مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۶، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶: ۲۹۱-۲۷۸

● 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]

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
٤. تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
٥ دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استادیار پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
٦. دکترای تخصصی بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی، استادیار، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم بهزیستی 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 ٥١. تلفن: ٦٦٤٨٠٨٠٤ دورنگار: ٦٦٤٨٠٨٠٥.
پست الکترونیک : somidvari@ihsr.ac.ir

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

چکیده

زمینه: نگرشهای برچسب زننده بر جنبه های مختلف زندگی مبتلایان به بیماریهای روانی و خانوادههای آنان اثر میگذارد. 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 ٦٥ سال انجام شد. ۱۲۱۰ شرکت کننده، پرسشنامهای حاوی سئوالات مرتبط، برگرفته از بررسی متون و دیدگاههای متخصصین مختلف بهداشتی را پر کردند.

یافتهها: اکثر پاسخ دهندگان (٥٧٪) دارای دانش متوسط بودند. دیدگاههای بر چسب زننده، کلیشههای منفی و تمایل به فاصله اجتماعی در اکثر شرکتکنندگان (٦٦٪) وجود داشت. درک دیدگاههای منفی در جامعه در مورد بیماران روانی با عدم مراجعه درمانی علیرغم احساس ابتلاء به بیماری روانی، ارتباط داشت.

نتیجهگیری: یافته های مطالعه بیانگر آنند که طراحی برنامههایی جهت ارتقاء دانش مردم و بهبود نگرش آنان در مورد بیماران روانی امری اساسی میباشد.

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

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٥/۱۱/۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸٦/۳/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/۷/۱

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

مشکلات مربوط به سلامت روان در تمامی کشورها، حتی کشورهایی که بار بیماریهای عفونی در آنها بالا است، حائز اهمیت می‌باشد [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 دهه‌های گذشته انجام شده‌اند، بیانگر وجود نگرشهای بشدت تبعیض آمیز در مورد بیماران روانی در جمعیت عمومی می‌باشند [۲، ۳، ۴]. این مسئله بخصوص در جوامعی که ابتلاء به بیماریهای روانی، اغلب همراه با احساس شرم می‌باشد، صادق است [۵]. حتی در مواردی که شواهد خوشبینانه‌ای در باره سطح دانش مردم در مورد بیماریهای روانی وجود دارد، کلیشه‌های[1] قوی، مبنی بر خطرناک بودن بیماران روانی و تمایل به فاصله اجتماعی از آنان، مشاهده می‌گردد [۶].

دیدگاههای برچسب زننده[2] در مورد بیماریهای روانی، در اکثر جوامع بصورت عمیق وجود دارد و موجب مشکلات قابل توجهی برای مبتلایان به این بیماریها و خانواده‌های آنان می‌گردد [۷]. دیدگاههای منفی مهمترین مانع ارائه خدمات سلامت روان برای بیماران روانی می‌باشد [۹،۸].

دیدگاههای مردم و نگرش‌های برچسب زننده، بر پذیرش تشخیص روانپزشکی، همکاری درمانی بیماران، سیر و پیش آگهی بیماری، کیفیت زندگی مبتلایان به بیماریهای روانی و خانواده‌های آنان، همچنین سیاستگزاریهای مسئولین بهداشتی تأثیر می‌گذارد [۷، ۱۴-۱۰].

مطالعات بسیاری در کشورهای مختلف به بررسی دانش و نگرش مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی پرداخته‌اند. در مطالعه انجام شده توسط Gordon و همکاران [۱۵] دیدگاه مردم در مورد ارتباطات بین فردی با مبتلایان به ناتوانی‌های 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 ناتوانی‌های 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[3] این امر ۱۹/۳٪، پاراپلژی[4] 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 Contact Sub-scale (Holmes et al., 1999) ، نگرشهای برچسب زننده در مورد مبتلایان به بیماری روانی در هنگ کنگ را مورد بررسی قرار دادند. اطلاعات نشان داد که نگرشهای برچسب زننده 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 نگرش‌ها، 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-quadriplegia
4-paraplegia

Archive of SID

www.SID.ir

اسکیزوفرنی بر نگرش عمومی نسبت به آنها اثرات منفی دارد، در حالیکه در مورد مبتلایان به افسردگی اساسی اینگونه نیست. صحه 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 می‌انگیزد.

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 بر چسب 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 می‌برند 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 1981) Community Attitudes to Mental Illness Scale، 79 تن از افراد نژاد سفید انگلیسی و ۹۱ تن از یونانی تبارها را مورد بررسی قرار دادند. همچنین از سئوالات 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 برچسب‌زننده نیز در یونانی‌ها 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 نمونه‌ها 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 جمعیت‌شناختی 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 برچسب‌زننده در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی با شدتهای مختلف در سرتاسر جهان

Archive of SID
www.SID.ir

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

با توجه به اثرات منفی و گسترده برچسب در مورد بیماری روانی، سازمان جهانی بهداشت و انجمن جهانی روانپزشکی[1] دستورالعملی جهت از بین بردن برچسب طراحی کرده اند. در این رابطه اقداماتی در کشورهای مختلف آغاز شده است و مطالعاتی به ارزیابی اثرات برنامه های مختلف پرداخته اند [۱۳،۱۷،۲۱-۲۰]. متاسفانه تاکنون برنامه‌ای جهت ارتقاء دانش و نگرش مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی در ایران تدوین و اجرا نشده است. در این راستا ارائه نمایی از وضعیت موجود اولین گام جهت پرداختن به مشکل است که بنظر نمی‌رسد تاکنون مطالعه ای در این خصوص در ایران انجام شده باشد. گزارشات حکایتی[2] 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 مداخله گرانه 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 اساس گونه ۲۸ سئوالی پرسشنامه GHQ[3] 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 سئوالات به زبان فارسی بدون نیاز به مترجم بودند، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، با توجه به جمعیت هر منطقه[4]، 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 یافته های مطالعه پایلوت و در نظر گرفتن P=۰/۶۵ (شیوع نگرش منفی در مورد بیماریهای روانی)، design effect=۲ و قراردادن دقت برآوردی معادل ۰/۰۴ (d=۰/۰۴) در فرمول

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

، 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 درنظر گرفته شد که عملا در پایان 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[5] 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[6] مورد سئوال قرار گرفتند. پرسشنامه مورد استفاده از چهار بخش تشکیل شده بود: سئوالات مشخصه‌های دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی (۵ سئوال)، سئوالات مربوط به سنجش دانش شرکت کنندگان در مورد بیماریهای روانی (۷ سئوال)، سئوالات بررسی دیدگاههای فرد در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی (۵ سئوال) و نگرش دیگر مردم در مورد بیماران روانی (۱ سئوال) و سرانجام سئوالاتی در مورد تماس نزدیک با فردی مبتلا به بیماری

1-World Psychiatric Association
2-Anecdotal
3-General Health Questionnaire
4-Probability Proportional with Size
5-Content validity
6-general

Archive of SID

www.SID.ir

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 شرکت‌کنندگان در مطالعه از میزان دانش خود در مورد بیماریهای روانی مورد پرسش قرار گرفت.

پاسخ سئوالات مربوط به سنجش دانش، بصورت "بله"، "خیر" و "نمی‌دانم" و پاسخ سئوالات مربوط به سنجش نگرش ـ نگرش فرد و دیگران در مورد بیماران روانی ـ بصورت سنجش ۵ گزینه‌ای لیکرت[1] (از بسیار موافق تا بسیار مخالف) تنظیم گردید. داده‌ها 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 نمونه‌گیری، ابتدا هدف از انجام مطالعه برای فرد توضیح داده می‌شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده اطمینان داده می‌شد. 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 می‌گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها بصورت توصیفی با استفاده از برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نمره‌دهی در مورد پاسخ های قسمت دانش بصورت ۱ (در مورد پاسخهای صحیح) و صفر (در مورد پاسخهای غلط و نمی‌دانم) و در مورد پاسخ های قسمت نگرش، بر اساس وجود دیدگاههای برچسب زننده انجام شد بگونه‌ای که دیدگاههای مثبت تر در مورد هر سئوال، واجد نمرات بالاتر بودند. سپس نمرات ۱ و ۲ بعنوان دیدگاههای منفی و نمرات ۳ تا ۵ بعنوان دیدگاههای غیر منفی[2] در مورد هر سئوال طبقه‌بندی شدند.

نتایج

مشخصه‌های عمومی شرکت‌کنندگان:

بطور کلی ۱۲۱۰ تن که واجد پرسشنامه کامل بودند، وارد مطالعه شدند. متوسط سن شرکت کنندگان در مطالعه (SD = ± ۱۲/۹۶) 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٪ پاسخ‌دهندگان شاغل، ۳۶/۸٪ خانه‌دار، ۹/۸٪ دانش‌آموز/ دانشجو، ۶/۴٪ بیکار و ۵/۰٪ بازنشسته بودند.

دانش شرکت کنندگان در مطالعه:

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

نظر به توزیع فراوانی و درصد تجمعی تعداد پاسخهای صحیح به سئوالات قسمت دانش، مشاهده گردید که بیش از دو سوم پاسخ‌دهندگان (۷۰/۷٪) از ۷ سئوال قسمت دانش، تنها به ۴ سئوال یا کمتر، پاسخ صحیح داده‌اند.

جدول شماره ۲، بیانگر ارتباط بین سئوالات مختلف قسمت دانش و مشخصه‌های فردی پاسخ‌دهندگان است. بطور کلی بنظر می‌رسد همراهی مثبتی بین سطح تحصیلات و سئوالات مختلف قسمت دانش وجود دارد. تنها استثناء در مورد عبارت "بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می آیند" می‌باشد که افراد با تحصیلات ابتدایی و متوسطه، بیش از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی به آن پاسخ صحیح داده‌اند (P =۰/۰۰۲).

1-point Likert Scale

2-non negative

Archive of SID
www.SID.ir

جدول ۱- دانش شرکت کنندگان در مطالعه در مورد بیماریهای روانی (n=۱۲۱۰)			
	بله، تعداد (٪)	خیر، تعداد (٪)	نمی‌دانم، تعداد (٪)
دانش عمومی			
بیماریهای روانی بسیار شایع هستند	۸۳۸ (۶۹/۳)a	۲۱۵ (۱۷/۷)	۱۵۷ (۱۳/۰)
هر کسی ممکن است دچار بیماری روانی شود	۹۹۲ (۸۲/۰)a	۱۷۷ (۱۴/۶)	۴۱ (۳/۴)
علل بیماریهای روانی			
بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می آیند	۵۹۲ (۴۸/۹)a	۴۷۰ (۳۸/۸)	۱۴۸ (۱۲/۲)
بسیاری از بیماریهای روانی ارثی هستند	۴۵۷ (۳۷/۸)a	۶۵۲ (۵۳/۹)	۱۰۱ (۸/۳)
درمان			
مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان می باشند	۱۰۲۵ (۸۴/۷)a	۱۰۶ (۸/۸)	۷۹ (۶/۵)
بسیاری از داروهایی که برای درمان بیماری های روانی استفاده می شوند، اعتیاد آور هستند	۷۸۸ (۶۵/۱)	۱۸۷ (۱۵/۵) a	۲۳۵ (۱۹/۴)
ازدواج کردن باعث بهتر شدن حال بیماران روانی می شود	۴۹۳ (۴۰/۷)	۴۸۴ (۴۰/۰) a	۲۳۳ (۱۹/۳)
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 (٪)
بیماری روانی، یک بیماری مانند دیگر بیماریهای بدن است a	۸۳(۶/۹)	۴۹۰(۴۰/۵)	۱۳۹(۱۱/۵)	۴۵۵(۳۷/۶)	۴۳(۳/۶)
اکثر بیماران روانی، خطرناک هستند a	۸۸(۷/۳)	۳۹۲(۳۲/۴)	۱۷۷(۱۴/۶)	۵۲۴(۴۳/۳)	۲۹(۲/۴)
بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان‌هایی خاص مراجعه کنند a	۱۳۶(۱۱/۲)	۶۹۸(۵۷/۷)	۱۰۹(۹/۰)	۲۵۶(۲۱/۲)	۱۱(۰/۹)
ازدواج با اکثر بیماران روانی مشکلات زیادی در زندگی بوجود می‌آورد a	۲۲۴(۱۸/۵)	۶۹۱(۵۷/۱)	۱۸۱(۱۵/۰)	۱۰۹(۹/۰)	۵(۰/۴)
اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم‌گیری در مورد امور مهم زندگی خود را ندارند و باید تحت کفالت باشند a	۱۵۵(۱۲/۸)	۶۴۶(۵۳/۴)	۱۸۰(۱۴/۹)	۲۱۹(۱۸/۱)	۱۰(۰/۸)
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 ...) b	۲۳۶(۱۹/۵)	۷۱۶(۵۹/۲)	۱۱۵(۹/۵)	۱۴۰(۱۱/۶)	۳(۰/۲)
a نگرش شخصی					
b درک فرد از نگرش دیگران					

www.SID.ir

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

سئوالات قسمت دانش	درصد پاسخهای صحیح شرکت کنندگان	درصد پاسخ‌های صحیح											
		جنس		گروههای سنی، سال					وضعیت تاهل			سطح تحصیلات			
		مرد	زن	۱۸-۲۵	۲۶-۳۵	۳۶-۴۵	۴۶-۵۵	۵۶-۶۵	مجرد	متأهل	۱۳۰ مطلقه/ بیوه	بی‌سواد	ابتدایی	متوسطه	تحصیلات دانشگاهی
۱. بیماریهای روانی، بسیار شایع هستند	۶۹/۳	۶۷/۰	۷۱/٤	٦٤/٤	٦٩/٣	۷۳/۳	۷۰/۹	۷۱/۷	٦٨/٣	٦٩/٦	۷۱/٤	۵۸/۹	۵۷/۵	۷۱/۲	۷٦/۹
		P=۰/۱۰		P=۰/۱۸					P=۰/۹۰			P <۰/۰۰۱			
۲. هر کسی ممکن است دچار بیماری روانی شود	۸۲/۰	۸۳/۲	۸۰/۸	۸۱/۳	۸٦/۱	۸۰/۰	۸۲/۰	۷۷/۵	۸۳/۷	۸۱/۲	۸۵/۷	٦۳/۰	۷٦/۸	۸۲/٦	۸۹/۷
		P=۰/۲٦		P=۰/۲۰					P=۰/۵٤			P <۰/۰۰۱			
۳. بیماریهای روانی به علت اشکالی در مغز بوجود می‌آیند	٤۸/۹	٤۸/۲	٤۹/٦	٤۵/٤	۵۱/۱	٤۸/٦	۵۳/٤	٤٦/۷	٤٦/۷	٤۹/٦	۵۷/۱	٤۵/۲	۵۵/۷	۵۱/۱	٤۰/۰
		P=۰/٦۳		P=۰/۳۹٦					P=۰/۵۱			P=۰/۰۰۲			
٤. بسیاری از بیماریهای روانی ارثی هستند	۳۷/۸	۳٦/٤	۳۹/۱	۳۰/۰	۳٦/٦	۳۸/۸	٤٦/۰	٤۷/۵	۳٤/۳	۳۸/۱	۸۱/۰	٤۲/۵	٤۱/۷	۳۵/۹	۳۷/٦
		P=۰/۳۳		P=۰/۰۰۱					P <۰/۰۰۱			P=۰/۳۷			
۵. مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان هستند	۸٤/۷	۸٤/۸	۸٤/۷	۸٤/۰	۸۳/۵	۹۱/٤	۸۳/۱	۷۸/۳	۸٤/۹	۸٤/۸	۷٦/۲	٦۰/۳	۷۸/۹	۸۷/۹	۸۸/٦
		P=۰/۹۵		P=۰/۰۱۰					P=۰/۵۵			P <۰/۰۰۱			
٦. بسیاری از داروهایی که برای درمان بیماریهای روانی استفاده می‌شوند، اعتیادآور هستند	۱۵/۵	۱٦/٦	۱٤/٤	۱۹/٦	۱٤/۹	۱۵/۷	۱۰/۱	۱۳/۳	۱۷/۵	۱٤/۷	۱٤/۳	۱۱/۰	۱۳/۲	۱۷/۱	۱٤/۸
		P=۰/۲۹		P=۰/۰٦					P=۰/٤۹			P=۰/۳۳			
۷. ازدواج کردن باعث بهتر شدن حال بیماران روانی می‌شود	٤۰/۰	۳۷/۱	٤۲/۸	٤۰/۷	٤۲/۷	٤۲/۷	۳۷/۰	۳۰/۰	٤۲/٦	۳۸/۸	٤۷/٦	۲٤/۷	۳۳/۳	٤۲/۳	٤٤/۱
		P=۰/۰٤		P=۰/۱۱					P=۰/۳۷			P=۰/۰۰۲			

www.SID.ir

جدول ٤- ارتباط مشخصه های پاسخ دهندگان و دیدگاههای منفی در مورد سئوالات قسمت نگرش

سئوالات قسمت نگرش	درصد نگرش های منفی شرکت کنندگان	درصد نگرشهای منفی																			
		جنس		گروههای سنی، سال					وضعیت تاهل			سطح تحصیلات			شغل						
		مرد	زن	۱۸-۲۵	۲۶-۳۵	۳۶-٤۵	٤۶-۵۵	۵۶-۶۵	مجرد	متأهل	مطلقه / بیوه	بی‌سواد	ابتدایی	متوسطه	تحصیلات دانشگاهی	شاغل	خانه‌دار	دانش‌آموز / دانشجو	بیکار	بازنشسته
۱. بیماری روانی، یک بیماری مانند دیگر بیماریهای بدن است.	٤۱/۲	٤۵/۵	۳۷/۰	٤۸/٤	۳۹/۵	٤۰/٤	۳۷/۰	۳۳/۳	٤۸/۵	۳۸/۷	۲۳/۸	۲۸/۸	٤۳/٤	٤۲/۵	۳۹/۷	٤۳/۵	٤۹/۲	۳۶/۰	٤۶/۲	۳۷/۷
		P=۰/۰۰۳		P=۰/۰۱۷					P=۰/۰۰۲			P=۰/۱۲۰				P=۰/۰۳۵				
۲. اکثر بیماران روانی، خطرناک هستند	۳۹/۷	۳۷/٤	٤۱/۸	۳٤/۷	۳۶/۲	٤۰/٤	٤٤/٤	۵۳/۳	۳٤/۳	٤۱/۱	۶۶/۷	٦٤/٤	۵۹/۲	٤۰/۲	۱۶/۹	۳۵/۸	٤۵/۸	۳۰/۵	۳۵/۹	٤۹/۲
		P=۰/۱۱٤		P=۰/۰۰۳					P=۰/۰۰٤			P <۰/۰۰۱				P=۰/۰۰۲				
۳.بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان‌هایی خاص مراجعه کنند	٦۸/۹	۷۳/۳	٦٤/۸	٦٤/۱	٦۸/۰	۶۷/۵	۷۶/۲	۷۶/۷	٦۵/٤	۷۰/۰	۸۱/۰	۸٤/۹	۷۷/۲	٦٤/٦	٦۷/٦	۷۱/۳	٦۸/۱	۵۵/۹	۷۵/٦	۷۲/۱
		P=۰/۰۰۱		P=۰/۰۱۷					P=۰/۱٤۳			P <۰/۰۰۱				P=۰/۰۱۳				
٤.ازدواج با اکثر بیماران روانی مشکلات زیادی در زندگی بوجود می‌آورد	۷۵/٦	۷٤/۵	۷۶/۷	٦۸/۸	۷۸/۰	۷۸/۰	۸۱/۰	۷۵/۰	۷۰/٤	۷۷/۹	٦٦/۷	۷۱/۲	۷۵/۹	۷۷/۵	۷۲/٤	۷۵/٦	۷۸/٤	٦٤/٤	۷٦/۹	۷۵/٤
		P=۰/۳۵٤		P=۰/۰۱۱					P=۰/۰۱٦			P=۰/۳۰٤				P=۰/۰٤۰				
۵. اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم‌گیری در مورد امور مهم زندگی خود را ندارند و باید تحت کفالت باشند	٦۶/۲	٦۷/۹	٦٤/٦	۵۸/۲	٦٤/٤	۷۱/۰	۷۳/۵	۷۱/۷	۵۷/۱	٦۹/۷	۷۱/٤	۷٤/۰	۷۷/٦	٦۷/۷	۲/۱	٦٦/۳	٦۸/۸	۵۵/۹	۵۹/۰	۷۵/٤
		P=۰/۲۳۵		P=۰/۰۰۱					P <۰/۰۰۱			P <۰/۰۰۱				P=۰/۰۲۷				

www.SID.ir

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< ۰/۰۰۱) عبارت فوق، ارتباط مثبتی با سن نیز داشت؛ افراد مسن‌تر بیش از دیگران به آن پاسخ صحیح داده بودند (P =۰/۰۰۱) متغیر سن با عبارت "مانند بقیه بیماریها، اکثر بیماریهای روانی هم قابل درمان می‌باشند"، نیز ارتباط داشت. گروه سنی ۴۵-۳۶ سال، بیش از دیگران پاسخ صحیح ارائه کرده بودند (P=۰/۰۱).

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=۰/۰۴۱).

نگرش شرکت کنندگان در مطالعه:

جدول ۳ نشانگر پاسخ های ارائه شده به سئوالات قسمت نگرش پرسشنامه می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل آماری، پاسخها به دو گروه نگرشهای "منفی" و "غیر منفی" طبقه‌بندی 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 می‌باشد:

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٪ نمونه‌های مورد بررسی در مورد لزوم مراجعه بیماران روانی به بیمارستانهایی خاص و ۶۶٪ شرکت‌کنندگان در مورد عدم توانایی تصمیم گیری اکثر بیماران روانی در مورد مسائل مهم زندگی خود و لزوم تحت کفالت قرار گرفتن آنها دارای دیدگاههای برچسب زننده بودند. دیدگاه منفی در مورد عبارت "ازدواج با اکثر بیماران روانی مشکلات زیادی در زندگی بوجود می آورد" در ۷۶٪ پاسخ‌دهندگان وجود داشت.

همچنین پرسشنامه مطالعه، حاوی سئوالی در مورد وجود نگرشهای برچسب زننده در دیگر مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی _ از نظر نمونه های مورد مطالعه_ بود. یافته‌ها نشان دادند حدود ۷۹٪ شرکت کنندگان در مطالعه فکر می‌کردند دیگر مردم دارای نگرش منفی در مورد بیماران روانی هستند. هیچ رابطه‌ای بین درک دیدگاههای منفی در دیگران و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل یا تحصیلات مشاهده نشد.

همانگونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، دیدگاههای منفی در مورد سئوالات ۱ و ۳ در مردان بیش از زنان وجود داشت. دیدگاههای منفی در مورد سئوالات ۲ تا ۵، با افزایش سن، بیشتر می‌شد، اما این رابطه در مورد سئوال ۱ برعکس بود.

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

توزیع فراوانی و درصد تجمعی تعداد پاسخهای نمایانگر دیدگاه منفی به سئوالات قسمت نگرش شخصی نشان داد که حدود دو سوم پاسخ‌دهندگان (۶۶/۲٪)، به سه سئوال یا بیشتر (از ۵ سئوال) با نگرش منفی پاسخ داده‌اند .

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

Archive of SID
www.SID.ir

داشته‌اند. تجزیه و تحلیل بیشتر نشان داد افرادی که معتقد بودند دیدگاههای برچسب 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 OR = ۰/۴۲۵) افرادی که سابقه ابتلاء به بیماری روانی را در مورد خود گزارش کرده بودند، بطور کلی کمتر دارای دیدگاههای منفی در مورد سئوالات 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 تصمیم گیری 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 سئوال از ۵ سئوال جدول ۵، این رابطه از نظر آماری، معنی دار بود. سئوالات مذکور عبارتند از: "اکثر بیماران روانی خطرناک هستند"، "بیماران روانی برای درمان خود باید فقط به بیمارستان هایی خاص مراجعه کنند" و "اکثر بیماران روانی توانایی تصمیم گیری ..." (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 معنی داری، 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 برچسب 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 نمونه ها در واقع نیز به تعداد بیشتری از سئوالات قسمت دانش، پاسخ صحیح داده بودند (P=۰/۰۰۸) اما حتی در مورد این دسته از شرکت کنندگان، درصد افرادی که به بیش از ۴ سئوال (از ۷ سئوال 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 سئوال، پاسخ صحیح داده بودند، به ۳۵٪ نرسید.

بحث

نظر به ماهیت ناتوان کننده دیدگاههای منفی در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی، برنامه‌هایی در کشورهای مختلف، برای کاهش نگرشهای برچسب زننده و پیامدهای آن در حال انجام هستند [۲۵-۲۳] 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 ارائه نمایی از دامنه مشکل بعنوان اولین گام در ارزیابی دیدگاههای مردم در مورد مبتلایان به بیماریهای روانی و بدست دادن سرنخ هایی در مورد برنامه ریزی برای تغییر ادراکات غلط موجود در باره بیماریهای روانی انجام گردید. یافته ها نشان دادند اکثر شرکت کنندگان در مطالعه دارای سطح متوسطی از دانش در مورد بیماریهای روانی و دیدگاههای برچسب زننده درباره مبتلایان به این بیماریها هستند. به دلیل عدم تمایل جمعیت عمومی به پاسخگویی به پرسشنامه‌های واجد سئوالات زیاد، در این مطالعه از پرسشنامه‌ای کوتاه اما واجد سئوالات اصلی و دقیق استفاده گردید. هر چند عدم بکارگیری سئوالات زیاد ممکن است چشم انداز 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

Archive of SID

www.SID.ir

اختلالات مختلف روانپزشکی نیستند، در این مطالعه، بیماریهای روانی، بطور کلی مورد سئوال 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 سئوال "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 زننده 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 می توانند 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٪ پاسخ دهندگان، 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 تحریک پذیری 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 زننده در مورد مبتلایان به بیماری روانی در هنگ کنگ را مورد بررسی قرار دادند. اطلاعات نشان داد که نگرشهای برچسب زننده شدیدی در جامعه، همچون 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 می‌گردد. در مطالعه Al-Adawiو همکاران [۱۹] در عمان نیز اکثر نمونه ها ترجیح می دادند که

Archive of SID
www.SID.ir

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 مطالعه۸۱/۱٪ افراد بر این باور بودند که اکثر مردم تقاضای کار فرد مبتلا به بیماری روانی را به نفع متقاضی دیگر رد می کنند.

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 سئوالات 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 فوق را، خطرناک برای دیگران و حدود ۸۰٪ نمونه ها، 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 بگونه ای 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 مسن تر در مورد ۴ عبارت قسمت نگرش، دیدگاههای منفی‌تری داشتند. یافته های 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 زننده 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 زننده 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

Archive of SID

www.SID.ir

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 سیاستگزاران 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، قانونگزاری، 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.

سپاسگزاری

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.

Archive of SID

www.SID.ir

مراجع

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.*

Archive of SID

www.SID.ir