

● مقاله تحقیقی



دکتر سپیده امیدواری^{۱*}

دکتر علی شهیدزاده ماهانی^۲

دکتر علی منتظری^۳

دکتر حمیدرضا برادران^۴

دکتر علی آذین^۵

دکتر امیرمحمود حریرچی^۶

دکتر حمید سوری^۷

فاطمه گودرزی^۸

حاجیه جعفری^۹

دانش و نگرش مردم تهران در مورد بیماریهای روانی: یک مطالعه جمعیت شناختی

چکیده

نرمینه: نگرشهای برجسته زنده بر جنبه های مختلف زندگی مبتلایان به بیماریهای روانی و خانواده های آنان اثر می گذارد. مطالعه حاضر، به منظور بررسی دانش مردم در مورد بیماریهای روانی و نگرش آنان درباره این گروه از بیماران، طراحی گردیده است.

روش کار: یک مطالعه جمعیت شناختی با مراجعه به درب منازل با استفاده از نمونه گیری تصادفی در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در مورد افراد ۱۸ تا ۶۵ سال انجام شد. ۱۲۱۰ شرکت کننده، پرسشنامه ای حاوی سؤالات مرتبط، برگرفته از بررسی متون و دیدگاههای متخصصین مختلف بهداشتی را پر کردند.

یافته ها: اکثر پاسخ دهندگان (۵۷٪) دارای دانش متوسط بودند. دیدگاههای برجسته زنده، کلیشه های منفی و تمایل به فاصله اجتماعی در اکثر شرکت کنندگان (۶۶٪) وجود داشت. درک دیدگاههای منفی در جامعه در مورد بیماران روانی با عدم مراجعه درمانی علیرغم احساس ابتلا به بیماری روانی، ارتباط داشت.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه بیانگر آنند که طراحی برنامه هایی جهت ارتقاء دانش مردم و بهبود نگرش آنان در مورد بیماران روانی امری اساسی می باشد.

واژگان کلیدی: برجسته، بیماری روانی، نگرش، مطالعه جمعیت شناختی، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۳/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱

۱. روانپزشک، استادیار پژوهش، پژوهشکده

علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

۲. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استادیار

پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد

دانشگاهی

۳. دکترای تخصصی بهداشت عمومی و

اپیدمیولوژی، استاد پژوهش، پژوهشکده علوم

بهداشتی جهاد دانشگاهی

۴. تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار، پژوهشکده

علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم

پزشکی ایران

۵. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استادیار

پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد

دانشگاهی

۶. دکترای تخصصی بهداشت عمومی و

اپیدمیولوژی، استادیار، پژوهشکده علوم

بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم

بهنیستی و توانبخشی

۷. دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، دانشیار،

پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۸. لیسانس مامایی، پژوهشیار، بیمارستان

حضرت زینب، دانشگاه شاهد

۹. فوق لیسانس مامایی، پژوهشیار، بیمارستان

بهارلو، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی نویسنده مسئول:** پژوهشکده علوم بهداشتی

جهاد دانشگاهی، گروه پژوهشی سلامت روان، تهران،

خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری،

پلاک ۵۱. تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ دورنگار: ۶۶۴۸۰۸۰۵

پست الکترونیک: somidvari@ihsr.ac.ir



مقدمه

مشکلات مربوط به سلامت روان در تمامی کشورها، حتی کشورهایی که بار بیماریهای عفونی در آنها بالا است، حائز اهمیت می باشد [۱]. اگرچه مطالعات مربوط به بررسی دیدگاههای مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی در طی ۱۵ سال گذشته در حال افزایش بوده است، اما پژوهشهای اندکی در مورد دانش و نگرش مردم درباره بیماریهای روانی در کشورهای غیر غربی انجام شده است [۲].

مطالعات بسیاری که در طی دهه های گذشته انجام شده اند، بیانگر وجود نگرشهای شدت تبعیض آمیز در مورد بیماران روانی در جمعیت عمومی می باشند [۳، ۴]. این مسئله بخصوص در جوامعی که ابتلاء به بیماریهای روانی، اغلب همراه با احساس شرم می باشد، صادق است [۵]. حتی در مواردی که شواهد خوشبینانه ای در باره سطح دانش مردم در مورد بیماریهای روانی وجود دارد، کلیشه های^۱ قوی، مبنی بر خطرناک بودن بیماران روانی و تمایل به فاصله اجتماعی از آنان، مشاهده می گردد [۶].

دیدگاههای برچسب زنده^۲ در مورد بیماریهای روانی، در اکثر جوامع بصورت عمیق وجود دارد و موجب مشکلات قابل توجهی برای مبتلایان به این بیماریها و خانواده های آنان می گردد [۷]. دیدگاههای

منفی مهمترین مانع ارائه خدمات سلامت روان برای بیماران روانی می باشد [۸، ۹]. دیدگاههای مردم و نگرش های برچسب زنده، بر پذیرش تشخیص روانپزشکی، همکاری درمانی بیماران، سیر و پیش آگهی بیماری، کیفیت زندگی مبتلایان به بیماریهای روانی و خانواده های آنان، همچنین سیاستگذاریهای مسئولین بهداشتی تأثیر می گذارد [۷، ۱۴-۱۰].

مطالعات بسیاری در کشورهای مختلف به بررسی دانش و نگرش مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی پرداخته اند. در مطالعه انجام شده توسط Gordon و همکاران [۱۵] دیدگاه مردم در مورد ارتباطات بین فردی با مبتلایان به ناتوانی های مختلف از جمله بیماری روانی و عقب ماندگی ذهنی مورد بررسی قرار گرفت. اگر چه بیش از ۶۰٪ شرکت کنندگان در مطالعه، تمایل به دوست شدن با افراد مبتلا به ناتوانی های مختلف را ذکر کرده بودند، عقب ماندگی ذهنی و بیماری روانی، کمترین میزان را در این میان داشتند. همچنین هر چه نوع رابطه، نزدیکتر و صمیمانه تر مطرح می گردید، تمایل به ارتباط کمتر می شد. فقط ۱۲/۸٪ از شرکت کنندگان اظهار کرده بودند که تمایل به ازدواج با فردی مبتلا به اختلال روانی دارند. این در حالی است که در مورد کوادری پلژی^۳ این امر ۱۹/۳٪،

پاراپلژی^۴ ۲۵/۷٪ و سرطان ۵۰/۹٪ بود.

Tsang و همکاران [۵]، در مطالعه خود، با استفاده از پرسشنامه ای ۳۱ سوالی در مورد نگرش عمومی نسبت به بیماری روانی و ابراز Level of (Holmes et al., 1999) Contact Sub-scale، نگرشهای برچسب زنده در مورد مبتلایان به بیماری روانی در هنگ کنگ را مورد بررسی قرار دادند. اطلاعات نشان داد که نگرشهای برچسب زنده شدیدی در جامعه، همچون اعتقاداتی در مورد اینکه والدین باعث بیماری روانی می شوند، مخالفت شدید با برپایی تسهیلات روانپزشکی نزدیک محل اقامت شان و فرصت های شغلی محدود برای مبتلایان به بیماری روانی وجود دارد که موجب افزایش فشار بر خویشاوندان بیماران نیز می گردد. در این مطالعه بین تماسهای قبلی با افراد مبتلا به بیماری روانی و نگرش ها، ارتباطات چشمگیری وجود داشت.

در بررسی اثرات برچسب بیماری روانی بر نگرش مردم نسبت به مبتلایان به اختلال روانی، Angermeyer و همکاران [۱۶] در مطالعه ای بر ۵۰۲۵ تن از افراد با ملیت آلمانی که حداقل ۱۸ سال داشتند، بر چسب زدن، خطرناک بودن، وابستگی، واکنشهای هیجانی و فاصله اجتماعی را مورد بررسی قرار دادند. یافته ها نشان داد که برچسب ابتلا به بیماری روانی در مورد مبتلایان به

1-stereotypes
2-stigmatizing

3-quadruplegia

4-paraplegia

اسکیزوفرنی بر نگرش عمومی نسبت به آنها اثرات منفی دارد، در حالیکه در مورد مبتلایان به افسردگی اساسی اینگونه نیست. صحنه گذاشتن بر کلیشه خطرناک بودن، اثر منفی شدیدی بر شیوه واکنش هیجانی مردم نسبت به مبتلایان به اسکیزوفرنی دارد و تمایل به فاصله اجتماعی را بیشتر می کند. بر عکس درک فرد مبتلا به اسکیزوفرنی بعنوان فردی که نیازمند کمک است، احساسات مختلفی - مثبت و منفی - را در مورد تمایل به فاصله اجتماعی مردم با آنها بر می انگیزد.

Pinfold و همکاران [۱۷] با هدف ارزیابی مؤثر بودن برنامه مداخله گرانه آموزشی جهت کاهش برچسب روانی و تبعیض، دو کارگاه آموزشی در مورد سلامت روان برای ۴۷۲ دانش آموز دبیرستانی در بریتانیا برگزار کردند. شرکت کنندگان پرسشنامه هایی را درباره دانش، نگرش و رفتار در مورد برچسب روانی، قبل و پس از مداخله پر کردند. نتایج نشان دادند که جوانان دایره لغاتی به وسعت ۲۷۰ کلمه و عبارت مختلف را برای توصیف افراد مبتلا به مشکلات روانی بکار می برند که اغلب آنها اصطلاحاتی توهین آمیز هستند. نگرش نسبت به بیماری روانی بلافاصله پس از مداخله و ۶ ماه پس از آن، ارتقاء یافته بود و تغییرات در مورد دانش آموزان دختر و افرادی که تماس شخصی با مبتلایان به اختلال روانی داشتند، بارزتر بود.

به منظور مقایسه نگرش یونانی تبارهای مقیم لندن در مورد بیماری روانی با نژاد سفید انگلیسی، Papadopoulos و همکاران [۷]، با استفاده از ابزار (Taylor and Dear Community Attitudes to Mental Illness Scale، ۷۹ تن از افراد نژاد سفید انگلیسی و ۹۱ تن از یونانی تبارها را مورد بررسی قرار دادند. همچنین از سؤالات Wolff و همکاران برای سنجش دانش نمونه ها در مورد بیماری روانی و تماس با افراد دچار مشکلات روانی استفاده شد. یافته ها نشان دادند یونانیان مقیم لندن تماس و دانش کمتری در مورد مبتلایان به اختلال روانی داشتند. دیدگاههای برچسب زنده نیز در یونانی ها بیش از شرکت کنندگان انگلیسی وجود داشت. بر خلاف انتظار مشاهده شد که اختلاف بسیار کمی در نگرش ها نسبت به بیماری روانی بین نسل اول و دوم یونانیان (که در بریتانیا متولد شده بودند) وجود داشت. آگاهی در مورد بیماری روانی با نگرش مثبت در مورد افراد دچار مشکلات روانی همراه بود.

Gaebel و همکاران [۱۸]، دیدگاههای مردم آلمان را در ۶ شهر این کشور در مورد اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار دادند. ۷۲۴۶ تن از افراد ۱۶ سال و بالاتر که به زبان آلمانی صحبت می کردند از طریق تلفن در ۶ شهر آلمان با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج

نشان داد که ۳۳/۱٪ از مصاحبه شوندگان می توانند علل اسکیزوفرنی را نام ببرند. ۷۶/۵٪ از نمونه ها معتقد بودند که مبتلایان به اسکیزوفرنی اغلب نیاز به تجویز دارو دارند تا علائم شان کنترل شود. ۸۱/۱٪ افراد بر این باور بودند که اکثر مردم تقاضای کار فرد مبتلا به بیماری روانی را به نفع متقاضی دیگر رد می کنند.

در بررسی و مقایسه دیدگاههای دانشجویان پزشکی، خویشاوندان بیماران روانی و مردم در مورد مبتلایان به اختلال روانی، در عمان، Al-Adawi و همکاران [۱۹]، دریافتند که هیچ ارتباطی بین نگرش نسبت به بیماران روانی و متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، جنس و تماس شخصی با افراد مبتلا به اختلال روانی وجود ندارد. هم دانشجویان پزشکی و هم مردم عامل ژنتیک را بعنوان علت بیماری روانی، رد کردند، و بجای آن نقش ارواح را بعنوان عامل مسبب اختلال روانی ترجیح دادند. همچنین هر دو گروه فکر می کردند که افراد مبتلا به اختلال روانی تمایل دارند ظاهر عجیب و غریب و کلیشه ای داشته باشند و اکثر نمونه ها ترجیح می دادند که تسهیلات مراقبت روانپزشکی دور از جامعه وجود داشته باشد.

مطالعات فوق بیانگر آنند که دیدگاههای برچسب زنده در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی با شدتهای مختلف در سرتاسر جهان



نمونه‌گیری، ۱۲۱۰ پرسشنامه کامل جهت آنالیز داده‌ها حاصل شد که این تعداد شامل ۱۵۰ پرسشنامه مطالعه پایلوت نمی‌گردید.

جمع‌آوری اطلاعات:

پرسشنامه مطالعه بر اساس بررسی متون، تدوین و اعتبار محتوایی^۵ آن بوسیله گروهی از متخصصین رشته‌های روانپزشکی، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی مورد بررسی قرار گرفت. سپس جهت بررسی اعتبار صوری پرسشنامه، مطالعه پایلوت در مورد ۱۵۰ تن از هر دو جنس و سنین و سطوح تحصیلی متفاوت انجام و بازخوردهای دریافتی، اعمال گردید. نظر به اینکه بسیاری از جمعیت عمومی قادر به شناسایی انواع مختلف اختلالات روانپزشکی نیستند، در این مطالعه بیماریهای روانی بطور کلی^۶ مورد سؤال قرار گرفتند. پرسشنامه مورد استفاده از چهار بخش تشکیل شده بود: سؤالات مشخصه‌های دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی (۵ سؤال)، سؤالات مربوط به سنجش دانش شرکت کنندگان در مورد بیماریهای روانی (۷ سؤال)، سؤالات بررسی دیدگاههای فرد در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی (۵ سؤال) و نگرش دیگر مردم در مورد بیماران روانی (۱ سؤال) و سرانجام سؤالاتی در مورد تماس نزدیک با فردی مبتلا به بیماری

اساس گونه ۲۸ سؤالی پرسشنامه GHQ^۳ دارای مشکلات روانی هستند [۲۲].

روش کار

طراحی مطالعه و شرکت کنندگان در آن: یک مطالعه مقطعی جمعیت شناختی به منظور بررسی دانش و نگرش جمعیت عمومی در مورد بیماریهای روانی، در سال ۱۳۸۴ در تهران انجام شد. افراد ۶۵-۱۸ سال ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، که قادر به فهم سؤالات به زبان فارسی بدون نیاز به مترجم بودند، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، با توجه به جمعیت هر منطقه^۴، وارد مطالعه شدند.

جهت محاسبه حجم نمونه مطالعه، ابتدا مطالعه‌ای پایلوت شامل ۱۵ خوشه ۱۰ نفری در برخی مناطق شهر تهران انجام شد. با توجه به یافته‌های مطالعه پایلوت و در نظر گرفتن $P=0/65$ (شیوع نگرش منفی در مورد بیماریهای روانی)، $effect=2$ و قرار دادن دقت برآوردی معادل $0/04$ ($d=0/04$) در فرمول

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times P (1-P) \times design$$

 $effect/d$ ، حجم نمونه ۱۰۶۷ نفر حاصل گردید. جهت دستیابی به حداقل ۱۰۶۷ پرسشنامه کامل و بدون نقص، تعداد بیشتری نمونه جهت ورود به مطالعه در هر منطقه در نظر گرفته شد که عملاً در پایان

وجود دارد و آگاهی مردم در مورد بیماریهای روانی در سطح مطلوب نمی‌باشد.

با توجه به اثرات منفی و گسترده برچسب در مورد بیماری روانی، سازمان جهانی بهداشت و انجمن جهانی روانپزشکی^۱ دستورالعملی جهت از بین بردن برچسب طراحی کرده‌اند. در این رابطه اقداماتی در کشورهای مختلف آغاز شده است و مطالعاتی به ارزیابی اثرات برنامه‌های مختلف پرداخته‌اند [۱۷، ۲۱، ۱۳-۲۰]. متأسفانه تاکنون برنامه‌ای جهت ارتقاء دانش و نگرش مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی در ایران تدوین و اجرا نشده است. در این راستا ارائه‌نمایی از وضعیت موجود اولین گام جهت پرداختن به مشکل است که بنظر نمی‌رسد تاکنون مطالعه‌ای در این خصوص در ایران انجام شده باشد. گزارشات حکایتی^۲ پزشکان و روانپزشکان بیانگر وجود دیدگاههای منفی در جامعه در مورد بیماران روانی و نیاز به افزایش سطح دانش مردم در باره این دسته از بیماریها می‌باشد. مطالعه حاضر، به منظور دستیابی به تصویری مقدماتی از مشکل جهت برنامه ریزی برای اقدامات مداخله‌گرانه بعدی، برای نخستین بار در کشور اطلاعات مربوط به دانش و نگرش جمعیت عمومی را در مورد بیماریهای روانی گزارش کرده است. این در حالی است که ۲۱٪ افراد ۱۵ سال و بالاتر بر

5-Content validity
6-general

3-General Health Questionnaire
4-Probability Proportional with Size

1-World Psychiatric Association
2-Anecdotal

روانی (بعنوان عضو خانواده، دوست، همکار، ...)، احساس ابتلاء به بیماری روانی زمانی در طول عمر از دیدگاه خود فرد و مراجعه درمانی در صورت احساس ابتلاء به بیماری روانی. بعلاوه، درک شرکت کنندگان در مطالعه از میزان دانش خود در مورد بیماریهای روانی مورد پرسش قرار گرفت. پاسخ سؤالات مربوط به سنجش دانش، بصورت "بله"، "خیر" و "نمی دانم" و پاسخ سؤالات مربوط به سنجش نگرش - نگرش فرد و دیگران در مورد بیماران روانی - بصورت سنجش ۵ گزینه ای لیکرت^۱ (از بسیار موافق تا بسیار مخالف) تنظیم گردید. داده ها توسط پرسشگران آموزش دیده در مراجعه به درب منازل در روزهای انتهایی هفته (پنج شنبه و جمعه) جمع آوری گردید تا حداکثر دستیابی به افرادی از خانواده که بصورت تصادفی انتخاب شده بودند، امکان پذیر باشد. بهنگام نمونه گیری، ابتدا هدف از انجام مطالعه برای فرد توضیح داده می شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده اطمینان داده می شد. سپس در صورت تمایل فرد برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه بصورت رو در رو برای وی قرائت و پاسخ مورد نظر فرد در پرسشنامه درج می گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها بصورت توصیفی با استفاده از برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار

گرفتند. نمره دهی در مورد پاسخ های قسمت دانش بصورت ۱ (در مورد پاسخهای صحیح) و صفر (در مورد پاسخهای غلط و نمی دانم) و در مورد پاسخ های قسمت نگرش، بر اساس وجود دیدگاههای برچسب زننده انجام شد بگونه ای که دیدگاههای مثبت تر در مورد هر سؤال، واجد نمرات بالاتر بودند. سپس نمرات ۱ و ۲ بعنوان دیدگاههای منفی و نمرات ۳ تا ۵ بعنوان دیدگاههای غیر منفی^۲ در مورد هر سؤال طبقه بندی شدند.

نتایج

مشخصه های عمومی شرکت کنندگان:

بطور کلی ۱۲۱۰ تن که واجد پرسشنامه کامل بودند، وارد مطالعه شدند. متوسط سن شرکت کنندگان در مطالعه ($SD = \pm 12/96$) ۳۶/۱۳ سال، با دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال بود. ۵۱/۲٪ پاسخ دهندگان زن، ۷۰/۳٪ متأهل، ۲۷/۹٪ مجرد و ۱/۷٪ مطلقه / بیوه بودند. از نظر میزان تحصیلات، اکثریت شرکت کنندگان (۵۱/۲٪) دارای تحصیلات متوسطه، ۶/۰٪ بیسواد، ۱۸/۸٪ دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۴/۰٪ واجد تحصیلات دانشگاهی بودند. ۴۲/۰٪ پاسخ دهندگان شاغل، ۳۶/۸٪ خانه دار، ۹/۸٪ دانش آموز / دانشجو، ۶/۴٪ بیکار و ۵/۰٪ بازنشسته

2-non negative

1-point Likert Scale

دانش شرکت کنندگان در مطالعه:

جدول شماره ۱ بیانگر فراوانی پاسخهای مختلف به سؤالات قسمت دانش است. همانگونه که ملاحظه می گردد بالاترین درصد پاسخ صحیح (۸۴/۷٪) مربوط به عبارت "مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان می باشند" و کمترین پاسخ دهی صحیح (۱۵/۵٪) متعلق به عبارت "بسیاری از داروهای که برای درمان بیماریهای روانی استفاده می شوند، اعتیاد آور هستند"، می باشد.

نظر به توزیع فراوانی و درصد تجمعی تعداد پاسخهای صحیح به سؤالات قسمت دانش، مشاهده گردید که بیش از دو سوم پاسخ دهندگان (۷۰/۷٪) از ۷ سؤال قسمت دانش، تنها به ۴ سؤال یا کمتر، پاسخ صحیح داده اند.

جدول شماره ۲، بیانگر ارتباط بین سؤالات مختلف قسمت دانش و مشخصه های فردی پاسخ دهندگان است. بطور کلی بنظر می رسد همراهی مثبتی بین سطح تحصیلات و سؤالات مختلف قسمت دانش وجود دارد. تنها استثناء در مورد عبارت "بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می آیند" می باشد که افراد با تحصیلات ابتدایی و متوسطه، بیش از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی به آن پاسخ صحیح داده اند ($P = 0/002$).



جدول ۱- دانش شرکت کنندگان در مطالعه در مورد بیماریهای روانی (n=۱۲۱۰)			
بله، تعداد (%)	خیر، تعداد (%)	نمی‌دانم، تعداد (%)	
دانش عمومی			
۸۳۸ (۶۹/۳) ^a	۲۱۵ (۱۷/۷)	۱۵۷ (۱۳/۰)	بیماریهای روانی بسیار شایع هستند
۹۹۲ (۸۲/۰) ^a	۱۷۷ (۱۴/۶)	۴۱ (۳/۴)	هر کسی ممکن است دچار بیماری روانی شود
علل بیماریهای روانی			
۵۹۲ (۴۸/۹) ^a	۴۷۰ (۳۸/۸)	۱۴۸ (۱۲/۲)	بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می‌آیند
۴۵۷ (۳۷/۸) ^a	۶۵۲ (۵۳/۹)	۱۰۱ (۸/۳)	بسیاری از بیماریهای روانی ارثی هستند
درمان			
۱۰۲۵ (۸۴/۷) ^a	۱۰۶ (۸/۸)	۷۹ (۶/۵)	مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان می‌باشند
۷۸۸ (۶۵/۱)	۱۸۷ (۱۵/۵) ^a	۲۳۵ (۱۹/۴)	بسیاری از داروهایی که برای درمان بیماری های روانی استفاده می‌شوند، اعتیاد آور هستند
۴۹۳ (۴۰/۷)	۴۸۴ (۴۰/۰) ^a	۲۳۳ (۱۹/۳)	ازدواج کردن باعث بهتر شدن حال بیماران روانی می‌شود
a پاسخهای صحیح			

جدول ۳- نگرش شرکت کنندگان در مطالعه در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی (n=۱۲۱۰)					
بسیار موافق، تعداد (%)	موافق، تعداد (%)	نه موافق نه مخالف، تعداد (%)	مخالف، تعداد (%)	بسیار مخالف، تعداد (%)	
۸۳ (۶/۹) ^a	۴۹۰ (۴۰/۵)	۱۳۹ (۱۱/۵)	۴۵۵ (۳۷/۶)	۴۳ (۳/۶)	بیماری روانی، یک بیماری مانند دیگر بیماریهای بدن است
۸۸ (۷/۳) ^a	۳۹۲ (۳۲/۴)	۱۷۷ (۱۴/۶)	۵۲۴ (۴۳/۳)	۲۹ (۲/۴)	اکثر بیماران روانی، خطرناک هستند
۱۳۶ (۱۱/۲) ^a	۶۹۸ (۵۷/۷)	۱۰۹ (۹/۰)	۲۵۶ (۲۱/۲)	۱۱ (۰/۹)	بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان‌هایی خاص مراجعه کنند
۲۲۴ (۱۸/۵) ^a	۶۹۱ (۵۷/۱)	۱۸۱ (۱۵/۰)	۱۰۹ (۹/۰)	۵ (۰/۴)	ازدواج با اکثر بیماران روانی مشکلات زیادی در زندگی بوجود می‌آورد
۱۵۵ (۱۲/۸) ^a	۶۴۶ (۵۳/۴)	۱۸۰ (۱۴/۹)	۲۱۹ (۱۸/۱)	۱۰ (۰/۸)	اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم‌گیری در مورد امور مهم زندگی خود را ندارند و باید تحت کفالت باشند
۲۳۶ (۱۹/۵) ^b	۷۱۶ (۵۹/۲)	۱۱۵ (۹/۵)	۱۴۰ (۱۱/۶)	۳ (۰/۲)	اگر مردم بدانند که کسی مبتلا به بیماری روانی است، آن فرد دچار مشکلات زیادی در جامعه می‌شود (مانند دوست شدن با دیگران، پیدا کردن کار، ازدواج کردن و ...)
a نگرش شخصی					
b درک فرد از نگرش دیگران					

جدول ۲- ارتباط مشخصه های پاسخ دهندگان و سئوالات قسمت دانش

سئوالات قسمت دانش														
درصد پاسخهای صحیح شرکت کنندگان												درصد پاسخهای صحیح شرکت کنندگان		
جنس				گروههای سنی، سال					وضعیت تاهل			سطح تحصیلات		
مرد	زن	۱۸-۲۵	۲۶-۳۵	۳۶-۴۵	۴۶-۵۵	۵۶-۶۵	مجرد	متاهل	۱۳۰ مطلقه / بیوه	بی سواد	ابتدایی	متوسطه	تحصیلات دانشگاهی	
۶۷/۰	۷۱/۴	۶۴/۴	۶۹/۳	۷۳/۳	۷۰/۹	۷۱/۷	۶۸/۳	۶۹/۶	۷۱/۴	۵۸/۹	۵۷/۵	۷۱/۲	۷۶/۹	۱. بیماریهای روانی، بسیار شایع هستند
P=۰/۱۰		P=۰/۱۸					P=۰/۹۰			P < ۰/۰۰۱				
۸۳/۲	۸۰/۸	۸۱/۳	۸۶/۱	۸۰/۰	۸۲/۰	۷۷/۵	۸۳/۷	۸۱/۲	۸۵/۷	۶۳/۰	۷۶/۸	۸۲/۶	۸۹/۷	۲. هر کسی ممکن است دچار بیماری روانی شود
P=۰/۲۶		P=۰/۲۰					P=۰/۵۴			P < ۰/۰۰۱				
۴۸/۲	۴۹/۶	۴۵/۴	۵۱/۱	۴۸/۶	۵۳/۴	۴۶/۷	۴۶/۷	۴۹/۶	۵۷/۱	۴۵/۲	۵۵/۷	۵۱/۱	۴۰/۰	۳. بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می آیند
P=۰/۶۳		P=۰/۳۹۶					P=۰/۵۱			P=۰/۰۰۲				
۳۶/۴	۳۹/۱	۳۰/۰	۳۶/۶	۳۸/۸	۴۶/۰	۴۷/۵	۳۴/۳	۳۸/۱	۸۱/۰	۴۲/۵	۴۱/۷	۳۵/۹	۳۷/۶	۴. بسیاری از بیماریهای روانی ارثی هستند
P=۰/۳۳		P=۰/۰۰۱					P < ۰/۰۰۱			P=۰/۳۷				
۸۴/۸	۸۴/۷	۸۴/۰	۸۳/۵	۹۱/۴	۸۳/۱	۷۸/۳	۸۴/۹	۸۴/۸	۷۶/۲	۶۰/۳	۷۸/۹	۸۷/۹	۸۸/۶	۵. مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان هستند
P=۰/۹۵		P=۰/۰۱۰					P=۰/۵۵			P < ۰/۰۰۱				
۱۶/۶	۱۴/۴	۱۹/۶	۱۴/۹	۱۵/۷	۱۰/۱	۱۳/۳	۱۷/۵	۱۴/۷	۱۴/۳	۱۱/۰	۱۳/۲	۱۷/۱	۱۴/۸	۶. بسیاری از داروهایی که برای درمان بیماریهای روانی استفاده می شوند، اعتیادآور هستند
P=۰/۲۹		P=۰/۰۶					P=۰/۴۹			P=۰/۳۳				
۳۷/۱	۴۲/۸	۴۰/۷	۴۲/۷	۴۲/۷	۳۷/۰	۳۰/۰	۴۲/۶	۳۸/۸	۴۷/۶	۲۴/۷	۳۳/۳	۴۲/۳	۴۴/۱	۷. ازدواج کردن باعث بهتر شدن حال بیماران روانی می شود
P=۰/۰۴		P=۰/۱۱					P=۰/۳۷			P=۰/۰۰۲				



جدول ۴- ارتباط مشخصه های پاسخ دهندگان و دیدگاههای منفی در مورد سئوالات قسمت نگرش

جدول ۴- ارتباط مشخصه های پاسخ دهندگان و دیدگاههای منفی در مورد سئوالات قسمت نگرش																				
درصد نگرشهای منفی																		شیرکت کنندگان نگرش های منفی درصد	سئوالات قسمت نگرش	
جنس		گروههای سنی، سال					وضعیت تاهل			سطح تحصیلات			شغل							
مرد	زن	۱۸-۲۵	۲۶-۳۵	۳۶-۴۵	۴۶-۵۵	۵۶-۶۵	مجرد	متاهل	مطلقه / بیوه	بی سواد	ابتدایی	متوسطه	تحصیلات دانشگاهی	شاغل	خانه دار	دانش آموز / دانشجو	بیکار			بازنشسته
۴۵/۵	۳۷/۰	۴۸/۴	۳۹/۵	۴۰/۴	۳۷/۰	۳۳/۳	۴۸/۵	۳۸/۷	۲۳/۸	۲۸/۸	۴۳/۴	۴۲/۵	۳۹/۷	۴۳/۵	۴۹/۲	۳۶/۰	۴۶/۲	۳۷/۷	۱. بیماری روانی، یک بیماری مانند دیگر بیماریهای بدن است.	
P=۰/۰۰۳		P=۰/۰۱۷		P=۰/۰۰۲			P=۰/۱۲۰			P=۰/۰۳۵										
۳۷/۴	۴۱/۸	۳۴/۷	۳۶/۲	۴۰/۴	۴۴/۴	۵۳/۳	۳۴/۳	۴۱/۱	۶۶/۷	۶۴/۴	۵۹/۲	۴۰/۲	۱۶/۹	۳۵/۸	۴۵/۸	۳۰/۵	۳۵/۹	۴۹/۲		۲. اکثر بیماران روانی، خطرناک هستند
P=۰/۱۱۴		P=۰/۰۰۳		P=۰/۰۰۴			P<۰/۰۰۱			P=۰/۰۰۲										
۷۳/۳	۶۴/۸	۶۴/۱	۶۸/۰	۶۷/۵	۷۶/۲	۷۶/۷	۶۵/۴	۷۰/۰	۸۱/۰	۸۴/۹	۷۷/۲	۶۴/۶	۶۷/۶	۷۱/۳	۶۸/۱	۵۵/۹	۷۵/۶	۷۲/۱	۳.بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان‌هایی خاص مراجعه کنند	
P=۰/۰۰۱		P=۰/۰۱۷		P=۰/۱۴۳			P<۰/۰۰۱			P=۰/۰۱۳										
۷۴/۵	۷۶/۷	۶۸/۸	۷۸/۰	۷۸/۰	۸۱/۰	۷۵/۰	۷۰/۴	۷۷/۹	۶۶/۷	۷۱/۲	۷۵/۹	۷۷/۵	۷۲/۴	۷۵/۶	۷۸/۴	۶۴/۴	۷۶/۹	۷۵/۴		۴.ازدواج با اکثر بیماران روانی مشکلات زیادی در زندگی بوجود می‌آورد
P=۰/۳۵۴		P=۰/۰۱۱		P=۰/۰۱۶			P=۰/۳۰۴			P=۰/۰۴۰										
۶۷/۹	۶۴/۶	۵۸/۲	۶۴/۴	۷۱/۰	۷۳/۵	۷۱/۷	۵۷/۱	۶۹/۷	۷۱/۴	۷۴/۰	۷۷/۶	۶۷/۷	۲/۱	۶۶/۳	۶۸/۸	۵۵/۹	۵۹/۰	۷۵/۴	۵. اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم‌گیری در مورد امور مهم زندگی خود را ندارند و باید تحت کفالت باشند	
P=۰/۲۳۵		P=۰/۰۰۱		P<۰/۰۰۱			P<۰/۰۰۱			P<۰/۰۰۱			P=۰/۰۲۷							

تنها عبارتی که با وضعیت تأهل پاسخ دهندگان ارتباط داشت، عبارت "بسیاری از بیماریهای روانی ارثی هستند"، بود که افراد بیوه یا مطلقه بیش از دیگران به آن پاسخ صحیح داده بودند ($P < 0/001$) عبارت فوق، ارتباط مثبتی با سن نیز داشت؛ افراد مسن تر بیش از دیگران به آن پاسخ صحیح داده بودند ($P = 0/001$) متغیر سن با عبارت "مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان می باشند"، نیز ارتباط داشت. گروه سنی ۳۶-۴۵ سال، بیش از دیگران پاسخ صحیح ارائه کرده بودند ($P = 0/01$).

تنها عبارتی که دانش دو جنس در مورد آن، واجد اختلاف چشمگیر آماری بود، عبارت "ازدواج کردن باعث بهتر شدن حال بیماران روانی می شود" بود که زنان بیش از مردان، پاسخ صحیح داده بودند ($P = 0/041$).

نگرش شرکت کنندگان در مطالعه:

جدول ۳ نشانگر پاسخ های ارائه شده به سؤالات قسمت نگرش پرسشنامه می باشد. جهت تجزیه و تحلیل آماری، پاسخها به دو گروه نگرشهای "منفی" و "غیر منفی" طبقه بندی شدند. در مورد اولین عبارت (بیماری روانی، یک بیماری مانند دیگر بیماریهای بدن است)، پاسخهای "مخالف" و "بسیار مخالف" بیانگر نگرش منفی پاسخ دهنده در نظر گرفته شدند. در مورد دیگر عبارات قسمت نگرش پرسشنامه، پاسخهای "موافق" و "بسیار موافق" معادل نگرش

منفی و دیگر پاسخها بیانگر نگرش غیر منفی در نظر گرفته شدند. فراوانی دو گروه پاسخها در مورد هر یک از عبارات این قسمت به شرح زیر می باشد:

۴۱/۲٪ پاسخ دهندگان، در مورد عبارت "بیماری روانی، یک بیماری مانند دیگر بیماریهای بدن است"، نگرش منفی داشتند. این مسئله در مورد عبارت "اکثر بیماران روانی، خطرناک هستند"، ۴۰٪ بود. ۶۹٪ نمونه های مورد بررسی در مورد لزوم مراجعه بیماران روانی به بیمارستانهایی خاص و ۶۶٪ شرکت کنندگان در مورد عدم توانایی تصمیم گیری اکثر بیماران روانی در مورد مسائل مهم زندگی خود و لزوم تحت کفالت قرار گرفتن آنها دارای دیدگاههای برجسته زنده بودند. دیدگاه منفی در مورد عبارت "ازدواج با اکثر بیماران روانی مشکلات زیادی در زندگی بوجود می آورد" در ۷۶٪ پاسخ دهندگان وجود داشت.

همچنین پرسشنامه مطالعه، حاوی سؤالی در مورد وجود نگرشهای برجسته زنده در دیگر مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی _ از نظر نمونه های مورد مطالعه _ بود. یافته ها نشان دادند حدود ۷۹٪ شرکت کنندگان در مطالعه فکر می کردند دیگر مردم دارای نگرش منفی در مورد بیماران روانی هستند. هیچ رابطه ای بین درک دیدگاههای منفی در دیگران و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل یا تحصیلات مشاهده نشد.

همانگونه که جدول ۴ نشان می دهد، دیدگاههای منفی در مورد سؤالات ۱ و ۳ در مردان بیش از زنان وجود داشت. دیدگاههای منفی در مورد سؤالات ۲ تا ۵، با افزایش سن، بیشتر می شد، اما این رابطه در مورد سؤال ۱ برعکس بود.

وضعیت تأهل با سؤالات ۱، ۲، ۴ و ۵ رابطه معنی دار آماری داشت. افراد مطلقه و بیوه، در مورد سؤالات ۲ و ۵ دیدگاههای منفی تری داشتند، اما چنین رابطه ای در مورد دیگر سؤالات وجود نداشت. بطور کلی، افراد با تحصیلات دانشگاهی، کمتر دیدگاههای منفی داشتند اما این مسئله فقط در مورد سؤالات ۲، ۳ و ۵ واجد رابطه معنی دار آماری بود. وضعیت شغلی با سؤالات ۱ تا ۵ از نظر آماری مرتبط بود. در مورد همه عبارات قسمت نگرش، دانش آموزان/ دانشجویان با فراوانی کمتری واجد نگرش منفی بودند.

توزیع فراوانی و درصد تجمعی تعداد پاسخهای نمایانگر دیدگاه منفی به سؤالات قسمت نگرش شخصی نشان داد که حدود دو سوم پاسخ دهندگان (۶۶/۲٪)، به سه سؤال یا بیشتر (از ۵ سؤال) با نگرش منفی پاسخ داده اند.

حدود ۲۷٪ شرکت کنندگان در مطالعه اظهار کردند به نظر آنها، زمانی در طول عمر، مبتلا به نوعی بیماری روانی بوده اند اما فقط حدود نیمی از آنان (۴۹/۲٪)، مراجعه درمانی



داشته‌اند. تجزیه و تحلیل بیشتر نشان داد افرادی که معتقد بودند دیدگاه‌های برجسب زننده در مورد بیماران روانی در جامعه وجود دارد حدود ۲/۵ بار کمتر از دیگران، علیرغم احساس ابتلاء به بیماری روانی، مراجعه درمانی داشته‌اند ($CI = ۰/۲۰-۰/۹۲$ و $۰/۴۲۵$ $OR =$ افرادی که سابقه ابتلاء به بیماری روانی را در مورد خود گزارش کرده بودند، بطور کلی کمتر دارای دیدگاه‌های منفی در مورد سؤالات قسمت نگرش بودند. اما این مسئله فقط در مورد دو عبارت "بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان‌هایی خاص مراجعه کنند" و "اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم‌گیری در مورد امور مهم زندگی خود (مسائل مالی، حقوقی و ...) را ندارند و باید تحت کفالت باشند" واجد رابطه معنی‌دار آماری بود (بترتیب $P < ۰/۰۰۱$ و $P = ۰/۰۳$) متشابهاً، نمونه‌هایی که سابقه تماس نزدیک با فردی مبتلا به بیماری روانی را داشتند، کمتر دارای دیدگاه‌های منفی بودند. در مورد سه سؤال از ۵ سؤال جدول ۵، این رابطه از نظر آماری، معنی‌دار بود. سؤالات مذکور عبارتند از: "اکثر بیماران روانی خطرناک هستند"، "بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان‌هایی خاص مراجعه کنند" و "اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم‌گیری ... (بترتیب $P = ۰/۰۰۹$ ، $P = ۰/۰۱۴$ و $P = ۰/۰۰۴$). افرادی که سابقه ابتلاء به بیماری روانی را در

مورد خود گزارش کرده بودند، بطور معنی‌داری، دیدگاه‌های منفی در دیگران را در مورد مبتلایان به بیماری‌های روانی بیشتر درک کرده بودند ($P = ۰/۰۴۱$) از سوی دیگر، تماس نزدیک با فردی مبتلا به بیماری روانی با درک دیدگاه‌های برجسب زننده در دیگران، ارتباط چشمگیر آماری نداشت. ۲۸٪ پاسخ‌دهندگان دانش خود را در مورد بیماری روانی کافی توصیف کردند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد این گروه از نمونه‌ها در واقع نیز به تعداد بیشتری از سؤالات قسمت دانش، پاسخ صحیح داده بودند ($P = ۰/۰۰۸$) اما حتی در مورد این دسته از شرکت‌کنندگان، درصد افرادی که به بیش از ۴ سؤال (از ۷ سؤال قسمت دانش)، پاسخ صحیح داده بودند، کمتر از ۳۵٪ بود. افرادی که سابقه ابتلاء به بیماری روانی را در مورد خود اظهار کرده بودند، واجد پاسخ‌های صحیح بیشتری بودند ($P = ۰/۰۰۱$). این مسئله در مورد پاسخ‌دهندگانی که تماس نزدیک با فردی مبتلا به بیماری روانی داشتند نیز صادق بود ($P = ۰/۰۲۳$). اما در مورد این دو گروه نیز، درصد افرادی که به بیش از ۴ سؤال، پاسخ صحیح داده بودند، به ۳۵٪ نرسید.

بحث

نظر به ماهیت ناتوان‌کننده دیدگاه‌های منفی در مورد مبتلایان به بیماری‌های روانی،

برنامه‌هایی در کشورهای مختلف، برای کاهش نگرش‌های برجسب زننده و پیامدهای آن در حال انجام هستند [۲۳-۲۵] و این در حالی است که طبق گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۱ [۱]، بیش از ۴۰٪ کشورها فاقد سیاست‌های مربوط به سلامت روان هستند و بالغ بر ۳۰٪ کشورها هیچگونه برنامه‌ای برای سلامت روان مردم خود ندارند. مطالعه حاضر به منظور ارائه‌نمایی از دامنه مشکل بعنوان اولین گام در ارزیابی دیدگاه‌های مردم در مورد مبتلایان به بیماری‌های روانی و بدست دادن سرنخ‌هایی در مورد برنامه‌ریزی برای تغییر ادراکات غلط موجود در باره بیماری‌های روانی انجام گردید. یافته‌ها نشان دادند اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه دارای سطح متوسطی از دانش در مورد بیماری‌های روانی و دیدگاه‌های برجسب زننده درباره مبتلایان به این بیماری‌ها هستند. به دلیل عدم تمایل جمعیت عمومی به پاسخگویی به پرسشنامه‌های واجد سؤالات زیاد، در این مطالعه از پرسشنامه‌ای کوتاه اما واجد سؤالات اصلی و دقیق استفاده گردید. هر چند عدم بکارگیری سؤالات زیاد ممکن است چشم‌انداز مطالعه را محدودتر کرده باشد اما موجب افزایش همکاری نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه گردید، بگونه‌ای که عدم تمایل به شرکت در مطالعه نادر بود. از آنجا که اکثر مردم، قادر به شناسایی

اختلالات مختلف روانپزشکی نیستند، در این مطالعه، بیماریهای روانی، بطور کلی مورد سؤال قرار گرفتند.

یکی از مشکلات مطالعاتی که نگرش افراد را در مورد مسائل مختلف مورد بررسی قرار می‌دهند، تمایل شرکت کنندگان در مطالعات برای ارائه پاسخهای مثبت و مورد قبول اجتماع می‌باشد. جهت بررسی این مسئله، در مطالعه حاضر، سه سؤال "دیدگاههای دیگر مردم در مورد بیماران روانی"، "سابقه ابتلاء به بیماری روانی از دیدگاه خود فرد" و "مراجعه درمانی در صورت مثبت بودن سابقه ابتلاء" در نظر گرفته شد. همانگونه که ذکر گردید ۲۷٪ شرکت کنندگان در مطالعه سابقه ابتلاء به بیماری روانی را در مورد خود اظهار داشتند که بیش از نیمی از آنان مراجعه درمانی نداشتند. این موضوع، هماهنگ با این یافته است که این گروه از افراد بیش از دیگران، دیدگاههای برچسب زنده در جامعه را درک کرده بودند، باوری که می‌تواند بعنوان مانعی جدی برای جستجوی درمان عمل کند.

یافته‌های مطالعه، مؤید گزارشاتی است که حاکی از عدم کفایت دانش جمعیت عمومی در مورد بیماریهای روانی و نیاز به ارتقاء آن هستند [۲۶، ۲۷]. نیاز به چنین مداخلاتی، با در نظر داشتن این مسئله که ۲۸٪ شرکت کنندگان در مطالعه، میزان دانش خود را کافی می‌دانستند، آشکارتر می‌گردد. فاصله

میان دانش درک‌شده و دانش واقعی، ممکن است چالشی بزرگ برای مداخلات آینده پدید آورد.

در مطالعه حاضر ۴۸/۹٪ شرکت‌کنندگان اظهار داشتند بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می‌آیند و ۳۷/۸٪ آنان معتقد بودند که بسیاری از بیماریهای روانی ارثی هستند.

در بررسی دانش و نگرش ۲۰۴۰ تن از مردم در سه ایالت نیجریه در مورد بیماریهای روانی [۴]، نتایج مطالعه بیانگر دانش ضعیف مردم در مورد علت بیماریهای روانی بود. ۳۰/۲٪ شرکت‌کنندگان در مطالعه، تسخیر توسط ارواح شیطانی و تنها ۲۶/۵٪ پاسخدهندگان توارث ژنتیک و ۹/۲٪ بیماری مغز را بعنوان علت بیماری روانی ذکر کرده بودند.

در بررسی و مقایسه دیدگاههای دانشجویان پزشکی، خویشاوندان بیماران روانی و مردم در مورد مبتلایان به اختلال روانی، در عمان [۱۹]، هم دانشجویان پزشکی و هم مردم عامل ژنتیک را بعنوان علت بیماری روانی، رد کردند، و بجای آن نقش ارواح را بعنوان عامل مسبب اختلال روانی ترجیح دادند.

از سوی دیگر، در مطالعه Gaebel و همکاران [۱۸] بر دیدگاههای ۷۲۴۶ تن از مردم ۶ شهر آلمان در مورد اسکیزوفرنی، نتایج نشان داد که ۳۳/۱٪ از مصاحبه شوندگان می‌توانند علل اسکیزوفرنی را نام

ببرند.

مشابه برخی مطالعات انجام [شده ۵، ۷، ۱۱، ۲۵، ۳۰-۲۸]، مطالعه حاضر، وجود کلیشه‌ای از ناتوانی و نیاز به کمک دیگران، تمایل به فاصله اجتماعی و اعمال محدودیت را در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی در جامعه نشان داد. به نظر حدود ۴۰٪ پاسخ‌دهندگان، اکثر مبتلایان به بیماریهای روانی "خطرناک" بودند. این امر، یافته‌ای شایع حتی در مورد مبتلایان به افسردگی و اختلالات اضطرابی می‌باشد [۳۱].

اگرچه رفتار تهاجمی در بیماران روانی، شایع نیست، در اکثر جوامع، بیماری روانی معادل خشونت و تحریک‌پذیری تلقی می‌گردد. این مسئله، علیرغم این واقعیت است که تفاوت‌های چشمگیری بین اختلالات مختلف روانپزشکی وجود دارد.

Tsang و همکاران [۵] در مطالعه خود، نگرشهای برچسب زنده در مورد مبتلایان به بیماری روانی در هنگ کنگ را مورد بررسی قرار دادند. اطلاعات نشان داد که نگرشهای برچسب زنده شدیدی در جامعه، همچون مخالفت شدید با برپایی تسهیلات روانپزشکی نزدیک محل اقامت شان و فرصت‌های شغلی محدود برای مبتلایان به بیماری روانی وجود دارد که موجب افزایش فشار بر خویشاوندان بیماران نیز می‌گردد. در مطالعه Al-Adawi و همکاران [۱۹] در عمان نیز اکثر نمونه‌ها ترجیح می‌دادند که



تسهیلات مراقبت روانپزشکی دور از جامعه وجود داشته باشد در مطالعه Gaebel و همکاران [۱۸] نیز تمایل به فاصله اجتماعی و درک دیدگاههای منفی در دیگران در مورد بیماران روانی مشاهده می‌گردد. در این مطالعه ۸۱/۱٪ افراد بر این باور بودند که اکثر مردم تقاضای کار فرد مبتلا به بیماری روانی را به نفع متقاضی دیگر رد می‌کنند. به منظور مشخص کردن دیدگاههای افراد بزرگسال بریتانیا در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی، بعنوان اطلاعات پایه جهت برنامه ریزی بر علیه برچسب‌زدن، Crisp و همکاران [۳۱] ۱۷۳۷ تن از افراد ۱۶ سال و بالاتر را در خصوص ۷ نوع اختلال روانی شایع، مورد مصاحبه قرار دادند. ۷ اختلال مورد بررسی عبارت بودند از: افسردگی شدید، حملات پانیک، اسکیزوفرنیا، دمانس، اختلالات خوردن، الکلیسم و اعتیاد به دارو. بطور کلی پاسخ دهندگان واجد دیدگاه منفی بودند. پاسخها در خصوص اختلالات هفتگانه، متفاوت بود و تفاوتها، بخصوص در مورد پاسخ به سؤالات مربوط به خطرناک بودن، سرزنش بیماران روانی، توانایی کمک کردن به خود، پاسخ به درمان و دورنمای بهبودی بچشم می‌خورد.

بیشترین دیدگاه منفی در مورد اسکیزوفرنیا، الکلیسم و اعتیاد به دارو وجود داشت. تقریباً ۷۰٪ پاسخدهندگان، مبتلایان به سه اختلال فوق‌الذکر، خطرناک برای دیگران و حدود ۸۰٪

نمونه‌ها، آنان را غیرقابل پیش بینی می‌دانستند.

همانگونه که مشاهده می‌گردد اگرچه فقط درصد کمی از مبتلایان به اسکیزوفرنی دارای رفتار خطرناک هستند، بیش از دو سوم پاسخ‌دهندگان، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را خطرناک توصیف کردند. همچنین ۲۳٪ نمونه‌ها فکر می‌کردند مبتلایان به افسردگی شدید برای دیگران خطرناک هستند و ۱۶٪ بر این باور بودند که این دسته از بیماران به درمان پاسخ نمی‌دهند.

در مطالعه Gureje و همکاران [۴] در نیجریه نیز نتایج مطالعه نشان‌دهنده وجود دیدگاههای منفی در مورد بیماریهای روانی، بطور گسترده بود بگونه‌ای که ۹۶/۵٪ پاسخ‌دهندگان معتقد بودند مبتلایان به بیماریهای روانی، خطرناک هستند. اکثر نمونه‌ها حتی تحمل تماسهای اجتماعی اولیه و اساسی را با فردی مبتلا به بیماری روانی نداشتند: ۸۲/۷٪ پاسخدهندگان از اینکه با یک بیمار روانی مکالمه داشته باشند، می‌ترسیدند و فقط ۱۶/۹٪ افراد حاضر به ازدواج با فرد مبتلا به بیماری روانی بودند.

بطور کلی، در مطالعه حاضر، افراد واجد تحصیلات دانشگاهی، کمتر دارای نگرشهای منفی بودند. همچنین، افراد مسن‌تر در مورد ۴ عبارت قسمت نگرش، دیدگاههای منفی‌تری داشتند. یافته‌های مشابهی در مورد اثرات سن و تحصیلات در مطالعات

دیگر گزارش شده‌اند [۲۸،۳۲]. هر چند، مطالعه‌ای در مورد نگرش مردم در بریتانیا نشان داد دیدگاههای برچسب زنده در مورد بیماران روانپزشکی در افراد جوانتر، شایع‌تر می‌باشد [۲۵].

در مورد دو عبارت قسمت نگرش، مردان بطور معنی‌داری بیش از زنان واجد دیدگاههای منفی بودند. یافته‌های مشابهی از دیگر کشورها نیز در این خصوص گزارش شده است [۲۹، ۳۲، ۳۳].

یافته‌های مطالعه حاضر، هماهنگ با نتایج مطالعات قبلی، بر درک دیدگاههای منفی در دیگران توسط افراد با سابقه بیماری روانی تأکید می‌کند [۱۱، ۱۲].

همانگونه که دیگر مطالعات [۵، ۳۱، ۳۳، ۳۴] نشان داده‌اند، در این مطالعه نیز، تماس نزدیک با بیماران روانپزشکی با کاهش دیدگاههای منفی ارتباط داشت.

نتایج مطالعه حاضر حاکی است افرادی که معتقد بودند مردم دارای دیدگاههای منفی درباره بیماران روانی هستند، علیرغم احساس ابتلاء به بیماری روانی، حدود ۲/۵ بار کمتر در صدد جستجوی درمانی برآمدند. مطالعات بسیاری بیانگر آنند که دیدگاههای برچسب زنده در جامعه ممکن است بعنوان سدی برای جستجوی کمک از سوی بیماران روانپزشکی عمل کند [۲، ۱۱، ۳۲].

علیرغم اهمیت ادراکات و دیدگاههای مردم در مورد بیماریهای روانی، اطلاعات کمی در

مورد دانش و نگرش مردم منطقه خاورمیانه درباره بیماریهای روانی وجود دارد. مطالعه حاضر، اولین مطالعه جمعیت‌شناختی درباره این موضوع، در ایران است. مطالعات بزرگ در مورد جامعه، همچون مطالعه حاضر، حائز اهمیت آشکار برای سیاست‌گذاران امور سلامت جهت برنامه‌ریزی برای ارتقاء دانش و نگرش مردم می‌باشند [۴]. مطالعه حاضر بر آن بوده است تا به روشن کردن برخی

زوایای یکی از مشکلات مهم مربوط به سلامت روان در ایران بپردازد و اطلاعات پایه را برای پژوهشهای بعدی ارائه کند. تجربیات مبتلایان به بیماریهای روانی و خانواده‌های آنان در مورد نگرشهای منفی موجود در جامعه، تبعیضها و/یا محدودیتها، زمینه‌ها و منابع خاص برچسب زدن به آنان، برچسب درونی شده از سوی خود فرد، نگرشهای موجود در مورد اختلالات مختلف روانپزشکی، وجود تبعیض و برچسب در خدمات مربوط به سلامتی، قانونگذاری، رسانه‌ها و مواد آموزشی، تدوین مدل‌های برچسب زدن به بیماران روانی در جامعه و آزمودن آنها، تفاوت‌های بین فرهنگی، روند نگرش مردم در طول زمان و ارزیابی اثرات مداخلات انجام شده جهت کاهش نگرشهای منفی در مورد بیماران روانی، پژوهشهای مورد نیاز در آینده می‌باشند.

سیاسگذاری

از معاونت تحقیقات و فناوری جهاد دانشگاهی که مطالعه حاضر با حمایت مالی آن انجام شده است، همچنین از مرکز افکارسنجی دانشجویان جهاد دانشگاهی که نمونه‌گیری پژوهش را بعهده داشته است، سپاسگزاری می‌گردد.



مراجعه

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
2. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 163-179.
3. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm A F, Nakane H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 21.
4. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim- Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 436-441.
5. Tsang HWH, Tam PKC, Chan F, Cheung WM. Stigmatising attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: Implications for their recovery. *J Community Psych* 2003; 31: 383-396.
6. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89: 1328-1333.
7. Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C. Factors influencing stigma – A comparison of Greek – Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 430-434.
8. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry* 2002; 1: 26-27.
9. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ* 2002; 324: 1470-1471.
10. Pickenhagen A, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it. Geneva: World Psychiatric Association; 2002.
11. Dinos S. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2004; Freidl M, Lang T, Scherer M. How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 269-275.
12. Freidl M, Lang T, Scherer M. How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 269-275.
13. Tanaka G, Ogawa T, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 595-602.
14. Cowan S. Understanding public opinion relating to the establishment of community mental health facilities: implications of a discourse analytic approach. *J Community Applied Soc Psych* 1999; 9: 289-307.
15. Gordon PA, Tantillo JC, Feldman D, Perrone K. Attitudes regarding interpersonal relationships with persons with mental illness and mental retardation. *J Rehabil* 2004; 70(1): 50-57.
16. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(4): 304-309.
17. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 342-346.
18. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252(6): 278-287.
19. Al-Adawi S, Dorvlo ASS, Al-Ismaily SS, et al. Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48(4): 305-317.
20. Walker I, Read J. The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward mental illness. *Psychiatry-Interperson Biol Process* 2002; 65(4): 313-325.
21. Tolomiczenko GS, Goering PN, Durbin JF. Educating the public about mental illness and homelessness: A cautionary note. *Can J Psychiatry* 2001; 46(3): 253-257.
22. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-73.
23. Lopez- Ibor JJ Jr. The WPA and the fight against stigma because of mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1: 30-31.
24. World Psychiatric Association. The WPA global programme to reduce the stigma and discrimination because of schizophrenia -an interim report 2001. World Psychiatric Association, Geneva; 2001.
25. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illness: a follow-up study within the changing minds campaign of the Royal college of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2005; 4: 106-113.
26. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
27. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 191-198.
28. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *J Affect Disord* 2004; 83: 177-182.
29. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 526-534.
30. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 663-668.
31. Crisp A, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
32. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 26-32.
33. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40: 265-274.
34. Alexander LA, Link BG. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *J Ment Health* 2003; 12: 271-289.