

مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

امید قادرزاده،* میدیا درویش منش**

چکیده

با گذار از رویکرد مکانیکی و روان‌تنی به رویکرد روان‌تنی اجتماعی، بیماری روانی به منزله پدیده‌ای چندوجهی و امری فرهنگی-اجتماعی درک‌شده و توجیه 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 مطالعه کیفی از طریق مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته گردآوری و از روش نظریه زمینه‌ای برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. به کمک روش نمونه‌گیری نظری و هدفمند با ۱۹ نفر از اعضای خانواده بیمار روانی مصاحبه شد و در نهایت داده‌های گردآوری‌شده در قالب ۱۸ مقوله محوری و یک مقوله هسته کدگذاری و تحلیل شد. بر مبنای نتایج پژوهش، مصاحبه‌شوندگان بیماری روانی را حاصل زمینه‌هایی چون سابقه 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 دامنه 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 مطالعه حاضر، وجود بیمار روانی پیامدهایی چون داغ ننگ افتخاری، تمسخر، طرد اجتماعی خودخواسته، فشار مالی مضاعف و گسیختگی مضاعف خانواده را برای اطرافیان بیمار در پی داشته است.

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

o.ghaderzadeh@uok.ac.ir

*دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان (نویسنده مسئول)

kanimidia@gmail.com

**کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۶

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

طرح مسئله

بیماری روانی مفهومی نسبتاً جدید است، گرچه عمر انواع رفتارهایی که این مفهوم شامل آن می‌شود به اندازه عمر بشر است. از دیرباز، جنون به مثابه رفتاری نامتعارف تلقی شده است و معالجه و درمان آن به شفا دهندگان 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 نحوه 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 به عنوان مجازات گناهان شخص بر وی تحمیل می‌کنند. بقراط در چارچوب نظریه خلق و خو معتقد بود که در بدن انسان اخلاط چهارگانه‌ای (خون، بلغم، صفرا، و سودا) وجود دارد که خلق و خو و مزاج ما را کنترل می‌کنند. فزونی بیش از حد هر کدام نتایج رفتاری غیرمنتظره و غیرطبیعی را در پی دارد؛ مثلاً گفته می‌شود فزونی بیش از حد 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 در قالب تسخیر به وسیله 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 مشخصه فرد دانسته می‌شود که محیط اجتماعی آن را به وجود 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. به بیان دیگر، شخصی بیمار روانی شناخته می‌شود که دیگران وی را بیمار روانی بنامند» (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱: ۳۴).

به طور کلی، می‌توان از دو منظر بیرونی^۱ (نگاه از بیرون) و درونی^۲ (از منظر افراد درگیر) به بیمار روانی و بیماری روانی نگریست.

^۱ Etic

^۲ Emic

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

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

مقاله حاضر در چارچوب رویکرد تعامل‌گرایی نمادین، به دنبال بازسازی معنایی تجربه افرادی است که بیمار روانی (مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و دوقطبی) در خانواده دارند. اسکیزوفرنی اختلالی مزمن، عودکننده و ناتوان‌کننده است که می‌تواند به بستری شدن در بیمارستان منجر شود، و با ایجاد ناتوانی، هزینه‌های درمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بسیار سنگینی بر فرد بیمار و خانواده وی تحمیل می‌کند. مشخصه 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، بسته شدن فکر)، قطع ارتباط با واقعیت از مشخصه‌های بیمار اسکیزوفرن به شمار می‌آید (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۴: ۳۰؛ گنجی، ۱۳۸۸: ۲۶۲؛ وارنر، ۱۳۸۸: ۲۵). اصلی‌ترین مشخصه اختلال دوقطبی، نوسانهای 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، به دلیل ضعف نهادهای حمایتی، قسمت اعظم مسئولیت نگهداری و مراقبت از بیماران روانی به عهده 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 چهارصد و پنجاه میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند. مطابق آمارها، از هر سه یا چهار نفر، یک نفر احتمالاً در طول 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 به شکل جدی و درست

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 درک‌نویس 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، مقاله حاضر، ضمن اذعان به ابعاد روان‌پزشکی بیماری روانی، به‌دنبال مطالعه 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 نشان‌دهنده 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 مشخصه 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 درباره 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

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

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 دسته 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. در مواجهه 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 به‌منزله 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" اطلاق می‌کند (همان، ۶۹).

مقاله حاضر - در چارچوب روش‌شناسی کیفی - با به‌کارگیری روش نظریه زمینه‌ای به‌دنبال بازسازی اجتماعی تجربه 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 نحوه برخورد کنشگران با این پدیده است که برپایه 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/سکیزوفرنیا (روان‌پزشکی و اقتصاد سیاسی) با روشی اقناعی و درعین‌حال جدلی نشان می‌دهد چگونه جریانهای سیاسی، اقتصادی و بازار کار، واکنش‌های اجتماعی به بیماری روانی را شکل می‌دهد و بر شروع و طول دوره یکی از متداول‌ترین بیماری‌های روانی اثر می‌گذارد. صادقی (۱۳۸۲) در تحقیقی به بررسی تأثیر انگ

¹ Passing

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 مرحله شناختی - اجتماعی شکل می‌گیرد: سرخ‌ها، تصورات قالبی، تعصب‌ها و تبعیض‌ها. درباب بیماران روانی، این تصورات قالبی موجب بروز احساس دشمنی، بی‌کفایتی و شرمندگی می‌شود. بر مبنای نتایج این پژوهش، خانواده‌هایی که عضوی از آنها دارای بیماری روانی است، کاهش عزت نفس بیمارشان را به خجالت و شرم تعبیر می‌کنند. پژوهش‌توکل و همکاران (۱۳۸۵) نشان می‌دهد داشتن اطلاعات در زمینه 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، نه تنها 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 مطالعه شاه‌ویسی و همکاران (۱۳۸۶) با عنوان «مقایسه 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، رابطه 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 بیمار روانی» است. بر مبنای 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 خانواده دارای بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته است. بر مبنای یافته‌های این پژوهش، پنج گروه نیاز در میان خانواده‌های بیماران شناسایی شده که شامل اداره بیماری، مشاوره، نیازهای اقتصادی، مراقبت و پیگیری، و درک و توجه اجتماع است. مروری بر پژوهش‌های انجام شده، از غلبه 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

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

اجتماعی (با اتکا به نظریه گافمن) به دنبال 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 به دنبال مطالعه کیفی تجربه‌های همراهان بیمار روانی، دلالت‌های معنایی بیماری روانی، استراتژی‌های خانواده‌ها و پیامدهای حضور بیمار روانی در خانواده است، نظریه زمینه‌ای همچون یک روش پژوهش کیفی که با استفاده از جمع‌آوری نظام‌مند و منظم داده‌ها و توسعه روش‌ها به‌شکلی استقرایی و زمینه‌ای در ارتباط با یک پدیده به‌کار می‌رود (استراوس و کوربین، ۱۳۸۷: ۲۳) مناسب به‌نظر می‌رسد. جهت بازسازی معنایی تجربه زیسته همراهان بیمار روانی، بیمارستان قدس به منزله میدان پژوهش برگزیده شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش، همراهان و اعضای خانواده بیماران روانی‌اند که همراه بیمار بستری‌شده در بیمارستان بودند.

از آنجاکه نظریه زمینه‌ای به دنبال نظریه‌پردازی یا دست‌کم تحلیل نظری خواهد بود، روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری نظری است. براین اساس، مصاحبه‌شوندگان براساس سؤال‌های تحقیق، مصاحبه‌های قبلی و حساسیت نظری گزینش شدند و مناسب‌ترین افراد تحت مشاهده و مطالعه قرار گرفتند تا اشباع نظری^۱ حاصل شود و همین اشباع نظری مرحله پایانی نمونه‌گیری بود. تعداد نمونه در این پژوهش بسته به حد 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. پس از نوزده مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته، اشباع نظری حاصل شد. در فرایند مصاحبه‌ها، گزینش مصاحبه‌شونده‌ها به روش‌های نمونه‌گیری گلوله‌برفی و با حداکثر تنوع انجام گرفت. برای انتخاب همراهانی که تجربه‌ها و ویژگی‌های بارزتری در زمینه موضوع مطالعه داشتند، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی بهره برده شد؛ بدین‌صورت که پس از مصاحبه با تعدادی از همراهان بیمار روانی، از کارکنان بیمارستان، به‌منزله 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

گفتنی است در میدان تحقیق (بخش بیماران روانی بیمارستان قدس) مراجعه‌کنندگان به دلیل دولتی بودن مرکز بیشتر اقشار متوسط به پایین بودند؛ بنابراین، افراد مصاحبه‌شونده به لحاظ سرمایه اقتصادی و فرهنگی در موقعیت مشابهی قرار داشتند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته صورت گرفته است. ذکر این نکته ضروری است که در میدان مطالعه، مصاحبه‌شوندگان به راحتی حاضر به انجام مصاحبه نبودند و نوعی بی‌اعتمادی، ترس و محافظه‌کاری در تمام مصاحبه‌شوندگان مشهود بود. به همین دلیل و نیز به دلیل حساسیت موضوع، و اینکه مصاحبه‌شوندگان به نوعی طرد اجتماعی و انگ بیماری را تجربه کرده بودند، زمان زیادی صرف جلب اعتماد افراد شد. در تحلیل داده‌ها به سبک نظریه زمینه‌ای، هدف این بود که از داده‌های جمع‌آوری شده - یعنی از استقرایی‌ترین شواهد موجود- به سمت مفاهیم، قضایا و مقولات انتزاعی‌تر حرکت شود. به همین منظور، گذداری سه‌گانه انجام گرفت.

مشخصات کلی مصاحبه‌شوندگان

میدان مطالعه پژوهش حاضر، همراهان و اعضای خانواده بیماران روانی است. این همراهان در رده 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. از نظر سطح سواد، ۳۱/۵ درصد بی‌سواد، ۳۷ درصد زیردیپلم، ۱۶ درصد دیپلم، و ۱۷ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم و لیسانس بودند. از لحاظ 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 خانواده 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^۱

در بین تمام نهادها و سازمانها 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

^۱ Family disorganization

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

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 (مصاحبه‌شونده شماره 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 (مصاحبه‌شونده شماره 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. به‌همین ترتیب، 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 نابه‌سامانی 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 دکتري که داشت از من اكو می‌گرفت گفت این علائمی که داری توی زن‌های هشتادساله دیده می‌شود چرا این کار را با خودت کردی (مصاحبه‌شونده شماره ۱۵).

شوهرش فقط سرکوفت می‌زند، می‌گوید شما روانی هستید، هر کاری می‌کرد می‌گفت شما روانی هستید، برو بابات خرجت را بدهد، آنها ثروتمندند، من

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

۳) زوال سرمایه اجتماعی

با توجه به اظهارات مصاحبه‌شوندگان، اغلب این افراد از فقدان شبکه‌های اجتماعی حمایتی رنج می‌برند و گستره تعاملات آنان به شدت 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۱).

به‌خدا هیچ‌کسی، هیچ‌کسی، فقط تنها کسی که کمکمان کرده و پشتیبانم بوده آن رئیس بانک بوده، یعنی به اندازه هزارتا فامیل درجه یک و پدر و برادر کمک کرده. هم از نظر اینکه به من 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 بچه‌ها خراب نشود که توی خانه نباشند اذیت شوند (مصاحبه‌شونده شماره ۱۵).

۴) تجارب دردناک

اغلب می‌توان به رویدادهای خاصی اشاره کرد که به بحران منجر می‌شود: بحرانی واکنشی که آشفته‌گی اجتماعی یا هیجانی شدید به وقوع آن کمک می‌کند، غالباً آشفته‌گی‌ای که فرد هیچ‌گیزی از آن نمی‌بیند. برای برخی از این بیماران اسکیزوفرنیک، این بحران می‌تواند شامل یادآوری آوارگی، ترک خانه، ترک مدرسه برای به‌دست آوردن کار، اولین تجربه جنسی، ازدست‌دادن اعضای خانواده، یا ازدواج باشد (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۷۸: ۱۳۲-۱۳۳). اظهارات مصاحبه‌شوندگان مؤید تجارب دردناک اعضای خانواده 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۸).

چندسال پیش، ماشین یکی از فامیل‌هامان آتش گرفت، فریاد زدند آب بیاورید، پسر من 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

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

۵) رفتار نامتعارف

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

میزی جلو در مغازه‌ای بود، شکستش انداخت توی حیاط شهرداری. یک بار هم 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۱).

خیلی حرف می‌زد، اجازه 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۲).

۶) سابقه بیماری روانی

در تبیین‌های زیست‌شناختی اختلالات خلقی، وراثت و ناپهنجاری‌های عصبی 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 تسری می‌دهد. اشاره به وجود سابقه 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۵). پزشک به‌ایشان گفته دلیلش ژنتیکی است، بعد شرایط زندگیشان هم چه‌جوری بگویم، نداری و بی‌پولی. این دایی من هم که این‌طوری شده، قبلش زن و بچه

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

تجربه و درک همراهان از بیماری روانی

۱) بیماری روانی به مثابه مسئله‌ای غیرعادی / غیرطبیعی

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

از آن موقع که بیمار شده من هم 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۷).

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

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

آن موقع در دانشگاه درس می‌خواند. رشته 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۵).

۲) دوری‌گزینی

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

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی (وارنر، ۱۳۸۸: ۲۶۵). در مواجهه با نگاه‌های خیره اطرافیان اولین سازوکار دفاعی خانواده‌ها و بیمار دوری‌گزینی است:

صحبت‌کردنش جووری 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 (مصاحبه‌شونده شماره 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 (مصاحبه‌شونده شماره 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 در پی دارد. نمونه‌های زیرگویای این مطلب است:

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

اغلب مصاحبه‌شوندگان به ناکافی بودن 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 داروهایشان 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 جووری حالی‌اش نمی‌شود. اگر قرض هم کردم مجبورم برایش بگیرم (مصاحبه‌شونده شماره 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

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

۴) شدت و چندوجهی بودن اختلال روانی

براساس یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، اعضای خانواده 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 چندوجهی بودن 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 (مصاحبه‌شونده شماره 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 (مصاحبه‌شونده شماره 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۵).

راهبردهای همراهان برای تعامل با بیمار روانی

۱- واکنش عاطفی / ترحم

بارزترین واکنش اعضای خانواده بیماران روانی واکنش عاطفی است. همه 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۹).

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

۲- کتمان بیماری

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

آری، والله. بعضی حرکاتش را به هیچ‌کس نگفتم. حتی از بچه‌ها پنهان کردم. بچه‌هایم چه خودم حرف بزنم چه نزنم، به هیچ‌کس چیزی نمی‌گویند، نه به همسایه نه به فامیل چیزی نمی‌گویند (مصاحبه‌شونده شماره 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۷).
هنگامی که بیمارستان قدس بستری می‌شود، به اطرافیان می‌گوییم رفته سنج برای کارهای درس و دانشگاهش، چون امسال فارغ‌التحصیل می‌شود (مصاحبه‌شونده شماره ۴).

برخی از خانواده‌ها هم درجهت کاهش داغ‌ننگ و سبک‌ترکردن 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 و گرنه وقتی بچه بود اینها را نداشت. کاملاً سالم بود. الان هم از خودمان سالم‌تر است. فقط آن اوایل داروهاش را نمی‌خورد. یکی دوبار اینجا بستری شد و گرنه هیچ مشکلی ندارد (مصاحبه‌شونده شماره 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. می‌گفتم 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۲).

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 برایش می‌گیرم، ازش پذیرایی می‌کنم (مصاحبه‌شونده شماره 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 (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴).

پیامدهای بیماری روانی

۱) تسری بیماری؛ داغ ننگ افتخاری

به دلیل تنش‌های حاصل از حضور بیمار روانی در خانواده و فشارهای حاصل، در مواردی، اعضای خانواده نیز نشانگانی از فقدان سلامت روان را تجربه می‌کنند. براین اساس، همراهان و اعضای خانواده نیز تحت فشار اجتماعی قرار می‌گیرند و دچار فرایندی می‌شوند که گافمن آن را «داغ ننگ افتخاری» می‌نامد؛ یعنی وضعیتی که افراد عادی به واسطه ارتباطشان با فرد داغ‌ننگ خورده مشمول داغ ننگ می‌شوند.

الان همیشه ناراحتیم. الان من وقتی می‌بینم که این پسر من این‌جوری است، به اندازه دوازده سال پیر می‌شوم. مادرش از غصه بیمار شده، افتاده توی خانه. دختر من هم این‌طور از غصه کلی لاغر شده و رنگش پریده. خودم هم چون دنبال کارهای هستم بیکار شدم نمی‌توانم کاری بکنم. این بلا هم سرمان آمده (مصاحبه‌شونده شماره ۱۱).

برخی مصاحبه‌شوندگان بر این باورند که طولانی‌بودن دوره 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 (مصاحبه‌شونده شماره 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 خانواده بیماران برای اجتناب از قرارگرفتن در معرض تمسخر دیگران، سعی می‌کنند بیماری را پنهان کنند:

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

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

عموماً با عیان شدن و رؤیت‌پذیر شدن بیماری، اغلب خانواده‌ها دیگر قادر نیستند بیماری را کتمان کنند و به نوعی نگاه‌های آزاردهنده و تحقیرآمیز و تمسخر شدن را تجربه کرده‌اند: آن هفته که برگشتیم سقز، تمام کسانی که توی اتوبوس بودند داشتند به‌ما به همه فحش می‌داد و حرف می‌زد. من هم 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؟ (مصاحبه‌شونده شماره ۸).

۳) گسیختگی مضاعف خانواده

در قسمت زمینه‌های بروز بیماری روانی و شدت یافتن نشانگان بیماری به نقش خانواده اشاره شد. حال، باید به این نکته اشاره کرد که نه‌تنها اختلال در خانواده بر ظهور بیماری و شدت یافتن 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 بی‌حد و حساب. شب و روز به‌خاطر سردردی که داریم قرص می‌خوریم. انسان باید استراحت داشته باشد. مهمان برایش می‌آید لبش خندان باشد (مصاحبه‌شونده شماره ۸).

۴) طرد از روابط اجتماعی؛ طرد اجتماعی خودخواسته

یکی از اشکال گسیختگی مناسبات اجتماعی طرد اجتماعی است. روابط اجتماعی اعضای خانواده بیمار روانی به‌شدت تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد؛ به‌نحوی که آنها برای فرار از تجربه 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 سپری کردن زمان در کنار دیگران است و هرچه زمان بیشتری با دیگران صرف شود، فرصت بیشتری به آنها می‌دهد تا اطلاعات بدنام‌کننده‌ای درباره فرد به‌دست آورند (گافمن، ۱۳۸۶: ۱۱۵). افراد

جهت ممانعت از افشای داغ ننگ و بیماری روانی عضو خانواده، به طور خودخواسته، روابط اجتماعی خود را با اطرافیان محدود می کنند. نقل قول های زیر مؤید این مسئله است:

الان کمتر شده، نمی آیند خانه مان. مردم می گویند دیوانه دارند، این طوری شدیم. تغییر کرده خیلی تغییر کرده. فامیل های نزدیک به آن صورت به ما سر نمی زنند، خیلی کم می آیند، یا اگر هم بیایند برایشان مزاحمت ایجاد می کند (مصاحبه شونده شماره ۱۲).

با همه شان قطع رابطه کردم. مردم آن جا یک جوری هستند. اگر ببینند کسی بیمار است مسخره اش می کنند. مثلاً می گویند دیوانه است. بعد روستا یک جای کوچک است. اگر کسی مریض باشد، همه جا پخش می شود. می گویند فلانی بیمار است. آنقدر می گویند که آدم مجبور می شود خودش از آنها فاصله بگیرد (مصاحبه شونده شماره ۹).

هسته مرکزی: تجربه بیماری روانی به مثابه طرد اجتماعی خودخواسته

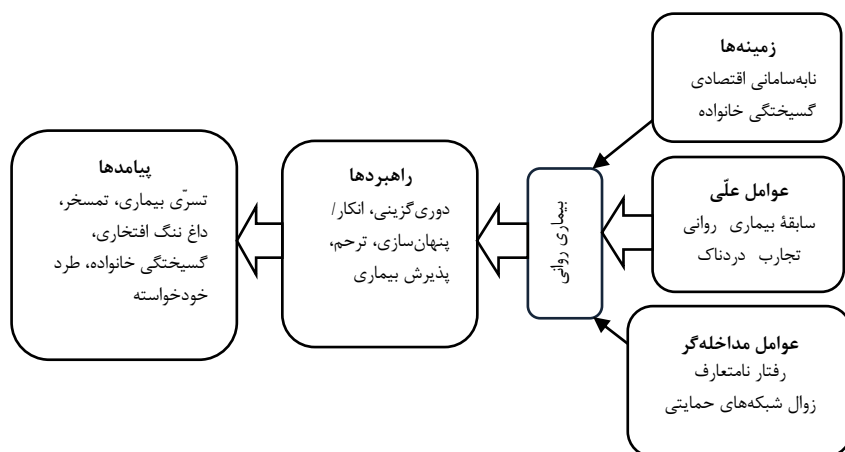
مقوله هسته این پژوهش با عنوان «طرد اجتماعی خودخواسته» براساس هفت زیرمقوله شکل گرفته است. این مقوله، به انتزاعی ترین نحو ممکن، به پرسش های زمینه ای و تعاملی و پیامدی پاسخ می دهد و می توان مسیر رویدن آن را از دل داده های زمینه، از طریق رجوع به مقولات محوری، پی گرفت. نابه سامانی های اقتصادی، رفتار نامتعارف، تجربه های دردناک، گسیختگی خانوادگی، سابقه بیماری، تنهایی و گوشه گیری، کتمان بیماری، تمسخر و برچسب بیماری بر اختلال رابطه ای همراهان و اعضای خانواده بیمار روانی دلالت دارد. به بیان دیگر، همراهان بیمار روانی در جهت کاهش تنش ها و آثار بیماری روانی، از اجتماع و روابط اجتماعی خود کناره می گیرند، موضوعی که در این پژوهش تحت عنوان طرد اجتماعی خودخواسته مفهوم سازی شده است.

نظریه زمینه ای پژوهش

در این پژوهش سعی شده است با تکیه بر تجربه و درک همراهان بیماران روانی، زمینه ها 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 تجربه افراد است که آن را به طور شفاهی یا در عمل بیان کرده اند. براساس مدل پارادایمی (تصویر ۱)، می توان گفت که بیماری روانی در وضعیت های خاصی بروز می کند. این عوامل در سه دسته علی، زمینه ای و

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

مداخله‌گر طبقه‌بندی شده‌اند.^۱ عوامل علی عبارت است از حوادث یا وقایعی که به وقوع یا رشد بیماری روانی منجر می‌شود که شامل سابقه بیماری روانی و تجارب دردناک است. در این میان، رفتارهای نامتعارف و زوال شبکه‌های حمایتی به‌منزله عوامل مداخله‌گر عمل می‌کنند و همچنین، نابه‌سامانی اقتصادی و گسیختگی خانواده به‌منزله عوامل زمینه‌ای بروز بیماری روانی عمل می‌کند. این عوامل به‌طور کلی و در امتداد یکدیگر در تکوین، تداوم و تشدید بیماری روانی اثر داشته‌اند. با بروز بیماری روانی، اعضای خانواده در برابر 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، تسری بیماری، طرد اجتماعی/ طرد اجتماعی خودخواسته، فشار مالی و گسیختگی خانواده.



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

^۱ استراوس و کوربین عوامل را به سه دسته علی، مداخله‌گر و زمینه‌ای تقسیم کرده‌اند. عوامل علی آن دسته از رویدادها و وقایع‌اند که بر پدیده‌ها اثر می‌گذارند یا به وقوع یا توسعه یک پدیده منجر می‌شوند. عوامل مداخله‌گر مجموعه ویژگی‌های عام و وسیعی هستند که عوامل علی را تخفیف یا به‌نحوی تغییر می‌دهند، یعنی اثر یک یا چند عامل را فعال‌تر، یا کندتر، 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 علی 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).

بحث و نتیجه گیری

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

تجربه زیسته همراهان بیمار روانی از وضعیت زندگی و زمینه‌های بیماری روانی بر ماهیت برساختی بیماری دلالت دارد. بر مبنای مصاحبه‌ها، در کنار زمینه وراثت، ملاحظات کلان‌تری از قبیل تجربه‌های دردناک (تجربه 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 نشان‌دهنده ابعاد پیچیده بیماری روانی و مبدل شدن آن به صفتی بدنام‌کننده (داغ‌نگ) برای بیمار روانی است. داغ‌نگ ناشی از اختلال روانی و حضور بیمار روانی در خانواده در چارچوب نوع دوم دسته‌بندی گافمن از انواع داغ‌نگ درخور بررسی است. به زعم گافمن: قدرت داغ‌زنی یک صفت، نه در ذات خویش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. در چنین شرایطی، فرد، از منظر 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 به شکلی کارآمد فرصت‌های زیستی‌اش را کاهش می‌دهیم (گافمن، ۱۳۸۶: ۱۸).

داغ‌نگ تأکید شده در این پژوهش (نواقص و اختلالات شدید روانی)، از جمله داغ‌نگ‌هایی است که به منزله «نماد داغ‌نگ»^۱ 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، به یک‌باره درهم می‌ریزند (همان، ۶۹). حضور بیمار روانی به مثابه نماد داغ‌نگ در خانواده، در گسترش و تسری بدنامی به همراهان و نزدیکان بیمار روانی مؤثر است. بر این اساس، همراهان و اعضای خانواده نیز تحت فشار اجتماعی قرار می‌گیرند و گرفتار فرایندی می‌شوند که گافمن آن را «داغ‌نگ افتخاری» می‌نامد.

در مواجهه 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،

^۱ Stigma symbol

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

خود و افراد پیرامون، به او به منزله انسانی مجزا می‌نگرند. به این ترتیب، تفاوت و شکاف خاصی بین هویت اجتماعی بالقوه 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 درباره دلایل بیماری روانی بخشی از تجربه زیسته 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). از این‌رو، همراهان بیمار روانی به‌هنگام قرارگرفتن در جمع، به دنبال سروسامان‌دادن به اطلاعات بدنام‌کننده اما فاش‌نشده بیمار روانی هستند. گافمن به تمهیداتی که برای آشکارنشدن این اطلاعات به‌کار گرفته می‌شود، گذرکردن^۱ 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 فاصله اجتماعی و فیزیکی داوطلبانه و کناره‌گیری عامدانه از تعاملات را به منزله یکی دیگر از راهبردهای کنترل اطلاعات در پی داشته است. یافته‌های پژوهش صادقی (۱۳۸۲) و ذوالعدل و همکاران (۱۳۸۵)، و مطالعه 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 در جهت درمان بیماری روانی است.

^۱ Passing

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 ابعاد 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 در جهت کتمان، پیشگیری و جلوگیری از عیان‌شدن نمادهای بدنام‌کننده 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. به‌بیان دیگر، حضور بیمار روانی به تسری نشانه‌ها و پیامدهای بیماری به دیگر اعضای خانواده منجر شده است. «از تجارب اصلی خانواده‌های بیماران روانی تجربه 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)، شمسانی 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. بر مبنای 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 برساخت اجتماعی است. حضور بیمار روانی در خانواده و تسری 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 از منظر 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

تحلیل تجربه همراهان بیمار روانی مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی

میانی به پایین بودند. درمان افراد برخوردار (قشرهای بالا) در کلینیک‌های خصوصی یا در خارج از استان صورت می‌گیرد و با وجود مراجعه محققان به کلینیک‌های خصوصی، هیچ‌کدام از همراهان بیماران حاضر به مصاحبه نشدند. از این‌رو، داده‌ها و یافته‌های این مطالعه به قشرهای سطح پایین مراجعه‌کننده به بیمارستان قدس محدود شده است. به همین دلیل، امکان به‌کارگیری نمونه‌گیری با حداکثر تنوع در جهت شناسایی و مقایسه 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، نظریه مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*، ترجمه بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- ای. سی. کاف، دلبیو، دی شاروک و دی دلبیو فرانسیس (۱۳۸۸) *چشم‌اندازهایی در جامعه‌شناسی*، ترجمه بهزاد احمدی و امید قادرزاده، تهران: کویر.
- توکلی، سامان و همکاران (۱۳۸۵) «بررسی رابطه انگ بیماری افسردگی با نگرش نسبت به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان در دانشجویان»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال هشتم، شماره ۲: ۳۱-۴۳.
- حیدری، عباس و همکاران (۱۳۹۳) «تحلیل مفهوم انگ (استیگما) بیماری روانی»، *دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، شماره ۳: ۲۱۸-۲۲۸.
- ذوالعدل، محمد و همکاران (۱۳۸۵) «بررسی پدیدارشناختی تجربه‌های مشترک خانواده‌های دارای بیمار روانی»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال دوازدهم، شماره ۱: ۶۷-۷۰.
- رابینگتون، ازل و مارین واینبرگ (۱۳۹۱) *رویکردهای هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی*، ترجمه رحمت‌الله صدیق سروستانی، تهران: دانشگاه تهران.
- رضایی بایندر، محمدرضا (۱۳۸۶) «بازنمایی بیماری روانی و افراد مبتلا به اختلالات روانی در رسانه‌ها»، *پژوهش و سنجش*، شماره ۱۴: ۳۱-۴۴.
- روزنپان، دیوید ال و مارتین. ای. پی، سلیگمن (۱۳۷۸) *روان‌شناسی نابهنجاری/آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: ارسباران.
- سانتراک، جان (۱۳۸۵) *زمینه روان‌شناسی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: رسا.

- شاه‌ویسی، بهمن و همکاران (۱۳۸۶) «مقایسه‌ی انگ بیماری روانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روان‌پریشی»، *توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، شماره ۲۹: ۲۱-۲۷.
- شمسائی، فرشید، محمدخان کرمانشاهی و زهره ونکی (۱۳۸۹) «بررسی نیازهای خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیماران با اختلال دوقطبی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان*، دوره هفدهم، شماره ۳: ۵۷-۶۳.
- صادقی، ماندانا (۱۳۸۲) «تأثیر انگ بر مراقبت‌های بهداشت روان»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال پنجم، شماره ۲: ۸۴-۹۰.
- صادقی، مجید و همکاران (۱۳۸۲) «بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال پنجم، شماره 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، شماره 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 علوم پزشکی*، سال پنجم، شماره ۱: ۵۲-۵۹.
- گافمن، اروینگ (۱۳۹۱) *نمود خود در زندگی روزمره*، ترجمه مسعود کیانپور، تهران: مرکز.
- گافمن، اروینگ (۱۳۸۶) *داغ ننگ*، ترجمه مسعود کیانپور، تهران: مرکز.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۸) *روان‌شناسی عمومی*، تهران: ساوالان.
- ملکوتی، سید کاظم، نرگس چیمه و لیلی پناغی (۱۳۸۸) «مقایسه اثربخشی دو روش مداخله مدیریت مورد: کارشناسان بهداشت و اعضای خانواده بیماران بر سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی خانواده بیماران اسکیزوفرنیا»، *خانواده‌پژوهی*، سال پنجم، شماره ۱۷: ۲۹-۴۲.
- وارنر، ریچارد (۱۳۸۸) *بهبود اسکیزوفرنیا روان‌پزشکی و اقتصاد سیاسی*، ترجمه مهرنوش خوشنودی‌فر و همکاران، تهران: دانژه.