

بررسی رابطه‌ انگ بیماری افسردگی با نگرش نسبت به یاری‌جویی از متخصصان

سلامت روان در دانشجویان

دکتر سامان توکلی*

روان‌پزشک

دکتر ونداد شریفی

استادیار مرکز تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی تهران

دکتر مهشید تاج

روان‌پزشک

دکتر محمدرضا محمدی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف: این مطالعه با هدف بررسی نگرش به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان و رابطه آن با انگ بیماری افسردگی، در زیرگروه ویژه‌ای از جمعیت ایران که جمعیت جوانی هستند انجام شده است. **روش:** این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و نمونه‌های این طرح از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، و دانشکده‌های فنی، هنر و حقوق دانشگاه تهران انتخاب شدند. در آزمودنی‌ها، آزمون‌های میزان آشنایی با بیماری روانی، نگرش به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان و اسناد ۲۷ انجام شد. بر اساس نتایج این آزمون‌ها رابطه نگرش به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان با مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زدن به افراد دچار اختلال افسردگی مورد آزمون قرار گرفت. **یافته‌ها:** در این مطالعه ۴۰۷ نفر از دانشجویان شرکت داشتند. بیشترین میزان سطح آشنایی با بیماری روانی مربوط به افرادی بود که آشنایی‌شان با بیماری روانی از طریق دیدن فیلمی در سینما یا تلویزیون بود که یکی از بازیگران آن نقش بیمار روانی را بازی می‌کرد (۳۰/۷ درصد). مردان به طور معناداری بیش از زنان بیماران دچار افسردگی را خطرناک تلقی می‌کردند و تمایل داشتند که بیماران دچار افسردگی را جدا از جامعه نگه‌داری کنند. اما زنان به طور معناداری نسبت به مردان نگرش مثبت‌تری نسبت به کمک گرفتن از متخصصان برای درمان افسردگی داشتند. بین نگرش به درمان‌جویی با سه مؤلفه از مؤلفه‌های انگ به افراد دچار افسردگی یعنی *دلسوزی*، *تمایل به یاری رساندن* و *تمایل به اجبار برای درمان* همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** از بین اجزای شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زدن به افراد دچار اختلال افسردگی سه عامل (*یعنی احساس دلسوزی، میل به یاری رساندن و میل به اجبار برای درمان*) با نگرش مثبت‌تر به درمان‌جویی همراه هستند. بررسی جامع‌تر برای یافتن چگونگی ارتباط این عوامل با درمان‌جویی و یافتن عوامل واسطه‌ای احتمالی می‌تواند به راهبردهایی مؤثرتر برای انگ‌زدایی و رفع موانع درمان‌جویی منجر شود.

* نشانی تماس: تهران، کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه
لشگر، بیمارستان روزبه.

Email: samantavakoli@gmail.com

کلیدواژه‌ها: انگ، افسردگی، یاری‌جویی

Stigma of Depression and Its Relationship with Attitudes toward Seeking Professional Help among Students

Objective: The aim of this study was to evaluate the attitude towards professional help seeking and its association with stigma for depressive disorders in a specific group of Iranian youth. **Method:** Students from four different faculties of Tehran University and Tehran University of Medical Sciences entered in this cross-sectional study. *Level of Familiarity with Mental Illness Questionnaire*, *Attribution Questionnaire-27*, and *Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale* were administered to the subjects. Based on the results of the mentioned tests, the relationship of attitude toward seeking professional help with different cognitive, emotional and behavioral factors of stigmatizing individuals with depressive disorder was assessed. **Results:** 407 students participated in this study. The highest level of familiarity with psychiatric disorders was observed in individual whose acquaintance with psychiatric disorders was through seeing movies depicting mentally disordered characters (30.7%). In comparison with women, men significantly considered depressive disorder patients as dangerous, and tended to believe that these patients should be isolated from the society. Women had a significantly higher positive attitude toward seeking professional help for the treatment of depression. There was a positive correlation between positive attitude towards seeking professional help and three dimensions of stigmatization: pity, inclination towards assistance and coercion. **Conclusion:** Three cognitive, emotional and behavioural factors of stigmatization towards patients with depressive disorder (i.e. pity, inclination towards assistance and coercion) are associated with more positive attitudes toward seeking treatment. A more comprehensive assessment of this relationship as well as discovering possible mediating factors could help to develop more effective strategies for removing stigmas and reducing obstacles of treatment seeking.

Saman Tavakoli
Psychiatrist
Vandad Sharifi
Tehran University of Medical
Sciences
Mahshid Taj
Psychiatrist
Mohammad Reza Mohammadi
Tehran University of Medical
Sciences

Keywords: Stigma, treatment seeking, depression

Email: samantavakoli@gmail.com

دکتر سامان توکلی و همکاران

مقدمه

درصد مبتلایان به اختلالات روان پزشکی به دنبال درمان می‌روند و مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که کمتر از ۴۰ درصد پاسخ-دهندگان که در سال گذشته بیماری روانی داشتند درمان ثابتی دریافت کرده بودند (کوریکان^۱، ۲۰۰۴). یافته‌های چند مطالعه درباره میزان مراجعه بیماران افسرده برای درمان نشان داده‌اند که تنها یک سوم بیماران مبتلا به افسردگی برای درمان مراجعه می‌کنند؛ و برخی مطالعات دیگر مطرح کرده‌اند که نیمی از بیماران افسرده در جستجوی کمک برمی‌آیند. در یک نمونه از جمعیت استرالیا که مبتلا به افسردگی و اضطراب بودند، در هر زمان کمتر از ۵۰ درصد برای مشکل سلامت روان‌شان به دنبال مشاوره آمده بودند. مطالعه‌ای در نروژ نیز نشان داده است که تنها ۱۳ درصد افراد افسرده و ۲۵ درصد مبتلایان به اختلالات اضطرابی برای درمان مراجعه کرده بودند (رانس^۲، میکلتن^۳ و دال^۴، ۲۰۰۵).

مطالعات زیادی درباره عوامل مؤثر بر درمان جویی انجام شده است و انگ بیماری روانی^{۱۱} به عنوان یکی از مهم ترین عوامل که می‌تواند سدی در برابر بهبودی باشد شناخته شده است (کوریکان، ۲۰۰۴). افراد دچار بیماری روانی، نه تنها از بیماری خود، بلکه از انگ و تبعیض همراه آن نیز رنج می‌برند. پیش‌داوری و باورهای قالبی درباره بیماری روانی در جمعیت عمومی در تمام دنیا وجود دارد (گیبل^{۱۲} و باومن^{۱۳}، ۲۰۰۳؛ استوارت^{۱۴} و آربولدا-فلورز^{۱۵}، ۲۰۰۱؛ تامپسون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲). این نگرش منفی خود را به صورت اسطوره-هایی درباره بیماری روانی و موضوعات مرتبط با آن نشان می‌دهد؛ مانند این که بیماری‌های روانی درمان‌ناپذیرند؛ بیماران روانی خطرناک‌اند؛ درمان بیماری‌های روانی مسأله‌ای تجملی است و اولویت بالایی ندارد؛ بیماران روانی توانایی به عهده

بیماری‌های روان پزشکی از نظر شیوع و بار کلی بیماری^۱ یکی از اولویت‌های نظام‌های خدمات سلامت روان هستند. مشکلات مربوط به سلامت روان ۸/۱ درصد از کل بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند و اختلال افسردگی در رأس فهرست این بیماری‌ها است. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO) در دو دهه آینده شاهد تغییر در الگوی همه‌گیری-شناختی بیماری‌ها خواهیم بود؛ و بیماری‌های غیرواگیر مانند اختلالات روانی به عنوان عامل عمده در ناتوانی و مرگ زودرس جایگزین بیماری‌های واگیر خواهند شد (نوربالا، باقری یزدی، یاسمی و محمد، ۲۰۰۴). پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین عامل ناتوانی خواهد بود (گلدنر^۳، لوپز-ایبور^۴ و آندریاسن^۵، ۲۰۰۰). بیماری افسردگی بالقوه کشنده است و شایع ترین اختلال روانی در کسانی است که خودکشی می‌کنند (هالتر^۶، ۲۰۰۴).

بر اساس نتایج مطالعه‌ای که بخشی از تحقیق ملی درباره سلامت در ایران است، شیوع اختلالات روانی در جمعیت مورد مطالعه ۲۱ درصد بود و نشانه‌های افسردگی در ۲۱ درصد، نشانه‌های اضطرابی در ۲۰/۸ درصد، نشانه‌های جسمی در ۱۷/۹ درصد و نشانه‌های اختلال عملکرد اجتماعی در ۱۴/۲ درصد افراد وجود داشته است (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ای دیگر که درباره همه‌گیری‌شناسی اختلال‌های روانی در تهران انجام شد، شیوع انواع اختلال‌های روانی ۱۴/۳ درصد بود؛ و اختلال‌های اضطرابی و خلقی، به ترتیب با شیوع ۶/۸ و ۴/۵ درصد، شایع ترین اختلال‌های روان پزشکی در استان تهران بودند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲).

با وجود شیوع نسبتاً بالای بیماری‌های روانی، و علی‌رغم ارتقای عمده کیفیت و اثربخشی خدمات مربوط به سلامت روان در دهه‌های گذشته، فاصله قابل توجهی بین میزان شیوع این اختلالات و میزان استفاده از خدمات سلامت روان وجود دارد. در یک مطالعه همه‌گیری‌شناسی نشان داده شد که کمتر از ۳۰

1- global burden of disease
3- Gelder
5- Andreasen
7- Corrigan
9- Mykletun
11- stigma of mental illness
13- Baumann
15- Arboleda-Florez

2- World Health Organization
4- Lopez-Ibor
6- Halter
8- Roness
10- Dahl
12- Gaebel
14- Stuart
16- Thompson

اختلالات روانی که سهم عمده‌ای در بار کلی بیماری‌ها دارد، بیماری شاخصی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

اگرچه انک سایر بیماری‌های روانی می‌تواند شدیدتر باشد، انک افسردگی نیز بسیار شایع و مخرب است. در نتیجه باورهای قالبی شایع در اجتماع، مبتلایان به افسردگی از مزاحمت‌ها و عواقبی که کمک خواستن به دنبال دارد می‌ترسند و اغلب در سکوت خود رنج می‌برند (هالتر، ۲۰۰۴). تأثیر انک افسردگی بر کاهش درمان جویی در چندین مطالعه مطرح شده است (از جمله هالتر، ۲۰۰۴ و ون هوک^{۱۴}، ۱۹۹۹). ون هوک (۱۹۹۹) در بررسی ۳۲۱ زن که به درمانگاه‌های مراقبت‌های اولیه مراجعه کرده بودند مشاهده کرد که ۱۰ درصد آنان دچار اختلال افسردگی بودند و ۲۶/۷ درصد آنان نشانه‌های افسردگی داشتند. زنان افسرده شرکت کننده در این مطالعه انک را یکی از موانع عمده در برابر درمان جویی گزارش می‌کردند.

اُکانر^{۱۵}، شیپی^{۱۶} و اُکانر (۱۹۹۹) در تحلیل ۱۴۲ مورد خودکشی، این موارد را در سه گروه طبقه‌بندی کردند. گروه اول تا حدی افسرده بودند، اما تماس آنان با نظام درمان اندک بود. گروه دوم به دفعات سابقه افسردگی و سابقه آسیب به خود داشتند و گاهی بستری شده بودند. گروه سوم بیشترین میزان افسردگی و سابقه آسیب به خود را داشتند و طی شش ماه پیش از خودکشی پزشک‌شان را ملاقات کرده بودند. بزرگ‌ترین گروه از این سه آنانی بودند که به دنبال کمک نیامده بودند و در زمان مرگ تشخیص بیماری روانی نداشتند.

در مطالعه دیگری که در انگلستان انجام شده است، ۲۵ درصد پاسخ‌دهندگان اظهار می‌کردند که افراد مبتلا به افسردگی شدید خطرناک هستند، و تنها بیست درصد معتقد بودند که این افراد می‌توانند بر خودشان مسلط باشند (کریسپ^{۱۷}، ۲۰۰۱). در

گرفتن هیچ نقش اجتماعی مفیدی را ندارند؛ بیماری روانی، عقب‌ماندگی ذهنی، و دمانس همه یک چیزند؛ همه بیماری‌های روانی علتی متفاوتی دارند (محیط، ۲۰۰۱). نظریه‌ای یگانه و مورد پذیرش عموم برای انک و انک‌زنی وجود ندارد. این موضوع تعجب‌برانگیز نیست، چرا که انک بازنماینده تعاملات پیچیده بین علوم اجتماعی، سیاست، تاریخ، روان‌شناسی، پزشکی و انسان‌شناسی است (اسمیت^۱، ۲۰۰۲). مطالعه‌ها، نظریه‌پردازی‌ها، ها، و الگوسازی‌ها در زمینه انک‌زنی به افراد دچار بیماری روانی خاستگاه‌های سرشتی، روان‌شناختی، اقتصادی و تکاملی را برای این پدیده بازشناخته‌اند (حقیقت، ۲۰۰۱).

انک باعث تجربه‌های منفی در فرد انک‌خورده می‌شود و اولین تجربه منفی همراه آن احساس شرم است. پاسخ انطباقی به این احساس شرم پنهان‌داری است (بایرن^۲، ۲۰۰۰). بدین ترتیب، در نتیجه انک همراه با بیماری روانی، افرادی که از بیماری روانی در رنج‌اند اغلب کمک حرفه‌ای و تخصصی روان‌پزشکی یا روان‌شناسی را تا مراحل شدید بیماری و دیر هنگام نمی‌پذیرند و در آنان این ترس که تنها به خاطر درمان روان‌پزشکی یا روان‌شناسی برچسب بخورند بسیار شدید است (لینک^۳، استرونینگ^۴، راو^۵، فلان^۶ و ناتبراک^۷، ۱۹۹۷؛ لینک، کولن^۸، کولن^۹، استرونینگ، شرآت^۹ و درنسیند^{۱۰}، ۱۹۸۹). این افراد اصولاً با انکار وضعیت خود و کمک نگرفتن از مراکزی که آن‌ها را نشان‌دار می‌کند (مانند مراکز مراقبت سلامت روان) از انک خوردن اجتناب می‌کنند (فلان، ۲۰۰۲).

اغلب مطالعات مرتبط با انک بیماری‌های روانی بر بیماری‌های شدید روانی (مثل اسکیزوفرنیا^{۱۱}) تمرکز دارند و پژوهش‌های معدودی در زمینه نگرش به افراد دچار بیماری‌های خلقی وجود دارد، در حالی که بیماری‌های شدید روانی تنها بخشی کوچک از کل بیماری‌های روانی را به خود اختصاص می‌دهند (کلی^{۱۲} و جورم^{۱۳}، ۲۰۰۷). با توجه به شیوع بیشتر بیماری‌های خفیف‌تر خلقی و اضطرابی، بررسی وضعیت مرتبط با این بیماری‌ها اهمیتی ویژه دارد. در این بین، افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین

1- Smith

2- Byrne

3- Link

4- Struening

5- Rahav

6- Phelan

7- Nuttbrock

8- Cullen

9- Shrout

10- Dohrenwend

11- schizophrenia

12- Kelly

13- Jorm

14- Van Hook

15- O'Conner

16- Sheehy

17- Crisp

قبلی با بیماری روانی (بدون دانش درباره بیماری روانی) وجود نداشت. این پژوهش گران نتیجه گرفته‌اند که دانش درباره بیماری روانی می‌تواند بر رواداری^۷ بیشتر نسبت به بیماری روانی تأثیر داشته باشد و تماس به تنهایی برای تغییر نگرش کافی نیست.

تفاوت‌های بین فرهنگی^۸ نیز بر نگرش‌های درمان‌جویانه مؤثرند. برای مثال، تحقیقات نشان داده‌اند که آسیایی‌ها بیشترین تأخیر و غربی‌ها کمترین تأخیر را در مراجعه برای درمان دارند. تجربه بیماری نیز پدیده‌ای است که فرهنگ آن را شکل می‌دهد. توجه به ایجاد تغییر، درک نشانه‌ها، نحوه ابراز و تظاهر نشانه‌ها و ترس‌هایی که فرد از نشانه‌ها دارد، همگی با انبوهی از تعبیرات فرهنگی همراه‌اند (گلدر و همکاران، ۲۰۰۰).

بر اساس مطالعه‌ای در ایران که انگ بیماری روانی را در خانواده^{۳۰۰} فرد دچار بیماری روانی (در سه گروه اسکیزوفرنیا، افسردگی، و اختلال دوقطبی) بررسی کرده است، ۴۹ درصد در گروه اسکیزوفرنیا، ۳۰ درصد در گروه افسردگی، و ۵۰/۵ درصد در گروه اختلال دوقطبی تبعیض و تمسخر از سوی دیگران را گزارش کردند (صادقی، کاویانی و رضایی، ۱۳۸۲). مطالعه‌ای دیگر در ایران نیز رابطه بین اجزای شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زنی به افراد دچار اسکیزوفرنیا را بررسی کرده و نتیجه گرفته است که انگ‌زنی به این بیماران در فرهنگ ایرانی به طور کلی از دو مدل اسنادی^۹ و ارزیابی خطر^{۱۰} پیروی می‌کند (توکلی، کاویانی، شریفی، صادقی و فتوحی، ۱۳۸۵).

با توجه به نبود یا کمبود پژوهش در زمینه درمان جویی برای اختلالات روانی و عوامل مؤثر بر آن در کشور و فرهنگ ما، نیاز به انجام پژوهش‌هایی در این زمینه به روشنی حس می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی نگرش به یاری جویی از متخصصان سلامت روان و رابطه آن با انگ بیماری افسردگی در زیرگروه ویژه‌ای از جمعیت ایران (دانشجویان) انجام شد.

مطالعه‌ای دیگر^{۳۳} درصد آمریکایی‌هایی که مورد مصاحبه قرار گرفته بودند، بر این باور بودند که مبتلایان به افسردگی احتمال دارد نسبت به دیگران خشونت نشان دهند و نزدیک به ۳۷ درصد باور داشتند که فرد مبتلا به افسردگی اساسی بدون کمک خوب می‌شود. تصور بی‌نیازی به درمان با این باور تقویت می‌شود که افسردگی اغلب به استرس نسبت داده می‌شود (۵۴ درصد) تا به علل زیست‌شیمیایی (۲۱ درصد). بیش از یک‌سوم پاسخ‌دهندگان گزارش کردند که احتمالاً یا قطعاً تمایلی به داشتن رابطه با فرد افسرده ندارند (هالتر، ۲۰۰۴).

آشنایی و تماس قبلی با بیماری روانی یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر پدیده انگ‌زنی است. کوریگان و همکارانش در مطالعه‌ای در ۲۰۸ دانشجوی کالج اثرات آشنایی با بیماری روانی و دوری‌گزینی اجتماعی از افراد دچار این بیماری‌ها را بر نگرش‌های انگ‌زنی درباره بیماری روانی بررسی کردند. آنان در این مطالعه مشاهده کردند که در افرادی از جمعیت عمومی که با بیماری شدید روانی آشنایی نسبی دارند، باور به خطرناک بودن افراد دچار بیماری روانی کمتر است. کمتر برآورد کردن خطر اشخاص دچار بیماری روانی با ترس کمتر از آنان و در نهایت دوری‌گزینی اجتماعی کمتر همراه بود. بیش از یک‌چهارم آزمودنی‌های این مطالعه گزارش کردند که با کسی که دچار بیماری روانی است کار می‌کنند، و در حدود یک‌سوم آنان گزارش کردند که یکی از دوستان خانوادگی‌شان گفته که بیمار روانی است. به گفته این پژوهش‌گران ممکن است این ارقام کمتر از واقعیت باشند، چرا که افراد دچار بیماری روانی آموخته‌اند که پیشینه بیماری خود را از همکاران و دوستان‌شان مخفی کنند (کوریگان، ادواردز^۱، گرین^۲، دیوان^۳ و پن^۴، ۲۰۰۱).

در مطالعه مس^۵ و هاتیم^۶ (۲۰۰۲)، دانشجویان سال آخر پزشکی اطلاعاتی درباره بیماری روانی داشتند و با افراد دچار بیماری روانی تماس قبلی داشتند، کمتر از دانشجویان سال اول به این بیماران انگ می‌زدند. در این مطالعه، بین دانشجویان سال اول تفاوت معناداری در نگرش نسبت به بیمار روانی برحسب تماس

1- Edwards	2- Green
3- Diwan	4- Penn
5- Mas	6- Hatim
7- tolerance	8- cross-cultural
9- attribution model	10- danger appraisal model

روش

این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی - تحلیلی است که در دانشجویان شاغل به تحصیل در سال ۱۳۸۴ در دانشکده‌های پزشکی، هنر، فنی و حقوق در دانشگاه تهران، و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران انجام شده است. تمام دانشجویان شاغل به تحصیل در این دانشکده‌ها بدون محدودیت از نظر سن، جنس، وضع اقتصادی، وضع تأهل، و سابقه بیماری جسمی یا روان پزشکی در طرح پذیرفته شدند. در مورد دانشجویان پزشکی تنها کسانی وارد طرح شدند که هنوز دوره آموزش بالینی را آغاز نکرده بودند. جز خودداری فرد از همکاری، معیار خاصی برای خروج از طرح در نظر گرفته نشده بود. نمونه‌ها به صورت غیر تصادفی و پیاپی^۱ با مراجعه به کلاس‌های درس انتخاب شدند.

پرسشگر در جلسه‌ای که در کلاس‌های درس برگزار می‌شد، ابتدا توضیحی در مورد طرح به دانشجویان ارائه می‌کرد، سپس آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های طرح را تکمیل می‌کردند. تکمیل پرسشنامه به منزله موافقت آزمودنی‌ها برای شرکت در این طرح پژوهشی تلقی می‌شد. اطلاعات بدون الزام در ذکر نام گردآوری می‌شد. ابتدا، شرکت کنندگان اطلاعات جمعیت‌نگاشتی خود (شامل سن، جنس، وضع تأهل، مقطع تحصیلی) را، در ابتدای پرسشنامه میزان آشنایی با بیماری روانی^۲، ارائه می‌دادند. سپس، پرسشنامه میزان آشنایی با بیماری روانی، پرسشنامه اسناد - ۲۷^۳ و شکل کوتاه‌شده مقیاس نگرش به یاری جویی از متخصصان سلامت روان^۴ روان^۴ را تکمیل می‌کردند. در ابتدای مقیاس نگرش به یاری جویی از متخصصان سلامت روان ذکر شده بود که منظور از متخصصان سلامت روان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران است.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS استفاده شد. نتایج به دست آمده از پرسشنامه‌ها، با توجه به اهداف و فرضیات طرح، از نظر همبستگی با تعیین ضریب همبستگی پیرسون^۵ و معناداری آماری (با تعیین مقدار p) سنجیده شد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه سطح آشنایی با بیماری روانی: این پرسشنامه به وسیله کوریگان از مرکز بازتوان بخشی روان پزشکی، دانشگاه شیکاگو تهیه شده است. این پرسشنامه ۱۱ جمله دارد که آزمودنی در کنار هر جمله که درباره او صدق می‌کند علامت می‌زند. جمله‌ها درباره سطوح مختلف آشنایی و تماس با افراد دچار بیماری روانی است و هر کدام، بسته به میزان آشنایی و تماس مطرح شده در آن، نمره‌ای از یک تا ۱۱ دارد. هر آزمودنی، برحسب میزان آشنایی و تماس با فرد دچار بیماری روانی و بالاترین نمره از بین جملاتی که علامت زده است، نمره‌ای بین ۱ (کمترین میزان آشنایی و تماس) تا ۱۱ (بیشترین میزان آشنایی و تماس) می‌گیرد. این پرسشنامه را توکلی و همکاران برای استفاده در زبان فارسی آماده کرده‌اند و در تحقیق دیگری به کار برده‌اند (توکلی و همکاران، ۱۳۸۵). اطلاعات جمعیت‌نگاشتی لازم در ابتدای این پرسشنامه گنجانده شده و توسط آزمودنی تکمیل می‌شد.

۲- پرسشنامه اسناد - ۲۷: این پرسشنامه نیز به وسیله کوریگان تهیه شده است و توکلی و همکاران آن را برای کاربرد در زبان فارسی آماده کرده‌اند. با بررسی روایی صورت و محتوا^۶ و همسانی درونی^۷ استفاده از این پرسشنامه در فارسی‌زبانان مناسب تشخیص داده شده است (توکلی و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه اولیه کوریگان برای ارزیابی نگرش به بیماری‌های شدید روانی مانند اسکیزوفرنیا تدوین شده است. در این طرح، برای استفاده از این پرسشنامه در بررسی انگ افسردگی داستان-واره‌ای^۸ درباره فرد مبتلا به افسردگی اساسی بر مبنای معیارهای DSM-IV نوشته شد و به پنج متخصص روان پزشکی ارائه شد. از متخصصان درخواست شد تا پس از خواندن داستان‌واره مشخص کنند آیا مورد مطرح شده پروتوتیپ این اختلال است یا خیر، و پیشنهادهای اصلاحی خود را نیز مطرح کنند. داستان‌واره بر اساس نظرات متخصصان اصلاح و در آزمون استفاده شد.

1- sequential

2- Level of Familiarity with Mental Illness Questionnaire

3- Attribution Questionnaire-27

4- Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale

5- Pearson's correlation coefficient

6- face and content validity 7- internal consistency

8- vignette

همین آزمون در آنان انجام شد. برای اندازه‌گیری پایایی^۳، همبستگی کندال^۴ - تائو^۴ میان دو مرحله آزمون سنجیده شد که معادل با ۷۲/۴ بود که نشان‌گر پایایی بسیار خوب پرسشنامه است. سپس، با ترجمه وارون متن فارسی به انگلیسی توسط فردی دوزبان و مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی، و مقایسه متن بازترجمه‌شده به انگلیسی با متن اصلی صحت ترجمه سنجیده و متن اصلاح شد، و بعد از آن در طرح اصلی به کار گرفته شد.

یافته‌ها

مجموعاً ۴۰۷ نفر در این طرح شرکت کردند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این طرح ۱۷ تا ۳۵ سال، با میانگین ۲۱/۶ سال و انحراف معیار ۳/۰۴۹ بود. ویژگی‌های این نمونه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی این مطالعه (میزان آشنایی با بیماری روانی، مؤلفه‌های انگ‌زنی بر اساس پرسشنامه اسناد، و نگرش به درمان‌جویی) را نشان می‌دهد.

از نظر میزان آشنایی با بیماری روانی بیشترین فراوانی (۱۲۵ نفر و ۳۰/۷ درصد) مربوط به افرادی است که از این پرسشنامه نمره ۳ گرفته‌اند (یعنی بیشترین سطح آشنایی‌شان با گویه^۵ «فیلمی در سینما یا تلویزیون دیده‌ام که یکی از بازیگران آن نقش بیمار روانی را بازی می‌کرد» مطابقت داشته است). بعد از آن بیشترین فراوانی ۶۵ نفر و ۱۶ درصد مربوط به نمره ۹ («یکی از بستگان من بیماری شدید روانی دارد»)، و نمره ۸ («یکی از دوستان خانوادگی‌ام بیماری شدید روانی دارد») با ۴۳ نفر و ۱۰/۶ درصد بوده است.

جنسیت: برای بررسی تفاوت متغیرهای مطالعه در دو گروه زنان و مردان از آزمون t در نمونه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

بعد از این داستان‌واره، ۲۷ جمله درباره سازه‌های مختلف شناختی (مسئول دانستن فرد دچار بیماری روانی)، هیجانی (احساس دلسوزی، خشم، ترس، و خطر)، و رفتاری (یاری-نرساندن، پرهیز، وادارسازی، و جداسازی) وجود دارد و آزمودنی، برحسب میزان موافقت با آن جمله، در مقیاس لیکرت مربوط به آن، نمره‌ای بین ۱ تا ۹ را انتخاب می‌کند. برای مقایسه-پذیرکردن این نمره‌ها، نمره جمله‌های مربوط به هر سازه با هم جمع شده و بر تعداد جمله‌های همان سازه تقسیم می‌شود. با این ترتیب، هر آزمودنی برای هر یک از این نه سازه نمره‌ای بین ۱ و ۹ می‌گیرد.

۳- مقیاس نگرش به یاری‌گرفتن از متخصصان سلامت روان: پرسشنامه‌ای که در این تحقیق برای سنجش نگرش به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان استفاده شد شکل کوتاه-شده^۶ مقیاس نگرش درباره یاری‌جویی حرفه‌ای روان‌شناختی است که به وسیله ترنر و فیشر تهیه شده است. این شکل کوتاه‌شده ۱۰ جمله دارد و پاسخ‌ها با مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت سنجیده می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که مشخصه‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مطابق با مقیاس اصلی ۲۹ جمله‌ای آن است (فیشر^۱ و فارینا^۲، ۱۹۹۵؛ به نقل از هالتر، ۲۰۰۴).

هالتر در مطالعه خود با موافقت طراح پرسشنامه تغییرات جزئی در آن اعمال کرده است و به جای استفاده از عبارات غیراختصاصی برای توضیح تغییرات روانی (مانند درهم‌ریختگی روانی یا مشکل هیجانی که در نسخه اصلی استفاده شده) هر جا که لازم بوده از تشخیص اختصاصی افسردگی استفاده کرده است (هالتر، ۲۰۰۴).

این پرسشنامه نخست توسط پژوهشگران به زبان فارسی برگردانده شد. برای بررسی از نظر روایی صورت و محتوا، متن فارسی در اختیار پنج نفر از اعضای هیأت علمی روان‌پزشکی یا روان‌شناسی قرار گرفت و بر اساس دیدگاه آنان بازنگری شد. متن تهیه‌شده مورد بازآزمایی قرار گرفت و این پرسشنامه از نظر پایایی سنجیده شد. به این منظور، پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از کارکنان یکی از ادارات دولتی تکمیل شد و ۲ هفته بعد مجدداً

1- Fischer
3- reliability

2- Farina
4- Kendall's tau

جدول ۱- ویژگی‌های نمونه

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۱۱
	زن	۱۹۶
دانشکده	پزشکی	۱۰۱
	هنر	۱۰۱
	حقوق	۱۰۲
	فنی	۱۰۳
	مقطع تحصیلی	۱
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۲۷۶
	کارشناسی ارشد	۳۸
	دکتر	۹۲
	مجرد	۳۶۸
وضع تأهل	متأهل	۳۸
	سایر موارد	۱
	سایر موارد	۱

جدول ۲- آماره‌های توصیفی

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سطح آشنایی یا بیماری روانی	۴۰۷	۱	۱۱	۵/۶۳	۲/۸۷۶
مسئولیت	۴۰۳	۱	۹	۴/۸۲	۱/۸۱۷
دلسوزی	۴۰۳	۱	۹	۶/۲۲	۱/۹۰۸
خشم	۴۰۶	۱	۸	۲/۵۷	۱/۶۷۵
خطر	۴۰۷	۱	۸	۲/۴۴	۱/۴۲۳
ترس	۴۰۵	۱	۸	۲/۲۹	۱/۴۳۲
یاری رساندن	۴۰۷	۱	۹	۶/۱۹	۲/۰۴۳
وادار سازی	۴۰۲	۱	۹	۴/۱۸	۱/۸۳۷
جداسازی	۴۰۶	۱	۸	۲/۵۳	۱/۵۲۹
اجتناب	۴۰۴	۱	۹	۵/۲۰	۲/۰۶۸
نگرش به یاری گرفتن از متخصصان سلامت روان	۳۸۱	۳	۲۷	۱۶/۵۶	۴/۱۰۰

پرسشنامه اسناد - ۳۷

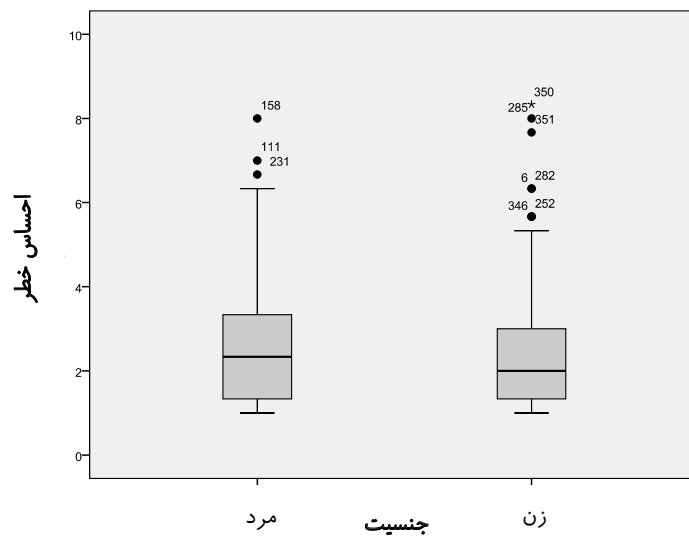
مردان بیش از زنان بیماران دچار افسردگی را خطرناک تلقی می‌کنند). میانگین (و انحراف معیار) متغیر جدا سازی در گروه مردان و زنان نیز به ترتیب برابر ۲/۸۴ (۱/۶۳۷) و ۲/۲۰ (۱/۳۲۷) است (شکل ۲) که این تفاوت با $p < 0.01$ از نظر آماری معنادار است (یعنی مردان بیش از زنان تمایل دارند بیماران دچار افسردگی را جدا از جامعه نگهداری کنند).

چنان که در جدول ۳ دیده می‌شود، گروه زنان و مردان در سه متغیر با یکدیگر تفاوت معنادار نشان داده‌اند: عوامل خطرناک بودن و جداسازی در پرسشنامه اسناد، و نگرش به درمان جویی. میانگین (و انحراف معیار) متغیر خطرناک بودن در گروه مردان و زنان، به ترتیب برابر ۲/۵۷ (۱/۴۳۶) و ۲/۲۹ (۱/۳۹۶) است (شکل ۱) که این تفاوت با $p = 0.044$ از نظر آماری معنادار است (یعنی

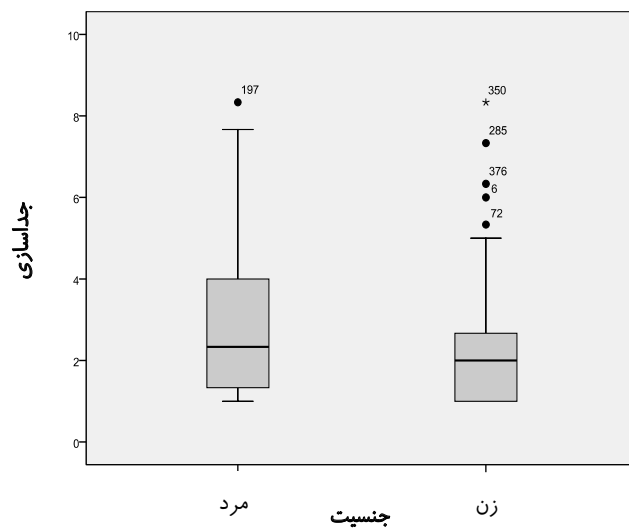
جدول ۳- آزمون t در نمونه‌های مستقل برای بررسی تفاوت متغیرهای مطالعه بر حسب جنسیت

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	سطح معناداری
سطح آشنایی یا بیماری روانی	مرد	۵/۸۸	۲/۹۸۶	۴۰۵	۰/۰۶۸
	زن	۵/۳۶	۲/۷۳۵		
مسئولیت	مرد	۴/۷۴	۱/۷۵۹	۴۰۱	۰/۳۳۷
	زن	۴/۹۱	۱/۸۷۸		
دلسوزی	مرد	۶/۰۸	۱/۸۷۶	۴۰۱	۰/۱۱۵
	زن	۶/۳۸	۱/۹۳۵		
خشم	مرد	۲/۵۲	۱/۵۵۱	۳۸۴	۰/۵۳۵
	زن	۲/۶۲	۱/۸۰۲		
خطر	مرد	۲/۵۷	۱/۴۳۶	۴۰۵	۰/۰۴۴*
	زن	۲/۲۹	۱/۳۹۶		
ترس	مرد	۲/۳۱	۱/۳۶۷	۴۰۳	۰/۸۳۶
	زن	۲/۲۸	۱/۵۰۳		
یاری رساندن	مرد	۶/۰۰	۲/۰۳۸	۴۰۵	۰/۰۵۴
	زن	۶/۳۹	۲/۰۳۴		
وادار سازی	مرد	۴/۳۱	۱/۸۴۰	۴۰۰	۰/۱۴۹
	زن	۴/۰۴	۱/۸۲۹		
جداسازی	مرد	۲/۸۴	۱/۶۳۷	۳۹۷	۰/۰۰۰**
	زن	۲/۲۰	۱/۳۲۷		
اجتناب	مرد	۵/۳۲	۲/۰۸۴	۴۰۲	۰/۲۵۴
	زن	۵/۰۸	۲/۰۵۰		
نگرش به یاری گرفتن از متخصصان سلامت روان	مرد	۱۵/۹۷	۴/۲۸۴	۳۷۹	۰/۰۰۵**
	زن	۱۷/۱۶	۳/۸۱۸		

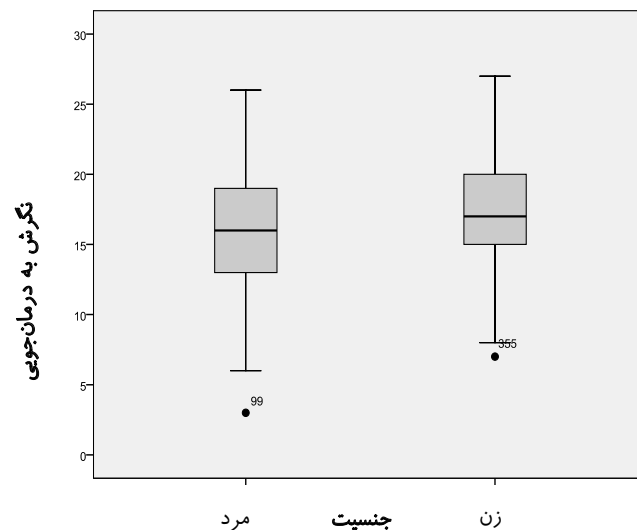
* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$



شکل ۱- باور به خطرناک بودن افراد دچار اختلال روانی در گروه‌های زنان و مردان



شکل ۲- میل به جداسازی افراد دچار اختلال روانی در گروه‌های زنان و مردان



شکل ۳- متغیر نگرش به درمان جویی در گروه‌های زنان و مردان

جدول ۴- ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای مطالعه

۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
											۱- نگرش به درمان جویی
									۱	-۰/۰۳۱	۲- سطح آشنایی با بیماری روانی
								۱	-۰/۰۸۱	-۰/۰۵۰	۳- مسئولیت
							۱	۰/۰۳۰	۰/۰۷۲	۰/۱۲۶*	۴- دلسوزی
						۱	۰/۰۰۴	۰/۲۹۱**	-۰/۰۲۶	۰/۰۶۱	۵- خشم
					۱	۰/۵۶۶**	-۰/۰۱۵	۰/۲۲۸**	۰/۰۱۸	۰/۰۲۳	۶- خطر
				۱	۰/۸۲۳**	۰/۵۸۲**	-۰/۰۳۱	۰/۱۸۸**	-۰/۰۰۴	۰/۰۶۵	۷- ترس
			۱	۰/۱۹۹**	-۰/۲۰۵**	-۰/۱۸۸**	۰/۴۸۳**	۰/۰۶۹	۰/۰۳۴	۰/۱۲۶*	۸- یاری رساندن
		۱	-۰/۰۸۶	۰/۲۶۷**	۰/۲۳۲**	۰/۲۴۳**	۰/۱۶۴**	۰/۱۰۲*	-۰/۰۵۷	۰/۲۴۸**	۹- وادار سازی
	۱	۰/۴۸۴**	-۰/۲۴۹**	۰/۶۰۳**	۰/۶۸۵**	۰/۳۷۷**	-۰/۰۵۱	۰/۱۳۳**	۰/۰۲۲	۰/۰۴۶	۱۰- جداسازی
۱	۰/۳۸۹**	۰/۱۵۷**	-۰/۰۵۱**	۰/۳۷۵**	۰/۳۶۸**	۰/۲۱۶**	۰/۲۲۱**	۰/۰۳۳	-۰/۰۲۴	۰/۰۳۲	۱۱- اجتناب

** همبستگی معنادار در سطح ۰/۰۱ (دوطرفه)

* همبستگی معنادار در سطح ۰/۰۵ (دوطرفه)

- احساس خطر از بیماران با ترس، میل به اجبار برای درمان، میل به جداسازی و اجتناب از بیماران رابطه مثبت معنادار، و با میل به یاری رساندن رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد.
- احساس ترس از بیماران با میل به اجبار برای درمان، جداسازی و اجتناب رابطه مثبت معنادار، و با میل به یاری رساندن رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد.
- میل به یاری رساندن به بیماران با میل به جداسازی و اجتناب از بیماران رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد.
- میل به اجبار بیماران برای درمان با میل به جداسازی و اجتناب از بیماران رابطه مثبت معنادار نشان می‌دهد.
- میل به جداسازی بیماران با اجتناب از بیماران رابطه مثبت معنادار نشان می‌دهد.

نتیجه گیری

بسیاری از افراد دچار بیماری‌های روانی شدید به دنبال کمک گرفتن از متخصصان سلامت روان نمی‌روند. مطالعات همه‌گیری‌شناختی نشان داده‌اند که، با وجود فراوانی قابل توجه بیماری‌های روانی در جمعیت عمومی، بخشی عمده از این بیماران از خدمات درمانی مناسب استفاده نمی‌کنند. در مطالعه ECA^۲ نشان داده شده که در طی یک سال پیش از انجام پیمایش نزدیک ۱۵ درصد افراد از خدمات سلامت روان استفاده کرده‌اند، در حالی که شیوع اختلالات روانی در همان زمان حدود ۳۰ درصد بوده است. اگر تنها افراد دچار اختلالات روانی قابل تشخیص را در نظر بگیریم، شکاف و فاصله بین نیاز به استفاده از خدمات سلامت روان و استفاده واقعی از این خدمات بیشتر می‌شود؛ یعنی حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد از افراد دچار اختلالات روانی قابل تشخیص از این خدمات استفاده نمی‌کنند (مکنزی^۳، ۲۰۰۰). علاوه بر این، میزان استفاده برخی گروه‌ها از خدمات سلامت روان نیز به طور خاص و نامتناسب کمتر است.

میانگین (و انحراف معیار) متغیر نگرش به درمان جویی در گروه مردان و زنان، به ترتیب برابر ۱۵/۹۷ (۴/۲۸۴) و ۱۷/۱۶ (۳/۸۱۸) است (شکل ۳) که این تفاوت با $p=0/005$ از نظر آماری معنادار است (یعنی زنان نسبت به مردان نگرش مثبت‌تری نسبت به کمک گرفتن از متخصصان برای درمان افسردگی دارند).

وضع تأهل: مقایسه متغیرهای مطالعه بر اساس وضع تأهل شرکت‌کنندگان در طرح، با آزمون t در نمونه‌های مستقل انجام شد که تفاوت هیچ یک از نظر آماری معنادار نبود. هم‌چنین، مقایسه این متغیرها بر اساس مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان در طرح، که با تحلیل واریانس^۱ یک‌طرفه انجام شد، تفاوت معناداری را در هیچ یک از متغیرها بر حسب مقاطع مختلف تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) نشان نداد.

رابطه بین سطح آشنایی، مؤلفه‌های انگ‌زنی و درمان جویی: برای بررسی رابطه بین متغیرهای مطالعه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. چنان که در این جدول دیده می‌شود:

- بین نگرش به درمان جویی با سه مؤلفه دلسوزی، تمایل به یاری رساندن و تمایل به اجبار برای درمان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد.
- میزان آشنایی با بیماری روانی با هیچ‌یک از متغیرهای دیگر همبستگی معناداری را نشان نمی‌دهد.
- مسؤل دانستن بیماران دچار افسردگی در ایجاد بیماری‌شان با احساس خشم، احساس خطر، ترس، تمایل به اجبار برای درمان و تمایل برای جداسازی بیماران همبستگی مثبت معنادار نشان می‌دهد.
- احساس دلسوزی نسبت به بیماران با میل به کمک کردن و میل به اجبار برای درمان همبستگی مثبت معنادار، و با اجتناب همبستگی منفی معنادار نشان می‌دهد.
- احساس خشم نسبت به بیماران با احساس خطر، ترس، میل به اجبار برای درمان و میل به جداسازی رابطه مثبت معنادار، و با میل به کمک کردن رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد.

1- ANOVA
3- Mackenzie

2- Epidemiological Catchment Area

مطالعه ایزنبرگ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده است که انگ ادراک شده از اجتماع به طور قابل ملاحظه‌ای از انگ شخصی بیشتر بوده است. انگ شخصی در مردان، افراد کم سن تر، افراد مذهبی تر و افرادی که از خانواده فقیرتری هستند بیش تر است؛ و رابطه منفی معناداری با مقیاس های یاری جویی (نیاز ادراک شده و استفاده از داروهای روان گردان، روان درمانی و استفاده از منابع حمایتی غیردرمانی) دارد، در حالی که انگ ادراک شده ارتباط معناداری با یاری جویی ندارد.

مجتبایی (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان داده که باور به خطرناک بودن بیماران روانی یا اعتقاد به این که بیماری روانی خود به خود بهبود نمی یابد، و نیز زندگی در اجتماعی که چنین باورهایی دارد با تمایل بیشتر برای یاری جویی همراه است؛ در حالی که اعتقاد به پیش بینی ناپذیری بیماران روانی و مقصر دانستن آنان در ایجاد بیماری شان یا زندگی در اجتماعی که باورهایی قوی درباره مقصر بودن بیماران روانی دارد با تمایل کمتر برای یاری جویی همراه است. بر این اساس نمی توان به سادگی چنین فرض کرد که هرگونه نگرش انگ زننده نسبت به بیماران روانی با تردید افراد برای کمک گرفتن از متخصصان همراه است، چرا که برخی از این نگرش ها ممکن است باعث افزایش تمایل برای کمک گرفتن شوند (همان جا).

ما در مطالعه خود، رابطه بین انگ زنی به بیماران دچار اختلال روانی و نگرش به درمان جویی، و نیز رابطه بین عوامل مختلف انگ بیماری روانی را بررسی کرده ایم. برای این مطالعه، اختلال افسردگی به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات روانی که بار عمده ای را بر سلامت عمومی تحمیل می کند در نظر گرفته شده است. هدف این مطالعه دست یابی به درکی عمیق تر از تأثیر ادراکات و نگرش های منفی نسبت به بیماری روانی بر نگرش افراد نسبت به استفاده از خدمات سلامت روان است و برای بررسی این فرضیه طراحی شده است که رابطه ای معکوس بین انگ زنی و تمایل به درمان جویی وجود دارد. یکی از پیش فرض های پذیرفتنی در این زمینه آن است که افرادی که نگرشی منفی به بیمار افسرده دارند، خودشان در صورت نیاز به

برای مثال، پژوهش ها نشان داده اند که مردان و سالمندان به طور نامتناسبی از خدمات سلامت روان کمتر استفاده می کنند (همان جا).

انگ بیماری های روانی اغلب به عنوان یک علت بالقوه برای تردید افراد در استفاده از خدمات سلامت روان و درمان جویی برای این بیماری ها مطرح بوده، اما هنوز شواهد کافی در این زمینه به دست نیامده است (شومروس^۱، متشینجر^۲ و انگرمایر^۳، ۲۰۰۹؛ شومروس و انگرمایر، ۲۰۰۸؛ ایزنبرگ^۴، دانز^۵، گلبرستاین^۶، و زیوین^۷، ۲۰۰۹؛ بارنی^۸، گریفیثز^۹، جرم و کریستنسن^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ گلبرستاین، ایزنبرگ و گلاست^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ مجتبایی، ۲۰۰۹).

بر اساس مطالعه شومروس و انگرمایر (۲۰۰۸)، اجزایی خاص از انگ بیماری روانی با یاری جویی برای مشکل روانی ارتباط دارد. در این مطالعه، انتظار تبعیض از سوی دیگران و تبعیض از طریق انگ زدن به خود (انگ شخصی^{۱۲}) با کاهش تمایل فرد برای جست و جوی کمک از متخصصان سلامت روان همراه بوده است. مطالعات انجام شده نشان داده اند که مداخلات انگ زدایی می تواند باعث افزایش تمایل فرد برای کمک گرفتن از متخصصان شود، اما به نظر می رسد ابعادی دیگر مانند آگاهی درباره بیماری های روانی نیز به همان اندازه اهمیت داشته باشند (همان جا). در این مطالعه نشان داده شده که باور به مفید بودن درمان جویی برای مشکلات سلامت روان عامل اصلی در تصمیم گیری افراد برای درمان جویی است و بنابراین، هدفی اصلی برای برنامه های انگ زدایی خواهد بود (همان جا).

گلبرستاین و همکارانش (۲۰۰۹) در پی گیری دوساله خود ارتباطی معنادار بین انگ ادراک شده از اجتماع^{۱۳} با رفتار واقعی درمان جویی نیافته اند و بر اساس این مطالعه انگ ادراک شده مانعی عمده در برابر استفاده از خدمات سلامت روان نبوده است.

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1- Schomerus | 2- Metschinger |
| 3- Angermeyer | 4- Eisenberg |
| 5- Downs | 6- Golberstein |
| 7- Zivin | 8- Barney |
| 9- Griffiths | 10- Christensen |
| 11- Gollust | 12- self-stigma |
| !3- perceived public stigma | |

در این مطالعه تأثیر جنسیت بر نگرش به درمان جویی بررسی شده است. نگرش به درمان جویی در زنان مثبت تر بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بوده است. از بین عوامل دیگر تنها دو عامل خطرناک دانستن بیمار و میل به جداسازی بیمار در مردان به طور معناداری بالاتر از زنان بوده است. با این ترتیب، می توان چنین اندیشید که داشتن نگرش منفی و رویکرد محدود کننده نسبت به فرد دچار افسردگی، که خود را به شکل خطرناک دانستن بیمار و میل به جداسازی اش از جامعه نشان می دهد، می تواند بر نگرش مردان برای درمان جویی تأثیر منفی بگذارد. نکته قابل توجه دیگر آن که با وجود این که مردان، در مقایسه با زنان، بیماران افسرده را خطرناک تر ارزیابی می کنند، با این حال تمایل بیشتری برای اجبار آنان به درمان نشان نداده اند، که خود می تواند نشان دهنده ارتباط جنس افراد با نگرش منفی به درمان باشد. یعنی اگر مردان نسبت به این بیماران احساس خطر کنند، بیشتر ترجیح می دهند که او را از جامعه جدا کنند، تا آن که وادار به درمان اش کنند. در حالی که زنان برای گویه های «مطمئنم اگر الان افسردگی شدید داشتیم، با کمک متخصصان سلامت روان می توانستیم خوب شوم»، «اگر افسردگی ام طول بکشد، از متخصصان سلامت روان کمک خواهم گرفت» و «ممکن است بعداً بخوام برای مشاوره به یک متخصص سلامت روان مراجعه کنم» به طور معناداری نمراتی بالاتر از مردان کسب کرده اند. در مطالعه هالتر (۲۰۰۴) درمان جویی در مردان همبستگی قوی با احساس دلسوزی نسبت به بیماران دچار افسردگی داشته است؛ در حالی که تفاوت زنان و مردان در متغیر دلسوزی در مطالعه ما معنادار نبوده است.

در مطالعه ما، هیچ یک از متغیرهای مطالعه (میزان آشنایی با بیماری روانی، مؤلفه های انگ زنی و نگرش به درمان جویی) بر حسب وضع تأهل و مقطع تحصیلی بیماران تفاوت معناداری نداشت.

بررسی رابطه مؤلفه های انگ زنی با درمان جویی در این مطالعه نشان داد که سه عامل از عوامل انگ زنی (دلسوزی، میل به یاری رساندن و میل به اجبار برای درمان) همبستگی معناداری با

خدمات سلامت روان آن را رد می کنند، و برعکس نگرش مثبت فرد به بیمار افسرده احتمال درمان جویی از متخصصان سلامت روان را افزایش می دهد (هالتر، ۲۰۰۴).

در مطالعه شومروس و همکاران (۲۰۰۹) دو جنبه از انگ - زنی مرتبط با مراجعه به روان پزشک (انتظار تبعیض از سوی دیگران در صورت کمک گرفتن و میل خود فرد به فاصله گیری اجتماعی از کسانی که برای درمان مراجعه کرده اند) و ارتباط آن با قصد درمان جویی^۱ در افسردگی بررسی شده است. بر اساس یافته های این مطالعه، تبعیض مورد انتظار از دیگران با درمان جویی ارتباط نداشت، در حالی که به نظر می رسید نگرش تبعیض آمیز خود فرد مانعی برای درمان جویی است (همان جا). بر اساس این مطالعه، انگ زدن به خود سازوکاری پراهمیت در کاهش تمایل برای کمک گرفتن از روان پزشکان است. عوامل دیگری که در این مطالعه با درمان جویی همراهی داشته شامل زن بودن و تماس قبلی با درمان روان پزشکی یا روان درمانی بوده است (همان جا).

مطالعات دیگر در زمینه نقش متغیرهای جمعیت نگاشتی و انگ بیماری های روانی یافته هایی متفاوت داشته اند. مطالعه ای در عمان، بین نگرش به افراد دچار بیماری روانی و متغیرهای جمعیت نگاشتی (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضع تأهل، و سابقه تماس قبلی با بیماران روانی) رابطه ای را نشان نداده است (العداوی^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعه ای دیگر، نشان داده شده که به طور کلی زنان کمتر از مردان به بیماران روانی انگ می زنند (مان^۳ و هیملین^۴، ۲۰۰۴).

مطالعه ای که در ایران درباره انگ همراه با اسکیزوفرنیا انجام شده است، چنین یافته است که زنان، در مقایسه با مردان، احساس دلسوزی، ترس و خطر بیشتری را گزارش می کنند. در آن مطالعه، هیچ یک از عوامل انگ زنی در دو گروه افراد مجرد و متأهل تفاوت معناداری را نشان نداده بود (توکلی و همکاران، ۱۳۸۵).

1- help seeking intention
3- Mann

2- Al-adawi
4- Himelein

که افراد دارای آشنایی بیشتر با بیماری روانی کمتر احتمال دارد که افراد دچار بیماری روانی را خطرناک بدانند و اجتناب کمتری را از آنان گزارش می‌کنند (کورینگان و همکاران، ۲۰۰۱). برخی مطالعات هم بین تماس قبلی با بیماران روانی و نگرش افراد به آنان رابطه‌ای نشان نداده‌اند (مثل العداوی و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعه توکلی و همکاران (۱۳۸۵) دربارهٔ انگ بیماری اسکیزوفرنیا، تأثیر میزان آشنایی با بیماری روانی بر باور به مسئولیت شخصی بیمار و اجزای هیجانی انگ بیماری روانی (احساس دلسوزی، خشم و ترس) قابل ملاحظه نبوده است؛ اما در آن مطالعه آشنایی بیشتر با بیماری روانی با اجتناب، و میل به اجبار به درمان و جداسازی کمتر همراه بوده است. در مطالعه فعلی، تفاوتی معنادار در میزان آشنایی با بیماری روانی بر حسب جنس، وضع تأهل، مقطع تحصیلی و دانشکده محل تحصیل وجود نداشت. از سوی دیگر، این متغیر با هیچ یک از عوامل شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زنی و نگرش به یاری جویی نیز همبستگی معناداری نداشت. هم چنین، گر، در مطالعه ما، میزان آشنایی با بیماران روانی با نگرش به درمان جویی رابطه معناداری را نشان نداده است.

این طرح با محدودیت‌هایی همراه بوده است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه دانشجویان چهار دانشکده دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران بودند. این نمونه از نظر گستره سنی، وضع تحصیلی و وضع تأهل نمی‌تواند نمونه‌ای معرف جامعه عمومی تلقی شود. گرچه سعی شده بود تا با استفاده از چهار دانشکده مختلف تا حدی گوناگونی بیشتری در نمونه ایجاد شود، با این حال عمومیت دادن نتایج این مطالعه به جمعیت عمومی باید با احتیاط انجام شود. از سوی دیگر، در این مطالعه برای بررسی عوامل انگ‌زنی و نگرش به درمان جویی از پرسشنامه‌های خود گزارشی استفاده شده است که طبیعتاً گزارش خود آزمودنی‌ها می‌تواند با احساس و رفتار آنان در شرایط واقعی متفاوت باشد. در صورتی که امکان ارزیابی واکنش‌های احساسی و هیجانی شرکت‌کنندگان در شرایط واقعی وجود داشت، نتایج قابل اتکاتر می‌بود. با این حال، به دلیل دشواری طراحی و اجرای چنین مطالعه‌ای، اغلب مطالعات مشابه نیز از همین روش استفاده کرده‌اند و به نظر می‌رسد نتایج چنین

نگرش به درمان جویی داشته‌اند. افرادی که احساس دلسوزی، میل به یاری رساندن و میل به اجبار بیماران افسرده برای درمان در آنان بیشتر بود، نگرشی مثبت‌تر به درمان جویی داشتند؛ اما مسؤول دانستن بیمار در ایجاد بیماری‌اش، خطرناک دانستن بیمار، احساس خشم و ترس، و میل به جداسازی بیمار و اجتناب از او با نگرش به درمان جویی همبستگی معناداری نداشته است. در مطالعه هالتر (۲۰۰۴) مسؤول دانستن بیمار در ایجاد افسردگی‌اش با نگرش به درمان جویی رابطه منفی معنادار داشته است، در حالی که دلسوزی نسبت به بیمار با نگرش به درمان جویی رابطه مثبت معنادار داشته است. در مطالعه هالتر (۲۰۰۴)، برخلاف مطالعه ما، میل به یاری رساندن و میل به اجبار برای درمان با نگرش به درمان جویی رابطه معناداری را نشان نداده است. رابطه منفی بین مسؤول دانستن بیمار با نگرش به درمان جویی در مطالعه هالتر را می‌توان چنین تبیین کرد که اگر فردی بیمار افسرده را مسؤول ایجاد بیماری‌اش بداند، بیشتر ممکن است بر این باور باشد که خودش باید بدون کمک گرفتن از متخصصان سلامت روان بر آن چیره شود و از این منظر نگرشی منفی‌تر نسبت به کمک گرفتن از متخصصان خواهد داشت. به هر حال، مطالعه ما چنین رابطه‌ای را نشان نداده است.

از نظر تأثیر میزان آشنایی با بیماری‌های روانی بر انگ بیماری‌های روانی و درمان جویی، بسیاری از پژوهش‌ها تأییدکننده این فرضیه بوده‌اند که آشنایی افراد با بیماری‌های روانی رابطه‌ای معکوس با باورهای منفی دربارهٔ بیماری روانی دارد (پن^۱ و همکاران ۱۹۹۴؛ آریکان^۲، اویسال^۳ و ستین^۴، ۱۹۹۹؛ هولمز^۵، کورینگان، ویلیامز^۶، کانار^۷ و کویاک^۸، ۱۹۹۹؛ کورینگان و همکاران ۲۰۰۱؛ لاندین^۹، کویاک و پن^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ مس و هاتیم، ۲۰۰۲؛ پینفولد^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها هم چنین نشان‌دهنده کاهش ترس از بیماران روانی در اثر تماس با بیماران بوده‌اند (لینک و کولن، ۱۹۸۶) و نیز نشان داده‌اند

1- Penn	2- Arikan
3- Uysal	4- Cetin
5- Holmes	6- Williams
7- Canar	8- Kubiak
9- Lundin	10- Pinfold

سپاس از زحمات خانم سوزان مقدس محرابی که در گردآوری داده‌ها و وارد کردن آن‌ها به نرم‌افزار SPSS همکاری داشتند.

مطالعاتی می‌تواند تا حدی قابل قبول به درک انگ بیماری روانی و نگرش به درمان‌جویی کمک کند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۴/۶

سپاسگزاری

این طرح با حمایت مالی مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. با

منابع

- توکلی، س.، کاویانی، ح.، شریفی، و.، صادقی، م.، و فتوحی، ا. (۱۳۸۵). بررسی مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری انگ زدن به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۸(۲)، ۳۱-۴۳.
- صادقی، م.، کاویانی، ح.، و رضایی، ر. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۲)، ۱۶-۲۵.
- محمدی، م.، امینی، ه.، ملک‌افضلی، ح.، نقوی، ح.، ر.، پوراعتماد، ح.، ر.، یزدی، ب.، رهگذر، س.، ع.، علاقه‌بندراد، ج.، رزاقی، ع.، م.، داویدیان، ه.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در استان تهران. *اندیشه و رفتار*، ۹(۲)، ۲۸-۳۷.
- Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S. S., Al-Ismaïly, S. S., Al-Ghafry, D. A., Al-Noobi, B. Z., Al-Salmi, A., Burke, D. T., Shah, M. K., Ghassany, H., & Chand, S. P. (2002). Percetion and attitude towards mental illness in Oman. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(4), 305-317.
- Arikan, K., Uysal, O., & Cetin, G. (1999). Public awareness of the effectiveness of psychiatric treatment may reduce stigma. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 36(2), 95-99.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001a). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001b). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Crisp, A. (2001). The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry*, 178, 197-199.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541.
- Gaebel, W., & Baumann, A. E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the open the doors program in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 657-662.
- Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J., & Andreasen, N. C. (2000). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. E. (2009). Perceived stigma and help-seeking behavior: Longitudinal evidence from the healthy minds study. *Psychiatric Services*, 60(9), 1254-1256.

- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215.
- Halter, M. J. (2004). The stigma of seeking care and depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 178-184.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.
- Kelly, C. M., & Jorm, A. F. (2007). Stigma and mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 13-16.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(4), 289-303.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Mackenzie, C. S. (2000). The relationship between attitudes toward seeking professional psychological help and intentions to use mental health services. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(10-B), 5571.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 185-187.
- Mas, A., & Hatim, A. (2002). Stigma in mental illness: Attitudes of medical students towards mental illness. *Medical Journal of Malaysia*, 57(4), 433-444.
- Mohit, A. (2001). *Psychiatry and mental health for developing countries, challenges for the 21st century*. 13th Congress of Pakistan Psychiatric Society. Islamabad, Pakistan.
- Mojtabai, R. (2009). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in European Union. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 705-712.
- Noorbala, A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- O'Connor, R. C., Sheehy, N. P., & O'Connor, D. B. (1999). The classification of completed suicide into subtypes. *Journal of Mental Health*, 8(6), 629-637.
- Penn, D. A., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20(3), 567-578.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness - a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25(8), 430-431.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behavior in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51-58.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 1-9.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(5), 1433-8491.
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325.
- Stuart, H., & Arboleda-Flôrez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., & Dickson, R. A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 475-482.
- Van Hook, M. P. (1999). Woman's help-seeking patterns for depression. *Social Work in Health Care*, 29(1), 15-34.