



حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی

ربابه نوری قاسم آبادی*، دکتر سیداکبر بیان‌زاده**

چکیده

در این نوشتار نقش حمایت اجتماعی در بهداشت روانی بیماران مزمن روانی و خانواده‌های آنان بررسی شده و ویژگی‌های ساختاری و کارکردی شبکه اجتماعی آنان برشمرده شده است. همچنین، اثر هر یک از ویژگی‌های یاد شده بر سازگاری بیماران مزمن روانی بررسی گردیده و در پایان ضرورت مداخله در شبکه اجتماعی بیماران با هدف افزایش حمایت اجتماعی و تقویت شبکه اجتماعی آنان مورد تأکید قرار گرفته است.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۳۸

کلیدواژه: بیماران مزمن روانی، حمایت اجتماعی، شبکه اجتماعی، بهداشت روانی

۱۹۸۹) ضرورت توجه بیشتر به وضعیت بیماران مزمن روانی را مطرح نموده‌اند.

برای برطرف نمودن یا به حداقل رساندن این مشکلات، "ترنر"^(۳) و "تن هور"^(۴) (۱۹۷۸) برنامه حمایت جامعه^(۵) را معرفی نمودند. در این برنامه عنوان شده است که بیماران مزمن روانی به خدماتی بیش از خدمات بهداشت روانی سنتی نیازمندند و چنانچه خدمات جامعی دریافت دارند، می‌توانند در جامعه به

در طول سه دهه اخیر، مراقبت از بیماران مزمن روانی در نظام بهداشت روانی مورد توجه فزاینده بوده است. بالا بودن میزان پذیرش این بیماران در بیمارستانها، عود بی در پی بیماری، هزینه بالای درمان بیماران، مراقبتهای مبتنی بر جامعه، نبود هماهنگی بین ارائه خدمات بیمارستانی و نیازهای جامعه، فشار شدید بیماران روانی بر خانواده (بیگل، ترسی و کوروو)^(۱)؛ (۱۹۹۴) و ناخشنودی خانواده بیماران از کیفیت خدمات موجود (گرلا و گروسکی)^(۲)،

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

** دکترای توانبخشی روانی، عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

1-Biegel, Tracy & Corvo 2-Grella & Grusky

3-Turner 4-Tenhoer

5-community support program

خوبی زندگی کنند. یکی از موضوعات اساسی در برنامه حمایت جامعه، تقویت نظام حمایت اجتماعی بیماران مزمن است. انجام مداخله‌هایی در زمینه شبکه اجتماعی، همراه با سایر خدمات بهداشت روانی به این بیماران کمک می‌کند خود را بهتر با شرایط زندگی در جامعه سازگار نمایند (بیگل و همکاران، ۱۹۹۴).

در رابطه با برنامه حمایت جامعه، مفهوم شبکه مراقبتها^(۱) قرار دارد و مراد ارائه نظام مراقبت‌های جامع به بیماران مزمن روانی می‌باشد از جمله مداخله در بحران، توانبخشی روانی اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و حمایت از دوستان، بستگان و خانواده بیماران. در این برنامه نیز بر افزایش و تقویت حمایت اجتماعی از بیماران مزمن روانی تأکید شده است. این تأکید به دنبال پژوهش فرای دی^(۲) (۱۹۸۶، به نقل از همان منبع) مطرح شد. فرای دی در مقاله خود، ضرورت استفاده از نظام‌های حمایتی غیر رسمی مانند کلیساها، گروه‌های اجتماعی، گروه‌های خودیاری^(۳)، خانواده و همسایگان را مطرح نمود و بر بسیج منابع اجتماعی برای بیماران مزمن روانی تأکید نمود. در سال ۱۹۸۷، مؤسسه ملی بهداشت روانی^(۴) نیز بر ضرورت انجام مداخله‌های جامع در شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی و استفاده از شبکه‌های حمایت طبیعی مانند خانواده، دوستان، انجمنها و گروه‌های خودیاری تأکید نمود.

در این نوشتار، مفهوم حمایت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و ویژگی‌های این شبکه‌ها در رابطه با بیماران مزمن روانی بررسی شده، انواع مداخله‌هایی که شبکه اجتماعی بیماران را گسترده‌تر می‌سازند معرفی گردیده است.

حمایت اجتماعی، میزان آرامش، احترام، کمک یا مراقبتی است که فرد از سوی افراد یا گروه‌های مختلف دریافت می‌کند (سارافینو^(۵)، ۱۹۹۴). در طول دو دهه اخیر، شواهد چندی در مورد رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت به دست آمده است (ترسی و بیگل، ۱۹۹۴).

حمایت اجتماعی به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت روانی و بدنی انسانها اثر می‌گذارد. پژوهشها نشان داده‌اند، افرادی که منابع حمایت اجتماعی بیشتری دارند، سلامت روانی بهتری داشته و بهتر با تغییرات سازگار می‌شوند (کوهن و ویلس^(۶)، ۱۹۸۵). حمایت اجتماعی مانع فروپاشی روانی می‌گردد و حتی هنگامی که فروپاشی رخ داده است نیز مانند یک سپر^(۷) در برابر اثر استرس عمل می‌کنند (لفلی^(۸)، ۱۹۸۷).

توانایی به دست آوردن حمایت اجتماعی تا حد زیادی به شبکه اجتماعی افراد بستگی دارد (سارافینو، ۱۹۹۴). منظور از شبکه اجتماعی، مجموعه‌ای از پیوندها و روابط بین فردی و بین گروهی از اشخاص است. این ارتباطها نه تنها مستقیماً افرادی را که یکدیگر را می‌شناسند به هم پیوند می‌دهد، بلکه به صورت غیر مستقیم فرد را به مجموعه بزرگتری از افراد مرتبط می‌کند، مانند دوست دوست. به این ترتیب درجات مختلفی از پیوند وجود دارد. در درجه اول، شبکه شخصی یا بی‌واسطه^(۹) قرار دارد و شامل افرادی است که فرد با آنها رابطه مستقیم دارد و این ارتباط آنان را به یکدیگر پیوند می‌دهد مانند دوستان، همکاران و اعضای خانواده. شبکه درجه دوم^(۱۰) شامل افرادی است که فرد با آنها رابطه مستقیم ندارد و آنها را مستقیماً نمی‌شناسد ولی از طریق شبکه شخصی با آنها در ارتباط است و بالاخره، شبکه گسترده^(۱۱) که شامل سایر روابطی است که خارج از دو حوزه پیشین قرار دارند (هامر و همکاران^(۱۲)، ۱۹۷۸). سارافینو (۱۹۹۴) شبکه‌های اجتماعی را به صورت

- | | |
|--|---------------------|
| 1-network of caring | 2-Friday |
| 3-self-help group | |
| 4-National Institute of Mental Health (NIMH) | |
| 5-Sarafino | 6-Cohen & Wills |
| 7-buffer | 8-Lefley |
| 9-immediate or personal network | |
| 10-second order network | 11-extended network |
| 12-Hammer | |

ساده‌تری توضیح می‌دهد، به بیان وی "شبکه اجتماعی، در برگیرنده‌ی ارتباطهایی است که مردم با خانواده و اجتماع خود دارند. شبکه‌های اجتماعی از نظر ویژگیهای ساختاری^(۱) (اندازه^(۲)، تراکم یا انبوهی^(۳) و خوشه^(۴)) و ویژگیهای کارکردی^(۵) (چندگانه^(۶) بودن، انعطاف پذیری^(۷) و ثبات^(۸)) متفاوت می‌باشند". پژوهشانشان داده‌اند، شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی، چه از نظر ساختاری و چه از نظر کارکردی متفاوت از افراد سالم است (ترسی و همکاران، ۱۹۹۴). مورین و سیدمن^(۹) (۱۹۸۶) ویژگیهای ساختاری و کارکردی بیماران مزمن روانی را به تفصیل بیان کرده‌اند.

ویژگیهای ساختاری

اندازه: بیماران روانی در مقایسه با افراد سالم، شبکه‌های اجتماعی کوچکتری دارند. گرچه کوچک بودن این شبکه به خودی خود مشکل آفرین نیست ولی بررسیها نشان می‌دهند که در این بیماران بین شبکه‌های کوچک محدود روابط اجتماعی آنان و بستریهای مجدد رابطه وجود دارد (کوهن و سوکولوسکی^(۱۰)، ۱۹۷۸) که خود نشان دهنده اهمیت شبکه اجتماعی است. سیر بیماری در بیمارانی که پیش از بستری، تماسهای اجتماعی بیشتری داشته‌اند، بهتر است. شبکه‌های اجتماعی بزرگتر، منابع حمایتی و اجتماعی بیشتری در اختیار فرد می‌گذارند و چنانچه یکی از اعضای شبکه مایل و یا قادر به ارائه حمایت نباشد، بیمار می‌تواند به دیگر افراد شبکه روی آورد و حمایت لازم را دریافت کند (مورین و سیدمن، ۱۹۸۶).

تراکم یا فراوانی: مراد از تراکم یا فراوانی، تعداد، پیوندهای درون هر شبکه است و به صورت زیر تعریف می‌شود: نسبت بین پیوندهای موجود به پیوندهای بالقوه. بین تراکم و فراوانی شبکه و عود بیماری رابطه وجود دارد. شبکه‌های تراکم معمولاً بین افرادی ایجاد می‌شود که ارزشها و انتظارات مشترکی دارند و به دلیل این اشتراک، رفتارهایی که با هنجار و انتظارات گروه مطابقت ندارند،

کمتر پذیرفته و تحمل می‌شوند (همان جا). در بسیاری از موارد، شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی محدود به افراد خانواده است و در این حالت، بیشتر اعضای شبکه بیمار را افراد خانواده تشکیل می‌دهند و شبکه اجتماعی شامل افرادی است که به شدت به یکدیگر وابسته‌اند. در این موارد چنانچه خانواده، رفتار بیمار را نپذیرد و مورد تأیید قرار ندهد، بیمار منبع دیگری برای حمایت ندارد؛ در نتیجه فشار زیادی را تجربه خواهد کرد. به بیان دیگر اگر چه شبکه‌های انبوه، حمایت قوی از فرد به عمل می‌آورند ولی نسبت به تغییرات رفتاری وی واکنش نشان می‌دهند و زمانی که ارتباط با آنان مختل شود، فرد به منبع حمایتی دیگری دسترسی نخواهد داشت (بیگل و ترسی، ۱۹۹۴).

خوشه: مراد از خوشه، گروههایی از اعضای شبکه است که ارتباطهای نزدیکتری با یکدیگر دارند و نقش مشترکی اعمال می‌کنند مانند همکاران یا اعضای خانواده (مورین و سیدمن، ۱۹۸۶) شبکه اجتماعی یک فرد معمولی دارای ۵ یا ۶ خوشه است در حالیکه، شبکه اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک دارای یک خوشه و یا فاقد خوشه است. در زمینه پیشگیری از عود بیماری، نقش خوشه‌ها مهمتر از اندازه و یا تراکم شبکه است. زمانی که خوشه‌ها اندک‌اند، ارتباط فرد با یک خوشه با مشکل روبرو شده است و منابع حمایتی دیگری وجود ندارد که فرد حمایت لازم را از آن دریافت دارد (بیگل و ترسی، ۱۹۹۴). چنانچه خوشه‌ها با یکدیگر ارتباط زیادی داشته باشند مثلاً بین خوشه خانواده و دوستان ارتباط بسیاری وجود داشته باشد، دو خوشه تبدیل به یک خوشه بزرگتر می‌گردند و به این ترتیب زمانی که فرد در یک خوشه با بحران روبرو شود نمی‌تواند به آسانی خود را از آن جدا ساخته و حمایت را

1-structural	2-size
3-density	4-cluster
5-functional	6-multiplexity
7-flexibility	8-stability
9-Morin & Saidman	10-Cohen & Sokolovsky

بسیار کم خواهد بود.

انعطاف پذیری: در یک شبکه انعطاف پذیر، پذیرش و حمایت به صورت مستمر و پیوسته وجود دارد؛ چه زمانی که علائم بیماری آشکارند و چه زمانی که علائم برطرف شده‌اند. در این شبکه به بیمار اجازه داده می‌شود نقش‌های گوناگون و متعددی همچون نقش یک دوست، همسر، عضو انجمن و مانند آن را داشته باشد. چنانچه بیمار قادر به ارائه نقش‌های متفاوت باشد، با از دست دادن یکی از منابع حمایتی می‌تواند به طور موقت خود را از شرایط استرس‌زا دور نگهدارد و دچار انزوای اجتماعی نیز نگردد؛ زیرا اعضای دیگری در شبکه وجود دارند که می‌تواند از کمک آنان بهره‌مند شود. انعطاف پذیری شبکه به نگرش اطرافیان نیز بستگی دارد. نگرش خانواده نقش تعیین‌کننده‌ای در عود بیماری دارد و به ویژه آنچه که نگرشها و احساسات ابراز شده^(۱) نسبت به بیمار و بیماری خوانده شده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده عود بیماری باشد. مراد از این عبارت، الگوی ارتباطی همراه با سخنان سرزنش‌آمیز و دخالت بیش از حد در کارهای بیمار است. خانواده‌های دارای این الگوی ارتباطی انتظارات غیر واقع بینانه‌ای از بیمار داشته و می‌کوشند سبک زندگی خاص و خشکی را به وی تحمیل کنند و نسبت به نشانه‌های بیماری تحمل اندکی دارند. بیمار در این محیط پر از تحریک و استرس نمی‌تواند زندگی کند و چنانچه نتواند خود را از آن دور نماید، علائم بیماری ظاهر می‌شوند و بیمار نیاز به بستری مجدد می‌یابد. تقریباً ۷۰٪ بیمارانی که شبکه اجتماعی آنان محدود به خانواده است (بیمارانی که بیش از ۳۵ ساعت تماس هفتگی با خانواده دارند) دوباره بستری می‌شوند. در حالیکه میزان عود و بستری مجدد در بیمارانی که کمتر از ۳۵ ساعت تماس هفتگی با خانواده دارند، ۳۰٪ می‌باشد (وان و لف^(۲)، ۱۹۷۶).

در یک شبکه انعطاف پذیر، پذیرش و حمایت به صورت مستمر و پیوسته وجود دارد؛ چه زمانی که علائم بیماری آشکارند و چه زمانی که علائم برطرف شده‌اند

از خوشه دیگر دریافت‌کننده به بیان دیگر دو خوشه به قدری به یکدیگر نزدیک شده‌اند که نمی‌توانند از تنش‌هایی که به علت انتظارات و ارزش‌های مختلف در یکی ایجاد شده است، دور بمانند (مورین و سیدمن، ۱۹۸۶).

ویژگی‌های کارکردی

ساختار شبکه تا حد زیادی کارکرد آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ویژگی‌های کارکردی شبکه عبارتند از: چندگانه بودن: روابطی را می‌توان چندگانه نامید که اعضای شبکه دارای چندین نقش حمایتی باشند. برای نمونه هم در زمینه ارائه اطلاعات و هم حمایت هیجانی فعال باشند (مورین و سیدمن، ۱۹۸۶). چنین روابطی برای بیمار بسیار سودمند بوده و نبود آن، پیش‌بینی‌کننده عود بیماری است (کوهن و سوکولوسکی، ۱۹۷۸). روابط چندگانه به دو دلیل دارای اهمیت است:

۱- زمانی که حمایت‌های متعدد و متنوعی وجود دارند، فرد از همه آنها استفاده می‌کند و چنانچه در زمان خاصی، یکی از حمایتها را از دست بدهد، نوع دیگری را دریافت می‌کند. مثلاً برادری که نمی‌تواند زمان خاصی با بیمار بیرون برود، می‌تواند به او پول قرض دهد که به سینما برود.

۲- از آنجا که چندین نفر از اعضای شبکه، بیمار را زیر پوشش حمایت‌های متعدد و متنوعی قرار می‌دهند، احتمال اینکه بیمار حمایت خاصی را دریافت نکند

به این ترتیب، انعطاف پذیری هم به تعداد افراد قابل دسترسی و هم به نگرش مثبت و پذیرای اعضای گروه یا گروهها نسبت به بیمار بستگی دارد. وجود افراد بیشتر در شبکه اجتماعی بیمار و خوشه‌های بیشتر سبب می‌شود که فرصتهای اجتماعی بیمار افزایش یابد و فرد نقشهای متفاوتی را ایفا نماید و در نتیجه حمایت بیشتری دریافت کند. به این ترتیب از وابستگی فرد به یک خوشه کاسته می‌شود.

ثبات: ثبات، ارتباط نزدیکی با مفاهیم چندگانگی ارتباطات و انعطاف پذیری دارد. اعضای یک شبکه باید در طول زمان ثابت باقی بمانند، حتی اگر بیمار به طور موقت به علت بستری از شبکه بیرون برود. اگر بیمار دریابد که با هر بستری یک یا چند شبکه اجتماعی را از دست خواهد داد، بستری شدن برای او تجربه دردناکتری خواهد بود. یکی از دلایل کاهش شبکه اجتماعی بیماران روانی و یا به بیان دیگر نبود ثبات و پایداری شبکه اجتماعی آنان، آن است که از اعضای شبکه اجتماعی آنان که بیشتر اوقات محدود به اعضای خانواده است؛ حمایت اندکی به عمل می‌آید. باید توجه داشت بدون چنین حمایتی افراد شبکه سریعتر کنار می‌روند زیرا:

۱- رابطه با چنین بیمارانی معمولاً استرس زا است و با بحران همراه است و بدون وجود حمایت، اعضا دچار ناکامی و فرسودگی گشته و از بیمار کناره می‌گیرند.

۲- به علت بستری‌های پی در پی افراد به سوی شبکه‌های دیگر جذب می‌شوند و دیگر مایل به رابطه با بیمار نیستند (مورین و سیدمن، ۱۹۸۶).

از آنجا که خانواده در مراقبت و حمایت از بیماران روانی نقش محوری دارد، توجه به نیازهای حمایتی خانواده بیماران بسیار مهم است. شواهد موجود نشان می‌دهند که اعضا خانواده بیماران از منابع حمایتی محروم و محرومتر می‌شوند و با پیشرفت بیماری شبکه اجتماعی خانواده محدود و محدودتر می‌گردد (بیگل و همکاران، ۱۹۹۴). افراد خانواده احساس می‌کنند که دیگران از آنان

فاصله می‌گیرند، با آنان روابط صمیمانه کمتری دارند و دوستان و آشنایان نیز از ملاقات با آنان دوری می‌کنند (بیگل و همکاران، ۱۹۹۲). ارتباط نداشتن متخصصان با خانواده‌ها نیز به حمایت ناکافی از خانواده‌ها منجر شده و اثر منفی بیشتری بر افراد خانواده می‌گذرد (بیگل و همکاران، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند خانواده‌هایی که با شبکه حمایتی قویتری ارتباط دارند، از افسردگی و فشار^(۱) روانی کمتری رنج می‌برند (بیلز^(۲)، ۱۹۸۱؛ نقل از ترسی و بیگل، ۱۹۹۴).

به این ترتیب، یافته‌های پژوهشی بر نقش فعال متخصصان بهداشت روانی در تقویت حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی تأکید دارند. به منظور انجام چنین مداخله‌هایی ضروری است: ابتدا بررسی و پژوهش گسترده‌ای در مورد روشهای مختلف مداخله در شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی انجام شود و سپس با توجه به شرایط اجتماعی - فرهنگی کشور، روشهای مناسب انتخاب و اجرا گردد. بدیهی است اجرای مداخله‌هایی در زمینه شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی امری است که نیاز به بررسی و برنامه‌ریزی دقیق دارد.

نگارنده لازم می‌داند از پروفیسور دیوید ای بیگل^(۳) از دانشگاه کیس وسترن ری ورس، کلیولند اهایو^(۴)، که مقاله‌های مورد نیاز را ارسال نمودند و همچنین همکاران در واحد پیگیری مرکز آموزشی درمانی شهید اسماعیلی که نظرات ارزشمند خود را در مورد مقاله ارائه نمودند تشکر و قدردانی نماید.

منابع

- Biegel, D. E., Miligan, S. E., Putnam, P. L., & Song, L. Y. (1992). *The Role of Race in Family Caregiving with Persons with Mental Illness: Burden, Support Systems*

1- burden

2- Beels

3- David E. Biegel

4- Cleveland, Ohio

mentally ill in rural areas. *Community Mental Health Journal*, 30, 595 - 600.

Lefley, H. P. (1987). Session IV, discussion. In R. S. Murthy & B. J. Burns (Eds.) *Proceedings of the Indo-US symposium on community Mental Health*. Bangalore: National Institute of Mental Health and Neurosciences. India.

Morin, C. M., & Seidman, E. (1986). A Social network approach and the revolving door patient. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 262-73.

Sarafino, E. P. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. (Second edition). New York: John Wiley and Sons Inc.

Turner, J. C., & Tenhoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319-45.

Tracy, E. M., & Biegel, D. E. (1994). Preparing social workers for social network interventions in mental health practice. *Journal of Teaching in Social Work*, 10, 19-41.

Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-37.

and Use of Self - Helps. final report to the office of program evaluation and research. Ohio Department of Mental Health Center for Practice Innovations, Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University.

Biegel, D. E., Tracy, E. M., & Corvo, K. N. (1994). Strengthening social networks: Interventions strategies for mental health case managers. *Health & Social Work*, 19, 206-16.

Biegel, D. E., Song, L. Y. & Milligan, S. E. (1995). A Comparative analysis of family caregiver's perceived relationships with mental health professionals. *Psychiatric Services*, 46, 477-82.

Biegel, D. E., Tracy, E. M., & Song, L. Y. (1995). Barriers to Social network interventions with persons with severe and persistent mental illness: A survey of mental health case managers. *Community Mental Health Journal*, 31, 335-42.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 28, 310-57.

Cohen, C. I., & Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social network: ex-patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 546-60.

Grella, C. E., & Grusky, O. (1989). Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 831-5.

Hammer, M., Makiesky, Barrow, S., & Gutwirth, L. (1978). Social network and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 522-45.

Husted, J., Wentler, S. A., & Bursell, A. (1994). The effectiveness of community programs for persistently

