مطالعهٔ کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

امید قادرزاده،* میدیا درویش‌منش**

چکیده

با گذار از رویکرد مکانیکی و روان‌تنی به رویکرد روان‌تنی اجتماعی، بیماری روانی به‌منزلهٔ پدیده‌ای چندوجهی و امری فرهنگی- اجتماعی درکانون توجه قرار گرفته است. این پژوهش درصدد است، با اتخاذ رویکرد تفسیرگرایی اجتماعی، به کشف و بررسی دلالت‌های ذهنی و معنایی تجربه و درک همراهان بیمار روانی بپردازد. داده‌های این مطالعهٔ کیفی ازطریق مصاحبهٔ نیمه‌ساخت‌یافته گردآوری و از روش نظریهٔ زمینه‌ای برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. به‌کمک روش نمونه‌گیری نظری و هدفمند با ۱۹ نفر از اعضای خانوادهٔ بیماران روانی مصاحبه شد و درنهایت داده‌های گردآوری‌شده در قالب ۱۸مقولهٔ محوری و یک مقولهٔ هسته کدگذاری و تحلیل شد. برمبنای نتایج پژوهش، مصاحبه‌شوندگان بیماری روانی را حاصل زمینه‌هایی چون سابقهٔ بیماری روانی، گسیختگی خانواده، تجارب دردناک، نابسامانی اقتصادی، رفتارهای نامتعارف و زوال شبکه‌های حمایتی می‌دانند. همراهان در مواجهه با حضور بیمار روانی در خانواده به کنش‌های متفاوتی براساس پذیرش یا عدم پذیرش بیماری روانی دست می‌زنند که دامنهٔ آن از کتمان و انکار تا ترحم و پذیرش و درمان بیماری در نوسان است. بازسازی معنایی تجربه و درک همراهان بر غیرعادی‌بودن بیماری روانی، دوری‌گزینی، شدت و چندوجهی‌بودن اختلال روانی دلالت دارد. براساس مطالعهٔ حاضر، وجود بیمار روانی پیامدهایی چون داغ ننگ افتخاری، تمسخر، طرد اجتماعی خودخواسته، فشار مالی مضاعف و گسیختگی مضاعف خانواده را برای اطرافیان بیمار درپی داشته است.

کلیدواژه‌ها: بیماری روانی، داغ ننگ افتخاری، نمادهای داغ ننگ، کتمان بیماری، طرد اجتماعی خودخواسته.

*دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان (نویسنده مسئول) o.ghaderzadeh@uok.ac.ir

**کارشناس‌ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان kanimidia@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۶ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۵

مسائل اجتماعی ایران، سال هشتم، شمارهٔ ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۶، صص ۴۹-۷۲

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

طرح مسئله

بیماری روانی مفهومی نسبتاً جدید است، گرچه عمر انواع رفتارهایی که این مفهوم شامل آن می‌شود به‌اندازهٔ عمر بشر است. از دیرباز، جنون به‌مثابهٔ رفتاری نامتعارف تلقی شده است و معالجه و درمان آن به شفادهندگان واگذار شده است. «افسانه‌ها و اساطیر کهن در یونان، روم، مصر، چین و ایران بیانگر این واقعیت است که در این جوامع، درمورد چگونگی بروز بیماری‌های روانی، طرز فکری خرافی و ماوراءطبیعی وجود داشته است» (عطاری و همکاران، ۱۳۹۴: ۶۴).

تعاریفی که از علائم و نشانگان جنون و نحوهٔ درمان و مواجهه با آن ارائه شده است، از گفتمان‌ها و زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و دینی تأثیر می‌پذیرد؛ برای مثال:

> در انجیل، دیوانگی با رفتار غیرمعمول یا غیرطبیعی مرتبط دانسته می‌شد و این باور وجود داشت که شخص توسط ارواح شیطانی تسخیر شده است و نیروهای ماوراءالطبیعی این شرایط را به‌عنوان مجازات گناهان شخص بر وی تحمیل می‌کنند. بقراط در چارچوب نظریهٔ خلق‌وخو معتقد بود که در بدن انسان اخلاط چهارگانهای (خون، بلغم، صفرا، و سودا) وجود دارد که خلق‌وخو و مزاج ما را کنترل می‌کنند. فزونی بیش‌ازحد هرکدام نتیجتاً رفتاری غیرمنتظره و غیرطبیعی را درپی دارد؛ مثلاً گفته می‌شود فزونی بیش‌ازحد مقدار سودا به مالیخولیا می‌انجامد (کاف و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۸).

امروزه، درست مثل گذشته، توصیف و تبیین رفتار غیرطبیعی و غریب می‌تواند اشکال مختلفی به خود بگیرد. تبیین‌های امروزی بیشتر عملی هستند، گرچه تبیین‌های مذهبی و ماوراءالطبیعی درقالب تسخیر به‌وسیلهٔ ارواح هنوز برای بخش‌هایی از جامعه پذیرفتنی است. تبیین‌های علمی معمولاً نزد مردم مقبول‌ترند، اما تبیین‌هایی هم در درون و هم بین رویکردهای علمی همچون زیست‌شناسی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی وجود دارند. برخلاف رویکردهای زیست‌شناختی و روان‌شناختی، در رویکردهای جامعه‌شناختی بیماری روانی، همچون مرض یا ناتوانی، حالت یا مشخصهٔ فرد دانسته می‌شود که محیط اجتماعی آن را به‌وجود آورده است. «بیماری روانی حالتی نیست که درون فرد باشد، بلکه پایگاهی اجتماعی دانسته می‌شود که از دیگر اعضای جامعه به فرد نسبت داده می‌شود. به‌بیان دیگر، شخصی بیمار روانی شناخته می‌شود که دیگران وی را بیمار روانی بنامند» (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱: ۳۴).

به‌طورکلی، می‌توان از دو منظر بیرونی[1](نگاه از بیرون) و درونی[2](از منظر افراد درگیر) به بیمار روانی و بیماری روانی نگریست.

[1] Etic
[2] Emic

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

منظر بیرونی شامل آن‌دسته از نظریات دینی، پزشکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است که به بیماری روانی به‌عنوان پدیده‌ای می‌نگرند که کنشگران در ساخت و تعریف آن نقشی عهده‌دار نیستند. در منظر درونی، بیماری روانی به‌عنوان برساختی اجتماعی تعریف می‌شود که در تعاملات میان کنشگران معنا می‌یابد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱: ۳۴؛ کاف و همکاران، ۱۳۸۸؛ گافمن، ۱۳۸۶).

مقالهٔ حاضر در چارچوب رویکرد تعامل‌گرایی نمادین، به‌دنبال بازسازی معنایی تجربهٔ افرادی است که بیمار روانی (مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و دوقطبی) در خانواده دارند.

اسکیزوفرنی اختلالی مزمن، عودکننده و ناتوان‌کننده است که می‌تواند به بستری‌شدن در بیمارستان منجر شود، و با ایجاد ناتوانی، هزینه‌های درمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بسیار سنگینی بر فرد بیمار و خانوادهٔ وی تحمیل می‌کند. مشخصهٔ این بیماری قطع ارتباط فرد با واقعیت، روان‌پریشی و برخی نقایص شناختی است.

«توهم (شنیداری و دیداری)، هذیان (پارانویا، احساس گناه، بزرگ‌بینی، تصور نفوذ، انتشار فکر، افکار عطفی)، و اختلال فکر (فقر فکری، سستی تداعی‌ها، گسستگی، بسته‌شدن فکر)، قطع ارتباط با واقعیت از مشخصه‌های بیمار اسکیزوفرن به‌شمار می‌آید (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۴: ۳۰؛ گنجی، ۱۳۸۸: ۲۶۲؛ وارنر، ۱۳۸۸: ۲۵). اصلی‌ترین مشخصهٔ اختلال دوقطبی، نوسآنهای خلقی شدید است. «در این اختلال، یک یا چند دوره مانیا (هیجان‌زدگی شدید و خوش‌بینی غیرواقع‌بینانه) رخ می‌دهد. اکثر دوقطبی‌ها چرخه‌های افسردگی آمیخته به مانیا را تجربه می‌کنند» (سانتراک، ۱۳۸۵: ۲۰۳).

امروزه، به‌دلیل ضعف نهادهای حمایتی، قسمت اعظم مسئولیت نگهداری و مراقبت از بیماران روانی به‌عهدهٔ خانواده‌ها، بستگان و همراهان بیمار روانی است. در چنین وضعیتی، همراهان خود را موظف به تأمین نیازها و تقاضاهای فرد بیمار می‌دانند و مجبورند فشارها و ناملایمات پیش‌رو را تحمل کنند. تأثیر بیمار روانی بر زندگی این افراد جدی است. «بیماری روانی، افزون‌بر تحمیل هزینه‌های فراوان بر خانواده و جامعه، موجب ایجاد فشار روانی در توانایی‌های خانواده در فراهم‌ساختن حمایت‌های عاطفی و اجتماعی می‌شود» (ذوالعدل و همکاران، ۱۳۸۵: ۶۷).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود چهارصدوپنجاه میلیون‌نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند. مطابق آمارها، از هر سه یاچهار نفر، یک نفر احتمالاً درطول عمر خود به اختلالات روانی دچار می‌شود و نیاز به درمان دارد، اما خیلی کمتر از این تعداد برای درمان به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند، یا در صورت مراجعه، درمان خود را به‌شکل جدی و درست

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

ادامه نمی‌دهند. دلیل اساسی این موضوع نوع برخورد جامعه و فردبیمار نسبت به بیماری روانی است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۱۹).

این مسئله درخصوص بیماران اسکیزوفرن، که از اختلال روانی مزمن، عودکننده و ناتوان‌کننده رنج می‌برند، شدت بیشتری به همراه دارد. مطالعات تجربی حاکی است که «درصد زیادی از خانواده‌های بیماران روانی مورد تبعیض و تمسخر واقع می‌شوند و به‌دلیل انگ یا برچسب، درصد قابل‌توجهی از آنها از وجود بیمار روانی در خانواده احساس شرم می‌کنند» (صادقی و همکاران، ۱۳۸۲ :۱۶). ازاین‌رو، لزوم توجه به تجربیات اعضای خانواده و پیامدهای بیماری بر نزدیکان گامی اساسی در فهم دشواری‌های زندگی با بیمار روانی و برچسب‌های مرتبط با بیماری روانی است. مشاهدات و تجارب نگارنده که مددکار اجتماعی بیمارستان قدس سنندج است، که مرکز تخصصی درمان بیماران روانی است، گویای آن است که این مسئله جدا از سویه‌های روانی، دلالت‌های اجتماعی و فرهنگی درخور تأملی دارد که کمتر درکانون توجه قرار گرفته است، دلالت‌هایی که نقش تشدیدکننده و فشارآوری بر همراهان بیماران روانی دارد و بر روند درمان و مداوای بیماران تأثیر به‌سزایی برجای می‌گذارد. براین‌اساس، مقالهٔ حاضر، ضمن اذعان به ابعاد روان‌پزشکی بیماری روانی، به‌دنبال مطالعهٔ کیفی تجارب همراهان بیمار روانی، دلالت‌های معنایی بیماری روانی، استراتژی‌های خانواده‌ها و همراهان و پیامدهای حضور بیمار روانی در خانواده‌های سنندجی است.

مرور ادبیات نظری و تجربی

تبیین‌های زیستی- وراثتی درباب بیماری‌های روانی بر این باور استوار است که بیماری روانی همانند بیماری جسمانی است. بیماری نشان‌دهندهٔ اختلالی در بدن است که علائم و نشانه‌هایی ایجاد می‌کند که معمولاً آنها را با اختلالات ذهنی مرتبط می‌دانیم. برخلاف رویکردهای زیست‌شناختی و روان‌شناختی، در رویکردهای جامعه‌شناختی بیماری روانی همچون مرض یا ناتوانی، حالت یا مشخصهٔ فرد دانسته می‌شود که محیط اجتماعی آن‌را به‌وجود آورده است. به پیروی از سنت جامعه‌شناختی دورکیم، برخی جامعه‌شناسان علل بیماری روانی را در ساختار جامعه جست‌وجو کرده‌اند. درنتیجه، این جامعه‌شناسان به بررسی ساختار جوامع مختلف و بخش‌های خاصی از جوامع پرداختند تا دریابند چه روابطی بین جنبه‌های ویژه‌ای از ساختار اجتماعی و بیماری روانی وجود دارد (کاف و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۱). در رویکرد تعامل‌گرایی نمادین، شخصی به بیماری روانی مبتلاست که دیگران این برچسب را پی‌درپی دربارهٔ او به‌کار ببرند. بیماری روانی یک برچسب یا طبقه‌بندی دانسته می‌شود که از طرف برخی به افرادی خاص نسبت داده می‌شود. ازاین‌منظر، اعضای جامعه عاملان فعالی هستند که کنش اجتماعی خود را براساس معانی و تفاسیری بنا می‌کنند که برای محیط خود قایل‌اند. جهان بایستی تفسیر و

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

درک شود و معنا یابد. «بیماری روانی» و «بیماران روانی»، نه «موضوع شناسایی» و نه وضعیتی هستند که «امری بیرونی» دانسته شوند تا کشف گردند، بلکه مسئله، یافتن فرایندهای دسته‌بندی دیگران تحت عنوان «بیمار روانی» است (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱: ۳۴).

گافمن، در چارچوب چشم‌انداز معنا و کنش، اختلالات روانی را ذیل نوع دوم داغ ننگ دسته‌بندی می‌کند. داغ ننگ به ویژگی یا صفتی اشاره دارد که شدیداً بدنام‌کننده یا ننگ‌آور است. به‌زعم او، قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات آن، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد (گافمن،۱۳۸۶: ۲۰). او معتقد است هنگامی که غریبه‌ای درمقابل ما قرار می‌گیرد، امکان دارد صفتی در او ببینیم که او را از دیگر اشخاص دستهٔ خود متمایز کند و به دسته‌ای نامطلوب‌تر نسبت دهد. حتی، در حالت‌های افراطی، امکان دارد او در نظر ما فردی کاملاً بد، خطرناک یا ضعیف جلوه کند. بنابراین، او در ذهن ما از یک انسان کامل و عادی به فردی ناقص و کم‌ارزش تقلیل می‌یابد. صفتی که توانایی این کار را داشته باشد داغ ننگ است، به‌خصوص اگر تأثیر بدنام‌کننده‌اش بسیار گسترده باشد. درمواجهه با چنین وضعیتی، ممکن است فرد داغ‌خورده خود را کسی تعریف کند که انگارهیچ تفاوتی با دیگر انسان‌ها ندارد، درحالی‌که هم‌زمان، خود و افراد پیرامونش به او به‌منزلهٔ انسانی جدا شده می‌نگرند. به‌این‌ترتیب، تفاوت و شکاف خاصی بین هویت اجتماعی بالقوه (آنچه فرد باید باشد) و هویت اجتماعی بالفعل (آنچه عملاً هست) پدید می‌آید (همان، ۱۸). ازاین‌رو، فرد داغ‌خورده به‌هنگام قرارگرفتن در انظار عمومی، به‌دنبال سروسامان‌دادن به اطلاعات بدنام‌کننده اما فاش‌نشده است. گافمن به تمهیداتی که برای آشکارنشدن این اطلاعات به‌کارگرفته می‌شود، "گذرکردن"[1] اطلاق می‌کند (همان، ۶۹).

مقالهٔ حاضر ـ در چارچوب روش‌شناسی کیفی ـ با به‌کارگیری روش نظریهٔ زمینه‌ای به‌دنبال بازسازی اجتماعی تجربهٔ خانواده‌هایی است، که یکی از اعضایشان مبتلا به بیماری روانی است. بیماری روانی از نگاه تفسیری حاصل تعاملات میان کنشگران اجتماعی است؛ به‌عبارتی، اگرچه مشخصات جسمانی بیماران روانی یکی است، آنچه بیماری روانی را برای افراد متمایز می‌کند و تجاربشان را شکل می‌دهد نحوهٔ برخورد کنشگران با این پدیده است که برپایهٔ این تجارب استراتژی‌های متفاوتی را درکنارآمدن با بیماری روانی عضو خانواده به‌کار می‌گیرند و برای کاهش پیامدهای بیماری روانی می‌کوشند.

ریچارد وارنر (۱۳۸۸) در کتابی با عنوان *بهبود اسکیزوفرنیا* (روان‌پزشکی و اقتصاد سیاسی) با روشی اقناعی و درعین‌حال جدلی نشان می‌دهد چگونه جریآنهای سیاسی، اقتصادی و بازار کار، واکنش‌های اجتماعی به بیماری روانی را شکل می‌دهد و بر شروع و طول دورهٔ یکی از متداول‌ترین بیماری‌های روانی اثر می‌گذارد. صادقی (۱۳۸۲) در تحقیقی به بررسی تأثیر انگ

[1] Passing

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

بر مراقبت‌های بهداشت روان پرداخته و در این زمینه خاطر نشان کرده‌است انگ‌های روان‌پزشکی (بدون توجه به نوع تشخیص یا سطح ناتوانی) بسیار نافذتر از انگ‌های دیگر رشته‌های پزشکی هستند. فرایند انگ در چارچوب گذر از چهار مرحلهٔ شناختی ـ اجتماعی شکل می‌گیرد: سرنخ‌ها، تصورات قالبی، تعصب‌ها و تبعیض‌ها. درباب بیماران روانی، این تصورات قالبی موجب بروز احساس دشمنی، بی‌کفایتی و شرمندگی می‌شود. برمبنای نتایج این پژوهش، خانواده‌هایی که عضوی از آنها دارای بیماری روانی است، کاهش عزت نفس بیمارشان را به خجالت و شرم تعبیر می‌کنند. پژوهش توکلی و همکاران (۱۳۸۵) نشان می‌دهد داشتن اطلاعات درزمینهٔ کنترل‌پذیری بیماری و خطرناک‌بودن بیمار بر اجزای هیجانی انگ بیمار روانی تأثیر دارد. در پژوهشی دیگر، رضایی بایندر (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که بیشتر تولیدات رسانه‌ای، به‌ویژه فیلم‌های سینمایی و مجموعه‌های تلویزیونی، تصویری تحریف‌شده و مخدوش از بیماری روانی و افراد مبتلا به اختلالات روانی ارائه می‌دهند. نمایش چنین تصویری، نه‌تنها باعث شکل‌گیری نگرش‌های منفی به بیماران روانی و حتی متخصصان این حوزه می‌شود، بلکه بر فرایند درمان بیماری‌های روانی و امنیت روانی جامعه تأثیر منفی می‌گذارد. نتایج مطالعهٔ شاه‌ویسی و همکاران (۱۳۸۶) باعنوان «مقایسهٔ انگ بیماری روانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روان‌پریشی» نشان می‌دهد که نیمی از خانواده‌های بیماران روانی هدف تمسخر قرار گرفته‌اند و به‌علت انگ بیماری روانی احساس ناراحتی و شرم می‌کنند. همچنین، رابطهٔ معناداری بین میزان انگ با نوع بیماری وجود دارد. از پژوهش‌های مرتبط با پژوهش حاضر، که در چارچوب روش‌شناسی کیفی به انجام رسیده است، پژوهش ذوالعدل و همکاران (۱۳۸۵) با عنوان «بررسی پدیدارشناختی تجربه‌های مشترک خانواده‌های دارای بیمارروانی» است. برمبنای یافته‌های پژوهش، ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی، فشار، نگرانی و تغییرات منفی چشمگیری بر خانواده وارد می‌کند. شمسائی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی نیازهای خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیماران با اختلال دوقطبی» با روش پدیدارشناختی به مطالعه‌ای کیفی در باب دوازده خانوادهٔ دارای بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته است. برمبنای یافته‌های این پژوهش، پنج گروه نیاز در میان خانواده‌های بیماران شناسایی شده که شامل ادارهٔ بیماری، مشاوره، نیازهای اقتصادی، مراقبت و پیگیری، و درک و توجه اجتماع است.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده، از غلبهٔ روش‌شناسی کمی و رویکرد روان‌پزشکی به اختلال روانی حکایت دارد. آنچه در این پژوهش‌ها مغفول مانده است، واکاوی زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی بیماری روانی، استراتژی‌ها و تمهیدات همراهان و خانواده‌های بیماران روانی برای مدیریت تنش حاصل از خصلت بدنام‌کنندگی اختلالات روانی بوده است. پژوهش حاضر با به‌کارگیری روش‌شناسی کیفی و روش زمینه‌ای و در چارچوب رویکرد تفسیرگرایی

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

اجتماعی (با اتکا به نظریهٔ گافمن) به‌دنبال واکاوی زمینه‌ها، پیامدها و تجارب و استراتژی‌های همراهان بیمار روانی در جهت مدیریت و تعدیل بدنام‌کنندگی بیماری روانی است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر در چارچوب رویکرد تفسیری و روش‌شناسی کیفی به انجام رسیده است. از آنجاکه این پژوهش به‌دنبال مطالعهٔ کیفی تجربه‌های همراهان بیمار روانی، دلالت‌های معنایی بیماری روانی، استراتژی‌های خانواده‌ها و پیامدهای حضور بیمار روانی در خانواده است، نظریهٔ زمینه‌ای همچون یک روش پژوهش کیفی که با استفاده از جمع‌آوری نظام‌مند و منظم داده‌ها و توسعهٔ روش‌ها به‌شکلی استقرایی و زمینه‌ای در ارتباط با یک پدیده به‌کار می‌رود (استراوس و کوربین، ۱۳۸۷: ۲۳) مناسب به‌نظر می‌رسد. جهت بازسازی معنایی تجربهٔ زیستهٔ همراهان بیمار روانی، بیمارستان قدس به منزلهٔ میدان پژوهش برگزیده شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش، همراهان و اعضای خانوادهٔ بیماران روانی‌اند که همراهِ بیمار بستری‌شده در بیمارستان بودند.

ازآنجاکه نظریهٔ زمینه‌ای به‌دنبال نظریه‌پردازی یا دست‌کم تحلیل نظری خواهد بود، روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری نظری است. براین‌اساس، مصاحبه‌شوندگان براساس سؤال‌های تحقیق، مصاحبه‌های قبلی و حساسیت نظری گزینش شدند و مناسب‌ترین افراد تحت مشاهده و مطالعه قرارگرفتند تا اشباع نظری[1]حاصل شود و همین اشباع نظری مرحلهٔ پایانی نمونه‌گیری بود. تعداد نمونه در این پژوهش بسته به‌حد کفایت آن برای نتیجه‌گیری نظری است که این مهم در فرایند تحقیق حاصل شد. در این مطالعه، با هدف گردآوری اطلاعات لازم از مطلعان، مصاحبه‌های متعددی با همراهان بیماران روانی در بیمارستان قدس شهر سنندج انجام شد. پس‌از نوزده مصاحبهٔ نیمه‌ساخت‌یافته، اشباع نظری حاصل شد. در فرایند مصاحبه‌ها، گزینش مصاحبه‌شونده‌ها به‌روش‌های نمونه‌گیری گلوله‌برفی و با حداکثر تنوع انجام گرفت. برای انتخاب همراهانی که تجربه‌ها و ویژگی‌های بارزتری در زمینهٔ موضوع مطالعه داشتند، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی بهره برده شد؛ بدین‌صورت که پس‌از مصاحبه با تعدادی از همراهان بیمار روانی، از کارکنان بیمارستان، به‌منزلهٔ مطلعان این حوزه، درخواست شد کسانی را که حضور بیمار روانی در خانواده با بیشترین تنش برای آنان همراه بوده و بیشتر در این زمینه درگیرند و اطلاعات بیشتری دارند، به ما معرفی کنند؛ مثلاً، زمان ابتلای عضو خانواده به بیماری روانی و مدت‌زمان معالجه مبنا قرار گرفت. همچنین، تلاش شد در انتخاب نمونه‌ها معیار حداکثر تنوع نیز لحاظ شود.

[1] Theoretical saturation

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

گفتنی است در میدان تحقیق (بخش بیماران روانی بیمارستان قدس) مراجعه‌کنندگان به‌دلیل دولتی‌بودن مرکز بیشتر اقشار متوسط به پایین بودند؛ بنابراین، افراد مصاحبه‌شونده به‌لحاظ سرمایهٔ اقتصادی و فرهنگی در موقعیت مشابهی قرار داشتند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبهٔ نیمه‌ساخت‌یافته صورت گرفته‌است. ذکر این نکته ضروری است که در میدان مطالعه، مصاحبه‌شوندگان به‌راحتی حاضر به انجام مصاحبه نبودند و نوعی بی‌اعتمادی، ترس و محافظه‌کاری در تمام مصاحبه‌شوندگان مشهود بود. به‌همین‌دلیل و نیز به‌دلیل حساسیت موضوع، و اینکه مصاحبه‌شوندگان به‌نوعی طرداجتماعی و انگ بیماری را تجربه کرده بودند، زمان زیادی صرف جلب اعتماد افراد شد. در تحلیل داده‌ها به سبک نظریهٔ زمینه‌ای، هدف این بود که از داده‌های جمع‌آوری‌شده ـ یعنی از استقرایی‌ترین شواهد موجودـ به سمت مفاهیم، قضایا و مقولات انتزاعی‌تر حرکت شود. به همین منظور، کُدگذاری سه‌گانه انجام گرفت.

مشخصات کلی مصاحبه‌شوندگان

میدان مطالعهٔ پژوهش حاضر، همراهان و اعضای خانوادهٔ بیماران روانی است. این همراهان در ردهٔ سنی ۴۰ تا ۶۰ سال قرار دارند. از این تعداد، ۶۳ درصد زن و ۳۷ درصد مرد، ۸۹/۵ درصد متأهل و ۱۰/۵ درصد مجرد بودند. ازنظر سطح سواد، ۳۱/۵ درصد بی‌سواد، ۳۷ درصد زیردیپلم، ۱۶ درصد دیپلم، و ۱۷ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم و لیسانس بودند. ازلحاظ شغلی، که می‌تواند معرف وضعیت اقتصادی پایین آنها باشد، ۸۴ درصد مصاحبه‌شوندگان بیکار، خانه‌دار یا کارگر، ۵/۲۶ درصد دارای شغل آزاد و ۱۰/۵۲ درصد بازنشسته بودند.

مشخصات کلی بیماران

از مجموع ۱۹ بیمار روانی که همراهان و اعضای خانوادهٔ آنها در مصاحبه مشارکت داشتند، ۴۷ درصد مرد و ۵۳ درصد زن بودند. از این تعداد ۶۳ درصد بیماران مجرد و مابقی متأهل بودند. همچنین، ۱۱ نفر به اسکیزوفرن و ۸ نفر به بیماری دوقطبی مبتلا بودند.

داده‌ها و یافته‌ها

ادراک همراهان بیمار روانی از زمینه‌ها و دلایل پیدایش بیماری روانی

۱) گسیختگی خانوادگی[1]

در بین تمام نهادها و سازمآنها و تأسیسات اجتماعی، خانواده نقش و اهمیتی خاص و به‌سزا دارد. تمام آنان که درباب سازمان جامعه اندیشیده‌اند، بر خانواده و اهمیت حیاتی آن تأکید ورزیده‌اند. به‌درستی هیچ جامعه‌ای، چنانچه از خانواده‌هایی سالم برخوردار نباشد، نمی‌تواند

[1] Family disorganization

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

ادعای سلامت کند، باز بی‌هیچ‌شبهه، هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آمده باشد. بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان، بیماران روانی زندگی در خانواده‌هایی دارای اختلال و گسیختگی را تجربه کرده‌اند.از نمودهای اختلال در خانواده می‌توان به طلاق، اعتیاد، خشونت جسمانی و عاطفی اشاره کرد.

> مادرم طلاق گرفته و الان شوهر کرده. پدرم بیماری برادرم را باور نمی‌کرد، می‌گفت دروغ می‌گوید. مادرت مقصر است، مادرت تحریکش می‌کند. می‌گوید این کارها را بکن، ولی من می‌گفتم نه این‌طوری نیست. پدرم آن‌طوری که می‌بایست با بیمار روانی رفتار نمی‌کرد. مادرم پیش ما نبود، ولی بیماربودنش را قبول کرد و می‌گفت پدرت این بلا را سرش آورده (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱).
>
> حامله بود... توی حمام دید شوهرش دارد مواد مصرف می‌کند. زده بود توی سرش. او هم دخترم را زده بود. زنگ زد که مادر، بابا، بیایید به‌دادم برسید، چنین جریانی پیش آمده. رفتیم پلیس بردیم که بندازیمش زندان، زد توی سر خودش گفت شوهر من است، قبولش می‌کنم. بابای دختر رفت پول داد توی کمپ گذاشتش ترک بکند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۸).

۲) نابه‌سامانی اقتصادی

فشارهای روانی در میان اقشار پایین نمود بیشتری دارد، به‌ویژه وقتی که اختلاف درآمد بیشتر باشد. افزایش بیماری و پریشانی عاطفی تا حدی پیامد این‌گونه تنش‌هاست. همچنین، روشن است که اسکیزوفرنیا و دیگر اختلال‌های روانی در اقشار پایین شایع‌تر است. به‌همین‌ترتیب، حالت‌های روانی بسیاری از افراد وقتی که اصلی‌ترین نیازهای آنها برآورده نشود وخیم‌تر می‌شود (وارنر، ۱۳۸۸: ۱۹۴). نگاهی به مشخصه‌های زمینه‌ای مصاحبه‌شوندگان، که در گفته‌ها و اظهارات آنها نیز نمود برجسته‌ای دارد، بر وضعیت نابه‌سامان اقتصادی آنان دلالت دارد:

> پنج سال است که شوهرم کار نمی‌کند. قبلاً گاه‌گداری کار می‌کرد، می‌رفت، اگر باری چیزی بود با ماشینش حمل می‌کرد. دیگر کار آنجوری انجام نمی‌داد. خودم کار می‌کردم. پرستار پیرزن‌ها بودم و از سالمند مراقبت می‌کردم. خوب بود، ولی دیگر روحیه‌ام را از دست دادم، قدرت بدنی‌ام رو از دست دادم، خیلی کم شده، یعنی آن روز دکتری که داشت از من اکو می‌گرفت گفت این علائمی که داری توی زن‌های هشتادساله دیده می‌شود چرا این‌کار را با خودت کردی (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).
>
> شوهرش فقط سرکوفت می‌زند، می‌گوید شما روانی هستید، هر کاری می‌کرد می‌گفت شما روانی هستید، برو بابات خرجت را بدهد، آنها ثروتمندند، من

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

کارگرم، ندارم خرجت را بدهم. می‌گفت هرچی دارم باید خرج دوا و دکتر و بیمارستانش بکنم (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۰).

۳) زوال سرمایهٔ اجتماعی

با توجه به اظهارات مصاحبه‌شوندگان، اغلب این افراد از فقدان شبکه‌های اجتماعی حمایتی رنج می‌برند و گسترهٔ تعاملات آنان به‌شدت محدود است. نقل‌قول‌های زیر مؤید این مسئله است:

تا حالا هیچ‌کسی کمکم نکرده، حتی یک بار هم نیامدند این بیمارستان سر بزنند. خدا شاهد است نیامدند. فقط یک بار یک برادر دارم کوچک‌تر است، او آمد. امروزه دیگر هیچ‌کسی از کس دیگر نمی‌پرسد. الان مردم از این‌جور بیمارها خوششان نمی‌آید، می‌گویند دیوانه‌اند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۱).

به‌خدا هیچ‌کسی، هیچ‌کسی، فقط تنها کسی که کمکمان کرده و پشتیبانم بوده آن رئیس بانک بوده، یعنی به‌اندازهٔ هزارتا فامیل درجه‌یک و پدر و برادر کمک کرده. هم ازنظر اینکه به‌من روحیه داده، هم خرجی خانه، هم اینکه پول باشگاه بچه‌ها رو می‌دهد. او بود که بهم گفت بفرستشان باشگاه، او که پشتیبانم بوده و گفته بفرستشان که اعصاب بچه‌هات خراب نشود که توی خانه نباشند اذیت شوند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).

٤) تجارب دردناک

اغلب می‌توان به رویدادهای خاصی اشاره کرد که به بحران منجر می‌شود: بحرانی واکنشی که آشفتگی اجتماعی یا هیجانی شدید به وقوع آن کمک می‌کند، غالباً آشفتگی‌ای که فرد هیچ گریزی از آن نمی‌بیند. برای برخی از این بیماران اسکیزوفرنیک، این بحران می‌تواند شامل یادآوری آوارگی، ترک خانه، ترک مدرسه برای به‌دست‌آوردن کار، اولین تجربهٔ جنسی، ازدست‌دادن اعضای خانواده، یا ازدواج باشد (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۷۸: ۱۳۲- ۱۳۳). اظهارات مصاحبه‌شوندگان مؤید تجارب دردناک اعضای خانوادهٔ بیمار روانی است:

شب تا صبح صحبت می‌کند، به دوران آوارگی و بمباران‌ها و عملیات‌های جنگی فکر می‌کند. یک کم که می‌خوابد، یک‌هو از خواب می‌پرد و می‌دود بیرون از خانه (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸).

چندسال پیش، ماشین یکی از فامیل‌هامان آتش گرفت، فریاد زدند آب بیاورید، پسرم که سه‌سالش بود یک آفتابه که پر بنزین بود، به خیالش که آب است آورد ریخت روی آتش. خودش آتش گرفت و با آتش آمد توی خانه. خانمم که آن صحنه را دید از آن موقع این‌طوری شده. از آن حادثه به بعد، آن ترس توی

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

وجودش رفته. آن‌قدر زد توی سر و صورتش که آن شوک برای همیشه رفته توی بدنش (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۴).

۵) رفتار نامتعارف

مراد از رفتار نامتعارف رفتاری است که با ارزش‌ها و هنجارهای متعارف و انتظارات اجتماعی مطابقت ندارد. گسترهٔ این رفتارهای نامتعارف متغیر است و از انجام رفتارهای خلافِ عرف تا تعرض به حریم دیگران و انجام رفتارهای خراب‌کارانه را شامل می‌شود:

میزی جلو در مغازه‌ای بود، شکستش انداخت توی حیاط شهرداری. یک بارهم زندانی شد سر اینکه جلو زندان به ماشین‌ها خط انداخته بود. ماشین‌های پلیس بود، می‌رفت خیابان شیشه می‌شکست. آشغال‌های توی شهر را جمع می‌کرد و می‌ریخت توی حیاط شهرداری. کارتنی چیزی می‌دید یا کاغذی ببیند خرد خردش می‌کند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۱).

خیلی حرف می‌زد، اجازهٔ حرف‌زدن به کسی نمی‌داد. دیگر هیچی برایش مهم نبود. هر چیزی را پیش آشنا و غریبه می‌گفت. توی دانشگاه خودش را لخت می‌کرد. به هم‌کلاسی‌هایش فحش می‌داد. به استادهایش حرف می‌زد (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۲).

۶) سابقهٔ بیماری روانی

در تبیین‌های زیست‌شناختی اختلالات خلقی، وراثت و نابهنجاری‌های عصبیِ زیست‌شناختی و به‌هم‌ریختن انتقال‌دهنده‌های عصبی و عوامل هورمونی مطرح می‌شوند. اختلالات دوقطبی زمینه‌های خانوادگی دارند، هرچند نقش زمینه‌های خانوادگی در اختلال دوقطبی بیش‌از دیگر اختلالات روانی نظیر افسردگی است (سانتراک، ۱۳۸۵: ۲۰۵). این درحالی است که به‌طور مشخص نمی‌توان تعیین کرد که عامل وراثت به بیماری روانی در دیگر افراد خانواده منجر می‌شود یا هم‌زیستی با بیمار روانی بیماری را تسرّی می‌دهد. اشاره به وجود سابقهٔ بیماری روانی در میان اعضای خانواده در میان اظهارات برخی مصاحبه‌شوندگان دیده می‌شود:

من می‌گفتم بیمار است، ولی کسی قبول نمی‌کرد. خانوادگی مشکل دارند. الان یکی از برادرزاده‌هایش توی مرکز نگهداری است. پدرش مشکل دارد، ولی قبول نمی‌کنند؛ مغرورند، دکتر نمی‌روند، بستری نمی‌شوند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).

پزشک به‌ایشان گفته دلیلش ژنتیکی است، بعد شرایط زندگیشان هم چه‌جوری بگویم، نداری و بی‌پولی. این دایی من‌هم که این‌طوری شده، قبلش زن و بچه

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

داشت. این‌طوری نبوده. زنش طلاق گرفت و پسرش هم الان باید ۱۷ سالش باشد. معلوم نیست کجا رفته (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۹).

تجربه و درک همراهان از بیماری روانی

۱) بیماری روانی به مثابهٔ مسئله‌ای غیرعادی/ غیرطبیعی

مصاحبه‌شوندگان با مقایسهٔ بیماری روانی با بیماری‌های جسمی، که ماهیت ملموس و عینی‌تری دارد، از بیماری‌های روانی تلقی غیرطبیعی دارند:

> از آن موقع که بیمار شده من‌هم روحیه‌ام را از دست دادم. اصلاً انتظار نداشتم که چنین بیماری‌ای بگیرد. اگر می‌گفتند بیماری قلبی دارد یا یک طرف از بدنش فلج است بهتر بود. ترجیح می‌دادم یک بیماری جسمی داشته باشد تا روحی. برایم خیلی سخت بود. اصلاً نمی‌توانستم باور کنم چنین بیماری‌ای گرفته. الان دیگر عادت کرده‌ام (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷).

اغلب مصاحبه‌شوندگان به اعمال و رفتار غیرطبیعی فرد بیمار اشاره کرده‌اند و با غیرعادی قلمدادکردن کنش و اعمال بیماران روانی در مواجهه با اطرافیان و دیگران، به‌نوعی بر ماهیت بدنام‌کنندهٔ بیماری روانی اذعان داشته‌اند؛ گسترهٔ بدنام‌کنندگی این وضعیت به اطرفیان هم تسری پیدا کرده است:

> شب‌ها با خودش حرف می‌زد. شب‌ها بلند می‌شد و راه می‌رفت. یک دفعه به خودش می‌آمد و می‌گفت اِ اینجا هستم. پیرارسال خانه‌مان سه چهار پله داشت، از پله‌ها افتاد، هر دو تا دستش شکست (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴).

> آن موقع در دانشگاه درس می‌خواند. رشتهٔ ساختمانی بود. وقتی برگشت یک جوری آمد جلوی چشم‌هایم. توی اتاق نشسته بود تنها. از لای در داشتم یواشکی نگاهش می‌کردم. گفتم این پسر عادی نیست یک جوری است. داشت گل‌های قالی را می‌شمرد. داشت با انگشتش به گل‌های قالی اشاره می‌کرد. این‌طوری آمد جلوی چشمم. بعدش فهمیدیم که مریض شده و عصبی شده (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵).

۲) دوری‌گزینی

داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها از گوشه‌گیرشدن و تنهایی بیماران روانی از دید اعضای خانواده‌شان حکایت دارد. زمانی که افراد متخصص و اطرافیان برچسب بیمارروانی به بیمار می‌زنند، به‌دلیل تصور و درک افراد جامعه، بیمار روانی در زمرهٔ افراد خطرناک و حتی بدتر از مجرم تلقی می‌شود

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

(وارنر، ۱۳۸۸: ۲۶۵). در مواجهه با نگاه‌های خیرهٔ اطرافیان اولین سازوکاردفاعی خانواده‌ها و بیمار دوری‌گزینی است:

> صحبت‌کردنش جوری بود که مثل فرد عادی صحبت نمی‌کرد. حرف‌های نامربوط می‌زد و همیشه گریه می‌کرد. توی خانه می‌ماند و بیرون نمی‌آمد، کلاً توی خانه بود. اتفاقاً مشکلات زیادی به وجود می‌آورد. اصلاً دوست ندارد جایی برود. ناامید است. می‌خواهد توی خانه باشد، ولی کلاً خیلی سخت است (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷).

> نمی‌دانم چه بگویم. این دختر من خودش یک‌خورده تندمزاج بود. پرده‌ها را می‌کشید و تاریکی را دوست داشت. خوشش از مهمانی نمی‌آمد. از خانه بیرون می‌آمد، می‌گفت از کسی خوشم نمی‌آید. خوشم از قوم و فامیل نمی‌آید (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۷).

۳) فشار مالی مضاعف

ازمنظر اغلب مصاحبه‌شوندگان، نابه‌سامانی‌های معیشتی از زمینه‌های ظهور و شدت‌یابی بیماری روانی بوده است. این درحالی است که حضور بیمار روانی در خانواده با خود فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان و مراقبت و نگهداری از فرد بیمار را درپی دارد. نمونه‌های زیرگویای این مطلب است:

> اره والـله خرجش زیاد است. هر ماه ۵۰ یا ۶۰ هزار تومان دارو می‌خواهد، دیگر به‌جز هزینهٔ مطب و بستری‌اش. هربار که بستری شده ۳۰۰-۴۰۰ تومان هزینه داشته است. فقط بیمارستان ۵۰ هزار تومان کمکمان کرده، مددکاری تخفیف داده (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۳).

اغلب مصاحبه‌شوندگان به ناکافی‌بودن منابع مالی خانواده اشاره کرده‌اند:

> با یارانه هزینه‌هایش را می‌دهم، از کمیته هم یک وام گرفتم ماهی ۶۰ هزار تومان هر ماه باید آن را هم بدهم. بعضی‌وقت‌ها هم اگر پول نداشته باشم داروهایش را بگیرم رئیس برایم می‌گیرد. بهم گفته هر وقت داروهاشان را نداشتی بگیری، بهم بگو براشان می‌گیرم. داروهایش و ویزیت دکترش. مثلاً سمیرا اگر بهانه‌ای بگیرد، مثلاً بگوید فلان لباس را می‌خواهم، به هر قیمتی باشد، باید تهیه‌اش بکنم؛ یعنی هیچ جوری حالی‌اش نمی‌شود. اگر قرض هم کردم مجبورم برایش بگیرم (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).

> داروی خارجی برایش می‌نویسد دکتر که گران است. ماهی ۱۵۰ تا ۲۰۰ هزار تومان هزینه دارویش است. توی این مدت هم دوبار بچه‌ام را عمل کرده‌ام و

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

خودم هم ارّه پایم را برید، ۴۵ تا بخیه خورد. توی این شرایط، وجدانی، وضع مالی‌ام خیلی خراب است، خیلی. اگر کاری از دستتان برمی‌آید کوتاهی نکنید (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۴).

٤) شدت و چندوجهی بودن اختلالِ روانی

براساس یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، اعضای خانوادهٔ بیمار روانی بنا به مسائل و مشکلاتی که در زندگی با فرد بیمار متحمل می‌شوند بیماری روانی را خارج از تحمل و توان بیان می‌کنند و به شدت و چندوجهی‌بودن پیامدهای اختلالات حاصل از حضور بیمار روانی در خانواده اشاره می‌کنند:

احساس ناراحتی می‌کنم، چون الان سه تا بچه دارم و مادرشان بیست روز است در بیمارستان قدس است. با مکافات و بدبختی این بیست روز من زندگی کردم (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۴).

نمی‌دانم، خیلی سخت است یا اینکه من سخت می‌گیرم، اینکه توی خانه دو تا بیمار روانی داشته باشی. خودم هم چون سن‌وسالم بالا رفته دیگر خیلی تحت فشارم (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).

امسال دیگر خیلی ناامیدم. وضعیت زندگی‌مان خیلی بد است. درآمدی نداریم. خودم هم الان دیسک کمر دارم. ولی دیگر روحیه‌ام را از دست داده‌ام. قدرت بدنی‌ام را از دست داده‌ام (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).

راهبردهای همراهان برای تعامل با بیمار روانی

۱- واکنش عاطفی/ ترحم

بارزترین واکنش اعضای خانوادهٔ بیماران روانی واکنش عاطفی است. همهٔ مصاحبه‌شوندگان احساساتی همچون ترحم و دلسوزی به بیمار خود ابراز کرده‌اند:

احساس می‌کردم که دیگر از دستش داده‌ام. احساس می‌کردم دیگر آن پسری نیست که بتواند صاحب زن و بچه شود. برایش غصه می‌خوردم. برایش گریه می‌کردم. اعصابم خراب شده بود، شب‌ها خوابم نمی‌برد. خواب‌های بد می‌دیدم که زده به کوه. فکر می‌کردم حالش دیگر خوب نمی‌شود و هیچ آینده‌ای ندارد (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۹).

دلم برایش می‌سوزد، تا آنجایی هم که بتوانم سعی می‌کنم تا برایش کاری انجام بدهم (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۹).

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

۲- کتمان بیماری

تأمل در اظهارات مصاحبه‌شوندگان گویای آن است که همراهان در مواجهه با اطرافیان به‌دنبال پنهان و کتمان‌کردن بیماری روانی بوده‌اند:

> آری، والـله. بعضی حرکاتش را به هیچ‌کس نگفتیم. حتی از بچه‌ها پنهان کردم. بچه‌هایم چه خودم حرف بزنم چه نزنم، به هیچ‌کس چیزی نمی‌گویند، نه به همسایه نه به فامیل چیزی نمی‌گویند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵).
>
> هیچ قوم و کسی نمی‌داند. فقط می‌دانند کمی نمی‌آید توی مردم و گوشه‌گیر است، فقط همین. نه اصلاً نگفتم بیمار است و بردیمش بیمارستان. خودم درکش کردم. نگذاشتم کسی خبردار شود. خواهر و برادرش درکش کردند. الان آنها باسوادند. آری ضعیفه است، چرا مردم خبردار شوند. چرا بگذارم بفهمند. نگذاشتم کسی به چشم بد نگاهش بکند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۷).
>
> هنگامی‌که بیمارستان قدس بستری می‌شود، به اطرافیان می‌گوییم رفته سنندج برای کارهای درس و دانشگاهش، چون امسال فارغ‌التحصیل می‌شود (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴).

برخی از خانواده‌ها هم درجهت کاهش داغ‌ننگ وسبک‌ترکردن نگاه سنگین جامعه تلاش می‌کنند به‌جای بیماری اصلی، عنوان پذیرفته‌شده‌تری همچون افسردگی را بیماری عضو خانواده اذعان کنند:

> روانی نیست افسردگی گرفته. تب داشت، تشنج گرفت. در اثر این بیمار شد. اول دبیرستان، نه دوم دبیرستان بود. در اثر تب تشنج گرفت. وقتی دبیرستان می‌رفت غصه می‌خورد می‌گفت می‌ترسم تشنج بگیرم. از آن تاریخ افسردگی گرفت. در اثر آن غصه‌خوردنش بود وگرنه وقتی بچه بود اینها را نداشت. کاملاً سالم بود. الان هم از خودمان سالم‌تر است. فقط آن اوایل داروهاش را نمی‌خورد. یکی‌دوبار اینجا بستری شد وگرنه هیچ مشکلی ندارد (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۷).

۳- پذیرش بیماری

منظور از پذیرش بیماری این است که اعضای خانواده، بیمار روانی عضو خانواده را پذیرفته و درجهت شناخت بیماری و کنترل و درمان آن تلاش می‌کنند:

> آن موقع خیلی بهتر باهاش رفتار می‌کردیم. بیشتر براش ناراحت می‌شدیم. می‌گفتیم خداجان ما چقدر نفهم بودیم که نمی‌فهمیدیم این پسر مشکل دارد. فکر می‌کردیم مردم (دیگران) برایش حرف درمی‌آورند که به ما حرص و جوش بدهند. ولی فهمیدیم که این‌طوری نبوده، مشکل داشته (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۲).

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

یکی از ابعاد پذیرش بیماری از سوی اعضای خانواده، درک همدلانه، دلسوزی‌های ترحم‌آمیز و اتخاذ کنش مناسب است:

> الان خوب رفتار می‌کنم، با اخلاق خوب. مهرش توی دلم است. اگر چیزی بخواهد براش می‌گیرم، ازش پذیرایی می‌کنم (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵).
>
> ...پیش هم درددل می‌کنیم. اگر مشکلی داشته باشد تنها به خودم می‌گوید. می‌ترسد به کس دیگری بگوید. با آنها راحت نیست. فقط با من راحت است (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۴).

پیامدهای بیماری روانی

۱) تسرّی بیماری؛ داغ ننگ افتخاری

به‌دلیل تنش‌های حاصل از حضور بیمار روانی در خانواده و فشارهای حاصل، در مواردی، اعضای خانواده نیز نشانگانی از فقدان سلامت روان را تجربه می‌کنند. براین‌اساس، همراهان و اعضای خانواده نیز تحت‌فشاراجتماعی قرار می‌گیرند و دچار فرایندی می‌شوندکه گافمن آن را «داغ ننگ افتخاری» می‌نامد؛ یعنی وضعیتی که افراد عادی به‌واسطهٔ ارتباطشان بافرد داغِ‌ننگ خورده مشمول داغ ننگ می‌شوند.

> الان همیشه ناراحتیم. الان من وقتی می‌بینم که این پسرم این‌جوری است، به اندازهٔ دوازده‌سال پیر می‌شوم. مادرش از غصه بیمار شده، افتاده توی خانه. دخترم هم این‌طور از غصه کلی لاغر شده و رنگش پریده. خودم هم چون دنبال کارهاش هستم بیکار شدم نمی‌توانم کاری بکنم. این بلا هم سرمان آمده (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۱).

برخی مصاحبه‌شوندگان بر این باورند که طولانی‌بودن دورهٔ بیماری و درمان، و ناامیدی از درمان آنها را تحت فشار قرار داده است:

> نمی‌دانم خیلی سخت است یا اینکه من سخت می‌گیرم، اینکه توی خانه دو تا بیمار روانی داشته باشی. خودم هم چون سن و سالم بالا رفته، دیگر خیلی تحت فشارم. امسال دیگر خیلی ناامیدم، وضعیت زندگی‌مان خیلی بد است (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵).

۲) تمسخر/ ترس از تمسخر

یکی از پیامدهای متداول که اعضای خانواده و همراهان بیماران روانی با آن روبه‌رو هستند تمسخر اطرافیان است. اعضای خانوادهٔ بیماران برای اجتناب از قرارگرفتن در معرض تمسخر دیگران، سعی می‌کنند بیماری را پنهان کنند:

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

مثلاً می‌گویند فلانی پسرش دیوانه است. می‌گویند ویلان است. معتاد است. بدون اینکه خبر بدهد از خانه می‌زند بیرون، می‌رود خانهٔ فامیل. به ما زنگ زدند گفتند بیایید ببریدش. یا می‌رود روستا خانهٔ دایی. زنگ زدند رفتم آوردمش. می‌رود اذیتشان می‌کند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۲).

عموماً با عیان‌شدن و رؤیت‌پذیرشدن بیماری، اغلب خانواده‌ها دیگر قادر نیستند بیماری را کتمان کنند و به‌نوعی نگاه‌های آزاردهنده و تحقیرآمیز و تمسخرشدن را تجربه کرده‌اند:

آن هفته که برگشتیم سقز، تمام کسانی که توی اتوبوس بودند داشتند به‌ما به همه فحش می‌داد و حرف می‌زد. من‌هم هی برایش لبخند می‌زدم، دیدم توی آینه دارند به‌ما می‌خندند. برگشتم گفتم چرا می‌خندید؟ خدا این‌طوریش کرده چرا بهش می‌خندید؟ خوب است شما را هم خدا این‌طوری کند؟(مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸).

۳) گسیختگی مضاعف خانواده

در قسمت زمینه‌های بروز بیماری روانی و شدت‌یافتن نشانگان بیماری به نقش خانواده اشاره شد. حال، باید به این نکته اشاره کرد که نه‌تنها اختلال در خانواده بر ظهور بیماری و شدت‌یافتن آن تأثیر دارد، بلکه حضور بیمار روانی در خانواده و تحمیل بار روانی، اقتصادی و اجتماعی فرد بیمار بر خانواده، به اختلال و گسیختگی هرچه بیشتر خانواده منجر می‌شود:

واللهی برامان اعصاب نمانده، حتی یک ذره. آنقدر قرص خوردیم با دخترم بی‌حدوحساب. شب و روز به‌خاطر سردردی که داریم قرص می‌خوریم. انسان باید استراحت داشته باشد. مهمان برایش می‌آید لبش خندان باشد (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸).

٤) طرد از روابط اجتماعی؛ طرد اجتماعی خودخواسته

یکی از اشکال گسیختگی مناسبات اجتماعی طرد اجتماعی است. روابط اجتماعی اعضای خانوادهٔ بیمار روانی به‌شدت تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد؛ به‌نحوی‌که آنها برای فرار از تجربهٔ طرد، به انزوا گرایش پیدا می‌کنند و روابط اجتماعی خود را به حداقل می‌رسانند و معمولاً به افراد همسان تقلیل می‌دهند. آنان دائماً نگران افشای بیماری عضو خود هستند و این مسئله کمیت و کیفیت روابط آنها را به‌شدت تحت‌الشعاع خود قرار داده است.

کنترل اطلاعات مربوط به هویت تأثیر خاصی بر روابط می‌گذارد. داشتن رابطه مستلزم سپری‌کردن زمان درکنار دیگران است و هرچه زمان بیشتری با دیگران صرف شود، فرصت بیشتری به آنها می‌دهد تا اطلاعات بدنام‌کننده‌ای دربارهٔ فرد به‌دست آورند (گافمن، ۱۳۸۶: ۱۱۵). افراد

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

جهت ممانعت از افشای داغ ننگ و بیماری روانی عضو خانواده، به‌طور خودخواسته، روابط اجتماعی خود را با اطرافیان محدود می‌کنند. نقل قول‌های زیر مؤید این مسئله است:

> الان کمتر شده، نمی‌آیند خانه‌مان. مردم می‌گویند دیوانه دارند، این‌طوری شدیم. تغییر کرده خیلی تغییر کرده. فامیل‌های نزدیک به آن صورت به ما سرنمی‌زنند، خیلی کم می‌آیند، یا اگر هم بیایند برایشان مزاحمت ایجاد می‌کند (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۲).

> با همه‌شان قطع رابطه کردم. مردم آن‌جا یک جوری هستند. اگر ببینند کسی بیمار است مسخره‌اش می‌کنند. مثلاً می‌گویند دیوانه است. بعد روستا یک جای کوچک است. اگر کسی مریض باشد، همه‌جا پخش می‌شود. می‌گویند فلانی بیمار است. آنقدر می‌گویند که آدم مجبور می‌شود خودش از آنها فاصله بگیرد (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۹).

هستهٔ مرکزی: تجربهٔ بیماری روانی به‌مثابهٔ طرد اجتماعی خودخواسته

مقولهٔ هستهٔ این پژوهش با عنوان «طرداجتماعی خودخواسته» براساس هفت زیرمقوله شکل گرفته است. این مقوله، به انتزاعی‌ترین نحو ممکن، به پرسش‌های زمینه‌ای و تعاملی و پیامدی پاسخ می‌دهد و می‌توان مسیر روییدن آن را از دل داده‌های زمینه، ازطریق رجوع به مقولات محوری، پی‌گرفت. نابه‌سامانی‌های اقتصادی، رفتار نامتعارف، تجربه‌های دردناک، گسیختگی خانوادگی، سابقهٔ بیماری، تنهایی و گوشه‌گیری، کتمان بیماری، تمسخر و برچسب بیماری بر اختلال رابطه‌ای همراهان و اعضای خانوادهٔ بیمار روانی دلالت دارد. به‌بیان‌دیگر، همراهان بیمار روانی درجهت کاهش تنش‌ها و آثار بیماری روانی، از اجتماع و روابط اجتماعی خود کناره می‌گیرند، موضوعی که در این پژوهش تحت عنوان طرد اجتماعی خودخواسته مفهوم‌سازی شده است.

نظریهٔ زمینه‌ای پژوهش

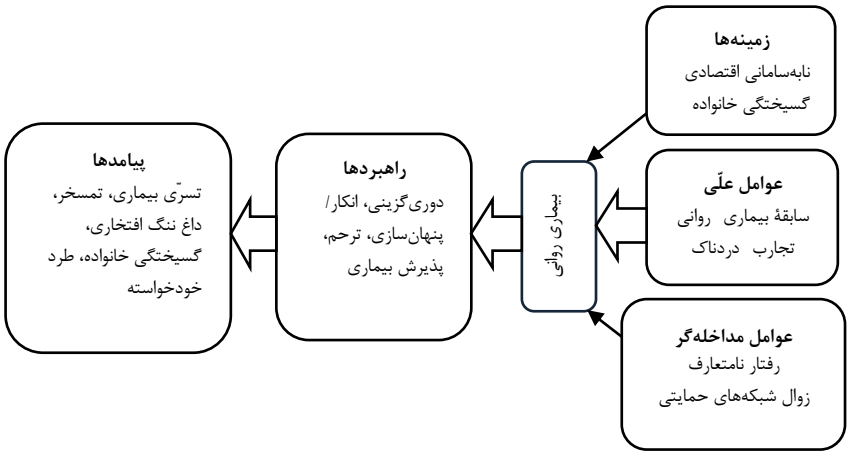
در این پژوهش سعی شده است با تکیه بر تجربه و درک همراهان بیماران روانی، زمینه‌ها و بسترهای بروز بیماری روانی، آثار و پیامدهای آن بر خانواده و همچنین، راهبردهای آنان در مقابله با بیماری روانی ارائه شود. بازسازی این مراحل مبتنی بر تجربهٔ افراد است که آن را به طور شفاهی یا در عمل بیان کرده‌اند. براساس مدل پارادایمی (تصویر۱)، می‌توان گفت که بیماری روانی در وضعیت‌های خاصی بروز می‌کند. این عوامل در سه دسته علّی، زمینه‌ای و

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

مداخله‌گر طبقه‌بندی شده‌اند.[1]عوامل علّی عبارت است از حوادث یا وقایعی که به وقوع یا رشد بیماری روانی منجر می‌شود که شامل سابقهٔ بیماری روانی و تجارب دردناک است. دراین‌میان، رفتارهای نامتعارف و زوال شبکه‌های حمایتی به‌منزلهٔ عوامل مداخله‌گر عمل می‌کنند و همچنین، نابه‌سامانی اقتصادی و گسیختگی خانواده به‌منزلهٔ عوامل زمینه‌ای بروز بیماری روانی عمل می‌کند. این عوامل به‌طورکلی و در امتداد یکدیگر در تکوین، تداوم و تشدید بیماری روانی اثر داشته‌اند.

با بروز بیماری روانی، اعضای خانواده دربرابر آن مواضع خاصی اتخاذ می‌کنند و راهبردهای خاصی در پیش می‌گیرند. این راهبردها شامل پذیرش، انکار، کتمان و واکنش عاطفی به بیمار روانی است. همچنین، می‌توان درک افراد از بیماری روانی را تحت عنوان مقوله‌هایی همچون، غیرعادی، گوشه‌گیری/ تنهایی، شدت و چندوجهی‌بودن بیماری، فشار مالی مضاعف و گسیختگی خانواده بیان کرد. بیماری روانی از دیدگاه افراد پیامدها و تبعاتی برای زندگی آنها دارد که می‌توان آنها را در چند مقوله دسته‌بندی کرد: برچسب بیماری روانی، داغ ننگ افتخاری، تمسخر، تسرّی بیماری، طرد اجتماعی/ طرد اجتماعی خودخواسته، فشار مالی و گسیختگی خانواده.



تصویر ۱. مدل زمینه‌ای درک همراهان بیماران روانی از زمینه‌ها، تعاملات و پیامدهای بیماری روانی

[1] استراوس و کوربین عوامل را به سه دستهٔ علّی، مداخله‌گر و زمینه‌ای تقسیم کرده‌اند. عوامل علّی آن‌دسته از رویدادها و وقایع‌اند که بر پدیده‌ها اثر می‌گذارند یا به وقوع یا توسعهٔ یک پدیده منجر می‌شوند. عوامل مداخله‌گر مجموعهٔ ویژگی‌های عام و وسیعی هستند که عوامل علّی را تخفیف یا به‌نحوی تغییر می‌دهند، یعنی اثر یک یا چند عامل را فعال‌تر، یا کُندتر، شدیدتر یا ضعیف‌تر می‌کنند. عوامل زمینه‌ای، مجموعه خاصی از ویژگی‌هاست که در یک زمان و مکان خاص جمع می‌آیند تا مجموعه اوضاع و احوال یا مسائلی را به‌وجود آورند که اشخاص با عمل/ تعامل‌های خود به آنها پاسخ می‌دهند. عوامل زمینه‌ای در عوامل علّی و مداخله‌گر منشأ دارند و محصول چگونگی تلاقی و تلفیق آنها با یکدیگر برای شکل‌دادن به الگوهای مختلف با ابعاد گوناگون‌اند (استراوس و کوربین، ۱۳۸۷: ۱۵۳-۱۵۵).

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌دنبال مطالعه کیفی تجربهٔ خانواده‌هایی که بیمار روانی در خانواده دارند، ازطریق بازسازی معنایی این تجربه‌ها، به واکاوی و کشف زمینه‌ها، پیامدها و دلالت‌های ذهنی و معنایی همراهان و اعضای خانواده از بیماران روانی پرداخته‌است.

تجربهٔ زیستهٔ همراهان بیمار روانی از وضعیت زندگی و زمینه‌های بیماری روانی بر ماهیت برساختی بیماری دلالت دارد. برمبنای مصاحبه‌ها، درکنار زمینهٔ وراثت، ملاحظات کلان‌تری ازقبیل تجربه‌های دردناک (تجربهٔ جنگ، خشونت و زندان)، گسیختگی خانوادگی، نابه‌سامانی اقتصادی، رفتارهای نامتعارف، و زوال شبکه‌های حمایتی در تکوین، تداوم و تعمیق بیماری روانی و پیامدهای آن دخالت داشته‌اند.

معنای بیماری روانی برای همراهان و اطرافیان شامل طیفی از مفاهیم، وضعیت‌ها و تجربه‌هایی است که نشان‌دهندهٔ ابعاد پیچیدهٔ بیماری روانی و مبدل‌شدن آن به صفتی بدنام‌کننده (داغ‌ننگ) برای بیمار روانی است.داغ‌ننگ ناشی ازاختلال روانی و حضور بیمار روانی در خانواده در چارچوب نوع دوم دسته‌بندی گافمن از انواع داغ‌ننگ درخور بررسی است. به‌زعم گافمن:

> قدرت داغ‌زنی یک صفت، نه در ذات خویش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. در چنین شرایطی، فرد، ازمنظر دیگران، از یک انسان کامل و عادی به فردی ناقص تقلیل می‌یابد. در حالت‌های افراطی امکان دارد آن فرد در نظر دیگران خطرناک جلوه نماید. ما تصور می‌کنیم که فرد داغ‌خورده انسان کاملی نیست و براساس همین تصور، انواع تبعیض‌های مختلف را علیه وی اعمال می‌کنیم و به‌شکلی کارآمد فرصت‌های زیستی‌اش را کاهش می‌دهیم (گافمن، ۱۳۸۶: ۱۸).

داغ‌ننگ تأکید شده در این پژوهش (نواقص و اختلالات شدید روانی)، ازجمله داغ ننگ‌هایی است که به منزلهٔ «نماد داغ‌ننگ»[1]برای همراهان بیمار روانی عمل می‌کند؛ یعنی نشانه‌هایی که به‌طور ویژه در جلب توجه به تفاوتی مؤثرند که هویت را تخریب می‌کند و از آنجا که از ارزش فرد در نظر دیگران می‌کاهند، آنچه را می‌توانست تصویری جامع و منسجم باشد، به‌یک‌باره درهم می‌ریزند (همان، ۶۹). حضور بیمار روانی به‌مثابهٔ نماد داغ‌ننگ در خانواده، در گسترش و تسرّی بدنامی به همراهان و نزدیکان بیمار روانی مؤثر است. براین‌اساس، همراهان و اعضای خانواده نیز تحت فشاراجتماعی قرار می‌گیرند و گرفتار فرایندی می‌شوند که گافمن آن را «داغ‌ننگ افتخاری» می‌نامد.

درمواجه با این اوضاع و احوال، ممکن است همراهان فرد داغ‌خورده بخواهند فرد داغ‌خورده و خود را کسی تعریف کنند که انگار هیچ تفاوتی با دیگر انسان‌ها ندارد، درحالی‌که، هم‌زمان،

[1] Stigma symbol

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

خود و افراد پیرامون، به او به‌منزلهٔ انسانی مجزا می‌نگرند. به‌این‌ترتیب، تفاوت و شکاف خاصی بین هویت اجتماعی بالقوهٔ همراهان بیمار روانی (آنچه فرد باید باشد) و هویت اجتماعی بالفعل آنان (آنچه عملاً هست) پدید می‌آید (همان، ۱۸). باتوجه به این تناقض اساسی که افراد در عمق خویشتن خویش احساس می‌کنند، بدیهی است که برای خروج از این دوراهی کوشش‌هایی انجام دهند.

اظهارات تمسخرآمیز، طعنه‌ها، زل‌زدن از روی ترحم، شایعه‌پراکنی و گمانه‌زنی دربارهٔ دلایل بیماری روانی بخشی از تجربهٔ زیستهٔ همراهان بیمار روانی به‌هنگام مواجهه با اطرافیان و دیگران در محیط پیرامون است. همراهان بیمار روانی، نگاه‌ها و زل‌زدن اطرافیان را به‌هنگام حضور در جمع، آزاردهنده تلقی می‌کنند. به‌قول گافمن: «آنها احساس می‌کنند که در طول ارتباطات مختلف در مرکز توجه دیگران قرار دارند (همان، ۴۸). ازاین‌رو، همراهان بیمار روانی به‌هنگام قرارگرفتن در جمع، به‌دنبال سروسامان‌دادن به اطلاعات بدنام‌کننده اما فاش‌نشدهٔ بیمار روانی هستند. گافمن به تمهیداتی که برای آشکارنشدن این اطلاعات به‌کار گرفته می‌شود، گذرکردن[1] اطلاق می‌کند (همان، ۶۹). یکی از روش‌های متداول، پنهان‌کردن یا ازبین‌بردن نشانه‌هایی است که به نماد داغ ننگ تبدیل شده‌اند (همان، ۱۲۲). راهبرد دیگر این است که نشانه‌های داغ ننگ را نشانه‌های ویژگی دیگری نمایش دهند؛ برای مثال، همراهان بیمار اسکیزوفرن تلاش می‌کردند تا به قالب بیماری پذیرفته‌شده‌تری همچون افسردگی گذر کنند؛ زیرا نوع دوم بدنامی کمتری دارد. از دیگر راهبردهایی که همراهان بیماران روانی بسیار به‌کار می‌برند، این است که برای مقابله با مخاطرات بیماری جهان را به دو گروه تقسیم می‌کنند: یک گروه بزرگ که به آنها هیچ نمی‌گوید و یک گروه کوچک که همه چیز را به آنها گفته و سپس روی کمک‌شان حساب باز می‌کند (همان، ۱۲۵). گروه کوچک شامل والدین، خواهر و برادر و همسر در صورت تأهل است. این نوع مدیریت اطلاعات عموماً ازجانب پزشکان توصیه شده است. همین مسئله حفظ فاصلهٔ اجتماعی و فیزیکی داوطلبانه و کناره‌گیری عامدانه از تعاملات را به منزلهٔ یکی دیگر از راهبردهای کنترل اطلاعات درپی داشته است. یافته‌های پژوهش صادقی (۱۳۸۲) و ذوالعدل و همکاران (۱۳۸۵)، و مطالعهٔ شاه‌ویسی و همکاران (۱۳۸۶) گویای این است که پنهان‌کردن بیماری روانی از خویشاوندان یا وانمودکردن بیماری به چیزی غیر از بیماری روانی مزمن، راهکاری است که برخی افراد برای کنارآمدن با بیماری به‌کار می‌گیرند. یکی دیگر از راهبردهایی که مراقبان و همراهان بیمار روانی، که بیشترین درگیری را با بیمار روانی (از لحاظ مراقبتی و گذران زندگی و وقت با فرد بیمار) داشته‌اند، در برابر زمینه‌ها و پیامدهای بیماری روانی اتخاذ می‌کنند، پذیرش بیماری و کسب اطلاع از بیماری روانی و نهایتاً تلاش درجهت درمان بیماری روانی است.

[1] Passing

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

مصاحبه‌شوندگان بیماری روانی را امری غیرطبیعی در تقابل با بیماری‌های جسمی شناخته‌شده‌تر تلقی می‌کنند. این مسئله مؤید پذیرش عمومی و سهل‌تر بیماری جسمی در مقایسه با بیماری روانی است؛ چراکه بیماری روانی به‌همراه خود برچسب و تبعات آن، همچون طرد و انزوای اجتماعی، را به همراه دارد. منزوی‌شدن بیمار روانی یکی دیگر از ابعادی است که اعضای خانواده بر آن، تأکید دارند. تنهایی دوسویه است: نه‌تنها این دسته از افراد در جامعه به حاشیه رانده می‌شوند، بلکه خود افراد نیز درجهت کتمان، پیشگیری و جلوگیری از عیان‌شدن نمادهای بدنام‌کنندهٔ بیماری به انزوای اجتماعی خودخواسته تن می‌دهند.

همراهان و اعضای خانواده‌های این دسته از بیماران به‌دلیل فشار روانی حاصل از مراقبت و نگهداری از بیمار روانی و همچنین آثار اجتماعی انگ روانی و انزوای اجتماعی حاصل از آن، خود نیز از لحاظ عاطفی و روانی درگیر مشکلاتی چون افسردگی و بدخلقی هستند و کیفیت زندگی آنان دچار زوال شده است. به‌بیان‌دیگر، حضور بیمار روانی به تسرّی نشانه‌ها و پیامدهای بیماری به دیگر اعضای خانواده منجر شده است. «از تجارب اصلی خانواده‌های بیماران روانی تجربهٔ داغ ننگ است که درنظر اطرافیان و جامعه، بیمار روانی فردی کاملاً بد و یا خطرناک قلمداد می‌شود» (گافمن،۱۳۹۱: ۱۸). نتایج مطالعات تجربی قاسمی و همکاران (۱۳۷۹)، شمسائی و همکاران (۱۳۸۹)، صادقی و همکاران (۱۳۸۲)، ذوالعدل و همکاران (۱۳۸۵)، و شاه‌ویسی و همکاران (۱۳۸۶) مؤید آن است که انگ به‌صورت بالقوه بر احساسات فردی اثر دارد. برمبنای مطالعات مذکور، خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، فشار، نگرانی، تمسخرشدن، احساس ناراحتی و شرم را تجربه کرده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد نگهداری و مراقبت از بیماران روانی با ازدست‌دادن فرصت‌های اجتماعی همچون حضور در مناسبات اجتماعی و روابط اجتماعی و طرد اجتماعی خودخواسته همراه بوده است.

بنابر آنچه گفته شد، ماهیت بدنام‌شوندگی یک صفت و وضعیت (در اینجا بیماری روانی) در ارزش‌های اجتماعی، نگرش‌ها و تفکرات قالبی ریشه دارد. زمینه‌ها و پیامدهای بیماری، نوعی برساختِ اجتماعی است. حضور بیمار روانی در خانواده و تسرّی نمادهای بدنامی به همراهان و نزدیکان، تداوم، بازتولید و تعمیق بیماری روانی را در جامعه به‌دنبال داشته و سیر درمان بیماری را مشکل و حتی اثر درمان را خنثی می‌کند.

در ادبیات تجربی موجود، بیشتر ازمنظر روانی و پزشکی به بیماری روانی پرداخته شده است و سهم پژوهش‌های اجتماعی اندک است. حساسیت موضوع پژوهش و مقاومت همراهان و خانواده‌ها و ترک مصاحبه از مشکلات اصلی پژوهش حاضر بود. این مسئله به‌نوعی مؤید شدت و قدرت بدنام‌کنندگی اختلال روانی در میدان تحت مطالعه است. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، محدودشدن نمونه‌ها به مراجعان بیمارستان قدس بود که اغلب مراجعان آن قشرهای

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

میانی به پایین بودند. درمان افراد برخوردار (قشرهای بالا) در کلینیک‌های خصوصی یا در خارج از استان صورت می‌گیرد و با وجود مراجعهٔ محققان به کلینیک‌های خصوصی، هیچ‌کدام از همراهان بیماران حاضر به مصاحبه نشدند. ازاین‌رو، داده‌ها و یافته‌های این مطالعه به قشرهای سطح پایین مراجعه‌کننده به بیمارستان قدس محدود شده است. به‌همین‌دلیل، امکان به‌کارگیری نمونه‌گیری با حداکثر تنوع درجهت شناسایی و مقایسهٔ گونه‌ها، زمینه‌ها و پیامدهای بیماری روانی نزد قشرهای مختلف اجتماعی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی بازسازی معانی، دلالت‌ها، زمینه‌ها و پیامدهای حضور بیمار روانی نزد قشرهای برخوردار و مراجعان به کلینیک‌های خصوصی و همچنین، واکاوی تجربه‌های کادر مراکز درمانی اختلالات روانی نیز مورد توجه قرار گیرد.

منابع

استراوس، آنسلم و جولیت کوربین (۱۳۸۷) *اصول روش تحقیق کیفی، نظریهٔ مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*، ترجمهٔ بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

ای. سی. کاف، دبلیو، دی شاروک و دی دبلیو فرانسیس (۱۳۸۸) *چشم‌اندازهایی در جامعه‌شناسی*، ترجمهٔ بهزاد احمدی و امید قادرزاده، تهران: کویر.

توکلی، سامان و همکاران (۱۳۸۵) «بررسی رابطهٔ انگ بیماری افسردگی با نگرش نسبت به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان در دانشجویان»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال هشتم، شمارهٔ ۲: ۳۱-۴۳.

حیدری، عباس و همکاران (۱۳۹۳) «تحلیل مفهوم انگ (استیگما) بیماری روانی»، *دانشکدهٔ پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند*، شمارهٔ ۳: ۲۱۸-۲۲۸.

ذوالعدل، محمد و همکاران (۱۳۸۵) «بررسی پدیدارشناختی تجربه‌های مشترک خانواده‌های دارای بیمار روانی»، *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال دوازدهم، شمارهٔ ۱: ۶۷- ۷۰.

رابینگتون، ارل و مارین واینبرگ (۱۳۹۱) *رویکردهای هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی*، ترجمهٔ رحمت‌الـله صدیق سروستانی، تهران: دانشگاه تهران.

رضایی بایندر، محمدرضا (۱۳۸۶) «بازنمایی بیماری روانی و افراد مبتلا به اختلالات روانی در رسانه‌ها»، *پژوهش و سنجش*، شمارهٔ ۱۴: ۳۱- ۴۴.

روزنهان، دیوید ال و مارتین. ای. پی، سلیگمن (۱۳۷۸) *روان‌شناسی نابهنجاری/ آسیب‌شناسی روانی*، ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی، تهران: ارسباران.

سانتراک، جان (۱۳۸۵) *زمینهٔ روان‌شناسی*، ترجمهٔ مهرداد فیروزبخت، تهران: رسا.

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]

شاه‌ویسی، بهمن و همکاران (۱۳۸۶) «مقایسهٔ انگ بیماری روانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روان‌پریشی»، *توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، شمارهٔ ۲۹ :۲۱- ۲۷.

شمسائی، فرشید، محمدخان کرمانشاهی و زهره ونکی (۱۳۸۹) «بررسی نیازهای خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیماران با اختلال دوقطبی»، *مجله دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان*، دورهٔ هفدهم، شمارهٔ ۳: ۵۷-۶۳.

صادقی، ماندانا (۱۳۸۲) «تأثیر انگ بر مراقبت‌های بهداشت روان»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال پنجم، شمارهٔ ۲: ۸۴-۹۰.

صادقی، مجید و همکاران (۱۳۸۲) «بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانوادهٔ بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی»، *تازه‌های علوم‌شناختی*، سال پنجم، شمارهٔ ۲: ۲۵-۲۶.

عطاری، محمد، آزاده چاکری و شاهین محمدی زرغان (۱۳۹۴) «تحلیلی بر جادو و جادوگری در درمان بیماران روانی در گذشته»، *رویش روان‌شناسی*، سال چهارم، شمارهٔ ۱۲: ۷۴-۶۱.

قاسمی، غلامرضا، بدرالدین نجمی و قربانعلی اسداللهی (۱۳۷۹) «آموزش تربیتی و روانی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی»، *پژوهش در علوم‌پزشکی*، سال پنجم، شمارهٔ ۱: ۵۲- ۵۹.

گافمن، اروینگ (۱۳۹۱) *نمود خود در زندگی روزمره*، ترجمهٔ مسعود کیانپور، تهران: مرکز.

گافمن، اروینگ (۱۳۸۶) *داغ ننگ*، ترجمهٔ مسعود کیانپور، تهران: مرکز.

گنجی، حمزه (۱۳۸۸) *روان‌شناسی عمومی*، تهران: ساوالان.

ملکوتی، سید کاظم، نرگس چیمه و لیلی پناغی (۱۳۸۸) «مقایسهٔ اثربخشی دو روش مداخلهٔ مدیریت مورد: (کارشناسان بهداشت و اعضای خانوادهٔ بیماران) بر سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی خانوادهٔ بیماران اسکیزوفرنیا»، *خانواده‌پژوهی*، سال پنجم، شمارهٔ ۱۷: ۲۹- ۴۲.

وارنر، ریچارد (۱۳۸۸) *بهبود اسکیزوفرنیا روان‌پزشکی و اقتصاد سیاسی*، ترجمهٔ مهرنوش خوشنودی‌فر و همکاران، تهران: دانژه.

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1396.8.1.4.2]