

## جوهره ها و ساختارهای اجتماعی - جمعیتی کیفیت زندگی (مجروحین شیمیایی): یک مطالعه پدیدار شناختی

محسن ناصری راد<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر درک و توصیف کیفیت زندگی اجتماعی مجروحین شیمیایی به مثابه قشر آسیب پذیر جامعه است. رویکرد این پژوهش، فنومنولوژی (پدیدارشناسی) توصیفی است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مجروحین شیمیایی ساکن تهران است. روش نمونه گیری هدفمند است. در این پژوهش حجم نمونه برابر با ۹ نفر است و روش اصلی جمع آوری داده ها مصاحبه عمیق است. برای تحلیل داده ها از روش پیشنهادی کلاییزی استفاده شد. یافته ها نشان داد که وجود مشکلات در روابط میان فردی، عدم درک برخی از افراد از شرایط مجروح شیمیایی، ستیز و تضاد در رابطه میان پزشک و مجروح شیمیایی، انزوای اجتماعی، عدم مشارکت اجتماعی، مشکلات مربوط به شغل، تحصیل و ازدواج، سلامت اجتماعی آنها را تهدید کرده و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی شان گردیده است. نتایج پژوهش نشان می دهد که سایه جنگ همچنان بالای سر مجروح شیمیایی قرار دارد. جنگ آثار تخریبی و نامطلوبی بر سلامت و رفاه انسانها به جای گذاشته است. در مقام مداخله اجتماعی، می توان به مداخلات جامعه شناسان بالینی به عنوان مشاوران مجروحین شیمیایی و خانواده هایشان، توسعه دهنده برنامه درمانی و متصدی آموزش در بیمارستان تأکید داشت.

**واژگان کلیدی:** اقشار آسیب پذیر، جامعه شناسی بالینی، کیفیت زندگی اجتماعی، مجروحین شیمیایی، مداخله.

## مقدمه

کیفیت زندگی مفهوم نامشخصی است و معنی آن بستگی بسیار به زمینه و بستری دارد که در آن مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف پدیده‌های طبیعی مانند دما و اقلیم، کیفیت زندگی مستقیماً قابل مشاهده و اندازه‌گیری با ملاک‌های پذیرفته شده عموم نیست، بلکه یک انتزاع فکری است که تمهید شده است تا در نظر گرفتن چگونگی زندگی مردم را در چارچوب‌هایی تسهیل کند که در آنها داوری درباره اینکه چه چیز می‌تواند بهتر یا بدتر باشد مطرح شود؛ بنابراین، مشابه با مفاهیمی همچون توسعه، رفاه و بهزیستی است. (خاقانی زاده و سیرتی، ۱۳۸۳: ۳۷-۳۳). بنا بر عقیده بسیاری از صاحب نظران، کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی است - Fallon&et, 1997:562 (570; Jalowiec, 1990:271-277). بعد «اجتماعی» کیفیت زندگی به توانایی برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی و نیز وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی مربوط می‌شود.

کیفیت زندگی، شاخص امروزین پیشرفت یک اجتماع است و در برگیرنده مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می‌کنند. کیفیت زندگی یکی از اساس‌ترین مفاهیم علوم اقتصادی و سیاسی است که در آن پارامترهای مادی توسعه اقتصادی و تولید سرانه داخلی در کنار پارامترهای غیر مادی ای همچون کیفیت کار، سطح با سواد و فرهنگ، استاندارد پزشکی و بهداشت، کیفیت فراغت و تفریح، شرایط محیط زیست، جو سیاسی، احساس خوشبختی انفرادی و حتی آزادی و اتحاد ملی مورد بررسی قرار می‌گیرند. کیفیت زندگی هم فردی و هم اجتماعی است که این دو جنبه متقابلاً به هم وابسته‌اند. ما همه در قالب خانواده و اجتماع به هم وابسته‌ایم و در تأمین زندگی به آنها کمک می‌کنیم. بین‌المللی ساختن روابط اقتصادی و ماهیت جهانی تهدیدات زیست محیطی، احساس و واقعیت روابط متقابل را در مقیاس جهانی تقویت می‌کند. در این میان برداشت‌های اجتماعی کلی‌تر از چگونگی ارتقاء کیفیت زندگی هم متضمن نوعی اولویت‌بندی است (اسمیت، ۱۳۸۱: ۱۷۳-۱۶۰).

مجروحین شیمیایی قشر آسیب‌پذیر در هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند و جنگ به عنوان عاملی در پیامدهای گسترده فردی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نسل‌های متمادی، تأثیرات چشمگیری بر روابط اعضای آن جامعه می‌گذارد و این مشکلات تا مدت‌ها پس از جنگ گریبانگیر دیدگان خواهد بود. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر جسمی و روانی دچار اختلال می‌گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تأثیر از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد (خاقانی زاده و سیرتی، ۱۳۸۳: ۳۷-۳۳). در طول سال‌های جنگ ایران و عراق کشورهای غربی سلاح‌های میکروبی و شیمیایی را که ساخته و هرگز موفق به انجام آزمایشات آنها نشده بودند را توسط کشور

عراق در میدان واقعی آنها آزمایش کردند و امروز مجروحین شیمیایی درگیر تبعات موادی هستند که در زمان جنگ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفت؛ مواد شیمیایی پیچیده‌ای که بعضاً تبعات آنها به مرور و در طول زندگی آنان نمایان می‌شود. گذر زمان کیفیت زندگی مجروحین شیمیایی جنگ را کاهش داده است و ابعاد مشکلات آنان گسترده‌تر شده است.

مقدمه هر حرکتی برای ارتقای عادلانه کیفیت زندگی افراد یک جامعه، تعیین کیفیت فعلی زندگی آنان است. از طریق بررسی کیفیت زندگی می‌توان گروه‌های در معرض خطر را بهتر شناسایی کرد و تدابیر لازم برای پیشگیری از کاهش سلامت اجتماعی در آنها را به کار بست. درک و توصیف کیفیت زندگی اجتماعی مجروحین شیمیایی می‌تواند توانایی مدیران خدمات بهداشتی و درمانی را برای بهبود شرایط زندگی مجروحین شیمیایی افزایش دهد. در بسیاری از بیماری‌ها، هدف درمان کامل افراد نیست، بلکه ایجاد شرایطی از زندگی است که فرد احساس آرامش و امنیت کند. شاخص کیفیت زندگی می‌تواند نشان دهد که اقدامات تخصصی، مداخلات بالینی و درمانی و همکاری‌های بین‌بخشی تا چه اندازه مطلوب و مؤثر بوده است. برخی دیگر از ضرورت‌های بررسی کیفیت زندگی اجتماعی عبارت‌اند از، بهبود روابط پزشک-بیمار و سیاست‌گذاری. با افزایش درک پزشک از اثرات بیماری در زندگی بیمار، روابط پزشک و بیمار بهتر شده و بیمار نیز خدمات پزشکی را مؤثرتر حس می‌کند. سیاست‌گذاران با در نظر گرفتن این پیامد می‌توانند تخصیص منابع محدود را با بینش وسیع‌تری انجام دهند. بسیاری از پژوهش‌ها تعریفی از کیفیت زندگی ارائه نمی‌دهند، در حالیکه با توجه به عدم اجماع در مورد تعریف این واژه، انتظار می‌رود در پژوهش‌های مربوط، این مفهوم و بعد اجتماعی - جمعیتی در نظر گرفته شده برای آن بطور شفاف مشخص گردد (فایر و مچین، ۲۰۰۰ به نقل از نجات، ۱۳۸۷: ۶۲-۵۷). علیرغم اینکه ایران یکی از قربانیان سلاح‌های شیمیایی است، با گذشت بیست سال از وقایع جنگ، اطلاعات موجود درباره وسعت، صدمات و عوارض ناشی از آن در زندگی اجتماعی جانبازان شیمیایی ناکافی است و اغلب پژوهش‌ها بر ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی متمرکز بوده است تا بعد اجتماعی آن و علت این امر را نوظهور بودن و همچنین عدم آشنایی بسیاری از پژوهشگران با مفهوم کیفیت زندگی عنوان کرده‌اند (Katsching&Krutgartner,2002:171-185).

هدف اصلی این پژوهش درک و توصیف کیفیت زندگی اجتماعی مجروحین شیمیایی است. به عبارت دیگر، هدف اصلی این تحقیق درک و توصیف معانی مشترک یا جوهره‌های (مضامین اصلی فهم بین‌الذهانی) زندگی اجتماعی است که توسط مجروحین شیمیایی تجربه شده است.

### مرور ادبیات کیفیت زندگی

کیفیت زندگی به طور معمول دربرگیرنده مجموعه‌ای از تجارب ذهنی است که هر فرد از زندگی خود و شرایطی که در آن قرار دارد، ارائه می‌دهد. کیفیت زندگی آمیزه‌ای است از رضایت‌مندی فرد از کارایی‌اش و ارتباطات فعال یا غیرفعال که با محیط پیرامونش دارد. کیفیت زندگی بیش از آنکه توصیفی برای وضعیت سلامت فرد باشد، انعکاسی از این است که وی چگونه وضعیت سلامت و سایر جنبه‌های مرتبط با سلامت زندگی خود را درک می‌کند و به آن واکنش نشان می‌دهد. مفهوم کیفیت زندگی برای هر کس منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است. تعاریف جدید، کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسان‌ها و سطح واقعیت‌ها عنوان می‌کنند که هر چه این اختلاف کمتر باشد، کیفیت زندگی بالا تر است. بوند (Bond) معتقد است کیفیت زندگی را باید بیشتر به صورت یک مفهوم ذهنی به کار برد. ارزیابی فرد از سلامت خویش عامل کلیدی در مطالعه کیفیت زندگی است. قضاوت فرد در مورد بیماری، درمان و سلامتی خود اهمیت بیشتری نسبت به ارزیابی عینی از سلامتی دارد. عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد (Bond, 1997:112). به عقیده واریشچو (Varricchio) کیفیت زندگی پویاست به این معنا که با گذشت زمان تغییر می‌کند و به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد (Varricchio, 1990:255-259). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به عنوان جایگاه درک شده افراد در همان بستر فرهنگی و ارزشی توجیه‌کننده اهداف، انتظارات، سلیق و علایق آنها تعریف می‌کند. به عبارت دیگر کیفیت زندگی عبارت است از درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات و اولویت‌های مورد نظر فرد (برهمنی و دیگران، ۱۳۸۳:۱۳-۹).

پژوهش بولمن (Bulman) در سال ۲۰۰۰ نشان داده است که مجروحیت شیمیایی می‌تواند به افت کیفیت زندگی اجتماعی، ناتوانی در زندگی شغلی، نقش خانوادگی، مشارکت اجتماعی و عملکرد زندگی روزانه در مجروحین شیمیایی منجر گردد (Bulman, 2000:333-338). خاطری و دیگران در سال ۲۰۰۳ و نیز بیجانی و مقدم نیا در سال ۲۰۰۲ در طی پژوهشی نشان دادند که مجروحیت شیمیایی می‌تواند به افت کیفیت زندگی اجتماعی، عدم مشارکت اجتماعی و توانایی کار کردن در میان آنان منجر شود. (Khateri et al, 2003:1136-1143; Bijani & Moghadamnia, 2002:422). نتایج پژوهش برهمنی و همکارانش با عنوان بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شیمیایی سردشت در سال ۱۳۸۳ نشان داده است که کیفیت زندگی در گروه آسیب دیدگان شیمیایی پایین تر از مردم عادی بوده است و ارتباط مستقیم و معناداری بین کیفیت زندگی و اشتغال و تحصیلات

بدست آمده است (برهمنی و دیگران، ۱۳۸۳: ۱۳-۹). نتایج پژوهش حیدر علی جمالی در مورد کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی سردشت در سال ۱۳۸۳ نشان داد که ۷۱/۵ درصد جانبازان شیمیایی دارای کیفیت زندگی متوسط و فقط ۵/۸ درصد سطح کیفیت زندگی خوب داشتند. نامداری در سال ۱۳۶۷ در پژوهشی با عنوان بررسی مسائل و مشکلات جانبازان و تقدیسی در سال ۱۳۶۴ در پژوهشی با عنوان جگونگی سازگاری جانبازان آسایشگاه ها نشان دادند که مهمترین مسائل و مشکلات جانبازان در روابط میان فردی، پیامدهای مشکلات جسمی، عدم درک برخی از افراد جامعه از شرایط معلول جنگی، مسائل مربوط به شغل و ازدواج بوده است. تولایی و همکاران او در سال ۱۳۸۵ در طی پژوهشی با عنوان متغیرهای مرتبط با خودکشی در جانبازان متوفی نشان دادند که شیوع خودکشی در میان جانبازان شیمیایی از جمله پیامدهای مجروحیت با گازهای شیمیایی بوده است (تولایی و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۴۸-۱۴۳).

### روش ها

مطالعه حاضر، یک پژوهش کیفی است و رویکرد آن فنومنولوژی (پدیدارشناسی) توصیفی است. هدف پژوهشگران از کاربرد فنومنولوژی توصیفی، توصیف ساختارهای کلی پدیده و جستجوی الگوها و کلیت ها و به عبارتی، دستیابی به درکی از ساختارهای اساسی خود پدیده و توصیف جوهره های کلی آن پدیده همراه بسط مداخلات بالینی است. فنومنولوژی توصیفی بیشتر برای پژوهش هایی مفید است که هدف کشف جنبه های کلی پدیده ای است که هرگز در پژوهش های پیشین مفهوم سازی نشده و یا بطور ناتمام مفهوم سازی شده است.

(Beck, 1992: 705-713; Lopez and Willis, 2004: 726-735). طرح کلی و مراحل های اساسی پژوهش شامل است بر (۱) در پرانتز گذاری، (۲) تحلیل، (۳) شهود و (۴) توصیف. اگرچه این مراحل مؤلفه های متمایزی از فنومنولوژی توصیفی اند، هر لحظه از پژوهش متضمن ترکیبی از درپرانتز گذاری، تحلیل، شهود و توصیف جهت ارائه فهمی درست از پدیده تحت مطالعه است. در پرانتز گذاری به واسطه کاربرد یادداشت های میدانی برای نوشتن مشاهدات و مفروضات و بواسطه حفظ مستمر احتیاط درباره سوگیری شخصی به هنگام فهم داده ها به اجرا درمی آید.

در این پژوهش، جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مجروحین شیمیایی ساکن تهران است. روش نمونه گیری هدفمند است و حجم نمونه ۹ نفر است.

روش اصلی جمع آوری داده ها مصاحبه عمیق است که تجزیه و تحلیل فنومنولوژی توصیفی بر روی دست نوشته های حاصل از پیاده سازی مصاحبه ها با شرکت کنندگان انجام شد.

برای تحلیل، روش پیشنهادی کلایزی (Colaizzi) بکار رفت. روش کلایزی هفت مرحله زیر را شامل شد:

- ۱- خواندن و باز خوانی توصیفات شرکت کنندگان از پدیده به منظور احساس کردن تجربه آنان و فهم شرح گفته هایشان.
  - ۲- استخراج گزاره های مهمی که مستقیماً به پدیده مربوط می شد.
  - ۳- فرموله کردن معانی گزاره های مهم.
  - ۴- مقوله بندی معانی فرموله شده در درون خوشه های مضامینی که بین همه شرکت کنندگان مشترک بود؛ ارجاع این خوشه ها به رونوشت های اصلی جهت اعتبار بخشی و تأیید همسازی بین نتایج حاصله پژوهشگر و شرح گویی های اصلی شرکت کنندگان؛ نادیده گرفتن داده هایی که برای تولید نظریه مناسب نبودند بطوریکه ناسازگاری و تناقض یافته های کنونی حذف گردید.
  - ۵- ادغام یافته ها در توصیف جامعی از پدیده مطالعه شده. بکارگیری نظم و ساختاری تصنعی جهت پل زدن بر شکاف های بین جمع آوری داده ها، شهود و توصیف مفاهیم. بر پایه این توصیف پیش نمونه ای از مدل نظری درباره پدیده تحت بررسی فرموله شد.
  - ۶- اعتبار بخشی یافته ها از طریق مراجعه به برخی شرکت کنندگان جهت جویا شدن این مطلب که چگونه آن را با تجربه شان مقایسه می کردند.
  - ۷- جای دادن همه تغییرات پیشنهادی شرکت کنندگان در توصیف نهایی جوهره پدیده. مطابق با مفروضات هوسرل درباره اهمیت آگاهی متعالی، شهود نهایتاً به حسی درونی از آنچه که ممکن بود شبیه به «زندگی در پوست شرکت کنندگان» باشد منتهی گردید.
- توصیف، ارائه مدلی نظری بود که بازنماینده ساختارهای اساسی پدیده تحت مطالعه بود (Wojnar&Swanson,2007:172-180).

برای ارزیابی کیفیت داده ها از روش پیشنهادی لینکلن و گوبا (Lincoln&Guba) استفاده شد. بر این اساس پنج ملاک اعتماد پذیری<sup>۱</sup>، باور پذیری<sup>۲</sup>، انتقال پذیری<sup>۳</sup>، اتکاء پذیری<sup>۴</sup> و تأیید پذیری<sup>۵</sup> در نظر گرفته شد. اعتماد پذیری جانشینی برای قابل حسابرسی بودن بود. باور پذیری یافته ها که جانشینی برای اعتبار درونی است از طریق روش های «بررسی توسط اعضا»، «کسب اطلاعات از

- 
- 1-Trustworthiness
  - 2-Credibility
  - 3-Transferability
  - 4-Dependability
  - 5-Confirmability

همگنان» و «چند بعدی کردن» روش کسب شد. سپس، انتقال پذیری یافته ها که جانشینی برای اصطلاح اعتبار بیرونی است از طریق رویکرد چند روشی گروه کانونی و تلفیق کسب گردید. انتقال پذیری یافته ها رابطه نزدیکی با مفهوم تعمیم پذیری یافته ها دارد. همچنین، اتکاء پذیری یافته ها که جانشینی برای اصطلاح پایایی است از طریق کنار هم قرار دادن یادداشت ها و یافته های خام و معانی استخراج شده و فرموله شده حاصل شد. نهایتاً، تأیید پذیری که به اصطلاح عینیت نزدیک است، با بررسی این مطلب که یافته ها، مفروضات و ادراکات پیشین نیست دآوری شد.

رضایت آگاهانه، آسیب نرساندن و حق داشتن حریم زندگی خصوصی شرکت کنندگان به عنوان ملاحظات اخلاقی تحقیق رعایت شد. حریم شخصی از دو بعد مورد توجه قرار گرفت: حساسیت اطلاعات داده شده و ورود به محیط مورد مشاهده.

#### یافته ها

پژوهش های فنومنولوژیک اغلب به مانند حکایت ها یا شرح گویی های مضمونی و بر اساس عناصر گزارش شده راویان مختلف تدوین و نوشته می شوند. چنین گزارشاتی به خواننده اجازه می دهد تا احساس کند که همان تجربه را دارد (استارکس و ترینیداد، ۱۳۸۷).

بر اساس یافته های حاضر، جنگ آثار تخریبی و نامطلوبی بر سلامت و رفاه انسان ها به جای گذاشته است. اولین مضمونی که در بین گفته های مجروحین شیمیایی ظاهر شد مسائل در روابط میان فردی و عدم درک برخی از افراد از شرایط مجروح شیمیایی بود. م.ق که در سن نوجوانی در جزیره معجون آسیب دیده است می گوید «خیلی ها نمی دونن که جانباز شیمیایی بودن یعنی چی. دو گروه جانباز شیمیایی داریم. یک گروه اون هایی اند که در حین دفاع از کشورشون مجروح شدند و یک گروه که بی دفاع بودند و مجروح شدند. داشتم می گفتم گنجشک روی درخت را ببین. معلوم نیست داره چکاره می کنه. هی از این شاخه به اون شاخه می پره. معلوم هم نیست که دنبال چیه. اون روز وقتی سرفه کردم اولین سرفه هام بود. نه خودم می دونستم شیمیایی شدن یعنی چی و نه دیگران. سه سال بعد فهمیدم شیمیایی شدم. چه از اولی هاش باشم چه از دومی هاش فعلاً نصیبم به کارتون داروست که هر سه ماه یکبار پر میشه و خالی میشه». دیگری می گوید «شما فکر کنید درس خوندن مجروح شیمیایی یعنی چی. با همه این سختی ها وقتی که می خونم و میرم سر امتحان بعدش دیگران می گن چون شیمیاییه استادانم نمرشو میدن». ب. الف می گوید «یه روز تو آسانسور گیر کرده بودم. درست همون موقعی که داشتم خفه می شدم درب آسانسور باز شد و پرت شدم بیرون. یه آقایی که از اونجا رد میشد گفت چی شده. گفتم شیمیاییم نمی تونم زیاد تو آسانسور بمونم. در جواب گفت به شماها که خوب می رسن بهتون یخچال میدن، وام میدن». دیگری می گوید: «پیش اساتید مضحکه ام. فکر می کنن هر کی جانباز شده حالا اومده انتقام

خونشو از مردم بگیره». جانبازی می گوید: «خیلی از مردم وایسادن بالای کوه و دارن از بالای کوه به جانباز شیمیایی نگاه می کنند».

همچنین، بر اساس یافته ها انزوای اجتماعی و عدم مشارکت اجتماعی از اصلی ترین مضامین بود. ج. م دیگر جانباز شیمیایی می گوید: «هر روز که میگذره گوشه گیر تر میشم. دست و دلم به کار کردن با دیگران نمیداد». دیگری می گوید: «دوست ندارم با دیگران ارتباط داشته باشم. درب اتاقم را قفل می کنم تا کسی به من سر نزنه».

دیگر یافته ها نشان داد که مسائل مربوط به تحصیل باعث پایین آمدن کیفیت زندگی شان گردیده است.

یکی از مجروحین شیمیایی چنین اظهار می دارد: «موقعی که درس می خونم چند دقیقه بعد هر چی خوندم یادم میره. تمایل پیدا می کنم بخوابم. هر چند که خواب هم ندارم. خواب و بیداری هر دوش یکی شده». الف. ی مجروح شیمیایی دیگر می گوید: «روی مطالب تمرکز ندارم. موقعی که درس می خونم خیلی زود خسته میشم. چند تا جزوه کنکور کارشناسی ارشد گرفتم که بخونم اما تو این چند ماه فقط یک صفحهشو خوندم».

دیگر یافته ها نشان داد که وجود مسائل مربوط به ازدواج سلامت اجتماعی آنها را تهدید کرده و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی شان گردیده است. یکی از مجروحین شیمیایی می گوید: «وقتی میرم خواستگاری چون بچه جانباز شیمیایی ناقص الخلقه میشه جواب رد میدن». دیگری می گوید «رفته بودم خواستگاری. گفتن بچه جانباز شیمیایی سرطان میگیره. نابینا میشه. فلان میشه. بهمان میشه. با خودشون میگن مجروح شیمیایی آفتاب لب بومه». م. م می گوید: «هر جا میرم خواستگاری از جراحات های وارده به چشم و دیگر اعضا می ترسن».

یکی از مضامین قابل توجه در پژوهش حاضر ستیز و تضاد در روابط جانباز-پرستار بود. یکی از مجروحین چنین اظهار می کند که «پرستارها دلشون برای جانباز نمی سوزه. فقط دنبال اینن که من و امثال ماها رو از سرشون باز کنن. تا می شنوند که شیمیایی هستیم یه مرفین میزنن تا صدامون درنیاد. بعدش میگن حالا خوب شدی. برو». دیگری می گوید: «پرستارها از بس که بهمون آمپول کورتون زدن استخوانمون داره پوک میشه. فقط بلدن کورتون بززن». دیگر مجروح شیمیایی می گوید: «اگه پرستارها بدونن که شیمیایی هستم سرم کهنه وصل میکنن. آمپول غیر استاندارد میزنن. یه جواری فکر میکنن نباید میرفتیم جنگ. نباید از کشورمون دفاع می کردیم. اگه من نمی رفتم یکی دیگه می رفت. اگه من شیمیایی نمی شدم یکی دیگه میشد. آخر اول یه عده ای باید می رفتن جنگ».

در جمع‌بندی می‌توان گفت وجود مسائل در روابط میان فردی، عدم درک برخی از افراد از شرایط مجروح شیمیایی، ستیز و تضاد در رابطه میان پزشک و مجروح شیمیایی، انزوای اجتماعی، عدم مشارکت اجتماعی، مسائل مربوط به شغل، تحصیل و ازدواج سلامت اجتماعی آنها را تهدید کرده و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی شان گردیده است.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش به روشنی نشان می‌دهد که سایه جنگ همچنان بالای سر مجروح شیمیایی است. چندانکه پژوهش حاضر، یافته‌های پژوهش بولمن در سال ۲۰۰۰، خاطری و دیگران در سال ۲۰۰۳ و نیز بیجانی و مقدم نیا در سال ۲۰۰۲ را در مورد انزوای اجتماعی و عدم مشارکت اجتماعی مجروحین شیمیایی تأیید می‌کند. باوجوداین، مسائل مربوط به شغل در بین آنان را تأیید نمی‌کند. همچنین، نتایج پژوهش، یافته‌های نامداری در سال ۱۳۶۷ و تقدیسی در سال ۱۳۶۴ در مورد روابط میان فردی، عدم درک برخی از افراد جامعه از شرایط معلول جنگی و مسائل مربوط به ازدواج را تأیید می‌کند. باوجوداین، مسائل مربوط به ایفای نقش خانوادگی و رضایت زناشویی را تأیید نمی‌کند.

یافته‌ها، نتایج پژوهش تولایی و همکاران او را در سال ۱۳۸۵ در مورد شیوع خودکشی در میان جانبازان شیمیایی تأیید نمی‌کند.

جالب توجه‌ترین مضمونی که در پژوهش حاضر یافت شد ستیز و تضاد در روابط مجروح-پرستار بود که اساساً در هیچ یک از پژوهش‌های گذشته یافت نشده بود و یا اگر یافت شده بود به دلایلی بدان اشاره نشده بود. این مدل اساساً مدلی یکسویه و حاکی از تسلط پرستاران بر مجروحین شیمیایی است.

درک تأثیر همه‌واحد‌های اجتماعی متفاوت که مجروح شیمیایی با آنها در تماس است - فرد، خانواده، پزشک، تأمین‌کنندگان مراقبت بهداشتی و سلامت، سازمان تسهیلات مراقبتی/بیمارستانی و دیگر واحد‌های اجتماعی مهم - چالش عمده‌ای است. با وجود این، در هنگام کار با مجروحین شیمیایی، باید این مجموعه درهم‌بافته روابط به دقت در نظر گرفته شود. در اینجا باید بر نقش جامعه‌شناسان بالینی بعنوان «مشاوران» بیماران و خانواده‌هایشان، «توسعه‌دهنده برنامه» درمانی و «متصدی آموزش» در بیمارستان تأکید داشت. برخی از این خدمات مشاوره‌ای شامل موارد ذیل است:

- ۱- کمک به تغییر رفتارهای ناخواسته فرد.
- ۲- کمک به بیماران در هنگام بروز پیامدهای بیماری / ناتوانی جسمی و روانی.

۳- کمک به خانواده های بیماران تا بتوانند از عهده پیامد های بیماری / ناتوانی روانی و جسمی برآیند.

۴- کمک به تعدیل تصورات نقش بیمار که توسعه مسائل بهداشتی و سلامت و رفتاری را تحت تأثیر قرار می دهند.

ممکن است جامعه شناسان بالینی جهت کمک به بیماران، درمانی ارائه دهند که موقعیت های تنش زا در خویش و یا در تعامل با جهان اجتماعی وسیع تر را برطرف کند. تغییر در دیدگاه ها، در روابط شان با دیگران و در الگوهای رفتار، همگی ممکن است به بیماران کمک کنند.

بسیاری از موضوعات مراقبت بهداشتی و سلامت که در آن موضوعات مشاوره مفید واقع می شود به تعاریف موقعیت، روابط نقش یا شیوه هایی مرتبط هستند که فرد واقعیت اجتماعی را می سازد. همچنین، تغییر می تواند با کمک به مجروح شیمیایی به بازتعریف موقعیت بیانجامد. با عمل، اگر چه فرد تغییر کرده است، ممکن است وابسته به حمایت اجتماعی از دیگران مهم باشد. برای مثال، وقتی که مراقبت پزشکی ضرورت می یابد و مجروح شیمیایی وجه مالی لازم را ندارد، ممکن است موضوعات مراقبت بهداشتی و سلامت به عنوان یک بحران تعریف شود. جامعه شناس بالینی می تواند کمک کند تا مجموعه های انتظارات اجتماعی مشخص شوند و مجروح شیمیایی ریشه های اجتماعی انتظاراتش را کشف کند. جامعه شناسان بالینی می توانند از طریق بیمارستان و اتاق های ویژه مراقبت و پرستاری جهت توسعه برنامه های خاص یا واحدهای خدمت رسان به نیاز های بیماران و خانواده هایشان بکار گرفته شوند. جامعه شناسان بالینی می توانند از طریق کار با پزشکان در بخش های تشخیص بیماری، مداوا و مراقبت از بیماران نقش مهمی داشته باشند. بحث از چگونگی نقش جامعه شناسان بالینی دوره های آموزشی توصیف دوره های آموزشی را به دنبال خواهد داشت. حضور صرف جامعه شناس (و دیگر دانشمندان علوم رفتاری) موجب تمرکز بر مسائل انسانی بیماران می شود.

نتایج پژوهش، بر ضرورت افزایش اثربخشی مداخلات جامعه شناسان بالینی در بهبود کیفیت زندگی اجتماعی - جمعیتی مجروحین شیمیایی تأکید می ورزد و توصیه می شود سایر پژوهشگران در زمینه تأثیر مداخلات بالینی جامعه شناختی بر کاهش تبعات و پیامدهای اجتماعی - جمعیتی کیفیت زندگی مجروحین شیمیایی مطالعات بیشتری انجام دهند.

## منابع

- اسمیت، دیوید ام (۱۳۸۱). «کیفیت زندگی: رفاه انسانی و عدالت اجتماعی»، ترجمه حکمت شاهی اردبیلی و حسین حاتمی نژاد، مجله اطلاعات سیاسی - اقتصادی، شماره ۱۸۶-۱۸۵، صص ۱۷۳-۱۶۰.
- استارکس، هلن، ترینیداد، سوزان براون (۱۳۸۷). «پژوهش کیفی در سلامت: فنومولوژی، تحلیل گفتمان و گراند تئوری»، ترجمه محسن ناصری راد، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۳۴، زیر چاپ.
- برهمنی، گلشن، عابد سعیدی، ژیلا، خیری، علی اصغر (۱۳۸۳). «بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شیمیایی سردشت»، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۶۲، صص ۹-۱۳.
- تولایی، سید عباس، قانعی، مصطفی و دیگران (۱۳۸۵). «متغیرهای مرتبط با خودکشی در جانبازان متوفی»، طب نظامی، سال ۸ (۲)، صص ۱۴۸-۱۴۳.
- جمالی، حیدر علی (۱۳۸۵). «بررسی کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل ساکن شهر سردشت در سال ۱۳۸۳»، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما: صدیقه خنجری.
- خاقانی زاده، مرتضی، سیرتی، مسعود (۱۳۸۳). «تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در تشدید علائم روانپزشکی جانبازان اعصاب و روان»، طب نظامی، شماره ۶، صص ۳۷-۳۳.
- نجات، سحر ناز (۱۳۸۷). «کیفیت زندگی و اندازه گیری آن»، فصلنامه علمی - پژوهشی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲، صص ۶۲-۵۷.
- Bijani Kh, Moghadamnia AA (2002). "Long-term Effects of Chemical Weapons on Respiratory Tract in Iraq-Iran War Victims Living in Babol", Ecotoxicol Environ Saf, 53(3): 422.
- Bond Elaine A. (1997). "Whose Quality of Life?", Critical Care Nurse, 7(6): 112.
- Bulman TKH (2000). A Fifty Year Mortality Follow Up-Study of Veterans Exposed to Low Level Chemical Warfare agent, Mustard Gas, 10: 333-338.
- Fallon M, Gould, D, Wainwright S P (1997). "Stress and Quality of life in the Renal transplant Patient: A Preliminary Investigation", Journal of Advanced Nursing, 25: 562-570.
- Jalowiec A (1990). "Issues in Using Multiple Measures of Quality of Life", Seminars in Oncology Nursing, 6(4): 271-277.

- Katsching H, Krutgartner M (2002). "Quality of Life: A New Dimension in Mental Health Care". In Sartorius N, Gaebel W, Lopez JJ, Maj M, Psychiatry in Society, 171-185.
- Khateri S, Ghanei M, Keshavarz S, et al (2003). Incidence of Lung, Eye, and Slim Lesions as Late Complications in 3400 Iranian With War time Exposure to Mustard Agent. 45(11): 1136-1143.
- Varricchio, Cludette G (1990). "Relevance of Quality of Life to Clinical Nursing", Seminars in Oncology Nurses, 6(4): 255-259
- Wojnar, Danuta M, Swanson, Kristen M (2007). "Phenomenology: An Exploration", Journal of Holistic Nursing, 25(3): 172-180
- Beck, C. T (1992). "The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study", Nursing Research, 41(3): 705-713
- Lopez, K. A, Willis, D. G (2004). "Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge", Qualitative Health Research, 14(5): 726-735