

بررسی پدیدار شناختی تجربه‌های مشترک خانواده‌های دارای بیمار روانی

محمد ذوالعدل*، دکتر فرخنده شریف**، دکتر فضل‌الله غفرانی پور***،
دکتر انوشیروان کاظم نژاد****، دکتر حمید اشکانی*****

چکیده

مقدمه: هدف اصلی این پژوهش، دستیابی به تجربه‌های مشترک زنده خانواده‌های دارای بیمار روانی می‌باشد. **مواد و روش کار:** در این بررسی پدیدارشناختی، ۳۱ خانواده دارای بیمار روانی و بستگان درجه یکی که با وی زندگی می‌کردند، به روش نمونه‌گیری در دسترس گزینش شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاری با پرسش‌های باز و ضبط صوت بود. پس از پایان مصاحبه، محتویات نوار بر روی کاغذ بازنویسی شد. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از شیوه‌ی جیورجی انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش بازتاب تجربه‌های خانواده‌های دارای بیمار روانی بود که در چهارچوب چگونگی برخورد با پدیده "بیماری روانی"، تأثیرات عینی و ذهنی آن و تجربه‌های مربوط به درمان و مراقبت از بیماران روانی طبقه‌بندی و ارزیابی شد. **نتیجه‌گیری:** ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی، فشار، نگرانی و تغییرات منفی چشمگیری بر خانواده وارد می‌کند.

کلیدواژه: پدیدارشناسی، تجربه‌های زنده، خانواده، بیمار روانی

مقدمه

اعضای خانواده شده و با توجه به این که درجه بهبودی این افراد به توانایی‌های خانواده در فراهم نمودن حمایت‌های بدنی، عاطفی و اجتماعی بستگی دارد و این امر نیز به نوبه خود، به تجربه‌ها، واکنش‌های بیماران و خانواده‌هایشان در مورد بیماری روانی وابسته می‌باشد (تسلر^۱ و گاماج^۲، ۲۰۰۰؛ لارسن^۳، ۱۹۹۸؛ نویدیان، سالار و کیخانی، ۱۳۸۰؛ یاگبلاد^۴ و هاینز^۵، ۱۹۹۲)، بررسی تجربه‌های زنده مشترک خانواده‌های دارای بیمار روانی دارای اهمیت دانسته شده و کوشش شده است، در پژوهش حاضر، به این پرسش، پاسخ داده شود: تجربه‌های بیماران روانی و سایر اعضای خانواده آنان در مورد ابتلا به بیماری روانی، مراقبت و چگونگی برخورد با آن چیست؟

یکی از استرس‌های مهم در خانواده، ابتلاء یکی از اعضای خانواده به بیماری‌های روانی است که سبب اختلال در ابعاد بهداشتی می‌شود (چیتی^۱، ۱۹۹۷). این بیماری‌ها در اثر عوامل زمینه‌ای و آشکار ساز روانی-زیستی و اجتماعی ایجاد می‌شوند و احساس ناخشنودی از زندگی و کاهش کیفیت زندگی را در پی دارند (انجمن ملی بهداشت روانی^۲، ۲۰۰۵؛ فلاحی خشک‌ناب، ۱۳۸۰؛ کارسون^۳ و آرنولد^۴، ۱۹۹۶؛ بواله‌ری، ۱۳۷۱؛ باورز^۵، ۱۹۹۸).

از آنجا که هر فرد مبتلا به بیماری روانی، افزون بر تحمیل هزینه‌های فراوان بر خانواده و جامعه، موجب ایجاد فشار روانی در

* دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه تربیت مدرس. تهران، تقاطع بزرگراه‌های جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، ساختمان شماره ۵، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری (نویسنده مسئول).

** دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز. شیراز، خیابان زند، فلکه نمازی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س).

*** دکترای آموزش بهداشت، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس. تهران، تقاطع بزرگراه‌های جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، ساختمان شماره ۵، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.

**** دکترای آمار حیاتی، استاد دانشگاه تربیت مدرس. تهران، تقاطع بزرگراه‌های جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آمار زیستی.

***** روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز. شیراز، بلوار چمران، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی.

- | | |
|--------------|---------------------------------------|
| 1- Chitty | 2- National Mental Health Association |
| 3- Carson | 4- Arnold |
| 5- Bowers | 6- Tessler |
| 7- Gamache | 8- Larsen |
| 9- Yougblood | 10- Hines |

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع کیفی^۱ بوده، به شیوه پژوهشی پدیدارشناسی^۲ انجام شده است. در این نوع بررسی، پژوهشگر در پی تجربه‌های زنده افراد و به دنبال شناخت معنی و مفهوم پدیده‌ها از دیدگاه آنان است. افراد، عمل یا تجربه و احساس خود را برای پژوهشگر بیان نموده، آنگاه پژوهشگر، توضیحات مطرح شده آنان را تفسیر می‌نماید (برنز^۳ و گراو^۴، ۱۹۹۹؛ استروبرت^۵ و کارپنتر^۶، ۱۹۹۹). این شیوه پژوهشی می‌تواند اطلاعاتی درباره تجربه‌ها و دیدگاه‌های جامعه پژوهشی در اختیار پژوهشگران قرار دهد.

جامعه پژوهش، خانواده‌های دارای بیمار روانی بوده که از میان آنان، ۳۱ خانواده دارای بیمار روانی، همراه با بستگان درجه یکی که با او زندگی می‌نمودند به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان آزمودنی‌های پژوهش انتخاب شدند. معیار انتخاب آزمودنی‌ها، داشتن اطلاعات لازم در زمینه موضوع پژوهش بود. از دیدگاه استروبرت و کارپنتر (۱۹۹۹)، در بررسی‌های پدیدارشناسی، تا زمان احساس اشباع در مورد مفهوم پدیده مورد بررسی بایستی نمونه‌گیری ادامه یابد؛ تا جایی که با افزایش حجم نمونه، حجم اطلاعات افزوده شده چشمگیر نباشد. در این بررسی، پژوهشگران به منظور رفع تورش در دیدگاه و استنباط فردی خود در تشخیص اشباع اطلاعاتی، افزون بر ادامه نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی، داده‌های گردآوری شده از آزمودنی‌ها را در اختیار سه کارشناس دیگر قرار داده و تا تأیید کفایت اطلاعات گردآوری شده توسط هر سه نفر آنان، نمونه‌گیری ادامه یافت (فلاحی خشک‌تاب، ۱۳۸۰؛ پولیت^۷ و هانگلر^۸، ۱۹۹۹).

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته^۹ با پرسش‌های باز^{۱۱} و نوار ضبط صوت بود. برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، رضایت نامه لازم در مورد استفاده از ضبط صوت، از شرکت‌کنندگان گرفته شد. مدت مصاحبه با بیماران روانی، ۹۰-۴۵ دقیقه و زمان صرف شده برای مصاحبه با خانواده‌های دارای بیمار روانی، ۱۸۰-۶۰ دقیقه بود.

تحلیل داده‌های گردآوری شده به شیوه جیورجی^{۱۱} و طی مراحل زیر انجام شد: ۱- خواندن کل تجربه گزارش شده تا حس کلی آن به دست آید، ۲- خواندن دوباره گزارش‌ها، ۳- شناسایی بخش‌هایی از مطالب مرتبط با هم در بین گزارش‌ها، ۴- مشخص نمودن ارتباط اجزاء با یکدیگر و با کل، ۵- مقایسه اجزاء با زبان شرکت‌کنندگان به منظور اطمینان از این که مفاهیم شناسایی شده، بازتابی از صحبت‌های آنان می‌باشد، ۶- تبدیل زبان

شرکت‌کنندگان به زبان مفاهیم علمی و ۷- ساخت و آرایه دید کلی از تجربه‌ها و مفهوم پدیده مورد بررسی (استروبرت و کارپنتر، ۱۹۹۹).

افزون بر مصاحبه با شرکت‌کنندگان در پژوهش، از روش مشاهده میدانی نیز استفاده گردید. در طول جلسات مصاحبه، مشاهدات یادداشت شده نیز به اطلاعات گردآوری شده در حین مصاحبه افزوده شد.

یافته‌ها

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش را می‌توان در پنج گروه زیر بیان نمود:

۱- تجربه‌های مربوط به شیوه برخورد با پدیده «بیماری روانی»: این بررسی نشان داد که خانواده‌های دارای بیمار روانی از بیماری روانی و شیوه برخورد با آن آگاهی ندارند. یافته‌های این پژوهش در مورد نگرش نسبت به پدیده «بیماری روانی» گویای آن است که بسیاری از افراد، بیماری روانی را با دیوانگی برابر دانسته و شخص مبتلا به آن را ناکارآمد و خطرناک می‌دانند. بسیاری از خانواده‌ها در برخورد با بیماری‌های روانی، انکار را پیشه نموده، کوشش در پنهان نگه داشتن آن داشتند. احساس گناه، احساس شرم و خجالت و حمایت بیش از حد از بیمار روانی نیز یافته دیگر این بررسی است. ۲- یافته‌ها نشان دادند که ابتلای یک فرد به بیماری روانی در وضعیت اقتصادی، عادت‌های شخصی و عملکرد شغلی سایر اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. ۳- نگرانی از آینده، سپر بلا واقع شدن و به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای نامناسب، از جمله تأثیرات ذهنی ناشی از وجود بیمار روانی در خانواده به‌شمار می‌روند. ۴- اعتقاد به تأثیر منفی محیط‌های درمان بیماری‌های روانی، عوارض جانبی داروهای روانپزشکی و بی‌توجهی به خانواده بیماران، از جمله تجربه‌های منفی آزمودنی‌ها بوده است. ۵- آزمودنی‌های پژوهش ضمن تأکید بر امر مراقبت از خود، به جنبه‌های گوناگون آن مانند فکر نکردن به گذشته و تمرکز بر حال برای ساختن آینده‌ای بهتر، شرکت در کلاس‌های ورزشی، مطالعه کتاب، توجه به توصیه‌های گروه درمانی و به کارگیری شیوه‌های تخلیه عاطفی اشاره نموده و تأثیرات سودمند آنها را یادآور شده‌اند.

1- qualitative research

3- Burns

5- Streubert

7- Polit

9- semi-structured interview

11- Giorgi

2- phenomenology

4- Grove

6- Carpenter

8- Hungler

10- open-ended question

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی، فشار، نگرانی و تغییرات منفی چشمگیری را به نظام خانواده وارد نموده و سلامت آنان را به خطر می‌اندازد. این با یافته‌های تسلر و گاماچ (۲۰۰۰) مبنی بر وجود انکار و عصبانیت و با نتایج مروستی (۱۳۸۰) در مورد وجود حسادت، شرم و تغییر در ارتباط اعضای خانواده این بیماران هم‌سویی دارد. خانواده بیماران روانی، اغلب نخستین مراقبین این دسته از بیماران هستند؛ آنها بار سنگین هزینه‌های درمان و مراقبت از بیمارشان را بر عهده داشته و افزون بر فشار و تنش ناشی از بیماری در یکی از عزیزان، در معرض انگ اجتماعی، تبعیض و محدودیت قرار دارند. از خودگذشتگی خانواده‌ها برای فراهم نمودن امکانات درمانی و مراقبتی بهینه برای بیمار تا مرز حمایت بیش از حد از بیمار روانی نیز تا اندازه‌ای در سایر بررسی‌ها از جمله تسلر و گاماچ (۲۰۰۰) اشاره شده است. در بررسی حاضر، هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها، تجربه‌ای مبنی بر طرد بیمار روانی را بیان نمودند. در کشور ما، با وجود این که خانواده بیماران روانی، فشار ناشی از اختلال در آرامش و روابط درونی را تجربه می‌نمایند، اما مراقبت از بیمار روانی را با غرور، محبت، احساس رضایت و آسایش وجدان همراه می‌دانند (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۲).

بروز اختلال‌های بدنی گوناگون مانند سردرد، کمردرد، میگرن، حمله‌های قلبی و تنگی نفس از جمله مواردی بوده که در تجربه‌های بیان شده توسط خانواده‌های دارای بیمار روانی، اشاره شده است. در این راستا حسن‌زاده (۱۳۷۷) و داویدیان، شاه‌محمدی، آزردهگان، کریمی کیسمی و باقری یزدی (۱۳۸۰) نیز بر این باورند که بیمار ایرانی، افسردگی خود را بیان نموده و آن را با شکایت‌های بدنی مانند دردهای گوناگون و پراکنده یاد می‌کند. به کارگیری شیوه‌های کنارآیی هیجان‌مدار^۱ و کمتر سودمند مانند گریه و زاری، فال‌گیری، مراجعه به جن‌گیر، از دیگر یافته‌های این پژوهش هستند.

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که مبتلا بودن یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی، فشار نگرانی و تغییرات منفی زیادی را بر سایر اعضای خانواده تحمیل می‌کند، در برخی احساس گناه، شرم و خجالت ایجاد می‌کند و گاهی سبب حمایت بیش از حد از بیمار می‌شود. هم‌چنین سبب بروز مشکلات اقتصادی، شغلی و میان‌فردی اعضای خانواده می‌گردد.

بدینوسیله از خانواده‌های دارای بیمار روانی شرکت‌کننده در پژوهش، مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان‌های حافظ و ابن‌سینا و مرکز مشاوره راه‌زندگی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۸/۱۳؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۹/۹؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۱۴

منابع

- بوالهری، جعفر (۱۳۷۱). بهداشت روان برای کارآموزی دانشجویان پزشکی. *مجله آموزش مداوم در پزشکی*، سال دوم، شماره ۷، ۱۲.
- حسن‌زاده، مهدی (۱۳۷۷). نگاهی به بیماری‌های روانی از دیدگاه فرهنگ مردم. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۱، ۶۱ - ۵۷.
- داویدیان، هاراطون؛ شاه‌محمدی، داود؛ آزردهگان، فیروز؛ کریمی کیسمی، عیسی؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۸۰). علائم و نشانه‌های مشترک و شایع اختلالات روانی در فرهنگ ایرانی. *مجله پژوهشی حکیم*، سال چهارم، شماره ۱، ۱۰ - ۱.
- فلاحی خشک‌تاب، مسعود (۱۳۸۰). *طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیک*. پایان‌نامه دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس.
- محمدی، محمدرضا؛ داویدیان، هاراطون؛ نوربالا، احمدعلی؛ ملک‌افضلی، حسین؛ نقوی، حمیدرضا؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ رهگذر، مهدی؛ علاقی‌نادر، جواد؛ امینی، همایون؛ رزاقی، عمران‌محمد (۱۳۸۲). همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران سال ۱۳۸۰. *مجله پژوهشی حکیم*، سال ششم، شماره ۱، ۶۴ - ۵۵.
- مروستی، عفت‌السادات (۱۳۸۰). تأثیر بیماری‌های مزمن بر خواهر و برادرهای سالم. *مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ویژه‌نامه خلاصه مقالات همایش سراسری آموزش و مراقبت در مبتلایان به بیماری‌های مزمن*، سال سوم، شماره ۹ و ۱۰، ۹۶ - ۹۶.
- ملکوتی، کاظم؛ نوری قاسم‌آبادی، ربابه؛ نقوی، محسن؛ احمدی‌بهری، علی؛ نصرافهانی، مهدی؛ افقه، سوسن؛ صالحی، پرویز؛ همتی، محمدعلی؛ مقدم‌نیا، مسعود (۱۳۸۲). فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره ششم، شماره ۲، ۱۰ - ۱.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. *مجله پژوهشی حکیم*، سال پنجم، شماره ۱، ۱۰ - ۱.
- نوبیدیان، علی؛ سالار، علیرضا؛ کیخایی، اسدالله (۱۳۸۰). بررسی میزان فشار روانی مراقبان خانوادگی بیماران روانی مراجعه‌کننده به بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان. *مجله پزشکی ارومیه*، سال دوازدهم، شماره ۳، ۲۱۲ - ۲۰۶.

- Bowers, L. (1998). *The social nature of mental illness*. London: Routledge .
- Burns, N., & Grove, S. K. (1999). *Understanding nursing research (2nd ed.)*. Philadelphia: W. B. Saunders CO.
- Carson, V. B., & Arnold, E. N. (1996). *Mental health nursing*, Philadelphia: W.B. Saunders.
- Chitty, K. (1997). *Professional nursing: Concepts and challenges (2nd ed.)*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Larsen, L. S. (1998). Effectiveness of counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36, 26 -32.
- National Mental Health Association. (2005). *Mental illness and the family: Stigma, building awareness and understanding about mental illness*. Available on: <http://www.nmha.org/infoctr/factsheets/14.cfm>.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods (6th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods: Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18, 179-183.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (2nd ed.)*. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Tessler, R., & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Youghblood, N. M., & Hines, J. (1992). The influence of the family's perception of disability on rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Nursing*, 17, 323-326 .