

# بررسی ابعاد روانی نابرابری‌های اجتماعی

## (مطالعه موردی شهر اصفهان)

ابراهیم مسعودنیا\*

### چکیده

مطالعه حاضر بر آن است تا نقش عوامل اجتماعی را در ایجاد و شیوع اختلالات روانی نشان دهد. این پژوهش به روش توصیفی - پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از بیماران سرپایی مبتلا به آسیب‌های روانی که در زمان جمع‌آوری داده‌ها به یکی از مراکز مشاوره گزیده شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند (نمونه اول) و همچنین بیماران مبتلا به آسیب‌های روانی که در سال ۱۳۸۱ در یکی از بیمارستانهای ارائه‌کننده مراقبت‌های روانی بستری شده بودند (نمونه دوم).

ابزار جمع‌آوری داده‌ها و اندازه‌گیری شامل پرسشنامه و بررسی پرونده‌های پزشکی بیماران است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که طبقات مختلف اجتماعی (بالا، متوسط، پایین و کارگر) از نظر توزیع اختلالات روانی، نوع اختلال روانی، الگوهای استفاده از مراقبت‌های روانپزشکی، رفتار بیماری (ادراک نشانه‌های اختلال و شیوه‌های پاسخگویی به آنها) و رابطه بین میزان نیاز واقعی و استفاده واقعی آنها از مراقبت‌های روانی با یکدیگر تفاوت دارند.

### مقدمه

ساختار اجتماعی جامعه ما - همانند دیگر جوامع - بر نظام قشربندی استوار است. قشربندی اجتماعی، در واقع الگویی است که بر اساس آن افراد و گروهها در موقعیت‌هایی متفاوت در نظام اجتماعی رده‌بندی می‌شوند که در این رده‌بندی میزان دستیابی افراد به کالاها و خدمات مطلوب در هر طبقه با طبقه دیگر متفاوت است. قشربندی اجتماعی، برآیندهای متفاوتی دارد. آثار روانی نابرابری‌های اجتماعی، در واقع فقط یکی از برآیندهای نابرابری اجتماعی و نظام قشربندی است.

وجود اختلالات روانی که یکی از نتایج نابرابری‌های اجتماعی است، پیامدهای اجتماعی فراوانی به دنبال دارد. آشکارترین این پیامدها این است که این اختلالات جامعه را از طریق ناتوان ساختن اعضای آن دچار بی‌نظمی و اشکال می‌کند. کارکردگرایان (فونکسیونالیست‌ها) خاطر نشان می‌کنند که وقتی مردم بیمار می‌شوند، نقش‌های آنها یا بر زمین می‌ماند و یا بر عهده دیگران گذاشته می‌شود که در هر صورت، نتیجه آن ایجاد تنش و فشار در کل جامعه است. آنها یادآور می‌شوند که علاوه بر این حتی این خطر وجود دارد که برخی از مردم برای معاف شدن از انجام وظایف خود، وانمود به بیماری کنند (16/P.257-78). بنابراین هر جامعه‌ای علاوه بر اینکه باید به حفظ سلامت روانی اعضای خود و درمان آنها مایل باشد، باید بداند چه کسی دچار اختلال و چه کسی از سلامت برخوردار است. ضرورت این امر زمانی آشکار می‌شود که بدانیم اختلالات روانی علاوه بر نتایج روان‌شناختی (ترس، احساس ناکامی و ناامیدی و ناتوانی، بی‌تفاوتی، توهم‌های غیرقابل کنترل، احساسات تحقیرآمیز در نتیجه قضاوت دیگران و...) و نتایج اقتصادی (هزینه‌های مراقبت و هزینه‌های خروج افراد مبتلا به اختلال از مشارکت اقتصادی - اجتماعی)، نتایج اخلاقی نیز برای فرد و جامعه به همراه دارد. امروزه حتی در پزشکانی که اختلالات روانی را مورد بررسی قرار می‌دهند، پذیرفته‌اند که مداخلات پزشکی، تأثیر اندکی بر سلامت روانی یک جامعه دارد، چرا که عوامل اصلی در حفظ سلامت روانی افراد، عوامل اجتماعی - اقتصادی هستند.

\* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی



تک‌علییتی (Mono-Causality Approach) مربوط به تعاریف سنتی فاصله گرفت و به رویکردی کثرت‌گرا (Pluralistic Approach) و نسبی‌گرا (Relativistic Approach) نزدیک شد. انتخاب موضع کثرت‌گرایی و نیز نسبی‌گرایی در زمینه مفاهیم و علل سلامت ذهنی و روانی، روانپزشکان نوگرا را به سایر شیوه‌های تفکر، صرف نظر از رویکرد بیماری - درمان که بیشتر مبتنی بر الگوهای زیستی از انسان‌هاست، علاقه‌مند ساخته است (7/P.199). این بدین معناست که باید زمینه اجتماعی و فرهنگی فهم و پذیرش فرایندهای روانی و اهداف درمان فراهم شود. جی برونر خاطر نشان می‌کند که تمایل به تفسیر و ترکیب دانش و ارزشهای ناشی از دیدگاههای چندگانه، در واقع تصدیق این نکته است که آنچه در یک محیط، مناسب و کاربردی است، ممکن است در محیط دیگر کاربرد نداشته باشد (2/P.30). در نتیجه مفاهیم مربوط به نشانه‌های روانی باید براساس «مسائل سلامت روانی» از نو تعریف شود و مفهوم درمان نیز براساس مداخله‌های اجتماعی و شخصی و یا راهبردهای توانبخشی (Enabling Strategies) مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد.

بنابراین به منظور انتخاب الگوهای چندگانه مربوط به بیماریهای روانی و همچنین علل و شیوه درمان آنها بهتر است ارزیابیها براساس الگوی شماره یک انجام گیرد.

با توجه به نقش سلامت روانی به‌عنوان یکی از مهمترین عوامل در فرایند توسعه هر جامعه، لازمه تحقق جامعه‌ای پویا و سالم (از نظر روانی)، شناخت عوامل و زمینه‌های ایجادکننده آسیب‌های روانی است. پژوهش حاضر در واقع گامی است در جهت شناخت نقش نابرابری‌های اجتماعی (طبقه اجتماعی) در کمیت و کیفیت ابتلا به اختلالات روانی. این پژوهش بر این پرسش‌ها متمرکز است:

- توزیع و شیوع اختلالات روانی تا چه میزان متأثر از طبقه اجتماعی است؟

- آیا جایگاه طبقاتی افراد در جامعه می‌تواند بر نوع اختلالاتی که ممکن است به آن مبتلا شوند تأثیر بگذارد؟

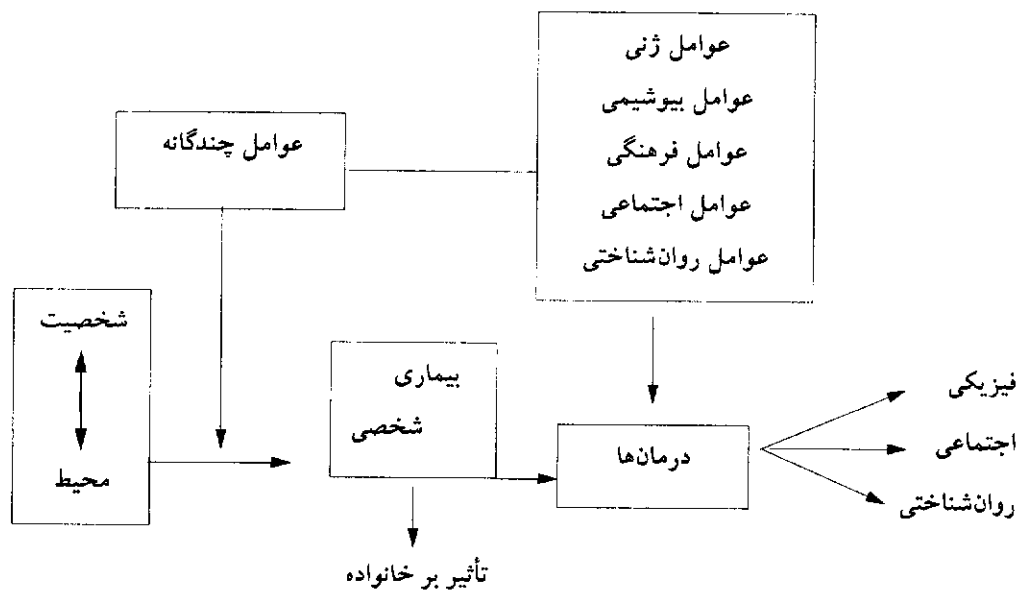
- آیا طبقات مختلف اجتماعی از نظر الگوی استفاده از مراقبت‌های روانی با یکدیگر تفاوت دارند؟

- دسترسی به مراقبت‌های روانی تا چه اندازه متأثر از طبقه اجتماعی است؟

- چگونه رفتار بیماری (ادراک نشانه‌های اختلال روانی و پاسخ به آنها) در طبقات مختلف اجتماعی از الگوی طبقه اجتماعی پیروی می‌کند؟

### مفهوم اختلال روانی: رویکرد چند سامانه‌ای

از آنجا که اختلالات روانی پدیده‌هایی پیچیده هستند، به احتمال زیاد طیف گسترده‌ای از علل و عوامل در ایجاد آنها نقش دارد. در ارزیابی اختلالات روانی، باید از رویکردهای



نمودار ۱- ارزیابی مفاهیم و عوامل چندگانه درباره اختلالات روانی

### مفهوم اختلال روانی

پیش از تعریف اختلال روانی باید یادآور شد که تاکنون درباره اینکه چه چیزهایی اختلال روانی را شکل می‌دهند، حتی در میان متخصصان سلامت روان توافق حاصل نشده و البته این امر تا اندازه‌ای به علت این است که هیچ توافقی درباره مؤلفه رفتار بهنجار وجود ندارد. با این مقدمه لازم دانستم که یکی از بهترین تعاریف اختلال روانی را در این پژوهش مبنای کار خود قرار دهم، به همین منظور تعریف اسپیتزر را که زمانی سرپرستی انجمن روانپزشکی آمریکا را بر عهده داشته، از نظر می‌گذرانیم. اسپیتزر تعاریف زیر را از اختلال روانی ارائه کرده است:

۱- شرایطی که ابتدا روان‌شناختی بوده و موجب تغییراتی در رفتار شود که از جمله آنها تغییر در عملکرد روان‌شناختی فرد است، البته در صورتی که چنین تغییراتی بتواند با مفاهیم روان‌شناختی مانند شخصیت، انگیزش یا تعارض مورد تبیین قرار گیرد.

۲- شرایطی که در حالت کلی با استرس ذهنی و اختلال فراگیر در کارکرد اجتماعی یا رفتاری در ارتباط است و براساس آن شخص به‌طور ارادی تمایل به توقف کار یا دست‌کشیدن از فعالیت دارد، زیرا چنین رفتاری به سلامت فیزیکی منجر می‌شود.

۳- شرایطی که از شرایط دیگر متمایز بوده و به درمان پاسخ می‌دهد (3/P.3).

### تشریح متغیرهای اساسی تحقیق

#### ۱- همه‌گیری‌شناسی اجتماعی اختلالات روانی

منظور از همه‌گیری‌شناسی (اپیدمولوژی) اجتماعی اختلالات روانی، تحلیل متغیرهایی است که مورد علاقه ویژه جامعه‌شناختی است. دارنوند از سه متغیر به‌عنوان بهترین معرفه‌های شیوع حقیقی اختلال روانی نام می‌برد که این متغیرها عبارت‌اند از: طبقه اجتماعی، مکان شهری - روستایی و جنسیت (5/P.423).

بیشتر مطالعات مربوط به همه‌گیرشناسی بر این فرض مبتنی است که اگر تفاوت‌هایی در زمینه شیوع اختلالات روانی میان گروه‌های مختلف اجتماعی وجود دارد، شاید دلیل این تفاوتها عوامل اجتماعی متمایزکننده این گروهها از یکدیگر باشد. بیشتر مطالعاتی که تاکنون در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده، رابطه معناداری را میان طبقه اجتماعی و اختلال روانی نشان می‌دهد. به بیانی دیگر این مطالعات به وجود رابطه معکوس میان جایگاه اقتصادی - اجتماعی (SES) افراد و میزان بروز و شیوع اختلال روانی اشاره می‌کند.

پژوهشگران برای سنجش میزان شیوع اختلالات روانی با توجه به طبقه اجتماعی، ابتدا گروه‌های مختلف اجتماعی را با توجه به شاخص‌های متمایزکننده طبقه اجتماعی نظیر درآمد، حیثیت اجتماعی، شغل و تحصیلات به گروه‌های متعددی تقسیم می‌کنند که این تقسیم‌بندی ممکن است

براساس مطالعات و یافته‌های خود پژوهشگران انجام شود. برای مثال در مطالعه نیوهاون، هالینگشید و ردلیچ، پنج طبقه عمده اجتماعی را شناسایی کرده‌اند (73-72/P.11). این تقسیم‌بندی، منطبق بر تقسیم‌بندی‌های سازمانهای ویژه‌ای مانند سازمان ثبت احوال است. اداره ثبت احوال بریتانیا گروههای مختلف این جامعه را به پنج طبقه اجتماعی تقسیم کرده است. برخی از مطالعات (به‌ویژه مطالعات انجام شده در آمریکا)، تأثیر ترکیبی شغل، درآمد و تحصیلات را بر شیوع اختلال روانی مورد سنجش قرار داده‌اند (هالینگشید ۱۹۵۸، ردلیچ ۱۹۶۸، بانکز و جکسون ۱۹۸۲، کوکرهام و استوپز - رو ۱۹۸۰، لیتونز و دیگران ۱۹۶۳، اسرول و دیگران ۱۹۶۲). در برخی دیگر از مطالعات، تأثیر پایگاه شغلی، درآمد و تحصیلات به‌طور جداگانه مورد تحلیل قرار گرفت، تمامی این موارد با سلامت روانی ارتباط دارند (762-752/P.13).

**یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که طبقات مختلف اجتماعی (بالا، متوسط، پایین و کارگر) از نظر توزیع اختلالات روانی، نوع اختلال روانی، الگوهای استفاده از مراقبت‌های روانپزشکی، رفتار بیماری و رابطه بین میزان نیاز واقعی و استفاده واقعی آنها از مراقبت‌های روانی با یکدیگر تفاوت دارند.**

مطالعات ناحیه تحت پوشش همه‌گیرشناسی (Epidemiological Catchment Area) ECA میزان بالاتر شیوع همه اختلالات (به‌ویژه شیزوفرنی و اختلالات شیزوفرنی شکل) را در میان افراد دارای تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با فارغ‌التحصیلان مدارس عالی نشان داده است. همچنین ECA میزان بالای سوء مصرف مواد را برای اشخاص با پایگاه اجتماعی پایین‌تر، با تشخیص ضدا اجتماعی، گزارش کرده است (9/P.109-110). سرانجام در مطالعه‌ای دیگر براون و هریس (۱۹۷۸) نشان داده‌اند که شیوع افسردگی حاد با توجه به ملاک تشخیصی پژوهشی (Research Diagnostic Criteria) با طبقه اجتماعی رابطه‌ای معکوس دارد.

### پنج دیدگاه عمده

دلیل تمرکز فزاینده اختلالات روانی در طبقات پایین اجتماعی چیست؟ پژوهشگران در پاسخ به این پرسش به پنج دسته از تبیین‌ها راجع به چگونگی اثرگذاری طبقه اجتماعی بر سلامت روانی گروههای مختلف اجتماعی اشاره کرده‌اند.

ژنی: تبیین‌های ژنی بر این اعتقادند که برخی از مردم آسیب‌پذیری ویژه‌ای نسبت به اختلال روانی خاص دارند. بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که پاره‌ای از اختلالات روانی به‌ویژه شیزوفرنی، در مقایسه با سایر اختلالات، بیشتر ژنی بوده و می‌توانند طی چند نسل انتقال یابند. بخشی از تبیین راجع به شیزوفرنی طبقه کارگر، تراکم تدریجی ژن‌ها در آن طبقه است. این امر احتمال اینکه برخی تفاوت‌های ژنی بین طبقات، نه فقط در زمینه وزن و بهره هوشی، بلکه در زمینه استعداد‌های شیزوفرنی و سایر جنبه‌های اختلال روانی وجود دارد را افزایش می‌دهد (1/P.275).

علیت اجتماعی: تبیین علیت اجتماعی بیانگر نقش عوامل اجتماعی در شیوع و تشدید اختلالات روانی در جامعه است. بر مبنای این نظریه موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد بر سلامت و عملکرد روانی وی تأثیر می‌گذارد. جایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد به‌طور معمول میزان بروز اختلال روانی، رفتارهای مرتبط با تندرستی، باورهای تندرستی و تجربیات مربوط به تندرستی را تعیین می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که موقعیت طبقاتی پایین، به‌گونه‌ای است که می‌تواند برای سلامت روانی خطرناک باشد، برای مثال عوامل خطرناکی که به‌طور مستقیم از زندگی و شرایط کاری فرد ناشی می‌شود شامل انواع خطرات محیطی، تراکم جمعیت زیاد در خانواده، سطح بالای آلودگی هوا، آلودگی صوتی و سایر عوامل خطرناکی که به افزایش میزان افسردگی در طبقات پایین اجتماع کمک می‌کند شامل یکنواختی کار، ترس از پیامدهای بیکاری، فقدان منابع مالی و مسکن و نیز بحران‌های خانوادگی است.

فشار اجتماعی: فرضیه فشار اجتماعی گونه‌ای خاص از تبیین علیت اجتماعی است. این تبیین اعتقاد دارد که شرایط بد زندگی طبقات پایین، فشارهایی را ایجاد می‌کند که باعث ترویج آسیب‌های روانی می‌گردد. اعضای طبقات پایین در نتیجه زندگی در فقر و محرومیت و دست و پنجه نرم کردن با این محرومیت‌ها، به جهت منابع کم در معرض تنش بیشتری هستند. بنابراین فشار بر توانایی و قابلیت هیجانی فقرا، بیش از طبقات بالای اجتماع تأثیر می‌گذارد.

در پاسخ به این پرسش که آیا افراد طبقه کارگر در مقایسه با افراد طبقات بالاتر مقیاس اجتماعی، در معرض فشار بیشتری هستند، مکلود و وکسلر، داده‌های پنج مطالعه مربوط به هفت‌هزار نفر را مورد تحلیل مجدد قرار دادند و دریافتند که افراد طبقات پایین، وقایع ناخوشایند بیشتری، به‌ویژه کاهش درآمد و عدم تندرستی را تجربه می‌کنند. سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد طبقه پایین، به احتمال بیشتری از کار خود اخراج می‌شوند، دارای مشاغل

رنج آور هستند و یا با قانون مشکل دارند (14/P. 177-180). واکنش اجتماعی: برخی از پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه گزارش شده میان شیوع بیماری و طبقه اجتماعی، تا اندازه‌ای مربوط به جهتگیری طبقه متوسط است که بر تشخیص بیماری روانی حاکمیت دارد. از نظر این پژوهشگران تعداد بیشتری از افراد طبقه متوسط وارد حوزه سلامت روانی شده و هرکدام ارزشهای مبتنی بر طبقه خود را به ارزیابی‌هایشان از کسانی که به لحاظ روانی بیمارند، منعکس می‌کنند. گرایش به حل مسأله، کنترل هیجان‌ها و برنامه‌ریزی به‌طور چشمگیری با توجه به طبقه اجتماعی تغییر می‌کند. ویلکینسون، تمایل نیرومندی را در افراد طبقه متوسط کشف کرده که براساس آن بیماران طبقه پایین در مقایسه با یکی از اعضای دچار اختلال طبقه خود، به‌صورت جدی‌تری آسیب‌دیده ارزیابی می‌شوند. وی این امر را تأییدی بر فرضیه واکنش اجتماعی می‌داند و نتیجه می‌گیرد که بخشی از آنچه در میان افراد طبقه پایین جامعه، اختلال روانی تلقی می‌شود در واقع ویژگی طبقه اجتماعی آنهاست (10/ P.276).

انتخاب اجتماعی: این تبیین گاه فرضیه «تمایل اجتماعی» نیز نامیده می‌شود و معتقد است که طبقه اجتماعی نه علت، بلکه نتیجه و محصول آسیب‌شناسی روانی است. فرضیه تمایل دارای دو ادعا می‌باشد: نخست تمایل رو به پایین که معتقد است افرادی که به لحاظ روانی دچار اختلال می‌شوند، در جامعه دارای تحرک رو به پایین هستند. به بیان دیگر افراد به لحاظ روانی مختل، ممکن است اعضای طبقات پایین باشند، زیرا بیماری روانی به آنها اجازه نمی‌دهد که به سطح طبقه بالاتر حرکت کنند. تفسیر دوم آن است که اختلال روانی تحرک رو به بالا را مشکل‌تر می‌سازد. استدلال می‌شود که طی سالهای اخیر طبقه کارگر بسیار کوچک شده است و بسیاری از آنها از آن طبقه حرکت کرده‌اند. اما این افراد بیماران روانی نیستند، زیرا بیماران روانی قابلیت عمل در طبقات بالاتر را ندارند (8/ P.344-353).

## ۲. طبقه اجتماعی و نوع اختلال روانی

آثار فراوانی وجود دارند که رابطه بین انواع بیماری روانی و طبقه اجتماعی را گزارش کرده‌اند. در یکی از اولین مطالعات نظام‌مندی که درباره توزیع اختلال روانی در جامعه شیکاگو به کوشش فاریس و دانهام (۱۹۳۸) انجام شد، آنان دریافتند که بیشترین شیروفرنی‌ها در مناطق فقیرنشین شهر متمرکز بودند.

هالینکشید و ردلیج نیز در مطالعه خود دریافتند که تمرکز ویژه‌ای از روان‌رنجوری‌ها در سطوح طبقاتی بالا و روان‌پریشی‌ها در سطوح پایین ساختار اجتماعی وجود

دارد. سایر مطالعات نیز نتایج نیهاون را مورد تأیید قرار دادند. برای مثال در یکی از پژوهش‌ها در ناحیه بوستون، بیشترین میزان روان‌پریشی‌های بستری، در میان طبقات پایین و کارگر گزارش شده است (4/ P.148-150).

دلیل ابتلای گروه‌های اجتماعی خاص به انواع خاصی از اختلالات روانی چیست؟ بسیاری بر این عقیده‌اند که روابط بین طبقه اجتماعی و نوع بیماری روانی به تأیید این فرضیه عمده می‌انجامد که تمایل فرایندهای در میان افراد سلسله‌مراتب پایین طبقاتی نسبت به اشکال بیرونی اختلال روانی وجود دارد. این فرضیه بهترین مثال درباره میزان بالای روان‌پریشی در میان طبقه پایین اجتماعی است.

## وجود اختلالات روانی که یکی از نتایج نابرابری‌های اجتماعی است، پیامدهای اجتماعی فراوانی به دنبال دارد. آشکارترین این پیامدها این است که این اختلالات جامعه را از طریق ناتوان ساختن اعضای آن دچار بی‌نظمی و اشکال می‌کند.

از نظر پژوهشگران یکی از تفاوت‌های اساسی بین اختلال روان‌رنجوری و روان‌پریشی، نقش «خود» به‌عنوان ابزار حل تعارضات درون روانی است. فروید بر این باور بود که یکی از ویژگی‌هایی که روان‌رنجوری را از روان‌پریشی جدا می‌سازد، این است که در روان‌رنجوری خود در وابستگی‌اش به واقعیت، بخشی از نهاد (Id) یعنی زندگی غریزی را باز می‌دارد، در حالی که در روان‌پریشی، خود در خدمت نهاد است و از بخشی از واقعیت کناره می‌گیرد، بنابراین در روان‌رنجوری عامل تعیین‌کننده تسلط و نفوذ و تأثیر واقعیت است، در حالی که در روان‌پریشی عامل تعیین‌کننده تسلط نهاد است.

به نظر می‌رسد که واکنش در مقابل واقعیت اجتماعی در حمایت و تأیید سائقه‌های غریزی یک شخص (روان‌پریش) به احتمال بیشتر در میان افرادی که جهان واقعی آنها رضایت‌بخش نیست، وجود دارد و این واقعیت زندگی طبقات پایین است. از سوی دیگر واکنش در مقابل سائقه‌های غریزی و تقویت واقعیت اجتماعی (روان‌رنجوری)، بیشتر با شرایط به نسبت مطلوب زندگی در طبقات بالاتر سازگار است. استدلال شده که افراد طبقات پایین، انواع ضدواقعیت بیماری‌ها را دارند، زیرا دنیای آنها رنج‌آور است، افراد طبقات بالاتر اجتماعی، زندگی رضایت‌بخشی دارند و هیچ دلیلی ندارد که از سوی واقعیت

تهدید شوند و بنابراین مستعد عمل خارج از احساس خود نیستند، زیرا از تربیتی برخوردارند که بر کنترل درونی تأکید دارد (12/ P.152-170).

### ۳- طبقه اجتماعی

#### و الگوی استفاده از مراقبتهای روانپزشکی

یکی از شیوه‌های به‌ویژه جالب عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی با توجه به گروه‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی، بررسی تفاوتها در تأمین، پیش‌بینی و استفاده طبقات از خدمات مختلف روانپزشکی است. چنانکه گفتیم موقعیت طبقات پایین به‌گونه‌ای است که می‌تواند برای سلامتی آنان خطرناک باشد. آنها به دلیل شرایط شغلی، خطرات محیطی، بحرانهای خانوادگی و...، مستعد آسیب‌های روانی بیشتری در مقایسه با افراد طبقات متوسط و بالا هستند. به لحاظ منطقی باید نتیجه بگیریم که آنها باید از مراقبتهای روانی بیشتری در مقایسه با سایر طبقات استفاده کنند، لیکن در عالم واقع چنین نیست.

تا پیش از تأسیس برنامه‌های حمایتی نظیر بیمه‌ها و طرح‌های ملی خدمات درمانی، مطالعات متعدد در اکثر کشورهای جهان، این فرضیه را که افراد با درآمد بالا در مقایسه با سایر طبقات بیشتر از خدمات پزشکی استفاده می‌کنند، تأیید کرده بود، اما از آن زمان به بعد، الگوهای استفاده از مراقبتهای پزشکی، تغییرات گسترده‌ای یافته است. از سال ۱۹۶۸ مطالعات متعددی نشان داده‌اند که نمی‌توان فرض کرد که افراد با درآمد پایین، کمتر از خدمات پزشکی استفاده می‌کنند، اما با این حال هیچ‌گونه تفاوتی در الگوهای استفاده و کمک‌جویی، بین طبقات مختلف اجتماعی وجود ندارد؟

#### الف) طبقه اجتماعی، نیاز واقعی و استفاده واقعی

یکی از تفاوت‌های آشکار با توجه به طبقه اجتماعی، رابطه میان نیاز و استفاده است. فرض اساسی بررسی رابطه میان نیاز و استفاده این است که فقرا به‌طور معمول، به دلایل موقعیتی، نسبت به سایر طبقات نیاز بیشتری به خدمات پزشکی دارند، اما میزان استفاده آنها از این خدمات بسیار کم است. به بیان دیگر زمانی که نیاز واقعی به خدمات پزشکی مدنظر باشد، افراد با درآمد پایین، از خدمات کمتری نسبت به نیازهای خود استفاده می‌کنند.

به‌طور خلاصه نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که اگر چه پیدایش طرح‌های ملی مراقبتهای پزشکی باعث افزایش استفاده فقرا از این مراقبت‌ها شده است، اما باید به خاطر داشت که فقرا همچنان در مقایسه با میزان واقعی نیازشان، به میزان اندک و ناکافی از انواع مراقبت‌ها بهره می‌برند.

ب) طبقه اجتماعی و کیفیت تأمین مراقبت پزشکی تفاوت دیگر در الگوی دریافت خدمات پزشکی با توجه به طبقه اجتماعی، کیفیت و نوع مراقبت پزشکی مورد نیاز آنهاست. این تفاوت را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: نوع مراقبت و نوع مراکز ارائه‌کننده خدمات روانپزشکی.

در باره نوع مراقبت باید گفت که اگر چه فقرا در مقایسه با طبقات متوسط و بالا به دفعات بیشتری با پزشک ملاقات می‌کنند، ولی نوع مراقبت دریافتی آنها با نوع مراقبت دریافتی طبقات متوسط و بالا متفاوت است، چنانکه شواهد مختلفی نشان می‌دهد، فقرا هر کشور تمایل کمتری به استفاده از مراقبتهای پیشگیری‌کننده دارند (داتون ۱۹۷۸، ۱۹۷۹، ۱۹۸۶، سیکریست ۱۹۸۸، ۱۹۸۹).

تفاوت دیگر مربوط به مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌هاست. در این مورد افراد با درآمدهای بالاتر در مقایسه با افرادی که درآمدهای پایین‌تری دارند، خدمات پزشکی را از مطب پزشکان، درمانگاههای خصوصی یا با تلفن دریافت می‌کنند و البته درست در نقطه مقابل این امر، افراد با درآمد پایین قرار دارند که بیشتر با درمانگاههای سرپایی بیمارستانها و یا بخش‌های اورژانس تماس دارند. بنابراین الگوی روشن از یک نظام دوگانه مراقبت - تندرستی پدیدار می‌شود، یک سامانه خصوصی با نسبت بیشتر گروه‌های با درآمد بالاتر و یک سامانه عمومی با نسبت بیشتر گروه‌های با درآمد پایین‌تر.

یکی از بهترین تبیین‌های تفاوت مدل تأمین مراقبت پزشکی و روانپزشکی با توجه به طبقه اجتماعی، تبیین داتون (۱۹۷۲) است. او معتقد است که فقرا به میزان بیشتری به از کارافتادگی ناشی از بیماری گرفتار می‌شوند و نیز به استفاده از مراقبتهای نشانه‌دار (Symptomatic) تمایل بیشتری دارند، اما سایر طبقات مراقبتهای پیشگیری‌کننده را که هدفش سلامت فرد است، جست‌وجو می‌کنند. داتون با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده در واشنگتن دی. سی، در این مورد سه تبیین ارائه کرده است:

۱- پوشش مالی: این تبیین مبتنی بر این ادعاست که فقرا نمی‌توانند نیاز خود را برآورده کنند، چرا که هزینه‌ها بالا و درآمدها پایین است و پوشش‌دهی بیمه نیز نامناسب است.  
۲- فرهنگ فقر: از این فرض گرفته شده که نگرش‌ها، طرز تلقی و هنجارهای مشخص‌کننده افراد فقیر به سمت به تأخیر انداختن استفاده از خدمات تمایل دارد. برای مثال فقرا ممکن است رویدادهای پذیرفته شده اجتماعی، پزشکی و تخصصی را کمتر از تجربیات زندگی خود، مثبت بدانند؛ آنها همچنین ممکن است تمایل بیشتری به نادیده گرفتن بیماری و یا تعریف کردن آن داشته باشند.

۲- موانع سامانه‌ای: به اعتقاد داتون، قوی‌ترین تبیین درباره استفاده کمتر فقرا از خدمات با توجه به نیازشان، تبیین موانع سامانه‌ای است. این تبیین بر آن دسته از موانع سازمانی مانند درمانگاه‌های سرپایی، بیمارستانها و بخش‌های اورژانس که جزئی از ساختار بهداشت عمومی مورد استفاده فقراست، تأکید دارد. این موانع نه تنها شامل دشواری در جابجایی و نقل مکان به یک مکان خاص مراقبت می‌شود، بلکه فضاهای عمومی محیط درمان را نیز که در جای خود ممکن است ضدانسانی و بیگانه‌کننده باشد، در بردارد (6/P. 359-62).

#### ۴- رفتار بیماری

به طور کلی جامعه‌شناسان پزشکی مطالعه تأثیر عوامل غیرپزشکی بر درک و واکنش افراد نسبت به اختلالات بالینی را «رفتار بیماری» نامیده‌اند. مکانیک «رفتار بیماری» را شیوه‌ای تعریف می‌کند که علایم، درک و ارزیابی می‌شوند و از جانب فردی که درد، ناراحتی و یا سایر نشانه‌های نقص اندام‌واره را تشخیص می‌دهد، پاسخ داده می‌شود. (15/P.189). برخی از مردم نشانه‌های خاص فیزیکی مانند درد، تب بالا یا تهوع را تشخیص می‌دهند و برای درمان آن به پزشک مراجعه می‌کنند، اما سایر افراد با نشانه‌های مشابه ممکن است به خوددرمانی روی آورده یا نشانه‌ها را نادیده بگیرند. زولا درباره رفتار بیماری، به بهترین شیوه ممکن تصور یک فرد عامی را نسبت به وجود نشانه‌های بیماری به تصویر کشیده‌است: «ما زمانی را در نظر می‌گیریم که بیمار از وجود علایم ناآگاه است، سپس ناگهان برخی علایم عینی پدیدار می‌شوند، در مرحله بعد شاید فرد دوره‌ای از خوددرمانی را انجام دهد و زمانی که درمان ناموفق بوده و یا علایم از برخی جهات حادثتر می‌شوند، تصمیم می‌گیرد به پزشک مراجعه نماید.» (17/ P.615-630).

دلیل اختلاف ادراک طبقات اجتماعی در مورد رفتار بیماری چیست؟ در پاسخ به این پرسش، به دو نظریه در سطح خرد و کلان اشاره می‌کنیم:

۱- تبیین‌های سطح کلان: دلیل این رویکرد این است که بیشتر بر تفاوت در ارزشها و نگرشها نسبت به سلامت روانی میان گروه‌های اجتماعی که تعابیر متفاوتی از رفتار بیماری دارند، تأکید دارد. افزون بر این رویکرد بر تأثیر ارزشهای فرهنگی و سایر عوامل اجتماعی مؤثر در تعیین رفتار بیماری در میان گروه‌های قومی، طبقات اجتماعی و گروه‌های سنی تأکید دارد.

فرض اساسی نظریه سطح کلان درباره رفتار بیماری این است که رفتارهای مرتبط با بیماری و یا تندرستی، همانند بروز و شیوع اختلالات روانی، تابعی از عوامل

اجتماعی هستند. بر این اساس همچنان که طبقه‌های مختلف اجتماعی با میزان و شدتی متفاوت دچار اختلالات روانی می‌شوند، با همین قیاس، رفتار بیماری طبقات مختلف اجتماعی (یعنی ادراک نشانه‌های اختلال و پاسخ به آنها) نیز متفاوت خواهد بود. از دید پیروان این نظریه طبقات پایین اجتماع، دارای شیوه زندگی و فرهنگی خاص هستند که متناسب با سلامت روانی نبوده و پس از بروز نشانه‌های اختلال، به گونه‌ای نسبت به این نشانه‌ها واکنش نشان می‌دهند که با نحوه برخورد پزشکی و تخصصی و نیز شیوه‌های برخورد طبقات متوسط و بالا، متفاوت است.

۲- تبیین‌های سطح خرد: دلیل اطلاق واژه خرد به این تبیین‌ها این است که مطابق آنها، تغییرات مشاهده شده در رفتار، با توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی افراد تبیین می‌شود. فرض اساسی نظریه‌های سطح خرد در رابطه با رفتار بیماری این است که افراد طبقات مختلف اجتماع دارای ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری متفاوت و نیز روشهای تفسیری و ارزیابی گوناگونی از نشانه‌های اختلال هستند. بر این اساس نتیجه‌گیری می‌شود که طبقات پایین از طبقات متوسط و بالا، از نظر ویژگی‌هایی مانند: عزت‌نفس، ادراک نشانه‌های اختلال، کنترل درونی یا بیرونی، شیوه غلبه بر اختلال، شیوه‌های انضباطی تأدیبی و دارا بودن شخصیت فعال یا منفعل و... از یکدیگر متمایزند.

#### روش پژوهش

- ۱- شیوه انجام پژوهش: پژوهش حاضر به شیوه توصیفی - پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شده است.
- ۲- آزمون‌ها: این پژوهش بر روی ۵۶۶ بیمار مبتلا به یکی از اختلالات روانی در بیمارستانها و مراکز ارائه مراقبت‌های روانپزشکی در شهر اصفهان انجام شده است. گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیر مستقل، دارای ویژگی مشترک ابتلا به اختلال روانی بودند. این گروه‌ها در دو نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند، در ابتدا نمونه اول (۳۰۰ نفر که پرسشنامه میان آنها توزیع شد) با توجه به طبقه اجتماعی به سه گروه مستقل (طبقه بالا، متوسط و پایین) تقسیم شدند. در مرحله مقدماتی چون به نظر می‌رسید تعداد افرادی که در طبقه بالا قرار می‌گیرند بسیار کم هستند، با افراد طبقه متوسط در یک گروه قرار گرفتند. در پایان دو گروه طبقه متوسط و طبقه پایین با توجه به متغیرهای مستقل و وابسته مقایسه شدند. در نمونه دوم (۲۶۶ نفر) که شامل افرادی با نشانه‌های بیماری حاد روانی بودند، مدارک و اسناد آنها مورد بررسی قرار گرفت. افراد این نمونه نیز به سه گروه تقسیم شدند: طبقه بالا، متوسط و پایین. این سه

گروه در رابطه با توزیع و میزان شیوع اختلال روانی با یکدیگر مقایسه گردیدند.

جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران روانی سرپایی هستند که در زمان انجام پژوهش دارای نشانه‌های اختلال روانی بوده و به یکی از مراکز دولتی و یا خصوصی ارائه‌کننده مراقبت‌های روانی در شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، و نیز تمامی افرادی بودند که در سال ۱۳۸۱ با نشانه‌های بیماری حاد روانی در یکی از بیمارستانهای دولتی اصفهان مورد پذیرش قرار گرفته و بستری شده بودند. حجم نمونه انتخاب شده برای بیماران سرپایی، نزدیک به ۳۰۰ نفر و برای بیماران بستری انتخاب شده، حدود ۲۶۶ نفر - با توجه به محدودیت امکان دستیابی به مدارک بیماران - است.

برای انتخاب نمونه مورد نیاز با توجه به در دسترس نبودن تعدادی از بیماران در هر دو جامعه نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد که عبارت بودند از: بیماران بیمارستان نور، مدرس، صفوی، کلینیک تخصصی خانواده، و کلینیک تخصصی آفتاب.

برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه (در مورد بیماران سرپایی) و نیز بررسی اسناد و مدارک (در مورد بیماران بستری) استفاده شد. برای محاسبه قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری، از فرمول آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار ضریب محاسبه شده حدود ۰/۶۸ برآورد شد که در سطح  $\alpha=0/05$  معنادار بود.

#### یافته‌ها

فرضیه اول: «توزیع اختلالات روانی در بین طبقات مختلف اجتماعی متفاوت است». فرضیه ۱ به بیان این نکته می‌پردازد که ممکن است رابطه معکوسی بین جایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد و میزان بروز و شیوع اختلالات روانی وجود داشته باشد. نتایج نشان داده است که بیشترین فراوانی اختلالات روانی در نمونه مورد مطالعه، مربوط به طبقه اجتماعی پایین (۶۸/۸ درصد) و کمترین فراوانی از آن طبقه بالای اجتماعی (۰/۷ درصد) بوده است. میزان شیوع اختلالات روانی برای طبقه متوسط حدود ۳۰ درصد بوده است.

برای آزمون تفاوت توزیع اختلالات روانی بین طبقات مختلف اجتماعی در این فرضیه با توجه به اینکه گروهها به سه طبقه تقسیم شده‌اند، از آزمون تطابق توزیع مربع کای استفاده گردید. با توجه به مقدار  $P < 0/05$ ;  $\chi^2 = 185/737$  این مقدار در سطح اطمینان ۰/۹۵ و با ۲ درجه آزادی، معنادار است. به عبارت دیگر آزمون تطابق توزیع مربع کای،

فرض اختلاف مشاهده شده در جدول را تأیید کرده و نشان می‌دهد که طبقات بالا، متوسط و پایین اجتماعی توزیع متفاوتی از اختلالات روانی دارند. طبق مقادیر بالا بیشترین میزان اختلالات روانی مربوط به طبقه اجتماعی پایین و کمترین میزان شیوع اختلالات روانی مربوط به طبقه بالا می‌باشد. فرضیه دوم: «تفاوت در نوع اختلال روانی افراد جامعه، متأثر از طبقه اجتماعی است».

براساس استدلال‌های نظری، طبقات مختلف اجتماعی از نظر نوع اختلال روانی که تجربه می‌کنند، با یکدیگر تفاوت دارند. برای سنجش تفاوت طبقات متوسط و بالا با طبقه پایین و کارگری از نظر نوع اختلال روانی آنان، اختلالاتی که روان‌درمانگران و مشاوران تشخیص دادند به ده گروه دسته‌بندی شدند.

#### جدول ۱- توزیع نوع اختلالات روانی

با توجه به طبقه اجتماعی همراه با فراوانی‌های مشاهده شده

جمع	طبقه اجتماعی		نوع اختلال
	پایین	بالا و متوسط	
۶۸	۱۸	۵۰	Schizophrenia
۶۱	۲۷	۳۴	BMD
۱۲	۸	۴	Schizoaffective
۳	۲	۱	Paranoid
۴	۲	۲	BPD
۵۵	۵۱	۴	Neurosis
۳۹	۱۹	۲۰	Substance abuse
۴۱	۱۴	۲۷	MDD
۳	۱	۲	OCD
۱۴	۸	۶	OMD
۳۰۰	۱۵۰	۱۵۰	جمع

برای آزمون این فرضیه، با توجه به کیفی بودن متغیر مورد مطالعه از تطابق توزیع مربع کای استفاده گردید. نتایج آزمون  $\chi^2$  در سطح اطمینان ۰/۹۵، مقدار  $P < 0/05$ ;  $\chi^2 = 62/459$  را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه، مقدار P کمتر از ۰/۰۵ است، پس فرض مربوط به تفاوت دو گروه از نظر نوع اختلال تأیید می‌گردد.



برای مطالعه جامع‌تر و به منظور پیش‌بینی متغیر وابسته (عضویت گروهی) از متغیرهای مستقل (رگر سورها)، از روش تجزیه و تحلیل تشخیصی (تحلیل ممیز Discriminant Analysis) و با شیوه قدم به قدم استفاده گردید. متغیرهای انتخاب شده عبارت‌اند از: سن، طبقه اجتماعی، جنس و وضعیت تأهل و متغیر وابسته نوع اختلال روانی است.

نتایج جدول نشان داده است که بغیر از متغیر طبقه اجتماعی، سایر متغیرها دارای نسبت‌های  $F$  کوچکتر از معیار  $3/84$  هستند و بنابراین از الگو خارج شده و فقط متغیر طبقه اجتماعی باقی مانده است. به بیان دیگر می‌توان گفت که متغیرهای سن، جنس و وضعیت تأهل نمی‌توانند در پیش‌بینی متغیر وابسته نقش داشته باشند.

فرضیه سوم: «تفاوت در الگوی استفاده از خدمات روانپزشکی افراد جامعه، متأثر از طبقه اجتماعی است».

این فرضیه در واقع به دو متغیر وابسته در ارتباط با الگوی استفاده از خدمات روانپزشکی، نظر دارد؛ این متغیرها عبارت‌اند از: «نوع مراقبتی» که طبقات مختلف اجتماعی از مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌های روانی دریافت می‌کنند و نوع مراکزی که طبقات اجتماعی از آنجا این مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند.

جدول ۲- فراوانی مشاهده شده طبقات مختلف اجتماعی با توجه به نوع مراقبت دریافتی و نوع مرکز ارائه‌دهنده مراقبت روانی

	طبقه اجتماعی		فراوانی مشاهده شده
	متوسط و بالا	پایین و کارگر	
درمان	۶۸	۱۴۳	۲۱۱
مشاوره	۸۲	۷	۸۹
بیمارستان عمومی	۳۵	۱۴۰	۱۷۵
مطب خصوصی	۹۲	۸	۱۰۰
کلینیک خصوصی	۱۰	۱	۱۱
پزشک خانوادگی	۵	۰	۵
درمان تلفنی	۸	۱	۹

برای آزمون این فرضیه نیز از آماره تطابق توزیع مربع کای استفاده شد. نتایج آزمون در جدول ۲ ذکر شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مراقبت‌های درمانی در طبقات پایین و کارگر (۹۵/۳ درصد در مقابل ۴۵/۳ درصد برای طبقات متوسط و بالا) دریافت می‌شود و از سوی دیگر،

با توجه به نقش سلامت روانی به عنوان یکی از مهمترین عوامل در فرایند توسعه هر جامعه، لازمه تحقق جامعه‌ای پویا و سالم (از نظر روانی)، شناخت عوامل و زمینه‌های ایجادکننده آسیب‌های روانی است.

پژوهش حاضر در واقع گامی است در جهت شناخت نقش نابرابری‌های اجتماعی در کمیت و کیفیت ابتلا به اختلالات روانی.

پیشگیری‌هایی مانند مشاوره، بیشتر از سوی طبقات متوسط و بالا (۵۴/۷ درصد در مقابل ۴/۷ درصد برای طبقه‌های پایین و کارگر) استقبال می‌شود.

نتایج آزمون مربع کای نشان می‌دهد که طبقات متوسط و بالا و طبقات پایین و کارگر در زمینه نوع مراقبت دریافتی با هم تفاوت دارند.

دومین متغیر مورد مطالعه در رابطه با مدل استفاده از خدمات روانپزشکی نوع مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های روانی است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که فراوانی ویژه‌ای از افراد طبقه پایین و کارگر (۹۳/۳ درصد در مقابل ۲۲/۳ درصد از طبقات بالا و متوسط) مراقبت‌های روانی مورد نیاز خود را از بیمارستان‌های عمومی دریافت می‌کنند. از سوی دیگر بیشتر پاسخگویان طبقه متوسط و بالا (۶۱/۳ درصد در مقابل فقط ۵/۳ درصد پاسخگویان طبقه پایین و کارگر) اعلام کرده‌اند که در بیشتر اوقات مراقبت‌های روانی مورد نیاز خود را از مطب‌های خصوصی دریافت می‌کنند.

نتایج آزمون تطابق توزیع مربع کای نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر منبع دریافت مراقبت روانی وجود دارد. در مجموع نیز می‌توان گفت که نتایج دو آزمون، تفاوت میان طبقات مختلف را از نظر الگوی استفاده از خدمات روانپزشکی تأیید می‌کند.

فرضیه چهارم: «تفاوت میان میزان نیاز واقعی و استفاده واقعی افراد جامعه، متأثر از طبقه اجتماعی است».

یکی از بهترین شیوه‌ها برای اندازه‌گیری تفاوت بین میزان نیاز واقعی و میزان استفاده واقعی از خدمات روانپزشکی طرح این پرسش ساده است که شما در چند وقت گذشته (مثلاً یک سال گذشته) چند بار نشانه‌های بیماری خود را مشاهده نمودید و چند بار به روانپزشک یا مشاوران مراجعه کردید؟

جدول ۳- توزیع فراوانی مشاهده شده میزان نیاز واقعی و استفاده واقعی افراد از مراقبت روانی با توجه به طبقه اجتماعی

طبقه اجتماعی	میزان نیاز	میزان استفاده واقعی					جمع
		۱-۲ بار	۳-۴ بار	۵-۶ بار	۷-۸ بار	۸ بار به بالا	
پایین و کارگر	۱-۲ بار	۲ (۱/۳)					۲ (۱/۳)
	۳-۴ بار	۲۱ (۱۴/۱)	۲ (۱/۳)				۲۳ (۱۵/۳)
	۵-۶ بار	۱۱ (۷/۳)	۲ (۱/۳)	۱ (۰/۷)			۱۴ (۹/۳)
	۷-۸ بار	۱۶ (۱۰/۷)	۹ (۶/۱)	۵ (۳/۳)			۳۰ (۲۰/۳)
	۸ بار به بالا	۳۴ (۲۲/۷)	۳۱ (۲۰/۷)	۱۱ (۷/۳)	۴ (۲/۷)	۷ (۰/۷)	۸۱ (۵۴/۳)
متوسط و بالا	۱-۲ بار	۳۲ (۲۱/۳)	۳ (۲/۱)	۲ (۱/۳)	۲ (۱/۳)	۱ (۰/۷)	۴۰ (۲۶/۷)
	۳-۴ بار	۰	۳۰ (۲۰/۳)	۱ (۰/۷)	۵ (۳/۳)	۲ (۱/۳)	۳۸ (۲۰/۳)
	۵-۶ بار	۳ (۲/۱)	۰	۷ (۴/۷)	۷ (۰/۷)	۲ (۱/۳)	۱۳ (۸/۷)
	۷-۸ بار	۱ (۰/۷)	۴ (۲/۷)	۰	۷ (۴/۷)	۰	۱۲ (۸/۳)
	۸ بار به بالا	۴ (۲/۷)	۶ (۴/۳)	۰	۳ (۲/۳)	۳۴ (۲۲/۷)	۴۷ (۳۱/۳)

از رگرسیون چندگانه و با شیوه قدم به قدم استفاده گردید.

نتایج رگرسیون چندگانه قدم به قدم چنین است:

مجذور R تنظیم شده مساوی است با  $0/281, 0/005 < P$ :

$F_{1,299} = 117/57$  (با استفاده از روش قدم به قدم).

یکانه متغیر معنی دار عبارت بود از طبقه اجتماعی، یعنی

مقدار بتای طبقه اجتماعی مساوی بود با  $0/522, 0/005 < P$ .

متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و سن در این مدل، پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری نبودند.

ب) به نظر می‌رسد که طبقات مختلف اجتماعی در زمینه واکنش خود نسبت به نشانه‌های اختلال روانی، با یکدیگر تفاوت داشته باشند.

به منظور مطالعه گسترده‌تر و در پاسخ به این پرسش که آیا متغیرهای کنترل سن، جنس و وضعیت تأهل نیز می‌توانند در پیش‌بینی متغیر وابسته (ادراک بیماری) نقشی داشته باشند یا نه، از رگرسیون چندگانه و شیوه قدم به قدم (Stepwise) استفاده شد و این نتایج حاصل شد: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داده است تنها طبقات اجتماعی که از مقدار بتا (Beta) ی بالایی برخوردار بوده، در مدل باقی مانده‌اند و در این مدل، متغیرهای سن، جنسیت و وضعیت تأهل، پیش‌بینی‌کننده معناداری نبوده‌اند.

ب) به نظر می‌رسد که طبقه‌های مختلف اجتماعی در واکنش نسبت به نشانه‌های اختلال روانی با یکدیگر تفاوت دارند. جدول توافقی زیر، چگونگی واکنش طبقات مختلف اجتماعی را نسبت به نشانه‌های اختلال روانی نشان می‌دهد:

نتایج جدول ۳ رابطه معکوس بین میزان نیاز و استفاده

واقعی طبقات پایین و کارگر را به خدمات روانپزشکی نشان

می‌دهد برای آزمون تفاوت دو گروه در زمینه میزان نیاز و

میزان استفاده آنان از مراقبت‌های روانی، از آماره یومان-

ویتنی، استفاده گردید. نتایج آزمون نشان می‌دهد که مقدار

Z محاسبه شده در ارتباط با تفاوت دو گروه از نظر میزان نیاز

حدود  $6/076$  - و Z محاسبه شده در زمینه میزان استفاده

حدود  $5/954$  - می‌باشد. با توجه به اینکه  $0/05 < P$  می‌باشد،

پس فرض صفر رد و فرض مقابل آن تأیید می‌گردد. به عبارت

دیگر دو گروه از نظر میزان نیاز و نیز میزان استفاده از

خدمات و مراقبت‌های روانی با یکدیگر تفاوت دارند.

فرضیه پنجم: الف) به نظر می‌رسد طبقات مختلف اجتماعی

در شیوه ادراک خود از نشانه‌های اختلال روانی با یکدیگر

تفاوت داشته باشند.

برای آزمون تفاوت دو گروه در زمینه ادراک آنها از

نشانه‌های اختلال روانی، با توجه به استقلال دو گروه از

یکدیگر، از آماره یومان - ویتنی، استفاده شد. نتایج آزمون

با توجه به مقدار  $0/05 < P$ ;  $Z = -9/163$ ، نشان می‌دهد که P

در سطح اطمینان  $0/95$  معنادار است. به بیان دیگر، دو گروه

از جامعه یکسانی انتخاب نشده‌اند و ادراک آنها از

نشانه‌های اختلال روانی با یکدیگر متفاوت می‌باشد. برای

مطالعه جامع‌تر و در پاسخ به این پرسش که آیا متغیرهای

کنترل سن، جنسیت و وضعیت تأهل نیز می‌توانند در

پیش‌بینی متغیر وابسته (ادراک بیماری) نقش داشته باشند،



جدول ۴- فراوانی مشاهده شده نوع واکنش پاسخگویان نسبت به نشانه‌های اختلال روانی با توجه به طبقه اجتماعی

نوع واکنش نسبت به نشانه‌های اختلال روانی	طبقه اجتماعی		کل
	متوسط و بالا	پایین	
خوددرمانی	۳	۲۱	۲۴
جدی تلقی نکردن	۲۰	۳۸	۵۸
نادیده گرفتن	۱۷	۲۸	۴۵
مراجعه به روانپزشک	۹۵	۲۹	۱۲۴
تأخیر در درمان	۹	۲۸	۳۷
مشاوره با اطرافیان	۶	۶	۱۲
جمع	۱۵۰	۱۵۰	۳۰۰

برای مطالعه جامع‌تر علاوه بر متغیر مستقل طبقه اجتماعی، متغیرهای سن، جنسیت و وضعیت تأهل نیز به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد الگو شده و با استفاده از تجزیه و تحلیل تشخیصی سهم هر کدام از این متغیرها در پیش‌بینی متغیر وابسته (نوع واکنش نسبت به نشانه‌های اختلال روانی) مشخص شد.

نتایج با استفاده از تجزیه و تحلیل تشخیصی نشان داده است که تنها مقدار  $F$  طبقه اجتماعی بزرگتر از مقدار  $F$  از پیش تعیین شده است بنابراین فقط متغیر مستقل طبقه اجتماعی تا قدم نهایی باقی می‌ماند. معنای دیگر آن این است که فقط طبقه اجتماعی قابلیت پیش‌بینی متغیر وابسته، یعنی نوع اختلال را دارد.

#### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر همسو با مطالعات مربوط به سبب‌شناسی (اتیولوژی) اجتماعی اختلالات روانی انجام شد. در این پژوهش فقط نقش یکی از عوامل جامعه‌شناختی (طبقه اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفته است. پرسش اساسی این پژوهش این بود که «آیا موقعیت فرد در ساختار طبقاتی می‌تواند بر ایجاد، کمیت، کیفیت و رفتار بیماری افراد جامعه تأثیرگذار باشد؟» که با مروری بر مطالعات گذشته از جمله مطالعات دارنوند و نیوگیار (۱۹۸۰)، هالینکشید و ردلیچ (۱۹۵۸) اسرل و دیگران (۱۹۶۲)، لیتونز و دیگران (۱۹۶۳) براون و هریس (۱۹۷۸)، گلدبرگ و هاکسلی (۱۹۸۰)، آماندا و دیگران (۲۰۰۱)، فارسیس و دانهام (۱۹۳۸)، کاپلان و دیگران (۱۹۵۶)،

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که دو گروه، جز در زمینه مشاوره با اطرافیان، در ارتباط با سایر شاخص‌ها نیز با یکدیگر تفاوت دارند. نتایج آزمون این فرضیه با استفاده از آماره تطابق توزیع مربع کای مقدار  $\chi^2$  در سطح اطمینان ۰/۹۵ و با ۲ درجه آزادی رقم  $P < ۰/۰۵$ ;  $P = ۶۶/۶۶۱$   $\chi^2$  را نشان می‌دهد. پس با توجه به کوچکتر بودن مقدار  $P$  از سطح  $\alpha = ۰/۰۵$  فرض صفر رد و فرض مقابل آن تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر دو گروه از نظر نوع واکنش نسبت به نشانه‌های اختلال روانی با یکدیگر تفاوت دارند.

**پرسش اساسی این پژوهش این بود که «آیا موقعیت فرد در ساختار طبقاتی می تواند بر ایجاد، کمیت، کیفیت و رفتار بیماری افراد جامعه تأثیرگذار باشد؟» که با مروری بر مطالعات گذشته دریافتیم که بیشتر این مطالعات، رابطه میان طبقه اجتماعی و بیماری روانی را مورد بررسی قرار داده و وجود این رابطه را تأیید کرده اند.**

جانسون (۱۹۸۲) دریافتیم که بیشتر این مطالعات، رابطه میان طبقه اجتماعی و بیماری روانی را مورد بررسی قرار داده و وجود این رابطه را تأیید کرده اند.

پژوهش حاضر در قالب بررسی رابطه میان طبقه اجتماعی و اختلالات روانی، بر ۵ محور مبتنی بود و به بررسی رابطه میان طبقه اجتماعی و پدیده‌هایی مانند توزیع اختلالات روانی، نوع اختلال روانی، رفتار بیماری، میزان نیاز طبقات مختلف اجتماعی به خدمات روانپزشکی و میزان استفاده از این خدمات و نیز الگوی استفاده از آنها می پرداخت که مهمترین یافته‌های این پژوهش عبارت‌اند از:

#### ۱- تأثیر طبقه اجتماعی بر شیوع و توزیع اختلالات روانی

یافته‌های این پژوهش، نتایج پژوهش پژوهشگران پیشین در کشورهای اروپایی و آمریکایی از جمله پژوهش نیوگبار و دارنوند (۱۹۸۵) را تأیید کرد. و نیز رابطه معکوس میان طبقه اجتماعی و میزان شیوع اختلالات روانی را مورد تأیید قرار داده است. براساس این پژوهش هر چه از طبقات اجتماعی پایین و کارگر به سوی طبقات بالاتر حرکت می‌کنیم به همان اندازه شاهد کاهش میزان اختلالات روانی هستیم. سایر یافته‌ها درباره توزیع اختلالات روانی عبارت‌اند از:

- در مورد وضعیت تأهل، جنسیت و سن و رابطه آنها با توزیع اختلالات روانی مشخص شد که این متغیرها در مجموع با اختلال روانی در ارتباط هستند.

- مشخص شد که تفاوت پاسخگویان با توجه به متغیرهای یاد شده در رابطه با طبقات اجتماعی معنادار نبوده است. به بیان دیگر توزیع افراد براساس جنسیت، وضعیت تأهل و سن در تمامی طبقات نزدیک به هم بوده و به لحاظ آماری معنادار نیست در حالی که نتایج پژوهش‌های گذشته در کشورهای اروپایی و آمریکایی نشان داده که:

الف) در مورد جنسیت، فراوانی ویژه‌ای از بیماران زن در طبقه متوسط و بیماران مرد طبقه پایین وجود دارد.

ب) نتایج پژوهش‌های گذشته در مورد سن نشان می‌دهد که

در طبقه متوسط پایین، بیشتر جمعیت بیماران روانی را جوانان تشکیل می‌دهند.

ج) در مورد وضعیت تأهل، یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های گذشته یکسان است.

۲- رابطه میان طبقه اجتماعی و نوع اختلال روانی (فرضیه دوم) یافته‌های این پژوهش، نتایج پژوهش‌های گذشته از جمله مطالعات فارس و دانهام (۱۹۳۸)، کاپلان و دیگران (۱۹۵۶) لوی و روئیتز (۱۹۷۳)، کاپلان و دیگران (۱۹۵۶)، پاسامانیک و دیگران (۱۹۵۹)، فاسون (۱۹۴۳) را مورد تأیید قرار داده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از مجموع ۳۰۰ نمونه مطالعه شده، نزدیک به ۳۳/۳ درصد از افراد طبقه پایین و کارگر، مبتلا به شیذوفرنی و نزدیک به ۳۴ درصد از افراد طبقات متوسط و بالا مبتلا به انواع روان‌رنجوری بوده‌اند. نتایج آزمون تطابق مربع کای نیز وجود تفاوت معنادار میان طبقه‌های متوسط و بالا با طبقه‌های پایین و کارگر را از نظر ابتلا به انواع اختلالات روانی نشان می‌دهد. علاوه بر این نتایج تجزیه و تحلیل تشخیصی در ارتباط با عوامل اثرگذار بر نوع اختلال روانی نشان داد که اولاً بجز طبقه اجتماعی سایر متغیرهای وارد شده در الگو (سن، جنس و وضعیت تأهل)، تفاوت معنادار آماری با میانگین‌های گروه بندی ندارد. ثانیاً یگانه متغیر مستقل طبقه اجتماعی مطابق این الگو می‌تواند متغیر وابسته را پیش‌بینی کند و سایر متغیرها در قدم‌های بعدی از نمونه حذف شدند.

۳- تأثیر طبقه اجتماعی بر الگوی استفاده از خدمات روانپزشکی بسیاری از تحقیقات گذشته نشان داده بودند که اگر چه سطح استفاده فقرا از خدمات روانپزشکی و پزشکی با پیدایش برنامه‌های حمایتی نظیر بیمه‌ها، بالا رفته است (برای مثال اشنايدر (۱۹۷۵)، سودمن و فریدمن (۱۹۸۹)، باتلر (۱۹۸۳)، آندرسون و آدی (۱۹۷۵) ولی این طبقات در ارتباط با نوع مراقبت روانی و کیفیت دریافت این مراقبت‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال آنها نشان داده‌اند که در هر کشور، فقرا تمایل کمتری به استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه دارند و بیشتر از مراقبت‌های درمانی استفاده می‌کنند. (برای مثال داتون (۱۹۷۸) و ۱۹۸۶)، سیگریست (۱۹۸۸) و ۱۹۸۹) یافته‌های این پژوهش، نتایج تحقیقات گذشته درباره الگوهای استفاده از خدمات روانپزشکی را تأیید می‌کند.

- در ارتباط با نوع مراقبت روانی که طبقات مختلف دریافت می‌کنند، نتایج آزمون تطابق توزیع مربع کای نیز وجود تفاوت معنادار بین دو گروه را در ارتباط با نوع مراقبت دریافتی و نیز وجود تفاوت معنادار بین دو گروه را در ارتباط با کیفیت تأمین مراقبت‌های روانی تأیید کرده است.

#### ۴- رابطه بین میزان نیاز واقعی و استفاده واقعی

طبقات مختلف اجتماعی از خدمات روانپزشکی

بسیاری از تحقیقات گذشته نشان داده بودند که با دخالت دولت در تأمین خدمات درمانی و پزشکی در قالب طرحهای حمایتی، میزان استفاده افراد طبقات پایین و کارگر از این خدمات افزایش یافته است. (برای مثال، آندرسون (۱۹۷۹)، بلین و گیگر (۱۹۷۲)، بنهام (۱۹۷۵)، بیس و فاکس (۱۹۷۲)، کوکرهام، لاسچن، کونز و اسپاس (۱۹۸۶)، داتون (۱۹۸۶) ولی محققان دیگر به این نتیجه رسیده بودند که به طور منطقی فقرا باید به دلیل شرایط موقعیتی خود، نیاز بیشتری به مراقبت‌های روانی داشته باشند. اما آنان به همان میزان نیاز، استفاده ندارند. این محققان ثابت کرده‌اند که با وجود پیدایش برنامه‌های حمایتی، هنوز فقرا استفاده‌های کمتری در مقایسه با میزان نیازشان از خدمات روانپزشکی دارند (برای مثال فاستر ۱۹۷۷، فریمن ۱۹۸۹، باتلر ۱۹۸۳، نیوآچک ۱۹۸۳، آدی ۱۹۷۵).

یافته‌های این پژوهش تحقیقات محققان گروه دوم را تأیید می‌کند. نتایج این تحقیق نیز وجود تفاوت بین دو طبقه را هم از نظر میزان نیاز واقعی و هم از نظر میزان استفاده واقعی تأیید کرده است.

#### ۵- تأثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری افراد جامعه

نتایج پژوهش‌های گذشته در کشورهای آمریکایی و اروپایی وجود تفاوت در طبقات مختلف اجتماعی را در زمینه رفتار بیماری نشان داده بودند (برای مثال ویلیامز ۱۹۸۳، مکانیک ۱۹۷۸، دارنوند ۱۹۷۹، هوتاد و فیلد ۱۹۸۴، زولا ۱۹۷۲، زبروفسکی ۱۹۵۲).

نتایج این تحقیق درباره تفاوت‌های طبقات اجتماعی در زمینه رفتار بیماری:

۱- وجود تفاوت بین دو گروه را از نظر ادراک نشانه‌های بیماری تأیید کرده است. علاوه بر این با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه و با دخالت دادن متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و سن نشان داده شده است که فقط متغیر پیش بین طبقه اجتماعی قابلیت پیش‌بینی متغیر وابسته را دارا بود.

۲- در ارتباط با تفاوت دو گروه از نظر نوع واکنش به نشانه‌های اختلال روانی، نتایج تفاوت زیادی را از نظر یک نوع از واکنش نسبت به نشانه‌های اختلال روانی یعنی مراجعه به پزشک نشان داده است. افزون بر این با استفاده از تجزیه و تحلیل تشخیصی و با دخالت دادن متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و سن نشان داده شده که بجز متغیر طبقه اجتماعی، سایر متغیرها توانایی پیش‌بینی متغیر وابسته را ندارند و بنابراین در قدم‌های بعدی از نمونه حذف شدند. در ضمن مشخص گردید که دو سطح متغیر وابسته، یعنی خوددرمانی و مراجعه به پزشک، بیشترین صحت را در تقسیم‌بندی دارا بودند (۸۷/۵ درصد و ۷۶/۶ درصد).

#### منابع

- 1- Argyle, M. (1995). *The Psychology of Social Class*. Routledge, London.
- 2- Bruner, j, (1990). *Acts of meaning*, Harward University Press, Cambridge, MA.
- 3- Cockerham, Wiliam C, (1992). *Medical sociology*, Fifth ed, Prentice Hall, Inc.
- 4- Cockerham, Wiliam C, (1992). *Sociology of mental disorder*, Third ed, Prentice Hall, Inc.
- 5- Dohrenvend, P & Dohrenvend, B. S, (1974). *Social & cultural influences on psychopathology*, Annual Review of psychology, 25: P.423.
- 6- Dutton, Diana B, (1978). Explaining the Low use of health serious by the poor: *Costs, Attitudes, or delivery system?* American Sociological Review, 43: P. 348-368.
- 7- Ferneando, S (1991). *Mental health, rece & Culture*. Macmillan/MIND.
- 8- Fox, John W, (1990). *Social class mental illnes & social mobility*, The social selection - drift hypothesis for serious mental illness, Journal of Health & Social Behavior, 31.
- 9- Freeman. H.E., Levin, S. (1989). *Handbook of sociology*, Fourth edition, Prentice-Hall, Inc.
- 10- Goldberg, D. & Huxley, P (1980). *Mental illness in community*, London, Tavistock.
- 11- Hollingshead, A. B & Redlich, F. C, (1953). *Social stratification psychiatric disorders*, American Sociological Review, 18 (1953). P. 167.
- 12- Jansen, H. A, (1982). *The neuclear family as a mediat or between class & mental disturbance in children*, Journal of Comparative Family Studies, 13: P. 155-170.
- 13- Kessler, R. C, (1982). *A disaggregation of the relationship between socioeconomic status & Psychological distress*, American Sociological Review, 47: 752-64.
- 14- Kohn, M. L, (1976). *the interaction of class & other factors in the etiology of schizophrenia*, American Journal of Psychiatry, No 133: P. 160-177.
- 15- Mechanic. D, (1978). *Medical sociology*, 2ed. New York, The Free Press.
- 16- Parsons, T. (1958). *The Social system*. The Free press, Glencoe, Ill.
- 17- Zola, I.K. (1973). "*Pathways to the doctor: From person the patient*". Social science & Medicine, 7, 677-89.