

بررسی پدیدارشناختی انزوای اجتماعی و آسیب های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران

سمیه سادات شفیعی،* فاطمه موسوی ویایه**

کداریکد: 0000-0003-4910-3804

کداریکد: 0000-0003-2692-8555

چکیده

این تحقیق به منظور ارائه تصویری از چگونگی وضعیت انزوای اجتماعی و آسیب های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران طراحی و اجرا شده و در جریان آن با ۳۰ نفر از همسران جانبازان ساکن شهر تهران مصاحبه شده است. رویکرد پدیدارشناسی تجربی در تحلیل مصاحبه با همسران جانبازان، چند مضمون اصلی و فرعی در زندگی خانوادگی آنها را آشکار کرد. تردد محدود و خانه نشینی، شبکه حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی ناکافی به انزوای خانواده های جانبازان می انجامد و احتمال وقوع آسیب های اجتماعی چون خشونت خانگی، اعتیاد و طلاق را افزایش می دهد. این نتایج ضمن تأیید یافته های پژوهش های پیشین حاوی نکته ای مهم است: با آنکه تأثیر متغیر شدت جانبازی بر زندگی خانوادگی امری پذیرفته شده است؛ اما نتایج تحقیق آشکار کرد که نوع جانبازی متغیر مهمتری است که جایگاه نقشی فرد جانباز و نیز تعاملات او با خانواده و اجتماع را تعیین می کند.

کلیدواژه: انزوای اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، آسیب اجتماعی، خانواده جانبازان، زنان.

*. استادیار و عضو هیات علمی پژوهشکده مطالعات اجتماعی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی .

(نویسنده مسئول)

Email: ss.shafiei@gmail.com

ss.shafiei@ihcs.ac.ir

** دانش آموخته دکتری جامعه شناسی گرایش مسائل اجتماعی ایران

Email: ft.moosavi@gmail.com

مقاله علمی پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۲۴

مسائل اجتماعی ایران، سال دوازدهم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۴۰۰، صص ۳۳۳-۳۵۴

۱. مقدمه و بیان مسئله

جنگ هشت ساله ایران و عراق یکی از طولانی‌ترین جنگ‌های مکانیزه نظامی قرن بیستم، با تلفات انسانی بود و نزدیک به پانصد هزار نفر در حوادث مختلفی چون جریان‌ات انقلاب و حملات تروریستی سال‌های آغازین و نیز مبارزه‌های پراکنده در جریان استقرار و تثبیت نظام جمهوری اسلامی دچار آسیب‌دیدگی شده‌اند. وقتی یکی از اعضای خانواده، دچار آسیب یا اختلال می‌شود، به واسطه ماهیت و شرایط اختلال، انسجام خانواده تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد و کل اعضای خانواده را با چالش‌هایی مواجه می‌سازد. افراد آسیب‌دیده در جنگ از لحاظ ایجاد رابطه دوستی و روابط اجتماعی رضایت‌بخش، بیان احساسات، اعتماد به دیگران، کنترل تکانه و پرخاشگری، در مقایسه با افراد عادی، مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند به‌طوری‌که آنها را به انزوای اجتماعی دچار می‌کند. بخشی از این انزوا خودخواسته است. «انزوای طلبی عارضه‌ای است که باعث می‌شود فرد از برقرار کردن ارتباط با دیگران و محیط خارج دوری می‌کند. محدود ساختن تمام جنبه‌ها و فعالیت‌های زندگی، خجالت و سکوت، ناتوانی در برقراری رابطه با دوستان و آشنایان، فرار از فعالیت‌های اجتماعی و به تعویق انداختن انجام کارها، بی‌حوصلگی و کسالت، کمک نخواستن از دیگران به هنگام نیاز، داشتن نگرش منفی و بدبینانه به اطرافیان، در بین افراد گوشه‌گیر به وفور مشاهده می‌شود» (احمدی، ۱۳۶۹).

همسر فرد جانباز با آسیب‌دیدگی جانباز و هزینه‌های گزاف آن در ارتباط نزدیک است و در نقش مراقبت‌کننده از جانباز، فراتر از وظایف مربوط به پایگاه نقش همسری خود، به طور مستقیم تحت‌تأثیر دشواری‌های معمول کمک به فرد کم‌توان جسمی و روانی قرار می‌گیرد. دشواری‌های مادی و روانی، سلامت همسر فرد جانباز و سایر اعضای خانواده به‌خصوص فرزندان را به چالش می‌کشد؛ چرا که زن به عنوان پناهی در مقابل این دشواری‌ها عمل می‌کند و علاوه بر عهده‌داری وظایف همسری و مادری؛ اموری که به‌طور متعارف به شوهران سپرده می‌شود را نیز برعهده می‌گیرد و در نهایت روابط اجتماعی اعضای خانواده با فرد جانباز، و نیز روابط خانواده با سایرین را نیز تنظیم می‌کند. همسران جانبازان به طور مستمر و هر از چندگاهی ناچارند خود را با آسیب دیدگی همسرشان سازگار کنند و در جریان ایفای نقش‌های مراقبتی خود، فشارهای روحی و عاطفی شدیدی را تحمل می‌کنند. در موارد درصدهای بالای جانبازی، صرفاً وظایف مراقبتی آنها سنگین‌تر نمی‌شود بلکه عملکردهای خانوادگی نیز تأثیر می‌پذیرند.

روایت همسران جانبازان که نقش مهمی در ارائه‌ی خدمات حمایتی، مراقبتی و گاه تداوم حیات فرد جانباز و نیز بقای خانواده و حفظ کارکردهای آن ایفا کرده‌اند، به ندرت شنیده شده است. این روایت‌ها آکنده از معناهایی است که در تعاملات روزمره‌ی این خانواده‌ها جاری و ساری است و می‌تواند واقعیت زندگی آنان را به نحو احسن به‌عنوان متن پژوهشی مورد واکاوی قرار دهد. پژوهشگران با احساس تعهد نسبت به ارزش‌های دفاع مقدس، شناخت نظام‌مند آسیب‌های اجتماعی خانواده‌ی جانبازان را زمینه‌ساز توجه و پایش مرتب و در نتیجه‌ی احصای راه‌حل‌های برون رفت و تخفیف آلام اعضای خانواده‌ی آنان به‌ویژه فرد جانباز و همسر او دانسته و خود را به انجام این پژوهش متعهد می‌دانند. نتایج حاصل از این پژوهش علاوه بر تولید دانش می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی محل ارجاع متصدیان و کارشناسان امر قرار گیرد.

«شواهد فزاینده‌ای در کار است که نشان می‌دهد مریضی و از کارافتادگی باعث تغییر شبکه‌ها و روابط اجتماعی می‌شود. مریضی خود را بر نقش‌ها و دلخوشی‌هایی که اساساً مقوم روابط صمیمانه با خانواده و دوستان است، به زور تحمیل می‌کند» (برناردز، ۱۳۸۴: ۱۷۱) از این رو تحقیق حاضر روابط اجتماعی و شبکه‌ی حمایت خانواده‌های جانبازان را مورد بررسی قرار داد تا مختصات از میزان پیوندهای اجتماعی خانواده‌ی آنان با اجتماع به دست دهد و همزمان شناختی از وضعیت آسیب‌های اجتماعی آنان گردآورد. سؤالات اصلی تحقیق عبارتند از:

۱. خانواده دارای سرپرست جانباز تا چه حد از شبکه‌ی حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی برخوردار است؟

۲. آسیب‌های اجتماعی متبادر در خانواده تحت سرپرستی جانباز کدام است؟

۱-۲-پیشینه تحقیق

به لحاظ پیشینه‌ی پژوهشی جستجوهای متخصصان تنها به محدود تحقیقات انتشار یافته‌ای منتهی شد که به شرح ذیل است: ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیقی به تبیین تجارب و منابع رنج جانبازان شیمیایی جنگ ایران و عراق پرداختند. به نظر می‌رسد مزمن شدن فرایند بیماری و تعدد مشکلات جسمی، به همراه مشکلات روانی و اجتماعی و اقتصادی در مصدومین شیمیایی هرکدام به تنهایی می‌تواند یک منبع رنج در این گروه از بیماران باشد. جانعلی زاده چوبستی (۱۳۸۹) بر مطالعه‌ی میزان برخورداری ۲۶۹ نفر از جانبازان اعصاب و روان و ضایعه‌ی

نخاعی استان مازندران (جامعه آماری) را از سرمایه اجتماعی در محیط اجتماعی خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، جامعه و سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران تمرکز یافته و دریافته است: پاسخگویان این مطالعه (به طور متوسط) دارای پیوند اجتماعی عینی قابل ملاحظه‌ای در بین خویشاوندان، دوستان و همسایگان هستند؛ اما بین میانگین برخورداری کل جانبازان از تعداد دوستان صمیمی، تعداد همسایگان قابل اتکا در مواقع اضطراری، و تعداد خویشاوندانی که از تعامل با آنها احساس رضایت حاصل شده است، تفاوت وجود دارد.

کرمی و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی علل عود اعتیاد در میان ۱۲۲ نفر از جامعه جانباز با حداقل سابقه یک بار عود، و مراجعه کننده به بیمارستان طرف قرارداد بنیاد جانبازان پرداختند. اصلی‌ترین عامل گرایش به اعتیاد و نیز عود آن، فشارهای روانی حاصل از جنگ بود. موثرترین فاکتور برای مراجعه مجدد برای انجام ترک اعتیاد نیز فشارهای خانوادگی و احساس شرمساری بود. پوریوسفی و شریعت نژاد (۱۳۸۸) به بررسی عوامل فرهنگی- اجتماعی مؤثر بر آسیب‌های اجتماعی در خانواده‌های ۱۳۶ نفر جانبازان متأهل شهر ساری پرداخته‌اند. ۴۹ درصد جانبازان در خانواده خود با آسیب‌های اجتماعی (اعتیاد، خودکشی، خشونت خانگی، طلاق) روبرو نبودند؛ اما میزان این آسیب‌ها در میان ۲۱ درصد خانواده‌ها متوسط و ۷٫۵ درصد آنها بالا بوده است.

شفیعی و همکاران (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصلی مؤثر بر آن در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، هفت مفهوم محوری شامل عود بیماری روانی، مشکلات دارو و درمان، مشکلات خانوادگی، مشکلات اقتصادی، عود بیماری جسمی همراه، نارضایتی از نگرش منفی جامعه و نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی را احصا کرده‌اند. بحرینیان و بحرانی (۱۳۸۲) بهداشت روان در میان جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم را مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه ۹۰ زوج مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون بک میزان افسردگی جانبازان (از خفیف تا شدید) را ۹۶/۳ درصد و میزان افسردگی همسرانشان را ۸۸/۹ درصد نشان داد. همچنین براساس آزمون بک ۱۶/۷ درصد از همسران و ۲۴/۴ درصد شوهران آنها افسردگی عمیق داشتند. ۷۵ درصد جانبازان در این مطالعه، دچار افت شدید عملکرد بودند و بیش از ۷۰ درصد آنها در شرایط اقتصادی و معیشتی بد یا بسیار بد قرار داشتند. ۶/۲ درصد از جانبازان در این پژوهش به مواد مخدر معتاد بودند.

۲. مبانی نظری

این تحقیق رویکرد کیفی دارد. ایده حمایت اجتماعی و ارتباط آن با احساس فشار و تمایل به کجروی چارچوب مفهومی مناسب برای این پژوهش، فراهم می‌کند و به تحلیل و تفسیر یافته‌ها جهت می‌دهد. میزان ارتباط با اقوام و بستگان، همسایگان و دوستان، شبکه حمایت اجتماعی خانواده را تشکیل می‌دهد. انسان‌ها به عنوان موجوداتی اجتماعی به یکدیگر وابسته‌اند، آنها به طور مداوم در ارتباط با یکدیگرند و درون شبکه‌ای از خویشاوندان و غیرخویشاوندان به طرق گوناگون جای گرفته‌اند و با داشتن تعاملات اجتماعی متنوع، به زندگی اجتماعی خود شکل می‌دهند (هورتولانوس، مشیلز و میوسن، ۱۳۹۴: ۴۰). فقدان شبکه‌های روابط اجتماعی معنادار می‌تواند پیامدهای خطرناکی برای بهزیستی افراد داشته باشد. انسان‌ها بدون ارتباطات اجتماعی معنادار، کمک و حمایت اجتماعی دریافت نکرده و آرامشی احساس نمی‌کنند. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، و تنهایی را تحمل کرده، خود را در وضعیت انزوای اجتماعی می‌یابند. به‌طور کلی اشخاصی که در شبکه‌های روابط اجتماعی جاگیری شده‌اند، سطوح بالاتری از بهزیستی را نسبت به کسانی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، تجربه می‌کنند و به سالم بودن تمایل بیشتری دارند (ساراسون و همکاران، ۲۰۰۱ به نقل از کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴).

به‌طور کلی در زمینه حمایت اجتماعی، ادبیات پژوهشی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: گروه اول، مطالعاتی که عمدتاً بر سیستم‌های حمایتی عینی و واقعی دریافت شده از محیط اجتماعی اطراف فرد متمرکز شده‌اند؛ گروه دوم، مطالعاتی هستند که به سازه حمایت اجتماعی ادراک شده توجه دارند، به این معنا که بنا بر تصور و ادراک یک شخص، وی از چه میزانی از حمایت اجتماعی برخوردار است. در مجموع، هر دو دسته تحقیقات، نقش حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) را در کاهش فشار روانی و افزایش سلامت جسمی و اجتماعی روانی تأیید نموده‌اند.

حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس به فرد کمک می‌کند: اولاً، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (مثلاً قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان). ثانیاً، اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده است کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند؛ بدین ترتیب، آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند.

ثالثاً، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص این که او شخصی مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۶).

مطابق مدل نظری تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی وی دارد. مطالعات متأثر از این مدل، عنوان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۶). پاتنام (۲۰۰۰) به تأثیر مستقیم شبکه حمایتی بر سلامت روان اشاره می‌کند. افراد وقتی می‌دانند که از جانب خانواده، دوستان و نزدیکان خود، انواع حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری را دریافت می‌کنند، احساس خشنودی بیشتری داشته و در مقابله با مشکلات با منطق و عملکرد بهتری عمل می‌کنند. افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افرادی که فاقد چنین شبکه‌های حمایتی‌اند، نشان می‌دهند. (حسینی و دودمان فیروزسالاری، ۱۳۸۹: ۱۱۸). مدل تأثیر غیرمستقیم حمایت اجتماعی، به شکل افزایش سازگاری و همنوایی فرد و دوری او از کجروی و ابتلا به آسیب‌های اجتماعی آشکار می‌شود. حمایت اجتماعی می‌تواند احساسات منفی فرد را که برانگیزاننده کجروی است، کاهش دهد.

یکی از نظریات مهم در تبیین کجروی، نظریه فشار است که به تأثیر ساختارهای اجتماعی در تمایل فرد به کجروی و جرم می‌پردازد. برحسب نظر آگینو، نظریه‌های پیشین فشار به روابطی توجه کرده‌اند که در قلمرو آنها، مردم از رسیدن به هدف‌های با ارزش‌شان، همانند موفقیت پولی و جایگاه بازداشته می‌شوند. ولی آگینو به روابطی توجه کرده که در حوزه‌های آنها شخص با یک وضعیت «ناخوشایند» روبه‌رو می‌شود و نمی‌تواند از آن بگریزد؛ یعنی، «روابطی که در حوزه آنها با شخص آنگونه که دوست دارد با او رفتار شود، رفتار نمی‌کنند». اینها مجموعه گسترده‌ای از روابط را دربرمی‌گیرند و سپس این روابط مجموعه‌ای از هیجان‌های منفی، همانند نومیدی، افسردگی، ترس و عصبانیت را به وجود می‌آورند. آگینو این هیجان‌های منفی را با عنوان «فشار» تعریف می‌کند. هم بزهکاری و هم مصرف موادمخدر راه‌هایی برای چیره شدن بر فشار ناشی از این هیجان‌های منفی و کنترل آنها می‌باشند. بحث اصلی آگینو این است که روابط منفی و حادثه‌های همراه با فشار روانی در زندگی (در اینجا معلولیت) با مجموعه گسترده‌ای از رفتارهای بزهکارانه همبسته‌اند (ولد، برنارد و اسنیپس، ۱۳۸۰: ۲۳۹-۲۳۷).

در زمینه خشونت خانگی نیز محققان اذعان دارند با آنکه خشونت همیشه به علت استرس به وجود نمی‌آید؛ ولی، ممکن است روشی باشد که برخی مردم (نه همه) به استرس پاسخ می‌دهند. خانواده‌ها و زوجین ممکن است خشونت خانگی را با احتمال بیشتری تجربه کنند که به استرس و تعارض‌های فزون‌یافته درباره مسایل مالی و جنبه‌های دیگر اشاره دارد. نظریه استرس اجتماعی بیان می‌کند وقتی فرد قادر به حمایت مالی و حفظ کنترل نباشد، به برون‌گریزی، سوءمصرف مواد و جرایم دیگری به منظور ابراز مردانگی روی می‌آورد. زمانی که شبکه حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی ضعیف باشد و خانواده، دچار انزوای اجتماعی شود، بیشتر در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرد.

۳. روش تحقیق

مطالعه با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی با ابزار مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شده است. پدیدارشناسی بر معنای تجربه افراد در مورد یک پدیده معطوف است و در نهایت توصیفی از آن پدیده، ارائه می‌دهد که میان همه افراد تحت مطالعه مشترک باشد، یعنی، همان ذات تجربه (کراسول، ۱۳۹۴: ۱۲۲) در فرآیند تحقیق پدیدارشناسانه، مسئله پدیدارشناسی اساساً به دنبال چیستی معنای پدیده‌ای خاص یا بررسی ذات و ماهیت پدیده‌ها و تجربیات است و نیازمند شناسایی آن از ذهن افرادی است که با این موارد درگیرند. محقق به توصیف متنی و ساختی از تجربیات مشارکت کنندگان می‌پردازد تا در نهایت به درک تجربه‌های آنها دست یابد (ایمان، ۱۳۹۳: ۳۲).

زنان در مقام همسر و مادر، اطلاعات بسیار و کاملی از احوال اعضای خانواده دارند؛ بنابراین، داده‌های ضروری برای پاسخ‌دهی به پرسش‌های تحقیق از منظر آنان (همسران جانبازان) تحلیل و تفسیر می‌شود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان تهرانی است که همسر فرد جانباز اعم از جانبازان جسمی حرکتی (بالای ۲۵ درصد) و جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان هستند. محقق کوشید تا حد امکان دامنه تنوع این گروه اجتماعی خاص را پوشش دهد. از این رو انواع جانبازی، درصدهای مختلف جانبازی، ازدواج قبل و بعد از جانبازی، ازدواج‌های دوم، ازدواج‌های پایان یافته، خانواده‌ها با سنین مختلف فرزندان، خانواده‌ها با زنان شاغل و ... مدنظر قرار گرفتند. از آنجا که همسران جانبازان در زمره گروه‌های اجتماعی خاص هستند، دسترسی به آنها با مشکلاتی مواجه بود. نمونه‌گیری هدفمند (تعمدی) به عنوان شیوه کار انتخاب شد. همه موارد با معرفی رابط انتخاب شدند با وجود ارائه معرفی‌نامه رسمی و تأیید افراد مورد وثوق، جلب اعتماد افراد برای حفظ گمنامی و کسب رضایت آنها برای شرکت در تحقیق و ضبط صدای آنها مشکل دیگری بود. تعدادی از افرادی که با آنها تماس گرفته شد، به دلایل مختلف دعوت به مصاحبه را نپذیرفتند. یکی از این دلایل، نگرانی از سوءاستفاده سیاسی

مخالفان نظام و انقلاب بود. تعدادی از همسران جانبازان به دلیل تجارب قبلی و شرکت در تحقیقات مشابه، تمایلی به شرکت در مصاحبه نداشتند. تعدادی نیز شرکت در مصاحبه را منوط به رضایت همسرشان می‌دانستند و به دلیل عدم رضایت همسر، منصرف می‌شدند. در نهایت با ۳۰ نفر در مکان‌هایی که مصاحبه شوندگان انتخاب می‌کردند (خانه مصاحبه شونده، خانه محقق، مسجد) مصاحبه شد و محققان به اشباع نظری رسیدند.

کل جلسه مصاحبه (میانگین ۸۰ دقیقه) به وسیله تجهیزات ضبط صدا ثبت شدند. تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و رونویسی شد. در پژوهش کیفی به چند طریق می‌توان پایایی را برآورد کرد. پیاده‌سازی و دست‌نویس کردن مصاحبه‌ها، متونی را فراهم می‌کند که می‌تواند توسط دیگر تحلیلگران نیز شناسه‌گذاری شود و توافق بین شناسه‌گذاران و ثبات پاسخ‌های شناسه‌گذاران متعدد به مجموعه داده‌ها، معیار خوبی برای سنجش پایایی پژوهش است. در این تحقیق، شناسه‌گذاری توسط دو داور و جداگانه انجام، و از روش هولستی برای محاسبه پایایی استفاده شد که نود و شش درصد توافق بین شناسه‌گذاران را نشان داد.

۴. یافته‌های تحقیق

این تحقیق به بررسی انزوای اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران پرداخته است و در جریان آن با ۳۰ نفر از همسران جانبازان ساکن شهر تهران مصاحبه شد. میانگین سنی مصاحبه شوندگان ۵۰ سال، میانگین سال‌های زندگی مشترک با جانباز ۲۷ سال و میانگین تعداد فرزندان ۲/۲ نفر بود. پنج نفر از همسران جانبازان طلاق گرفته بودند یا جدا زندگی می‌کردند. در یک مورد، جانباز در چند سال اخیر شهید شده بود.

جدول ۱. خلاصه مشخصات عمومی همسران جانبازان مورد مصاحبه

کد	سن	مدت ازدواج	تعداد فرزندان	منطقه محل زندگی	نوع جانبازی همسر	اطلاع همسر از مصاحبه
۱	۵۰	۳۰	۲	شهرک شهید باقری	اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۲	۴۲	۲۵	۲	تهرانپارس - جشنواره	حرکتی	مطلع
۳	۴۹	۲۸	۱	سعادت آباد	حرکتی	بی‌اطلاع
۴	۴۶	۲۴	-	پیروزی	حرکتی - اعصاب و روان	جدایی
۵	۵۴	۱۵	-	خاوران	حرکتی - ویلچر نشین	جدایی
۶	۴۸	۲۰	۲	ایران‌شهر	اعصاب و روان	جدایی
۷	۵۱	۳۰	۲	فرحزاد - بلوار کوهستان	حرکتی	مطلع
۸	۴۷	۳۰	۳	شهرک	شیمیایی	مطلع

بررسی پدیدارشناختی انزوای اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی خانواده‌ی جانبازان از منظر همسران نویسنده‌ی مسئول: (سمیه سادات شفیعی)

۹	۵۶	۳۵	۳	رسالت - خیابان هاشم زاده	حرکتی - اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۱۰	۵۲	۳۵	۳	تهرانپارس - شهرک شاهد	اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۱۱	۵۶	۳۲	۳	خیابان دولت	اعصاب و روان	شهید شده
۱۲	۵۲	۳۴	۲	شهرک راه آهن	حرکتی - اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۱۳	۶۰	۱۵	-	رسالت - حسن بنا	شیمیایی - اعصاب و روان	جدایی
۱۴	۵۰	۳۴	۴	فرحزاد	شیمیایی	مطلع
۱۵	۵۸	۱۲	۲	خیابان دولت	اعصاب و روان	جدایی
۱۶	۴۷	۲۹	۳	فرحزاد	شیمیایی - اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۱۷	۴۵	۱۸	۱	تهرانپارس	اعصاب و روان	مطلع
۱۸	۵۵	۲۲	۱	قیطریه	حرکتی - ویلچرنشین	مطلع
۱۹	۴۷	۳۱	۳	فرحزاد	اعصاب و روان	مطلع
۲۰	۵۴	۳۵	۳	فرحزاد	حرکتی	مطلع
۲۱	۵۶	۳۵	۲	شهرک شهید باقری	اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۲۲	۴۲	۲۶	۲	شهرک شهید باقری	اعصاب و روان	مطلع
۲۳	۴۸	۲۲	۱	شهرک شهید باقری	حرکتی	بی‌اطلاع
۲۴	۴۵	۲۸	۳	شهرک شهید باقری	آسیب شکمی	مطلع
۲۵	۵۴	۳۷	۳	شهرک اکباتان	اعصاب و روان	بی‌اطلاع
۲۶	۵۰	۲۲	۱	میدان رسالت	نابینا - حرکتی	بی‌اطلاع
۲۷	۴۶	۲۲	۲	خیابان قزوین	نابینا - حرکتی	مطلع
۲۸	۴۹	۳۴	۶	تهرانپارس - شهرک شاهد	نابینا - حرکتی	مطلع
۲۹	۴۱	۱۳	۳	شهرک راه آهن	نابینا - حرکتی	مطلع
۳۰	۵۳	۳۴	۳	شهرک اکباتان	شیمیایی	مطلع

محقق بر اساس بیانات معنادار و مهم هر مصاحبه، خوشه‌های معنایی مختلف را ساخت و مضمون‌های اصلی را با ارجاع به بستر تجربه (نوع جانبازی همسر، میزان حمایت اجتماعی) گزارش کرد.

۱- تردد و حضور اجتماعی صعب

جانبازان حرکتی، به‌خصوص کسانی که ویلچر دارند، برای رفت‌وآمد در مکان‌های عمومی با مشکلات بسیاری روبرو هستند به‌ویژه که در کشور ما، فضاهای عمومی برای تردد افراد کم‌توان آماده‌سازی نشده است و تردد از پله‌ها، استفاده از وسایل نقلیه عمومی و سرویس‌های بهداشتی برای این افراد تبدیل به چالش می‌شود. مصاحبه‌شونده شماره ۳ فهرستی از مشکلات تردد همسرش (جانباز ویلچرنشین) را برمی‌شمارد: « شرایط ترددش خیلی سخته. هوای آلوده اذیتش می‌کنه. بالاخره، من رو هم عصبی می‌کنه. کنترل ادرارشون سخته، فقط باید از توالت فرنگی استفاده کنن. چیزایی که برای مردم عادیه، برای ما معضله. ساختمان‌های دولتی باید

این مسئله رو در نظر بگیرن، دادسرا، پمپ بنزین، فرودگاه. فرهنگ سازی هم نشده، مردم توهین می کنن. هواپیمایی برای معلولین باید در نظر بگیره که جای مناسبی بشینه. اتوبوس بین شهری، برای دستشویی نمی ایستاد، هفت ساعت بلاانقطاع. قطار را برای معلولان و افراد ناتوان پیش بینی نکردند، پیاده و سوار شدن به قطار بسیار سخته. مناسب نبودن خیابان ها هم یک مشکل دیگر است». (همسر جانباز حرکتی- شیمیایی، ۴۹ ساله، مدت ازدواج ۲۸ سال)

خانواده های جانبازان به دلیل محدودیت تردد در فضاهای عمومی، در گذران اوقات فراغت فرح بخش در فضاهای عمومی و مسافرت نیز با محدودیت روبرو هستند. زنانی که توانایی و مهارت رانندگی طولانی را داشتند، بهتر می توانستند برنامه های گذران اوقات فراغت به شکل گردش در فضای سبز حومه شهر یا شهرهای زیارتی را مدیریت کنند. مصاحبه شونده شماره ۲ علیرغم میل خود، به دلیل شرایط همسرش (جانباز حرکتی) وظیفه رانندگی را به عهده گرفته است، دخترش نیز از هجده سالگی گواهینامه دارد و در مسافرت های خانوادگی سالانه به شمال، کمک مادرش است. مصاحبه شونده شماره ۱۸ هم زیاد به مسافرت و گردش خارج از شهر می روند؛ اما، در مسافرت های خانوادگی حتماً مادرش همراه است: «چون با دخترم خیلی همراه هستن، می گم باشن که یه جایی که همسر من رو بردم و کاری براش انجام بدم یا ما می ریم بیرون، مادر من پیش دخترم باشند. یه جاهایی این طوری نیاز هست که من حتماً کنار ویلچر باشم. البته هر جایی نمی ریم و معمولاً از تهران که می خواهیم بریم و رزرو می کنیم و من حتی بدون اینکه ایشون متوجه بشوند خیلی قبل تر شرایط رو می پرسم و می گم همسر من این طوری هستن و شما پله دارید و از رفتن به اون جا منصرف می شیم». (همسر جانباز حرکتی، ۵۵ ساله، مدت ازدواج ۲۲ سال)

جانبازان شیمیایی به دلیل حساسیت به آلودگی هوا برای تردد خود در فضاهای عمومی مشکل متفاوتی دارند. تا آنجا که تعدادی از آنها در زمان شدت یافتن آلودگی هوا در ماه های آذر و دی ناچار هستند تهران و سایر کلان شهرها را ترک کنند. این اجبار، زندگی عادی آنها را مختل می کند و فرصت های کاری آنان را محدود می سازد. مشکلات تردد جانبازان تنها به نادیده گرفتن آنها در طراحی معماری شهری و سرویس های حمل و نقل و شرایط آلودگی هوا خلاصه نشده، بلکه تفاوت های فرهنگی، پوشش و وضعیت رایج حجاب در حوزه عمومی، بر احساس بیگانگی آنها حین حضور در مکان های عمومی می افزاید و به احساس انزوای اجتماعی دامن می زند.

۲- ضعف شبکه حمایت اجتماعی غیررسمی

میزان ارتباط با اقوام و بستگان، همسایگان و دوستان، شبکه حمایت اجتماعی خانواده را تشکیل می دهد. خانواده های جانبازان از نظر برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی متفاوت

بودند و بخشی از این تفاوت، به نوع جانبازی مرد بازمی‌گشت؛ ولی، منحصر به این عامل نبود. ارتباط محدود با بستگان، گاهی خواست جانباز یا حاصل روحیه‌ی انزواطلب اوست؛ مصاحبه‌ی شونده‌ی شماره ۲ می‌گوید: «هر جایی نمی‌تونیم بریم. از نظر محرم نامحرمی خیلی سختگیره. بچه‌ها دیگه حال و حوصله‌ی این که بحثی بشه رو ندارن. ترجیح دادن توی خونه بمونیم. رفت‌وآمد کمتر باشه». (همسر جانباز حرکتی، ۴۲ ساله، مدت ازدواج ۲۸ سال)

همسران جانبازان اعصاب و روان، نگران برخورد‌های همسران خود در جمع هستند، این موضوع از عوامل تعیین‌کننده‌ی میزان و نوع ارتباط خانواده‌ی جانباز با سایرین است. مصاحبه‌ی شونده‌ی شماره ۱۶ می‌گوید: «اهل مهمونی نیست. اون موقع که حالش بهتر بود، آنقدر دلهره داشتم که یه دادی بزنه، آبروریزی بکنه، استرس من بیشتر به خاطر این مسائل بود. الان هم استرس دارم، ارتباطش کلاً خوب نیست. حالا جوری برنامه‌ریزی می‌کنم که اگه مهمون بیاد، اون خونه نباشه». (همسر جانباز شیمیایی-اعصاب و روان، ۴۷ ساله، مدت ازدواج ۲۹ سال)

در کنار آن، شرایط دشوار این خانواده‌ها موجب شده تا از طرف دوستان و بستگان به حال خود رها شوند. تعاملات میان خانواده‌ی جانبازان با یکدیگر نیز کم و بیش از همین قاعده پیروی می‌کند. مشکلات جسمی و روحی روزمره، عامل بازدارنده‌ی قوی در برقراری ارتباط است. حال آنکه وجود شبکه‌ی اجتماعی میان آنان حداقل متضمن تبادل اطلاعات مربوط به مسائل مبتلابه روزمره است و اعضای شبکه‌ی اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و به حل مشکلات کمک کنند. در میان مصاحبه‌ی شونده‌گان این تحقیق، تنها یک نفر توانسته بود اطلاعات مربوط به امکان درمان دارویی همسرش را دریافت و برای بهبود شرایط اقدام کند.

به نظر می‌رسد تفاوت جانبازان برحسب نوع جانبازی، ارتباط با سایر جانبازان را مشکل می‌کند و در این میان جانبازان اعصاب و روان بیش از سایر جانبازان با انزوا و طرد اجتماعی حاصل از برچسب‌زنی روبرو هستند. مصاحبه‌ی شونده‌ی شماره ۱۷ به مسائل خاص جانبازان اعصاب و روان تأکید می‌کند: «همه، جانبازان اعصاب و روان رو به عنوان یک آدم دیوانه نگاه می‌کنن، بزرگ‌ترین غصه‌ی جانبازان اعصاب و روان اینه که اون‌ها را هیچ‌وقت تو گروه‌هایشان راه نمی‌دن. وقتی روز جانباز می‌شه، جانبازان ویلچری و شیمیایی دیدار با رهبری دارن. ولی، جانباز اعصاب و روان، حتی اجازه حرف زدن هم نداره. یک بار که همسرم دانشجوی ممتاز ایثارگری شده بود، نماینده‌ی رهبری به خانه‌مان آمد. گفت شما چی می‌خواهید؟ همه نوشته بودن خانه، ماشین و ... ولی تنها کسی که نوشته بود من آرزوی دیدار با رهبری دارم همسر من بود. بعداً تماس گرفتم که این بنده خدا که چیزی نخواست، گفتن این اجازه رو نداریم، اون‌ها مشکل اعصاب و روان دارن و ممکنه موجی بشن!» (همسر جانباز اعصاب و روان، ۴۵ ساله، مدت ازدواج ۱۸ سال)

مصاحبه شوندگان به ندرت دریافت حمایت عاطفی لازم را گزارش کردند، زیرا خود در جستجوی چنین حمایتی نبودند و باور داشتند از دست کسی، کاری ساخته نیست. در زمینه برخورداری از حمایت‌های عینی و ملموس مانند کمک در پرستاری نیز در موارد اندکی، کمک و مشارکت خانواده مرد گزارش شد و اکثریت همسران جانبازان از طرف خانواده شوهر خود کمکی دریافت نکرده‌اند. در برخی موارد جانباز روابط خانوادگی آشفته یا سردی داشت؛ اما در موارد بسیاری، خانواده جانباز بنا بر دیدگاه سنتی، پرستاری از مرد را وظیفه زن می‌دانستند و ترجیح می‌دادند در آن دخالتی نکنند. مصاحبه شونده شماره ۱۷ گلایه دارد: «پرستاری به طور همیشگی نیاز نیست. ولی، وقتی حالش بد می‌شه، همه کنار می‌کشن و می‌گن خب زنش هست دیگه. همه به عهده من هست، خیلی اذیت می‌شم». (همسر جانباز اعصاب و روان، ۴۵ ساله، مدت ازدواج ۱۸ سال)

مصاحبه شونده شماره ۱۸ نیز می‌گوید: «فامیل خوبی هستند، ولی، انتظارم این بود که توی این سال‌ها یکیشون از من بپرسه که فلانی، کاری یا کمکی اگه داشتی، شما هم بالأخره مریض می‌شی و مشکلی داری و کاری داری، ما هستیم که کمکت بکنیم. کسی تا حالا این جور ی و به این شکل به کمک ما نیامده. یکی از اقوام می‌گفت آنها وقتی دیدند خدا رو شکر شما اون توانایی لازم رو دارید خودتون رو کشیدند کنار». (همسر جانباز حرکتی، ۵۵ ساله، مدت ازدواج ۲۲ سال) در مواردی نیز که خانواده و بستگان تمایل به حمایت و کمک داشتند نیز با رسیدن به سال‌های پیری، توانایی آنها در پرستاری و حمایت از عروس خانواده اندک است. در مواردی که فرزندان بزرگ شده‌اند و جانباز و همسرش با سالمندی و مشکل آشیانه خالی روبرو هستند، جای خالی حمایت خانوادگی پررنگ‌تر می‌شود.

۳- ضعف شبکه حمایت اجتماعی رسمی

به‌طور تاریخی در جامعه سنتی، فرد تنها می‌توانست به شبکه حمایت خانوادگی متکی باشد. در جوامع شهری و مدرن، بخشی از وظایف حمایت اجتماعی از افراد و خانواده‌های کم‌توان به عهده دولت گذاشته شده است که شبکه حمایت اجتماعی رسمی را به شکل کمک‌های درمانی، مددکاری، مستمری مالی و از این قبیل ارائه می‌کند. در کشور ما ارائه خدمات اجتماعی به خانواده‌های جانبازان، وظیفه بنیاد جانبازان است. مهم‌ترین خدمات این سازمان، خدمات درمانی است. عده‌ای از مصاحبه شوندگان، از خدمات ارائه شده بنیاد ناراضی بودند و آن را مناسب نمی‌دانستند. برآورده نشدن نیازهای دارویی بخصوص در سال‌های اخیر، موضوع نارضایتی اکثریت مصاحبه شوندگان بود. در مورد شیوه‌های درمانی و بستری شدن در بیمارستان و آسایشگاه روانی، چون و چراهایی وجود داشت. دو نفر از همسران جانبازان بابت تبعیض بین جانبازان تحت پوشش سپاه و جانبازان ارتش گلایه داشتند. تبعیض به این نکته

محدود نبود و سایرین به وجود پارتی‌بازی و روال‌های اداری نادرست در تخصیص منابع اشاره کردند.

مهمترین ضعف عملکرد بنیاد در بخش مشاوره و مددکاری است. جای خالی مشاوره‌ی ازدواج با جانباز، موضوع بخشی از گلایه‌های همسران جانبازان بود. خدمات مشاوره‌ی بنیاد رایگان است و در شهر تهران حداقل در چهار مرکز مشاوره در دسترس هستند با این حال، تنها پنج نفر از سی نفر مصاحبه شده به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند و گزارش دادند شوهرانشان حاضر نشده بودند در جلسات مشاور خانواده بنیاد شرکت کنند. در عین حال هیچ کدام از پنج نفری که از خدمات مشاوره خانواده بنیاد جانبازان استفاده کرده بودند، از آن راضی نبودند. مصاحبه شونده شماره ۱۲ به دلیل دیگری ناراضی است و می‌گوید: «{بنیاد} یکی از مشکلاتش به خاطر همین روان‌شناسی شونه. طرف میاد طرحش رو می‌گذرونه. بعد که باهاش اخت شدم، می‌ره. یه نظریه دادم، گفتم تعهد بگیرد طرفی که میاد ۵ سال بمونه. چطور پزشکا تعهد دو ساله مناطق محروم دارن. یه بنده خدایی که خانه‌داره یا حتی سواد کلاسیک نداره، وظیفه بنیاده که کمک کنه. هر کدوم یه مددکار و مشاور باید داشته باشیم. جانبازای اعصاب و روان می‌گن اصلاً مریض نیستیم و از دارو و درمان فرار می‌کنن، یک سال بهشون متخصص توی خونه دادن اما قطع کردن» (همسر جانباز حرکتی - اعصاب و روان، ۵۲ ساله، مدت ازدواج ۳۴ سال)

۴- منزلت اجتماعی رو به افول و داغ ننگ سهمیه

جانبازان گروه اجتماعی متمایزی هستند که احساس منزلت اجتماعی و احترامی که بنا بر جایگاه خود دریافت می‌کنند، می‌تواند مورد سنجش قرار گیرد. در این تحقیق، ما با میزان منزلت اجتماعی واقعی جانبازان و خانواده‌های آن‌ها سروکار نداشتیم، بلکه بنا بر موضوع تحقیق، میزان احساس منزلت اجتماعی ادراک شده (ذهنی) را مورد پرسش قرار دادیم و اکثر اطلاع رسانیان میزان منزلت اجتماعی خانواده شهدا و جانبازان را کمتر از حد مطلوب برآورد کردند. به نظر آنها، در بین افراد و گروه‌های اجتماعی که به ارزش‌های نظام جمهوری اسلامی وفادار نیستند، این باور اشتباه شکل گرفته است که خانواده شهدا و جانبازان امتیازات مادی و فرصت‌های اداری (سهمیه تحصیلی، اشتغال) بسیاری در اختیار دارند و با تبعیض سیستماتیک در تخصیص امکانات و منابع به نفع خود و به هزینه مردم عادی، در رفاه به سر می‌برند. مصاحبه شونده شماره ۲ می‌گوید: «می‌گن روز جانباز طلا و کادو هدیه میارن، چادر، پتو، روز پرستار برای خانوم‌ها هدیه میارن، من ندیدم. فکر می‌کنن بخور بخوره. یکی از دلایلی که دختر بزرگم از سهمیه جانبازی پدرش در دانشگاه استفاده نکرد، همین فامیلای درجه یک بودن. چشم توی چشم دخترم می‌گفتن انشاءالله حرومتون بشه. حق ما رو شماها می‌خورید. شما

می‌رید بالا ما هیچی. توی روزنامه، ماشین مدل بالا زده بودن که قرار بود بدن به جانبازی هفتاد درصد. همسر من الان ۷۰ درصد. کو؟ مردم می‌گفتن خوش به حالتون» (همسر جانباز حرکتی، ۴۲ ساله، مدت ازدواج ۲۵ سال)

بخش بزرگی از این باور غلط، به دلیل تبلیغات رسانه‌ای است که به طور مرتب اخبار مبنی بر اختصاص سهمیه، وام، اتومبیل، تسهیلات تجاری و از این قبیل را اعلام می‌کنند و در عین حال هیچ شفافیتی وجود ندارد که این تسهیلات به چه تعداد افراد و با چه شرایطی تعلق گرفته است. چنین شرایطی به شکل‌گیری داغ اجتماعی «استفاده از سهمیه» در تعبیر گافمنی منجر شده است که بیش از همه، فرزندان خانواده‌های شهدا، جانبازان و ایثارگران را آزار می‌دهد. در بین افراد مصاحبه شده، تعداد معدودی از فرزندان از سهمیه دانشگاه استفاده کرده بودند، هیچ‌کدام از فرزندان از سهمیه اشتغال بهره‌مند نشده بودند و نیمی از جانبازان ۷۰ درصد واجد شرایط تخصیص اتومبیل، دریافتی نداشتند. نکته دیگر در کاهش منزلت اجتماعی خانواده جانبازان، کم رنگ شدن ارزش‌های معنوی در جامعه و غلبه یافتن مادیات است. افرادی که در رفاه مادی به سر می‌برند، قابل احترام هستند و افرادی که به هر دلیل دچار فقر و مشکلات مالی هستند، خود را در انزوای اجتماعی می‌بینند.

۵- تجربه آسیب‌های اجتماعی

تحقیقات نشان داد عوامل جسمی، روانی و اعتقادی که موجب ناتوانی یا کم‌توانی جانباز در انجام مسئولیت‌های تعریف شده اجتماعی برای مرد (پدر) خانواده می‌شود، از اهمیت نقش وی در خانواده می‌کاهد و میان جانباز با خانواده از یک سو و جانباز و جامعه از سوی دیگر فاصله می‌اندازد. تبعات آن می‌تواند به ناهنجاری‌های اجتماعی و حتی آسیب‌های اجتماعی منجر شود (پوریوسفی و شریعت نژاد، ۱۳۸۸). آسیب‌های احصا شده در این پژوهش به شرح ذیل است:

خشونت خانگی: در زمینه خشونت خانگی نیز محققان اذعان دارند با آنکه خشونت، همیشه به علت استرس به وجود نمی‌آید، ولی ممکن است روشی باشد که برخی مردم (نه همه) به استرس پاسخ می‌دهند. استرس و تعارض‌های فزون‌یافته درباره مسائل مالی و جنبه‌های دیگر ممکن است موجب شود که خانواده‌ها و زوجین خشونت خانگی را با احتمال بیشتری تجربه کنند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد همسران جانبازان اعصاب و روان بیش از دیگران خشونت خانگی را تجربه کرده بودند. بخشی از این خشونت، حاصل مشکلات روانی و آسیب‌های حاصل از جانبازی است، بخشی از آن به تربیت خانوادگی و یادگیری بازمی‌گردد و بخش دیگری حاصل نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم است که به دلیل صرف سال‌های جوانی در جنگ و جبهه فرصت کافی برای آموختن آن نداشته‌اند.

خشونت خانگی به شکل خشونت فیزیکی و آسیب جسمانی (ضرب و شتم، شکستن استخوان)، خشونت کلامی (فحاشی، پرخاشگری و تهمت خیانت زناشویی) و ناامنی روانی (تهدید) وجود داشت و همسر و فرزندان جانبازان قربانی آن بودند. نیمی از اطلاع رسانی همسر جانباز اعصاب و روان بودند که ۴ مورد خشونت خانگی شدید شامل آسیب جسمانی شدید (شکستن استخوان، چاقو خوردن) را تجربه کرده بودند. ۱۱ مورد نیز خشونت خانگی متوسط شامل پرخاشگری، شکستن اشیا و تهدید و ناامنی روانی را گزارش کردند. مصاحبه شونده شماره ۱۵ گزارش داد: «به حرف کسی گوش نمی‌کرد و من اصلاً نمی‌فهمیدم این چکار می‌کنه و فقط تحمل می‌کردم و می‌ترسیدم. اولین، حربه‌اش این بود که ترس از من گرفته بود. این نقطه ضعف منو پیدا کرده بود و منو ترسانده بود. آن وقت اصلاً امنیت نداشتم من تو اون خونه. هیچی، نه امنیت عاطفی داشتیم و نه امنیت اقتصادی داشتیم و اون فقط می‌رفت و می‌اومد». (همسر جانباز اعصاب و روان، ۵۸ ساله، مدت ازدواج ۱۲ سال، مطلقه)

فرزندان نیز قربانی خشونت خانگی بودن، مصاحبه شونده شماره ۱۲ می‌گوید: «دائم بدن بچه کبود بود. دائم کتکش می‌زد. بچه‌ام فکر کنم کلاس سوم راهنمایی بود. با بیل، جفت دستای بچه‌ام رو شکست. یه بار دیگه زد پاش رو شکست. سال ۸۶ بیمارستان بودم، سر یه تلفنی چیزی با هم دعواشون می‌شه، چاقو بهش زده بود». (همسر جانباز اعصاب و روان، ۵۲ ساله، مدت ازدواج ۳۴ سال)

از بین مصاحبه شوندگان تنها یک نفر پس از خشونت همسرش از او شکایت کرد که منجر به بازداشت همسرش شد. فردای آن روز، جانباز با وثیقه برادرزن آزاد شد و جانباز همسرش را ترک کرد. سایر قربانیان خشونت خانگی از توسل به مراجع قانونی صرف‌نظر کرده بودند. مصاحبه شونده شماره ۱ می‌گوید: «کتک برام نقل و نبات شده بود، حتی جلوی بچه‌ها. چهار پنج جای سرم، جای بخیه‌هاش هنوز هست. شاید بتونم بگم تک تک انگشتام بارها شکسته. گردنم سه تا پلاتینه. برم کلانتری بگم شوهرم می‌زنه، می‌گن این جانبازه، خودت می‌دونستی جانبازه، باید بسوزی و بسازی». (همسر جانباز اعصاب و روان، ۵۰ ساله، مدت ازدواج ۳۰ سال)

با این حال، واکنش همسران جانبازان به خشونت خانگی با واکنش همسران عادی تفاوت داشت. تعدادی از آنها به این حقیقت اشاره کردند که اعمال شوهرشان دست خودشان نیست. همسران جانبازان، خشونت جانباز را به شرایط روانی غیرقابل کنترل و بیماری او نسبت می‌دادند و تا حد امکان شرایط خود را تحمل می‌کردند، هر چند خشونت خانگی بر روی شرایط روانی آن‌ها و فرزندانشان تأثیر منفی خود را باقی گذاشته بود.

اعتیاد: دکتر روانشناسی که در بخش اعظم سابقه حرفه‌ای خود تجربه کار با جانبازان را داشت در مصاحبه اختصاصی گفت: «جانبازهایی هستند که داروی اعصاب و روان مصرف

نمی‌کنن، اما خیلیاشون معتادن و بنیاد نمی‌دونه. به خاطر این‌که درد دارن، هیچ دارویی نمی‌تونه دردشون رو آروم کنه. خیلیاشون به انواع و اقسام قرص‌ها و مواد معتادن. اعتیاد جانبازان بحث خیلی مهمیه. به خاطر دردهای فیزیکی و روانیشون به سادگی به سمت دراگ می‌رن». شش نفر از ۳۰ جانباز مورد پرسش در این تحقیق، تجربه اعتیاد (تریاک، شیشه، مرفین، متادون و ...) داشتند یا هم‌چنان به آن مبتلا بودند. متأسفانه گاهی اعتیاد جانباز به اعتیاد فرزندانیش نیز منجر شده است. (گزارش مصاحبه شونده شماره ۱۵)

خودکشی: مشکلات روانی جانبازان، آنها را مستعد افکار مرتبط با مرگ و خودکشی می‌کند (کرمی و همکاران، ۱۳۸۴؛ مشایخی و همکاران، ۱۳۹۰). از سی مورد مصاحبه شوندگان، چهار مورد تجربه خودکشی وجود داشت که سه مورد آن جانبازان اعصاب و روان بودند. همسر یکی از جانبازان اعصاب و روان می‌گوید: «توی خونه خودشو دار زده، من خواب بودم. می‌دونستم حالش بده، به بنیاد هم گفته بودم آمبولانس بهم بدین ببرمش بیمارستان، خودش نیامد، آمبولانس نفرستادن. نصفه شب یه صدای تالایی اومد، بیدار شدم دیدم داره جلوی چشمم تاب می‌خوره. چند وقت بعد هم مرتکب قتل شد». (مصاحبه شده شماره ۱۲، همسر جانباز اعصاب و روان، ۵۲ ساله، مدت ازدواج ۳۴ سال)

تعدادی از همسران و فرزندان جانبازان اعصاب و روان به اختلال استرس پس از سانحه نیابتی دچار بودند. یکی از همسران جانبازان اعصاب و روان (مصاحبه شونده شماره ۱) چند بار خودکشی کرده است. در خانواده جانباز اعصاب و روان دیگری، (مصاحبه شونده شماره ۱۰) رنج فرزندان از اعتیاد و خشونت پدر باعث شده دختر بزرگ‌تر ده بار دست به خودکشی بزند و پسر خانواده نیز یک بار سابقه خودکشی دارد.

طلاق: از آنجائی که برخی از جانبازان با مسائلی نظیر تجربه ذهنی حادثه، انزوا و کرختی عاطفی، برانگیختگی فیزیولوژیکی و آسیب در عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی روبرو هستند، فشارهای بیشتری بر خانواده خود تحمیل می‌کنند. همسر، در خط مقدم این فشارها قرار دارد. به همین دلیل، احتمال اینکه سازگاری زناشویی پیش و بیش از سایر جنبه‌های خانوادگی در خانواده جانبازان دچار آسیب شود، افزون‌تر است. همسران جانبازان برحسب نوع جانبازی همسر، در مورد تداوم زندگی مشترک برخوردهای متفاوتی داشتند. همه مصاحبه شوندگان مواردی از طلاق در بین جانبازان آشنای خود گزارش کردند. از بین سی همسر جانباز مصاحبه شده این پژوهش، حدود نیمی از آنها از زندگی مشترک خود، رضایت داشتند. پنج نفر طلاق گرفته یا جدا زندگی می‌کردند. مصاحبه شونده شماره ۶ با دو بچه نوجوان، درخواست طلاق داشت و چون همسرش راضی به طلاق نبود، اکنون پنج سال است که جدا زندگی می‌کند. (همسر جانباز اعصاب و روان و حرکتی، ۴۸ ساله، مدت ازدواج ۲۰ سال).

اما همیشه درخواست طلاق از طرف زن نبود، در یکی از موارد فرد جانباز همسرش را از خانه بیرون کرده و یک سال است بلا تکلیف نگه داشته است. مصاحبه‌شونده شماره ۵ می‌گوید: «اصلاً راضی به جدایی نبودم، خیلی تحمل کردم. خودش هم می‌گفت بلاهایی که من سرت آوردم هر کس دیگه بود می‌رفت، کسی تو رو نگه نمی‌داره که نمی‌ری. خودش می‌گفت طلاق عاطفی» (همسر جانباز حرکتی، ۵۴ ساله، مدت ازدواج ۱۵ سال).

مصاحبه‌شونده شماره ۱۳ نیز طلاق گرفت؛ زیرا، شوهرش او را ترک کرده و در روستایی در شمال زندگی می‌کرد: «گفت می‌خوام برم زن بگیرم و من هم باور کردم، گفتم من نباید مانع باشم. من هم به نوعی ایثار کنم، از خودم بگذرم که اون به خواسته دلش برسه. زمان جدایی هم چیزی ازش نگرفتم، نه مهریه، نه نفقه، نه اجرت المثل». (همسر جانباز شیمیایی، ۶۰ ساله، مدت ازدواج ۱۵ سال)

۵. بحث و نتیجه‌گیری

خانواده‌های جانبازان در کنار مشکلات جسمی و روانی مرد خانواده و مشکلات مختلف معیشت، در روابط اجتماعی نیز دچار مشکل هستند؛ زیرا، وضعیت جانبازی بر روابط صمیمانه با نظام خویشاوندی و دوستان نیز تأثیر می‌گذارد و آنها را محدود می‌کند. همان‌گونه که خلاصه تحلیل پدیدارشناسانه مضمون‌های اصلی تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان در جدول دو نشان می‌دهد، اکثر این خانواده‌ها، سطحی از انزوای اجتماعی را تجربه می‌کنند.

جدول ۲. خلاصه مضمون‌های اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه با همسران جانبازان

پدیده مورد تجربه	زمینه و بستر اجتماعی	پیامد در خانواده
انزوای اجتماعی (تردد اجتماعی صعب، شبکه اجتماعی رسمی و غیررسمی ناکافی)	منزلت اجتماعی رو به افول و داغ‌ننگ سهمیه	تجربه آسیب‌های اجتماعی (خشونت خانگی، اعتیاد، خودکشی، طلاق)

تردد جانبازان تنها به نادیده گرفتن آنها در طراحی معماری شهری و سرویس‌های حمل و نقل و شرایط آلودگی هوا محدود نمی‌شود و احساس انزوای اجتماعی ناشی از ارتباطات گسسته با خانواده والد، سایر خانواده‌های جانبازان و آشنایان است و تفاوت‌های فرهنگی پوشش و حجاب با عموم مردم بر معضلات آنها می‌افزاید. ضعف شبکه حمایت رسمی (دولتی) انزوای اجتماعی خانواده جانبازان را تشدید می‌کند. بیشتر حمایت‌های دولتی به پرداخت مستمری

ماهانه و ارائه امکانات پزشکی و دارویی محدود می‌ماند. که اکثر مصاحبه شوندگان نارضایتی خود را ابراز کردند. نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی با نتایج تحقیق شفيعی و همکاران (۱۳۸۸) هماهنگ است. عملکرد بنیاد جانبازان در بخش مشاوره و مددکاری نیز ضعیف است. بیشتر تحقیقات روان‌شناسانه انجام شده در مورد خانواده جانبازان بر افزایش مهارت‌های زندگی و کاهش تعارض زوجین بر روی همسران جانبازان تمرکز کرده است و کمتر به بهبود سازگاری و مدیریت احساسات فرد جانباز توجه داشته‌اند.

گلایه همسران جانبازان نشان می‌دهد که مزایا و سهمیه‌های اعلام شده برای جانبازان و خانواده‌های آنان با وجود محدود بودن و شمول اندک، باعث ایجاد جو روانی نامناسب اجتماعی و حتی طرد و انزوای اجتماعی این خانواده‌ها شده است. انزوای اجتماعی حاصل از بدبینی مردم با نتایج تحقیق شفيعی و همکاران (۱۳۸۸)، جانعلی‌زاده چوبستی (۱۳۸۹) و ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) هماهنگ است. نکته دیگر در کاهش منزلت اجتماعی خانواده جانبازان، کم رنگ شدن ارزش‌های معنوی در جامعه و غلبه یافتن مادیات است. در این میان افرادی که به هر دلیل دچار فقر و مشکلات مالی هستند، خود را دچار انزوای اجتماعی بیشتری می‌بینند.

انزوای اجتماعی در بستر منزلت اجتماعی رو به افول و داغ سهمیه، احتمال وقوع آسیب‌های اجتماعی در خانواده جانبازان را افزایش می‌دهد. در بین سی خانواده مورد تحقیق، ۴ مورد خشونت خانگی شدید، ۶ مورد خودکشی، ۶ مورد اعتیاد و ۵ مورد طلاق را تجربه کرده بودند که بسیار بیشتر از احتمال وقوع این آسیب‌ها در خانواده‌های معمولی است. در تحقیق بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲) و کرمی و همکاران (۱۳۸۹) نیز اصلی‌ترین عامل گرایش به اعتیاد از دیدگاه معتادین جانباز، فشارهای روانی حاصل از جنگ بود. همین عامل مهمترین علت عود اعتیاد پس از ترک نیز عنوان شد. بالا بودن آسیب‌های اجتماعی در خانواده جانبازان با نتایج تحقیق پوریوسفی و شریعت نژاد (۱۳۸۸) هم راستا است.

این تحقیق از محدود پژوهش‌هایی است که به آسیب‌های اجتماعی در میان خانواده جانبازان پرداخته است و این موضوع را از منظر جامعه‌شناختی و در ارتباط با مفاهیمی چون پیوندهای اجتماعی و شبکه حمایت اجتماعی می‌بیند. از مهمترین دستاوردهای این پژوهش وزن دهی به نوع جانبازی بجای شدت آن است. زیرا هر چند بطور بوروکراتیک متغیر شدت جانبازی، به عنوان عامل اصلی آشفتگی زندگی خانوادگی پذیرفته شده است؛ اما نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که نوع جانبازی است که جایگاه نقشی فرد جانباز و نیز تعاملات او با خانواده و خانواده با سایر نهادهای اجتماعی را تعیین می‌کند. نوع جانبازی انتظارات نقش و نیز صفات نقشی مرجعی را برای مرد در مقام پدر و زن در کسوت همسر- مادر و نیز فرزندان ایجاب و بلکه اجبار می‌کند که در میان مدت الگوهای نهادینه شده‌ای از پیوندهای اجتماعی

اندک و در نهایت انزوای اجتماعی را رقم زده و در کنار سایر مصائب روان تنی فرد جانباز، آسیب‌های اجتماعی خانواده‌ی او را به دنبال دارد.

نتایج نشان می‌دهد خانواده‌ی جانبازان در معرض آسیب است. درک و شناخت جوانب و ابعاد این آسیب‌ها از یک سو و مواضع کنشگران در تلاش برای تخفیف فشارها و آلام و پیامدهای آن برنامه‌ریزی و سیاستگذاری منطبق با واقعیت، سنجیده و عاجلی را می‌طلبد. تحقیق حاضر به منظور شناسایی تأثیر سیاست‌های حمایت اجتماعی رسمی در مورد ایثارگران طراحی و اجرا نشده است، اما در پایان نمی‌توان از بیان تفسیر محقق که براساس صدها ساعت مطالعه، گفتگو با ذینفعان شکل گرفته است، صرف‌نظر نمود. سیاست حمایت اجتماعی رسمی از جانبازان، به وظایف تیمارداری زنان در قلمرو خانگی متکی است. البته این اتکا از پیش طراحی و سنجیده نشده است، بلکه اجرای وظیفه‌ی تیمارداری زن در خانواده را طبیعی فرض می‌کند و نوع جانبازی، شرایط جانباز، شرایط جسمی و روانی مراقب بدون مزد (زن) و فقدان امکانات مالی را نادیده می‌گیرد. حتی تشخیص وخامت حال جانباز و تعیین زمان مراجعه به پزشک و بستری شدن در بیمارستان را هم به زن و اعضای خانواده واگذار کرده‌اند. در چنین سیستمی که به تصور از خانواده‌ی سنتی متکی است، خشونت‌خانگی و سایر مشکلات خانواده، نادیده گرفته می‌شود. تنها زنان، قربانی این سیستم حمایتی نبودند بلکه فرزندان نیز بدون مشاوره برای مشکلات روانی، افسردگی، افت تحصیلی و ... رها شده‌اند.

نتیجه‌ی سیاست اجتماعی ایثارگران در شرایط فعلی، آسیب‌پذیری خانواده‌ی جانبازان و بالا بودن نرخ طلاق در این خانواده‌هاست. از سوی دیگر، با بالا رفتن سن مراقب و افزایش مشکلات جسمی و روانی جانباز و همسرش، این سیستم در خانواده‌های فعلی نیز نمی‌تواند بیش از این ادامه یابد. سیاست حمایت اجتماعی رسمی در شکل پیش‌فرض‌ها، قوانین و عملکرد بنیاد جانبازان باید تغییر یابد و به جای تمرکز بر فرد جانباز و نیازهای او، به کل خانواده‌ی جانباز (شامل جانباز، همسر و فرزندان) به عنوان خانواده‌ی در معرض آسیب بپردازد. این خانواده، نیازمند آن است که فارغ از درصد جانبازی مرد، مشکلات فعلی خانواده بررسی شود و خانواده در ذیل برنامه توانمندسازی - و نه کمک مالی مقطعی یا مستمر و اعطای سهمیه و امتیاز - قرار گیرد. بوروکراسی اداری در بنیاد جانبازان که تنها به مراجعان خود خدمات محدود ارائه می‌کنند باعث شده تا محروم‌ترین و نیازمندترین خانواده‌ها که انگیزه، توانایی یا آگاهی درباره‌ی روال‌های اداری ندارند، نادیده گرفته شوند. اصرار بر ارائه‌ی فرصت‌های تحصیلی، شغلی و امتیازهای تبعیض‌آمیز به خانواده‌ی شهدا و جانبازان موجب اثرات جانبی منفی مانند داغ اجتماعی «استفاده از سهمیه» و کاهش منزلت اجتماعی این گروه و انزوای اجتماعی و فرهنگی

آن‌هاست. موثرترین سیاست اجتماعی در حمایت از این گروه‌ها باید ارائه خدمات مستمر و پایش مددکاری و خانواده درمانی باشد.

فهرست منابع:

- احمدی، خدابخش؛ حبیبی، مجتبی؛ احمدی زاده، محمد جواد و دیگران (۱۳۹۱). یافته‌ها، تنگناها و جهت‌گیری‌های پژوهش در حوزه سلامت روانی جانبازان. طب نظامی، شماره ۴: ۲۴۹-۲۵۸.
- ایزدی، احمد؛ ایزدی اونچی، فاطمه سادات؛ معصومی، امیرحسین؛ کفایی، محبوبه؛ حاجی باقری، علی و میران زاده، صدیقه (۱۳۹۳). تبیین تجارب جانبازان شیمیایی جنگ ایران و عراق از ماهیت و ساختار منابع رنج، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، شماره ۱: ۸۵۸-۸۷۰.
- ایمان، محمدتقی (۱۳۹۳). روش‌شناسی تحقیقات کیفی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- برناردز، جان. (۱۳۸۴). درآمدی به مطالعات خانواده. ترجمه: حسین قاضیان. تهران: نشر نی.
- بحرینیان، عبدالمجید و برهانی، حسین (۱۳۸۲). بررسی بهداشت روان در یک جمعیت از جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم، پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، سال ۲۷، شماره ۴: ۳۰۵-۳۱۲.
- پوریوسفی، حمید و شریعت‌نژاد، عبدالرضا (۱۳۸۸). بررسی عوامل فرهنگی - اجتماعی موثر بر آسیب‌های اجتماعی در خانواده‌های جانبازان متاهل ساری. مدیریت فرهنگی، سال ۳، شماره ۵: ۱۹-۳۵.
- جانعلی‌زاده چوبستی، حیدر (۱۳۸۹). بررسی سرمایه اجتماعی جانبازان اعصاب و روان و ضایعه نخاعی در استان مازندران، مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۱۱: ۲۱-۴۵.
- زاهدی اصل، محمد و صالح، صلاح الدین (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران. پژوهش نامه مددکاری اجتماعی، شماره ۱: ۲۴۴-۲۰۷.
- شفیعی، کتایون؛ عطاری، عباس؛ مهدوی، علی و امین‌الرعا، مهین (۱۳۸۸). شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصلی موثر بر آن در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه (مطالعه کیفی). طب جانباز، سال ۲، شماره ۵: ۶-۱۳.
- کراسول، جان. (۱۳۹۴). پویش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد. ترجمه: حسن دانایی فرد و حسین کاظمی. تهران: صفار: اشراقی، چاپ دوم.

بررسی پدیدارشناختی انزوای اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران نویسنده مسئول: (سمیه سادات شفیعی)

کرمی، غلامرضا؛ امیری، ماندانا؛ عاملی، جواد؛ قدوسی کاظم؛ سعادت، علیرضا؛ سجادی، محمد و نوحی، سیما (۱۳۸۴). بررسی اقدام به خودکشی در بیماران بستری شده در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه الله، از ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲. طب نظامی، شماره ۷، پیاپی (۴): ۳۰۵-۳۱۲. کرمی، غلامرضا؛ احمدی نوده، خدابخش؛ مالکی، مهدی و علی پور، محمداسماعیل (۱۳۸۹). بررسی علل عود اعتیاد و عوامل مرتبط با آن در جانبازان مراجعه کننده به بیمارستان‌های طرف قرارداد بنیاد جانبازان در سال ۱۳۸۸. طب جانباز، دوره ۲، شماره ۸: ۴۰-۴۴. کلانتری، عبدالحسین و دیگران. (۱۳۹۴). انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی. پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، سال چهارم، شماره ۶: ۸۹-۱۱۶. مشایخ، مریم؛ برجعلی، احمد؛ دلاور، علی و شفیعی آبادی، عبدالله (۱۳۹۰). مدل یابی تاب‌آوری خانواده جانباز بر اساس متغیرهای شناختی، هیجانی. روانشناسی نظامی، دوره ۲، شماره ۸: ۲۳-۱.

ولد، جرج؛ برنارد، توماس و اسنیپس، جفری. (۱۳۸۰). جرم‌شناسی نظری (گذری بر نظریه‌های جرم‌شناسی). ترجمه: علی شجاعی با مقدمه محمد آشوری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

هورتولانوس، رلوف؛ انجا، مشیلز و میوسن، لودوین. (۱۳۹۴). انزوای اجتماعی در جامعه مدرن. ترجمه لیلا فلاحتی سرابی و صادق پیوسته. چاپ اول. تهران: جامعه‌شناسان.

Choi, Susanne YP; Cheung, YW; Cheung, Adam KL (2012). Social Isolation and Spousal Violence: Comparing Female Marriage Migrants with Local Women, *Journal of Marriage and Family*. 74 (3): 444-461

Ge, Lixia., Chun Wei Yap., Reuben, Ong., & Bee Hoon Heng. (2017). Social Isolation, Loneliness and their Relationships with Depressive Symptoms, *A Population-based Study*: 1-13.

Hawthorne, Graeme. (2006). Measuring Social Isolation in Older Adults: Development and Initial Validation of the Friendship Scale, *Social Indicators Research*. 77 (3): 521-548

K, H. (2006). Contacts and Their Relationship to Loneliness among People, *A Population, Based Study. Gerontology*, 52: 181-187.

Krivo, Lauren J ; Washington, Heather M ; Peterson, Ruth D ; Browning, Christopher R ; Calder, Catherine A ; Kwan, Mei – Po, (2013). Social Isolation of Disadvantage and Advantage: The Reproduction of Inequality in Urban Space, *Social Forces*, 92(1):141-164.

Mullins, L. C. and Sheppard, Harold L. and Andersson, Lars. (1999). "Loneliness and Social Isolation in Sweden: Differences in Age, Sex,

Labor Force Status, Self-Rated Health and Income Adequacy”, Journal of Applied Gerontology, 10(4), 455–468.

Parigi, Paolo., & Henson, Warner. (2014). Social Isolation in America, Annual Review of Sociology. 40 : 153-171.

Zavaleta, Diego ; Samuel, Kim ; Mills, China (2017). Measures of Social Isolation, Social Indicators Research, 131(1) :367-391.