



بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی

دکتر مجید صادقی^۱

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسین کاویانی

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر رضارضائی

روان‌پزشک،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف: این مطالعه مقطعی با هدف بررسی انگ و عوامل مرتبط با آن در خانواده‌های بیماران روانی مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال دو قطبی (BD) طراحی و اجرا شد. **روش:** در این مطالعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، از هر گروه ۱۰۰ نفر انتخاب شدند. ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه ۳۴ سؤالی خود-اجرا بود. پس از اجرای مرحله آزمایشی طرح و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه، مرحله نهایی اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج طرح نشان داد که ۴۹ درصد از گروه اسکیزوفرنی، ۳۰ درصد از گروه MDD و ۵۰/۵ درصد از گروه BD به وسیله دیگران مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفته‌اند و فقط در گروه MDD بین جنس بیمار و مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن رابطه معناداری وجود داشت. در گروه BD بین مدت زمان بیماری، دفعات بستری شدن بیمار و مورد تبعیض یا تمسخر قرار گرفتن رابطه آماری معناداری مشاهده شد. ارتباط دفعات بستری شدن بیمار و مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن در گروه اسکیزوفرنی و MDD از نظر آماری معنادار بود. نحوه صحبت کردن سه گروه با دیگران در مورد وجود بیماری‌های روانی در خانواده متفاوت بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشانگر این است که درصد زیادی از خانواده‌های بیماران روانی مورد تبعیض و تمسخر قرار می‌گیرند و به دلیل انگ یا برچسب، درصد قابل توجهی از آنها از وجود بیمار روانی در خانواده احساس شرم می‌کنند. نوع بیماری و نیز بعضی از مشخصات جمعیت‌شناختی در این زمینه مؤثر می‌باشند. استفاده از روش‌های آموزشی مناسب مثل وسایل ارتباط جمعی می‌تواند در بالا بردن سطح آگاهی‌های افراد جامعه مؤثر باشد.

مقدمه

در آغاز، انگ (استیگما^۲) به نشان یا داغی گفته می‌شود که روی بردگان یونانی می‌زدند و بدین وسیله آنها را از مردم آزاد متمایز می‌ساختند (گری^۳، ۲۰۰۲). گافمن^۴ (۱۹۶۳) انگ را یک خصوصیت به شدت بی‌اعتبارساز معرفی کرد. اسکامبلر^۵ (۱۹۹۸)

نیز انگ را به دو دسته احساسی (به خود انگ زدن) و قراردادی (تبعیضی) تقسیم نمود. به خود انگ زدن موجب شرمندگی، خجالت و کاهش اعتماد به نفس می‌شود (استانگور^۶ و کراندال^۷، ۲۰۰۰؛ انجمن بهداشت روان کانادا، ۱۹۹۴) و تبعیض که منشا آن درک نامناسب از بیماران می‌باشد، موجب افزایش انزوای اجتماعی

2- Stigma
4- Goffman
6- Stangor

3- Gray
5- Scambler
7- Crandall

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

E-mail: sadeghmj@sina.tums.ac.ir



بستگان با یکدیگر و با دیگران اثر سوء بگذارد (فیلیس^{۱۸}، پیرسون^{۱۹}، لی^{۲۰}، زو^{۲۱} و یانگ^{۲۲}، ۲۰۰۲؛ تامپسون^{۲۳}، ۲۰۰۳). به نظر وال^{۲۴} و هارمن^{۲۵} (۱۹۸۹) شدیدترین آثار انگ زدن به خانواده‌ها، کاهش اعتماد به نفس و آسیب به ارتباطات خانوادگی است.

با توجه به نقش منفی انگ در تمام سطوح روان‌پزشکی (مراجعه، تشخیص و درمان)، نقش خانواده‌های بیماران روانی در روند درمان بیمارشان (استمن، هانسون^{۲۶} و آندرسون^{۲۷}، ۲۰۰۰)، آثار منفی انگ زدن بر بیماران و نبود مطالعه مشابه در ایران، این مطالعه با هدف بررسی آثار انگ زدن بر خانواده‌های بیماران روانی مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی صورت گرفت. علاوه بر بررسی میزان انگ، میزان آگاهی خانواده‌های بیماران روانی از علایم روانی و از نحوه برخورد با بیماران روانی و نیز ارتباط انگ با متغیرهای زمینه‌ای و مستقل بررسی شد.

روش

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۲، روی خانواده‌های ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^{۲۸} (MDD)، اختلال دو قطبی^{۲۹} (BD) یا اسکیزوفرنی مراجعه کننده به درمانگاه یا بستری در بیمارستان روزیه انجام شد. بیماری این افراد طبق معیارهای DSM-IV اثبات شده بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان از هر گروه ۱۰۰ نفر انتخاب شدند.

ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه ۳۴ سؤالی مورد استفاده در بررسی مشترک سازمان بهداشت جهانی^{۳۰} (WHO) و کشور هند بود. این پرسشنامه به صورت خود-اجرا و برای افراد با مواد طراحی شده است. سؤالات متغیرهای مورد نظر پژوهش را

بیماران و سرچشمه مشکلات اضافی مثل عدم استخدام، عدم استفاده از امکانات جامعه، مشکل در سکنی گزیدن، مشکلات بهداشتی - درمانی و بیمه‌ای می‌شود (بیرن^۱، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱).

بعضی از پژوهشگران معتقدند که افزایش تماس با بیماران روانی موجب کاهش ترس از بیماران و کاهش انگ زدن به آنها خواهد شد (دسفرگس^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ کوریگان^۲ و پن^۳، ۱۹۹۹). همچنین دیده شده است که با افزایش سن، کاهش سطح اقتصادی و اجتماعی، عدم برخورد و آشنایی قبلی با بیماران روانی، بر میزان انگ زدن به آنها افزوده می‌شود (استمن^۴ و کیلین^۵، ۲۰۰۲).

اگرچه در کشورهای پیشرفته نسبت به بیست سال پیش، نگرش‌های تبعیض‌آمیز و انگ زدن به بیماران روانی کاهش یافته است، اما هنوز یک مشکل جدی به شمار می‌رود. انگ زدن نه تنها بیماران روانی، بلکه خانواده‌های آنها را نیز شامل می‌شود که این نوع انگ را انگ رایگان^۶ یا ارتباطی^۸ نیز می‌نامند (مهتا^۷ و فارینا^{۱۱}، ۱۹۸۸).

در مطالعه استمن و کیلین (۲۰۰۲)، ۸۳ درصد از بستگان بیماران روانی حداقل از یک مورد انگ خوردن شکایت داشته‌اند، در حالی که در مطالعه شیره^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۱) این میزان ۷۳ درصد بود.

فلان^{۱۲}، برومت^{۱۳} و لینک^{۱۴} (۱۹۹۸) نیز که به موضوع انگ در خانواده‌های بیماران روانی پرداخته بودند، متوجه شدند که ۴۰ درصد از خانواده‌ها بستری شدن بیمار خود را مخفی و ۵۰ درصد در برابر بستری شدن بیمارانشان مقاومت می‌کردند.

در مطالعات مختلف در مورد عوامل موثر بر انگ زدن به خانواده‌های بیماران روانی، اختلاف نظرهایی وجود دارد. ویژگی‌های فردی شامل سطح تحصیل فرد، جنس بیمار، مدت بیماری، شدت علائم بیماری، نوع بیماری، نوع ارتباط خانوادگی با بیمار و زندگی با بیمار در یک محل از عوامل مؤثر بر میزان انگ زدن به خانواده‌ها عنوان شده است (پاپادوپولوس^{۱۵}، لیوی^{۱۶} و وینست^{۱۷}، ۲۰۰۲).

انگ خوردن در خانواده‌های بیماران روانی، یک عامل بسیار مهم و استرس‌زا معرفی شده است و بالقوه می‌تواند بر ارتباطات

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1- Byrne | 2- Desforges |
| 3- Corrigan | 4- Penn |
| 5- Ostman | 6- Kyellin |
| 7- courtesy | 8- associative |
| 9- Mehta | 10- Farina |
| 11- Shibre | 12- Phelan |
| 13- Bromet | 14- Link |
| 15- Papadopoulos | 16- Leavey |
| 17- Vincent | 18- Phillips |
| 19- Pearson | 20- Li |
| 21- Xu | 22- Yang |
| 23- Thompson | 24- Whal |
| 25- Harman | 26- Hansson |
| 27- Andersson | 28- major depressive disorder |
| 29- bipolar disorder | 30- World Health Organization |



خانواده با بیمار، پرسشنامه به ترتیب زیر در اختیار یکی از اعضای خانواده قرار داده می‌شد: ۱- مادر ۲- پدر ۳- همسر ۴- خواهر و برادر (اولویت با شخص همجنس بیمار بود). پرسشنامه تحت نظارت کلی پژوهشگر به وسیله آزمودنی تکمیل می‌شد و پس از کنترل پژوهشگر و در صورت فقدان نقص واضح با تشکر از همکاری وی و بیان تأثیرات احتمالی نتایج پژوهش خاتمه می‌یافت.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS و براساس ۱۱، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. آماره‌های توصیفی شامل فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی محاسبه و با استفاده از آزمون‌های آماری chi-square و ANOVA روابط مورد نظر بررسی شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۰۰ نفر از خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، MDD و BD مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن این افراد $13/5 \pm 36/46$ و دامنه آن از ۱۵ تا ۷۱ بود. ۱۷۸ نفر (۵۹/۳٪) از افرادی که در مطالعه شرکت داده شدند، مرد و ۱۲۲ نفر (۴۰/۷٪) زن بودند. مشخصات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای سه گروه مورد مطالعه، مقایسه شد. متوسط سن افراد خانواده بیماران اسکیزوفرنی $14/8 \pm 36/3$ ، افراد خانواده بیماران MDD، $12/2 \pm 34$ و افراد خانواده بیماران BD $12/5 \pm 36/1$ سال بود. تفاوت سنی بیماران از نظر آماری معنادار نبود.

پوشش می‌دادند. پرسشنامه مورد استفاده دارای دو بخش بود: ۱) قسمت مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و مشخصات فردی شامل جنسیت، سن، شغل، وضعیت تأهل، سابقه بیماری روانی، سال شروع بیماری و تعداد دفعات بستری و ۲) بخش آگاهی و نگرش پاسخگویان به عملکرد بیماران روانی شدید و نظرات آنها در مورد جنبه‌های مختلف انگ اجتماعی بیماری. پرسش‌های مطرح شده در پرسشنامه (به جز سه سؤال)، جهت سهولت جمع‌آوری اطلاعات، نحوه پاسخگویی افراد و در نتیجه افزایش پایایی و در نهایت به منظور سهولت آماری سه صورت چند گزینه‌ای یعنی پرسشنامه بسته طراحی شده بود.

ابتدا پرسشنامه با دقت ترجمه شد و جهت اطمینان از اعتبار آن، نظر اساتید روان‌پزشکی جمع‌آوری گردید و چنانچه سؤالی با شرایط فرهنگی کشورمان مطابق نبود، حذف یا خلاصه شد. سپس جهت بررسی مشکلات طرح و تکمیل و اصلاح نهایی پرسشنامه مطالعه به صورت مقدماتی^۱ روی ۳۰ نفر (۱۰ نفر از هر گروه) اجرا و سؤال‌های دارای ابهام و نامأنوس اصلاح و پایایی آنها نیز ارزیابی گردید.

پس از این مرحله، جهت اجرای مطالعه اصلی اقدام شد. پس از انتخاب نمونه مذاکرات اولیه مشتمل بر معرفی کلیات طرح و نوع سؤال‌ها و نهایتاً تعهد پژوهشگر مبنی بر محرمانه و بی‌نام ماندن اطلاعات صورت گرفت و پس از ابراز تمایل نمونه‌ها پرسشنامه در اختیارشان قرار داده شد. در صورت همراهی چند نفر از اعضای

جدول ۱- بررسی توزیع فراوانی نسبت خانوادگی پاسخ‌دهندگان با بیمار در سه گروه مورد مطالعه

سطح معنی‌داری	χ^2	اختلال افسردگی اساسی			گروه افراد خانواده
		اختلال دوقطبی	اسکیزوفرنی	اسکیزوفرنی	
		فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
۰/۰۰۱	۲۳/۳	۳۳ (۳۵/۱)	۱۳ (۱۳/۶)	۱۸ (۱۸)	همسر
		۱۷ (۱۸/۱)	۲۹ (۳۰/۲)	۱۶ (۱۶)	والدین
		۱۶ (۱۷)	۲۹ (۳۰/۲)	۳۶ (۳۶)	فرزندان
		۲۸ (۲۹/۸)	۲۵ (۲۶)	۳۰ (۳۰)	خواهر یا برادر
		۹۴ (۱۰۰)	۹۶ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	مجموع



جدول ۲- بررسی ارتباط جنس بیمار روانی با تحت تمسخر و تبعیض قرار گرفتن هر یک از افراد خانواده بیمار به تفکیک گروه مورد مطالعه

معنی‌داری سطح	χ^2	مذکر و مونث		مذکر فراوانی (%)	مونت فراوانی (%)	تبعیض و تمسخر	گروه مورد مطالعه
		مذکر و مونث	فراوانی (%)				
ns	۴/۳	(۱۰۰)۴	(۴۷/۲) ۲۵	(۴۶/۵) ۲۰	(۱۰۰)۴	بلی	اسکیزوفرنی
		(۰)۰	(۵۲/۸) ۲۸	(۵۳/۵) ۲۳		خیر	
		(۱۰۰)۴	(۱۰۰)۵۳	(۱۰۰)۴۳		مجموع	
۰/۰۰۱	۱۴/۳	(۱۰۰)۴	(۱۷/۷) ۹	(۳۷/۸) ۱۷	(۱۰۰)۴	بلی	اختلال افسردگی اساسی
		(۰)۰	(۸۲/۳) ۴۲	(۶۲/۲) ۲۸		خیر	
		(۱۰۰)۴	(۱۰۰)۵۱	(۱۰۰)۴۵		مجموع	
ns	۳/۹	(۵۰)۲	(۳۹/۵) ۱۵	(۶۰/۴) ۳۲	(۱۰۰)۴	بلی	اختلال دوقطبی
		(۵۰)۲	(۶۰/۵) ۲۳	(۳۹/۶) ۲۱		خیر	
		(۱۰۰)۴	(۱۰۰)۲۸	(۱۰۰)۵۳		مجموع	

ارتباط دفعات بستری شدن بیمار و مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن هر یک از افراد مورد مطالعه، به تفکیک هر یک از سه گروه بررسی شد. نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره ۵، نحوه برخورد دیگران با فرد مبتلا به بیماری اعصاب و روان یا خانواده وی (از نظر افراد مورد مطالعه) را که در هشت مورد بررسی و بین سه گروه مقایسه شد، نشان می‌دهد. فقط ۲۵٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۴۰/۵٪ از افراد گروه MDD و ۳۵ درصد از افراد گروه BD اظهار داشتند که آشکارا در مورد وجود بیمار روانی در خانواده با دیگران صحبت می‌کنند (جدول ۶).

در این مطالعه، فقط ۲۳٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۲۵٪ از افراد گروه MDD و ۲۵٪ از افراد گروه BD معتقد بودند که بیماران روانی در ارتباط با دیگران (مثل پیدا کردن شغل، اجاره نمودن منزل و قبولی در مدرسه یا دانشگاه) مشکلی ندارند (بدون نقات آماری معنادار).

نظر افراد مورد مطالعه در مورد عوامل مؤثر بر انگ زدن به بیماران روانی و تبعیض قابل شدن بین آنها و افراد معمولی در جدول ۷ مشخص شده است.

۶۰ نفر (۶۰٪) از دو گروه اسکیزوفرنی و MDD و ۵۸ نفر (۵۸٪) از گروه BD مرد بودند. تفاوت مختصر مشاهده شده در توزیع جنسی افراد سه گروه از نظر آماری معنادار نبود. توزیع فراوانی تحصیلات هر یک از افراد سه گروه از نظر آماری تفاوت معنادار نداشت. فراوانی نسبت بیماران با پاسخ‌دهندگان در خانواده‌های مورد مطالعه (افراد پاسخ دهنده به پرسشنامه) بررسی شد که نتایج در جدول ۱ آمده است (همه افراد پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند).

۴۹ نفر (۴۹٪) از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۳۰ نفر (۳۰٪) از افراد گروه MDD و ۴۹ نفر (۵۰/۵٪) از افراد گروه BD اظهار نمودند که به علت بیماری روانی یکی از افراد خانواده مورد تبعیض و تمسخر دیگران (انگ) قرار گرفته‌اند که تفاوت سه گروه از نظر آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۱$).

ارتباط میان مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن افراد مورد مطالعه با جنس بیمار در سه گروه بررسی شد که فقط در گروه MDD بین این دو متغیر رابطه معناداری مشخص گردید. نتایج در جدول ۲ به تفصیل ارائه شده است.

همان‌گونه در جدول ۳ مشخص گردیده است، فقط در گروه BD بین طول بیماری و مورد تبعیض یا تمسخر قرار گرفتن رابطه آماری معنادار وجود دارد.



جدول ۳- بررسی ارتباط طول مدت بیماری روانی و وقوع تبیض و تمسخر در هر یک از افراد خانواده بیمار به تفکیک گروه مورد مطالعه

سطح معنی داری	χ^2	گروه مورد مطالعه			
		تبیض و تمسخر	بلی	خیر	
ns	۴/۴	بیشتر از ۲ سال	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
		۴۱ (۴۶/۶)	۴ (۱۰۰)	۴ (۵۰)	
		۴۷ (۵۳/۴)	۰ (۰)	۴ (۵۰)	
ns	۱/۸	۶ ماه تا ۲ سال	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
		۱۳ (۲۸/۹)	۱۳ (۳۷/۱)	۱۶ (۸۰)	
		۲۲ (۷۱/۷)	۲۲ (۶۲/۹)	۲۰ (۱۰۰)	
۰/۰۰۱	۱۶/۶	کمتر از ۶ ماه	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
		۳۹ (۵۴/۹)	۷ (۱۰۰)	۳ (۱۵/۸)	
		۳۲ (۴۵/۱)	۰ (۰)	۱۶ (۸۴/۲)	
		مجموع	۸۸ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)

جدول ۴- بررسی ارتباط دفعات بستری شدن بیمار و نوع تبیض و تمسخر در هر یک از افراد خانواده بیمار به تفکیک گروه مورد مطالعه

سطح معنی داری	χ^2	گروه مورد مطالعه			
		تبیض و تمسخر	بلی	خیر	
۰/۰۰۱	۲۲/۵	بستری شدن بیش از یکبار	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
		۳۶ (۶۶/۷)	۱۳ (۲۳/۳)	۱۶ (۱۰۰)	
		۱۸ (۳۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	۱۶ (۱۰۰)	
۰/۰۰۱	۳۹/۷	یکبار بستری شدن	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
		۱۸ (۸۱/۸)	۸ (۲۸/۶)	۴ (۸)	
		۴ (۱۸/۲)	۲۰ (۷۱/۴)	۴۶ (۹۲)	
ns	۱/۴	عدم بستری	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
		۲۵ (۵۶/۸)	۱۸ (۴۳/۹)	۶ (۵۰)	
		۱۹ (۴۳/۲)	۲۳ (۵۶/۱)	۶ (۵۰)	
		مجموع	۴۴ (۱۰۰)	۴۱ (۱۰۰)	۱۲ (۱۰۰)

جدول ۵- بررسی توزیع فراوانی نحوه برخورد افراد جامعه با فرد مبتلا به بیماری اعصاب و روان یا خانواده وی از نظر افراد مورد مطالعه*

سطح معنی داری	χ^2	گروه		
		اسکیزوفرنی	اختلال افسردگی	اختلال دوقطبی
ns	۲/۷۵	۴ (۴/۲)	۸ (۹/۱)	۱۰ (۱۰/۲)
۰/۰۳	۷/۳	۸ (۸/۳)	۰ (۰)	۷ (۷/۱)
ns	۳/۱	۲۸ (۲۹/۲)	۱۷ (۱۹/۳)	۲۰ (۲۰/۴)
ns	۲/۹	۲۱ (۲۱/۹)	۱۳ (۱۴/۸)	۱۳ (۱۳/۳)
۰/۰۰۶	۱۰/۲	۱۶ (۱۶/۷)	۳۳ (۳۷/۵)	۲۶ (۲۶/۵)
ns	۳/۳	۱۶ (۱۶/۷)	۲۴ (۲۷/۳)	۱۹ (۱۹/۴)
ns	۱/۳	۱۷ (۱۷/۷)	۲۱ (۲۳/۹)	۱۸ (۱۸/۴)
۰/۰۲	۱۱/۵	۱۲ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۱۱ (۱۱/۲)
ns	۳/۹	۲ (۱/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)

* تعداد افراد پاسخ دهنده به این سؤال در گروه اسکیزوفرنی ۹۶ نفر، در گروه اختلال افسردگی اساسی، ۸۸ نفر و در گروه اختلال دوقطبی، ۹۸ نفر بود.



جدول ۶- بررسی نحوه صحبت کردن افراد خانواده در مورد وجود بیمار روانی در خانواده با دیگران از نظر سه گروه مورد مطالعه

سطح معنی‌داری	χ^2	گروه			
		اختلال دوقطبی فراوانی (%)	اختلال افسردگی فراوانی (%)	اسکیزوفرنی فراوانی (%)	
/۰۰۱	۲۷/۶	صریحاً آن را می‌گویند	۲۲ (۲۵)	۳۴ (۴۰/۵)	۲۲ (۲۵)
		تنها زمانی که برخاشگری و خشونت دارد می‌گویند	۲۸ (۲۸)	۱۶ (۱۹)	۳۳ (۳۷/۵)
		زمانی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارد می‌گویند	۱۶ (۱۶)	۲۶ (۳۱)	۲۹ (۳۳)
		زمانی که افکار خودکشی دارد می‌گویند	۶ (۶)	۴ (۴/۸)	۰ (۰)
		بیش از یک مورد از موارد فوق	۱۵ (۱۵)	۴ (۴/۸)	۴ (۴/۵)
		مجموع	۱۰۰ (۱۰۰)	۸۴ (۱۰۰)	۸۸ (۱۰۰)

جدول ۷- بررسی عوامل مؤثر بر انگ زدن و تبعیض قائل شدن دیگران در بیماران اعصاب و روان و افراد عادی از نظر افراد سه گروه مورد مطالعه

سطح معنی‌داری	χ^2	گروه		
		اختلال دوقطبی فراوانی (%)	اختلال افسردگی فراوانی (%)	اسکیزوفرنی فراوانی (%)
ns	۲/۰۱	۱۸ (۱۸/۴)	۲۰ (۲۰)	۲۵ (۲۶/۳)
/۰۰۲	۷/۸	۱۹ (۱۹/۴)	۳۷ (۳۷)	۲۵ (۲۶/۳)
ns	۱/۷	۱۸ (۱۸/۴)	۲۵ (۲۵)	۲۴ (۲۵/۳)
/۰۰۷	۵/۲	۲۱ (۲۱/۴)	۱۷ (۱۷)	۲۹ (۳۰/۵)
/۰۰۲	۸/۲	۶ (۶/۱)	۰ (۰)	۸ (۸/۴)
/۰۰۱	۸/۸	۲۴ (۲۴/۵)	۹ (۹)	۲۰ (۲۱/۱)
/۰۰۷	۵/۳	۲ (۲/۰۴)	۵ (۵)	۰ (۰)

* تعداد افراد پاسخ دهنده به سؤال فوق در گروه اسکیزوفرنی، ۹۵ نفر، گروه اختلال افسردگی اساسی، ۱۰۰ نفر و گروه اختلال دوقطبی، ۹۸ نفر بود.

افراد هر سه گروه، سؤال شد که به ترتیب پیشین ۴۹٪، ۲۴٪ و ۴۶٪ درجاتی از احساس شرم داشتند که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$).

میزان تمایل هر یک از افراد سه گروه به ازدواج با فرد مبتلا به بیماری روانی شدید و تحت درمان دارویی نیز بررسی گردید که نتایج به ترتیب پیشین ۸٪، ۳۲٪ و ۱۰/۲٪ بود ($p < ۰/۰۰۱$).

پاسخ‌دهندگان، رادیو و تلویزیون را مهمترین وسیله آموزشی جهت آشنایی با مسایل روان‌پزشکی دانستند. در آنالیز رگرسیون لوجستیک چند متغیره، ارتباط بین متغیرهای مستقل سن، نوع بیماری، دفعات بستری و مدت بیماری با انگ بررسی شد. سن فرد ($OR: ۰/۰۴$ ، $95\%CI: ۱/۰۶ - ۱/۰۲$)؛ مدت بیماری اعصاب و

در مورد میزان احساس ترس از مواجه شدن با بیمار روانی از افراد هر سه گروه سؤال شد که بر اساس آن ۶۳٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۶۷٪ از افراد گروه MDD و ۵۹/۲٪ از افراد گروه BD اعلام کردند که در مواجهه با بیمار روانی دچار درجاتی از ترس می‌شوند، اگرچه در میزان ترس سه گروه از مواجه شدن با این بیماران تفاوت معناداری مشاهده نشد.

احساس ناراحتی از همکار بودن با یک بیمار روانی در ۶۹٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۶۴٪ از افراد گروه MDD و ۷۶/۵٪ از افراد گروه BD وجود داشت، ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

در مورد احساس شرم از وجود یک بیمار روانی در خانواده، از



روان از ۶ تا ۱۲ ماه (OR: ۳/۶، CI%95: ۱/۶ - ۸/۱)؛ عدم بستری شدن (OR: ۰/۱۲، CI%95: ۰/۰۵ - ۰/۲۹) و بستری شدن بیش از یک‌بار (OR: ۲/۹، CI%95: ۱/۶ - ۵/۲) با انگ‌خوردن ارتباط داشتند.

بحث

در این مطالعه ۴۹٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۳۰٪ از افراد گروه MDD و ۵۰/۵٪ از افراد گروه BD از مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن به دلیل وجود بیمار روانی در خانواده شکایت داشتند. در مطالعه استمن و کیلین (۲۰۰۲) که ۱۶۲ نفر از بستگان درجه اول بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی اسکیزوفرنی، خلقی و ... شرکت کرده بودند، ۸۳ درصد از افراد، شکایت از انگ‌زدن را گزارش کردند. مطالعه شیره و همکاران (۲۰۰۱) روی ۱۷۸ نفر از خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی یا اختلالات خلقی عمده از نظر انگ، نشان می‌دهد که ۷۳٪ از افراد نوعی از انگ را تجربه کرده‌اند.

در مطالعه فلان و همکاران (۱۹۹۸) گزارش شد که ۵۰٪ از افراد نزدیک به بیماران روانی، در مورد بستری شدن بیمار خود پنهان کاری کرده و در حدود ۱۶٪ از افراد از دوری‌گزینی دیگران به علت وجود بیمار روانی در خانواده آنها ناراحت بودند. فیلیس و همکاران (۲۰۰۲) نیز پس از مصاحبه با ۱۴۹۱ نفر از بستگان بیماران روانی گزارش کردند که در ۲۸ درصد موارد، بیماری روانی یکی از افراد خانواده بر زندگی آنها اثر متوسط تا شدید برجای گذاشته است.

نتایج متفاوت مطالعات مختلف می‌تواند به دلیل متفاوت بودن ویژگی‌های فرهنگی، سطح تحصیل، جنس، میزان نزدیکی ارتباط با بیمار، همچنین نوع طراحی مطالعه، بیماری‌های مورد مطالعه و نحوه نگرش به انواع انگ در جمعیت‌های مورد مطالعه باشد.

در این مطالعه، تفاوت انگ (تبعیض و تمسخر دیگران) در سه گروه مورد مطالعه از نظر آماری معنادار بود. در واقع انگ در بیماران MDD از دو گروه دیگر به وضوح کمتر بود. در مطالعه شیره و همکاران (۲۰۰۱) اگرچه نمره محاسبه شده برای انگ، در بیماران خلقی کمتر از بیماران اسکیزوفرنی بود، ولی تفاوت

مشاهده شده معنادار نبود. در مطالعه استمن و کیلین (۲۰۰۲) نیز خانواده‌های بیماران خلقی به طور معناداری کمتر از خانواده‌های سایر بیماران آرزوی مرگ بیماران خود را داشتند.

در مطالعه فلان و همکاران (۱۹۹۸) بیشترین میزان مخفی کردن بیماری یکی از افراد خانواده در بستگان بیماران دو قطبی همراه با سایکوز مشاهده شد و بیشترین میزان اعتراف به دوری‌گزینی افراد از آنها، به بیماران مبتلا به افسردگی ماژور در مطالعه سایکوز مربوط بود.

ارتباط تبعیض و تمسخر با جنس بیمار نیز بررسی شد که فقط در مورد گروه MDD تفاوت معنادار بود. در چند مطالعه، بین جنس بیمار و میزان انگ افراد خانواده ارتباط معناداری مشاهده نشده است (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۲؛ استمن و کیلین، ۲۰۰۲)، ولی در مطالعه فلان و همکاران (۱۹۹۸) میزان مخفیانه بستری شدن بیماران زن به طور معناداری بیشتر از بیماران مرد بود، ولی بین فراوانی اعتراف به دوری کردن مردم از بستگان بیماران زن و مرد تفاوت معنادار نبود.

در این مطالعه، در هر سه گروه بیماران، بیشترین میزان گزارش از تبعیض و تمسخر بستگان بیماران زمانی بود که دفعات بستری بیش از یک‌بار بود (اگرچه از نظر آماری، تفاوت مشاهده شده در گروه BD معنادار نبود). همچنین در این مطالعه، مدت بیماری در گروه‌های اسکیزوفرنی و MDD با انگ بررسی شده رابطه نداشت، ولی در بیماران BD به طور معناداری بیشترین میزان انگ در بستگان بیماران با مدت بستری شش ماه تا دو سال (۱۰۰٪) و سپس با مدت بیماری بیشتر از دو سال (۵۴/۹٪) بود. در مطالعه فلان و همکاران (۱۹۹۸) نیز بین مدت وجود علائم سایکوتیک و فراوانی انگ در بستگان افراد مورد مطالعه، رابطه معناداری مشاهده شد. در این مطالعه ۱۶/۷٪ از گروه اسکیزوفرنی، ۳۷/۵٪ از افراد گروه MDD و ۲۶/۵٪ از گروه BD اظهار کردند که مجبورند وجود بیماری را مخفی نگه‌دارند و فقط ۲۵٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۴۰/۵٪ از افراد گروه MDD و ۳۵٪ از افراد گروه BD ادعا کردند که در مورد بیمار روانی خانواده خود با صراحت با دیگران صحبت می‌کنند و جنس بیمار نیز با فاش کردن وجود بیماری در خانواده مرتبط بود. نتایج مطالعه ما تقریباً با نتایج مطالعه فلان و همکاران (۱۹۹۸) متفاوت بود. در مطالعه وی میزان مخفی نگهداشتن بستری



در این مطالعه، ۳۶٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۳۴٪ از افراد گروه BD و ۱۳٪ از افراد گروه MDD اعتراف کردند که دوستی خود را با شخص مبتلا به بیماری روانی قطع خواهند کرد، ولی در مطالعه استمن و کیلین (۲۰۰۲) فقط ۲۵٪ از افراد معتقد بودند که به علت وجود بیمار روانی در خانواده رابطه دیگران با بیمار یا دیگر افراد خانواده مختل شده است. از نظر افراد مورد مطالعه ما، در افراد گروه اسکیزوفرنی، خشونت و رفتارهای نامناسب (۳۰/۵٪)، ناآگاهی (۲۶/۳٪)، طولانی بودن بیماری (۲۶/۳٪)، در افراد گروه MDD، ناآگاهی (۳۷٪)، ناتوانی در انجام کارها (۲۵٪)، طولانی بودن مدت بیماری (۲۰٪) و در افراد گروه BD، رفتارهای اجتماعی (۲۴/۵٪)، خشونت و رفتارهای نامناسب (۲۱/۴٪) و ناآگاهی (۱۹/۴٪) به ترتیب سه عامل مؤثر در انگ زدن به بیماران روانی و تبعیض قائل شدن دیگران بین آنها و افراد عادی به شمار می‌رفتند.

در مطالعه‌ای که بخش انتشاریو^۴ مؤسسه سلامت روانی کانادا انجام داد، سه علت از شایع‌ترین علل عدم درک مناسب بیماری‌های روانی زمینه‌ساز انواع استیگما بودند که این سه علت عبارت‌اند از: خطرناک و خشن بودن (۸۸٪)، داشتن IQ پایین و معلول بودن (۴۰٪) و عدم توانایی کار کردن و نداشتن شغل (۳۲٪) (انجمن بهداشت روان کانادا^۵، ۱۹۹۴).

به هر حال نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که انگ خوردن خانواده‌های بیماران روانی یک مشکل عمده محسوب می‌شود که بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأثیر می‌گذارد و حتی در ارتباط آنها با بیمارانشان و نحوه نگرش و برخورد با آنها تأثیر می‌گذارد.

اهم نتایج این مطالعه نشانگر این است که درصد قابل توجهی از خانواده‌های بیماران روانی (به خصوص خانواده‌های اسکیزوفرنی‌ها و بیماران دو قطبی) به دلیل وجود بیمار روانی در خانواده مورد تبعیض و تمسخر قرار می‌گیرند و به دلیل انگ زده شده، از وجود بیمار روانی در خانواده احساس شرم می‌کنند. این در حالی است که درصد کمی از آنها در مورد بیماری‌های روانی تحت آموزش قرار گرفته‌اند (به وسیله پزشک و تیم پزشکی). میزان اطلاعات آنها در مورد علل و ماهیت بیماری‌های روان پزشکی نیز مؤید آموزش کم

شدن بیماران زن به طور معناداری بیشتر از بیماران مرد گزارش شده بود که تقریباً خلاف نتایج مطالعه ما بود. در واقع پنهان کاری و مخفی نگهداشتن بیماری یک رفتار انطباقی در برابر خجالت کشیدن و تمسخر دیگران است. در مطالعه شیبره و همکاران (۲۰۰۱)، ۳۶/۵٪ از اقوام بیمار معتقد بودند که می‌بایست بیماری فرد را پنهان کنند. همان‌طور که در جدول ۵ نیز آمده است، رد تقاضای ازدواج، از شایع‌ترین موارد ذکر شده در مطالعه ما بود که آربولدا - فلورز^۱ (۲۰۰۳) نیز در مقاله خود به این نکته اشاره می‌کند که احتمال ازدواج دختران خانواده‌های بیماران روانی کاهش می‌یابد. ۳۶/۵٪ از پاسخ‌دهندگان مطالعه شیبره و همکاران (۲۰۰۱) نگران بودند که درخواست ازدواج آنها به خاطر بیماری یکی از افراد خانواده رد شود. جالب آن است که ۹۲٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۶۸٪ از افراد گروه MDD و ۸۹/۸٪ از افراد گروه BD شرکت‌کننده در مطالعه ما اعلام کردند که به ازدواج با بیمار روانی تحت درمان تمایل ندارند.

در مطالعه ما، ۸/۳٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی و ۷/۱٪ از بیماران BD از مورد تبعیض قرار گرفتن در محل کار خود شکایت داشتند، در حالی که تا ۴۷٪ تبعیض در محیط کار نیز گزارش شده است.

مانینگ^۲ و وایت^۳ (۱۹۹۵) نیز عدم تمایل صاحبکاران انگلیسی جهت استخدام افراد دارای سابقه بیماری‌های روانی را بیان نموده بودند و سختی در پیدا کردن کار در مطالعه وال و هارمن (۱۹۸۹) نیز به عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات ناشی از انگ در بیماران روانی مطرح شده است. اما در مطالعه ما فقط ۲۴٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی و ۲۵٪ از افراد گروه‌های MDD و BD اعتقاد داشتند که فاقد مشکلات اجتماعی مثل پیدا کردن شغل، اجاره منزل و ... هستند.

در این مطالعه، ۴۹٪ از افراد گروه اسکیزوفرنی، ۲۴٪ از افراد گروه MDD و ۴۶٪ از افراد گروه BD از احساس شرمندگی (با درجات مختلف) ناشی از ابتلای یکی از افراد خانواده به بیماری روانی شکایت داشتند، ولی در مطالعه شیبره و همکاران (۲۰۰۱) این میزان ۲۸/۷٪ گزارش شد. بیرن (۲۰۰۱) نیز احساس شرمندگی را از پیامدهای ناشی از انگ دانسته است.

1- Arboleda-Florez

2- Manning

3- White

4- Ontario

5- Canadian Mental Health Association



(برنامه‌های نمایشی)، نقش بسیار مهمی در افزایش شناخت درست جامعه از بیماری و بیمار روانی و در نتیجه کاهش انگ‌بیماری‌های روانی داراست، لذا توصیه می‌گردد که جهت بررسی عوامل مؤثر بر کنترل انگ در بستگان بیماران روانی و پیامدهای آن و سازوکارهای دفاعی بستگان در این زمینه مطالعات گسترده‌تر و با حجم نمونه بالاتر و نیز مطالعات مداخله‌ای صورت گیرد.

عدم همکاری بعضی از همراهان بیماران، یکی از مشکلات این طرح بود که با معرفی صحیح طرح و جلب اعتماد آنها این مشکل مرتفع شد. پرسشنامه برای افراد با سواد طراحی شده است، بدین ترتیب جای نظرات و نگرش افراد بی‌سواد که تعدادشان قابل توجه بود، در این تحقیق خالی است. همچنین تعداد قابل توجهی از پرونده‌ها فاقد تشخیص قطعی بیماری یا دارای چند تشخیص بودند (در طول زمان) که طبعاً از خانواده‌های این بیماران سؤال نشد.

آنها می‌باشد. شایسته است که در جهت آموزش خانواده‌های بیماران روانی (که نقش مهمی در شبکه حمایتی بیمار دارند)، به خصوص خانواده‌های بیمارانی که حداقل یک بار در بیمارستان بستری شده‌اند و یا بیماری آنها تازه شروع شده است، اقدامات جدی به وسیله روان‌پزشکان و تیم پزشکی به عمل آید، که اطلاع رسانی در مورد علل، ماهیت، سیر و درمان بیماری و همچنین نحوه برخورد با بیمار روانی از اهم موارد می‌باشد.

همین طور که در این مطالعه نیز مشخص است، پاسخ دهندگان، رادیو و تلویزیون را مهمترین وسیله‌های آموزشی مسایل روان‌پزشکی دانسته‌اند. از طرفی مطالعات دیگر نشان داده است که تلویزیون نقش مهمی در انگ زدن به بیمارهای روانی دارد (وال و هارمن، ۱۹۸۹)؛ موضوعی که در کشور ما آن طور که باید به آن توجه نشده است. بنابراین آموزش از طریق تلویزیون، چه مستقیم (برنامه علمی و میزگردها) و چه غیرمستقیم

منابع

Arboleda-Florez, J. (2003). Consideration on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 645-650.

Brockington, I.F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.

Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.

Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281-284.

Canadian Mental Health Association (1994). Mental health antistigma Campaign public education Strategy, Final report: Ontario Division. Canadian Mental Health Association, Toronto: Ontario Division, Smith M. Stigma. APT 2000, 8, 317-325.

Corrigan, P.W., & Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.

Dembling, B.P., Chen, D.T., & Vachon, L.V. (1999). Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1036-1042.

Desforjes, D.M., Lord, C.G., Ramsey, S.L., Mason, J.A., Van Leeuwen, M.D., & West S.C. (1999). Effects of structured cooperative contract on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality & Social Psychology*, 60, 531-544.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice-Hall Publishers.

Gray, A.J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.

Manning, C., & White, P.D. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin*, 19, 541-543.

Mehta, S., & Farina, A. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college - aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 7, 192-202.

Ostman, M., & Kyellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.

Ostman, M., Hansson, L., & Andersson, K. (2000). Family burden. Participation in care and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(3), 191-200.

Papadopoulos, C., Leavey, G., & Vincent, C. (2002). Factors influencing Stigma: A comparison of Greek, Cypriot and English attitudes towards mental illness in North London. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 27, 430-434.

Phelan, J.C., Bromet, E.J., & Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.

Phillips, M.R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: A study of people with



schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181, 488-493.

Scambler, G. (1998). Stigma and disease: Changing paradigms. *The Lancet*, 9133(352), 1054-1055.

Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., & Fekadu, A. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 299-303.

Stangor, C., & Crandall, C.S. (2000). Threat and the social construction of stigma. In T.F. Heather R.E. Kleck M.R. Hebl & J.G. Holl (Eds.), *The social Psychology of stigma* (pp.73). New York: Guilford Press.

Thompson, K. (2003). Stigma and public health policy for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 273-294.

Wahl, O.F., & Harman, C.R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 131-139.

