



Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

مقاله پژوهشی - مطالعه موردی
DOI: 10.22067/social.2022.70294.1036

مطالعه زمینه‌های اجتماعی مؤثر در شکل‌گیری بیماری‌های اعصاب و روان^۱ (روان‌پریشی) با استفاده از استراتژی نظریه زمینه‌ای

علیرضا صنعت‌خواه (استادیار و عضو گروه جامعه‌شناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران، نویسنده
مسئول)

asanatkhah@yahoo.com

محمد جلال کمالی (استادیار و عضو گروه مدیریت بحران، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران)

mjalalkamali@yahoo.co.uk

نوید فاتحی‌راد (استادیار و عضو گروه مدیریت بحران، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران)

fatehi-rad@iauk.ac.ir

مهناز زعیم‌باشی (کارشناسی‌ارشد گروه جامعه‌شناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران)

zaceimbashi@yahoo.com

چکیده

این تحقیق در تلاش است تا شناخت وسیع‌تری از دلایل، زمینه‌ها و فرایندهای اجتماعی مؤثر بر بروز بیماری‌های اعصاب و روان به دست آورد؛ از این‌رو با استفاده از تکنیک مصاحبه عمیق و آزاد در چهارچوب نظریه زمینه‌ای و با استفاده از نمونه‌گیری نظری از ۲۳ بیمار بهبودیافته مبتلا به بیماری‌های اعصاب روان و پنج نفر از اعضای خانواده‌های بیماران، داده‌های لازم گردآوری و تنظیم شد. پس از تحلیل یافته‌های پژوهش، مقوله‌های دغدغه‌های زندگی، مشاوره و آموزش کاربردی، بی‌توجهی به عدالت، سرمایه اجتماعی درون‌گروهی به‌عنوان شرایط زمینه‌ای، مشاخره و تنش در خانواده، شخصیت حساس عاطفی، تنش‌های اقتصادی، سوء مصرف مواد مخدر به‌عنوان شرایط علی،

1. Mental Disorders

مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، پاییز و زمستان ۱۴۰۰، صص ۲۶۷-۲۹۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۱/۰۳/۱۲

باورپذیری، ناآگاهی شناختی، کنترل احساسات فردی و اجتماعی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر، پشتیبانی حمایتی و عاطفی، اثربخشی درمان به‌عنوان تعاملات و ایجاد تشنج و هراس در خانواده، ترک مسئولیت خانوادگی و اجتماعی و افزایش هزینه‌های خانواده، تأثیرات فردی به‌عنوان پیامدها تعیین شدند. سرانجام مفهوم بیماری اعصاب و روان برخاسته از «شخصیت حساس شکننده» به‌عنوان مقوله هسته برگزیده شد. نتایج بررسی نشان می‌دهد که فشار روانی دارای منشأ اجتماعی است و با ساختارها و نظام اجتماعی ارتباط وسیع و تنگاتنگ دارد. عواملی همچون تأهل، تحصیلات، روابط خانوادگی، مشکلات اقتصادی، بیکاری و ازدواج‌های ناموفق، افراد را برای ابتلا به بیماری روانی مستعدتر می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: بیماری‌های اعصاب و روان، نظریه زمینه‌ای، زمینه‌های اجتماعی،

۱. مقدمه

یکی از معضلات و مشکلات جوامع امروزی، بیماری‌های روانی است. پژوهشگران معتقدند با صنعتی‌شدن و پیشرفت‌های دیگر بشری میزان اختلالات روانی از جمله اختلالات روان‌پریشی و اختلالات خلقی رو به افزایش است (نوریان، شریف، اشکانی، ده‌بزرگی و طباطبایی، ۱۳۸۳، ص. ۶۴)

اختلالات روان‌پریشی نه تنها سبب مختل شدن درخور ملاحظه کارکردهای بیمار و بروز به‌هم‌ریختگی احساس، افکار و رفتار بیمار می‌شود، بلکه ضربه سنگینی نیز بر پیکر اجتماع وارد می‌کند؛ بنابراین به شناخت بیشتر نیاز دارد (گروسی و شبستری، ۱۳۹۰، ص. ۲).

بر همین اساس یکی از پدیده‌های قابل مطالعه در عرصه اجتماعی-روان‌شناختی، پدیده بیماری‌های روانی و روان‌پریشی است که طی یکی دو دهه اخیر در قالب پژوهش‌های مختلف نظری و تجربی به آن پرداخته شده است. نکته درخور توجه درباره این پژوهش‌ها، اجرای آن‌ها در چهارچوب پارادایم اثبات‌گرایی و بر مبنای مبانی نظری مرتبط با این پدیده‌ها از طریق تدوین فرضیه‌های از قبل قالب‌ریزی‌شده، تعاریف مفهومی و عملیاتی برگرفته از

نظریه‌های موجود و آزمون این فرضیه‌ها با استفاده از روش‌شناسی کمی و آماری است که به نوعی به تکرار برخی متغیرها در تحقیقات گوناگون پرداخته شده است؛ این در حالی است که در رویکردهای نظری و تجربی نوین در حوزه بیماری‌های روانی و روان‌پریشی بر هر دو عامل فرد و اجتماع و همچنین فرهنگ و اقتصاد در بروز بیماری‌های روانی تأکید شده است و تمایل علمی بیشتر به سمت تفسیرگرایی سوق یافته است؛ با این استدلال که بی‌توجهی به محیط اجتماعی و فرهنگی کنش‌های اجتماعی و همچنین تفسیر افراد درباره پدیده‌های روانی و روان‌شناختی، قوانین، روش‌ها، منابع و سایر موارد مربوط به این پدیده‌ها (روان‌پریشی) را ناکارآمد و غیراثربخش می‌کند. گروهی از پژوهشگران معتقدند شرایط اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری بیماری‌های اعصاب و روان دارد (لی^۱ و کیم^۲، ۲۰۱۵).

گروه دیگر به تفاوت زندگی مدرن در ارتباط با سبک زندگی سنتی تأکید دارند. از طرف دیگر، عوامل اقتصادی را در بروز بیماری‌های اعصاب و روان نباید فراموش کرد. یانزون دلاتوری^۳ و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که مسائل اقتصادی عامل مهمی در بروز بیماری‌های روانی است. کیویتس، ارپل‌دینگ و گویلیمین^۴ (۲۰۱۲) نیز به نقش عوامل اجتماعی و اقتصادی در بروز بیماری‌های روانی تأکید کرده‌اند. ایشان همچنین تأکید بسیاری بر نقش جنسیت بر بروز بیماری‌های روانی دارند. تحقیقات جدید در حوزه سلامت روان به عامل دیگری نیز توجه نشان داده است که منجر به بروز بیماری‌های روانی می‌شود. عبدالواحد^۵ (۲۰۱۶) نقش عوامل فرهنگی و نقش مؤلفه‌های فرهنگی در هر جامعه را عامل مهمی در استرس و اضطراب بین دانشجویان معرفی می‌کند. با توجه به این تحقیقات که همگی با روش کمی و پیمایشی انجام شده است، می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با پدیده روان‌پریشی در ایران که مستلزم مطالعه و واکاوی است و در پژوهش‌های پیشین

1. Lee
2. Kim
3. Yanzón de la Torre
4. Kivits, Erpelding & Guillemin
5. Abdel Wahed

چندان مدنظر قرار نگرفته است، کشف درک معنایی و تفسیر بیماران بهبودیافته اعصاب و روان و چگونگی معنابخشی آن‌ها به پدیده بیماری روانی و روان‌پریشی به‌منظور ارائه توصیفی دقیق و عمیق از این درک و تفسیر است. در همین راستا، پژوهش حاضر با مدنظر قراردادن بیماران بهبودیافته اعصاب و روان به‌عنوان کنشگران اصلی عرصه این پدیده و تمرکز بر مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان واقعیتی که توسط آن‌ها ساخت و ساز می‌شود، به دنبال این بوده است که با استفاده از رویکرد تفسیری و واکاوی نظام معنایی بیماران بهبودیافته (مرکز اعصاب و روان دکتر بهشتی کرمان) از طریق کنکاش در تجربه درونی آن‌ها، عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مؤثر بر بروز بیماری روانی را کشف کند. و از این طریق تحلیل و تفسیر جامعی از آن در بستر مطالعه‌شده ارائه دهد.

۱.۱. اهداف و سؤال‌های پژوهش

هدف اصلی این مطالعه کیفی، کشف نظام معنایی بیماران روانی (بهبودیافته و مصاحبه با خانواده بیماران بستری‌شده) درباره پدیده بیماری اعصاب و روان با اتخاذ رویکرد تفسیری و نگاه از درون^۱ به‌منظور ارائه الگوی پارادایمی داده‌بنیاد زمینه‌های اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر بیماری اعصاب و روان است؛ به عبارت دقیق‌تر، نظریه قائم به ذات^۲ مربوط به این پدیده در بستر مطالعه‌شده است. در راستای هدف مذکور، سؤال‌های اصلی پژوهش را می‌توان این گونه برشمرد:

۱- بیماران بهبودیافته چه درک و تفسیری از پدیده بیماری روانی دارند و نظام معنایی آن‌ها درباره چه مفاهیمی شکل گرفته است؟ ۲- راهبردها یا عمل-تعامل بیماران بهبودیافته درباره پدیده بیماری روانی در بستر مطالعه‌شده چگونه است؟ شرایط یا عوامل علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر شکل‌دهنده به نظام معنایی بیماران بهبودیافته کدام‌اند؟ پیامدهای راهبردها یا عمل-تعامل بیماران بهبودیافته در رابطه با پدیده بیماری روانی چیستند؟ ۵- بر مبنای چه

1. Emic

2. Substantive

مفهوم مرکزی می‌توان نظام معنایی بیماران بهبودیافته و همچنین عوامل مرتبط با آن را در بستر مطالعه‌شده تفسیر و تحلیل کرد؟

۲. مبانی نظری تحقیق

۲.۱. پیشینه تحقیق

حکاک خادم و احمدی زاویه (۱۳۹۸) در بررسی اثربخشی هنردرمانی (هنرهای بصری) در بهبود علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اظهار کرده‌اند که هنردرمانی در کاهش علایم منفی (مانند اضطراب، بی‌توجهی، کمبود اعتمادبه‌نفس و افسردگی) در این بیماران مؤثر است. عقیقی، محمدی، رحیمی و طاقانکی (۱۳۹۹) در تحقیق خود نشان دادند که اجرای درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، علایم اضطرابی و کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، به‌عنوان یک درمان موج سوم شناختی-رفتاری اثربخش است. محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) در بررسی منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان نشان دادند فشار روانی زنان منشأ اجتماعی دارد و با ساختارها و نظام اجتماعی ارتباط وسیع و تنگاتنگ دارد. دستیابی نابرابری زنان به منابع ارزشمند در خانواده، تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده همراه با وضعیت اجتماعی-اقتصادی و متغیرهای مربوط به پیشینه زنان در ایجاد فشارهای روانی در آن‌ها نقش مهمی دارد. فرایند جامعه‌پذیری زنان براساس صفات متناسب به نقش‌های جنسیتی زنان مانند داشتن فشار روانی و فقدان خود اثربخشی در زنان را برای ابتلا به بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی مستعدتر می‌کند. شکیب، طهماسبی و نوروزی (۱۳۹۳) در بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روان دختران دبیرستانی شهر بوشهر نشان دادند که سطح سلامت روان در افراد مطالعه‌شده در حد متوسط است. از طرفی حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت و روان است و هرچه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده‌تر باشد، سلامت روان وی ارتقا می‌یابد.

پینگ، کوه، چانگ، چینگ و لین^۱ (۲۰۲۲) در بررسی خطرات اختلالات روانی در میان بازماندگان بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌ها در تایوان به این نتیجه رسیدند که افراد بستری‌شده در بخش مراقبت‌های ویژه در مقایسه با افراد بستری‌شده در بخش عمومی، اختلالات روانی بیشتری را از خود نشان می‌دهند و با خطر بیشتری برای درگیری با اختلالات روانی شدیدتر مواجه هستند. جیمز^۲ و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی اختلالات روانی افراد بعد از همه‌گیری بیماری کوید-۱۹ در شش کشور اروپایی و استرالیا به این نتیجه رسیدند که سلامت روان در میان افراد مبتلا به اختلال روانی قبلی بدتر از افراد بدون اختلال روانی بود، اما با گذشت زمان تغییرات مشابه بود؛ البته سلامت روان در طول همه‌گیری با وضعیت مهاجرت در اکثر کشورها تفاوت نداشت. بیدناریک و سانپوریز^۳ (۲۰۲۲) در پژوهش خود مفهوم جدیدی را به نام خود اهلی کردن^۴ معرفی کرده‌اند. این مفهوم به فرایندی اشاره دارد که انسان در جوامع مدرن خود را با زندگی وفق می‌دهد یا به معنای دیگر به زندگی خانگی و خانوادگی خود می‌گیرد و عادت می‌کند. اهلی شدن فرایندی برای محافظت از مجموعه خاصی از افراد در برابر برخی از تأثیرات محیط طبیعی آن‌ها و مدیریت تولیدمثل آن‌ها مطابق با نیازهای خاص است. ویژگی‌های بیولوژیک انسان‌های امروزی نتیجه فرایند خود اهلی‌سازی است که ادامه دارد؛ بنابراین آن‌ها معایبی دارند که در گونه‌های اهلی روی می‌دهد: توانایی ضعیف برای مقابله با محیط خارجی، کاهش سیستم عصبی مرکزی که توسط ناهنجاری‌های ذهنی گرفتار شده است، کمبودهای گوارشی و متابولیک از جمله کاهش مراقبت از دندان‌ها و محدودیت‌های اسکلتی-عضلانی. از آنجاکه فرایند خانگی‌سازی خودکار ادامه دارد، این معایب در نسل‌های آینده افزایش خواهد یافت. پژوهش به‌طور خلاصه درباره

1. Peng, Koh, Chung, Chien, & Lin

2. Gémes

3. Bednarik & Saniotis

4. Auto-domestication

این دلایل بحث می‌کند که چرا انسان‌های امروزی به دلیل خود اهل‌سازی بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات روانی هستند.

لی و کیم (۲۰۱۵) در بررسی عوامل مرتبط با افسردگی در زنان شاغل کره‌ای، میزان شیوع افسردگی در این زنان را ۱۵/۵ درصد ذکر کردند. آن‌ها عواملی از جمله وضعیت تأهل و استرس شغلی را عامل مهمی در بروز افسردگی قلمداد کردند. فوجیس و همکاران^۱ (۲۰۱۶) در مقایسه شیوع و عوامل مرتبط با افسردگی بزرگسالان و میان‌سالان بین شهری و جمعیت روستایی ژاپن به این نتیجه رسیدند که میزان شیوع افسردگی در مناطق روستایی خیلی کمتر از مناطق شهری است. دلیل آن را مشغله‌های کاری و فکری می‌داند که در شهر بیشتر از روستاست. دلتوری و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی افسردگی در بیماران بستری‌شده در بیمارستان عمومی در آرژانتین به این نتیجه رسیدند که مسائل اقتصادی عامل مهمی در بروز بیماری‌های روانی است. کیویتس و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت روان به این نتیجه رسیدند که عواملی از جمله وضعیت اقتصادی فرد، وضعیت اشتغال، تأهل و جنسیت عوامل مهم تأثیرگذار بر بروز بیماری‌های روانی هستند. عبدالواحد (۲۰۱۶) در بررسی شیوع و عوامل مرتبط با استرس، اضطراب و افسردگی در دانشگاه فیوم به این نتیجه رسید که شیوع کلی استرس در میان دانشجویان پزشکی ۶۲/۵ درصد است. با مقایسه این آمار با دانشجویان پزشکی در کشورهای عربستان و مالزی نتایج تحقیق نشانگر آن است که عوامل فرهنگی و نقش مؤلفه‌های فرهنگی در هر جامعه عامل مهمی در استرس و اضطراب بین دانشجویان است.

۲.۲. چارچوب مفهومی تحقیق

اصولاً با توجه به تفاوت‌های پارادایمی روش کیفی با روش کمی، اعتقاد پژوهشگران بر این است که در پژوهش کیفی به‌جای استفاده از چهارچوب نظری از چهارچوب مفهومی برای استخراج سؤال یا سؤال‌های پژوهش استفاده شود (ایمان، ۱۳۹۱، ص. ۱۷۸)؛ به عبارت

دیگر، استفاده از نظریه در روش‌شناسی کیفی برای نظریه آزمایی نیست و نظریه‌ها نقشی الهام‌بخش و مکمل‌گونه در فرایند پژوهش و تحلیل داده‌ها برای ایجاد حساسیت نظری-مفهومی برای کمک به بازبودن ذهن محقق درباره مسائل و مقوله‌های پژوهش شده دارند (محمدپور، ۱۳۹۲)؛ در نتیجه در این روش چهارچوب نظری مشخصی هدایتگر پژوهش نیست (حیدری، قاسمی، رنانی و ایمان، ۱۳۹۸)، اما به نظریه‌های زیر در قالب چهارچوب مفهومی توجه شده است. جامعه‌شناسان علل بیماری روانی را در ساختار جامعه جست‌وجو می‌کنند و معتقدند که علت بیماری‌های اجتماعی را باید در ساختار اجتماعی جوامع جست‌وجو کرد (قادرزاده و درویش‌منش، ۱۳۹۶). در واقع، در این رویکردها برخلاف زیست‌شناسی و روان‌شناسی، بیماری روانی همچون مرض یا ناتوانی، حالت یا مشخصه فرد است که محیط اجتماعی آن را به وجود می‌آورد؛ به بیان دیگر، بیماری روانی حالتی نیست که درون فرد باشد؛ بلکه پایگاهی اجتماعی دانسته می‌شود که از دیگر اعضای جامعه به فرد نسبت داده می‌شود. در واقع، شخص، بیمار روانی شناخته می‌شود که دیگران وی را بیمار روانی بنامند (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱، ص. ۳۴). در رویکرد کنش متقابل نمادین بر چسبی که دیگران به افراد بیمار روانی می‌زنند، تأکید می‌شود. در این رویکرد بیماری روانی یک برچسب یا طبقه‌بندی است که از طرف برخی به افراد خاص نسبت داده می‌شود. در اینجا اعضای جامعه را می‌توان کنشگرانی فعال دانست که کنش اجتماعی خود را براساس معانی و تفسیری بنا می‌کنند که برای محیط خود قائل‌اند؛ تا آنجا که گافمن، اختلالات روانی را یک نوع «داغ‌ننگ» می‌داند که به شدت بدنام‌کننده است و از نظر وی، قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات آن، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد (گافمن، ۱۳۸۶، ص. ۲۰). پژوهشگران دیگری نیز پیوندی نزدیک بین عوامل اجتماعی و سلامت روانی را نشان داده‌اند (ایلاند^۱، ۱۹۹۱؛ دیلاتوری^۳، ۲۰۱۶) بررسی‌ها نشان می‌دهد که برخی از مسائل مربوط به

1. E Lund

2. Annandale ,e, and hunt,k

3. De la torre

سلامتی افراد به‌طور مستقیم به ویژگی‌های زیستی آنان مربوط نیست؛ بلکه با نابرابری‌های اجتماعی پیوند دارد. محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳، ص. ۳۳) به برخی از عوامل ساختاری از جمله نابرابری طبقاتی و جنسیتی در زمینه دستیابی به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی اشاره کردند. از نظر ایشان از مهم‌ترین عوامل اجتماع‌پرریال ایجاد نقش و بیماری‌های روانی است. روان‌شناسان انتقادی نقش عوامل بیولوژیک را انکار نمی‌کنند، ولی اصرار دارند که چه این عوامل باشند و چه نباشند، مشکلات زیادی همواره در یک متن اجتماعی یافت می‌شود (اسکندری، ۱۳۹۲، صص. ۸-۹).

اسکندری (۱۳۹۲، صص. ۸-۹) معتقد است که فرهنگ از راه‌های گوناگون بر نگرش‌های مربوط به سلامت تأثیر می‌گذارد. سنت‌ها و عقاید فرهنگی مربوط به سلامت دیدگاه‌های یک جامعه خاص را شکل می‌دهد و دیدگاه‌های جامعه به نوبه خود روش‌های درمان را تعیین می‌کند. از طرف دیگر نشانه‌های اختلالات در مقایسه با خود بیماری احتمال بیشتری دارد که تحت تأثیر فرهنگ تغییر یابند و عمیقاً در فرهنگ‌های مختلف آسیب‌شناسی و درمان متفاوتی دارند.

۳.۲. جمع‌بندی پیشینه مطالعاتی و چارچوب مفهومی

در پژوهش‌های نوین در حوزه بیماری‌های روانی و روان‌پریشی، بر هر دو عامل فرد و اجتماع و همچنین فرهنگ و اقتصاد در بروز بیماری‌های روانی تأکید می‌شود و تمایل علمی بیشتر به سمت تفسیرگرایی سوق یافته است. طبق نتایج این پژوهش‌ها، شرایط اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری بیماری‌های اعصاب و روان دارد. غفلت از عوامل فرهنگی و اجتماعی باعث می‌شود که تبیین مناسبی درباره عوامل مؤثر بر بروز بیماری‌های روانی در جوامع مدرن صورت نپذیرد. پژوهشگران معتقدند فشار روانی دارای منشأ اجتماعی است و با ساختارها و نظام اجتماعی ارتباط وسیع و تنگاتنگ دارد. دستیابی نابرابری به منابع ارزشمند، تقسیم کار و نوع روابط قدرت در جامعه همراه با وضعیت اقتصادی و متغیرهای مربوط به پیشینه زندگی فرد در ایجاد فشارهای روانی در آنها نقش مهمی دارد؛ با این حال،

رابطه دوسویه‌ای (تأثیر متقابل) بین ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی است. بیماری اپیدمی کرونا خود ابتلا به بیماری‌های روانی را افزایش داده است، اما کسانی که سابقه قبلی بیماری روانی داشته‌اند، طبق نتایج تحقیقات، احتمال بیشتری به شدت گرفتن بیماری قبلی آن‌ها وجود دارد.

۳. روش تحقیق

روش استفاده‌شده در تحقیق پیش‌رو، کیفی و روش نظریه زمینه‌ای^۱ است. نظریه زمینه‌ای به کاررفته در این پژوهش، سیستماتیک یا نظام‌مند^۲ است. پژوهشگر به صورت نظام‌مند به دنبال توسعه نظریه‌ای است که به تبیین فرایند، کنش و تعامل در موضوع مطالعه‌شده بپردازد (ایمان، ۱۳۹۱، ص. ۷۵). او از طریق عمل نظام‌مند پژوهش معانی موجود در داده‌ها را کشف می‌کند، طی مراحل کدگذاری معانی کشف‌شده را در ظرف‌های مقوله‌ای تاحدی از قبل مشخص می‌ریزد و مدل پارادایمی و در سطوح بالاتر نظریه محدود به واقعیت خاص را ارائه می‌دهد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸).

در خصوص روش نمونه‌گیری کیفی، ابتدا با توجه به حساسیت موضوع تحقیق و دشواری دسترسی به نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است و سپس نمونه‌گیری نظری در جهت کمک به پیدایش نظریه زمینه‌ای راهنمای ادامه روند پژوهش بوده است. جریان پژوهش به نحوی پیش رفت که در مصاحبه نفر بیستم به اشباع نظری دسترسی پیدا شد، اما برای اطمینان هر چه بیشتر از پدیدنیامدن مقوله جدید مصاحبه‌ها تا مصاحبه نفر بیست و سوم پیش رفت. مشارکت‌کنندگان در پژوهش، ۱۴ زن و ۹ مرد ترخیص‌شده از بیمارستان اعصاب و روان شهید بهشتی کرمان و ۵ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران (که هنوز در بیمارستان بستری بوده‌اند) در سال ۱۳۹۹ بودند. اطلاعات و داده‌های لازم با استفاده از تکنیک مصاحبه آزاد و عمیق جمع‌آوری شدند که در نهایت با

1. Grounded Theory
2. Systematic approach

استفاده از مقایسه‌های ثابت^۱ و کدگذاری نظری^۲ (کدگذاری باز^۳، محوری^۴، گزینشی^۵) تجزیه و تحلیل شدند.

درباره اعتبار^۶ و پایایی^۷ تحقیق کیفی، اتفاق نظری بین محققان وجود ندارد و برخی اندیشمندان از مفاهیمی شبیه تحقیقات کمی استفاده کرده‌اند (ایمان، ۱۳۹۱، ص. ۱۷۷)، اما در تحقیق پیش‌رو برای رسیدن به معیار پایایی از سه تکنیک بهره گرفته می‌شود که عبارت است از: اول اینکه از مشارکت‌کنندگان (بیماران بهبودیافته) خواسته شد تا یافته‌های کلی را ارزیابی کنند و درباره درستی آن نظر دهند. محقق برای درستی یا نادرستی اطلاعات به‌دست‌آمده، بعد از انجام تحلیل‌ات و ارائه نتیجه‌گیری کلی، بار دیگر به میدان تحقیق، بیمارستان شهید بهشتی کرمان، رفت تا بار دیگر اطلاعات به‌دست‌آمده را با بیماران و خانواده‌های بیمار در میان بگذارد. بعد از ارائه نتیجه‌گیری پژوهش، بیشتر افراد با نتایج تحقیق موافق بودند؛ دوم اینکه به داده‌های خام مراجعه شد تا ساخت‌بندی نظریه با داده‌های خام مقایسه و ارزیابی شود؛ سوم اینکه چند متخصص (دو نفر دکتری جامعه‌شناسی و یک نفر دکتری روان‌شناسی) بر مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی و استخراج مقولات نظارت داشتند. همچنین براساس دیدگاه لینکلن و گوبا^۸ (۱۹۸۵)، به نقل از حیدری، قاسمی، رنانی و ایمان، ۱۳۹۸) برای افزایش قابلیت اطمینان پژوهش، تلاش شده است تا شرایط متغیر طرح پژوهش، تغییرات پدیده‌های مطالعه‌شده و به‌طورکلی به زمینه در حال تغییر پژوهش، توجه کافی شود و این تغییرات به‌طور دقیق در تحقیق توصیف شده است. مشخصات مشارکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۱ ذکر شده است.

1. fixed comparison
2. theoretical coding
3. open coding
4. axial coding
5. selective coding
6. validity
7. reliability
8. Lincoln & Guba

جدول ۱- مشخصات مشارکت کنندگان در پژوهش

شماره	جنسیت	سن	میزان تحصیلات	شغل	تأهل	سابقه بیماری در اعضای دیگر خانواده
۱	زن	۳۲	ابتدایی	بیکار	مطلقه	بله
۲	زن	۳۰	ابتدایی	بیکار	مجرد	خیر
۳	زن	۲۸	ابتدایی	بیکار	متأهل	خیر
۴	زن	۲۶	ابتدایی	بیکار	متأهل	خیر
۵	زن	۳۵	ابتدایی	بیکار	مطلقه	خیر
۶	مرد	۴۰	بی سواد	بیکار	متأهل	خیر
۷	زن	۴۵	ابتدایی	بیکار	متأهل	خیر
۸	مرد	۳۵	ابتدایی	بیکار	مجرد	خیر
۹	زن	۳۹	بی سواد	بیکار	متأهل	خیر
۱۰	مرد	۱۶	بی سواد	بیکار	متأهل	خیر
۱۱	زن	۲۶	سیکل	کارگر	متأهل	خیر
۱۲	مرد	۳۶	سیکل	کارگر	مجرد	خیر
۱۳	زن	۳۸	سیکل	کارگر	متأهل	خیر
۱۴	زن	۴۵	دیپلم	کارگر	متأهل	خیر
۱۵	زن	۶۰	دیپلم	آزاد	مجرد	خیر
۱۶	مرد	۵۱	دیپلم	آزاد	متأهل	خیر
۱۷	مرد	۲۸	دیپلم	آزاد	متأهل	خیر
۱۸	مرد	۵۵	دیپلم	آزاد	مجرد	خیر
۱۹	زن	۴۲	دیپلم	آزاد	مجرد	خیر
۲۰	مرد	۴۵	لیسانس	محصل	متأهل	خیر
۲۱	زن	۳۲	دیپلم	آزاد	متأهل	خیر
۲۲	زن	۳۵	دیپلم	آزاد	متأهل	خیر
۲۳	مرد	۴۰	فوق لیسانس	کارمند	متأهل	خیر
خانواده	مرد	۶۰	دیپلم	بازنشسته	متأهل	خیر
خانواده	زن	۵۵	فوق دیپلم	خانه دار	متأهل	خیر
خانواده	زن	۳۵	لیسانس	بیکار	متأهل	خیر

شماره	جنسیت	سن	میزان تحصیلات	شغل	تاهل	سابقه بیماری در اعضای دیگر خانواده
خانواده	زن	۵۲	دیپلم	خانه دار	فوت همسر	خیر
خانواده	مرد	۶۰	دیپلم	بازنشسته	متاهل	خیر

۴. یافته‌های تحقیق

هدف این پژوهش، مطالعه زمینه‌های اجتماعی مؤثر در شکل‌گیری بیماری‌های روان‌پریشی با استفاده از استراتژی نظریه زمینه‌ای است. فرایند کدگذاری در سه مرحله کدگذاری (محوری و گزینشی) صورت گرفته است و کدگذاری به صورت جمله به جمله انجام شده است. با ظاهرشدن مفاهیم حاصل از کدگذاری خط به خط، وارد مرحله کدگذاری محوری شدیم و مفاهیم به زیرمقوله‌های مربوط به داده‌ها پیوند داده شدند و در ادامه زیرمقولات به مقولات عمده مرتبط شدند. در ادامه فرایند کدگذاری محوری، مقولات کلی به دست آمده در جریان کدگذاری باز در قالب چهارچوب مدل پارادایمی تنظیم شدند که این مدل به شرایط، زمینه‌ها، استراتژی‌ها و پیامدهای پدیده اعصاب و روان در بین بیماران بهبودیافته بیمارستان شهید بهشتی کرمان می‌پردازد (شکل ۱). در نهایت، در مرحله کدگذاری انتخابی، مقوله هسته انتخاب شد و با استفاده از تکنیک داستان‌پردازی به طور منظم با سایر مقوله‌ها پیوند داده شد (شرح خط داستان در جمع‌بندی و نتیجه‌گیری). مقولات و زیرمقولات عمده به دست آمده از جریان پژوهش به شرح زیر است:

شرایط علی یا سبب‌ساز: شرایط و عواملی هستند که به شکل‌گیری نظام معنایی بیماران بهبودیافته از پدیده بیماری روانی و روان‌پریشی منجر شده‌اند. در جدول ۲ شرایط علی اکتشافی در پژوهش مشاهده می‌شود.

جدول ۲- شرایط علی-مفاهیم، مقوله‌های فرعی و اصلی

مفاهیم	مقوله عمده	مقوله اصلی
وجود تنش‌ها در خانواده، مشکلات عاطفی در خانواده، اختلاط روابط خانوادگی (طلاق)، نبود اعتقاد به گفت و شنود در جهت حل مشکلات خانواده، خشونت در خانواده، نبود آرامش در خانه، ازدواج ناموفق خواهران و برادران، بی‌توجهی والدین به خواسته‌های فرزندان و سرکوب کردن خواسته‌های فرزندان، بی‌توجهی والدین به تحصیلات فرزندان، دعوا و زد و خورد در خانواده، نبود آرامش در محیط خانواده، بی‌توجهی فرزندان به بیمار، بی‌توجهی همسر به بیمار	گفت و شنودی نبودن خانواده سرکوب خواسته‌های اعضای خانواده غیرعاطفی بودن روابط افراد درون خانواده	مشاجره و تنش در خانواده
احساساتی و عاطفی بودن بیش از اندازه، کناره‌گیری کردن از صحبت با اعضای خانواده، شکست عشقی، شکست در ازدواج و تنش‌های عاطفی آن، تجربه خیانت از همسر یا دوست، وابستگی زیاد به خانواده و تحمل نکردن دوری از آن‌ها، وابستگی زیاد به خانواده و تحمل نکردن دوری از آن‌ها	حساسیت بیش از اندازه عاطفی	شخصیت حساس عاطفی
بیکاری، مشکلات اقتصادی در خانواده، ورشکستگی، اخراج از کار، فشارهای اقتصادی ناشی از تورم و گرانی، کاستی‌های وضعیت اقتصادی در شهر، وجود فقر در استان، عدم برخورداری از امکانات رفاهی، عدم برخورداری از امکانات تفریحی، تنگنای مالی	تورم و گرانی بیکاری	تنش‌های اقتصادی
کاهش حمایت دوستان، کاهش حمایت بستگان، کاهش حمایت اعضای خانواده، کاهش حمایت همکاران، همکلاسی‌ها		نبود حمایت خانوادگی
سابقه اعتیاد به هروئین، تریاک، حشیش و ماری‌جوانا، قرص‌های روان‌گردان، متادون، اعتیاد به قرص‌های ترک اعتیاد	مواد مخدر	سوء مصرف مواد مخدر

مشاجره و تنش در خانواده: براساس تفسیر افراد مطالعه‌شده، یکی از عوامل مؤثر بر ایجاد بیماری‌های روانی در افراد به خانواده برمی‌گردد. تنش‌ها و مشاجره‌های خانوادگی نقش مهمی در ایجاد بیماری‌های روانی دارند. پاسخگوی شماره ۱۲ بیان می‌کند: «در خانواده هر وقت مشکلی داشتیم، با کتک خوردن از برادرم پاسخ می‌گرفتم». پاسخگوی شماره ۱۳

می‌گوید: «در خانواده ما همیشه مشاجره و زد و خورد بود». یکی دیگر از مسائلی که افراد مطالعه‌شده بسیار بر آن تأکید کردند، نقش مشکلات خانوادگی به‌ویژه طلاق یا خیانت همسر به‌عنوان عامل مهمی در بروز بیماری روانی معرفی شده است.

شکست عاطفی: در بستر مطالعه‌شده، باور بر این است افرادی که به بیماری‌های روانی و روان‌پریشی دچار شده‌اند، از لحاظ روان‌شناختی شخصیت ویژه‌ای داشته‌اند که می‌توان آن را شخصیت حساس عاطفی نام نهاد: «پسرم قبل از بیماری بسیار حساس بود»، «به درد دل همه خواهران و برادرانش گوش می‌داد» و «سنگ صبور خانواده ما بود».

تنش‌های اقتصادی: براساس تفسیر افراد مطالعه‌شده، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بیماری روانی آن‌ها، مشکلات معیشتی و اقتصادی بوده است: «فرزندم گرفتار یک پاپوش در محل کار شد و این موضوع باعث اخراج او از کار شد»، «همیشه اعصابش از بیکاری خورد بود و مدام از آن سخن می‌گفت»، «بعد از اخراجش حال روحی خوبی نداشت و اگر ما به داد او نرسیده بودیم، خودکشی او به مرگش ختم می‌شد».

نبود حمایت خانوادگی نیز می‌تواند به‌عنوان عامل مهم دیگر در بروز بیماری‌های روانی تلقی شود: «خیلی سخت است که درگیر مشکلات زندگی باشید و کسی را نداشته باشید که حتی به درد دل شما گوش دهد»، «احساس می‌کردم همه اطرافیانم یک‌باره پشت من را خالی کردند»، «احساس بی‌کسی داشتم؛ مثل کسی که یک‌باره همه عزیزانش را در یک سانحه غم‌انگیز از دست داده باشد»، «در اوج مشکلاتم به هرکسی زنگ می‌زدم یا پیشش می‌رفتم، مرا تحویل نمی‌گرفت».

سوءمصرف مواد مخدر: مواد مخدر را یکی از مهم‌ترین عواملی می‌توان قلمداد کرد که در بین تعداد زیادی از بیماران ترخیص‌یافته از بیمارستان مشترک بوده است. مقوله اصلی اکتشافی در تحقیق، سوءمصرف مواد مخدر است که با زیرمقوله‌هایی از جمله مصرف هروئین، تریاک، حشیش، مورفین، قرص‌های روان‌گردان و... مشخص می‌شود.

شرایط زمینه‌ای: مجموعه خاصی از شرایطی اند که در یک زمان و مکان خاص جمع می‌آشوند تا مجموعه اوضاع و احوال یا مسائلی را به وجود آورند که اشخاص با عمل/تعامل‌های خود به آن‌ها پاسخ می‌دهد (اکبری و صفری، ۱۳۹۷، ص. ۱۱۷). مجموعه‌ای از عوامل در قالب شرایط زمینه‌ای بر نظام معنایی بیماران بهبود یافته در بستر مطالعه تأثیر دارند (جدول ۳).

جدول ۳- شرایط زمینه‌ای: مفاهیم، مقوله‌های فرعی و اصلی

مقوله اصلی	مقوله عمده	مفاهیم
دغدغه‌های زندگی		طاق‌فروسابودن امور زندگی، تنش‌زایی، نبود صداقت در روابط اجتماعی، مشکلات زندگی استرس‌زا، دغدغه برآورده‌کردن نیازهای خانواده، ترس از طرد خانواده، ترس از طرد دوستان و وابستگان
مشاوره و آموزش کاربردی		لزوم آموزش‌های کاربردی درباره نحوه برخورد با مسائل و مشکلات در خانه، نیاز به آموزش‌های کاربردی قبل از ازدواج، نیاز به آموزش و مشاوره درباره برخورد با مسائل روانی و استرس‌زای زندگی
بی‌توجهی به عدالت اجتماعی	انکار واقعیت مشکلات اقتصادی انکار هزینه‌ها تحقق نیافتن شعارهای مسئولان	بی‌توجهی مسئولان به شرایط زندگی مردم، بی‌توجهی به شرایط اقتصادی مردم، بی‌توجهی به شرایط اقتصادی، ناتوانی خانواده در پرداخت هزینه‌ها، ضرر و زیان اقتصادی، کم‌بودن درآمد ماهیانه، بیکاری
سرمایه اجتماعی درون‌گروهی	اعتماد درون‌گروهی شبکه‌های ناموزون اجتماعی مشارکت درون‌گروهی	ارتباط ضعیف مسئولان با مردم، نبود امکان صحبت با همکاران (وجود زیرآب‌زدن)، ارتباط ضعیف و خودخواهانه دیگران، نبود صداقت در رفتار مردم، نبود صداقت در نهادها و سازمان‌ها، پارتی‌بازی، فساد و اختلاس، ضعف شبکه‌های اجتماعی سودمند، همکاری دیگران فقط با خودی‌ها، بی‌توجهی به شرایط دیگران و توجه به خودی‌ها
عود بیماری	بی‌توجهی به درمان	مصرف نامرتب دارو پس از مرخصی از بیمارستان، مراجعه نامرتب به پزشک، ابتلا به بیماری جسمانی، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی فرد

از نظر افراد مطالعه‌شده، دغدغه‌های زندگی یکی از عواملی محسوب می‌شود که زمینه مستعدی را برای ایجاد بیماری‌های روانی در آنها ایجاد کرده است: «زندگی در این روزگار آنقدر سخت است که گاهی دوست دارم ای کاش هرگز به دنیا نمی‌آمدم»، «به فرزندانم که نگاه می‌کنم با خودم می‌گویم شامل عامل بدبختی آنها من باشم»، «دیگر امیدی به آینده و بهبود اوضاع ندارم».

تفسیر افراد مطالعه‌شده درباره عوامل زمینه‌ای که می‌توانند با شناخت و بهبود بیماری آنها در ارتباط باشند، مشاوره و آموزش کاربردی است. از نظر این افراد، مشاوره و آموزش درباره نحوه برخورد با مسائل و مشکلات (درون خانواده و همچنین در جامعه و محیط کاری و...) عامل مهمی از میان زمینه‌های شکل‌گیری و مدیریت بیماری روانی است. عامل زمینه‌ای مهم دیگری که در بروز بیماری روانی در جامعه نقش دارد، بر اساس تفسیر افراد مطالعه‌شده، بی‌توجهی به عدالت اجتماعی در جامعه است؛ اینکه آنها احساس می‌کنند: «مسئولان به مردم اهمیت نمی‌دهند» و «مسئولان به مردم بی‌توجهی هستند» توان تحمل شرایط اقتصادی را از آنها گرفته است. بیشتر افراد مطالعه‌شده اظهار کردند از عهده هزینه‌های اقتصادی تحمیل شده به خانواده بر نمی‌آیند. زمینه مهم دیگر در بروز بیماری روانی که در تحقیقات دیگر به آن توجه نشده است، سرمایه اجتماعی درون‌گروهی^۱ است. این سرمایه نوعی سرمایه اجتماعی است که دارای شعاع محدودی است که شامل اعتماد اجتماعی محدود، شبکه‌های اجتماعی محدود و مشارکت‌های اجتماعی محدود می‌شود و اصولاً با کشیدن خط قرمز بین خودی‌ها و دیگران یا غریبه‌ها که آنها را دشمن می‌دانند، به‌عنوان سرمایه اجتماعی منفی قلمداد می‌شود. در این نوع سرمایه اجتماعی، اگر اعتمادی وجود دارد، این اعتماد از شعاع خویشان، اعضای خانواده و دوستان نزدیک که به اصطلاح «خودی‌ها» نامیده می‌شود، فراتر نمی‌رود. اگر قرار است مشارکتی اجتماعی که شامل خیریه‌ای، همیارانه، مذهبی، سیاسی و مدنی می‌شود صورت گیرد، این مشارکت بیشتر تمایل

1. Bonding social capital

دارد تا با خودی‌ها جریان یابد و دیگران به نام غریبه‌ها از مشارکت‌های اجتماعی خط می‌خورند. مقوله اصلی اکتشافی در تحقیق (سرمایه اجتماعی درون گروهی) با زیرمقوله‌هایی از جمله ارتباط ضعیف مسئولان با مردم، نبود امکان صحبت با همکاران (وجود زیرآب‌زدن)، ارتباط ضعیف و خودخواهانه دیگران، نبود صداقت در رفتار مردم، نبود صداقت در نهادها و سازمان‌ها، پارتی‌بازی، فساد و اختلاس، ضعف شبکه‌های اجتماعی سودمند، همکاری دیگران فقط با خودی‌ها، بی‌توجهی به شرایط دیگران و توجه به خودی‌ها مشخص می‌شود. افراد مطالعه‌شده در این زمینه اعتقاد دارند که «متأسفانه مسئولان درکل مردم را فراموش کرده‌اند»، «در این جامعه هرکس به فکر خودش و نزدیکان خودش است»، «تمامی پست‌ها و سمت‌ها با پارتی‌بازی است»، «خیلی در جامعه برایم مشکل بود که می‌دیدم نزدیک‌ترین همکارانت از پشت به آدم خنجر می‌زدند و آدم فروش بودند»، «در اینجا هرکس فقط به فکر خودش است».

شرایط مداخله گر به شرایطی اشاره دارد که بر عمل-تعامل‌ها تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را تسهیل یا محدود می‌کند یا به بیان دیگر شرایطی است که شرایط علی را تخفیف یا تغییر می‌دهد. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸). شرایط مداخله گر در پژوهش حاضر به شرح جدول ۴ مشخص شده است.

جدول ۴- شرایط مداخله گر: مفاهیم، مقوله‌های فرعی و اصلی

مقوله اصلی	مقوله عمده	مفاهیم
ناآگاهی از وضعیت بیماری	باورپذیری	بعضی از اعضای خانواده بیماری او را باور ندارند و می‌گویند «فرزندم سالم است»، باورهای غلط درباره تصور ذهنی افرادی که می‌خواهند به او آسیب برسانند، شنیدن صدای افرادی که پیش از این از دنیا رفته‌اند یا وجود خارجی ندارند.
	ناآگاهی شناختی	ناآگاهی از بیماری اعصاب و روان، روحیات افراد بیمار روان، عوارض بیماری روانی، رفتار بیماران روانی که می‌تواند با خودکشی یا آسیب رساندن به دیگران توأم شود.

مقاله اصلی	مقاله عمده	مفاهیم
مسئولیت پذیری فردی و اجتماعی		بسیار وقت‌شناس بودن، به قول و قرار خود پایبندی شدید داشتن، حساسیت به اجتماع و مشکلات کشور، وسواس شدید در انجام‌دادن فعالیت‌های اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و حساسیت به وظایف
کنترل احساسات فردی و اجتماعی	کنترل عواطف و احساسات فردی و کنترل عواطف و احساسات اجتماعی	حساسیت بیش از اندازه به مسائل و مشکلات اطراف، عواطف لجام‌گسیخته، افکار لجام‌گسیخته که خواب شب را از فرد می‌گیرد، حساسیت به محیط اطراف، حساسیت به مسائل اجتماعی با پیگیری لحظه‌ای اخبار از جراید و رسانه‌ها، استرس داشتن از شنیدن اخبار از رسانه‌ها
روحیات اجتماعی و فردی		داشتن شخصیت اجتماعی بالا قبل از بیماری، داشتن شخصیت شاد قبل از بیماری، داشتن شخصیت مطیع، داشتن شخصیت آرام قبل از بیماری

یکی از عوامل مهم مداخله‌گر از نظر افراد مطالعه‌شده، باورپذیری است که اشاره به باورهای بیمار و اطرافیان او درباره بیماری آن‌ها دارد. بی‌اطلاعی خانواده‌ها از بیماری روانی و شناخت کافی نداشتن آن‌ها از پیامدهای بیماری برای فرد و خانواده باعث می‌شود که در مواجهه با بیماری اظهار کنند که «فرزندم سالم است و نیازی به درمان یا مراجعه به پزشک ندارد». این امر باعث می‌شود تا بیماری در فرزندان یا بیمار عود کند و بیماری وارد مرحله دیگری شود که بیمار از محیط اطراف صداهایی را می‌شنود و تصاویری را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند: «در خلوت خودم احساس می‌کردم که دیگران می‌خواهند سخنان مرا ضبط کنند و علیه من استفاده کنند». بیمار کد ۳ می‌گوید: «همیشه صداهای عجیب و غریب می‌شنیدم». خانواده بیمار می‌گوید: «در ابتدا می‌دیدیم که پسرمان رفتار عجیبی دارد، اما ما با بیماری‌های روانی و رفتارهای مربوط به آن آشنا نبودیم و پدرش می‌گفت پسرم مریض نیست. نباید او را به بیمارستان ببریم»، «تا حالا رفتار یک فرد با مشکل روانی را در خانواده ندیده بودیم و برایمان هضم‌نشدنی بود»، «باور نداشتیم که برادرم این قدر بیمار است؛ چراکه

او با ما در حال صحبت کردن بود که یک مرتبه چاقو را برداشت و می‌خواست خودکشی کند».

از دیگر عوامل مداخله‌گر براساس تفسیر افراد مطالعه‌شده می‌توان به مواردی از جمله مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی، کنترل احساسات فردی-اجتماعی و روحیات اجتماعی-فردی اشاره کرد. بیشتر بیماران را کسانی تشکیل می‌دهند که در طول زندگی بسیار مسئولیت‌پذیر و احساساتی-عاطفی بوده‌اند؛ کسانی که بسیار در قبال خویشان و اطرافیان و حتی در قبال به جامعه احساس مسئولیت داشته‌اند.

راهبردها (عمل-تعامل‌ها)

راهبردها یا عمل-تعامل‌ها، کنش‌های بامنتور عمدی‌اند که برای حل یک مسئله صورت می‌گیرند و با صورت‌گرفتن آن‌ها پدیده شکل می‌گیرد. شایان ذکر است که راهبردها به آنچه فرد در درون خود می‌گوید و می‌کند نیز گفته می‌شود (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸). مهم‌ترین راهبردها یا عمل-تعامل در تحقیق پیش‌رو در جدول ۵ گزارش شده است. همان‌طور که در این جدول مشخص است، وابستگی عاطفی بیمار به پزشک و کادر درمان و همچنین پشتیبانی و حمایت خانواده‌ها از افراد بیمار عامل مهمی در بهبودی آن‌هاست.

جدول ۵- راهبردها (عمل-تعامل‌ها): مفاهیم، مقوله‌های فرعی و اصلی

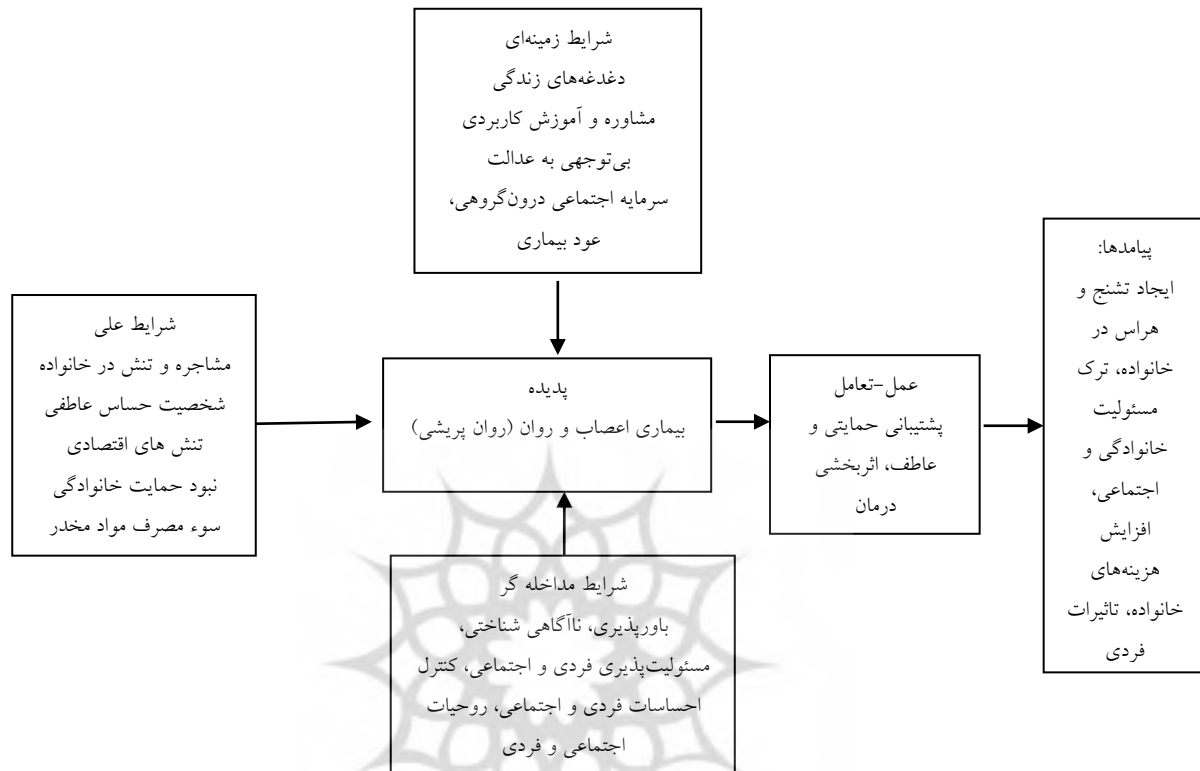
مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم
پشتیبانی حمایتی و عاطفی	وابستگی عاطفی به کادر درمان	بهبود بیمار با بستری در بیمارستان، رابطه عاطفی بیمار با کادر درمان (پزشکان و پرستاران)، مراقبت‌های پزشکی، تأثیر داروهای تجویز پزشک، شوک‌درمانی، زحمات پرستاران و پزشکان
	وابستگی عاطفی خانواده آرامش محیط خانواده پشتیبانی خانواده از بیمار	توجه خانواده به صحبت‌های بیمار (همدردی)، تشویق بیمار به انجام‌دادن کارهای متفرقه تا تمرکز او از موضوعات تنش‌زا جدا شود، فراهم کردن آرامش در خانواده، محول‌کردن مسئولیت‌های فردی و اجتماعی به فرد پس از ترخیص، صحبت با بیمار در طول روز و جویای احوال او شدن، حلقه‌زدن اشک در چشمان پدر و مادر

مقاله اصلی	مقاله فرعی	مفاهیم
اثر بخشی درمان	شیوه‌های روان‌درمانی	ایجاد انسجام گروهی در بیماران در جلسات روان‌درمانی گروهی، توضیح‌دادن نگرانی‌های زندگی برای گروه، نوشتن نگرانی‌ها روی کاغذ، صحبت از تنش‌ها و نگرانی‌ها، آموزش تحمل سختی‌های زندگی، به چالش کشیدن عقاید منفی، پاسخ‌دهی متقابل بیماران

پیامدها: هر جا شکل‌گیری یا عدم شکل‌گیری کنش یا عمل معینی در پاسخ به مسئله بیماری روانی یا به‌منظور اداره یا حفظ موقعیت سلامت روانی از سوی فرد یا افرادی انتخاب شود، پیامدهای پدیده بیماری روانی مشخص می‌شود. راهبردها یا عمل-تعامل بیماران روانی در شرایط موجود به پیامدهایی از جمله ایجاد تشنج و هراس در خانواده، ترک مسئولیت‌پذیری خانوادگی و اجتماعی در فرد و همچنین افزایش هزینه‌های خانواده منجر می‌شود و در مواردی از جمله هزینه‌های درمانی و بیمارستان، هزینه دارو و... را در پی خواهد داشت و اگر بیمار نان‌آور خانواده باشد، خانواده لطمه‌های بیشتری خواهد دید؛ البته تفسیر پاسخگویان از تأثیرات فردی این پدیده دلالت بر مواردی از جمله گوشه‌گیری، بی‌خوابی، پرخاشگری و مواردی از این قبیل دارد.

مقاله مرکزی

مقاله هسته یا مرکزی را می‌توان به‌عنوان مضمون اصلی در پژوهش معرفی کرد. در تحقیق پیش‌رو، «شخصیت آگاه‌شکننده» به‌عنوان مقاله هسته در نظر گرفته شده است که توان تحلیل فرایند درک و تفسیر بیماران ترخیص‌شده از بیمارستان اعصاب و روان را دارد.



شکل ۱- الگوی پارادایمی داده‌بنیاد عوامل اجتماعی مؤثر بر بروز بیماری‌های اعصاب و روان

۵. نتیجه‌گیری

تحقیق پیش‌رو در تلاش است تا زمینه‌های اجتماعی مؤثر در شکل‌گیری بیماری‌های روان را با استفاده از استراتژی نظریه زمینه‌ای تشریح کند. در این خصوص شرایط علی یا سبب‌ساز که در واقع رویدادها و وقایعی هستند که بر پدیده بیماری‌های اعصاب و روان (روان‌پریشی) اثر می‌گذارند، به چند دسته تقسیم می‌شوند. یکی از نتایج مهم تحقیق این است که تنش‌ها و مشاجره‌های خانوادگی نقش مهمی در ایجاد بیماری‌های روانی دارند. از نظر افراد مطالعه‌شده، خانواده‌هایی که در آن‌ها زد و خورد و تنش به‌جای گفت و شنود در حل مسائل و مشکلات فردی و اجتماعی اعضای خانواده در جریان است، این امر بستر

مناسبی را برای بیماری روانی در آن‌ها مهیا کرده است. از طرف دیگر، خیانت یکی از زوجین، طلاق عاطفی و طلاق، بی‌توجهی خانواده به تربیت فرزندان از دیگر عواملی هستند که از درون خانواده زمینه مناسبی را برای بیماری‌های اعصاب و روان مهیا می‌کنند. حمایت یا نبود حمایت خانواده از افراد می‌تواند به‌عنوان عامل مهم دیگر در بروز بیماری‌های روانی تلقی شود. بیشتر پاسخگویان اظهار کردند که در شرایط قبل از بیماری مقوله‌های کاهش حمایت خانوادگی و اجتماعی را تجربه کرده‌اند. از طرف دیگر، افرادی که به بیماری‌های روانی و روان‌پریشی دچار شده‌اند، از لحاظ تفاسیر ارائه‌شده دارای شخصیت ویژه‌ای بوده‌اند که می‌توان آن را «شخصیت حساس شکننده» نام نهاد. علاوه بر این، تنش‌های اقتصادی را نیز می‌توان به‌عنوان عامل مهم تأثیرگذار دیگر بر ایجاد بیماری روانی قلمداد کرد. اعتیاد به مواد مخدر به‌ویژه مواد صنعتی، عامل مهمی در بروز بیماری روانی بوده است. تعداد درخور ملاحظه‌ای از بیمارانی که در بیمارستان مطالعه‌شده بستری بودند، از معضل اعتیاد رنج می‌بردند و بیشتر هم‌جووانان بودند.

نتایج دیگر تحقیق این است که مجموعه‌ای از عوامل در قالب شرایط زمینه‌ای بر نظام معنایی بیماران بهبودیافته در بستر مطالعه‌شده تأثیر دارند که می‌توان از این میان به «دغدغه‌های زندگی» اشاره کرد. از نظر افراد مطالعه‌شده، «طاقت فرسا بودن امور زندگی، تنش‌ز بودن تمکین، نبود صداقت در روابط اجتماعی، مشکلات زندگی استرس‌زا» و مسائلی از این قبیل زمینه را برای بیماری‌های روانی ایجاد می‌کنند.

اهمیت مشاوره و آموزش کاربردی نیز یکی دیگر از نتایج تحقیق است که در قالب عوامل زمینه‌ای می‌تواند بر بیماری روانی تأثیرگذار باشد. راهکاری که در این زمینه می‌توان مطرح کرد، این است که نهادهای دولتی و مردم‌نهاد از طریق ایجاد بستر آموزشی و مشاوره‌ای مطلوب برای افراد و خانواده‌هایی که بیماران روانی را در زندگی خود تجربه کرده‌اند، می‌توانند از شدت بیماری بکاهند. احساس محرومیت نسبی دیگر عامل زمینه‌ای است که تفسیر افراد مطالعه‌شده در قالب مقوله «عدالت اجتماعی» بر آن حکایت دارد. تعداد

زیادی از افراد مطالعه شده با خود احساس می کنند که متأسفانه در جامعه ای زندگی می کنند که مسئولان به شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی جامعه توجه ندارند. از طرف دیگر، سرمایه اجتماعی درون گروهی نیز به عنوان شرایط زمینه ای نقش درخور ملاحظه ای در ایجاد بیماری های روانی برای افراد داشته است. این نوع سرمایه اصولاً با کشیدن خط قرمز بین خودی ها و دیگران (یا غریبه ها که آن ها را دشمن می دانند) و با داشتن شعاع محدود اعتماد، مشارکت و ارتباطات شبکه ای که از سطح خویشان، اعضای خانواده و دوستان نزدیک که به اصطلاح «خودی ها» نامیده می شود، فراتر نمی رود. اگر قرار است مشارکتی صورت گیرد، این مشارکت بیشتر تمایل دارد تا با خودی ها جریان یابد و دیگران به نام غریبه ها از مشارکت های اجتماعی خط می خورند. این نوع سرمایه با افزایش شدت، بستر مناسبی را برای شکل گیری بیماری های روانی مهیا می کند.

نتایج دیگر تحقیق این است که تعداد بسیاری از کسانی که بیماری اعصاب و روان را تجربه کرده اند، پس از ترخیص از بیمارستان، در مدت زمان کوتاهی دوباره دچار عود بیماری شده اند تا آنجا که خانواده های ایشان دوباره مجبور شده اند آن ها را به بیمارستان بازگردانند و بستری کنند. یکی از عوامل مؤثر بر عود مجدد بیماری، «مصرف نامرتب دارو» است.

نکته دیگری که درباره بیماری های روانی اهمیت است دارد، شرایط مداخله گر است. ناآگاهی شناختی به عنوان یکی از شرایط مداخله گر اشاره به باورهای اطرافیان و شخص بیمار از بیماری روان دارد. اکثر خانواده ها از بیماری روان و عواملی که می تواند آن را ایجاد کنند و همچنین از علایم و نشانه های آن اطلاعی نداشته اند و این موضوع باعث «شدت گرفتن بیماری» در بیمار شده است. از دیگر عوامل مداخله گر می توان به مسئولیت پذیری فردی و اجتماعی اشاره کرد که اکثر خانواده ها شخصیت افراد را دارای نوعی مسئولیت پذیری و عاطفی و حساس بودن در مسائل خانوادگی و اجتماعی معرفی کرده اند. عوامل مذکور در کنار عامل مداخله گر «کنترل نکردن احساسات فردی و اجتماعی» می تواند فرد را به سوی

بیماری هدایت کند. از نظر مشارکت‌کنندگان، بیمار در دوران قبل از بیماری خود «مشکل حساسیت بیش از اندازه به مسائل و مشکلات» داشته است. مقوله کنترل احساسات فردی و اجتماعی به‌عنوان مقوله اصلی با زیرمقوله‌هایی از جمله حساسیت بیش از اندازه به مسائل و مشکلات اطراف، عواطف لجام‌گسیخته، افکار لجام‌گسیخته که خواب شب را از فرد می‌گیرد، حساسیت به محیط اطراف، حساسیت به مسائل اجتماعی با پیگیری لحظه‌ای اخبار از جراید و رسانه‌ها، استرس داشتن از شنیدن اخبار از رسانه‌ها معرفی می‌شوند. از نظر مشارکت‌کنندگان در تحقیق (پنج نفر از اعضای خانواده بیماران بستری شده)، ویژگی خاص بیمار را قبل از بیماری می‌توان با مقوله اصلی روحیات اجتماعی و فردی مشخص کرد که شامل زیرمقوله‌هایی از جمله داشتن شخصیت اجتماعی سطح بالا قبل از بیماری، داشتن شخصیت شاد قبل از بیماری، داشتن شخصیت مطیع، داشتن شخصیت آرام قبل از بیماری، مشخص کرد. این مشخصات نشان می‌دهد که افراد مطالعه‌شده دارای یک روحیه اجتماعی و فردی مهربان و حساس بوده‌اند.

اما نتایج درباره راهبردها و تعاملات حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان جهت‌گیری ذهنی خود یا باورهای حاکم بر طرز تلقی‌شان درباره پدیده بیماری اعصاب و روان را در جهت بهبودی با مقولاتی از جمله پشتیبانی حمایتی و عاطفی مشخص می‌کنند که از سوی خانواده و همچنین کادر درمان در بیمارستان شکل می‌گیرد. از سوی دیگر، وابستگی عاطفی به خانواده و در واقع پشتیبانی خانواده از بیمار می‌تواند تأثیر بسیار زیادی بر بیماری روانی افراد بستری شده در بیمارستان داشته باشد.

در پایان نتایج حاصل حاکی از آن است که یکی از پیامدهای بیماری‌های روانی و روان‌پریشی، ایجاد تشنج در خانواده است. آن‌ها اذعان داشته‌اند که پیامدهای بیماری‌های روانی با مفاهیمی از جمله ناراحتی اعضای خانواده، ایجاد تشنج در خانواده، بی‌انگیزگی شغلی، ترک شغل و ترک مسئولیت‌های خانوادگی همراه شده است. با شروع بیماری روانی برای یک فرد در خانواده، دیگر اعضای خانواده همیشه با استرس از خواب بیدار می‌شوند.

از دیگر پیامدهای بیماری روانی برای بیمار می‌توان به ترک مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی به‌عنوان مقوله اصلی استخراج شده اشاره کرد. از طرف دیگر، یکی از مشکلاتی که همه اعضای خانواده بیماران به آن اشاره کردند، افزایش هزینه‌های سرسام‌آور درمان است. این افزایش با افزایش هزینه‌های خانواده همراه است. اگر پدر خانواده که «نان‌آور خانواده» محسوب می‌شود، دیگر نتواند به فعالیت‌های شغلی خود برسد، «حتی پول خریدن یک نان را نخواهند داشت». از طرف دیگر، تأمین هزینه‌های درمان سرسام‌آور می‌شود؛ به طوری که اکثر بیمارستان‌های دولتی جای خالی برای بیماران ندارند.

در تحقیق پیش‌رو بر مبنای فرایند تحقیق و داده‌های حاصل و همچنین مقولات اکتشافی در مرحله موسوم به کدگذاری گزینشی، «شخصیت آگاه شکننده» به‌عنوان مقوله هسته در نظر گرفته شده است که توان تحلیل فرایند درک و تفسیر بیماران ترخیص‌شده از بیمارستان اعصاب و روان را دارد. حتی بیمارانی که از اعتیاد رنج می‌برند و اعتیاد به‌عنوان عامل برانگیزاننده بیماری روانی آن‌ها هم نقش مهمی داشته است، بیشتر به قول خانواده‌های آن‌ها، افرادی با روحیه عاطفی حساس قبل از عود بیماری بوده‌اند. در توضیح مقوله هسته مرکزی باید گفت که حساسیت به مسائلی از جمله مشکلات زندگی، مسائل اجتماعی، حساسیت عاطفی، احساس مسئولیت‌پذیری شدید، دنبال کردن مداوم اخبار حوادث و مسائل اجتماعی از جراید و رسانه‌ها و مسائلی از این قبیل باعث شده است که روحیه حساسی به مسائل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و حتی فرهنگی داشته باشند و احساس نگرانی مداوم که گاهی «خواب شب را از چشم» می‌گیرد، آن‌ها را مستعد بیماری روانی کرده است. گاه مرز بین دیوانگی و سلامت همچون مویی باریک است که لحظه‌ای غفلت می‌تواند انسان را در این مسیر ناهموار از سلامت به دام بیماری روانی اندازد. همه افراد اگر علایم و پیامدهای بیماری‌های روانی را درک نکنند، می‌توانند در لحظه‌ای دردناک از زندگی از این پل باریک به پرتگاه جنون بیفتند و گاهی حتی با تمامی زحمات خانواده‌ها و کادر درمانی و شیوه‌های پزشکی نتوانند بهبودی دائمی به دست آورند. بیشتر خانواده‌هایی که حاضر به مصاحبه

شدند، به این موضوع اشاره داشتند که «عزیزشان» پس از بهبودی دوباره به سمت دیوانگی هدایت شده است .

کتاب‌نامه

۱. اسکندری، ح. (۱۳۹۲). کشف جهان اجتماعی بیماری روانی، بازنگری در ماهیت بیماری روانی و تأکید بر ساخت زبانی آن. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۲)، ۱-۲۰.
۲. ایمان، م. (۱۳۹۱). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۳. حکاک خادم، ف.، و احمدی زاویه، س. (۱۳۹۸). اثربخشی هنردرمانی (هنرهای بصری) در بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز روزانه اعصاب و روان احبا. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۳)، ۹۷-۱۱۶.
۴. حیدری، م.، قاسمی، و.، رنایی، م.، و ایمان، م. (۱۳۹۸). ارائه الگوی پارادایمی فرهنگ مالیاتی نزد مؤدیان مالیاتی شهر اصفهان (پژوهشی کیفی در حوزه جامعه‌شناسی اقتصادی). *دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، ۸(۱۵)، ۱-۳۵.
۵. رابینگتون، ا.، و واینبرگ، م. (۱۳۹۱). *رویکردهای هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی* (ز. صدیق سروستانی، مترجم). تهران: دانشگاه تهران.
۶. شکیب، ز.، طهماسبی، ر.، و نوروزی، آ. (۱۳۹۳). عوامل مؤثر بر سلامت روان دختران دبیرستانی شهر بوشهر براساس نظریه شناخت اجتماعی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۲(۲)، ۱۳۱-۱۴۲.
۷. عقیقی، آ.، محمدی، ن.، رحیمی، چ.، و طاقانکی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۵(۵۸)، ۵۹-۷۹.
۸. قادرزاده، ا.، و درویش‌منش، م. (۱۳۹۶). مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی. *مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۱)، ۴۹-۷۲.
۹. گافمن، ا. (۱۳۸۶). *داغ‌ننگ* (م. کیانیپور، مترجم). تهران: مرکز.

۱۰. گروسی، س.، و شبستری، ش. (۱۳۹۰) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۵(۱)، ۹۹-۱۲۳.
۱۱. محسنی تبریزی، ع.، و سیدان، ف. (۱۳۸۳). منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۲(۲)، ۸۹-۱۰۲.
۱۲. محمدپور، ا. (۱۳۹۲). روش تحقیق کیفی ضد روش ۲. تهران: جامعه شناسان.
۱۳. نوریان خ.، شریف، ف.، اشکانی، ح.، ده بزرگی، س.، و طباطبائی، ح. (۱۳۸۳). تأثیر روان‌درمانی گروهی بر عملکرد فیزیکی و درد جسمی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بستری در بخش‌های اعصاب و روان. *ارمغان دانش*، ۹(۱)، ۶۳-۷۰.
14. Abdel Wahed, V. (2016). Prevalence and associated factors of stress. Anxiety and depression among medical Fayoum university student. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77-84.
15. Bednarik, R. G., Saniotis, A., & Henneberg, M. (2022). Auto-domestication hypothesis and the rise in mental disorders in modern humans. *Medical Hypotheses*, 164, 110874.
16. Gémes, K., Bergström, J., Papola, D., Barbui, C., Lam, A. I. F., Hall, B. J., ..., & Mittendorfer-Rutz, E. (2022). Symptoms of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in six European countries and Australia: Differences by prior mental disorders and migration status. *Journal of Affective Disorders*, 311, 214-223.
17. Kivits, J., Erpelding, M.-L., & Guillemin, F. (2012) Social determinants of health-related quality of life. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(Supplement 3), S189-S194.
18. Lee, K.-J., & Kim, J.-I. (2015). Relating factor for depression in Korean working women. *Asian Nursing Research*, 9(3), 265-270.
19. Lund, V. E., & Frank, D. I. (1991). Helping the medicine go down: Nurses' and patients' perceptions about medication compliance. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(7), 6-9.
20. Peng, F., Koh, W. Y., Chung, C. H., Chien, W. C., & Lin, C. E. (2022). Risks of mental disorders among intensive care unit survivors: A nationwide cohort study in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*, 77, 147-154.
21. Wilson, H. S., & Kneisl, I. (1992). *Psychiatric nursing* (4th ed.). Redwood: Addison-Wesley Nursing.
22. Yanzón de la Torre, A., Oliva, N., Echevarrieta, P. L., Pérez, B. G., Caporusso, G. B., Titano, A. J., ..., & Daray, F. M. (2016). Major depression in hospitalized

argentine general medical patients: Prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 197, 36-42.

