یافته بود که ساختار تفکر طبقات بالا و متوسط، برخلاف طبقه پایین، سازمان یافته تر و عقلانی تر بوده، آن‌ها در برخورد با بیماری، بیش تر به تحلیل روابط متقابل و تجزیه و تحلیل علل و برایندهای بیماری می پردازند و از این رو فهم بهتری از بیماری دارند. یافته های این پژوهش، همچنین با یافته های ماندل بلات و دیگران [۷] همخوانی دارد. آن‌ها نیز تفاوت بیماران طبقات مختلف اجتماع را در چگونگی فهم بیماری دریافتی کردند و از همین رو، به پزشکان توصیه می کردند اطلاعات پزشکی را برای بیماران طبقه پایین اجتماعی، متناسب با سبک های شناختی آنان طراحی کنند.

تأثیر جایگاه اجتماعی - اقتصادی بیماران آرتریت روماتوئید بر سایر ابعاد ادراک بیماری، در این پژوهش مشاهده نشده است. در پاسخ به این پرسش که سایر ابعاد ادراک بیماری ممکن است متأثر از چه عواملی باشند باید با پل هنری [۴۰]، مایر و باکلی [۴۲] هم آواز شد که ابعاد مختلف رفتار بیماری، از منابع مختلف اجتماعی، روان شناختی، رفتاری و فیزیکی متأثر می شوند و این عوامل به صورت یک سیستم پیچیده، در کنش متقابل با یکدیگر عمل می کنند.

نکته جالب در این پژوهش، تأثیر بیش تر و قوی تر سایر متغیرها، از جمله متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی و سایر متغیرهای آورده شده در مدل رگرسیون بر ادراک بیماری در مقایسه با متغیر طبقه اجتماعی بود. این امر با مراجعه به تحلیل چندمتغیره این پژوهش آشکار می گردد. نتایج این تحلیل نشان داد که سهم متغیر طبقه اجتماعی در مقایسه با سایر متغیرهای وارد شده در مدل، به ویژه وضعیت بیمه و دفعات مراجعه به پزشک توسط بیمار، و نیز متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی در مقایسه با متغیر طبقه اجتماعی در تبیین واریانس ادراک بیماری بسیار بالاتر بوده است. این امر، انجام پژوهش های بعدی را که در آن‌ها بر سایر متغیرهای اجتماعی و نیز متغیرهای روان شناختی، به ویژه فرهنگی تمرکز شود را ایجاب می کند.

1. Leventhal, H., Leventhal, E. & Contrada, R.J. (1998) "Self-regulation, health & behaviour: a perceptual cognitive approach". *Journal of Psychology & Health*, 13, 717-734.
2. Pilowsky, I. (1984) Pain & illness behaviour: Assessment & management. In: Textbook of pain. New York: Churchill Livingstone.
3. Brena, S.F., Chapman, S.L., Stegal, P.G., & Shyatte, S.B. (1979) "Chronic pain states: their relationship to impairment & disability". *Physical Medicine & Rehabilitation*, 60:387-89.
4. Taylor, S.E. (1983) "Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation". *American Psychologist*, 38:1161-1173.
5. Mechanic, D. (1995) "Sociological dimension of illness behaviour". *Social Science Medicin*, 41, 1207-1216.
6. Starfield, B. & et al (1985) "Utilizaation & morbidity: random or tandem? Pediatrics, 75,241-247.
7. Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Cameron, L. (2001) "Representations, procedures & affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model". In: Baum, A., Revenson, T.A., & Siger, G.E. (Eds), *Handbook of Health Psychology*, pp.19-48. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
8. Hollingshead, A.B. (1971) "Commentary on the indiscriminate state of social class measurement". *Journal of Social Forces*, 49: 563-67.
9. Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998) "Making sense of loss & benefiting from the experience: To construals of meaning". *Journal of Personality & Social Psychology*, 75:561-574.
10. Cassell, E.J. (1982) "The nature of suffering & the goals of medicine". *New England Journal of Medicine*, 306:639-645.
11. Cassell, E.J. (1985) *The healer's art*. Cambridge, MA: MTT Press.
12. McCaffery, K., Wardle, J., Nadel, M. & Atkin, W. (2002) "Sociodemographic variation in participation in colorectal cancer screening". *Journal of Medical Screening*, 9, 104-108.
13. Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.M.A., Bergman, W. & Rooijmans, H.G.M. (1998) "Illness perceptions, coping & functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease & psoriasis". *Journal of psychosomatic Research*, 44, 531-548.
14. Wardle, J., McCaffery, K., Nadel, M., & Atkin, W. (2004) "Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive & psychosocial explanations". *Social Science & Medicine*, 59,249-261.
15. Moss-Moris, R., Petrie, K., & Weinman, J. (1996) "Functioning of chronic fatigue syndrome: Do illness perception play a regulatory role?". *British Journal of Health Psychology*, 1:15-25.
16. Schellenberg, J.A. & et al (2001) "Effect of large scale social marketing of insecticide treated nets on child survival in rural Tanzania". *The Lancet*, 357:1241-1247.
17. Hollingshead, A.B., & Redlich, F. (1953) "Social stratification & psychiatric disorders". *American Sociological Review*, 18: 163-69.
18. Blane, D., Smith, G.D., & Bartley, M. (1990) "Social class differences in years of potential life cost: Size, trends, & principal causes. *British Medical Journal*, 301,429-432.
19. Walsh, J.C., Lynch, M., Murphy, A.W. & Daly, K. (2004) "Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infraction". An evaluation of the self-regulatory model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 56,67-73
20. Alder, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Chohen, S., Folkman, S., Kahn, S.L., & Syme, S.L. (1994) "Socioeconomic status & health. The challenge of gradient. *American Psychologist*, 49,15-24.
21. Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N. & Buckley, J. (1996) "Role of patient's view of their illness in predicting returne to work & functioning after myocardial infraction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1194
22. Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., Rabin, B., & Gwaltney, J. (1997) "Social ties & susceptibility to the common cold." *Journal of the American Medical Association*, 277: 1940-1944.
23. Durgee, J. (1986) "How consumer sub-cultures code reality: A look at some code types". In *Advances in Consumer Research*, vol.13.pp. 332-337.
24. Kemp, S., Morley, S. & Anderson, E. (1999) "Coping with epilepsy: do illness representations play a role?. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 43-58.
25. Lachman, M. & Weaver, S. (1998) The sense of control as a moderator of social class differences in health & well-being. *Journal of personality & social psychology*. 74(3): 763-773.
26. Lacroix, J.M. (1991) Assessing illness schemata in patient populations. In: Skelton, J.A.; Croyle, R.T. (Eds) *mental representation in health & illness*, 193-219. Spriger - verlag. New York.
27. Leventhal, H.; Meyers, D., & Nerenz, D. (1980) The common sense model of illness danger. In: Rachman, S. (Ed.) *Medical sociology*, vol.2, pp.7-30, pergamon. New York.
28. Sutton, S.R., Bickler, G., Sancho-Aldridge, J., & Saidi, G. (1994) "Prospective study of predictors of

- attendance for breast screening in inner London". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48, 99-104.
29. Hummer, R.A., Rogers, R.G., Amir, S.H., Forbes, D., & Frisbie, W.P. (2000) "Adult mortality differentials among Hispanic subgroup & non-Hispanic whites. *Social Science Quarterly*, 81, 459-476.
 30. Horn, R. & et al (2000) Patients interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*, 83 (4): 388-393.
 31. Nam, B.C., & Powers, M.G. (1983) The socioeconomic approach to status measurement. Houston: Cap & Gown.
 32. Hagger, M.S. & Orbell, S. (2003) "A meta-analytic review of the common sense model of illness representations". *Journal of Psychology & Health*, 18 (2), pp.141-184.
 33. Pennebaker, J.W.; & Epstein, D. (1983) "Implicit psychophysiology: effects of common beliefs & idiosyncratic physiological responses on symptom reporting". *Journal of Personality*, 51:468-493.
 34. Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J. & Griffiths, C.E.M. (2000) "Pathological worrying, illness perceptions & disease severity in patients with psoriasis". *British Journal of Health Psychology*, 5, 71-82.
 35. Buick, D.L. (1997) Illness representations & breast cancer: Coping with radiation & chemotherapy. In: Petrie, K.J. & Weinman, J. (Eds.), *Perceptions of health & illness: Current research & applications*, pp.379-409. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
 36. Dingwall, R. (1976) Aspects of illness. Martin Robertson. London.
 37. Bishop, G.D., & Converse, S.A. (1986) "Illness presentations: A prototype approach". *Health Psychology*, 5:95-114.
 38. Le Resch, L., Dowrkin, S.F. (1984) "Facial expression accompanying pain". *Social Science & Medicine*, 19:1325-1330.
 39. Moos-Morris, R. & et al (2002) "The revised illness perception questionnaire (IPQ-R) *Journal of Psychology & Health*, Vol.17 (1), pp.1-16.
 40. Henry, P. (2001) "An explanation of the pathways through which social class impacts health outcomes". *Psychology & Marketing*. Vol.2001 (3).
 41. Heijman, M., & de Ridder, D. (1998) "Assessing illness representation of chronic illness: Explanations of their disease-specific nature". *Journal of Behavioural Medicine*, 21:485-503.
 42. Mayer, K., & Buckley, W. (1970) *Class & society*. New York: Random.
 43. Duncan, O.D., Reiss, A.J., Hott, P.K., & Notth, C.C. (1961) *Occupation & social status*. Glencoe, IL: Free Press.
 44. Suchman, E.A. (1965) "Social pattern of illness & medical care". *Journal of Health & Social Behaviour*, 6:2-16.
 45. Steptoe, A., & Wardle, J. (1999) "Motivational factors as mediators of socioeconomic variations in dietary intake patterns". *Journal of Psychology & Health*, 14, 391-402.
 46. Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Vermeer, B.J. & Rooijmans, H.G.M. (2000a) "Patients' illness perceptions & coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-years follow up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899-907.
 47. Leventhal, H. & et al (1997) Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie, K.J. & Weinman, J. (Eds.), *Perceptions of health & illness: current research & applications*. Pp.19-45. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
 48. Pimm, T.J. & Weinman, J. (1998) "Applying Leventhal's self-regulation model to adaptation & intervention in rheumatic disease". *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 62-75.
 49. Franzini, L., & Fernandez-Esquer, M.E. (2004) "Socioeconomic, cultural, & personal influences on health outcomes in low income Mexican-origin individuals in Texas. *Social Science & Medicine*, 59: 1629-1646.
 50. Blaxter, M. (1992) *Health & lifestyles*. London: Routledge.