

A Voice from Behind Closed Doors: An Ethnographic Look into a Psychiatric Hospital

Majid Fouladiyan *

Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

Fatemeh Amini

Social Work Expert, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

Nafiseh Roshandel

Ph.D. Student in Economic Sociology and Development, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

1. Introduction

Psychiatric patients, as a marginalized and voiceless group, are often deprived of visibility and being heard in society. These individuals not only face the internal challenges of their illness but are further pushed into isolation by social stigma and discrimination. Ethnography of a psychiatric hospital provides an opportunity to illuminate the hidden dimensions of patients' lives and to reflect the realities of human and structural interactions within an environment where this group seeks support and treatment. Many conflicts, acts of violence, and inefficiencies stem from flawed, outdated, and unequal structures; structures that not only lack the capacity to support patients but also drive healthcare staff toward reproducing violence, indifference, and discrimination.

2. Literature Review

The literature review was conducted using a narrative-analytical and issue-oriented approach. Studies were gathered from SID, the Comprehensive Humanities Portal, and Google Scholar using keywords related to social stigma, attitudes toward patients, patient rights, psychiatric care, occupational burnout among staff, and violence in therapeutic settings. Five main conceptual categories emerged:

* Corresponding Author: fouladiyan@um.ac.ir

How to Cite: Fouladiyan, M; Amini, F; Roshandel, N. (2025). A Voice from Behind Closed Doors: An Ethnographic Look into a Psychiatric Hospital, *Journal of Social Work Research*, 12(45), 77-120.

1. Stigma and attitudes toward psychiatric patients (Molavi et al., 1388; Firouzabadi et al., 1384; Watson et al., 2017)
2. Patient rights: awareness, observance, and patient-centered care models (Hajibabaei et al., 1393; Mahmoudi et al., 1400)
3. Occupational burnout and challenges of social workers (Alipour et al., 1403; Allahyari & Padyad, 1389; Kholoti et al., 1399; Mack, 2022)
4. Ethical and human principles in therapeutic professions (Rezaei et al., 1392; Malmir & Ahmadi, 1402)
5. Violence in encounters with patients (Ramezani et al., 1390; Babaeian et al., 1398; Ghahramani et al., 1403)

The present work shares thematic affinity with category three, but is most similar to categories four and five in content; however, it differs methodologically and in its ethnographic approach to the issue of psychiatric patients.

Theoretical Framework

The conceptual framework rests on three main axes:

- Occupational burnout (Freudenberger, 1980; Maslach & Jackson, 1981): including emotional exhaustion, depersonalization, and reduced sense of personal accomplishment
- Stigma (Goffman, 2018): a deeply discrediting attribute that destroys the social and personal aspects of the patient's identity; including emotional/self-stigma, family stigma, and societal stigma
- Power and discipline (Foucault, 1996; 2020): exercise of power through panoptic surveillance, discipline, and control over bodies and behavior in modern institutions such as hospitals; violence as part of disciplinary power mechanisms

3. Methodology

This qualitative study adopted an ethnographic approach. The primary technique was participant observation. The researcher, in the role of a social work intern, was present in the field for three months, two to three days per week, six hours each session. The research site was a specialized psychiatric hospital in Iran. Actors included social workers, nurses, patients, orderlies, and security guards. Purposive sampling was employed; theoretical saturation was reached after approximately two months. Unstructured, informal, and situation-based interviews were conducted. Data were analyzed using thematic analysis following Braun and Clarke (2006). Ethical principles were fully observed (Ethics code: 1404.129).

4. Findings

Six main categories were extracted:

1. Hospital environment and lack of facilities in different wards
2. Psychiatric patients exposed to exhausted support systems
3. Stigmatization in interactions with psychiatric patients
4. Segregation of patients from staff
5. Disciplinary care: from order to violence
6. Challenges of working with psychiatric patients

5. Discussion and Conclusion

The results indicate that many conflicts, acts of violence, and inefficiencies stem from flawed, outdated, and unequal structures; structures that not only lack the capacity to support patients but also drive healthcare staff toward reproducing violence, indifference, and discrimination. Contrary to views that reduce patient–treatment staff interactions to individual actions, the present study shows that these phenomena are products of institutional mechanisms. Structural violence (Foucault), reproduction of stigma (Goffman), and widespread occupational burnout (Maslach & Jackson) interact with one another and create a cycle in which both patients and caregivers become silent victims. This research emphasizes the necessity of paying attention to institutional structures, supporting staff, and reducing stigma.

Keywords: Ethnography, Labeling, Psychiatric Patients, Structural Violence, Social Work



صدایی از پشت درهای بسته: نگاهی مردم‌نگارانه به بیمارستان اعصاب روان

دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

مجید فولادیان *

کارشناس مددکاری اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

فاطمه امینی

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

نفیسه روشندل

چکیده

بیماران اعصاب و روان به‌عنوان گروهی در حاشیه و بی‌صدا، اغلب از دیده شدن و شنیده شدن در جامعه محروم‌اند. این مقاله با رویکرد کیفی در بیمارستان اعصاب و روان با هدف روشن کردن ابعاد پنهان زندگی بیماران و بازتاب واقعیت‌های تعاملات انسانی و ساختاری انجام گرفته است، این کار با روش مردم‌نگاری و با استفاده از تکنیک مشاهده مشارکتی انجام شده است. میدان تحقیق یک بیمارستان اعصاب و روان در کشور ایران است. کنشگران حاضر در میدان این پژوهش شامل مددکاران اجتماعی، پرستاران، بیماران، خدمه و نگهبانان بوده است. روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شده و موقعیت‌ها و افرادی انتخاب شده‌اند که در فرایندهای کلیدی مرتبط با تعاملات بیمار-مددکار نقش داشته‌اند. یافته‌ها ۶ مقوله شامل: ۱- فضای بیمارستان و کمبود امکانات در بخش‌های مختلف. ۲- بیماران اعصاب و روان در معرض حمایت فرسودگان. ۳- برچسب‌زنی در تعاملات با بیماران اعصاب و روان. ۴- جداسازی بیماران از کادر. ۵- مراقبت انضباطی؛ از نظم تا خشونت. ۶- چالش‌های کار با بیماران اعصاب و روان را نشان داده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که بسیاری از تعارضات، خشونت‌ها، و ناکارآمدی‌ها ریشه در ساختارهای معیوب، فرسوده و نابرابر دارند؛ ساختارهایی که نه تنها توان حمایت از بیمار را ندارند، بلکه کادر درمان را نیز به بازتولید خشونت، بی‌تفاوتی و تبعیض سوق داده‌اند.

واژه‌های کلیدی: برچسب‌زنی، بیماران اعصاب و روان، خشونت ساختاری، مددکاری اجتماعی، مردم‌نگاری.

مقدمه

بیماران اعصاب و روان یکی از گروه‌های مهمی هستند که مددکاران اجتماعی، پزشکان، و پرستاران به‌طور مستقیم و مداوم با آن‌ها در تعامل‌اند. این تعاملات به دلیل حساسیت‌های ویژه‌ای که ناشی از ماهیت بیماری‌های روانی است، نیازمند رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای، آگاهی از حقوق بیماران، و رفتار مبتنی بر حفظ شأن و کرامت انسانی است افراد مبتلا به بیماری‌های روانی اغلب با دو چالش اساسی روبه‌رو هستند. و اهمیت این موضوع در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دوچندان است.

نخست، مدیریت علائم بیماری که بر حسب نوع بیماری متفاوت است و شامل مواردی مانند اضطراب، هذیان، توهم، و رفتارهای غیرمعمول می‌شود. این علائم می‌توانند بر شغل، زندگی مستقل، و کیفیت زندگی این افراد تأثیرات منفی بگذارند. دوم، برداشت‌های نادرست جامعه از بیماری‌های روانی که به ایجاد داغ‌ننگ یا انگ اجتماعی منجر می‌شود. این انگ اجتماعی، بیماران را از دسترسی به فرصت‌های برابر در حوزه‌های شغلی، اجتماعی، و حتی درمانی محروم کرده و آن‌ها را در معرض تبعیض و انزوا قرار می‌دهد. حتی بیمارانی که بیماری خود را به‌خوبی مدیریت کرده‌اند، نیز اغلب با این چالش‌ها مواجه‌اند (نجومی، ۱۳۸۸: ۲).

از جمله حقوق بیماران روانی، حق محرمانگی، احترام به حریم خصوصی، و برخورد عادلانه، در اسناد بین‌المللی و منشورهای اخلاقی حرفه‌ای تأکید شده است (Clemens, 2012: 48; Noll, 1976: 1286; Miller, 1981: 54). باین حال، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این حقوق در بسیاری از موارد، به‌ویژه در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، به درستی رعایت نمی‌شوند (Mork, 2016: 57). در چنین شرایطی، نقش مددکاران اجتماعی و پرستاران در بهبود وضعیت بیماران و تضمین رعایت حقوق آن‌ها بسیار حیاتی است. چراکه مددکاران اجتماعی و پرستاران، به‌عنوان اصلی‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات به بیماران اعصاب و روان، در خط مقدم این تعاملات قرار دارند (Maylea, 2019: 7).

علاوه بر این، بیماران اعصاب و روان به دلیل ماهیت بیماری‌هایشان، به‌طور خاص نیازمند حمایت‌های روانی، اجتماعی، و توان‌بخشی هستند. بنابراین باید امکانات و برنامه‌های مناسبی در بیمارستان برای آنان ارائه شود.

بیماران اعصاب و روان به‌عنوان گروهی در حاشیه و بی‌صدا، اغلب از دیده شدن و شنیده شدن در جامعه محروم‌اند. این افراد نه تنها با چالش‌های درونی بیماری خود مواجه‌اند، بلکه انگ اجتماعی و تبعیض، آن‌ها را بیش‌ازپیش به انزوا می‌کشاند. مردم‌نگاری از بیمارستان اعصاب و روان فرصتی برای روشن کردن ابعاد پنهان زندگی بیماران و بازتاب واقعیت‌های تعاملات انسانی و ساختاری در محیطی است که این گروه در آن به دنبال حمایت و درمان هستند. توجه به چنین مسائلی، گامی برای بازپس‌گیری کرامت انسانی و توجه به حقوق فراموش‌شده آن‌هاست.

در این میان، یک بیمارستان اعصاب و روان در کشور ایران، که میدانی قابل توجه برای بررسی این مسائل است. پژوهش حاضر با رویکرد مردم‌نگاری، به بررسی تعاملات کادر بیمارستان از جمله مددکاران اجتماعی، پرستاران، بیماران اعصاب و روان، خدمه و نگهبانان پرداخته است. هدف این پژوهش، شناسایی چالش‌های موجود در این تعاملات، تحلیل تأثیر این چالش‌ها بر وضعیت بیماران است.

پیشینه تجربی پژوهش

بررسی پیشینه این پژوهش بر اساس رویکردی روایتی-تحلیلی و مسئله‌محور انجام شده است. با توجه به ماهیت کیفی و مردم‌نگارانه تحقیق، هدف نه ارائه یک مرور نظام‌مند، بلکه فهم جهت‌گیری‌های مفهومی و الگوهای معنایی مسلط در مطالعات مرتبط بوده است. از همین رو، پژوهش‌های تجربی در حوزه تجربه زیسته بیماران اعصاب و روان از پایگاه‌های SID، پرتال جامع علوم انسانی و Google Scholar با کلیدواژه‌هایی مرتبط با انگ اجتماعی، نگرش به بیماران، حقوق بیمار، مراقبت روان‌پزشکی، فرسودگی شغلی کارکنان و خشونت در محیط‌های درمانی گردآوری شد. انتخاب متون بر اساس تناسب آن‌ها با ابعاد

انسانی، تعاملی و سازمانی زیست بیماران صورت گرفت و مطالعات صرفاً بالینی یا دارویی کنار گذاشته شدند. سپس این مجموعه با رویکردی تفسیری و انتقادی تحلیل شد تا الگوهای تکرارشونده محتوا و محورهای پرتکرار در روایت پژوهش‌ها آشکار گردد. حاصل این تحلیل مفهومی، شکل‌گیری پنج دسته معنایی است که پیشینه تجربی این مطالعه بر اساس آن‌ها سازمان یافته است.

دسته اول به استیگما و نگرش به بیماران اعصاب و روان: بررسی دیدگاه‌های عمومی و متخصصان را مورد توجه قرار داده است. در دسته دوم حقوق بیماران: آگاهی، رعایت و مدل‌های مراقبت محور قرار می‌گیرد. دسته سوم به کارهای انجام‌شده در رابطه با فرسودگی شغلی و چالش‌های مددکاران اجتماعی پرداخته است. در دسته چهارم اصول اخلاقی و انسانی در حرفه‌های درمانی مورد توجه قرار گرفته است و در نهایت در دسته پنجم، خشونت در برخورد با بیماران و کارهای انجام شده در این حوزه مورد بررسی قرار گرفته است.

۱- استیگما و نگرش به بیماران اعصاب و روان: بررسی دیدگاه‌های عمومی و

متخصصان

مولوی و همکاران (۱۳۸۸) در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی استیگما به بیماران اعصاب و روان در شهر تهران با هدف سنجش میزان انگ اجتماعی در شهروندان تهرانی، با رویکرد کمی و استفاده از پرسشنامه انجام شد. نتایج نشان داد که ۵۲ درصد از افراد، بیماران اعصاب و روان را خطرناک می‌دانند و ۱۷ درصد از صحبت با این بیماران احساس ترس دارند. همچنین، یک سوم از افراد حاضر به داشتن هم‌خانه یا هم‌اتاقی مبتلا به بیماری روانی نبودند و ۶۸ درصد امکان برقراری رابطه دوستی با این بیماران را رد کردند. تنها ۲۱ درصد از افراد، نگرش منفی نسبت به ازدواج با این بیماران نداشتند (مولوی، ملکوتی، قانعان و همکاران، ۱۳۸۸).

۱-۲ دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به بیماران اعصاب و روان

فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۴) در مقاله‌ای با عنوان ارزیابی و مقایسه دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به بیماران روان‌پزشکی با هدف بررسی تغییر نگرش دانشجویان پزشکی پس از گذراندن دوره بالینی روان‌پزشکی با روش کمی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی ۱۰۰ دانشجو نشان داد که دیدگاه دانشجویان پزشکی در ابتدای دوره تحصیل، تحت تأثیر پیش‌داوری‌های جامعه، منفی بود. با این حال، آموزش تئوریک و برخورد مستقیم با بیماران، تأثیر قابل توجهی بر ارتقای نگرش آن‌ها داشت. این تغییر نگرش در میان دانشجویان زن بیشتر از مردان مشاهده شد. علت این تغییر می‌تواند تأثیر عمیق‌تر آموزش‌ها بر زنان و همچنین مراجعه بیشتر زنان به روان‌پزشکان باشد (فیروزآبادی، بهره‌دار، کیان‌پور و همکاران، ۱۳۸۴).

۱-۳ نگرش مددکاران اجتماعی به بیماران اعصاب و روان

در این خصوص مطالعه‌ای تحت عنوان نگرش اعضای هیئت علمی و دانشجویان مددکاری اجتماعی نسبت به بیماری اعصاب و روان: شواهدی از یک پیمایش ملی، با هدف بررسی نگرش اعضای هیئت علمی و دانشجویان مددکاری اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به بیماری اعصاب و روان با رویکرد کمی، پیمایش ملی در آمریکا، ۳۸۸ عضو هیئت علمی و ۵۶۲ دانشجو مورد بررسی قرار گرفتند. این پژوهش نشان داد که نگرش عمومی و عملی مریبان نسبت به بیماران اعصاب و روان به‌طور کلی منفی نبود. با این حال، پاسخ‌دهندگان به دانش‌آموزان مبتلا به بیماری روانی، متفاوت از دانشجویان معمولی مددکاری اجتماعی نگاه می‌کردند. همچنین، افرادی که خود یا یکی از اعضای خانواده نزدیکشان مبتلا به بیماری روانی بودند، نگرش‌های کلی مثبت‌تری نسبت به سایرین داشتند (Watson et al., 2017).

۲- حقوق بیماران: آگاهی، رعایت و مدل‌های مراقبت محور

حاجی‌بابایی و همکاران (۱۳۹۳) در کاری با عنوان آگاهی از حقوق بیماران روان‌پزشکی و رعایت آن از دیدگاه بیماران و پرستاران با هدف مقایسه سطح آگاهی و رعایت حقوق در بیماران و پرستاران با روش توصیفی-تحلیلی، ۲۰۰ بیمار و پرستار در بیمارستان‌های روان‌پزشکی تهران را مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند که سطح آگاهی اکثریت بیماران اعصاب و روان از حقوق بالینی خود در حد متوسط تا ضعیف بوده است. بر اساس نتایج این تحقیق، اکثریت پرستاران و تنها یک‌سوم بیماران از آگاهی خوبی در زمینه حقوق بیماران اعصاب و روان برخوردار بودند (حاجی‌بابایی، جوج، حاجی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین محمودی و همکاران (۱۴۰۰) در مقاله‌ای تحت عنوان مراقبت بیمارمحور با رویکرد منشور حقوق بیمار با هدف طراحی مدل مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار در بیمارستان‌های قطب یک وزارت بهداشت و درمان ایران با روش کیفی انجام شد. تحلیل داده‌ها منجر به ۶ مقوله شد که شامل مواردی چون: مدیریت خدمات پرستاری - اطلاعات - تأمین منابع و مراقبت از بیمار - منشور حقوق بیمار - ایمنی بیمار - مراقبت معنوی، این نتایج نشان داد که رعایت این اصول برای تحقق مراقبت بیمار محور ضروری است (محمودی، ابوخیلی، یزدانی چراتی، ۱۴۰۰).

۳- فرسودگی شغلی و چالش‌های مددکاران اجتماعی

علی‌پور و همکاران (۱۴۰۳) در کاری با عنوان چالش‌ها و موانع توانبخشی روانی-اجتماعی افراد دارای اختلالات روان مزمن با هدف شناسایی موانع توانبخشی از دیدگاه بیماران، خانواده‌ها و متخصصان و با روش کیفی به بررسی این موضوع پرداخته است. چالش‌های شناسایی شده شامل محدودیت‌های اجتماعی مانند طرد اجتماعی و غفلت‌های پیرامونی، بی‌ثباتی در سبک زندگی، چالش‌های درمانی مانند عدم انسجام درمانی و

دغدغه‌های پس از ترخیص، چالش‌های ساختاری کلان مانند کم‌توجهی رسانه‌ها، و فقدان عاملیت و اراده در بیماران بود (علی‌پور و همکاران، ۱۴۰۳).

در پژوهشی تحت عنوان رابطه وضعیت حمایت‌های اجتماعی با فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی با هدف شناخت وضعیت فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی شاغل در سازمان بهزیستی شهر تهران و ارتباط آن با وضعیت حمایت‌های اجتماعی آنان با روش پیمایش نشان داد که با افزایش فرسودگی شغلی، سلامت عمومی کاهش می‌یابد و برعکس. در این پژوهش، بیشتر مددکاران اجتماعی احساس می‌کردند که در محیط کاری خود موفقیت فردی کمی دارند (اللهیاری و پادیاد، ۱۳۸۹).

در پژوهشی دیگر با عنوان پیش‌بینی فرسودگی شغلی بر اساس معنای زندگی و تنظیم هیجان در کارکنان بیمارستان اعصاب و روان با هدف بررسی رابطه معنای زندگی و تنظیم هیجان با فرسودگی، با استفاده از رویکرد کمی و روش همبستگی، خستگی چندبعدی مددکاران اجتماعی ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که خستگی ذهنی و کاهش انگیزه بیشترین میانگین را در بین ابعاد خستگی داشتند. همچنین، گروه سنی بالای ۵۶ سال و مددکاران اجتماعی با سابقه کاری ۳۰ سال به بالا، خستگی بیشتری را گزارش کردند (خلوتی و همکاران، ۱۳۹۹).

همچنین، تحقیقی با عنوان برخورد با استرس، فرسودگی شغلی و تاب‌آوری مددکاران اجتماعی: مطالعه‌ای کیفی با سرپرستان با هدف بررسی تجربیات سرپرستان در مورد استرس و فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی، و شناسایی استراتژی‌های ترویج تاب‌آوری و خودمراقبتی برای کاهش این مشکلات با روش تحلیل مضمون و مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۵ سرپرست نشان داد که ترویج خودمراقبتی می‌تواند به کاهش فرسودگی شغلی و افزایش تاب‌آوری کمک کند. در این پژوهش، ایجاد فضاهای امن، افزایش نظارت و حمایت، و ساخت روابط حمایتی از جمله راهکارهای کاهش استرس و فرسودگی شغلی بودند (Mack, 2022).

۴- اصول اخلاقی و انسانی در حرفه‌های درمانی

برخلاف تحقیقات گسترده در حوزه مسائل اخلاقی پزشکی و پرستاری، اطلاعات کمتری درباره مسائل اخلاقی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی وجود دارد. در این باره رضایی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان تبیین معضلات اخلاقی کار درمان‌گران در حیطه سلامت روان با هدف شناسایی چالش‌های اخلاقی کاردرمانگران با روش کیفی، تحلیل محتوا، مصاحبه گروهی متمرکز به چهار مقوله اصلی دست یافته‌اند: ۱) تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار (کمبود کاردرمانگر با تجربه، عدم دسترسی به منابع مرجع، نگرش منفی کاردرمانگر، و فقدان امکانات کافی)، ۲) رفاه بیماران و کیفیت خدمات (نبود مدیریت زمانی، وضعیت نامناسب بهداشتی، قوانین متناقض مدیریتی، و عدم امکانات گرمایشی و سرمایشی)، ۳) نگرش‌ها و طرز برخورد با بیماران (نبود قوانین اخلاقی مدون، نداشتن اطلاعات ارتباطی درمان، ترس از به خطر افتادن موقعیت شغلی، و فقدان آگاهی)، و ۴) انتخاب بیماران برای کاردرمانی (نبود سیستم ارجاع، فشار برای سرگرم ساختن بیماران، محرومیت از خدمات برای بیماران سالمند و فقیر) (رضایی، کربلایی، حسینی، ۱۳۹۲).

مقاله‌ای تحت عنوان ملاحظات اخلاقی در رابطه میان مراجع -درمانگر در درمان روان‌شناختی با هدف بررسی ملاحظات اخلاقی در رابطه بین مراجع و درمانگر در فرایند درمان روان‌شناختی، با تمرکز بر حفظ مرزها و جلوگیری از نقض آن‌ها برای حفظ منافع مراجع و اعتبار حرفه‌ای با تحلیل کیفی بر اساس متون اخلاق پزشکی اسلامی، استانداردهای حرفه‌ای روان‌درمانی و مطالعات مرتبط با انتقال و انتقال متقابل به این رسیده‌اند که گاهی درمانگران از رویه‌های رایج منحرف می‌شوند. عوامل نقض مرزهای درمانگر و مراجع شامل ویژگی‌های فردی درمانگر (آسیب‌پذیری در برابر انتقال، تمایل به خطر کردن، و سبک شخصیتی دفاعی)، بی‌کفایتی (تفسیر نادرست موقعیت‌ها و چالش‌های روش‌های حمایتی)، و شرایط موقعیتی (نارضایتی شخصی، رویدادهای بحرانی مانند طلاق و مرگ) است. در این زمینه، روان‌درمانگران باید از اصول اخلاقی همچون حفظ محرمانگی، توجه به حریم خصوصی، منافع مراجع، عدالت، رضایت آگاهانه، و مسئولیت حرفه‌ای پیروی کنند تا از آسیب به مراجع و حرفه جلوگیری کنند (مالمیر و احمدی، ۱۴۰۲).

۵- خشونت در برخورد با بیماران

رمضانی و همکاران (۱۳۹۰) در مقاله‌ای تحت عنوان تبیین خشونت علیه پرستاران در بخش روان‌پزشکی با هدف درک تجربه زیسته پرستاران از خشونت شغلی با رویکرد کیفی پدیدارشناسانه، ۱۸ پرستار بیمارستان بهشتی کرمان را مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند که خشونت علیه کارکنان بخش روان‌پزشکی به عنوان یک تنش شغلی شناخته شده است و اولین واکنش پرستاران تلاش در آرام‌سازی بیمار با صحبت بوده که اغلب مؤثر نبوده و به ثابت نگه داشتن بیمار منجر شده است. کمبود نیروی انسانی، بار کاری زیاد، به حاشیه راندن ارتباط با بیمار، ناامنی کارکنان و نبود سیاست‌های مناسب برای حفظ سلامت کارکنان، باعث عدم حمایت کافی از کارکنان شده است. ضعف در آموزش مهارت‌های حرفه‌ای، نداشتن مهارت‌های لازم برای برخورد با بیمار روان، ضعف در مدیریت خشم و نداشتن مهارت‌های کنترل هیجان در برخورد با بیمار، ضعف مدیریت در خطر را نشان می‌دهد. مشکلات عاطفی و روانی، تجربیات منفی و تأثیر آنها بر کار، خستگی جسمی ناشی از مشکلات روحی، عدم تحمل در محیط کار و خانواده، مشاجرات خانوادگی، کاهش احساس کفایت شخصی، نارضایتی از کار و احساس ناتوانی در کنترل بیمار، پیامدهای خشونت را نمایندگی می‌کند.

این پژوهش استنتاج کرده است که توجه به مشکلات اجتماعی و زمینه‌ای محیط کار پرستاران و تأکید بر تأمین منابع انسانی به گونه‌ای که فرصت لازم برای استراحت، کسب آرامش، ارتباط مناسب با بیماران و کاهش فشار کاری فراهم شود، یک اولویت اساسی است (رمضانی، فصیحی و منگی، ۱۳۹۰).

پژوهشی دیگر با عنوان خشونت در برخورد با بیماران مولتیپل اسکیزوزیس: یک مطالعه نظام‌مند با هدف بررسی میزان و انواع خشونت در برخورد با بیماران ام‌اس توسط مراقبت‌کنندگان و پیامدهای ناشی از آن با روش مرور نظام‌مند انجام شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد عوامل مختلفی مانند سن، تحصیلات، وابستگی مالی و شرایط بیماری در تجربه خشونت تأثیرگذار هستند. بیماران با مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر نسبت به بیماران

زیر دیپلم کمتر خشونت اقتصادی تجربه کرده‌اند. همچنین، افراد با حمایت خانوادگی و درآمد بالاتر، کمتر در معرض خشونت قرار دارند. در میان بیماران ام اس، خشونت جنسی و جسمی می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات روانی شود، به ویژه برای افرادی که در معرض خشونت شدید قرار دارند. همچنین، اعمال خشونت به زنان بیمار بیشتر از مردان بیمار است (قهرمانی، قهاری، موسوی، ۱۴۰۳).

بابائیان و همکاران (۱۳۹۸) در کاری با عنوان عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی با هدف شناسایی عوامل خشونت‌زا در روابط مددکار-مددجو با روش کیفی، تحلیل محتوا نشان داده‌اند که عوامل خشونت عبارت‌اند از: ۱- محدودیت‌های اداری: بروکراسی، کمبود اعتبارات و امکانات، کمبود برنامه‌های آموزشی، مراجعین ارجاعی و گویا نبودن قوانین. ۲- محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو: آگاهی کم از حقوق خود، ناامیدی، ناتوانی در کنترل خشم و بیماری‌ها. ۳- تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی: کم‌تجربگی، ضعف در مهارت‌های ارتباطی، پیش‌داوری، پایین بودن خودآگاهی و آسیب‌پذیری جسمی. ۴- تفاوت‌های جمعیت‌شناختی: سن، جنسیت، تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی، فقر، بی‌سوادی، اعتیاد، مهاجرت و نابرابری‌های اجتماعی. ۵- مشکلات و آسیب‌های اجتماعی (بابائیان، راهب، برهانی، ۱۳۹۸).

کار حاضر ضمن قرابت مسئله با دسته سوم، به دسته‌های چهارم و پنجم بیشترین شباهت را دارد اما از حیث روشی و این که رویکرد مردم‌نگارانه به مسئله بیماران اعصاب روان دارد با کارهای انجام شده متفاوت است.

چارچوب مفهومی

فرسودگی شغلی و مراحل آن

فرویدنبرگر^۱، پدر مفهوم فرسودگی شغلی، این پدیده را به‌عنوان سندرومی تعریف کرده است که با علائم مختلف بروز می‌کند و شدت آن‌ها از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

وی معتقد است که این علائم معمولاً یک سال پس از شروع فعالیت فرد در یک محیط کاری نمایان می‌شوند و روندی بالینی دارند (Freudenberger, 1980: 15).

مازلاک^۱ و همکارانش فرسودگی شغلی را ساختاری چندبعدی می‌دانند که شامل سه مؤلفه است: ۱- تحلیل رفتن یا خستگی عاطفی: کاهش انرژی‌های عاطفی و احساس فرسودگی روانی. ۲- مسخ شخصیت: حالتی که در آن فرد به جای احترام به ارزش‌های انسانی، بیماران را صرفاً به‌عنوان شماره یا نوع بیماری می‌شناسد. ۳- عدم موفقیت فردی: حالتی که در آن فرد احساس می‌کند عملکردش نتیجه‌بخش نیست (Maslach, & Jackson, 1981: 100-102).

استیگما و تأثیر آن بر بیماران اعصاب و روان

گافمن^۲ استیگما را به‌عنوان یک نسبت عمیقاً بی‌اعتبارکننده توصیف می‌کند که جنبه‌های اجتماعی و فردی بیمار را تخریب کرده و حمایت اجتماعی او را از بین می‌برد. استیگما از دو طریق بر بیماران تأثیر می‌گذارد: ۱- طرد اجتماعی: بیمار به دلیل برچسب بیماری، از روابط اجتماعی محروم می‌شود که این امر به نوبه خود باعث افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. ۲- خودانگ‌زنی: بیمار احساس نقص و عدم کفایت می‌کند و از درخواست کمک خودداری می‌کند (Goffman, 2018: 5).

بیماران اعصاب و روان سه نوع استیگما را تجربه می‌کنند: ۱- استیگمای احساسی یا خودانگ‌زنی: بیمار احساس شرم و نقص می‌کند. ۲- استیگما از طرف خانواده: بیمار از سوی خانواده طرد می‌شود. ۳- استیگما از طرف جامعه: بیمار با تبعیض اجتماعی مواجه می‌شود که مانع جذب او به جامعه می‌گردد (Adu, 2024: 6).

قدرت و انضباط فوکو

فوکو^۳ در کتاب نظارت و تنبیه: تولد زندان به بررسی چگونگی اعمال قدرت در

1. Maslach
2. Goffman
3. Foucault

جوامع مدرن پرداخت و نشان داد که قدرت در این جوامع نه تنها از طریق اجبار مستقیم، بلکه از طریق نظارت، انضباط، و کنترل بر بدن و رفتار افراد اعمال می‌شود. او مفاهیمی را مطرح کرد که می‌توانند به تحلیل خشونت پرستاران علیه بیماران اعصاب روان کمک کنند: فوکو معتقد است که قدرت در محیط‌های مدرن، مانند بیمارستان‌ها، از طریق انضباط اعمال می‌شود. این قدرت انضباطی بر رفتار، حرکات، و حتی افکار افراد نظارت دارد و از طریق تکنیک‌هایی مانند مشاهده مداوم، دسته‌بندی افراد، و اعمال هنجارها تقویت می‌شود. در بیمارستان‌ها، پرستاران به عنوان بخشی از ساختار قدرت، وظیفه کنترل بیماران را بر عهده دارند. این کنترل ممکن است از طریق ابزارهای انضباطی مانند نظارت مستمر، ثبت رفتارها، یا حتی اعمال خشونت برای بازگرداندن نظم اعمال شود. از دید فوکو، این خشونت نه صرفاً یک رفتار فردی، بلکه بخشی از ساختار قدرت و انضباطی است که در سازمان ریشه دارد (Foucault, 1996: 195).

فوکو در تحلیل خود از نظام‌های پزشکی، به این نکته اشاره می‌کند که دانش پزشکی و حرفه‌های وابسته به آن، ابزاری برای مشروعیت بخشی به اعمال قدرت هستند. در بیمارستان‌ها، پرستاران ممکن است خشونت را به عنوان بخشی از فرآیند "درمان" یا "مدیریت بحران" توجیه کنند. از دید فوکو، این رفتارها بخشی از سازوکارهای قدرت پزشکی است که از دانش تخصصی برای کنترل بدن و رفتار بیماران استفاده می‌کند (Foucault, 2020: 166-170).

یکی از مفاهیم کلیدی فوکو، نظارت همه‌جانبه است. او این مفهوم را از طراحی زندان جرمی بنتام اقتباس کرد و نشان داد که نظارت مداوم می‌تواند افراد را به انضباط خودخواسته وادار کند. در بیمارستان‌ها، بیماران ممکن است تحت نظارت مداوم پرستاران باشند، اما این نظارت، به جای تقویت رفتارهای مثبت، می‌تواند به اعمال فشار و خشونت منجر شود، به ویژه اگر پرستاران از این نظارت برای اعمال قدرت مستقیم استفاده کنند. در محیط‌های تیمارستانی، خشونت ممکن است بخشی از سازوکارهای قدرت انضباطی باشد

که برای کنترل بیماران به کار گرفته می‌شود. این رفتارها، حتی اگر ظاهراً برای حفظ نظم باشند، نشان‌دهنده روابط قدرت نابرابر میان پرستاران و بیماران است.

در این پژوهش، داغ ننگ به‌عنوان فرآیند برچسب‌گذاری و نادیده گرفتن هویت اصلی بیماران اعصاب و روان توسط کادر پرستاری بیمارستان تحلیل می‌شود. به‌طور خاص، برچسب «دیوانه» یا «بیمار روانی» که به بیماران زده می‌شود، موجب می‌شود که آن‌ها از جامعه و حتی از خودشان جدا شوند. این داغ ننگ می‌تواند به رفتارهای خشونت‌آمیز و بی‌رحمانه منجر شود، زیرا برچسب «دیوانه» به بیماران این پیام را می‌دهد که آن‌ها دیگر قابل احترام یا درک نیستند.

در بیمارستان، کادر با استفاده از شیوه‌های قدرت انضباطی، رفتار بیماران را کنترل و هدایت می‌کنند. این شیوه‌ها ممکن است شامل نظارت دائم، جابجایی‌های اجباری، و جداسازی بیماران از یکدیگر یا از جامعه باشد. این جداسازی، که به اسم «نظم» انجام می‌شود، در واقع به‌عنوان یک ابزار برای اعمال قدرت و کنترل اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. به عبارت دیگر، جداسازی بیماران و رفتار خشونت‌آمیز به‌عنوان ابزاری برای «تربیت» یا «اصلاح» رفتارهای آن‌ها در نظر گرفته می‌شود، که در واقع نوعی از کنترل اجتماعی نامحسوس است.

روش^۱

پژوهش حاضر از نوع کیفی و با بهره‌گیری از رویکرد مردم‌نگاری انجام شده است. در این مطالعه، مردم‌نگاری به‌عنوان رویکرد اصلی برای بررسی تعاملات و تجربه زیسته تمام کنشگران درگیر در بخش اعصاب و روان شامل مددکاران اجتماعی، بیماران، پرستاران، خدمه و نگهبانان به کار گرفته شده است. مردم‌نگاری با فراهم کردن امکان مشاهده مستقیم، مشارکت در فعالیت‌های روزمره و ثبت موقعیت‌های طبیعی، امکان فهم عمیق‌تر از

پویایی‌ها و فرایندهای اجتماعی موجود در میدان را فراهم می‌کند (Reeves, 2008: 1020; Simmons-Mackie, 1999: 698; Savage, 2000: 1400). بر اساس این رویکرد، تلاش شد فرایندها و موقعیت‌های تعاملی حاضر در بخش‌های مرتبط با بیماران اعصاب و روان در بستر طبیعی آن‌ها مورد مطالعه قرار گیرد.

مشاهده مشارکتی و نقش پژوهشگر

در این پژوهش، مشاهده مشارکتی تکنیک اصلی گردآوری داده‌ها بوده است. پژوهشگر با نقش کاروز مددکاری اجتماعی طی سه ماه، هفته‌ای دو الی سه روز و هر بار شش ساعت در میدان حضور یافت. این جایگاه امکان مشاهده نزدیک و مشارکت محدود در فعالیت‌های حرفه‌ای را فراهم کرد و شرایطی ایجاد نمود تا تعاملات روزمره میان بیماران، مددکاران اجتماعی، پرستاران، خدمه و نگهبانان در موقعیت‌های طبیعی و واقعی ثبت شود.

در طول مشاهدات، پژوهشگر به ثبت رفتارها، موقعیت‌های تعاملی، واکنش‌ها، هنجارهای رسمی و غیررسمی، و رویدادهای روزمره پرداخت. یادداشت‌برداری میدانی پس از هر نوبت حضور انجام شد و در مراحل بعدی بازنویسی، تکمیل و ساختاردهی گردید.

مصاحبه‌های مردم‌نگارانه

برای تکمیل داده‌های مشاهده مشارکتی، از مصاحبه‌های ساختارنیافته، غیررسمی و موقعیت‌محور با تمام گروه‌های درگیر در میدان یعنی بیماران، مددکاران اجتماعی، پرستاران، خدمه و نگهبانان استفاده شد. این مصاحبه‌ها در فضاهای طبیعی بخش، متناسب با شرایط کاری و وضعیت روحی بیماران انجام گرفت. به دلیل شرایط حساس بخش اعصاب و روان، امکان ضبط صوت وجود نداشت؛ بنابراین پژوهشگر یادداشت‌های تفصیلی را بلافاصله پس از هر مصاحبه ثبت کرد.

میدان پژوهش

میدان تحقیق یک بیمارستان^۱ تخصصی اعصاب و روان در کشور ایران است که به عنوان یکی از مراکز مهم درمان بیماران اعصاب و روان در منطقه شناخته می شود. این بیمارستان دارای بخش های مختلفی است که فعالیت های مرتبط با مددکاری اجتماعی، کاردرمانی، مراقبت های تخصصی و بستری بیماران در آن انجام می شود.

مشارکت کنندگان و شیوه نمونه گیری

کنشگران حاضر در میدان این پژوهش شامل مددکاران اجتماعی، پرستاران، بیماران، خدمه و نگهبانان بیمارستان بوده اند. روش نمونه گیری به صورت هدفمند انجام شده و افرادی انتخاب شدند که در فرایندهای روزمره و ساختاری بخش اعصاب و روان نقش مؤثر داشته اند. پس از گذشت حدود دو ماه حضور مستمر، تکرار الگوهای تعاملی و عدم ظهور مفهوم جدید نشان داد که اشباع نظری/مفهومی حاصل شده است. در پژوهش های مردم نگارانه، اشباع بر اساس «تکرار موقعیت های اجتماعی» تعیین می شود، نه تعداد مشارکت کنندگان.

جدول ۱- نمونه های مشاهده شده

نمونه های مورد مشاهده
۶ بیمار اعصاب و روان
۳ پرستار
۲ مددکار اجتماعی
۲ نگهبان
۴ خدمه

۱ به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، از ذکر نام بیمارستان و مشخصات دقیق آن در پژوهش، خودداری شده است.

روش تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از مشاهده مشارکتی، یادداشت‌های میدانی و مصاحبه‌های ساختارنیافته با استفاده از تکنیک تحلیل مضمون بر اساس الگوی براون و کلارک (۲۰۰۶) تحلیل شدند. در این فرایند:

یادداشت‌ها و مصاحبه‌ها بارها خوانده شدند تا پژوهشگر در داده‌ها غوطه‌ور شود. کدهای اولیه از داده‌ها استخراج گردید. کدها بر اساس شباهت‌های معنایی دسته‌بندی شدند. خوشه‌های معنایی و مضامین موقت شکل گرفت. مضامین در مراحل متعدد بازبینی، پالایش و اصلاح شدند. در نهایت، مضامین نهایی با رجوع مکرر به داده‌های خام اعتبارسنجی و تثبیت شدند. این فرایند تحلیلی به شناسایی الگوهای پنهان و سازوکارهای نهادی در تعاملات میان بیماران و سایر کنشگران کمک کرد. در این پژوهش، اصول اخلاقی شامل رعایت محرمانگی اطلاعات، جلب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، و رعایت کرامت انسانی بیماران و مددکاران به‌طور کامل رعایت شده است. این پژوهش موفق به اخذ کد اخلاق پژوهش به شماره: ۱۴۰۴، ۱۲۹ شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶ مقوله از دل مشاهده مشارکتی و مصاحبه‌های ساختارنیافته و گفت‌وگوهای موقعیت‌محور با بیماران، مددکاران اجتماعی، پرستاران، خدمه و نگهبانان استخراج شده است. تحلیل داده‌ها با هدف پاسخ‌گویی به پرسش‌هایی صورت گرفت که بر مبنای آن‌ها فرایند تحلیل سامان یافت؛ از جمله اینکه ساختار فیزیکی و فضای بیمارستان چگونه در شکل‌گیری تجربه زیسته بیماران و الگوی روابط میان کنشگران تأثیر می‌گذارد، تعاملات روزمره مددکاران اجتماعی، پرستاران، خدمه و نگهبانان با بیماران چه معناها و

الگوهای از حمایت، نظارت، تنش یا طرد را بازتولید می‌کند، چه اشکالی از خشونت در زندگی روزمره بیماران در بخش اعصاب و روان ظهور می‌یابد و چگونه فشارها و فرسودگی شغلی کارکنان بر کیفیت مراقبت و تجربه بیماران اثر می‌گذارد. این مقوله‌ها شامل کمبود امکانات در بخش‌های مختلف بیمارستان، بیماران اعصاب و روان در معرض حمایت فرسودگان، وزنه داغ ننگ در دل تعاملات با بیماران اعصاب و روان، سایه‌های طرد؛ جداسازی بیماران از کادر، خشونت به نام نظم و در نهایت چالش‌های کار با بیماران اعصاب و روان استخراج شده است.

۱- فضای بیمارستان و کمبود امکانات در بخش‌های مختلف

ابتدا به بخش مددکاری در بیمارستان توجه شد، این بخش به‌ویژه از نظر منابع و امکانات، به شدت مغفول واقع شده است. بخش آموزشی مردان به دلیل محدودیت‌های فضا، مشکلات زیادی را در ارائه خدمات مددکاری تجربه می‌کند. اتاق مددکاری آن بخش، بسیار کوچک بود و تنها دو صندلی به سختی در آن جای می‌گرفت. این محدودیت فضا، مشکلات زیادی برای برگزاری مصاحبه‌ها و تعامل با بیماران و ارباب رجوع ایجاد کرده بود. علاوه بر این، تماس با خانواده‌های مددجویان، که یکی از وظایف مهم مددکاران است، تنها از طریق تلفن‌های قدیمی و در شرایط دشوار انجام می‌شد.

در اکثریت بخش‌ها، اتاق‌های مددکاری با امکاناتی بسیار محدود و فضای ناکافی مواجه بودند. دو صندلی آبی رنگ پلاستیکی به همراه میز نسبتاً کوچک زهوار در رفته‌ای که رنگ و رویش به شدت رفته بود، تلفنی که دکمه‌هایش به سختی شماره می‌گرفت و سبدهای پر از پرونده مراجعین به جای زونکن روی میز قرار گرفته بود، از محدودیت‌های امکانات بخش آموزشی بود. در این رابطه یکی از مددکاران اجتماعی اظهار داشت: تا مدت‌ها، مددکاری در بسیاری از بخش‌ها به‌طور مستقل انجام نمی‌شد و مددکاران مجبور بودند وظایف خودشان رو به‌صورت سرپایی و بدون حضور در بخش‌ها انجام دهند.

این موضوع به وضوح نشان‌دهنده کمبود منابع و عدم توجه به نیازهای اساسی بخش مددکاری است.

با وجود اینکه بیمارستان تعداد زیادی مددکار اجتماعی دارد و این افراد نقش مهمی در پیگیری پرونده‌های بیماران ایفا می‌کنند، بخش مددکاری از قابلیت‌های بسیارضعیفی برخوردار است. این وضعیت نه تنها بر کیفیت خدمات مددکاری تأثیر می‌گذارد، بلکه بر تعاملات میان مددکاران و بیماران نیز اثر منفی می‌گذارد.

در خصوص تفریحات بیماران، برای آنان، آهنگ و فیلم‌هایی از تلویزیون پخش می‌شود و بسیاری از بیماران علاوه بر تماشای فیلم و سریال و گوش دادن به موسیقی، علاقه‌مند به انجام فعالیت‌های فیزیکی و بازی‌های گروهی هستند. اما با توجه به گفته‌های بیماران، افرادی که وضعیت روحی مناسبی ندارند، ممکن است در بازی‌های گروهی به آغازکننده دعوا تبدیل شوند.

یکی از بیمارانی که پیش‌تر در بیمارستان بستری بوده و اکنون بهبودی نسبی یافته است، پیشنهاد می‌دهد که بازی‌هایی مانند بسکتبال، والیبال و تخته‌نرد بین بیماران برگزار شود. همچنین، در گفت‌وگو با مددکاران، آن‌ها پیشنهاد کردند که برای بیماران، فعالیت‌های متنوع‌تری در نظر گرفته شود. به عنوان مثال، در ایام مناسبتی همچون روز پدر، جشن‌ها و اعیاد، می‌توان گروه‌های مختلفی را به بیمارستان دعوت کرد و شرایطی برای سرگرمی بیماران فراهم آورد.

بخش کاردرمانی بیمارستان، با هدف به کارگیری استعدادهای بیماران متعادل‌تر، ایجاد شده است. در این بخش، فعالیت‌هایی مانند نقاشی، طراحی، سیاه‌قلم، تئاتر، کار با آبرنگ، سفالگری و بافندگی انجام می‌شود.

پس از بازدید از بخش اطفال بیمارستان، در خصوص تفریحات بیماران اطفال صحبت کردم. بخش اطفال دختران، شامل دختران زیر هجده سال بود. اگرچه کودکان و نوجوانان نیاز مبرم به تفریحات دارند، اما در بخش‌های اطفال نیز فعالیت‌هایی مشابه بزرگسالان، مانند پخش فیلم و موسیقی در نظر گرفته شده است.

بیمار شماره ۱: تمام مدت تلویزیون روشن است و مدام فیلم‌های تکراری پخش می‌شود. خیلی دوست دارم که بتونیم با بچه‌ها کارها و فعالیت‌های دیگه هم انجام بدیم.

بیماران در ساعات خاصی از روز حق هواخوری و استفاده از فضای باز را دارند، اما در بخش هواخوری، هیچ‌گونه امکاناتی نظیر وسایل ورزشی یا تفریحی برای بیماران وجود ندارد. بیمار شماره ۲: ملاقات مریضا اصلاً وضعیت خوبی نداره. زنم هر وقت میاد دیدنم، باید از پشت پنجره و شیشه داد بزنم تا صدامو بفهمه و همه حرفامونو می‌شنون.

۲- بیماران اعصاب و روان در معرض حمایت فرسودگان

در بیمارستان‌های اعصاب و روان، بیماران از جانب گروه‌های مختلفی همچون، مددکاران، پرستاران و خانواده حمایت می‌شوند. نکته حائز اهمیت در بیمارستان این بود که حامیان این بیماران، خود دچار فرسودگی شدند و این حمایت همراه با فرسودگی گروه‌های مختلف، پیامدهای ناخواسته زیادی برای بیماران به همراه دارد.

۱-۲- فرسودگی مددکاران اجتماعی

فرسودگی شغلی یکی از مشکلاتی است که در محیط‌های شغلی با فشارهای روانی و استرس‌های شدید مشاهده می‌شود و به‌ویژه در بیمارستان‌های اعصاب و روان، شیوع بالایی دارد. این نوع فرسودگی معمولاً ناشی از فشارهای ناشی از مسئولیت‌های کاری، محیط پرتنش و پرآسیب است که به مرور زمان سلامت روانی و جسمانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در بیمارستان‌های اعصاب و روان، این فرسودگی به دلیل ماهیت خاص کار و چالش‌های متعدد در تعامل با بیماران اعصاب و روان، شدیدتر می‌شود. فشارهای روانی ناشی از رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی بیماران، مسئولیت‌های سنگین و عدم حمایت کافی، می‌تواند به تدریج موجب کاهش کارایی و حتی انصراف افراد از ادامه مسیر شغلی خود شود.

این شرایط باعث می‌شود که مددکاران اجتماعی در بیمارستان به شدت تحت تأثیر فرسودگی شغلی قرار گیرند. به‌طور خاص، هرچه فرسودگی شغلی افزایش یابد، پابندی افراد به اصول اخلاقی و انسانی که در آغاز شغل خود به آن‌ها اعتقاد داشتند، کاهش می‌یابد.

مددکار شماره ۱: به دلیل مجرد بودنم، دغدغه‌های زیادی در مورد حقوق بیماران داشتم و به‌طور فعال پیگیر مسائل توانمندسازی بودم. اما این نگرانی‌ها با گذشت زمان و افزایش حجم کار کاهش پیدا می‌کنه. بعد از مدتی، نیروهای تازه‌نفس و با انگیزه‌تر می‌تونن به این دغدغه‌ها بپردازن و موثرتر باشند.

این تجربه فرسودگی شغلی در میان مددکاران اجتماعی کاملاً مشهود است. مددکار شماره ۲: من الان در آستانه بازنشستگی هستم، اگر به گذشته برمی‌گشتم، ممکن بود شغل دیگه‌ای رو انتخاب کنم. هم از لحاظ مالی و هم از لحاظ کار در محیط پرتنش شاید انتخاب رشته‌های دیگه برام بهتر بود.

مددکار شماره ۱: وقتی وارد کار مددکاری می‌شی، تنش‌های زیادی وجود داره که باید حلشون کنی. با وجود این مشکلات ممکنه اصلاً کار مددکاری به چشم نیاد و هیچ وقت دیده نشه و به اندازه کافی بهش توجه نشه. امکانات لازم هم که وجود نداره مثلاً اتاق مددکاری از اتاق بیماران کوچیک‌تره...

فرسودگی شغلی یکی از عوامل اصلی کاهش رضایت شغلی در میان کارکنان بیمارستان است. این فرسودگی به‌طور مستقیم بر کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیماران تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌ها و حتی بی‌توجهی به حقوق بیماران شود. در نتیجه، این وضعیت نه تنها برای کارکنان بیمارستان، بلکه برای بیماران نیز پیامدهای منفی به همراه دارد.

۲-۲- فرسودگی پرستاران

علاوه بر فرسودگی مددکاران سندروم فرسودگی در پرستاران در بیمارستان به وفور مشاهده می‌شود. به‌طور کلی مشاغل بیمارستانی مشاغلی با حساسیت بالا هستند. پرستاران بخش‌های اعصاب و روان نیز به دلیل ارتباط وسیع و گسترده با بیماران، فرسودگی زیادی

را تجربه می‌کنند. ارتباط خشونت آمیز و دور از در نظر گیری حقوق بیمار توسط پرستاران می‌تواند ناشی از فرسودگی شغلی باشد که بر افراد مستولی می‌گردد.

پرستار شماره ۱: کادر درمان خیلی مظلوم هستن. سختی‌هایی که در شغل شون تحمل می‌کنند از مشاغل دیگه بیشتره... ما مدام خودمون رو با سایر مشاغل مقایسه می‌کنیم و با این مقایسه به این نتیجه می‌رسیم که باید حقوق بیشتری داشته باشیم و بیشتر مورد توجه قرار بگیریم اما این طور نیست.

عموماً افراد هنگامی که از نظر شغلی رضایت ندارند، نمی‌توانند رفتار مطلوبی داشته باشند و گاهی ممکن بود پرستاران برای تلافی احساس نارضایتی از شغل خود، رفتار نامناسبی با بیمار داشته باشند.

۳-۲- فرسودگی خانواده و مراقبین

همچنین این فرسودگی در رابطه با مراقبین بیماران اعصاب روان در بخش‌های مختلف مشاهده شد. خانواده‌های بیماران اغلب از رفتار مددکاران و پرسنل بیمارستانی شکایت دارند. به عنوان مثال، در یکی از روزها که وارد بخش آموزشی زنان شدم، جمعیت زیادی از همراهان بیمار پشت در بخش تجمع کرده بودند. بسیاری از آن‌ها از عدم توجه و رفتار نگهبانان و پرسنل بخش ناراضی بودند. یکی از این همراهان، دختری بود که مادرش بیمار بود. او با ناراحتی گفت:

خسته شدیم، از این بخش به آن بخش، معاینه‌های مکرر پزشکان، بستری‌های طولانی و فیکس ۲۴ ساعته مریض... هیچ کس شرایط ما را درک نمی‌کند.

این روند فرساینده، به ویژه برای خانواده‌هایی که تجربه بستری مکرر بیمار را دارند، بسیار سخت و طاقت‌فرسا است. بیماران اعصاب و روان معمولاً در بدو ورود به بیمارستان مقاومت شدیدی نسبت به بستری شدن نشان می‌دهند و به همین دلیل، اغلب برای مدت ۲۴ ساعت در بخش حاد (بر اساس جنسیت) تحت مراقبت ویژه قرار می‌گیرند. پس از بهبود شرایط، آن‌ها به بخش‌های مرتبط مانند آموزشی، درمانی، سالمندان، اطفال یا جانبازان

منتقل می شوند. این روند تکراری، به ویژه در مواردی که بیماری به حالت مزمن درمی آید، فشار زیادی بر خانواده ها وارد می کند.

یکی از وظایف اصلی مددکاران اجتماعی، توجیه خانواده ها پس از ترخیص بیمار است. بیشتر خانواده ها به دلیل فشارهای اقتصادی و فرسودگی ناشی از مراقبت از بیمار، تمایل کمی به حمایت از بیمار خود دارند. بیماری بسیاری از بیماران اعصاب و روان به حالت مزمن درآمده و معمولاً به یک دوره بستری ختم نمی شود. این بیماران پس از گذراندن دوره ای حدوداً ۴۰ روزه، ممکن است مجدداً بستری شوند. این چرخه تکراری، خانواده ها را از ظرافت های رفتاری با بیمار غافل می کند.

بسیاری از خانواده ها حتی حاضر به عهده گرفتن مسئولیت بیمار خود پس از ترخیص نیستند. در چنین مواردی، مددکاران اجتماعی تلاش می کنند خانواده ها را متقاعد کنند که مسئولیت بیمار را بر عهده بگیرند. به عنوان نمونه، مددکاری برای ترخیص بیمار شماره ۳، بیماری مجرد که فرزند طلاق و دارای اعتیاد شدید بود، تلاش زیادی کرد. بیمار شماره ۳ به دلیل مشکلات رفتاری و اقتصادی، مورد پذیرش خانواده اش قرار نمی گرفت و مددکار اجتماعی ناچار بود مادر وی را برای قبول سرپرستی او اقناع کند. در غیر این صورت، بیمار باید به مراکز بهزیستی منتقل می شد.

بیمار شماره ۳: مادرم هیچ علاقه ای به حضور من نداره. دو هفته پیش به منزل مادرم رفتم و در رووم باز نکرد. منم پایین ساختمون شروع به خودزنی کردم. این شد که همسایه ها فهمیدن و به پلیس زنگ زدن و دوباره منتقل شدم به بیمارستان.

فرسودگی شغلی در میان مددکاران و پرستاران بیمارستان، در چارچوب نظریه فرودنبگر، نتیجه مواجهه مستمر با استرس های شغلی است که در قالب خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس موفقیت فردی بروز می یابد. ماهیت چالش برانگیز کار با بیماران اعصاب و روان، از جمله رفتارهای غیرقابل پیش بینی، مسئولیت های سنگین مراقبتی و کمبود حمایت های ساختاری، موجب تحلیل انرژی هیجانی کارکنان شده و توان همدلی

آن‌ها را کاهش می‌دهد. در چنین شرایطی، مسخ شخصیت به شکل نگرش‌های سرد، بی‌تفاوتی و حتی رفتارهای غیرحمایتی نسبت به بیماران نمود می‌یابد و همچنین احساس کمبود موفقیت فردی، به‌ویژه در میان کارکنان با سابقه، آنان را به این باور می‌رساند که تلاش‌هایشان بی‌نتیجه بوده و تأثیری در روند درمان بیماران ندارد. این فرسودگی نه تنها بر سلامت روانی کارکنان اثر منفی دارد، بلکه موجب افت کیفیت مراقبت و شکل‌گیری چرخه‌ای معیوب می‌شود که در آن، هم کارکنان و هم بیماران متضرر خواهند شد.

در سوی دیگر، خانواده‌های بیماران اعصاب و روان نیز در معرض فرسودگی شدید قرار دارند که می‌توان آن را بر اساس نظریه گرانباری نقش و فشار مراقبتی تحلیل کرد. آن‌ها هم‌زمان در نقش مراقب، تأمین‌کننده مالی و واسطه درمانی قرار دارند و این نقش‌های چندگانه که اغلب با یکدیگر در تعارض‌اند، فشار مضاعفی را به آن‌ها تحمیل می‌کند. ماهیت مزمن بیماری، بستری‌های مکرر و فقدان حمایت‌های نهادی، این فشارها را تشدید کرده و موجب خستگی جسمی، عاطفی و روانی مراقبین می‌شود. در نتیجه، برخی خانواده‌ها به تدریج از ایفای نقش حمایتی خود کناره‌گیری می‌کنند که این امر نه تنها وضعیت بیماران را بحرانی‌تر می‌کند، بلکه موجب افزایش فشار بر سیستم درمانی و مددکاران اجتماعی برای جبران این خلأ خواهد شد. در مجموع، فرسودگی شغلی کارکنان و فرسودگی مراقبتی خانواده‌ها دو مسئله درهم‌تنیده‌اند که کیفیت مراقبت از بیماران اعصاب و روان را تضعیف کرده و نشان‌دهنده ضرورت مداخلات ساختاری و حمایتی در هر دو سطح فردی و نهادی هستند.

۳- برچسب‌زنی در تعاملات با بیماران اعصاب و روان

در رابطه با مشاهده تعاملات میان بیماران اعصاب و روان و کادر بیمارستان مشاهده نشد که مددکاری، بیماری را با برچسب‌هایی مانند "دیوانه"، "مجنون" یا "بی‌عقل" خطاب کند. این امر نشان‌دهنده آگاهی مددکاران اجتماعی از تأثیرات مخرب استیگما بر بیماران

است. مددکاران اجتماعی به‌طور مداوم تلاش می‌کردند تا فضایی ایجاد کنند که بیماران احساس احترام و کرامت انسانی کنند.

برای مثال، در یکی از مصاحبه‌ها با بیماری مواجه شدم که به دلیل درگیری با یکی از زائران حرم امام رضا (ع) به بیمارستان ارجاع داده شده بود. او ادعا می‌کرد که قادر به دیدن ائمه و برقراری ارتباط با خداست. اگرچه این ادعاها در نگاه اول به‌وضوح توهم‌آمیز به نظر می‌رسیدند، مددکار بیمارستان با دقت و بدون قضاوت به سخنان بیمار گوش می‌داد. این رفتار، حس امنیت و اعتماد را در بیمار ایجاد می‌کرد و او را ترغیب می‌کرد تا افکار خود را بازگو کند.

این نوع تعاملات نشان‌دهنده رویکردی است که در آن، شنوندگی فعال به عنوان ابزاری برای کاهش ترس از قضاوت و ایجاد فضایی امن برای بیماران به کار می‌رود. یکی از مددکاران بیمارستان تأکید داشت که حمایت از بیماران باید پنهانی بماند و از افشای آن خودداری شود و این رفتار ممکن است به دلیل نگرانی از برهم خوردن مرزهای حرفه‌ای باشد. به علاوه، هنگام ترخیص بیماران، مددکاران خانواده را مطلع می‌کنند که مراقب رفتارها و گفتارهای خود باشند و از برچسب‌زنی به بیمار خودداری کنند. به‌عنوان مثال، در روز ترخیص بیمار شماره ۴ یکی از بخش‌های درمان، مددکار اجتماعی شماره ۳ جلسه‌ای با خانواده بیمار برگزار کرد. در این جلسه، مددکار به‌شدت تأکید کرد که خانواده باید پدر خود را به چشم یک بیمار نگاه نکنند و به او احترام بگذارند. همچنین، از آنها خواسته شد که رفتاری نکنند که بیمار احساس کند حتی پس از ترخیص همچنان بیمار تلقی می‌شود.

این تعاملات اما در رابطه با ارتباط پرستاران و خدمه با بیماران اعصاب و روان شکل دیگری داشت. در خصوص استیگما توسط پرستاران مطلبی که قابل توجه است این است که به میزانی که کادر و پرسنل بیشتر با بیماران ارتباط بگیرند، چالش و تنش‌های آنان بیشتر شده و در نتیجه تحت تأثیر عوامل فرسودگی، استیگمای بیشتری متوجه بیماران خواهد بود.

دیده شده که برخی پرستاران بعد از درگیری لفظی با بیمار، بیمار را دیوانه خطاب کرده و شروع به بدگویی از وی در میان همکاران خود می‌کردند. بعد از اینکه بیماران تمایلی به حرف شنوی از آنها نداشته باشند، با لحن کوبنده و تندی بیمار را وادار به پیروی از فرامین خود می‌کنند. از نظر پرستاران خانواده‌های بیماران بسیار توقعات بالایی داشته و هیچ درک و هنری برای مراقبت از بیماران خود ندارند.

انجام وظایفی مانند عوض کردن روکش تخت‌ها، کمک به بیماران برای انجام کارهای شخصی و تعویض لباس، حمام کردن بیماران بر عهده خدمه است. در صورت عدم همکاری گاهی دیده شده است که خدمه در حضور بیمار، وی را دیوانه خطاب کرده و اقدام به فحاشی کرده‌اند. روزهایی از هفته برای حمام بیماران مقرر شده است و بیماران در صورت مقاومت برای حمام کردن با واکنش‌های شدید و زننده‌ای از سوی پرسنل مواجه می‌شوند.

بیماران اعصاب و روان علاوه بر طی کردن فرایند درمان، باید با برچسب بیماری که ممکن است پس از ترخیص نیز همراه آنها باشد، کنار بیایند. این برچسب می‌تواند منجر به نشخوار فکری و بازگشت علائم بیماری شود. برچسب گذاری بیماران اعصاب و روان به عنوان «دیوانه» یا «بیمار روانی» که در تعاملات کادر پرستاری و بیماران صورت می‌گیرد به عنوان یک برچسب منفی و ننگ آور به هویت بیماران آسیب می‌زند.

بر اساس نظریه داغ ننگ اروینگ گافمن، برچسب زنی اجتماعی می‌تواند فرد را در موقعیتی پایین تر قرار داده و بر هویت و تعاملات او تأثیر بگذارد. در تعاملات میان کادر درمانی و بیماران اعصاب و روان، دو رویکرد متفاوت نسبت به داغ ننگ مشهود است. مددکاران اجتماعی، با آگاهی از اثرات مخرب برچسب زنی، از طریق شنودگی فعال و پرهیز از قضاوت، تلاش می‌کنند تا فضایی امن و احترام آمیز ایجاد کرده و به بازسازی هویت اجتماعی بیماران کمک کنند. در مقابل، برخی پرستاران و خدمه با استفاده از برچسب‌هایی مانند دیوانه، نمونه‌ای از داغ ننگ اعمال شده را رقم می‌زنند که نه تنها به تحقیر بیماران می‌انجامد، بلکه می‌تواند خودننگ‌انگاری را در آنها تقویت کند، به گونه‌ای

که بیماران این برجسب‌ها را درونی کرده و خود را ناتوان یا غیرعادی بپذیرند، امری که روند درمان را مختل کرده و احتمال بازگشت علائم را افزایش می‌دهد. افزون بر این، نظریه برجسب‌زنی نیز نشان می‌دهد که انتساب هویت منفی به بیماران می‌تواند آنان را در چرخه‌ای از انزوا و طرد اجتماعی قرار دهد که حتی پس از ترخیص از بیمارستان نیز ادامه می‌یابد. از این رو، آموزش کادر درمانی درباره پیامدهای برجسب‌زنی و ترویج تعاملات مبتنی بر احترام، نظیر آنچه مددکاران اجتماعی به کار می‌گیرند، می‌تواند نقش مهمی در کاهش داغ‌ننگ و ارتقای کیفیت درمان ایفا کند.

۴- جداسازی بیماران از کادر

بخش‌های درمانی در بیمارستان و اعصاب و روان غالباً شلوغ‌تر از سایر بخش‌هاست، مددکاران و پزشکان و پرستاران این بخش‌ها عموماً خستگی ناشی از فشار کار را تجربه می‌کنند. بیماران اعصاب و روان ممکن است یک سؤال واحد را چندین مرتبه بپرسند. این اتفاق ممکن است در طول روز چندین مرتبه برای مددکار تکرار شود. بنابراین پاسخ‌دهی مرتب برای مددکار اجتماعی کار سختی است. مکرراً این مورد مشاهده می‌شد که اغلب مددکاران مانع ورود بیماران به داخل اتاق می‌شدند. سوال‌های تکراری بیمار پاسخ داده نمی‌شد و به طور کلی به این موضوع توجه چندانی نمی‌شد.

در بخش‌های شلوغ و پر تنش تر گاهی این موضوع دیده می‌شد که بیمار اجازه حضور در اتاق مددکاری را به طور کلی ندارد. اگر مصاحبه‌ای مقرر به انجام بود، بیمار پشت در اتاق ایستاده و پاسخگوی سؤالات مددکار بود. مددکاران اعتقاد داشتند که حریمی میان مددکار و مددجو وجود دارد که اگر مددجو در چهارچوب در بایستد و داخل نشود، متوجه این حریم خواهد شد.

هر چند مرز بسیار باریکی برای حفظ حریم و توجه به بیمار وجود دارد اما بستن در به روی بیماری که احتمال خطر چندانی ندارد، غالباً نمی‌تواند شیوه‌ای همدلانه باشد.

در بعضی از بخش‌ها نیز در اتاق مددکاری به روی بیماران قفل شده و آن‌ها سؤالات خود من باب پیگیری ترخیص و خانواده از پشت در جویا می‌شدند. در به طور کامل قفل می‌شد با این استدلال که ممکن است بیماران خطرآفرین باشند اما در هر بخش به اندازه کافی نیرو و نگهبان وجود داشت تا بتواند مسائل امنیتی را رعایت کند.

جداسازی بیماران به عنوان یک ابزار برای حفظ نظم در نظر گرفته می‌شود، در حالی که این جداسازی در واقع به عنوان ابزاری برای اعمال قدرت و کنترل اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. این نوع جداسازی و کنترل به طور غیرمستقیم به تقویت داغ ننگ و احساس طرد منجر می‌شود.

با استفاده از نظریه داغ ننگ گافمن، این وضعیت را می‌توان نمونه‌ای از جداسازی نمادین و کنترل اجتماعی دانست که موجب تقویت ننگ اجتماعی و احساس طرد در بیماران اعصاب و روان می‌شود. گافمن نشان می‌دهد که داغ ننگ نه تنها از طریق برچسب‌زنی، بلکه از طریق فاصله‌گذاری اجتماعی و جداسازی فیزیکی نیز اعمال می‌شود. در اینجا، اقداماتی مانند بستن درها و محدود کردن دسترسی بیماران، هرچند در ظاهر برای حفظ نظم و حریم حرفه‌ای انجام می‌شود، اما در عمل به بیماران این پیام را می‌رساند که آن‌ها "دیگری" هستند و شایسته حضور برابر در فضای مشترک نیستند، امری که با هویت ننگ‌آلود آن‌ها گره می‌خورد و احساس انزوا را تشدید می‌کند. از منظر نظریه قدرت و کنترل فوکو، این رفتارها را می‌توان به عنوان ابزار قدرت انضباطی تحلیل کرد، جایی که بیمارستان، از طریق کنترل فیزیکی و نمادین، بدن و رفتار بیماران را تحت نظارت قرار می‌دهد و به بازتولید سلسله‌مراتب قدرت بین درمانگران و بیماران می‌انجامد. در حالی که این مکانیسم‌ها در ظاهر برای حفظ امنیت طراحی شده‌اند، در واقع نابرابری ساختاری و حاشیه‌نشینی بیماران را تقویت می‌کنند. در نهایت، این فرآیندها نه تنها بر داغ ننگ و احساس طرد بیماران می‌افزایند، بلکه می‌توانند روند درمان را نیز مختل کنند.

۵- مراقبت انضباطی؛ از نظم تا خشونت پنهان

بیمار پس از تأیید پزشک و انجام کارهای بستری برای چک کردن حال عمومی جسمی نزد پزشک حاضر می‌شود. بسیاری از بیمارانی که متوجه این موضوع می‌شوند، به رفتارهایی مانند اقدام برای فرار، خواهش و تمنا و گاهی ضربه‌های ناگهانی به همراه خود روی می‌آورند. اگر بیمار مرد باشد و همراهان توانایی کنترل وی را نداشته باشند، از برخی کارکنان مثل نگهبانان بخش کمک می‌گیرند. نگهبانان بخش نیز با دیدن مقاومت بیمار تلاش برای کنترل وی می‌کنند.

طبق گفته‌های یکی از نگهبانان بخش:

بیماران اصلاً همراهی نمی‌کنن و مجبورم خیلی از مواقع لباسشون رو بکشم

در حدی که پاره بشن.

یکی دیگر از نگهبانان بخش بین صحبت‌هایش به این موضوع اشاره کرد:

خیلی اوقات بیمار اصلاً توی حال خودش نیست انگار در یک فضای دیگه

سیر می‌کنه توی هپروته انگار، خیلی وقتا آگه توی صورتش بزیم برمی‌گرده به

حالت طبیعی و به سوالا مون جواب می‌ده. با این دیوونه میوونه‌ها باید همی‌تپوری

رفتار کرد. منم یک کف گرگی می‌زنم تا به خودش بیاد.

بیمارستان، بخش‌های روان مختلفی به تناسب جنسیت و شرایط بیمار دارد. استیشن

پرستاری در هر بخش تعبیه شده و پزشکان و پرستاران و کمک پرستاران برای پاسخگویی

و خدمت رسانی به بیمار در آنجا حضور دارند.

درگیری فیزیکی و دعوا بین پرسنل بخش پرستاری و بیماران اعصاب و روان به وفور

و با شدت و ضعف مختلف مشاهده شد. در یکی از روزها که وارد بخش مردان شدم،

صدای دعوا به قدری زیاد بود که از پشت در اصلی بخش به وضوح می‌توانستم صدایشان

را بشنوم. پس از ورود با حجم انبوهی از افرادی مواجه شدم که رو به روی یکدیگر قرار

گرفته بودند و با توجه به گفته‌های یکی از پرستاران، پرستار با صدایی آرام به همکاری

اقدام به فحاشی علیه یکی از بیماران می‌کند و بیمار بعد از شنیدن این ناسزا اقدام به حمله فیزیکی به پرستار می‌کند.

طبق قانونی نانوشته این دیدگاه حاکم بود که بیماران اعصاب و روان مطابق با برچسب‌های موجود، همیشه مقصرانند و همه کادر بیمارستان پشت پرستاران بودند و حق را به آنان می‌دادند. به این ترتیب به اسم برقراری نظم در بیمارستان، رفتار پرستاران به عنوان گروهی که قدرت بیشتری نسبت به بیماران دارند، توجیه شده و به آن مشروعیت می‌بخشند.

نکته مشابهی که بارها به صورت غیر مستقیم مشاهده شد، الزامی بودن این خشونت پنهان برای برقراری نظم میان بیماران بود.

پرسیدن سؤالات تکراری عادت بسیار پر رنگی است که در بین بیماران قابل مشاهده است. این موضوع در بسیاری از موارد پرستاران را کلافه می‌کرد به طوری که با فریاد زدن سعی داشتند بیماران را از ایستگاه پرستاری دور کنند.

گاه‌ها شاهد غرولند و توهین‌های زیر لبی خدمه با یکدیگر به بیماران بودم. ممکن بود بیماران در اثر بی‌اختیاری ادرار و لمس شدن بدن که بعد از مصرف داروها به وجود می‌آید، لباس‌های خود را کثیف کنند. این موضوع موجب ناراحتی بیش از حد خدمه می‌شد که با فریاد به تهدید بیمار روی می‌آوردند که اگر دوباره لباس‌هایش را خیس کند به او لباس نمی‌دهند.

پس از اتمام زمان هواخوری بیماران، عده‌ای برای بازگشت به اتاق و بخش مقاومت نشان می‌دادند و کارکنان مختلف، با کشیدن دست و لگدهای آرام بیمار را به بلند شدن وادار می‌کردند. همچنین بیماران بسیاری برای پیگیری سیگار و درخواست آن بارها به پرستاران رجوع می‌کردند و پرستاران با صدای بلند بیمار را وادار به بازگشت به اتاقش می‌کردند.

برخی از پرستاران در ارتباط با خانواده بیماران نیز رفتار بسیار مطلوبی نداشتند. اکثر مواقع که برای حضور در بخش‌ها حاضر می‌شدم، کلافگی مفرط خانواده بیماران تبدیل به

مسئله روتینی شده بود که نگهبانان و پرستاران کمترین توجهی به آن نداشتند. بارها با فریاد و لحن تند خانواده‌ها را به پزشک ارجاع داده و صبر بسیار کمی در ارتباط با خانواده فرد داشتند. خدمه بیمارستان نیز در ارتباط با بیماران و در صورت سرپیچی بیماران از اوامر آنان به رفتارهایی چون کشیدن لباس بیمار، کشیدن دست و بازوی بیمار با خشونت، تکان دادن شدید بیمار و لمس خشونت آمیز صورت بیمار انجام می‌دادند.

خشونت در رفتار کادر درمانی با بیماران روان‌پزشکی، حاصل برهم کنش پیچیده سازوکارهای ساختاری، فشارهای نهادی و مناسبات قدرت درون بیمارستان است. پرسنلی که با حقوق پایین، ساعات کاری طولانی، و حمایت‌های ناکافی روانی و حرفه‌ای مواجه‌اند، در وضعیت فرسودگی شغلی مزمن قرار می‌گیرند که آن‌ها را نسبت به رنج بیمار بی‌تفاوت یا حتی خشن می‌سازد. با استناد به نظریه قدرت انضباطی میشل فوکو، می‌توان فهمید که خشونت در چنین فضاهاهی نه به صورت مستقیم، بلکه در قالب تکنیک‌های «مراقبت»، «نظم‌بخشی» و «کنترل بدن» مشروعیت می‌یابد. بیمار در این چارچوب، نه یک سوژه انسانی، بلکه ابژه‌ای نیازمند اصلاح، مدیریت و مراقبت تلقی می‌شود؛ و پرسنل، حتی در ناخودآگاه خود، وظیفه‌دار می‌شوند تا این نظم را ولو با اجبار فیزیکی، حفظ کنند. از سوی دیگر، نظریه‌های انتقادی مانند نظریه میدان بوردیو نشان می‌دهند که کادر بیمارستان شامل پرستاران، نگهبانان و خدمه در جایگاه اجتماعی نسبتاً فرودستی قرار دارند که سرمایه اقتصادی و نمادین اندکی دارند و بنابراین، خشونت نه صرفاً ابزاری برای کنترل بیمار، بلکه تلاشی برای بازسازی موقعیت قدرت ازدست‌رفته خویش نیز هست. بنابراین، این خشونت تنها زمانی پایان می‌پذیرد که ساختارهای قدرت محور مراقبت، خود زیر تیغ تشخیص و درمان بروند؛ چرا که تا ساختار بیمار است، تکرار خشونت امری اجتناب ناپذیر می‌شود.

۶- چالش‌های کار با بیماران اعصاب و روان

۶-۱- عدم صداقت بیمار

در هنگام ورود بیمار به بخش موردنظر، مصاحبه‌ای با وی انجام می‌شود که هدف آن آگاهی از وضعیت بیمار از زبان خود او است. اما یکی از چالش‌های اصلی مددکاران در این مصاحبه‌ها، عدم صداقت بیمار است. بسیاری از بیماران روان، به‌ویژه آن‌هایی که دچار اختلالات سایکوز هستند، علائمی همچون توهم و هذیان را تجربه می‌کنند.

توهم به‌عنوان نوعی ادراک در غیاب محرک خارجی، ویژگی‌های یک ادراک حقیقی را دارد. این توهم‌ها اغلب شفاف و پر جزئیات هستند و از سوی بیمار به‌گونه‌ای ادراک می‌شوند که انگار در فضای واقعی خارجی وجود دارند. اگرچه این علائم به‌وضوح در بیماران سایکوتیک مشاهده می‌شود، برخی از بیماران برای پر کردن خلأهای ذهنی خود، از تکنیکی به نام "اضافه کردن" استفاده می‌کنند.

اضافه کردن به معنای تحریف خاطرات، افسانه‌پردازی یا ساختن روایت‌هایی است که جای خالی اطلاعات نادقیق یا مبهم را پر می‌کنند. این رفتار، چالش بزرگی برای مددکاران ایجاد می‌کند، زیرا اعتماد به گفته‌های بیمار در خصوص علت بستری یا سایر موارد مرتبط، دشوار می‌شود.

به‌عنوان مثال بیمار شماره ۵، بیماری بود که برای اولین بار به بیمارستان مراجعه کرده بود. والدین او از یکدیگر جدا شده بودند و او با مادرش زندگی می‌کرد. دست چپ این بیمار شکسته بود، و وقتی علت را جویا شدم، اظهار کرد که نامزدش او را به سمت عقب هل داده است. اما طبق گفته‌های مادر و خواهر بیمار، این شکستگی ناشی از اقدام به خودزنی بوده است.

این‌گونه تناقضات میان گفته‌های بیمار و واقعیت، در مصاحبه‌های مددکاری به‌کرات مشاهده می‌شود. علاوه بر این، برخی بیماران در مورد رفتار مددکاران و پرستاران نیز دست به اغراق می‌زنند و تجربه‌های خود را به‌صورت مبالغه‌آمیز بازگو می‌کنند.

هرچند نمی‌توان منکر این شد که گاهی رفتار نامناسب از سوی پرسنل بخش وجود دارد، اما در مواردی از سوی بیماران اغراق صورت می‌گیرد. این رفتارها، چالش‌های مددکاران را در ارائه خدمات مؤثر و دقیق دوچندان می‌کند.

۲-۶- مخاطره امنیت

بیماران اعصاب و روان به دلیل وضعیت خاص خود، ممکن است رفتارهایی غیرنرمال و تکانشی از خود نشان دهند که در شرایط خاص، به‌ویژه در مواقعی که دچار استرس و اضطراب شدید می‌شوند، ممکن است به پرستاران، پزشکان یا مددکاران اجتماعی آسیب برسانند. به‌طور معمول، بیماران در ۲۴ ساعت نخست بستری در بخشی به نام «بخش حاد» نگهداری می‌شوند تا وضعیتشان به حدی نرمال شود که بتوانند در بخش‌های دیگر بستری شوند.

در اولین روزی که به بیمارستان وارد شدم، وارد بخش اورژانس شدم که از دو در ورودی جداگانه برخوردار بود. در این بخش دو مددکار اجتماعی مشغول پذیرش بیماران بودند و راهنمایی‌هایی برای ادامه مراحل بستری ارائه می‌دادند. همچنین، یک نگهبان در درب فرعی حضور داشت تا در مواقع اضطراری به مددکاران کمک کند. اتاق پزشک نیز در کنار بخش پذیرش قرار داشت تا پس از پذیرش بیماران، معاینه اولیه توسط پزشک انجام شود. بیمارانی که مشکلات جسمی دارند اما از نظر روانی تهدیدی به حساب نمی‌آیند، ابتدا به بیمارستان‌های عمومی برای درمان مشکلات جسمی ارجاع داده می‌شوند و پس از بهبود نسبی، دوباره به بیمارستان بازمی‌گردند.

در یکی از روزها، مردی همراه خانواده‌اش در بخش پذیرش برای بستری حضور داشت. این بیمار دومین نوبت بستری خود را تجربه می‌کرد و به‌طور کامل از پذیرش خودداری می‌کرد. در نهایت، با کمک نگهبان و پزشک، او برای معاینه وارد اتاق شد. در این لحظه، بیمار به فحاشی و لگد زدن به پزشک و نگهبان اقدام کرد و فریادهای وحشتناکی سر داد. به‌منظور کنترل وضعیت، مجبور شدند او را به‌طور فیزیکی تثبیت کنند.

اتاقی که بیمار در آن بستری بود، فضای محدودی داشت و چندین تخت دیگر نیز در آن قرار داشت که بیماران تحت مراقبت شدید بودند.

در بخش حاد، رفتارهای خشونت‌آمیز و تهدیدآمیز بیماران نسبت به پرستاران، مددکاران و پزشکان امری رایج است. این تهدیدها معمولاً در شرایطی که بیماران احساس ناتوانی یا بی‌پناهی می‌کنند، شدت می‌گیرند.

به‌عنوان مثال، در یکی از روزها، بیمار شماره ۶، پس از دریافت پاسخ‌های تکراری از مددکار اجتماعی، شروع به تهدید کرد و گفت:

اگر جواب ندی، به رئیس‌جمهور آمریکا می‌گم بکشت!

این نوع تهدیدها، اگرچه اغلب بی‌پایه و اساس هستند، اما نشان‌دهنده اضطراب شدید و احساس بی‌قدرتی بیماران است.

بیماران معمولاً داروهایی مانند داروهای ضد اضطراب، ضد روان‌پریشی و ضد افسردگی دریافت می‌کنند که اثرات آن‌ها در طول زمان کاهش می‌یابد و ممکن است موجب بروز رفتارهای نادرست و تکانشی شود. در این شرایط، رفتارهایی مانند تهدید، فحاشی و درخواست‌های غیرمنطقی از مددکاران اجتماعی مشاهده می‌شود. این رفتارها در واقع بازتابی از ناتوانی در کنترل احساسات و رفتارهای خود در یک محیط اجتماعی پیچیده است.

در تحلیل چالش‌های مرتبط با «عدم صداقت بیمار» در محیط‌های درمانی روان‌پزشکی، می‌توان از نظریه کنش متقابل نمادین و مفاهیم گافمن و برگر و لاکمن بهره جست. طبق این دیدگاه‌ها، بیماران روان‌پزشکی به‌ویژه آن‌هایی که دچار اختلالات سایکوتیک هستند، در فرآیند تعاملات خود در محیط‌های بسته‌ای همچون بیمارستان‌های اعصاب و روان، ناگزیر به خلق روایت‌هایی برای بازسازی هویت اجتماعی و حفظ شأن خود می‌شوند. این «اضافه‌سازی» یا تحریف اطلاعات نه تنها بازتابی از فرایندهای ذهنی بیمار است، بلکه به‌عنوان نوعی واکنش در برابر ساختارهای اجتماعی و پزشکی این نهادها عمل می‌کند که در آن‌ها فرد تحت نظارت و انگ قرار دارد. در این راستا، گافمن مفهوم

«مدیریت چهره» را مطرح می‌کند که در آن بیمار در تلاش است تا در مواجهه با نهادهای انضباطی، خود را مطابق با انتظارات اجتماعی بازتعریف کند. از منظر برگر و لاکمن، این روایت‌ها نوعی ساخت اجتماعی از واقعیت هستند که در تقاطع تجربه‌های زیسته بیمار و نظارت‌های پزشکی شکل می‌گیرند، و بدین ترتیب «عدم صداقت» بیمار می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای بقا و مواجهه با نهادهای قدرت در نظر گرفته شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش که با رویکرد مردم‌نگاری در یک بیمارستان اعصاب و روان در ایران انجام شد، شش مقوله اصلی را آشکار ساخت: کمبود امکانات و فضای فیزیکی نامناسب، فرسودگی حمایت‌گران (شامل مددکاران، پرستاران و خانواده‌ها)، برجسب‌زنی و داغ‌نگ، جداسازی بیماران از کادر، تبلور خشونت در قالب مراقبت انضباطی، و چالش‌های کار با بیماران اعصاب و روان.

این پژوهش در چندین حوزه کلیدی با مطالعات پیشین همخوانی دارد. برای نمونه، تأکید بر فرسودگی شغلی کارکنان و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت و تعاملات درمانی، با پژوهش‌هایی مانند علی‌پور و همکاران (۱۴۰۳) که موانع توانبخشی روانی-اجتماعی را از دیدگاه بیماران، خانواده‌ها و متخصصان بررسی کرده و به محدودیت‌های اجتماعی و درمانی اشاره نموده، اللهیاری و پادیاد (۱۳۸۹) رابطه حمایت‌های اجتماعی با فرسودگی مددکاران را تحلیل کرده و کاهش سلامت عمومی را نشان داده، خلوتی و همکاران (۱۳۹۹) خستگی چندبعدی مددکاران را با تمرکز بر خستگی ذهنی و کاهش انگیزه سنجیده، و همچنین Mack (۲۰۲۲) استراتژی‌های کاهش استرس و فرسودگی سرپرستان را کاوش کرده، همسو است. از طرفی، مسئله استیگما و برجسب‌زنی در تعاملات با بیماران با کار مولوی و همکاران (۱۳۸۸) که نگرش عمومی شهروندان تهرانی را به بیماران اعصاب و روان سنجیده و خطرناک دانستن آنان را برجسته کرده، فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۴) که تغییر نگرش دانشجویان پزشکی پس از برخورد بالینی را ارزیابی نموده، و

Watson et al (۲۰۱۷) که نگرش اعضای هیئت علمی و دانشجویان مددکاری را بررسی کرده و تفاوت در نگاه به بیماران اعصاب و روان را نشان داده، مشابهت دارد. در حوزه خشونت نیز، یافته‌های ما با رمضانی و همکاران (۱۳۹۰) که تجربیات پرستاران از خشونت شغلی را تبیین کرده و کمبود نیروی انسانی و آموزش را عامل دانسته، بابائیان و همکاران (۱۳۹۸) که عوامل اداری، فردی و اجتماعی خشونت در روابط مددکار-مددجو را شناسایی نموده، و قهرمانی و همکاران (۱۴۰۳) که خشونت علیه بیماران ام‌اس را مرور کرده و عوامل اجتماعی-جمعیتی را مؤثر دانسته، همخوانی نشان می‌دهد؛ هرچند این مطالعات بر جنبه‌های فردی یا خاص تمرکز دارند، یافته‌های ما نیز ریشه‌های ساختاری مشترک را تأیید می‌کند.

با این حال، پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعات پیشین، تفاوت‌های روشی و مفهومی برجسته‌ای دارد که عمق و زمینه‌مندی بیشتری به تحلیل افزوده است. در حالی که مولوی و همکاران (۱۳۸۸) و فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۴) از روش‌های کمی و پرسشنامه‌ای برای سنجش نگرش عمومی و دانشجویان استفاده کرده و به داده‌های آماری اکتفا نموده‌اند، مطالعه ما با رویکرد مردم‌نگارانه و مشاهده مشارکتی، برچسب‌زنی و استیگما را در تعاملات روزمره واقعی بیمارستان (مانند تفاوت رفتار مددکاران با پرستاران و خدمه) واکاوی کرده و نشان داده که این پدیده نه تنها نگرشی، بلکه بخشی از پویایی‌های ساختاری و قدرت‌محور است. همچنین، برخلاف رمضانی و همکاران (۱۳۹۰) که خشونت را عمدتاً از منظر پدیدارشناسانه و تجربیات پرستاران (به عنوان قربانی) بررسی کرده و بر پیامدهای فردی تمرکز دارد، پژوهش حاضر با روش مردم‌نگاری، خشونت را به عنوان «مراقبت انضباطی» در روابط چندجانبه کادر-بیمار تحلیل نموده و ریشه آن را در ساختارهای نهادی و فرسودگی ساختاری جستجو کرده است. علاوه بر این، در مقایسه با حاجی‌بابایی و همکاران (۱۳۹۳) که آگاهی و رعایت حقوق بیماران را با روش توصیفی-تحلیلی و مقایسه بیماران و پرستاران سنجیده، و محمودی و همکاران (۱۴۰۰) که مدل مراقبت بیمارمحور را با رویکرد کیفی طراحی کرده‌اند، مطالعه حاضر با تمرکز

مردم‌نگارانه بر میدان، کمبود امکانات، جداسازی فیزیکی-نمادین بیماران و نقض عملی حقوق را در موقعیت‌های روزمره برجسته ساخته و تفاوت‌های زمینه‌ای در یک بیمارستان خاص ایرانی را با عمق بیشتری آشکار نموده است؛ این رویکرد امکان فهم سازوکارهای پنهان قدرت و بازتولید خشونت ساختاری را فراهم آورده که در مطالعات پیشین کمتر به آن پرداخته شده است.

برخلاف تصویری که تعاملات بیمار-درمانگر را به کنش‌های فردی تقلیل می‌دهد، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بسیاری از تعارضات، خشونت‌ها، و ناکارآمدی‌ها ریشه در ساختارهای معیوب، فرسوده و نابرابر دارند؛ ساختارهایی که نه تنها توان حمایت از بیمار را ندارند، بلکه کادر درمان را نیز به بازتولید خشونت، بی‌تفاوتی و تبعیض سوق می‌دهند.

نخست، کمبود شدید امکانات و فضای فیزیکی در بخش‌هایی مانند مددکاری و کاردرمانی، کیفیت خدمات را به شدت کاهش داده و حقوق اولیه بیماران را مخدوش کرده است. این مسئله را می‌توان از منظر نظریه قدرت انضباطی میشل فوکو (Foucault, 1996) تحلیل کرد؛ جایی که تخصیص نابرابر منابع و سازماندهی فضایی، ابزاری برای اعمال قدرت است و موجب می‌شود نظم به ظاهر پزشکی، درواقع بر مبنای سلسله‌مراتب سلطه بازتولید شود. این بخش با پژوهش (محمودی و همکاران، ۱۴۰۰) که به بررسی مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار پرداخته‌اند، همسو است.

در سطح دوم، فرسودگی شغلی گسترده در میان مددکاران، پرستاران و حتی خانواده‌های بیماران، نشان می‌دهد که نظام مراقبت از بیماران اعصاب و روان نه تنها به مراقبین خود توجهی ندارد، بلکه آن‌ها را به تدریج به افرادی بی‌رحم، بی‌انگیزه و ناتوان از همدلی بدل می‌سازد. این وضعیت، همان‌طور که نظریه مازلاک درباره فرسودگی شغلی توضیح می‌دهد (Maslach, & Jackson, 1981)، به تحلیل رفتن عاطفی، مسخ شخصیت و فروپاشی حس موفقیت فردی منجر می‌شود و نهایتاً کادر درمان را در برابر رنج بیمار بی‌تفاوت می‌سازد؛ امری که خود بازتولیدکننده خشونت نهادی است. این یافته با مطالعاتی

مانند (خلوتی و همکاران، ۱۳۹۹) که به بررسی فرسودگی شغلی در مددکاران اجتماعی و پرستاران پرداخته‌اند، همسو است.

سوم، مسئله استیگما یا داغ ننگ، به‌ویژه در تعاملات پرستاران و خدمه با بیماران، نشان می‌دهد که فراتر از سطح تعامل فردی، برچسب‌زنی به بیماران بخشی از مکانیسم‌های کنترلی نهادی است. نظریه گافمن درباره داغ ننگ (Goffman, 2018) به‌خوبی نشان می‌دهد که چگونه این برچسب‌ها به طرد اجتماعی، خودانگ‌زنی و بازتولید هویت بیمار به‌مثابه «دیگری ناتوان» می‌انجامند. مددکاران اجتماعی، با اتخاذ رویکردی مبتنی بر احترام و شنودگی فعال، در تقابل با این سازوکار قرار می‌گیرند و اهمیت آموزش حرفه‌ای را در کاهش استیگما نشان می‌دهند. این قسمت با پژوهش (مولوی و همکاران، ۱۳۸۸) همسو است.

چهارم، جداسازی فیزیکی و روانی بیماران از کادر درمانی، نوعی مراقبت انضباطی است که در قالب حفظ نظم توجیه می‌شود، اما در واقع، از منظر فوکویی، نوعی اعمال قدرت از طریق کنترل بدن و فضا است (Foucault, 2020)؛ ابزاری برای اعمال نظم سلسله‌مراتبی که بیماران را در موضع انفعال، وابستگی و طرد قرار می‌دهد. این جداسازی، همانند نظریه گافمن درباره «فاصله‌گذاری اجتماعی»، موجب می‌شود که بیماران حتی در فرآیند مراقبت نیز همچون «غایبان نمادین» تلقی شوند.

در پنجمین سطح، خشونت پنهان و آشکار در قالب نظم و انضباط، همچون کشیدن لباس، ضرب و شتم، یا تهدید، تنها از منظر فردی قابل درک نیست. این خشونت‌ها، همان‌طور که فوکو (Foucault, 2020) مطرح می‌کند، در دل گفتمان‌های پزشکی و مراقبتی مشروعیت می‌یابند. از آن‌جا که پرسنل اغلب در موضعی فرودست قرار دارند، این خشونت به ابزاری برای احیای اقتدار از دست‌رفته آنان بدل می‌شود. این بخش با مطالعه (رمضانی و همکاران، ۱۳۹۰) همسو است.

در نهایت، چالش‌های ذاتی کار با بیماران روان‌پزشکی، از جمله عدم صداقت بیمار و تهدیدات امنیتی، گویای پیچیدگی‌هایی است که بدون تدارک آموزش‌های حرفه‌ای، پروتکل‌های حمایتی و فضای گفتگو، به بحران‌های انسانی می‌انجامد. هر برخورد کادر با

بیمار می‌تواند حامل معنایی خاص و اثرگذار بر هویت فرد باشد؛ و هنگامی که این کنش در فضایی همراه با تحقیر، طرد یا خشونت صورت می‌گیرد، نه تنها فرآیند درمان مختل می‌شود، بلکه سوژه بیمار به عنوان موجودی اجتماعی، به حاشیه رانده می‌شود.

پژوهش حاضر بر این نکته تأکید دارد که بحران‌های موجود در نظام مراقبت از بیماران روان‌پزشکی نه حاصل ناکارآمدی فردی، که محصول ساختارهایی هستند که هم بیماران و هم مراقبان را به قربانیان خاموش بدل می‌سازند. خشونت، فرسودگی، بی‌عدالتی و طرد، پدیده‌هایی نیستند که صرفاً باید مهار شوند؛ بلکه باید به مثابه علائم یک ساختار بیمار، تحلیل و درمان شوند. بازنگری در سیاست‌های مراقبتی، حمایت چندسویه از کادر درمانی، ارتقای آگاهی اجتماعی نسبت به بیماری اعصاب و روان، و استقرار سازوکارهایی مبتنی بر کرامت انسانی و عدالت ساختاری، تنها راه برون‌رفت از این چرخه آسیب است.

این پژوهش همچون سایر مطالعات مردم‌نگارانه با چند محدودیت همراه بود؛ از جمله اینکه به دلیل ماهیت حساس بخش اعصاب و روان و محدودیت‌های اخلاقی و سازمانی، امکان حضور طولانی‌تر در میدان و مشاهده موقعیت‌های بحرانی متعدد وجود نداشت. علاوه بر این، یافته‌ها به یک بیمارستان خاص محدود است و تعمیم‌پذیری آن به سایر مراکز نیازمند احتیاط است. با وجود این محدودیت‌ها، عمق داده‌های مردم‌نگارانه فرصت فهمی دقیق از الگوهای تعامل و سازوکارهای موجود در بیمارستان را فراهم کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، مطالعات تطبیقی میان بیمارستان‌های مختلف، بررسی نقش سیاست‌های کلان سلامت روان بر روابط روزمره و نیز مطالعه طولانی‌مدت فرسودگی خانواده‌ها و کارکنان انجام شود. همچنین تلفیق مردم‌نگاری با روش‌های کمی یا تحلیل سیاستی می‌تواند ابعاد ساختاری‌تر خشونت نهادی و استیگما را روشن‌تر سازد و مسیرهای مداخله‌ای مؤثرتر را پیشنهاد کند.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

ORCID

Majid Fouladiyan



<http://orcid.org/0000-0002-7787-6006>

Fatemeh Amini



<http://orcid.org/0009-0007-1901-6212>

Nafiseh Roshandel



<http://orcid.org/0009-0002-2207-0344>

منابع

- الهیاری، طلعت؛ و پادیداد، کبری. (۱۳۸۹). «بررسی ارتباط بین سلامت عمومی با فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های دولتی و مراکز بهزیستی شهر تهران». *فصلنامه رفاه اجتماعی*، دوره ۹، شماره ۳۵: ۲۹۷-۳۲۰.
https://qjssd.atu.ac.ir/article_3659.html
- بابائیان، نسرین؛ راهب، غنچه؛ برهانی، فریبا؛ و حاشیه‌باف، عطیه. (۱۳۹۸). «عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی». *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، دوره ۸، شماره ۱: ۱۴-۲۶.
<https://socialworkmag.ir/article-1-458-fa.pdf>
- خلوتی، ملیحه؛ استادهاشمی، لیلا؛ سعیدی، عبدالهادی؛ قربانی، محمد؛ جوادی، سید محمد حسین؛ سبزی خوشنما، محمد؛ و همکاران. (۱۳۹۹). «خستگی چندبعدی در مددکاران اجتماعی شاغل ایرانی». *مجله بهداشت و ایمنی کار*، دوره ۱۰، شماره ۴: ۲۷۹-۲۹۰.
<https://dl.hsenk.ir/uploads/2021/09/HSEnk-782.pdf>
- رضائی، طاهره؛ فصیحی، طیه؛ و منگلی، معصومه. (۱۳۹۰). «تبیین تجارب پرستاران از خشونت شغلی در بخش روان‌پزشکی». *اصول بهداشت روانی*، دوره ۱۳، شماره ۴: ۱۹۳-۲۰۴.
<https://ensani.ir/fa/article/302906>
- رضایی، مهدی؛ کربلایی نوری، اشرف؛ حسینی، سیدعلی؛ و خانکه، حمیدرضا. (۱۳۹۲). «تبیین معضلات اخلاقی کار درمانگران در حیطه سلامت روان». *مجله توان‌بخشی*، دوره ۱۴، شماره ۴: ۱۵-۲۲.
https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=1290
- علی‌پور، فردین؛ عربکری، زلیخا؛ مردانی، مصطفی؛ احمدی، شکوفه؛ افشارپویا، حسین؛ و شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۴۰۳). «بررسی چالش‌ها و موانع توان‌بخشی روانی-اجتماعی افراد دارای اختلالات روانی مزمن». *مجله توان‌بخشی*، دوره ۱۵، شماره ۱: ۴۵-۶۰.
https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=3385

- فیروزآبادی، علی؛ بهره‌دار، محمدجعفر؛ کیان‌پور، محسن؛ و امی‌زاده، سیدجواد. (۱۳۸۴). «ارزیابی و مقایسه دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به بیماران روان‌پزشکی (شیراز - ۱۳۸۴)». *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ۱۱، شماره ۴: ۵۱-۵۸.

<https://brieflands.com/journals/koomesh/articles/152131.pdf>

- قهرانی، مرضیه؛ موسوی، سید محمد تقی؛ و قهاری، شهربانو. (۱۴۰۳). «خشونت در برخورد با بیماران مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه نظام‌مند». *مجله تعالی بالینی*، دوره ۱۳، شماره ۴: ۱-۱۵.

<https://ce.mazums.ac.ir/article-1-793-fa.pdf>

- مالمیر، اکرم؛ و احمدی، محمد. (۱۴۰۲). «ملاحظات اخلاقی در رابطه میان مراجع-درمانگر در درمان روان‌شناختی: عوامل نقض مرزها». *اخلاق در علوم و فناوری*، دوره ۱۷، شماره ۲: ۴۵-۶۰.

<https://eime.tums.ac.ir/article-1-132-fa.pdf>

- محمودی، قهرمان؛ ابوخیلی، محمد اسدی؛ و یزدانی‌چراتی، جمشید. (۱۴۰۰). «مراقبت بیمارمحور با رویکرد منشور حقوق بیمار: یک مطالعه کیفی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی نیشابور*، دوره ۹، شماره ۲: ۱-۱۲.

<https://www.sid.ir/paper/1016708/fa>

- مولوی، مهرداد؛ ملکوتی، سید کاظم؛ قانع، مهدی؛ و همکاران. (۱۳۸۸). «نگرش عمومی و متخصصان به بیماران اعصاب و روان: بررسی دیدگاه‌های عمومی». *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره ۱۴، شماره ۳: ۲۳۵-۲۴۵.

<https://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1--fa.html>

- نجومی، مرضیه؛ ملکوتی، سید کاظم؛ قانع، مهدی؛ جغتایی، محمد تقی؛ و جاکوبسن، لارش. (۱۳۸۸). «بررسی استیگما به بیماران اعصاب و روان در شهر تهران در سال ۱۳۸۸». *مجله علوم پزشکی رازی*، دوره ۱۶، شماره ۷۹: ۱-۱۰.

<https://rjms.iuums.ac.ir/article-1-1606-fa.pdf>

- حاجی‌بابایی، فاطمه؛ جوج، راضیه؛ حاجی‌زاده، محمدحسین؛ و همکاران. (۱۴۰۰). «آگاهی از حقوق بیماران روان‌پزشکی و رعایت آن از دیدگاه بیماران و پرستاران». *مجله پرستاری ایران*، دوره ۳۴، شماره ۱۳۲: ۱-۱۰.

<https://www.sid.ir/paper/1008818/fa>

- Adu, Joseph; Oudshoorn, Abram; Anderson, Kelly; Marshall, Carrie Anne; & Stuart, Heather. (2024). Negotiating familial mental illness stigma: The role of family members of persons living with mental illnesses. *PLoS ONE*, 19(9), Article e0311170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311170>

- Braun, Virginia; & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Clemens, Norman A. (2012). *Privacy, consent, and the electronic mental health record: The person vs. the system*.
- Foucault, Michel. (1996). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Vintage Books.
- Foucault, Michel. (2020). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977*. Pantheon Books.
- Freudenberger, Herbert J. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Bantam Books.
- Goffman, Erving. (2018). *Stigma and social identity*. In *The Goffman reader* (pp. 1–20).
- Mack, Brenda M. (2022). Addressing social workers' stress, burnout, and resiliency: A qualitative study with supervisors. *Social Work Research*, 46(1), 17–28. <https://doi.org/10.1093/swr/svab032>
- Maslach, Christina; & Jackson, Susan E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maylea, Christopher. (2019). The role of social workers in improving the physical health of people who use mental health services. *Journal of Social Work in Mental Health*, 17(1), 1–20.
- Miller, Robert D. (1981). *Confidentiality or communication in the treatment of the mentally ill*.
- Mork, Mary Jean. (2016). *Privacy versus care—The shifting balance in mental health*.
- Noll, Oliver. (1976). *Patient privacy and confidentiality at mental health centers*.
- Reeves, Scott. (2008). *Qualitative research methodologies: Ethnography*.
- Savage, Jan. (2000). *Ethnography and health care*.
- Simmons-Mackie, Nina. (1999). *Qualitative methods in aphasia research: Ethnography*.
- Watson, Amy C.; Fulambarker, Anjali J.; Kondrat, David C.; Holley, Lynn C.; Kranke, Derrick; Wilkins, Brittney T.; Stromwall, Layne K.; & Eack, Shaun M. (2017). Social work faculty and mental illness stigma. *Journal of Social Work*.

استناد به این مقاله: فولادیان، مجید؛ امینی، فاطمه و روشندل، نفیسه. (۱۴۰۴). صدایی از پشت درهای بسته: نگاهی مردم‌نگارانه به بیمارستان اعصاب روان، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۲ (۴۵)، ۷۷–۱۲۰.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.