



## مقایسه نگرش دانشجویان ایرانی، آمریکایی و چینی نسبت به بیماریهای روانی

دکتر محسن شکوهی یکتا\*

برگردان از: علی اکبری زاده\*\*

### چکیده

با استفاده از پرسشنامه مقیاس عقاید راجع به بیماری روانی (OMIS)<sup>(۱)</sup> نگرش ۹۰ تن از دانشجویان مرد ایرانی، آمریکایی و چینی که در سطوح کارشناسی ارشد و دکترا مشغول به تحصیل بودند، نسبت به بیماریهای روانی مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه در برگرنده پنج عامل مختلف به شرح زیر است: الف) سلطه جویی<sup>(۲)</sup>، ب) نیکخواهی<sup>(۳)</sup>، ج) ایدئولوژی بهداشت روانی، د) محدودیت اجتماعی<sup>(۴)</sup>، ه) سبب شناسی بین فردی. برای اطمینان از درک صحیح پرسشنامه توسط تمامی شرکت کنندگان، چند معیار به منظور سنجش مهارت در زبان نیز در نظر گرفته شد. از مجموع ۱۳۲ پرسشنامه، ۴۲ عدد آنها بدلیل دارا نبودن معیارهای لازم از پژوهش حذف شدند. در هر سه گروه از شرکت کنندگان، در عوامل الف، ب، ج و د پرسشنامه OMIS، تفاوتهای معناداری گزارش گردید. آزمودنیهای ایرانی و چینی در مقیاس های فرعی سلطه جویی (عامل الف) محدودیت اجتماعی (عامل د) و سبب شناسی بین فردی (عامل ه) نمراتی بالاتر و در مقیاس فرعی نیک خواهی (عامل ب) نمرات پائین تری نسبت به آزمودنی های آمریکایی بدست آوردند. بین نمرات مقیاس های فرعی آزمودنیهای ایرانی و چینی تفاوتهای معناداری مشاهده نگردید.

### کلید واژه: نگرش، بیماریهای روانی، دانشجویان

بررسی نظرات شهروندان شهر کوچکی در کانادا  
پیرامون بیماریهای روانی نشان داد که طبقه متوسط  
اجتماع در آن شهر نسبت به بیماریهای روانی نگرشی

در سالهای پایانی دهه پنجاه همراه با پیشرفت  
روانشناسی اجتماعی بررسی نگرش افراد نسبت به  
بیماریهای روانی از اهمیت روزافزونی برخوردار گردید.

\* استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، بزرگراه شهید دکتر چمران، خیابان جلال آل احمد، روبروی کوی نصر.  
\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، بزرگراه شهید دکتر چمران، خیابان جلال آل احمد، روبروی کوی نصر.

1- Opinion About Mental Illness Scale (OMIS)  
3- benevolence

2- authoritarianism  
4- social restrictirenes

منفی دارند (کامینگ و کامینگ<sup>(۱)</sup>، ۱۹۵۵). همچنین این بررسی نشان داد که این نگرشها با نظام ارزشی گسترده تری در ارتباط بوده و تغییر نگرشی خاص جدای از این نظام غیرممکن است.

پژوهشها نشان داده اند افرادی که از سطح شغلی و آموزش بالاتری برخوردارند، نتایج ارتباط با بیماران روانی را بیشتر زاینبار تلقی می کنند اما نسبت به امکان بهبود بیماری روانی خوش بینی بیشتری دارند (رمزی<sup>(۲)</sup> و سیپ<sup>(۳)</sup>، ۱۹۴۸). هالینگشد<sup>(۴)</sup> و ردلیچ<sup>(۵)</sup> (۱۹۵۸) دریافتند تفاوت های برجسته و آشکاری که در نگرشها و شناخت افراد نسبت به بیماریهای روانی و بیماران روانی وجود دارد برآمد تأثیر دو عامل طبقه اجتماعی و آموزش اجتماعی می باشد. نونالی<sup>(۶)</sup> (۱۹۶۱) دریافت که افراد کهنسال، جوانان، افرادی که از سطح تحصیلی بالایی برخوردارند و آنها که از نظر آموزش و پرورش رسمی پیشرفت چندانی نداشته اند، همگی تمایل دارند تا بیمار روانی را فردی خطرناک، نامرتب، بی ارزش و دارای رفتار غیرقابل پیش بینی بدانند. نتایج پژوهشهایی که بر ساکنان مناطق روستایی تمرکز داشته اند نیز بحث برانگیز بوده است. لی<sup>(۷)</sup> و گینچرکو<sup>(۸)</sup> ایسدورفر<sup>(۹)</sup> (۱۹۷۴) در پژوهش بر روی ساکنان ناحیه ای روستایی در کارولینای شمالی، دریافتند ۵۰٪ افرادی که وجود مشکلاتی مانند تنش، عصبیت و اضطراب را گزارش نموده بودند اعلام کردند که برای رفع مشکلات خود به دنبال کمک نخواهند بود. جفری<sup>(۱۰)</sup> و ریو<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۷۸) گزارش نموده اند که ساکنان نواحی روستایی تمایلی به استفاده از خدمات مراکز بهداشت روانی نشان نمی دهند، زیرا از این ترس دارند که به ایشان برچسب "دیوانه"<sup>(۱۲)</sup> زده شود. اعتقاد بر این است که نگرش منفی ساکنان نواحی روستایی نسبت به بیماری روانی به نظام ارزشی گسترده تری مربوط می شود و تغییر یک نگرش خاص به تنهایی و جدای از این نظام امری غیر ممکن خواهد بود (کامینگ و کامینگ، ۱۹۵۵).

اگر چه گزارشهایی که بر نگرش منفی افراد نسبت به بیماریهای روانی و مشاغل مربوط به بهداشت روانی تأکید دارند، بسیار زیاد است (کلایتون<sup>(۱۳)</sup>، ۱۹۷۷؛ گیلیگان<sup>(۱۴)</sup> و وایلدرمان<sup>(۱۵)</sup>، ۱۹۷۷؛ هرگریوز<sup>(۱۶)</sup> و دیلای<sup>(۱۷)</sup>، ۱۹۷۹؛ جفری و ریو، ۱۹۷۸؛ بنتز<sup>(۱۸)</sup>، ادگرتون<sup>(۱۹)</sup> و هولیستر<sup>(۲۰)</sup>، ۱۹۷۱) در یک بررسی در مناطق روستایی دو ناحیه کارولینای شمالی دریافتند که مردم نسبت به بیمارستانهای روانی و روانپزشکان یا احساسات منفی ندارند و اگر دارند بسیار کم است. فلاسکرود<sup>(۲۱)</sup> و هوینگ<sup>(۲۲)</sup> (۱۹۸۳) نشان دادند که ساکنان مناطق روستایی نسبت به بیماری روانی نگرشی مثبت داشته اند. داده های این پژوهش که در نواحی روستایی شش ایالت انجام گردیده بوسیله پرسشنامه های پستی استاندارد شده و مصاحبه حضوری گردآوری شده است. این پاسخگویان باور داشتند که روانپزشکان در زمینه درمان مشکلات روانی - رفتاری بیشترین کمک را می توانند انجام دهند. بیشتر آنها اختلالات روانی را همانند مشکلات و بیماریهای بدنی می دانستند. ایشان این ادعا را که اختلالات روانی از نسلی به نسل دیگر منتقل می شوند، نپذیرفتند. آنان بر این باور بودند که شرایط زندگی معینی می تواند از هر فردی یک بیمار روانی بسازد. این افراد درمان در یک تیمارستان را شرم آور نمی دانستند و بر این باور بودند که اختلالات روانی درمان شدنی هستند. بخش

1- Cumming and Cumming

2- Ramsey

4- Hollingshead

6- Nunnally

8- Gianturco

10- Jeffrey

12- crazy

14- Gilligan

16- Hargreaves

18- Bentz

20- Hollister

22- Huig

3- Seipp

5- Redlich

7- Lee

9- Eisdorfer

11- Reeve

13- Clayton

15- Wilderman

17- Delay

19- Edgerton

21- Flaskerud

کوچکی از پاسخگویان بر این باور بودند که اختلال روانی یا درمان آن به نوعی انسان را دگرگون می‌کند و بیماران روانی که از تیمارستانها مرخص می‌شوند نسبت به افراد دیگر متفاوت می‌باشند.

بیشتر پژوهشهایی که در رابطه با نگرش کارکنان مراکز بهداشت روانی نسبت به بیماری روانی انجام شده، نشان داده است که کارکنان رده‌های پائین‌تر در نگرش خود به بیماری روانی سلطه جویی و محدودیت بیشتری دارند، در حالیکه کارکنانی که از آموزشهای حرفه‌ای پیشرفته برخوردار می‌باشند (روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی) آگاهی بیشتری نسبت به تواناییهای بیماران دارند و به تلاش آنها در جهت بهبودی خوش بین‌تر می‌باشند (اپلبای<sup>(۱)</sup> و همکاران، ۱۹۶۱؛ کوهن<sup>(۲)</sup> و استرونینگ<sup>(۳)</sup>، ۱۹۶۲، ۱۹۶۴ و ۱۹۶۵، رزینکوف<sup>(۴)</sup>، ۱۹۶۳؛ رزینکوف و همکاران، ۱۹۶۴، رایت<sup>(۵)</sup> و کلاین<sup>(۶)</sup>، ۱۹۶۶، ویلیامز و ویلیامز<sup>(۷)</sup>، ۱۹۶۱، ورنالیس<sup>(۸)</sup> و سنت‌پیر<sup>(۹)</sup>، ۱۹۶۴). اما از آنجا که طبقات مختلف کارکنان مراکز بهداشت روانی بر حسب متغیرهای مختلف مانند آموزش و سن متفاوت می‌باشند، تنوعی را که در نگرشها وجود دارد، نمی‌توان تنها به تفاوت شغلی نسبت داد. کلارک<sup>(۱۰)</sup> و بینکس<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۶۶) در گزارشی بیان داشته‌اند که آموزش بیشتر و سن پائین‌تر، با نگرشهای بازتر نسبت به بیماری روانی ارتباط دارد.

بررسیها نشان می‌دهند که نگرش بیماران مانند نگرش افراد سالم است البته در صورتی که هر دو گروه از طبقه اجتماعی، سن و میزان آموزش یکسانی برخوردار باشند. بدین معنی که ابتلای به بیماری روانی در باروها و قضاوتهای آنها نسبت به بیماری روانی تغییر مهمی ایجاد نخواهد کرد (جیوونونی<sup>(۱۲)</sup> و یولمن<sup>(۱۳)</sup>، ۱۹۶۳). فریمن<sup>(۱۴)</sup> (۱۹۶۱) نگرش بستگان بیماران روانی را نسبت به بیماری روانی مورد بررسی قرار داد. وی در این رابطه از یک برنامه مصاحبه استاندارد شده با مادران و همسران بیماران بهره برد و دریافت بستگانی که از

آموزشی بهتر برخوردار هستند و نیز جوانترهای خانواده روشن‌بینی بیشتری به بیماریهای روانی دارند. همچنین گزارش شده است که رفتار بیماران پس از ترخیص از بیمارستان تا اندازه‌ای به نگرش افراد نسبت به بهبودی بیمار و میزان مسئولیت بیمار در قبال رفتاری که از خود نشان می‌دهد، بستگی دارد.

در حالیکه پژوهشهای پیشین به بررسی مفاهیم عام بیماری روانی بر پایه متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداخته‌اند (نونالی، ۱۹۶۱؛ رابکینگ<sup>(۱۵)</sup>، ۱۹۷۴) در مورد تفاوت نگرشها و باورهای گروههای اقلیت در جامعه، یا حتی بین ملیتهای مختلف، اطلاعات کمی در دست است.

هسو<sup>(۱۶)</sup> (۱۹۷۰) و کیتانو<sup>(۱۷)</sup> (۱۹۷۹) در پژوهشی نشان دادند، آسیایی‌ها می‌آموزند تا هماهنگی بیشتری با خانواده یا اجتماع داشته باشند. بنابر این آنها که در نظام خانواده به سرکشی پردازند، افرادی منحرف محسوب خواهند شد، برعکس ارزشهای حاکم بر جوامع غربی که فردگرایی و استقلال فردی را تشویق می‌کنند.

در مقایسه با روانشناسان و دانشجویان آمریکایی، روانشناسان و دانشجویان آسیایی بیشتر به این مسأله اعتقاد دارند که سلامت روانی با پرورش قدرت اراده و اجتناب از افکار ناخوشایند افزایش خواهد یافت. ایشان، مشاوری را فرآیندی مستقیم پدرمآبانه و سلطه جویانه تلقی می‌کنند (آرکوف<sup>(۱۸)</sup> و همکاران، ۱۹۶۶). پیترکوهن (۱۹۷۶) پژوهشی را بر روی چینیهای آمریکا انجام داد و

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 1- Appleby               | 2- Cohen       |
| 3- Struening             | 4- Reznikoff   |
| 5- Wright                | 6- Klein       |
| 7- Williams and Williams | 8- Vernallis   |
| 9- St.Pierre             | 10- Clark      |
| 11- Binks                | 12- Giovannoni |
| 13- Ullman               | 14- Freeman    |
| 15- Rabking              | 16- Hsu        |
| 17- Kitano               | 18- Arkoff     |

نتیجه گرفت که اکثر آزمودنیها نگرش غریبه را در مورد بیماری روانی می‌پذیرند، اما تنها شمار اندکی از آنها خدمات مرکز بهداشت روانی را مفید می‌دانند؛ اغلب چنین احساس می‌کردند که بیشتر چینیهای آمریکا، حتی در هنگام نیاز از مراجعه به مراکز بهداشت روانی خودداری خواهند کرد. آزمودنیها ناآگاهی، مشکلات زبان، بی‌پولی و ترس از آبروریزی را، مانع دریافت خدمات مراکز بهداشت روانی می‌دانستند. آن دسته از چینیها که کمتر به سنتهای چینی پای‌بند بودند، بیشتر خواهان آن بودند تا از امکانات موجود در مراکز بهداشت روانی کسب اطلاع کنند و نسبت به درمان بیماران چینی در این مراکز، نگرشی مساعدتر داشتند.

بنا به گزارش سو<sup>(۱)</sup> و مک‌کینی<sup>(۲)</sup> (۱۹۵۷) در مقایسه با ۲۹٪ بیماران سفید پوست آمریکایی در ناحیه سیاتل<sup>(۳)</sup>، بیش از ۵۰٪ بیماران آمریکایی آسیایی تبار پس از یک نشست درمانی، در اندک زمانی، به درمان خاتمه دادند. ایشان دلیل این امر را دو چیز دانستند. نخست اینکه آسیایی تبارها راجع به روان‌مانگری و بیماری روانی نگرشها و باورهای متفاوتی دارند و دیگر اینکه در نظر نداشتن تفاوت‌های نگرشی می‌تواند به پیدا نشدن اعتقاد، تفاهم و رابطه موفق درمانی بیانجامد.

ارینوشو<sup>(۴)</sup> و آیونراید<sup>(۵)</sup> (۱۹۷۸) با استفاده از نظریات استار<sup>(۶)</sup> (۱۹۵۹) در معرفی ویژگیهای برخی از بیماران روانی به بررسی آزمودنیهای نیجریه‌ای پرداختند و نشان دادند که بیشتر آزمودنیها این امور را بیماری روانی نمی‌دانند، برای نمونه: خجالتی، سر به هوا<sup>(۷)</sup>، میخواره و جوشی بودن<sup>(۸)</sup>. شرح بیماری اسکیزوفرنیای پارانوئید بیش از دیگر موارد بعنوان نشاندهنده بیماری روانی شناخته شد در حالیکه یک فرد الکلی در تمام موارد تنها به عنوان فردی میخواره قلمداد گردید.

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه نگرشهای سه گروه فرهنگی متفاوت (ایرانی، آمریکایی، و چینی) بوده است. این پژوهش به ما کمک خواهد کرد تا تفاوت‌های

نگرشی آزمودنیها را با زمینه‌های فرهنگی متفاوت مورد بررسی قرار دهیم.

## روش

آزمودنیهای پژوهش را ۹۰ نفر از دانشجویان مرد رشته‌های غیر روانشناسی (علوم انسانی، رشته‌های مهندسی، علوم و علوم پزشکی) تشکیل داده‌اند. سن آزمودنیها از ۲۲ تا ۲۴ سال و از هر زمینه فرهنگی ۳۰ نفر انتخاب شدند. آزمودنیهای چینی همگی از سرزمین اصلی چین کمونیست بودند. تمامی آزمودنیها در زمان پژوهش در کالج یا دانشگاهی در ایالات متحده ثبت نام کرده بودند. شرکت کنندگان داوطلبانه و بیشتر از طریق مراکز دانشجویی و باشگاههای دانشجویان دانشگاههای مختلف در سه ایالت ایلوی نوی، آیوا و ایندیانا جهت پژوهش حاضر برگزیده شدند. برای کنترل عامل فرهنگ‌پذیری<sup>(۹)</sup> آن دسته از آزمودنیهای ایرانی و چینی که بیش از ۹ سال مقیم ایالات متحده بوده‌اند از پژوهش کنار گذاشته شدند. در این پژوهش میانگین مدت اقامت شرکت‌کنندگان چینی ۳ سال و شرکت‌کنندگان ایرانی ۵/۵ سال بود.

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود تعداد بیشتری از آزمودنیهای ایرانی و چینی متأهل بودند تا آزمودنیهای آمریکایی.

برای اطمینان از درک صحیح پرسشنامه‌ها که به زبان انگلیسی بودند تمامی شرکت‌کنندگان ایرانی و چینی، پیش از تکمیل پرسشنامه باید دست کم یکی از ملاکهای زیر را دارا باشند:

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| 1- Sue           | 2- Makinney |
| 3- Seattle       | 4- Erinosh  |
| 5- Ayonride      | 6- Star     |
| 7- flirty        | 8- drunkard |
| 9- acculturation |             |

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای پژوهش

ملیت	میانگین سنی	وضعیت تأهل		مذهب		
		مجرد	متاهل	اسلام	مسیحیت	لامذهبی
ایرانی	۲۱/۰	۱۱	۱۹	۲۹	-	-
آمریکایی	۲۹/۵	۱۶	۱۶	۱	۲۵	۳
چینی	۳۱/۵	۶	۲۴	-	۱	۲۶

گروه، پنج عامل مستقل شناسایی شدند. این عوامل که پنج نمره جداگانه برای هر پاسخگو بدست می دهند، عبارتند از:

سلطه جویی: این عامل با مقیاس F کالیفرنیا مشخص می شود و سلطه پذیری اقتدار طلبانه و دیدگاهی خالی از عواطف را مورد سنجش قرار داده و این دیدگاه که بیماران روانی طبقه ای کهنترند و گاه از سراجبار باید دستی به سروروی آنها کشید را در بر می گیرد. برای نمونه پرسش ۱۹: بیمار قلبی، فردی است که تنها در یک مورد با مشکل مواجه است، در صورتیکه بیمار روانی فردی بکلی مغایر با سایر بیماران است.

نیکیخواهی: این عامل نشان دهنده دیدگاهی مهربانانه و پدر مآبانه به بیماران است. این عامل بیشتر از مذهب و انسان گرایی ریشه می گیرد تا علم. مانند پرسش ۱۲: اگر چه در یک بیمارستان روانی بیماران به نحو مضحکی رفتار می کنند، اما خندیدن به آنها کار درستی نیست.

ایدئولوژی بهداشت روانی: این عامل بر این مطلب تأکید دارد که بیماری روانی همانند بیماریهای جسمی

۱- قبلاً از یک کالج، دانشگاه یا دبیرستان انگلیسی زبان، به دریافت مدرک نائل شده یا به مدت دو سال در چنین مؤسساتی به شکل تمام وقت تحصیل کرده باشند.

۲- از کلاسهای انگلیسی به عنوان زبان دوم<sup>(۱)</sup> برپایه آزمون مهارت در زبان انگلیسی که در آغاز ورود به یک کالج یا دانشگاه آمریکایی برگزار می شود، معاف شده باشند.

۳- در آزمون TOEFL (آزمون انگلیسی به عنوان زبانی بیگانه<sup>(۲)</sup>) دست کم ۵۵۰ امتیاز کسب کرده باشند (بیش از ۷۰٪ کل نمره آزمون).

برای بررسی نگرش افراد نسبت به بیماریهای روانی از پرسشنامه های نونالی<sup>(۳)</sup> (۱۹۶۱)، چکیده های استار<sup>(۴)</sup> (۱۹۵۹)، مقیاس ایدئولوژی بیماری روانی کاستودیال<sup>(۵)</sup> (گیلبرت<sup>(۶)</sup> و لوینسون<sup>(۷)</sup>، ۱۹۵۷)، مقیاس عقاید نگرش نسبت به بیماریهای روانی (کوهن و استرونینگ، ۱۹۶۲) استفاده شد. پرسشنامه های نگرشی دیگری نیز در این زمینه وجود دارند که از جمله می توان از پرسشنامه نگرش نسبت به بیماری روانی فرومل و زولیک (۱۹۶۷)، پرسشنامه نگرش چند انتخابی رزینکوف (۱۹۶۳) نام برد. پاره ای از این ابزارها تاکنون تنها توسط خود سازندگان آنها مورد استفاده قرار گرفته است و هنوز به طور مشخص استفاده عمومی نداشته اند.

پس از بررسی ویژگیهای فنی ابزار یاد شده مقیاس نگرش نسبت به بیماریهای روانی برگزیده و به کار برده شد. این پرسشنامه دارای ۷۰ جمله اعتقادی از نوع جملات لیکرت<sup>(۸)</sup> است. با تحلیل عاملی پاسخهای هر

- 1- English as a second language
- 2- Test of English as a Foreign Language
- 3- Nunnally's Questionnaires
- 4- Star Abstracts
- 5- Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMIS)
- 6- Gilbert
- 7- Levinson
- 8- Likert

است. زیربنای آن الگویی پزشکی است که با مسائل روانپزشکی منطبق شده است و بر سازگاری فردی تأکید دارد. برای نمونه پرسش ۳۳: بهتر است به بیمارانی که در بیمارستانهای روانی به سر می‌برند، اجازه تنهایی و خلوت بیشتری داده شود.

**محدودیت اجتماعی:** این عامل نشان‌دهنده اعتقادی است پایه‌ای مبتنی بر اینکه بیمار روانی برای جامعه به ویژه خانواده یک تهدید محسوب می‌شود. بنابر این باید چه در بیمارستان و چه پس از ترخیص از بیمارستان، فعالیت‌هایش محدود شود. پرسش ۴: گرچه بیمارانی که از بیمارستانهای روانی ترخیص می‌شوند، ممکن است کاملاً سالم به نظر برسند اما به ایشان نباید اجازه ازدواج داده شود.

**سبب شناسی بین فردی:** این عامل بازتابی است از این باور که بیماری روانی از تجربیات بین فردی بویژه محرومیت از محبت والدین در دوران کودکی ناشی می‌شود. مثلاً پرسش ۵: اگر والدین به فرزندان خود بیشتر محبت کنند، بیماری روانی کمتر بروز خواهد کرد.

دیل من<sup>(۱)</sup>، استایفل<sup>(۲)</sup> و کتل<sup>(۳)</sup> (۱۹۷۳) مقیاس نگرش نسبت به بیماریهای روانی را، به فاصله زمانی یک هفته و در دو موقعیت مختلف، بر روی ۱۳۸ تن از دانشجویان اجرا کردند و دریافتند، عواملی که بین دو موقعیت ضرایب همبستگی معنی داری را نشان دادند، با

ابعاد اصلی پنجگانه کوهن و استرونینگ مطابقت زیادی دارند. با وجود تفاوت‌های جزئی می‌توان نتیجه گرفت که ابعاد مقیاس نگرش نسبت به بیماریهای روانی هم برای نمونه‌هایی که همزمان مورد بررسی قرار می‌گیرند و هم برای نمونه‌ای که در موقعیت‌های گوناگون بررسی می‌شود، قابل استفاده است.

در این بررسی برای گردآوری اطلاعات، ابزار پژوهش در گروه‌های ۵-۲ نفره اجرا شد. به منظور اطمینان از اینکه شرکت‌کنندگان چگونگی پاسخ به پرسشهای ۶ گزینه‌ای پرسشنامه را دریافته‌اند، یک فهرست علایم به کار برده شد. به این ترتیب ۱۲۶ پرسشنامه تکمیل شد. ۳۶ پرسشنامه به دلیل نداشتن شرایط لازم از پژوهش کنار گذاشته شدند.

پیش از تکمیل پرسشنامه نگرشی نسبت به بیماریهای روانی شرکت‌کنندگان به پرسشهای زیر پاسخ دادند: آیا شما تا کنون مشکلات هیجانی را تجربه کرده‌اید؟ آیا تا کنون مشکلات هیجانی را در شما تشخیص داده‌اند؟ آیا تا کنون به دلیل مشکلات هیجانی بستری شده‌اید؟ آیا تا کنون بین بستگان یا دوستان شما فردی بوده است که مشکلات هیجانی در او تشخیص داده شود؟ پاسخهای آزمودنیها در این موارد در جدول ۲ ارائه شده است. در مقایسه با شرکت‌کنندگان ایرانی و آمریکایی تعداد کمتری از شرکت‌کنندگان چینی ابراز نمودند که خودشان یا

جدول ۲- توزیع پراکنندگی مشکلات هیجانی در آزمودنیهای پژوهش و دوستان یا بستگان آنها برحسب گروه

	داری مشکلات هیجانی		تشخیص مشکلات هیجانی بستری شدن بواسطه		دوست یا بستگان دارای	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
ایرانی	۱۵	۱۵	-	۳۰	۲۶	۱۷
آمریکایی	۱۳	۱۶	-	۲۹	۲۹	۱۴
چینی	۶	۲۲	-	۲۸	۲۸	۲۶

بستگانشان مشکلات هیجانی داشته‌اند. دلیل این امر می‌تواند شرم و ننگی باشد که بین چینی‌ها و در فرهنگ آنها نسبت به بیماری روانی وجود دارد. بسا بر این دانشجویان چینی در اینکه خودشان را دارای مشکلات هیجانی بدانند آسودگی خاطر نداشتند. لی (۱۹۸۲) بر این باور است که هنوز در فرهنگ چین، داشتن بیماری روانی سبب شرمساری زیادی می‌گردد. چینی‌ها فکر می‌کنند، اگر بیماری‌شان را نزد هر کسی افشاء کنند، موقعیت اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند.

پس از تکمیل و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس داده‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از بین سه گروه آزمودنیها عوامل پنجگانه پرسشنامه و نگرش نسبت به بیماری روانی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳). همچنین میانگینهای هر گروه از آزمودنیها در عوامل یاد شده (OMIS) و انحراف استانداردهای مربوطه در جدول ۴ ارائه شده است.

جهت بررسی تفاوت بین هر دو گروه آزمونهای توکی و شفه مورد استفاده قرار گرفت و نتایج مشابهی بدست آمد

(جدول ۵). برای کنترل خطای نوع اول از روش تصحیح بانفرونی<sup>(۱)</sup> استفاده گردید. تمامی محاسبات با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SAS انجام شد. بین نمرات هقیاسهای فرعی شرکت‌کنندگان ایرانی و چینی اختلافات معنی‌داری مشاهده نگردید. از سوی دیگر، در مقایسه با آزمودنیهای آمریکایی، هر دو گروه شرکت‌کنندگان ایرانی و چینی در عامل ب (نیکخواهی) نمره کمتر و در عامل الف (سلطه‌جویی)، عامل د (محدودیت اجتماعی)، و عامل هـ (سبب‌شناسی بین فردی) نمرات بیشتری به دست آوردند.

جدول ۳- توزیع نمرات F به دست آمده از تحلیل واریانس در زمینه عوامل پنجگانه پرسشنامه مورد استفاده

عامل	ارزش عامل (F)
الف - سلطه جویی	۷۵/۴۶*
ب - نیکخواهی	۱۱/۳۱*
ج - ایدئولوژی بهداشت روانی	۲/۷۸
د - محدودیت اجتماعی	۴۹/۵۷*
هـ - سبب‌شناسی بین فردی	۳۲/۶۶*

\*P < ۰/۰۱

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنیهای پژوهش برحسب گروه و عوامل پنجگانه

	عامل الف		عامل ب		عامل ج		عامل د		عامل هـ	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
ایرانی	۶۱/۶۹	۳۰/۶۳	۵/۲۹	۲۹/۰۳	۴/۱۴	۲۹/۰۳	۶/۲۹	۲۵/۶۳	۵/۰۰	۲۱/۶۰
آمریکایی	۴/۲۸	۱۶/۰۰	۶/۱۰	۲۸/۵۳	۳/۷۰	۲۸/۵۳	۴/۹۹	۱۵/۷۶	۴/۶۷	۱۲/۴۶
چینی	۵/۲۷	۳۱/۵۷	۴/۳۷	۲۶/۸۰	۳/۶۹	۲۶/۸۰	۴/۴۰	۲۸/۸۰	۳/۸۷	۱۹/۲۰

جدول ۵- روشهای تعقیبی مقایسه تفاوتهای میانگینها در آزمودنیهای پژوهش برحسب گروه و عوامل پنجگانه

	عامل الف		عامل ب		عامل ج		عامل د		عامل هـ	
	S/T*	M	S/T*	M	S/T*	M	S/T*	M	S/T*	M
ایرانی	A	۳۰/۶۳	B	۲۹/۰۳	A	۲۹/۰۳	A	۲۵/۶۳	A	۲۱/۶۰
آمریکایی	B	۱۶/۰۰	A	۲۸/۵۳	A	۲۸/۵۳	B	۱۵/۷۶	B	۱۲/۴۶
چینی	A	۳۱/۵۷	B	۲۶/۸۰	A	۲۶/۸۰	A	۲۸/۸۰	A	۱۹/۲۰

\* S/T روش شفه یا روش توکی

\* میانگین‌هایی که با حروف مشابه مشخص شده‌اند تفاوت معنی‌داری ندارند

## بحث در نتایج

آزمودنیهای چینی گزارش نمودند که ایشان با بستگان و دوستانشان در مقایسه با آزمودنیهای ایرانی و آمریکایی به دفعات بسیار کمتری مشکلات هیجانی را تجربه کرده‌اند. این امر ممکن است بر مبنای این واقعیت باشد که هنوز هم در جامعه چین بیماری روانی، عار و ننگ به شمار می‌آید. آمریکاییها در جامعه‌ای زندگی می‌کنند که انسان‌گرایی مقبولیت فراوانی دارد، از این رو نسبت به سایر گروهها سلطه‌جویی کمتری نشان دادند، ویژگی محدودیت اجتماعی در آنان کمتر مشاهده شد و نسبت به بیماران روانی نیکخواهی بیشتری نشان دادند. دیدگاه آزمودنیهای آمریکایی این نبود که بیماران روانی طبقه‌ای کهنترند که گاه از سراجبار باید دستی به سر و روی آنها کشید. آنها بیمار روانی را تهدیدی برای جامعه نمی‌دانستند. اعتقادداشتند که بیمار روانی باید چه در مدت بستری در بیمارستان و چه پس از ترخیص فعالیت‌هایش محدود گردد. افزون بر آن آمریکاییها به بیماران روانی نگاهی مهربانانه، پدرمآبانه و انسان دوستانه داشتند.

Andeesh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۹۲

عامل ه- سبب شناسی بین فردی عمدتاً این باور را نشان می‌دهد که بیماری روانی ناشی از محرومیت از عشق و محبت والدین در دوران کودکی می‌باشد. در ایدئولوژی اسلامی به دوران کودکی اهمیت بسیار زیادی داده شده است، از این رو گروهی از زنان ایرانی که توانایی داشتن یک شغل را دارند، تنها به دلیل اینکه معتقدند کودکان ایشان نیاز به محبت و توجه پیوسته ایشان دارند، شاغل نمی‌شوند. شاید به این دلیل ایرانیها در عامل ه- نسبت به سایر گروهها نمره بالاتری کسب نمودند اما تنها نمرات ایرانیها و آمریکاییها معنی‌دار بود.

به نظر می‌رسد جامعه چین از لحاظ خانواده‌مدار بودن شبیه به جامعه ایران است، که خود این مسأله می‌تواند دلیلی باشد بر اینکه چرا عملکرد آزمودنیهای ایرانی و چینی در عامل ه- اختلاف معنی‌داری نداشت.

عامل ج- ایدئولوژی بهداشت روانی - بر این مسأله

تأکید دارد که بیماری روانی هم یک بیماری است مثل هر بیماری دیگر. زیر بنای آن الگویی پزشکی است که با مسائل روانپزشکی منطبق شده است و برناسازگاری فردی تأکید دارد. دلیلی بر این باور وجود نداشت که سه گروه آزمودنیها ممکن است این جهت‌گیری را به گونه‌ای متفاوت ارزیابی نمایند، بنابر این در میانگین نمرات سه گروه آزمودنیها در عامل ج، اختلاف معنی‌داری انتظار نمی‌رفت. نتایج پژوهش نیز نشان داد که این تفاوت معنی‌دار نیست.

نتایج این پژوهش می‌تواند در درک تفاوتها و تجربیات فرهنگی و نقشی که این تجربیات می‌تواند در شکل‌گیری برخی باورها ایفا کنند، مفید باشد.

همچنین این پژوهش می‌تواند در گسترش خدمات بهداشت روانی مناسب‌تر برای هر گروه از آزمودنیها مفید واقع شود.

## منابع

- Appleby, L., Ellis, N. C., Rogers, G. W., & Zimmerman, W. A. (1961). A Psychological contribution to the study of hospital structure. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 390-3.
- Arkoff, A., Thaver, F., & Elkind, L. (1966). Mental health and counseling ideas of Asian and American students. *Journal of Counseling Psychology*, 13, 219-23.
- Bentz, W. K., Edgerton, J. W., & Hollister, W. G. (1971). Rural leader's perception of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 22, 143-5.
- Clark, A. W., & Binks, N. M. (1966). Relation of age and education to attitudes toward mental illness. *Psychological Reports*, 19, 649-50.
- Clayton, T. (1977). Issues in the delivery of rural mental health services. *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 673-6.



- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 64, 349-60.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1964). Opinions about mental illness: Hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 291-8.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1965). Opinions about mental illness: Hospital differences in attitude for eight occupational groups. *Psychological Reports*, 17, 25-6.
- Cohen, P. W. T. (1976). Chinese American view their mental health. *Dissertation Abstracts International*.
- Cumming, J., & Cumming, E. (1955). Mental health education in a Canadian community in Paul, B. D. (ed): *Health, culture and community*. New York: Russell Sage.
- Dielman, T. E., Stiefel, G., & Cattell, R. B. (1973). A check on the factor structure of the Opinions of Mental Illness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 92-5.
- Eicher, R. E. (1976). Knowledge about mental illness in Northeastern Colorado. *Dissertation Abstracts International*, 37, (1-8), 437.
- Erimosho, O.A., & Ayonride, A. (1978). A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry*, 41,
- Flaskerud, J. H., & Huig, F. J. (1983). Rural attitudes and knowledge toward mental illness and treatment resources, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 229-33.
- Foremel, E. C., & Zolik, E. A. (1967). Factor analysis of laymen's attitudes toward mental illness. *Proceeding of the 75th Annual Convention of the American Psychological Association*, 3, 235-6.
- Freeman, H. E. (1961). Attitudes toward mental illness among relatives of former patients. *American Sociological Review*, 26, 59-66.
- Freeman, H. E., & Kassebaum, G. G. (1960). Relationship of education and knowledge to opinions about mental illness. *Mental Hygiene*, 44, 43-7.
- Gilbert, D. C., & Levinson, D. J. (1957). "Custodialism" and "humanism" in staff ideology. In M. Greenblatt, D. J. Levinson, & R. H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital*. Glencoe, IL: Free Press.
- Gilligan, J. F., & Wilderman, R. (1977). An economical rural mental health consumer satisfaction evaluation. *Community Mental Health Journal*, 13, 31-6.
- Giovannoni, J. M., & Ullman, L. P. (1963). Conceptions of mental health held by psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 398-400.
- Hargreaves, W.A., & Delay, F. A. (1979). Program evaluation in a rural community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 15, 104-18.
- Hollingshead, A., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness*, New York: Wiley.
- Hsu, F.L. (1970). *Americans and Chinese*. New York: Doubleday National History Press.
- Jeffrey, M. J., & Reeve, R. E. (1978). Community mental health services in rural areas: Some practical issues. *Community Mental Health Journal*, 14, 54-62.
- Kitano, H. (1979). Japanese-American mental illness. In S. Plog & Edgerton (Eds.), *Changing perspectives*

- in mental illness* (pp. 256-84). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lee, E. (1982). A social systems approach to assessment and treatment for Chinese American families. In Monica Macgoldrick, *Ethnicity and family therapy*. London: The Guildford Press.
- Lee, S. H., Gianturco, D. G., & Eisdorfer, C. (1974). Community mental health center accessibility: A survey of the rural poor. *Archives of General Psychiatry*, 31, 335-9.
- Nunnally, J. (1961). *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ramsey, G. V., & Seipp, M. (1948a). Attitudes and opinions concerning mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 22, 428-44.
- Ramsey, G. V., & Seipp, M. (1948b). Public opinions and information concerning mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 397-406.
- Rabking, J. G. (1974). Public attitude toward mental illness: A review of literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 9-33.
- Rezinkoff, M. (1963). Attitudes of psychiatric nurses and ideas toward psychiatric treatment and hospitals. *Mental Hygiene*, 47, 354-60
- Rezinkoff, M., Gynther, M. D., Toomey, L. C., & Fishman, M. (1964). attitudes toward the psychiatric milieu: An interhospital comparison of nursing personnel attitudes. *Nursing Research*, 13, 71-2.
- Star, S. (1959). *What the public thinks about mental health and mental illness*. Paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health, National Opinion Research Council.
- Sue, S., & McKinney, H. (1957). Asian Americans in the community mental health care system. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 111-8.
- Vernallis, F. F., & Pierre, R. G. (1964). Volunteer workers' opinions about mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 140-3.
- Williams, J., & Williams, H. M. (1961). Attitudes toward mental illness anomia and authoritarianism among state hospital nursing students and attendants. *Mental Hygiene*, 45, 418-24.
- Wright, F. H., & Klein, R. A. (1966). Attitudes of hospital personnel and the community regarding mental illness. *Journal of Counseling Psychology*, 13, 106-7.

