

# درک از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران روان: یک مطالعه کیفی

موسی علوی<sup>۱</sup>، جهانگیر مقصودی<sup>۲</sup>، علیرضا ایرج پور<sup>۳</sup>، ریحانه نیک‌نژاد<sup>۴</sup>، محمد اکبری<sup>۵\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۲/۰۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** حمایت از مراقبین خانوادگی بیماران روانی، علاوه بر احساس آرامش و امنیت، تأثیر کمی و کیفی بسیاری بر نوع مراقبت ارائه شده به بیماران آن‌ها خواهد داشت. هدف از این مطالعه تبیین درک از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران روانی می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی ۲۰ نفر از مراقبین خانوادگی مبتلایان به اختلالات روان و ۲۹ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات به‌صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند و مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی نوع عرفی (قراردادی) به شیوه استقرایی مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** ۶۷۵ کد به‌دست‌آمده در ۷ زیر طبقه دسته‌بندی گردید و زیر طبقات در ۳ طبقه اصلی قرار گرفتند. طبقات اصلی شامل "احساس امنیت جسمی"، "احساس امنیت قانونی"، و "احساس امنیت اجتماعی" بودند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه حاضر حوزه‌های پر چالش و مهم مؤلفه‌های درک از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان را نشان می‌دهد که مستلزم توجه و لحاظ نمودن آن‌ها در بررسی‌ها و سیاست‌های مبتنی بر توسعه حمایت‌های اجتماعی از این مراقبین خانوادگی می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** ایمنی و امنیت، مراقبین خانوادگی، اختلالات سلامت روان، مطالعه کیفی، ایران

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۲۸، خرداد ۱۳۹۹، ص ۲۴۴-۲۳۴

**آدرس مکاتبه:** مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دپارتمان پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تلفن: ۰۹۱۳۳۶۹۰۲۲۹

Email: mohammadakbari@nm.mui.ac.ir

## مقدمه

۷۰ درصد پس از ترخیص از بیمارستان، دچار عود علائم بیماری و بستری مجدد می‌گردند (۲-۴).

امروزه به دنبال موسسه‌زدایی از درمان و نگهداری بیماران روان، نقش مراقبین خانوادگی این بیماران در کاهش دفعات بستری بیمار در بیمارستان پررنگ شده است (۵). مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان باید بتوانند ضمن مدیریت و کنترل بیمار و بیماری

اختلالات روان‌پزشکی در میان بیماری‌های طبی، شیوع بالا و قابل‌ملاحظه دارند. بر اساس جدیدترین متاآنالیز، میانگین شیوع اختلالات روانی در جهان ۱۳/۴ درصد می‌باشد (۱) حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران روان در ۶ ماه اول و در پنج سال اول حدود ۵۰ تا

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دپارتمان پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مراقبت‌های پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دپارتمان پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد، مربی گروه اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۵</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دپارتمان پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

درک از ایمنی و امنیت این مراقبین مستلزم لحاظ کردن مقتضیات زمینه‌ای است که می‌توان ضمن یک کار کیفی به آن دست یافت. از این‌رو هدف مطالعه حاضر تبیین درک از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان می‌باشد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه ملی در ایران (با کد اخلاق ۲۵۰-۳-۱۳۹۵ IR.MUI) می‌باشد. این مطالعه با رویکرد تحلیل محتوی کیفی نوع عرفی (قراردادی) به شیوه استقرایی (۲۱) به منظور دستیابی به درک غنی از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان در بافت فرهنگی، اجتماعی ایران انجام گردید. این نتایج بخشی از یک مطالعه ترکیبی بزرگ‌تر بوده که برای طراحی ابزار سنجش ابعاد حمایت اجتماعی از مراقبین خانگی بیماران روانی در دست طراحی است و یافته‌های دیگر در جای دیگری گزارش گردید.

در این مطالعه، تعداد ۲۰ نفر از مراقبین خانوادگی که در زمان مطالعه بیمارشان در یکی از سه بیمارستان روان‌پزشکی در مرکز ایران (نور، فارابی و مدرس) بستری بودند (با تشخیص‌های متنوع) انتخاب شدند که حداقل یک سال از بیمار خود در منزل مراقبت کرده‌اند، سعی شد اولین نمونه از بین مراقبینی انتخاب گردد که تجربه بیشتری در زمینه مراقبت از بیمار روان داشته باشد. شرکت‌کنندگان آمادگی و رضایت برای در اختیار گذاشتن تجربیات را داشته باشند و خود نیز تشخیص اختلال روانی شناخته‌شده‌ای نداشته باشند.

(جدول شماره ۱) و نیز ۲۹ نفر از ارائه‌دهندگان حرفه‌ای حمایت، مسئولین و سیاست‌گذاران حمایت در ایران جهت تکمیل اطلاعات و قوانین به‌صورت هدفمند نمونه‌گیری شدند (جدول شماره ۲). تعداد نمونه‌ها در طول پژوهش با توجه به میزان اطلاعات به‌دست‌آمده و تا زمان اشباع داده‌ها نمونه‌گیری ادامه یافت (۲۲).

داده‌ها از مرداد ۱۳۹۵ تا بهمن ۱۳۹۵ جمع‌آوری گردید. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق نیمه ساختار با استفاده از سؤالات راهنما استفاده گردید (۲۲). اگرچه سؤالات راهنما برای مراقبین و سیاست‌گذاران حمایت متفاوت بود اما محتوای مصاحبه هر دو گروه مشارکت‌کننده شبیه به هم بود. مصاحبه‌ها با این سؤال شروع می‌شد "درک و تجربه شما از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران روان چیست؟" از ۲۶ مراقب خانوادگی که رضایت اولیه برای شرکت در مصاحبه را داشتند ۶ نفر ریزش نمونه وجود داشت. ۴ مراقب در زمان مصاحبه حضور نیافتند و ۲

او، نقش حیاتی خود را در حفظ و توان‌بخشی بیمار ایفا نمایند (۶). مطابق با برخی شواهد مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مسیر مراقبت و کنترل عضو بیمار در خانواده، متحمل چالش‌های سهمگینی از جمله کاهش سطوح عملکردی و توانایی اعضاء خانواده، تخریب سیستم عاطفی و ساختارهای ارتباطی خانواده، بروز مشکلات مالی و اقتصادی، کاهش تعاملات اجتماعی خانواده، تغییر در نقش‌ها کاهش کیفیت زندگی و تهدید سلامتی آن‌ها می‌گردند (۶-۸). هرچند تنش‌ها و فشارهای روانی مراقبین خانوادگی امری معمول و حتی قابل‌انتظار است؛ اگر بدون برنامه مناسب رها شوند، می‌تواند ضمن کاهش تدریجی سطح سلامتی، آن‌ها را به بیماران پنهان مبدل سازد (۹)؛ که این فرآیند نهایتاً مراقبت و حمایت ضعیف از بیمار و در نتیجه تشدید اختلال در بیمار را به همراه دارد (۵، ۱۰).

امروزه حمایت اجتماعی از مراقبین خانوادگی بیماران روانی به‌عنوان یکی از عوامل مهم در کاهش فشار مراقبت از بیماران شناخته شده است (۱۱، ۱۲). حمایت اجتماعی دارای ابعاد مختلفی می‌باشد سارافینو<sup>۱</sup> بیان می‌کند که حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند اطلاق می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند خانواده، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند که می‌تواند منبع کمک‌ها و خدمات در هنگام نیاز باشد (۱۳، ۱۴). مطالعات نشان می‌دهند علیرغم اهمیت حمایت از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان، این افراد ایمنی و امنیت مناسبی از جامعه دریافت نمی‌کنند و با مشکلات زیادی در جامعه روبرو هستند (۱۵-۱۷). برخی دلیل این چالش، را ابهام در مؤلفه‌ها و مصادیق حمایت امنیتی می‌دانند به‌عبارت‌دیگر اینکه حمایت امنیتی چیست و چگونه انتقال می‌یابد و چگونه درک می‌شود، خیلی مشخص نیست (۱۸). کوب<sup>۲</sup> اظهار می‌کند که نیاز حمایت و اظهار آن ارتباط گسترده‌ای با بافت فرهنگی دارد (۱۹)، به‌ویژه در بافت فرهنگی آسیا به دلیل روابط بین شخصی بالاتر، ایمنی و امنیت بیماران و خانواده‌ها و مصادیق آن متفاوت از بافت فرهنگی آمریکایی اروپایی است (۱۸، ۲۰).

اکثر مطالعات موجود در زمینه ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران روان به‌صورت تحقیقات کمی هستند و به‌وضوح نمی‌توانند بیان کنند که این ایمنی چگونه اتفاق می‌افتد و چگونه توسط افراد درک می‌شود. بنابراین با توجه به مشخص نبودن ماهیت ایمنی و امنیت در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات سلامت روان و ناکافی بودن مطالعه در این زمینه، دستیابی به ماهیت

<sup>۱</sup>) Sarafino

<sup>۲</sup> cobb

مراقب هم عذرخواهی کردند و از مطالعه ما خارج شدند. تمامی سیاست‌گذاری که در نظر گرفته شده بود، علیرغم مشغله کاری در مطالعه شرکت نمودند و حاضر به مصاحبه شدند. شرکت‌کنندگان، درکشان را از ایمنی و امنیت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان برای ما بیان نمودند. مصاحبه‌ها در یک اتاق اختصاصی که تنها مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده حضور داشت انجام شد. مدت‌زمان هر مصاحبه ۹۰-۳۰ دقیقه بود. مصاحبه‌های ضبط‌شده بلافاصله بعد از اتمام هر مصاحبه کلمه به کلمه و مطابق با گفته‌های شرکت‌کنندگان پیاده شد. پس از انجام مصاحبه تجزیه و تحلیل انجام و سپس مصاحبه بعدی انجام شد و به همین ترتیب کار تا اشباع داده‌ها ادامه یافت (۲۳). برای اطمینان از اشباع داده دو مصاحبه تکمیلی انجام شد اما داده جدیدی حاصل نشد. در انتهای هر مصاحبه به شرکت‌کنندگان، هدیه‌ای به ارزش یک‌میلیون ریال داده شد.

تیم تحلیل تمامی دست‌نوشته‌ها را خواند و برای کاهش داده‌ها مورد تحلیل قرار داد. به‌منظور تحلیل داده‌های کیفی مطالعه از روش تحلیل محتوای کیفی به روش گرانهایم و لاندمن<sup>۳</sup> استفاده شد (۲۴). در مطالعه حاضر به‌منظور دستیابی به ابعاد و متغیرهای مختلف مؤثر در حمایت امنیتی از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات سلامت روان، از روش استقرایی استفاده شد. به‌طور کلی فرآیند تحلیل محتوای کیفی در این مطالعه به‌صورت مراحل متوالی ذیل توصیف شد: تعیین محتوای تحلیل، تعریف واحد تحلیل و کدگذاری اولیه، دسته‌بندی کدها در زیر طبقات، شکل‌گیری طبقات فرعی از زیر طبقات و شکل‌گیری طبقات اصلی از طبقات فرعی. کدبندی اطلاعات توسط نویسنده مسئول انجام شد و جهت هماهنگی موردبحث قرار گرفت. مدیریت و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا ۱۰ ساخته شده توسط شرکت آلمانی VERBI تسهیل یافت.

با انجام مصاحبه با مشارکت‌کنندگان تا رسیدن به اشباع و انتخاب نمونه‌گیری به روش هدفمند و توجه به حداکثر تنوع در مشارکت‌کنندگان از نظر سنی، جنسی و سطح تحصیلات در جهت تأمین اعتبار اقدام شد. هم چنین به‌منظور تعیین اعتبار و مقبولیت مصاحبه‌های نوشته شده و کدها توسط مشارکت‌کنندگان مجدداً چک گردید. در جهت تأیید قابلیت انتقال یافته‌ها، موقعیت مشارکت‌کنندگان به‌طور کامل و مبسوط توصیف گردید و جزئیات در مورد متدولوژی و اطلاعات زمینه، برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد یافته‌ها فراهم گردید. هم چنین با انجام مصاحبه باز و بیان داستان گونه تجربیات شرکت‌کنندگان، بازاندیشی<sup>۴</sup> و حضور طولانی مدت، حفظ مستندات و انتقال دقیق آن در حفظ بی طرفی در ارائه نتایج اقدام نمودیم این موارد را دزین<sup>۵</sup> به‌عنوان شاخص‌های استحکام در مطالعه کیفی بیان داشت (۲۵). در این مطالعه مسائل اخلاقی زیر بطور کامل رعایت گردید. قبل از نمونه‌گیری، در مورد اهداف پژوهش با شرکت‌کننده‌ها صحبت شد و در صورت تمایل به‌عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند. جهت مصاحبه با هر شرکت‌کننده و یا تکمیل هر پرسشنامه، ضمن ارائه اطلاعات کافی در مورد اهداف مطالعه از هر فرد یک رضایت‌نامه شرکت در مطالعه اخذ شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

### یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش شامل تعداد ۲۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان و ۲۹ نفر از مسئولین، سیاست‌گزاران و ارائه‌دهندگان حمایت به مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات سلامت روان بودند که مشخصات آن‌ها در (جدول شماره ۱ و ۲) نشان داده شده است.

جدول (۱): مشخصات مراقبین خانوادگی بیماران روان شرکت‌کننده در مطالعه

مراقبین خانوادگی			
جنس		تعداد	درصد
		مرد	۸
سن		زن	۱۲
		۳۰-۲۰	۱
		۴۰-۳۱	۳
		۵۰-۴۱	۵

<sup>۵</sup> Denzin

<sup>۳</sup> Graneheim & Lundman

<sup>۴</sup> reflexivity

۶۰-۵۱	6	۳۰٪
۶۰<	5	۲۵٪
بیسواد	3	۱۵٪
ابتدایی	6	۳۰٪
راهنمایی	7	۳۵٪
دیپلم	4	۲۰٪
پدر	۷	۳۵٪
مادر	۴	۲۰٪
خواهر	۳	۱۵٪
برادر	۱	۵٪
همسر	۵	۲۵٪
اختلالات اضطرابی	3	۱۵٪
اختلالات افسردگی	4	۲۰٪
اسکیزوفرنی	6	۳۰٪
اختلال دو قطبی	3	۱۵٪
اوتیسم	1	۵٪
دمانس	2	۱۰٪
بیش فعال - کم توجه	1	۵٪
1-10	۸	۴۰٪
11-20	9	۴۵٪
21-30	۲	۱۰٪
>31	1	۵٪
مجموع	20	۱۰۰٪

تحصیلات

نسبت با بیمار

بیماری مراقبت شونده

تعداد سال مراقبت

## جدول (۲): مشخصات ارائه دهندگان و مسئولین مشارکت کننده در مطالعه

ارائه دهندگان حمایت		
جنس	مرد	تعداد
		درصد
	۱۲	۴۱.۴٪
	۱۷	۵۸.۶٪
۵-۱	۳	۱۰.۱٪
۱۰-۶	۵	۱۷.۳٪
۱۵-۱۱	۴	۱۳.۸٪
۲۰-۱۶	۹	۳۱٪
۲۰<	۸	۲۷.۶٪
روانپرستار	۵	۱۷.۳٪
روان شناس	۶	۲۰.۷٪
روانپزشک	۵	۱۷.۳٪
روحانی	۱	۳.۵٪

سابقه ارائه خدمات

حرفه یا شغل

جامعه شناس	۲	۶.۹٪
متخصص علوم اجتماعی	۲	۶.۹٪
کارشناس اداره پلیس	۱	۳.۵٪
کارشناس دادگستری	۲	۶.۹٪
کارشناس سازمان بهزیستی	۱	۳.۵٪
کارشناس شهرداری	۱	۳.۵٪
کارشناس استانداری	۱	۳.۵٪
کارشناس انستیتو روان پزشکی ایران	۱	۳.۵٪
کارشناس وزارت بهداشت	۱	۳.۵٪
کل	۲۹	۱۰۰٪

بودند نمیدونسته که جابجا شده بوده ولی به هوای من رفته بود از دیوار مردم رفته بود بالا خدا رو شکر اونجا با همسایه در نیفتاده بود چون با چوب و چماغ رفته بود که یعنی یجورایی منو پیدا کنه به هوای من اومده بود بعد دیگه بازم به خیر گذشت... (c7)

در این باره پدر بیمار اسکیزوفرنیک اظهار می کند: "... والا کسی جرات نمیکنه اصلاً بخاد طرف خونه ی ما بیاد (با حالت خنده) وقتی که احمد خونه هست همه استرس دارند..." (c10)

کارشناس اداره پلیس اشاره کرد: "...ما در مواقع بحرانی به کمک این خانواده ها می ریم اول اینکه فردی که خطر داره تهدیدش می کنه رو رهایی می دیم بعد با اورژانس اجتماعی هم در ارتباطیم و تا رفع مشکل پیگیری می کنیم..." (c16)

#### احساس امنیت قانونی:

مشارکت کنندگان در مطالعه ما اظهار داشتند که قانون باید در مورد این مراقبین تمهیدات ویژه ای در نظر گرفته باشد. آن ها در نظر گرفتن اصول اخلاقی و حقوقی، تسریع در ارائه خدمات به مراقبین، لزوم آگاهی پلیس از مسائل این مراقبین و تصویب قوانین حمایتی مناسب برای مراقبین را امنیت قانونی این مراقبین دانستند.

کارشناس اداره دادگستری اشاره کرد: "...ما اینجا برای مراقبین یک سری حقوق قانونی در نظر داریم یعنی قانون برای آن ها یک سری تسهیلاتی در نظر گرفته است..." (c19)

اکثر مراقبین در مطالعه ما احساس امنیت از طرف سیستم های قضایی را به عنوان حمایت امنیتی خود می دانستند. در این باره مراقب بیمار اسکیزوفرنیک اظهار کرد: "...تا حالا بیمارم بیش از ۱۰ مرتبه از من به دادگاه شکایت کرده اما دادگاه من را تبرئه نموده است..." (c2)

کارشناس اداره دادگستری اشاره کرد: "... ما مهجورهای میلیاردی هم داریم که سر قیم شدنشان دعواست متأسفانه بحث و دعوای زیادی خانواده ها باهم می کنند که دادگستری به کلانتری

۶۷۵ کد به دست آمده در ۱۰ زیر طبقه دسته بندی گردید و زیر طبقات در ۳ طبقه اصلی قرار گرفتند. طبقات اصلی شامل "احساس امنیت جسمی"، "احساس امنیت قانونی"، و "احساس امنیت اجتماعی" بودند.

#### احساس امنیت جسمی:

مشارکت کنندگان در مطالعه ما اظهار داشتند که مراقبین موقعی به لحاظ امنیتی حمایت می شوند که احساس کنند در معرض هیچگونه مخاطره ای نیستند یا از خطر محافظه می شوند. آن ها بر روی احساس آزادی از ترس که ناظر بر امنیت روانی است تأکید داشتند که باعث ایجاد حس آرامش در آن ها می گردد. مشارکت کنندگان اظهار داشتند که مراقبین شکستن وسایل و پرتاب اجسام، برخورد فیزیکی مددجو با مراقب، بدبینی مددجو نسبت به مراقب را تجربه می کنند. آن ها بیان داشتند که وقتی به لحاظ امنیتی حمایت می شوند که احساس امنیت جسمی داشته باشند.

در این باره مراقب بیمار اسکیزوفرنیک اظهار می کند: "...واقعاً دیگه نمی دونم چکار کنم شب موقع خواب خیلی استرس دارم می گم نکنه کار خطرناکی بکنه نکنه بیاد به ما آسیب برسونه، تمام وسایل خطرناک رو از تو اتاق جمع می کنم تا حتی چاقو میوه خوریا رو هم جمع می کنم خواب درست حسابی هم ندارم. هم برا اون نگرانم هم برا خودم هم برای بقیه..." (c14)

در این باره خواهر بیمار اسکیزوفرنیک اظهار می کند: "... من دقیقاً از همون روزای اول سال به خاطر اینکه برادرم رو من حساسیت داشت و بد بین بود شیش ماه بود خونه نبودم از خونه خودمون رفته بودم چند روز خونه خواهرم بودم خونه داداشم بودم برادرزادم بودم و کلاً اینطرف اونطرف بودم بگذره ببینیم باید چیکار بکنیم شاید حالش بهتر بشه ولی خوب یک ماه پیش یک ماهم همیشه یه بیست روز پیش حالشون بد شده بود به هوای من بلند شده بودند رفته بودند در خونه سابق داداشم داداشم اینا جابجا شده

نامه می ده بستگانش جمع میشند باید یکی را برای قییم شدن وی انتخاب کنن اگر نتونستند واحد سرپرستی خودش وارد عمل میشه، یه قییم که بهترین شرایط رو داشته باشه از بستگانش انتخاب می‌کنیم آگه کسی رو نداشت خودمون یکی رو براش مشخص می‌کنیم مراقب یا قییم رو خودمون ازش حمایت می‌کنیم هیچ کدوم از بستگان هم حق ندارند باهش برخورد کنند قییم یا مراقب بیمار فقط حقوق ماهیانه می‌گیره این حقوق از اموال مهجور یا حقوق مهجور هست که واحد دادگستری روی اون نظارت داره بقیه کارهای مالی با سرپرستی دادگستری هست... (e18).

کارشناس اداره دادگستری اشاره کرد: "... مثلاً ما یه بیمار روانی داشتیم که زده بود قییم یا همون مراقبشو ناکار کرده بود دادگاه براش دیه در نظر گرفت با توجه به اینکه متهم مهجور بود قانون حکم داد که از بیت المال حق دیه مراقب پرداخت بشه، این جزئی قوانین حمایتی از مراقبین هست... (e19).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما اظهار داشتند که پزشکی قانونی هم باید از مراقبین خانوادگی بیماران روان حمایت داشته باشند. در این باره مراقب بیمار افسرده اظهار کرد: "... راستش دخترم از خونه اومده بود بیرون رفته بود سر خیابون یه ماشینی سوارش کرده بود. برده بود دخترم رو خونه خودش و بهش هم تجاوز کرده بود. بعد از چند ماهی متوجه شدم دخترم حاملس، دستمون بجایی بند نشد، پزشکی قانونی هم بایه مریضایی که مشکل روان دارند روا اجازه سقط بهشون بدنند که متأسفانه نداد. اون موقع انگار دنیا رو سرم خراب شد... (e13).

### احساس امنیت اجتماعی:

مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما اظهار داشتند که مراقبین وقتی می‌توانند به لحاظ ایمنی حمایت شوند که از طرف جامعه در امنیت باشند. انگ اجتماعی، تهدید مراقب از طرف دیگران در قبال کارهای بیمار، عدم حمایت کارفرمای مراقب در محیط کار، سوء استفاده دیگران از ناتوانی مددجو، مسخره کردن مددجو توسط دیگران و نهایتاً شرم و حیای مراقب، از مصادیقی بود که امنیت اجتماعی مراقبین را نشان می‌داد.

مراقب بیمار اسکیزوفرنیک اظهار می‌کند: "...همسایه‌ها می‌دونند پسرم مشکل داره هرچی فحاشی به اونا می‌کنه باش برخورد بدی نمی‌کنند و من از این بابت خوشحالم... (e7).

مراقب بیمار افسرده اظهار می‌کند: "...وقتی پسرم از خونه بیرون میره بقیه دورش جمع میشند و اونا مسخره می‌کنند... (e10).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما بر این باورند که دیگران، در هر شرایطی نباید آگاهانه و عامدانه به مراقبین آسیبی برسانند و در

صورت نیازمراقب به کمک، سریعاً به مراقب کمک رسانی کنند. آن‌ها همچنین اظهار داشتند که مراقبین دوست دارند صرف نظر از ملیت، جنس، نژاد، مذهب و داشتن یا نداشتن بیمار جسمی یا روانی از حق برابر به‌منظور استفاده از نعمت‌های مادی و معنوی موجود در جامعه برخوردار باشند. انصاف، بی طرفی و برابری فرصت‌ها، امکانات مساوی برای بیماران روان همانند سایر بیماران، توجه سازمانها به عدالت افقی و عمودی در جامعه از مصادیقی بودند که مشارکت‌کنندگان اجرای آنرا، همان حمایت امنیتی از مراقبین دانستند.

در این باره یک نفر جامعه شناس اشاره داشت: "...یه موضوعی که امروزه من فک می‌کنم خیلی اهمیت داره موضوع نابرابریها و محرومیت‌های اجتماعی و این محرومیتها همه بر روی سلامت روان مراقبین تأثیر داره به نمونش آینه که آگه همسایه‌ها بفهمند فردی تو خونس بیمار روان داره ممکنه رفت و آمد باهش رو کم کنند یا اونو منزوی کنند... (e8).

مشارکت‌کنندگان مطالعه ما اظهار داشتند که یکی از مسئولیت‌های اجتماعی انسان، بی تفاوت نبودن در قبال مشکلات دیگران می‌باشد، بنابراین جامعه ایرانی در قبال خانواده بیمار روانی باید مسئول باشد. بی تفاوت نبودن سایر اعضای خانواده و جامعه، محله مداری در حمایت از مراقبین، تعهد جامعه نسبت به مراقبین، عذاب وجدان دیگران در قبال کوتاهی برای این مراقبین مصادیقی بود که مشارکت‌کنندگان از درک از حمایت امنیتی بدان اشاره داشتند.

در این باره متخصص علوم اجتماعی معتقد بود: "... دیدگاه جامعه ما نسبت به جوامع دیگه به مراتب فرق داره برای مثال موضوعی که در حمایت این خانواده ها خیلی مهمه محله مداری هست. مددکار اجتماعی میره با کسبه‌ی محله صحبت کند و آن‌ها را آموزش می‌ده که با این خانواده‌ها چجوری برخورد داشته باشند چجوری احترام به شخصیت خانواده بگذارند چجوری به حق و حقوقشون احترام بگذارید... (e8).

یک نفر روانپرستار اشاره داشت: "...مثلاً آگه چند تا همسایه تو اپارتمان هستن بیان یه برنامه ریزی بکنن بین خودشون کارهای مراقب روتقسیم کنن بگن به فرض شنبه فلان همسایه خرید مراقب را انجام بده یک شنبه یکی دیگه یا اینکه حتی عیادت، کمک در کارهای منزل و ... (e23).

در ایران همه اعضای جامعه اعم از خانواده، دوستان، همکاران، آشنایان و مسئولین، شبکه حمایت‌های امنیتی او را تشکیل می‌دهند و مراقب را در مسیر مراقبت از بیمار روان، همراهی می‌کنند. این افراد تلاش کنند تا حمایت‌های امنیتی و اجتماعی لازم را از مراقب بنمایند و بتوانند کمی از بار عاطفی بر دوش مراقب بکاهند.

## جدول (۳): دستیابی به طبقه اصلی از زیر طبقات و طبقات فرعی

زیر طبقه	طبقه فرعی	طبقه
تحریک‌پذیری بیمار	احساس امنیت جسمی	
احساس ناامنی مراقب		
دسترسی به اورژانس‌های روان‌پزشکی		
تبعیض	احساس امنیت قانونی	ارتقای ایمنی و امنیت
قوانین ناکافی و مبهم		
مساوات رفتار		
بهره‌مندی از عدالت اجتماعی	احساس امنیت اجتماعی	
انگ اجتماعی		
باورهای خودشکن از طرف جامعه		
توسعه نگرش مساعد جامعه		

## بحث

این مطالعه باهدف تبیین درک از حمایت امنیت و ایمنی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان انجام شد. مراقبین و ارائه‌دهندگان حمایت، درک و تجربه خود را در قالب سه درون‌مایه اصلی "احساس امنیت جسمی"، "احساس امنیت قانونی"، و "احساس امنیت اجتماعی" بودند. اظهار داشتند.

اکثر مراقبین دوست داشتند که از جانب بیمار، افراد، گروه‌ها و همسایگان خود مورد تهدید و خطر قرار نگیرند. توهمت بیمار باعث تحریک‌پذیری مراقبین و خشونت به هرکسی می‌شوند و مراقبین که زمان طولانی با بیمار خود در ارتباط هستند با احتمال بیشتری مورد خشونت بیمار خود قرار می‌گیرند. تعدادی از مطالعات موضوع امنیت جسمی مراقبین را یکی از نگرانی‌های اصلی مراقبین خانوادگی دانستند (۲۶). لابروم و همکاران (Labrum et al) در مطالعه خود در آمریکا نشان داد که تعداد زیادی از وابستگان بیماران روانی تحت خشونت قرار می‌گیرند (۲۷). ابراهیمی و همکاران در سال ۲۰۱۶ اطمینان و ایجاد حس ایمنی و امنیت را در قالب دو تم اصلی مطالعه خود در حمایت عاطفی به دست آوردند (۲۸) که هم‌راستا با مطالعه ما بود.

مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما اظهار داشتند که مراقبین باید اعتماد و اطمینان برای عدم تعرض به حقوق شرعی و قانونی خود در جامعه داشته باشند و حکومت را به‌عنوان پشتوانه‌ای تلقی کنند که در مواقع لزوم بتواند به عوامل ایجادکننده ناامنی پاسخ داده و آن‌ها را به‌موجب تعرضی که داشته‌اند، محاکمه کند. در جامعه باید قانون برای این بیماران تمحیدات ویژه‌ای اندیشیده باشد. یکی از

مهم‌ترین قوانین موردنیاز این بیماران و خانواده آن‌ها قانون بهداشت روان می‌باشد. هدف از تدوین قانون بهداشت روان، ارائه راهکارهای قانونی برای حفظ کرامت و حقوق انسانی و مدنی افراد مبتلا به اختلال روانی است. در سال‌های اخیر، دیدگاه قانون‌گذاران در سازمان جهانی بهداشت بر حفظ حقوق بیماران مبتلا به اختلالات روانی و خانواده وی متمرکز شده است. قانون بهداشت روان فراتر از مراقبت و درمان افراد مبتلا و در حقیقت ساختاری قانونی است که ابعاد مهم سلامت روان از قبیل دسترسی به خدمات مراقبتی، بازتوانی، بازگشت بیماران به جامعه و پیشبرد بهداشت روان در دیگر بخش‌های جامعه را شامل می‌شود (۲۹).

مشارکت‌کنندگان مطالعه ما بیان داشتند که یکی از مهم‌ترین مواردی که این اعتماد و احساس امنیت را در جامعه ایجاد می‌کند امنیت اجتماعی در حمایت از مراقبین خانوادگی بیماران روان در جامعه می‌باشد. مشارکت‌کنندگان مطالعه دسترسی مساوی مراقبین به منابع و عدالت در جامعه را از مصادیق امنیت اجتماعی دانستند که با مطالعه مکنزی و همکاران (McKenzie et al) نیز همسو می‌باشد (۳۰). اکثر مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما بیان داشتند که جامعه نمی‌تواند نسبت به این مراقبین بی‌تفاوت باشد به‌عبارت‌دیگر هرکدام از افراد جامعه اعم از اعضای خانواده، نزدیکان، همسایگان، دوستان، سازمان‌ها، مسئولین و سیاست‌گذاران، همه باید در قبال این مراقبین پاسخگو باشند، اما چیزی که در اکثر جوامع به چشم می‌خورد دیسترس‌های عاطفی نظیر انگ زدن، طرد، تبعیض، بی‌هویتی و ... می‌باشد که توسط جامعه به این مراقبین القا می‌شود.

(۳۱-۳۳). رفع این دیسترس‌ها باعث افزایش اعتماد در جامعه و نهایتاً حمایت امنیتی مراقب می‌گردد.

آنچه از مضامین درک حمایت امنیتی از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان در مطالعه ما مشخص گردید با تعدادی از مطالعات همسو بود اما تفاوت حمایت امنیتی از مراقبین در این مطالعه با دیگر مطالعات، در این است که هرگونه برخورد افراد جامعه با خانواده دارای بیمار روان تأثیر بسیار زیادی بر عواطف و احساسات مراقب می‌گذارد. بنابراین همه افراد جامعه باید به رفتار خود در مقابل این مراقبین و بیمارشان مواظب باشند چراکه کوچک‌ترین رفتار آن‌ها هم می‌تواند باعث تخریب روانی و هم می‌تواند باعث توانمندسازی روانی این مراقبین گردد. نکته قابل‌تأمل دیگر اینکه مراقبت کردن از بیماران مبتلا به اختلالات روان کار طاقت‌فرسایی است. قبول این مسئولیت سنگین، نمایانگر عشق و وفاداری مراقب به همسر، والد، یا عزیز دیگری است که به‌نوعی به این بیماری مبتلایان به اختلال روانی از جامعه و اطرافیان خود انتظار احساس مسئولیت و امنیت بیشتری دارند.

### محدودیت:

عوامل زمینه‌ای مؤثر بر نحوه تجربه و درک مفهوم حمایت امنیتی از مراقبین، بسیار وسیع است که پوشش دادن آن‌ها مستلزم دریافت اطلاعات از افراد زیاد، بود که به دلیل محدودیت اجرایی و عدم دستیابی به آن‌ها، داده‌ها از طریق بررسی افراد محدود گردآوری شد. نکته دیگر اینکه، این مطالعه در مرکز ایران انجام شد که دیدگاه خاصی به فرهنگ و مذهب وجود دارد و شاید نتواند بیانگر نوع ارائه حمایت امنیتی و یا انتظارات همه مراقبین در فرهنگ‌های دیگر باشد.

**کاربرد:** آگاهی جامعه از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و بخصوص حمایت امنیتی می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب، افزایش

اعتماد به نفس مراقبین، ارتباط مؤثر و کارای جامعه با این مراقبین، پیشگیری از مشکلات روانی برای مراقب، مراقبت کامل و مؤثر مراقب از بیمار خود در منزل و نهایتاً کاهش میزان بستری مجدد بیمار کمک کند.

### نتیجه‌گیری

همان‌طور که در مطالعه حاضر مشخص شد جستجوی امنیت از مهم‌ترین کشش‌ها و انگیزه‌های مراقبین خانوادگی بیماران روان است. شرایط اجتماعی از جمله عوامل تأثیرگذار بر افزایش حمایت امنیتی است، چراکه شرایط اجتماعی نامتعادل همانند وجود ناامنی جسمی و اجتماعی می‌تواند سبب تصور و ادراک منفی در افراد نسبت به جامعه شود که نتیجه این ادراک، نارضایتی اجتماعی و سرخوردگی و بی‌اعتمادی است که بر احساس تعلق اجتماعی افراد مؤثر می‌باشد. نکته قابل‌توجه دیگر اینکه تک‌تک افراد جامعه در قبال این مراقبین مسئول می‌باشند بی‌تفاوتی و ارتباط ناصحیح با این مراقبین باعث افزایش مشکلات روانی آن‌ها در جامعه می‌شود. بنابراین نیاز به حمایت همه‌جانبه از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات سلامت روان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. مطالعات بیشتری برای درک و افزایش حمایت امنیتی این مراقبین در بافت‌های فرهنگی مختلف پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری پرستاری است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. نویسندگان از معاونت پژوهشی این دانشگاه، برای تصویب این طرح پژوهشی (کد طرح: ۱۳۹۵-۳-۲۵۰) و همچنین مشارکت‌کنندگان تقدیر و تشکر می‌نمایند.

### Reference

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3): 345-65.
2. Sadock BJ, Kaplan VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
3. Chang Y-C, Chou F-C. Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Patients. *Community Ment Health J* 2015;51(5): 598-605.
4. Hengartner MP, Klauser M, Heim G, Passalacqua S, Andreae A, Rössler W, et al. Introduction of a Psychosocial Post-Discharge Intervention Program Aimed at Reducing Psychiatric Rehospitalization Rates and at Improving Mental Health and



- Functioning. *Perspect Psychiatr Care* 2017;53(1): 10-5.
5. Awad AG, Voruganti LNP. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *PharmacoEconomics* 2012;26(2): 149-62.
6. Haresabadi m, Bibak b, Bayati h, Akbari m. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia Admitted in IMAM REZA hospital. *Bojnurd Journal of medical university of North Khorasan* 2013;4(2): 165-71.
7. Zendjidian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Gaubert N, Parola N, et al. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord* 2012;136(3): 660-5.
8. Lillis C, LeMone P, LeBon M, Lynn P. Study guide for fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
9. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Summers M, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2013;22(9): 1987-93.
10. Möller-Leimkühler AM, Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;262(2): 157-66.
11. Mulud ZA, McCarthy G. Caregiver Burden Among Caregivers of Individuals With Severe Mental Illness: Testing the Moderation and Mediation Models of Resilience. *Arch Psychiatr Nurs* 2017;31(1): 24-30.
12. Kikuzawa S. Social Support and the Mental Health of Family Caregivers: Sons and Daughters Caring for Aging Parents in Japan. *Int J Japanese Soc* 2016;25(1): 131-49.
13. Pfeil U. Online support communities. *Social computing and virtual communities* 2009: 122-50.
14. Lin X, Zhang D, Li Y. Delineating the dimensions of social support on social networking sites and their effects: a comparative model. *Comput Human Behav* 2016;58: 421-30.
15. Ae-Ngibise KA, Doku VCK, Asante KP, Owusu-Agyei S. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Glob Health Action* 2015;8(1): 26957.
16. Lerner Y, ès Sc NZD, Grinshpoon A, Levav I. Twelve-month service utilization rates for mental health reasons: Data from the Israel National Health Survey. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 2007;44(2): 114.
17. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2015;24(1): 19-24.
18. Uchida Y, Kitayama S, Mesquita B, Reyes JAS, Morling B. Is perceived emotional support beneficial? Well-being and health in independent and interdependent cultures. *Pers Soc Psychol Bull* 2008;34(6): 741-54.
19. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38(5): 300-14.
20. Kim HS, Sherman DK, Ko D, Taylor SE. Pursuit of comfort and pursuit of harmony: Culture, relationships, and social support seeking. *Pers Soc Psychol Bull* 2006;32(12): 1595-607.
21. Schreier M. Qualitative content analysis. The SAGE handbook of qualitative data analysis. SAGE Publications Ltd; 2014. P.170-83.
22. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. John Wiley & Sons; 2016.
23. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res* 2016;26(13): 1753-60.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures

- and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2): 105-12.
25. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research*. Sage; 2011.
26. Solomon PL, Cavanaugh MM, Gelles RJ. Family violence among adults with severe mental illness: A neglected area of research. *Trauma Violence Abuse* 2005;6(1): 40-54.
27. Labrum T, Solomon PL. Rates of victimization of violence committed by relatives with psychiatric disorders. *J Interpers Violence* 2017;32(19): 2955-74.
28. Ebrahimi H, Hassankhani H, Negarandeh R, Gillespie M, Azizi A. Emotional Support for New Graduated Nurses in Clinical Setting: a Qualitative Study. *Journal of caring sciences* 2016;5(1): 11.
29. Saraceno B. The WHO world health report 2001 on mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2002;11(2): 83-7.
30. McKenzie JA. An exploration of an ethics of care in relation to people with intellectual disability and their family caregivers in the Cape Town metropole in South Africa. *ALTER* 2016;10(1): 67-78.
31. Paiva PC, Torrenté MdONd, Landim FLP, Branco JGdO, Tamboril BCR, Cabral ALT. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2016;50(SPE): 139-44.
32. Muralidharan A, Lucksted A, Medoff D, Fang LJ, Dixon L. Stigma: a Unique Source of Distress for Family Members of Individuals with Mental Illness. *J Behav Health Serv Res* 2016;43(3): 484-93.
33. Stanley S, Balakrishnan S, Ilangovan S. Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health* 2017;26(2): 134-41.

## PERCEPTION OF SAFETY AND SECURITY OF FAMILY CAREGIVERS OF CLIENTS WITH MENTAL ILLNESS: A QUALITATIVE STUDY

Mousa Alavi<sup>1</sup>, Jahangir Maghsoudi<sup>2</sup>, Alireza Irajpour<sup>3</sup>, Reyhaneh Niknejad<sup>4</sup>, Mohammad akbari<sup>5\*</sup>

Received: 07 Jan, 2020; Accepted: 27 Apr, 2020

### Abstract

**Background & Aims:** Supporting family caregivers of clients with mental illness, in addition to feeling relaxed and safe, will have a qualitative and quantitative impact on the type of care provided to their patients. The purpose of this study was to investigate the safety and security of family caregivers of clients with mental illness.

**Materials & Methods:** In this qualitative study, 20 family caregivers of clients with mental illness and 29 service providers and policy-makers were selected through purposive sampling method and underwent semi-structured in-depth interviews. Data were analyzed inductively using conventional qualitative content analysis.

**Results:** 675 codes were obtained and classified in 7 sub-categories and the sub-categories were grouped in 3 main categories. The main categories included "Sense of physical security", "sense of legal security", and "sense of social security".

**Conclusion:** The results indicated the challenging areas and important constituents of understanding the safety and security of family caregivers of clients with mental illness that require attention and consideration in social support development policies to support these family caregivers.

**Keywords:** Safety and security, family caregivers, mental health disorders, qualitative study, Iran

**Address:** Nursing & Midwifery care Research Center, Mental Health Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Tel:** +98 9132690229

**Email:** mohammadakbari@nm.mui.ac.ir

<sup>1</sup>Associate professor, Nursing & Midwifery care Research Center, Mental Health Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup>Assistant professor, Nursing & Midwifery Care Research Center, Mental Health Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran -

<sup>3</sup>Associate Professor, Nursing & Midwifery Care Research Center, Critical Care Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>4</sup>Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>5</sup>Faculty of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran Isfahan, Iran  
(Corresponding Author)