

بررسی جامعه‌شناختی تعامل رفتاری پزشک و بیمار

دکتر غلامعلی لیاقت^۱

چکیده

در این مقاله رابطه بین پزشک و بیمار را مورد مطالعه قرار دادیم. با مفهوم دارونماها شروع کردیم که در آن طبیب بدون دادن دارو به بیمار آنها را معالجه می‌کند. سازازس تاماس (Szasz Thomas) سه نوع رابطه را در این مورد تشخیص می‌دهد. (۱) رابطه کنش متقابل فعال و غیر فعال (۲) رابطه‌ای که بیمار در فرایند درمان با پزشک همکاری دارد (۳) رابطه متقابل. ما همچنین مدل‌های تحلیلی گافمن و الگوهای متغیر پارسن و عقاید دیوید تاکدت در خصوص پزشک‌ها را مورد بررسی قرار دادیم.

واژه‌های کلیدی:

رابطه پزشک و بیمار، کنش متقابل فعال، کنش متقابل غیر فعال، رابطه متقابل

۱ - دانشیار جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی

علل اجتماعی امراض

در سالهای اخیر دانشمندان علوم پزشکی و اجتماعی نقشی را که عوامل روانی و اجتماعی می‌توانند در بروز امراض داشته باشد مورد بررسی قرار داده‌اند. این مقاله بعضی از عقاید و شواهد جمع‌آوری شده در این زمینه را از جهات کلی مورد بازنگری قرار می‌دهد. برای مثال استرس (Stress) که به عنوان یکی از شناخته شده‌ترین علل روانی و اجتماعی امراض، هم در زبان پزشکی و هم در محاورات روزمره مردم عادی، کراراً به کار برده می‌شود. استرس ممکن است زاییده زندگی شهری، کار سخت و طاقت فرسا، و یا فشار زندگی باشد. کاربرد وسیع این اصطلاح نشان می‌دهد که عوامل روانی و اجتماعی تأثیر به‌سزایی در سلامت افراد دارند.

مفهوم بیماری «روان تنی»

به دنبال انقلاب علمی و صنعتی در رشته‌های مختلف علوم پزشکی در قرن نوزدهم، که با نام شخصیت‌هایی چون پاستور همراه است. تا سالها علل بروز امراض را در وجود عوامل به‌خصوصی مانند میکروبه‌ها، که نقش غیر قابل انکاری در فرآیند بیمارسازی دارند، جستجو می‌شد. جذابیت و تازگی کشف علت میکروبی خاص برای هر بیماری منجر به فراموشی نسبی علل کلی دیگر شد. و بیان هر توضیحی درباره خصوصیت و ماهیت روابط فرد با محیط و اطرافیان و مفهومی که از این تجربیات و ارتباطات اجتماعی حاصل می‌گردید در نظر گرفته نمی‌شد. نتیجه آنکه تا اوایل قرن بیستم علمای علوم طبیعی توضیحات درباره علل روانی و اجتماعی بیماری‌هایی مانند «استرس» را، به علت اینکه ظاهراً غیر علمی و غیر منطقی به نظر می‌رسید، به دست فراموشی سپرده بودند.

اولین کوشش برای پیدا کردن یک جایگزین مشخص توسط فروید روانکاو مشهور به عمل آمد. به مرور این موضوع که بعضی بیماری‌ها می‌توانند بر مبنای پاسخ به تضادهای روانی و درونی افراد مطرح شوند مورد بحث قرار گرفت و این نظریه قوت یافت که امراضی از قبیل زخمهای دستگاه گوارش، التهاب پوست، و تنگی نفس (آسم) که راهی برای مقابله با آنها نبود. ممکن است بازتاب یا تظاهر تنشهای روانی و ناخودآگاه بدن باشند.

این عقاید امروز ممکن است عجیب به نظر آید، اما در هر صورت آثار آنها تاکنون به دو دلیل باقی مانده است. نخست آنکه هنوز بین افراد عادی و حتی پزشکان این تصور وجود

دارد که فقط چند بیماری مشخص هستند. که به علت عوامل روانی اجتماعی به وجود می‌آیند و بقیه امراض علل جسمی و بدنی دارند، و با کوشش و صرف وقت کافی می‌توان به آن علل پی برد، و دیگر آنکه با نتیجه‌گیری از طرز تفکر نوین به تدریج اصطلاح «بیماریهای روان تنی» استعمال روزمره پیدا کرد البته با معنایی متفاوت از آنچه محققین اصلی آن در نظر داشتند. در مفهوم امروزی، اشخاص مبتلا به بیماریهای روان تنی یک بیمار واقعی به حساب نمی‌آیند.

از زمانی که اصطلاح بیماری روان تنی رایج شده تا به امروز دو موضوع مهم پیش آمده و مورد بحث دانشمندان قرار گرفته است. نخست آنکه عده‌ای می‌گویند طبقه بندی بیماریها به دو گروه کلی، یعنی بیماریهایی که تحت تأثیر عوامل روانی هستند. و آنهایی که تحت تأثیر این عوامل نیستند، عقیده‌ای اشتباه است. در حقیقت فشارهای روانی احتمالاً ممکن است طیف وسیعی از امراض از سرما خوردگی ساده تا سرطان، و از آرتريت تا سکتة قلبی را در بر بگیرد. دوم آنکه شمار زیادی از عوامل خارجی هستند. که خود مسبب بیماری نیستند. ولی به علل اصلی بروز بیماریها و اشاعه و گسترش آنها کمک می‌کنند. و در واقع عوامل «جنبی» یا «ثانوی» به حساب می‌آیند. این عوامل از دیدگاه علت‌یابی امراض مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

محققان مندرجاً به جای تکیه کردن بر کشف تضادهای روانی و غرائز فردی، که قبلاً ریشه‌های اصلی تحقیقات بود، وقایع اجتماعی و محیطی خارج از کنترل بدن انسان، و نفوذ آنها بر سلامت افراد را مورد توجه قرار داده‌اند.

تغییرات اجتماعی

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که نفوذ طبیعت و بسیاری از عوامل اجتماعی و محیطی در تزايد موارد بیماریها و مرگ و میر افراد اثر مثبت می‌گذارد. یکی از این عوامل که می‌تواند در سلامت افراد نقش مؤثر داشته باشد پیش آمدن تغییراتی در شیوه‌های زندگی آنان است. برای اثبات این امر کوششهایی به عمل آمده و تحقیقات و مطالعات گسترده‌ای انجام شده است. براون (Brown) و برلی (Birley) دو گروه روستایی الاصل را که در کارخانه‌ای در آمریکا به کار مشغول بودند. مورد مطالعه قرار دادند. گروه اول جمعی از کارگران بودند که نسل اول خانواده بودند و بدون سابقه کارهای صنعتی در آن کارخانه کار می‌کردند و گروه دوم متشکل از فرزندان کارگرانی بودند که پدرانشان قبلاً در همان کارخانه

به کار مشغول بودند. هر دو گروه در یک محل زندگی می‌کردند و دستمزد مشابهی دریافت می‌داشتند. این بررسی در تأیید این نظریه انجام گرفت تا معلوم شود گروه دوم که تجربه قبلی خانوادگی برای سازگاری با کار در کارخانه و پذیرش شرایط زندگی صنعتی را داراست نسبت به گروه اول که به تازگی با چنین تغییری در زندگی مواجه شده است، آیا کمتر تحت تأثیر تغییر شرایط محیط و احتمال بروز عوارض ناشی از آن قرار می‌گیرد یا خیر؟ پس از انجام تحقیقات همان طور که پیش بینی می‌شد معلوم گردید گروه اول علائم مرضی بیشتری را نشان داده و میزان بالاتری از غیبت در کار به علت بیماری را به خود اختصاص داده است.

داغدیدگی

یکی از خردکننده‌ترین انواع فشارهای اجتماعی همراه با پیامدهای مخرب روانی، که مبتلایان به آن اغلب به پزشکان مراجعه می‌کنند. داغدیدگی است. مطالعات نشان داده است افرادی که به تازگی یکی از بستگان نزدیک خود را از دست داده‌اند احتمال ابتلا به بعضی بیماریها، و حتی مرگ زودرسشان به علت داغدیدگی زیاد بوده است. Averiff (۲۰۰۱) و همکارانش در یک مطالعه روی جمعی از مردان ۵۵ ساله و بالاتر، که همسران یا همدمان صاحب خود را از دست داده بودند، مشاهده کردند که تعداد کثیری از آنان تا ۶ ماه پس از داغدیدگی به طور فزاینده‌ای به علت ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی درگذشتند. ریز (Rees) و لوتکینز (Lutkins) داغدیدگی را در یکی از بیمارستانهای نیمه روستایی ایالت ولز انگستان مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که میزان مرگ و میر در بین داغدیدها در مقایسه با گروه شاهد (آنها که به چنین مصیبتی دچار نشده بودند) به مراتب بیشتر بوده است.

این دو دانشمند اظهار می‌کنند که مردان با از دست دادن نزدیکانشان خیلی زودتر از زنان در معرض نابودی قرار می‌گیرند. و مدارک متعددی بر اثبات این قضیه وجود دارد. اما فرآیند روانی این امر، که بتواند پاسخی به این مسئله باشد، بسیار پیچیده و تا حدی ناشناخته است.

بررسی دیگری که در ۱۹۹۲ توسط لانجر (Langer) میکل (Michal) روی جمعی از زنان و مردان پیر و بیوه به عمل آمده نمایانگر آن است که برای بسیاری از آنان داغدیدگی یک واقعه ساده و زودگذر نبوده است. برای دوسوم آنها مرگ نزدیکان با اوج‌گیری

پارهای از بیماریهایشان همراه بوده است و چنین وضعی برای بیش از یک سال به درازا کشیده است. گذران این مدت برای آنان با فشارهای روانی، جسمی، و مالی سخت همراه بوده و آنها را در یک انزوای اجتماعی فرو برده است.

مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن مسئولیت مراقبت از یک عضو بیمار خانواده که مبتلا به نوعی بیماری مزمن باشد مثال بارزی از تحمل یک فشار سنگین اجتماعی است که ممکن است نتایج نامطلوبی برای فرد مراقبت کننده داشته باشد. نیوتن (Newton) در ۱۹۹۴ آثار زیان بخش وظیفه نگهداری مراقبت از افرادی را که دچار حمله‌های قلبی می‌شوند در خانواده‌های مختلفی مورد بررسی قرار داد و پس از انجام مطالعات خود شواهدی ارائه کرد مبنی بر اینکه بیش از ۴۰ درصد کسانی که مسئولیت مراقبت از همسران بیمار خود را بر عهده دارند از مرض افسردگی (depression) رنج می‌برند سه چهارم این افراد تا مدت زمانی طولانی بعد از حمله قلبی شریک زندگی‌شان از قرصهای آرام بخش یا خواب آور استفاده می‌کردند. علاوه بر ناراحتی روانی، خستگی بدنی فزاینده‌ای نیز عارض شخص مراقبت کننده می‌شود. که آن هم زاییده همان منبع فشار است. همسر ممکن است از لحاظ اقتصادی دچار تغییرات و کمبودهایی بشود و تماسهای اجتماعی خود را کاهش دهد، کیفیت روابط زناشویی نیز ممکن است از لحاظ اقتصادی دچار تغییرات و کمبودهایی بشود و تماسهای اجتماعی خود را کاهش دهد، کیفیت روابط زناشویی نیز ممکن است از این وقایع متأثر شود. و از همه مهمتر آنکه سایر اعضاء خانواده هم شاید مجبور شوند وضع خود را با موقعیت روانی تغییر یافته و رفتار پر اضطراب شخص مریض وفق دهند. به علاوه هر گاه مریض علائمی از بهبودی نشان دهد افراد خانواده ممکن است برای تطابق توقعاتشان با وضع جدید مریض دچار اشکال شوند. برآوردن این توقعات به خصوص وقتی دشوارتر خواهد بود. که بیمار ظاهراً بهتر شده ولی بهبودی کامل را به دست نیاورده باشد.

فشار کار و موقعیتهای شغلی

اغلب مردم از «کار» به عنوان منبع اصلی و بالقوه ایجاد فشارهای روانی یاد می‌کنند. بررسیهای تجربی و پژوهشهای علمی زیادی که در این زمینه انجام شده بیانگر پیچیدگی ذاتی این موضوع است. مطالعات و آزمایشهایی که در آزمایشگاهها به عمل آمده و تحقیقاتی که از وضعیت جسمی و روانی افراد در رابطه با کاری که انجام می‌دهند صورت گرفته همگی مبین آن است که در اثر فشار کار ممکن است دگرگونیهای فیزیولوژیکی در بدن

پدید آید. تیمین (Timin) و راپاپورت (Rupaport) ضمن مطالعه‌ای دریافتند هنگامی که دستمزد کارگران غیر ماهر در یک کارخانه شیرینی سازی از وضع حقوق مستمر ماهانه به وضع «پرداخت بر حسب نتیجه کار» تغییر یافت ترشح هورمون کاتکولامین بدنشان زیاده‌تر شد. یادآوری می‌شود که هورمون مزبور در حالت عادی ایجاد اضطراب می‌کند و ممکن است مقدمه‌ای بر بروز یک حمله قلبی ناگهانی باشد. به عبارت دیگر پاداش توأم با فشار برای کارگران تبدیل به نوعی عارضه جسمی شد.

رز (Rose) و همکارانش (۱۹۷۹) مشاهده کردند که فشار خون مراقبان ترافیک هوایی هنگام انجام وظیفه در مقایسه با زمان فراغت، به طور قابل ملاحظه‌ای بالا می‌رود. این در حقیقت انعکاس کارهای سنگین و مراقبت‌ها و مسئولیت‌های مداوم است. ولی به هر حال بسیار مشکل است که بتوان فشارهای روانی حاصله از موقعیت‌های شغلی را دقیقاً نشان داد. مثلاً رز (Rose) و همکارانش تا سه سال پس از تحقیقات اولیه خود هیچ نوع بیماری روانی خاصی که بتوان آن را به موقعیت و مسئولیت شغلی نسبت داد در افراد تحت مطالعه خود پیدا نکردند.

یکی از بیماری‌هایی که معمولاً، و به اعتقاد اکثر مردم، به فشار حاصله از کار نسبت داده می‌شود بیماری قلب و عروق است. نتیجه مجموع مطالعات انجام شده در این باره توانسته است به طور متقاعد کننده‌ای رابطه بین نوع کار (و مسئولیت‌های مربوط به آن) و ویژگی‌های محیط کار را با فشارهای روانی و بیماری‌های ناشی از این نوع فشارها آشکار کند.

هینکل (Hinkle) در سال ۱۹۸۴ نتیجه مطالعات وسیع خود درباره کارمندان شرکت تلفن آمریکایی بل (Bell) را با استفاده از اطلاعاتی که از پرونده‌های استخدامی آنان استخراج و جمع آوری کرده بود به صورت گزارشی ارائه کرد. بررسی مزبور به منظور تعیین و اندازه‌گیری فشار حاصله از کار در اثر تغییر موقعیت‌های شغلی کارکنان شرکت از قبیل تنزل یا ارتقاء رتبه، انتقال محل خدمت، و سایر مسائل شغلی، و ارتباط آنها با حمله‌های قلبی بود. او در این تحقیقات دریافت که کارمندان خیلی موفق، که بالاترین درجات ارتقاء اداری را پیموده یا مسئولیت‌های مهمی را عهده دار شده بودند. بالاترین میزان امراض قلبی را (در مقایسه با گروه شاهد) به خود اختصاص داده بودند. مع هذا هینکل معتقد است که تغییرات شغلی و جابجایی‌های اداری (نقل و انتقال به محل‌های جدید) چندان رابطه آماری مستقیمی با امراض قلبی ندارد. و این رابطه بیشتر در مورد قبول مسئولیت‌های مهم صادق است.

این مبحث بدون ذکر کار گردون (Gordon) اندرسون (Anderson) کامل به نظر نمی‌رسد. این دو محقق افراد را از نظر نوع یا الگوی رفتارشان به دو گروه تقسیم می‌کنند: نوع الف و نوع ب؛ و چنین استدلال می‌کنند که گروه رفتاری نوع الف شامل افرادی رقابت‌جو، پرخاشگر، و بدون صبر و تحمل است. که همیشه در انجام امور دچار ضیق وقت هستند و در هرکاری که به آنان محول شود احساس مسئولیت شدید می‌کنند، و نتیجه می‌گیرند که این گونه افراد تمایل زیادی به ابتلا به امراض قلبی دارند. افراد گروه رفتاری نوع ب که فاقد ویژگی‌های فوق هستند به مراتب کمتر دچار ناراحتیهای قلبی می‌شوند، و به عبارت دیگر خطر ابتلا به امراض قلب در گروه اول دو مرتبه بیشتر از گروه دوم است. این مطالعات فاش می‌کند که فقط اشخاص به خصوصی با ویژگیهای رفتاری مخصوص به خود هستند. که در برابر فشار کار و مسئولیتهای ناشی از آن دچار حمله‌های قلبی می‌شوند. این موضوع تقریباً اظهار نظر منفی هینکل را مورد تأیید قرار می‌دهد.

البته موضوع چنین پیچیده‌ای را نمی‌توان با اطمینان کامل چنین تفسیر کرد که رابطه ساده‌ای بین مسئولیت کاری و بیماریهای قلبی وجود دارد، و بایستی برای اثبات یا نفی آن مطالعات بیشتری انجام داد و عوامل دیگر را جستجو کرد مثلاً پاره‌ای مطالعات در انگلستان نشان داده است. که میزان مرگهای ناشی از امراض قلبی در طبقات پایین اجتماع بیش از طبقات متوسط و بالاست. یک بررسی که اخیراً روی کارمندان دولتی انگلستان انجام شده به وضوح آشکار ساخته است. که ابتلا به امراض قلب و عروق در بین کارمندان رده‌های بالا به مراتب کمتر از رده‌های پایین اداری بوده است، و حتی با در نظر گرفتن سایر عوامل خطر، مثل کشیدن سیگار، باز هم نتیجه همان بوده است (مارموت و همکاران، ۱۹۷۸)

مطالعات دیگری در همین زمینه برای تعیین میزان خطر برای مردان و زنان در ارتباط با مسئولیتهای شغلی و درجات اجتماعی آنان صورت گرفته و تاحدی مشخص شده است که اولاً در بین طبقات بالای اجتماع تعداد مردانی که در گروه رفتاری نوع الف جای می‌گیرند به مراتب بیشتر از زنان است و این تفاوت در طبقات پایین اجتماعی کمتر مشهود است.

راهه (Rahe)، راپاپورت (Rapaport) که این مطالعه را انجام داده‌اند. معتقدند که در پدید آمدن الگوهای رفتاری نوع الف شرایط محیط کار بیش از سایر شرایط مؤثر است. ثانیاً مشاهده شده که مرگ و میر ناشی از امراض قلبی در مردان نسبت به زنان در طبقات بالای اجتماع بیشتر است. در حالی که این نسبت در طبقات پایین اجتماع برابر و یا به آن شدت نیست. جالب توجه آن است که چنین تفاوتی فقط در مورد بیماریهای قلبی و مرگ و

میرهایی ناشی از آن رخ داده و در مورد سایر بیماریها از قبیل بیماریهای مربوط به عروق مغز یا برونشیت و غیره صادق نبوده است. دو دانشمند اخیر اظهار نظر می‌کنند که فشارهای کاری در مردان طبقات اجتماعی بالا فقط در مورد بعضی طبقات اجتماعی بالا فقط در مورد بعضی مشاغل وجود دارد که نتیجه‌اش گرایش به رفتارهای نوع الف و در نهایت بیماری قلبی است. در حقیقت شرایط شغلی و رفتاری خاصی که طبقات بالای اجتماعی از آن برخوردارند سبب می‌شود که در مجموع به میزان کمتری دچار عوارض قلب و عروق شوند. همانطور که در بالا اشاره شده موضوع رابطه مسئولیتهای شغلی و فشارهای ناشی از آن با بیماریهای قلب و عروق موضع پیچیده و مبهمی است که برای تجزیه و تحلیل آن از دیدگاه روان‌شناسی احتیاج به تحقیقات بیشتر و عمیق‌تری است.

فشارهای ناشی از بازنشستگی از کار نیز عاملی قابل مطالعه است. بازنشستگی خود کمتر می‌تواند عامل مؤثری در بروز حالت استرس و عوارض ناشی از آن باشد به ویژه اگر تغییر فاحشی در میزان درآمد و وضع مالی و اقتصادی شخص پدید نیآورد، ولی از دست دادن غیر داوطلبانه شغل، به عنوان «مازاد بر احتیاج» یا به هر علت دیگر در ایجاد استرس بدون تأثیر نخواهد بود. سیلی (selye) و کوب (cobb) در دو کارخانه قبل و بعد از تعطیل شدن اجباری آن به میزان قابل ملاحظه‌ای استرس آشکار و عوارض ناشی از آن را در بعضی کارگرانی که پیش از تعطیل کارخانه وقوع این امر را پیش بینی کرده بودند مشاهده کردند. اما بعد از بسته شدن کارخانه‌ها شواهد کمتری از ناراحتیها و عوارض جسمی و روحی به خاطر از دست دادن شغل را در بین کارگران بیکار یافتند. گر چه بعضی عوامل خطر از قبیل فشار خون و چربی بالای خون در بین آنان دیده می‌شد. با وجود اینکه تحقیقات و مطالعات بیشتری برای اثبات اثر بیکاری بر سلامت فرد لازم است. ولی از نظر کلی ارتباط بین بیکاری و شیوع امراض و ازدیاد مرگ و میر تا حدود قابل ملاحظه‌ای روشن شده است.

نقش وقایع و اتفاقات زندگی

برای بررسی نقش پاره‌ای تغییرات و اتفاقات زندگی از قبیل اشتغال به کارهای صنعتی (بدون سابقه قبلی)، بیکاری، بازنشستگی، نقل و انتقال اداری، و غیره لازم است، میزان اضطراب حاصله از آن اتفاق و تأثیر این اضطراب در ایجاد بیماریها را مورد نظر قرار دهیم. هلمز (Holms) و راهه (Rahe) برای سنجش این اضطراب کوشیدند. تا مقدار آن را در یک سلسله حوادث زندگی با اعداد نشان دهند. آنها از جمع کثیری از مردم خواستند که به ۴۲

نوع حادثه زندگی که در جدولی تنظیم شده بود، بسته به اینکه تا چه مدت پس از وقوع آن توانسته‌اند به وضع تطابق اولیه و طبیعی خود باز گردند، نمره دهند. ازدواج با ارزش آماری شماره ۵۰ به عنوان مرجع مقایسه و درجه بندی ۴۱ حادثه دیگر انتخاب شده بود. در جدول مزبور هم حوادث خوب زندگی و هم حوادث بد آن گنجانده شده بود چرا که این هر دو در وضعیت جسمی و روحی شخص تغییراتی به وجود می‌آورند. این دانشمندان متوجه شدند که بیشتر پاسخ دهندگان به تأثیر نسبی حوادث در زندگی خود اعتراف کرده‌اند. دو محقق فوق از روی نمره‌هایی که پاسخ دهندگان به سوالات داده بودند «مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد با اجتماع» (Social Readjustment Rating Scale=SRRS) را به وجود آوردند، و با استفاده از این مقیاس به اضطراب زایی حوادث نمره دادند که نمونه‌ای از آن در اینجا ذکر می‌شود. نمره‌ها بین صفر تا ۱۰۰ تنظیم شده بود و کسانی که در طول مدت معینی (مثلاً یک سال) چندین حادثه را تجربه کرده بودند نمره آنها با هم جمع می‌شد:

مرگ همسر ۱۰۰

طلاق ۷۳

ازدواج ۵۰

تغییر عمده در مسئولیتهای شغلی ۲۹

تغییر محل سکونت ۲۰

مرخصی ۱۳

بنابراین اگر کسی در زندگی خود در مدت یک سال یک مورد طلاق داشته و دوبار از مرخصی استفاده کرده است. نمره اضطرابش ۹۹ می‌شود پارادوسی (Paraducci) سنجش SRRT را بر روی گروههای مختلفی آزمایش کرده تا ببینند که سازگاری مجدد اجتماعی آنان چگونه با بروز بیماریها ارتباط پیدا می‌کند. یکی از این آزمایشها روی گروهی پزشک انجام شد و از آنان درباره حوادث زندگیشان سوالاتی به عمل آمد و به هر یک نمره اضطراب داده شد سپس نمره‌های اضطراب پزشکان جمع بندی و بر مبنای آن به سه گروه «خطرناک» «متوسط»، «کم خطر» تقسیم گردید. پس از ۹ ماه وضعیت سلامت آنها بررسی و مشاهده گردید. که به ترتیب ۴۹٪ و ۲۵٪ و ۹٪ به بیماریهای مختلف مبتلا شده بودند. آزمایش مشابه دیگری روی فرزندان کارکنان نیروی دریایی انجام شد و ارتباط مستقیمی بین نمره اضطراب و ابتلا به بیماریها مشهود افتاد. پارادوسی و همکارانش به

همین روش انفارکتوس میوکارد را بررسی کردند و نتایج به دست آمده نشان داد که مبتلایان به انفارکتوس نمره اضطراب بالاتری نسبت به گروه شاهد داشته‌اند. همچنین متوجه شدند که بین نمره SRRT و میزان ترشح کاتکولامین در بدن ارتباط متقابلی وجود دارد.

مجموعه این تحقیقات نشان می‌دهد که چه ارتباط پیچیده‌ای بین حوادث زندگی و بروز بیماریهای جسمی وجود دارد. برکر (Becker) متوجه شد که حوادث زندگی نقش مهمی در درمان بیماران دیابتی که با انسولین تحت مداوا هستند دارد. او معتقد بود که تغییرات هورمونی ناشی از اضطراب، تعادل فیزیولوژیکی بدن را، که با انسولین حفظ شده است، به هم می‌زند. کیمینرزی (Kimnersley) با تحقیق روی زنانی که حوادث شدیدی در زندگی خود داشته‌اند. ارتباط نزدیکی بین وقوع آن حوادث و بروز عوارضی نظیر زخم روده و کبیر مشاهده کردند و به این نتیجه رسیدند که اختلالات روانی که به دنبال حادثه‌ای در زندگی پیش می‌آیند می‌توانند مقدمه‌ای بر بروز بیماریهای جسمی باشند.

حوادث زندگی و بیماریهای روانی

نقش حوادث زندگی در بروز بیماریهای روانی به طور مشخصی به اثبات رسیده است. براون (Brown) و هالمز (Holmes) تحقیقی را درباره نقش حوادث زندگی در ایجاد استرسهای بالینی آغاز کردند. آنها نخست آن دسته از خصوصیات حوادث را که به ایجاد بیماری منجر می‌شود مشخص کردند. و سپس با استفاده از مقیاس SRRT به تعیین ارتباط بیماری روانی با حوادثی که پیش آمده پرداختند. گر چه این تحقیق ارتباط ضعیفی را بین علت و معلول نشان می‌داد ولی آن دو معتقد بودند که در مطالعاتشان نمره کمی به حوادث داده و موقعیتهای خاص بروز حوادث را در نظر نگرفته‌اند. مثلاً در مورد اضطراب حاصله از تغییر محل سکونت متوجه شدند که چنانچه شوهر هنگام جابجایی حضور نداشته باشد فشار روانی حاصله از آن بر روی زن تأثیر بیشتر گذاشته و اضطراب جدی‌تری به وجود می‌آورد. بنابراین شدت به وجود آمدن اضطراب در تغییر محل سکونت (یا هر حادثه دیگر زندگی) به موقعیت انجام آن بستگی دارد. و این پژوهشگر است که باید متوجه نوع و موقعیت حادثه باشد.

این دانشمندان، دنباله تحقیقات خود را روی چند نمونه تصادفی از زنان، که بعداً معلوم شد ۱۶٪ آنان مبتلا به افسردگی بالینی هستند ادامه دادند و متوجه شدند که فقط حوادثی

با افسردگی آنان ارتباط مستقیم داشته است که عوارض تهدید کننده دراز مدتی به دنبال داشته و ضربه روحی شدیدی به آنان وارد کرده است مثل ابتلا خود آنها یا یکی از نزدیکانشان به یک بیماری مهلک، خیانت شوهر، اخراج از کار، و یا حوادثی از این قبیل. به عبارت دیگر اگر حادثه‌ای دردناک، با وجود شدت و حدت آن، فقط برای مدت کوتاهی ادامه داشته باشد منجر به افسردگی طولانی نخواهد شد. عامل اجتماعی دیگری که می‌توانسته در زندگی زنان افسرده نقش مؤثری داشته باشد مشکلات مالی دراز مدت بوده که دست کم دو سال ادامه داشته است.

این دانشمندان همچنین کشف کردند که میزان افسردگی در زنان طبقه کارگر بیشتر از زنان طبقه متوسط اجتماعی است این اختلاف فقط به خاطر این نیست که زنان طبقه کارگر بیشتر در معرض حوادث و امراض هستند بلکه چهار عامل ثانوی دیگر نیز در افسردگی آنان نقش مهمی داشته است: نداشتن دوست و مصاحب نزدیک، داشتن فرزند زیاد (لااقل ۳ کودک زیر ۱۵ سال) از دست دادن مادر در دوران کودکی، نداشتن شغل مناسب، به گفته دانشمندان مزبور اگر زنی در زندگی خود با این چهار عامل دست به گریبان باشد در صورت روبه رو شدن بایک حادثه شدید برای ابتلاء به افسردگی آمادگی بیشتری نشان می‌دهد. به عبارت دیگر عوامل چهار گانه فوق عوامل مستعد کننده برای ابتلا به افسردگی هستند. براون و هریس درباره مکانیسم این عوامل مستعد کننده نیز تحقیقاتی به عمل آوردند و معتقد شدند که چهار عامل ذکر شده، اعتماد به نفس و توانایی زنان را در رویارویی با حوادث کم می‌کند و ناامیدی پس از حادثه نیز این ناتوانی را تشدید کرده و افسردگی دراز مدتی به بار می‌آورد.

تحقیقات فوق را می‌توان درآمدی برای کشف ریشه‌های اختلالات روانی و یافتن علل اجتماعی بیماریها دانست ولی به طوریقین مطالعات و تحقیقات بیشتر و گسترده‌تری برای اثبات و بسط این نظریات لازم است.

مثلاً فقدان یک دوست صمیمی و نزدیک می‌تواند موضوع جالبی برای تحقیق و مطالعه اپیدمولوژیک در زمینه بیماریهای روانی از دیدگاه علل اجتماعی باشد. و یا موضوعات روانی و اجتماعی دیگری که تاکنون به صورت بکر و ناشناخته باقی مانده و هریک درخور تحقیق و مطالعه است.

منابع

1. Averil ,J.R.and Athers Griel: Tls Nature and significance(2001) psychological Bulletin 10:721-47.
2. Brown, G.W.and Birley,J.L.T Crises and life changes and the onset of schizophrenia. Journal of Health and social Behaviour. g:(1998) 203-14
3. Becker, E. Towards comprehensive Theory of Depression , Journal of Nervous and mental Diseases /35:26-35(2000)
4. Brown,G.W.and Holmes T.H.Meaning measurement and stress of life
5. Gordon, G.Andorson O.W(1988) The individual and society,New Haven, college university press
6. Kimnersley p. (2001) The Hazards of work and How to fight them London. Pluto press
7. Langer, T.S.and Michal, S.T (2001) Life stress and mental Health,London: collier macmelle
8. Life Events.Im B.S.Dohrenwod.and B.P.Dohrenweed (eds) (1994) stressful life Events:their nature and effects. New york: John weley.
9. Parducci A. the Relativism of absolute judgments scient lic.
10. American (219):84-4(1996)
11. Social science Review 36.Reprinted H.J. Parad crisis In Tesution.
12. Rapaport L: state of crisis: some theoretical considerations social science Review 36 (2000)
13. Rapaport,L.and Rahe, the state of crisis some theoretical considerations.
14. Selye , Hand conbb,J, (1986) stress of life, London, Longmans, Green and co.
15. Selected Reading, New York, Family service Association(2000)