

مؤلفه‌های تجربه‌انگ بیماری در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات
شدید روان‌پزشکی: یک مطالعه کیفی

Components of Stigma Experience in Families of Patients with Severe
Psychiatric Disorders: A Qualitative Study

S. Karamlou, Ph.D.

A. Borjali, Ph.D.

Y. Mottaghipour, Ph.D.

M. Sadeghi, Ph.D.

دکتر سمیرا کرملو ✉

دکترای روان‌شناسی

دکتر احمد برجلی

دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر یاسمن متقی‌پور

دانشیار بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر منصوره‌السادات صادقی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۲/۸/۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۳/۱۰/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۱۹

Abstract

Although the stigmatization of mental illness is a long-recognized issue, yet little is known about how the problem manifests differently across cultures. The aim of this study was to account for cultural differences in describing the experience of stigma in relatives of psychiatric patients at psychiatric ward.

✉ Corresponding author: Dept. of clinical Psychology, Allameh Tabatabaiee university, Tehran, Iran.
Email: samirakaramlou@gmail.com

چکیده

اطلاعات کمی در مورد چگونگی بروز فرایند انگ‌زنی در فرهنگ‌های مختلف وجود دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی مفهوم انگ‌زنی در فرهنگ ایرانی است. به این منظور با استفاده از روش کیفی تحلیل محتوا بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۵ نفر از خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان-پزشکی به ارزیابی این مفهوم پرداخته شد. تأثیر انگ توسط دو نفر متخصص سنجیده شد.

✉ نویسنده مسئول: تهران، بزرگراه همت، میدان دهکده، دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
پست الکترونیکی: samirakaramlou@gmail.com

Qualitative data were obtained based on responses to 10 open-ended questions about stigma experience in 25 participants. The impact of stigma was rated by two encoders. The content analysis of data revealed few various categories describing caregivers' perceptions of stigma. Main categories include: concealment, limitations, genetic attribution, and traditional beliefs in society about patient, godsend and acceptance, burden, importance of gender differences in stigma of illness. Patients with psychiatric disorders and their families suffer from stigma with an astoundingly broad range of negative attributes which may interfere with various aspects of their life. Concealment and limitations are common experience in families. Publicizing stigma experience could help modifying stigmatizing attitudes in society which may lead to healthier reactions from patients, and will enhance the course of illness.

Keywords: Stigma, Severe Psychiatric Disorder, Qualitative Study.

با تحلیل محتوای اطلاعات حاصله چند طبقه، که نشانگر ادراک مراقبین از انگ بود، مشخص گردید. طبقات عمده، دربرگیرنده این مفاهیم بودند: پنهان کاری، نگرش‌های مبتنی بر انتقال ژنتیکی بیماری، عقاید سنتی در جامعه نسبت به بیماران روان-پزشکی، عقاید مبتنی بر مشیت الهی و پذیرش، فشار و اهمیت تفاوت‌های جنسیتی در میزان انگ دریافتی. با توجه به نتایج، به نظر می‌رسد که بیماران با اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها، از دامنه وسیعی از پیامدهای بیماری در قالب انگ رنج می‌برند. پنهان کاری و محدودیت به عنوان تجربه شایع در میان این خانواده‌ها گزارش شدند. افزایش اطلاعات عمومی افراد در رابطه با انگ بیماری، به تعدیل نگرش‌های انگ‌زنی و واکنش‌های منطبق‌تری از سوی بیماران و خانواده‌های آن‌ها منجر می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: انگ، اختلالات شدید روان‌پزشکی، مطالعه کیفی.

مقدمه

نشانه‌های روان‌پزشکی و ناتوانی‌های زندگی اغلب افرادی که با بیماری روان‌پزشکی دست و پنجه نرم می‌کنند، به طور معناداری می‌تواند با درمان‌های گوناگون روان‌پزشکی و روانی اجتماعی بهبود یابد. متأسفانه، بسیاری از افرادی که می‌توانند از این نوع خدمات درمانی بهره‌برند، یا هیچ وقت چنین درمان‌هایی را شروع نمی‌کنند و یا این‌که به طور ناگهانی به این درمان‌ها خاتمه می‌دهند. این درحالی است که تبعیت درمانی، در جلوگیری از عود بیماری روان‌پزشکی، نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند (تسانگ، فانگ و چانگ، ۲۰۱۰؛ مک‌کان، بوردمن، کلارک و لو، ۲۰۰۸). این میزان

پایین شرکت‌کننده‌ها، نه تنها دربرگیرنده اختلالات روانی خفیفی مثل اختلالات انطباقی است، بلکه اختلالات شدید روان‌پزشکی را نیز شامل می‌شود؛ به طوری که، کم‌تر از ۲/۳ مبتلایان به اسکیزوفرنیا در این نوع مداخلات درمانی شرکت می‌کنند (راش، آنگرمایر و کوریگان، ۲۰۰۵). به طور میانگین، تقریباً نیمی از افرادی که تحت درمان‌های ضد روان‌پریشی هستند، درمان تجویز شده را بدون این که کامل کنند، رها می‌سازند، که این موضوع به عنوان یکی از دلایل اصلی در افزایش نرخ عود، مطرح می‌گردد؛ به گونه‌ای که افزایش سالانه یک میلیون دلار هزینه‌های بیمارستانی را در سراسر جهان رقم زده است (نرو، ریگر، نورکوئیست، ری، کندی و آروس، ۲۰۰۰).

مدل‌های مربوط به رفتارهای سلامت‌جویی در توصیف دلایل درگیر نشدن افراد در فرآیند درمان، نشان می‌دهند که عنصر کلیدی در عدم پی‌گیری درمان، اثرات منفی برخی رفتارهای مرتبط با سلامتی، از جمله عوارض جانبی داروهای روان‌پزشکی و از طرفی، تأثیر مهم‌تر مربوط به محیط اجتماعی، یعنی برچسب‌گذاری‌ها و انگ زدن^۱ فرد به عنوان فردی که درمان روان‌پزشکی دریافت کرده می‌باشد (بروهان، الجی، ساتریوس و تورنیکرافت، ۲۰۱۰؛ راش و هم‌کاران، ۲۰۰۵).

انگ^۲ در تعریف کلاسیک، به عنوان ویژگی‌ای که عمیقاً مایه بی‌اعتباری است، تعریف می‌گردد و در آن، ارزش فرد انگ زده شده، از یک فرد معمولی به یک فرد بی‌ارزش کاهش می‌یابد (گافمن، ۱۹۶۳). اکثر افرادی که مورد انگ و تبعیض قرار می‌گیرند، تحت تأثیر انتظارات بدبینانه در مورد بیماری روان‌پزشکی، اقدام به خودکشی کرده و به سوی عزت‌نفس پایین، سوق داده می‌شوند (مارکویتز، ۲۰۰۱). در همین راستا، تحقیقات نشان داده‌اند که وقتی افراد جهان را فاقد عدالت و انصاف می‌بینند، اغلب احساس اضطراب، تنیدگی و آسیب‌پذیری می‌کنند و تمایل به خودکشی، نارساکنش‌وری و همچنین سوءظن و بدگمانی و رفتارهای پرخاش‌گرانه پیدا می‌کنند و احساس رضایت کم‌تری از زندگی خود دارند (گل‌پور، خاکسار و خیاطان، ۱۳۸۷).

در مقابل، کاستی‌های مربوط به بحث مفهوم‌بندی انگ، ادبیات گسترده‌تری توصیفی در مورد چگونگی تأثیر انگ بر افراد وجود دارد. اکثر روان‌شناسان اجتماعی، انگ را به عنوان یک تهدید موقعیتی در نظر می‌گیرند. انگ از یک موقعیت اجتماعی ناشی می‌شود که بر تهدید شدن فرد تأثیر می‌گذارد. برخی این واژه را بر اساس فرآیند طبقه‌بندی شناختی، مفهوم‌سازی کرده‌اند. به بیان بهتر، انگ زمانی اتفاق می‌افتد که فرآیند اسنادی در مورد خصوصیات نامطلوبی که منجر به بی‌اعتباری می‌شود، در مورد شخص اتفاق بیفتد (جونز، فارینا، هاستور، مارکوس، میلر و اسکات، ۱۹۸۴).

در حالی که سطوح انگ زدن، ممکن است میان ملیت‌های مختلف متفاوت باشد، اما متأسفانه تحقیقات مطرح می‌کنند که نگرش‌های عمومی نسبت به افراد مبتلا به بیماری روان‌پزشکی، در دهه‌های اخیر بیش‌تر به سمت انگ‌زدن سوق پیدا کرده است: تحقیقات پیمایشی نشان داده است، که جمعیت آمریکایی در سال ۱۹۹۶، نسبت به نمونه سال ۱۹۵۰ به اندازه ۲/۵ برابر بیش‌تر به

خطرناک بودن بیماران روان‌پزشکی در رابطه با انگ، اشاره و تأکید داشتند؛ بنابراین ادراک‌هایی از این قبیل که بیمارانی پرخاش‌گر و ترس‌آورند، اساساً افزایش یافته است (آنگرمایر و مچینگر، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، روان‌درمانی برای بیماران سرپایی در آمریکا بین سال‌های ۹۷-۸۷ در میان افراد ۹۰ ساله، بی‌کارها و افراد با اختلالات خلقی افزایش یافته است. این موضوع، بیان‌گر این است که افزایش استفاده از روان‌درمانی در چنین گروه‌هایی، می‌تواند منجر به کاهش انگ بخصوص در اختلالات خلقی گردد (السون، مارکوس، دروس و پینکو، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی نیز در مواجهه با این شرایط، احساس فقدان و سوگ را تجربه می‌کنند. آن‌ها با احساس شرم، گناه و خشم در انزوای اجتماعی و انگ، با بیمار شریک هستند. زندگی آن‌ها به دلیل مراقبت بیش از حد معمول از عضو بیمار، دچار آشفتگی می‌گردد؛ چرا که در کنار نقش‌های معمولی که در زندگی خانوادگی دارند مسئولیتی مضاعف را تجربه می‌کنند که به لحاظ روان‌شناختی و مالی، استرس‌زاست (مک‌کنری و پرایس، ۲۰۰۵؛ ساندرز، ۲۰۰۳).

از طرفی خدمات سلامت روان در ایران، بر پایه رویکرد بیمارستان‌محور قرار دارد و به دلیل محدودیت‌های منابع مالی، مداخلات روانی - اجتماعی و حمایتی چندانی برای بیمار و خانواده او صورت نمی‌گیرد. این در حالی است، که تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران روان‌پزشکی، پس از ترخیص از بیمارستان با خانواده خود زندگی می‌کنند و نیازمند حمایت خانواده هستند (متقی‌پور، پورمند، ملکی و داویدیان، ۲۰۰۱). در این شرایط به نظر می‌رسد، تنها خانواده می‌تواند به کم کردن فاصله میان خدمات درمانی (از بستری تا درمان سرپایی) کمک کند و این در حالی است که خود اعضای خانواده به واسطه انگ بیماری، از حمایت اجتماعی اندکی برخوردارند (رز، ملیسون و والن - موس، ۲۰۰۴).

گفتنی است، تمرکز بر روی انگ واقعی و تجربه تبعیض، بیش از نظرات موجود در مورد انگ بیماری اهمیت دارد. بنابراین با تأکید بر شواهد و داستان‌های واقعی افراد درگیر در انگ اجتماعی یعنی خانواده بیماران روان‌پزشکی - مطالعه کیفی طراحی گردید. چرا که مطالعه خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی، به دو دلیل ضرورت دارد: اول این که، آن‌ها اولین شاهدان هرگونه نگرش تبعیض‌آمیز نسبت به عضو بیمار خود هستند و دوم این که، آن‌ها ممکن است خودشان به دلیل خویشاوندی با بیمار و زندگی با او، انگ و تبعیض را تجربه کنند.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر، با به کارگیری روش کیفی از نوع فنومنولوژیک و به وسیله مصاحبه عمیق، به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته شد؛ تا امکان مطالعه و بررسی عمیق و موشکافانه ایجاد گردد (صاحبی، ۱۳۸۲) و به آنچه هست و چرا هست، به جای این که چه مقدار از آن وجود دارد پرداخته شود

(اوبل، ۱۳۷۸). در واقع تحقیقاتی از این نوع، برای اکتشاف و بررسی نظرات شخصی بر روی یک موضوع ویژه، بسیار مناسب هستند.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی است که در بخش روان‌پزشکی بیمارستان طالقانی و امام حسین بستری می‌باشند. منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا خواهر و برادری است که با بیمار رابطه نزدیکی دارند و یک عضو از هر خانواده به عنوان نماینده آن خانواده برای پژوهش در نظر گرفته شد. از این میان، ۲۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، برای شرکت در مصاحبه‌های عمیق فردی دعوت شدند و برای اجرای مصاحبه‌ها از شرکت‌کننده‌ها رضایت‌نامه گرفته شد.

برای مصاحبه‌های فردی در این مرحله، از سؤالات باز پاسخ در ارتباط با انگ اجتماعی که توسط فیلیپس، پیرسون، لی، زو و یانگ (۲۰۰۲) طراحی شده است، استفاده گردید. سؤالات پژوهش، به شیوه مصاحبه ژرف‌نگر مطرح شد و پاسخ‌ها به شکل مکتوب و نیز ضبط شده، ثبت گردید. مدت زمان مصاحبه‌های عمیق با افراد، به طور متوسط ۳۰ دقیقه طول کشید و محتوای یادداشت‌ها، بر اساس اهداف پژوهش توسط دو نفر به طور مستقل مورد ارزیابی و کدبندی قرار گرفت. سپس تم-های اصلی پس از مشخص شدن در طبقات مجزا قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

سؤالات باز پاسخ در ارتباط با انگ اجتماعی: این پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی، توسط فیلیپس، پیرسون، لی، زو و یانگ (۲۰۰۲) طراحی شده است. بر اساس پاسخی که به این ۱۰ سؤال داده می‌شود (و نیز سایر اطلاعاتی که به طور خودانگیخته در مورد انگ اجتماعی در ابتدای مصاحبه فراهم می‌گردد)، اثرات معناداری که انگ بر روی زندگی بیمار و اعضای خانواده او در ۳ ماه اخیر داشته است، نمره‌گذاری می‌شود.

این نمره‌گذاری، بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای شامل ۰ = بدون اثر، ۱ = اثر خفیف، ۲ = اثر متوسط، ۳ = اثر شدید قرار می‌گیرد. برخی از سؤالات عبارتند از: آیا دیگران در مورد بیماری روان‌پزشکی چیزی می‌دانند؟ اگر می‌دانند چطور پی بردند؟ فکر می‌کنید این موضوع باید به شکل یک راز باقی بماند؟ چرا؟ اگر دیگران در مورد بیماری روان‌پزشکی بدانند، فکر می‌کنید چه نظری خواهند داشت؟

یافته‌ها

۲۵ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی مورد مصاحبه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که به طور کلی، همه افراد، انگ یا داغ اجتماعی را لمس کرده‌اند، اگرچه با دیدگاه‌های گوناگونی

آن را بیان داشتند. اغلب مفاهیم، توسط اکثر شرکت‌کنندگان گزارش شدند که عمده‌ترین آن‌ها در ۷ طبقه اصلی قرار گرفتند (جدول ۱).

۱. **پنهان‌کاری:** این طبقه، بیان‌گر ترس و نگرانی افراد از آشکار شدن بیماری روان‌پزشکی نزد دیگران می‌باشد. در پاسخ به این سؤال پژوهش، اکثر افراد معتقد بودند که این موضوع باید مثل یک راز در محیط خانوادگی مخفی نگه‌داشته شود و هر یک از افراد، دلایل گوناگونی را برای این پنهان‌کاری مطرح کردند که عمده‌ترین دلایل، در برگیرنده ۳ مفهوم اساسی شبکه غیر حمایت‌گر، مقصر قلمداد شدن و شرم و خجالت از حالت‌های بیمار بودند. "مصاحبه‌کننده: فکر می‌کنید که این موضوع باید به شکل یک راز باقی بماند؟"

پدر بیمار: ما نمی‌خواهیم که کسی در مورد تشخیص روان‌پزشکی بیمار ما اطلاعی پیدا کند. چرا که ما به عنوان مسئول اصلی بروز بیماری قلمداد خواهیم شد. خویشاوندان ما حمایت‌گر نیستند و آنها فقط می‌خواهند بدانند و سپس ما را بدون کوچک‌ترین کمکی رها کنند. بنابراین افشای این موضوع سودی ندارد! به دلیل این که مردم دیدگاه عاقلانه‌ای ندارند. "تعدادی از خانواده‌ها نیز، شرم از نشانه‌های بیماری و رفتارهای بیمار را، عامل اصلی در مخفی نگه‌داشتن بیماری عنوان می‌کردند. خواهر یک بیمار اظهار می‌کرد: "زمانی که رفتارهای عجیب از او بروز می‌کند و یا حرف‌های غیر عادی می‌زند، من احساس خجالت می‌کنم. بیماری او باعث شده تا ما نتوانیم کاری انجام دهیم یا در مورد کسی صحبتی کنیم؛ چون می‌گویند که برادر خودتان بیمار است!"

۲. **محدودیت:** این طبقه، جنبه‌هایی از زندگی خانواده را که تحت تأثیر بیماری فرد قرار گرفته‌اند، توصیف می‌کند. به نظر می‌رسد، تعداد زیادی از اعضای خانواده بیماران روان‌پزشکی، با شروع بیماری، اثرات آن را بر حوزه‌های مختلفی از زندگی خود تجربه کرده‌اند. در این مورد یکی از پدران می‌گفت: "این بیماری، وضعیت همه ما را به هم ریخته است. من زودتر از موعد بازنشسته شدم؛ به این دلیل که نمی‌توانستم هم‌زمان، هم مسئولیت بیماری پسر را به عهده بگیرم و هم این که سر کار بروم!" این محدودیت‌ها در بیماران نیز رخ داده، به طوری که باعث محدود شدن ادراک آن‌ها از خودشان گردیده است.

در این خصوص یکی از مادران اظهار می‌کرد: "پسر بیمار من می‌گوید که این‌جا آخرین مرحله بود و من آمده‌ام دیوانه‌خانه! در واقع بیمارستان و بخش روان را خیلی بد می‌داند." نکته دیگر در خصوص زندگی تحصیلی و شغلی سایر هم‌شیره‌ها و حتی رفت و آمد کردن با سایرین بود. مادری عنوان می‌کرد: "این بیماری، زندگی من و فرزندانم را به شدت تحت تأثیر قرار داده، طوری که بچه‌ها نمی‌توانند به درستی درس بخوانند. ما نمی‌توانیم با دیگران رفت و آمد معمول گذشته را داشته باشیم؛ هر لحظه ممکن است بیمار رفتاری داشته باشد، که خوشایند دیگران نباشد."

۳. نگرش مبتنی بر ژنتیکی بودن بیماری: مشکل و نگرانی دیگری که از سوی خانواده‌ها مطرح شد، اشاره به بحث توارث و قابلیت انتقال بیماری به سایر اعضای خانواده بود. این طبقه، بیانگر ترس ناشی از آلوده بودن سایر اعضای خانواده به بیماری، به دلیل خویشاوندی با بیمار، که بیماری‌اش پایه‌ارثی دارد، می‌باشد. مادری اظهار می‌کرد: "به خاطر اطرافیان بیمار، بهتر است پنهان نگه‌داشته شود؛ مثلاً اگر دیگران راجع به بیماری دخترم بدانند، برای نوه‌ام بد خواهد شد؛ چرا که رفتارهای او را هم به دیوانگی ربط می‌دهند و می‌گویند او هم مانند مادرش است. سایر فرزندانم هم این نگرانی را دارند؛ مثلاً پسر من به همسرش در مورد بیماری خواهرش چیزی نگفته است.

چون می‌گوید: اگر من هم رفتار یا عکس‌العملی نشان دهم، زخم می‌گوید که من نیز مثل خواهرم دیوانه‌ام." عمده‌ترین نگرانی افراد در این بخش، به واکنش دیگران نسبت به رفتارهای آن‌ها هنگام پی‌بردن به بیماری خویشاوندشان مربوط می‌شود. به این معنی که، دیگران با پی‌بردن به این موضوع که آن‌ها خویشاوند یک بیمار روان‌پزشکی هستند، قضاوت منفی را متوجه آن‌ها می‌کنند.

خواهر یکی از بیماران می‌گفت: "گرچه من نیازی به پنهان کردن بیماری نمی‌بینم، اما به دلیل آن که این بیماری، ارثی در نظر گرفته می‌شود و دیگران می‌گویند تو هم مثل آن عضو خانواده‌ات بیمار هستی، در این شرایط بهتر می‌بینم که حرفی از بیماری نزیم و کم‌کم به پنهان کردن روی بیاورم؛ چرا که با این تاریخچه خانوادگی، ما دیگر نمی‌توانیم مثل یک انسان معمولی حتی واکنش خشم نشان دهیم. زیرا اگر این رفتار به جا هم باشد، دیگران ما را به عنوان یک فرد مستعد دیوانگی در نظر می‌گیرند."

۴. باورهای سنتی موجود در جامعه در رابطه با بیماری روان‌پزشکی: اکثر افراد معتقد بودند، یک نگاه سنتی و عوامانه در مورد بیماری روان‌پزشکی در جامعه وجود دارد که بیان‌گر ضعیف و بی‌ارزش بودن این بیماران می‌باشد. خواهر یک بیمار می‌گفت: "هنوز همان افکار گذشته در مورد دیوانگی حاکم است. بنابراین مجبوریم تا آن‌جا که می‌توانیم پنهان کنیم و مثل راز با آن برخورد کنیم، به این دلیل که حتی اگر برادرم خوب باشد و این رفتارها را نشان ندهد، باز هم دیگران به او نگاه کرده و می‌خندند و مثل یک آدم بی‌ارزش و مریض به او نگاه می‌کنند."

مادری معتقد بود: "دیگران به چشم یک فرد ناتوان و بیمار به پسر من نگاه می‌کنند، چون این بیماری با سایر مریضی‌ها فرق دارد و شرایط بیماری اعصاب به نحوی است، که هر قدر هم توضیح بدهی، دیگران متوجه بیماری نمی‌شوند و از قبل با ذهنیت منفی در مورد این بیماری نظر می‌دهند." دیگری عنوان می‌کرد: "وقتی کسی بیماری روان‌پزشکی دارد، او را ضعیف می‌بینند و خودشان را بالاتر از او تصور می‌کنند و یا این که توجه و حساسیت بیش از حدی به رفتارها و حرکات آن‌ها نشان می‌دهند."

مشکل دیگر مطرح شده در این قسمت، بحث مقایسه شدن این خانواده‌ها با خانواده‌های سالم بود که منجر به برچسب منفی بر روی کل اعضای خانواده شده و محدودیت‌هایی در زندگی اطرافیان بیمار ایجاد می‌کند؛ تا جایی که این خانواده‌ها، کم‌تر در جاهای عمومی و مهمانی‌ها حاضر می‌شوند. پدری بیان می‌کرد: "به دلیل چندین اتفاق پی‌درپی، این تصور در دیگران و اقوام به وجود آمده که این‌ها چگونه افرادی هستند، که این مشکلات برایشان ایجاد می‌شود؟ یعنی یک قضاوت نادرست در مورد تمام اعضای خانواده اتفاق می‌افتد. در حقیقت یک امتیاز منفی برای کل خانواده با بیمار روان‌پزشکی رخ می‌دهد."

۵. مشیت الهی^۳ و پذیرش^۴: در برخی خانواده‌ها، نگرش مثبت‌تری نسبت به بیماری روان‌پزشکی مشاهده شد. به این معنی که این گروه، معتقد بودند که این بیماری تحت کنترل آن‌ها نبوده و آن‌ها دخالتی در ایجاد آن نداشته‌اند و به خواست خداوند اشاره می‌کردند. در این گروه، افراد به پذیرش در مورد وضعیت کنونی اشاره داشتند. به نظر می‌رسید، این گروه نسبت به انگ آسیب‌پذیری کم‌تری نشان می‌دادند. آن‌ها دلیلی برای پنهان کردن بیماری از دیگران نمی‌دیدند؛ چرا که احساس شرم نمی‌کردند و این بیماری را مانند هر مشکل و امتحان سخت در زندگی تلقی می‌کردند که باید آن را همان‌طور که هست، بپذیرند و با آن روبه‌رو شوند.

همسر یک بیمار اظهار می‌کرد: "این بیماری یک موضوع طبیعی است که مشیت الهی بوده، بنابراین خجالت‌آور نیست. چون مریضی مال همه است و خدا خواسته تا ببیند ما چطور تحمل می‌کنیم. من دوست دارم که دیگران همسرم را همان‌طور که هست ببینند و بپذیرند و اگر کسی هم خوشش نیامد، می‌گویم همین است." همسو با این موارد، برخی از خانواده‌ها به عادی‌سازی^۵ این مشکل می‌پرداختند و معتقد بودند که میان این بیماری و سایر بیماری‌های پزشکی تفاوتی وجود ندارد. "بیماری خجالت‌آور نیست چون این هم مانند سایر مریضی‌هاست و به نظرم باید تا حدی به مردم گفت، از این بابت که آن‌ها انتظارات معمول را از بیمار نداشته باشند تا تولید فشار برای او نکنند." مادر یک بیمار معتقد بود: "این بیماری مثل سایر مریضی‌ها عادی است و دردی است که خداوند به انسان داده. بنابراین دیگران برایم اهمیتی ندارند و من به فکر فرزندم هستم!"

۶. فشار^۶: در بررسی تأثیر بیماری روان‌پزشکی در کنار تجربه^۷ انگ، بار و فشار بیماری بر روی خانواده‌ها، مورد پرسش قرار گرفت. خانواده‌ها اظهار کردند که بیماری، اثرات مخربی را متوجه سلامت روان خود آن‌ها نیز کرده است. پدر یک بیمار بیان می‌کرد: "این بیماری، وضعیت همه ما را به هم ریخته است؛ من و مادرش بیمار شده‌ایم. من در محیط کارم به سختی می‌توانم با همکارانم سر کنم و بدون آشفتگی کار کنم. دائم این نگرانی را داریم که نکند احتمال بیماری در سایر بچه‌ها هم وجود داشته باشد."

از طرفی، مسئولیت نگهداری این بیماران با توجه به کمبود خدمات مراقبتی در جامعه، بار زیادی را بر دوش اعضای خانواده می‌گذارد. یکی از والدین بیماری اظهار می‌کرد: "نگهداری از این بیماران بسیار مشکل است و نمی‌شود به آسانی با آن‌ها کنار آمد و از طرفی، سعی ما برای پنهان نگه‌داشتن مریضی‌اش هم فشار بیش‌تری به ما می‌آورد و دائم باید مراقب و نگران باشیم. دیگران این بیماری را درک نمی‌کنند، چون این درد، دیدنی نیست. اگر می‌شد دیگران دردش را ببینند، خیلی خوب می‌شد. اما بیماری اعصاب و روان، مثل سایر مریضی‌ها نیست که بگویی این قسمت درد دارد؛ کسی متوجه دردش نمی‌شود."

۷. اهمیت تفاوت جنسیتی در میزان انگ دریافت شده: در اغلب خانواده‌هایی که بیمار دختر داشتند، به نظر می‌رسید که میزان تجربه‌انگ برای این خانواده‌ها به مراتب بیش‌تر است. پدر یکی از بیماران می‌گفت: "این بیماری‌ها، در دختران نمود بدتری دارد، چون برخی محدودیت‌ها در مورد دختران وجود دارد؛ مثل شب زود آمدن به خانه، که در مورد بیمار دختر بیش‌تر باعث مشکل می‌شود تا خانواده‌ای که بیمار پسر است."

برخی خانواده‌ها نیز معتقد بودند، که نشانه‌های بیماری روان‌پزشکی در دختران به دلیل ایجاد رفتارهایی که نامتعارف‌تر است، انگ بیش‌تری را به همراه دارد. مادر یکی از بیماران در همین خصوص عنوان می‌کرد: "سیگار کشیدنش، وقتی با هم بیرون می‌رویم، باعث نگاه افراد می‌شود و من به او می‌گویم که این کار زشت است و به تو به چشم یک زن بد نگاه می‌کنند، اما او اهمیتی نمی‌دهد." عده‌ای نیز به موضوع ازدواج بیمار و اطرافیان او اشاره کردند؛ به این معنی که شانس ازدواج دختران خانواده‌هایی که بیمار روان‌پزشکی دارند بخصوص وقتی که بیمار دختر است - کاهش می‌یابد. مادر عنوان می‌کرد: "با وجود بیماری در دخترم، سایر دخترانم شانس ازدواج را از دست داده‌اند؛ چرا که کسی راضی به ازدواج با دختری نمی‌شود که نزدیک‌ترین خویشاوندش بیمار روانی است." در بخش دیگری از یافته‌ها، که به بررسی پیشنهادات این خانواده‌ها در خصوص کاهش انگ پرداخته شد، مشاهده شد که تمامی خانواده‌ها به نقش مهم آموزش جامعه در خصوص بیماری روان‌پزشکی تأکید دارند. گرچه رسانه، در برخی موارد با نمایش نادرست بیماران روان‌پزشکی، در منفی کردن نگرش جامعه تأثیر داشته، اما می‌تواند نقش مؤثر و مفیدتری را در رابطه با کاهش انگ بیماری روان‌پزشکی ایفا کند.

اکثر افراد معتقد بودند که آموزش عمومی در مورد این بیماری و نحوه برخورد با آن، برای بازگشت این بیماران به جامعه و از سرگرفتن کارکردهای خود حتی در سطحی پایین‌تر از قبل ضروری است؛ چرا که بسیاری از آن‌ها، توانمندی‌های عمده خود را حفظ می‌کنند و می‌توانند نقش مفیدی در جامعه بر عهده گیرند.

جدول ۱: فهرست نمونه‌های از مقوله‌ها و مفاهیم اولیه در تحلیل کیفی

مفهوم اولیه	خرده مقوله‌ها	مقوله اصلی
"من نمی‌خواهم کسی در مورد بیماری فرزندم بدانم، چرا که به عنوان مقصر اصلی در بیماری فرزندم شناخته می‌شوم."	شبکه اجتماعی غیرحمایت‌کننده، سرزنش برای علت بیماری، شرم از بیمار	۱. پنهان کاری
"بیماری، زندگی تمام خانواده را به هم ریخته است. من به دلیل وضعیت فرزند بیمارم، مجبور به بازنشستگی زودتر از موعد شدم."	کم شدن رفت و آمد اعضای خانواده با دوستان و اقوام، مشکلات تحصیلی و شغلی در اعضای خانواده	۲. محدودیت
"چون بیماری ارثی است، ما دیگر نمی‌توانیم مثل یک انسان معمولی حتی واکنش خشم نشان دهیم، چرا که به عنوان یک فرد مستعد دیوانگی در نظر گرفته می‌شویم."	برچسب‌زدن به خانواده‌های بیماران به عنوان ناقلین بالقوه بیماری روان پزشکی	۳. ژنتیکی بودن بیماری
"وقتی کسی بیمار روان پزشکی است، دیگران خود را بالاتر از او تصور می‌کنند و حساسیت بیش‌تری نسبت به کارهای او نشان می‌دهند."	باورهای مبتنی بر ضعیف و ناتوان بودن بیماران روان پزشکی، تفاوت بیماری روان پزشکی با سایر بیماری‌ها، مقایسه منفی خانواده‌های بیماران با سایر خانواده‌ها	۴. نگرش‌های سنتی در جامعه
"این بیماری، مثل سایر بیماری‌هاست و دردی است که خداوند داده و تحت کنترل ما نبوده است."	عدم کنترل در بروز بیماری، یکسان دانستن بیماری با سایر بیماری‌های پزشکی	۵. مشیت الهی و پذیرش
"نگهداری از این بیماران، بسیار مشکل است و دائم باید مراقب بود و از طرفی، پنهان نگه‌داشتن نیز بسیار استرس‌زاست."	فشار ناشی از پنهان کردن بیماری و مسئولیت نگهداری از بیمار	۶. فشار
"بیماری روان پزشکی به دلیل نشانه‌های نامتعارفش در رفتار بیمار زن، نمود بدتری دارد."	تشدید اثرات انگ ناشی از دختر بودن بیمار، کاهش شانس ازدواج زنان خویشاوند بیمار	۷. تفاوت‌های جنسیتی

بحث

این مطالعه، به منظور بررسی تجربه مفهوم داغ و اثرات آن بر زندگی خانواده‌های بیماران روان-پزشکی صورت گرفت. یافته عمده پژوهش حاضر، بیان‌گر این بود که وجود بیماری روان پزشکی یا حتی ظن و احتمال ابتلای فرد به آن می‌تواند اثرات منفی را متوجه بیمار و خانواده بیمار کند. به همین دلیل خانواده‌های بیماران تمایلی به بیان بیماری ندارند، چرا که برچسب بیماری بر نوع نگاه دیگران و واکنش آن‌ها نسبت به خانواده‌های بیماران، تأثیرگذار است و متقابلاً نگرش خانواده را نیز نسبت به خود تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از طرفی، خانواده‌ها معتقد بودند که به دلیل برچسب بیماری، علاوه بر خود بیمار، با آن‌ها نیز به شکل متفاوتی رفتار می‌شود. آن‌ها احساس می‌کردند که در مورد آن‌ها قضاوت منفی صورت می‌گیرد و به سادگی نادیده گرفته می‌شوند. در همین راستا، مطالعات موجود در پیشینه پژوهشی، بیان‌گر این بوده‌اند که تبعیض در مورد بیماران، خانواده‌های آن‌ها را نیز در تجربه انگ سهیم می‌کند (آنرمایر، اسکلز و دتریش، ۲۰۰۳). از طرفی، احساس شرم از داشتن یک خویشاوند بیمار و ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن که در یافته‌ها اشاره شد نیز، در مطالعات مختلف به عنوان پیامد ناشی از

انگ مطرح گردیده است (صادقی و همکاران، ۱۳۸۲؛ شاپیر، نگاش، کولگرن، کبد، آلم و فکادو، ۲۰۰۱). هم‌سو با این یافته نیز مطالعه‌ی خانی‌پور، شمس، زارع، گلزاری و کرملو (۱۳۹۲) نشان داد که ۴۷٪ از اعضای خانواده‌ی بیماران بر این عقیده‌اند، که نگرش‌های جامعه نسبت به اختلال‌های روان‌پزشکی، منفی است؛ به این معنی که جامعه، اختلال روان‌پزشکی را ضعف شخصی دانسته، گرایش به بی‌ارزش و حقیر دانستن فرد مبتلا دارد و در جامعه این دیدگاه وجود دارد که اختلال‌های روان‌پزشکی باید مخفی نگه داشته شوند.

نگرش‌های منفی جامعه به بیمار روان‌پزشکی و محدودیت حاصل از آن بر روی خانواده‌ها، به عنوان پیامد بیماری از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر بود، که با این ایده موجود در ادبیات پژوهشی هم‌خوانی دارد که بیان می‌کند کلیشه‌ی بیماری روان‌پزشکی شامل خطرناک بودن (افراد با بیماری روان‌پزشکی غیر قابل پیش‌بینی و به طور بالقوه‌ای دارای خشونت هستند)، سرزنش شدن و بی‌ارزش تلقی شدن به دلیل بیماری (فقدان ویژگی‌های اخلاقی توضیح می‌دهد که چرا فرد به بیماری روان‌پزشکی مبتلا شده است)، و عدم شایستگی (افراد با بیماری روان‌پزشکی، ظرفیت کار واقعی را ندارند) می‌باشد.

این کلیشه، منجر به یک پیش‌داوری و باور عمومی در جامعه می‌شود که انواع گوناگونی از تبعیض را به دنبال دارد. این تبعیض‌ها، دربرگیرنده‌ی دست دادن فرصت‌ها (عدم استخدام مبتلایان به بیماری روان‌پزشکی به دلیل صدمه زدن آن‌ها به دیگران)، سلب خود تصمیم‌گیری (عدم خودمختاری و استقلال در مورد اهداف فردی و نیز نوع درمان) و تفکیک و جداسازی (در گذشته، بیماران به بیمارستان منتقل می‌شدند، اما امروزه به شکل محله‌ها و یا خرابه‌هایی مملو از بیماران روان‌پزشکی دیده می‌شود) می‌باشد (کورینگان و شاپیرو، ۲۰۱۰).

در راستای این یافته‌ها، عده‌ای معتقدند که بیش‌ترین تجربه‌ی تبعیض و انگ به پیش‌داوری حول نشانه‌های روان‌پزشکی، اختلال (از قبیل تنبلی، بی‌ارادگی و خطرناک بودن) مرتبط است و به نظر می‌رسد که پیش‌داوری مرتبط با خطرناک بودن که به عنوان یک یافته‌ی رایج در پیشینه‌ی پژوهشی مطرح می‌گردد، از سوی رسانه‌ها تقویت شده است (گونزالس تورس، اورا، آریستگی، فرناندز و گیمون، ۲۰۰۷). هم‌سو با یافته‌های پژوهش، تمایل به انزوا در بیماری روان‌پزشکی و بروز محدودیت بر خانواده‌ی بیماران در پژوهش‌های متعدد نشان داده شده است (پین فلد، برن و تولمین، ۲۰۰۵؛ آنگرامیر و اسکلز، ۲۰۰۱).

در مقابل مفهوم پنهان کردن بیماری، به نظر می‌رسد که آشکار کردن بیماری روان‌پزشکی هم می‌تواند منافع معناداری از جمله امکان افزایش عزت نفس و کاهش استرس ناشی از پنهان‌کاری را ایجاد کند و هم پیامدهای ناخوشایند مثل عدم تأیید اجتماعی را دربرداشته باشد (کورینگان و متیوس، ۲۰۰۳). با این وجود، مطالعات نشان داده‌اند که شدت انگ تجربه شده در اغلب موارد، به

مخفی کردن بیماری منتهی می‌شود، که این موضوع در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد. هم‌سو با این یافته، شایبر و همکاران (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود گزارش کردند که ۳۶٪ از افراد گروه اسکیزوفرنیا وجود بیماری را مخفی نگه‌می‌داشتند و مطالعه دیگری نشان داد که بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی در ۵۰٪ خانواده‌های بیماران پنهان نگه‌داشته می‌شود (فلن، برومت و لینک، ۱۹۹۸).

یافته دیگر، بیان‌گر تأثیر نگرش مبتنی بر ژنتیکی بودن بیماری بر میزان انگ‌دریافتی در این خانواده‌ها بود که منجر به مفهوم انگ خانوادگی ۷ می‌شد. در همین راستا، عده‌ای معتقدند که این نگرش، هم می‌تواند به تسهیل انگ منجر شود و هم می‌تواند به عنوان مانعی در رابطه با انگ عمل کند. فلن (۲۰۰۲) معتقد است که نگرش ژنتیکی به بیماری روان‌پزشکی، شاید تأثیر کمی بر روی فاصله‌گیری اجتماعی روزمره ۸ (مانند تمایل به دوستی یا همکار بودن با یک بیمار روان‌پزشکی) بگذارد، اما قطعاً تأثیرات منفی شدیدی را بر فاصله‌گیری اجتماعی عاطفی ۹ (مانند تمایل به ازدواج با فرد بیمار یا خویشاوند او) می‌گذارد. از طرفی، نگرش ژنتیکی با ایجاد برچسب‌هایی مانند "افراد با ریسک ابتلا به بیماری" یا "حامل‌های بالقوه بیماری" بر انگ خانوادگی دامن می‌زند. به عنوان مثال، در پژوهشی در چین، سطوح شدید انگ و داغ اجتماعی نسبت به بیماری روانی، تأثیر مهمی بر روی تعاملات خانواده با سیستم‌های پیرامونی بزرگ‌تر را نشان داد.

شدت این انگ در دامنه‌ای از نگرش، ناشی از فقدان آگاهی عمومی جامعه در مورد بیماری روانی، تا عقاید و باورهای سنتی چینی‌ها در مورد بیماری متفاوت بود. به طور کلی به نظر می‌رسد، اعتقاد عمومی رایج در مورد بیماری که به انگ منجر می‌شود در مناطق شهری چین، باور به انتقال ژنتیکی و اثری بیماری‌های روان‌پزشکی است و در مناطق روستایی، دربرگیرنده "دیدگاه اخلاقی" ۱۰ است که بیماری را تنبیهی تلقی می‌کند که به دلیل رفتارهای نادرست نیاکان آن فرد و یا بی‌اعتنایی خانواده فرد در تعهد و حفظ شرافت و آبروی نیاکان ایجاد شده است (یانگ، کلینمن، لینک، فلن، لی و گود، ۲۰۰۷؛ لین و لین، ۱۹۸۰).

بنابراین عناصر فرهنگی و باورهای موجود در جامعه، از عوامل تأثیرگذار در کیفیت و شدت انگ تجربه شده می‌باشند. در همین راستا، در یافته دیگر پژوهش حاضر، به مؤلفه فرهنگی دیگری اشاره شد که بیان‌گر اعتقادات مذهبی خانواده مبنی بر "خواست خدا بودن" بیماری بود. این یافته با نتایج مطالعه‌ای در فرهنگ عربی مصر مطابقت دارد که نشان داد، در فرهنگ مصر یک ضرورت اخلاقی و مذهبی قوی وجود دارد که پیامدهای انگ را تعدیل می‌کند. به این معنی که، بیماری به عنوان چیزی که از سوی خداوند است، تلقی می‌گردد و باید به عنوان یک آزمون الهی و یا بار طبیعی افراد با آن مواجه شوند و آن را تحمل کنند و بپذیرند (کوکر، ۲۰۰۵).

یافته دیگر پژوهش، بیان‌گر فشار در خانواده‌های بیماران بود که هم دربرگیرنده مسئولیت مراقبت و هم فشار حاصل از پنهان کردن بیماری در خانواده‌هایی بود، که اعتقاد به مخفی نگه‌داشتن

بیماری داشتند. این یافته با پژوهش‌هایی هم‌سو است، که نشان داده‌اند رایج‌ترین پاسخ خانواده در مواجهه با بیماری روان‌پزشکی، دربرگیرنده مفهوم فشار است (بردی و مک کین، ۲۰۰۵). در پژوهش ملکوتی و همکاران (۱۳۸۲)، فشار در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیا بیش از سایر اختلالات گزارش شد و این فشار، دربرگیرنده اختلال در استراحت و اوقات فراغت خانواده، اختلال در روابط خانواده، رنج ناشی از داشتن بیمار روان‌پزشکی، کارکرد کلی خانواده (محسنی، چیمه، پناغی و منصور، ۱۳۹۰) و فرسودگی مراقبان (چیمه، ملکوتی، پناغی، احمدآبادی، نجومی و تنکابنی، ۱۳۸۷) شایع‌ترین عوامل فشارزا بود.

در واقع، انگ با تأثیر بر ادراک مراقبین از بیماری و واکنش آن‌ها به نقش خود، نه تنها سلامت روان‌شناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند به بهبود یا مقاومت در برابر بهبودی در بیمار منجر گردد (بینگتون و کوپرز، ۱۹۹۴). چرا که استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت روان، قادر به ادراک خصومت و انتقاد (به عنوان بخشی از پیامدهای فشار) از سوی مراقبین خود هستند به طوری که، ادراک انتقادات مراقبین به افت عملکرد این بیماران منتهی می‌گردد (اونومرز، کوپرز، بینگتون و همکاران، ۲۰۰۹).

مسئله تفاوت‌های جنسیتی مطرح شده در یافته‌ها، با مطالعاتی هم‌سو است، که نشان داده‌اند یکی از پیامدهای انگ گزارش شده از سوی خانواده‌های بیماران، بیان‌گر نگرانی ناشی از پایین آمدن احتمال ازدواج دختران این خانواده‌ها می‌باشد (شاپیر، ۲۰۰۱؛ صادقی، ۱۳۸۲؛ شاه‌ویسی و همکاران، ۱۳۸۶). در همین راستا، عده‌ای از خانواده‌ها که به پنهان کردن بیماری - بخصوص برای بیماران زن اشاره داشتند - معتقد بودند که این بیماری، برای زنان نمود منفی‌تری دارد، بخصوص به دلیل نشانه‌های رفتاری بیماران که منجر به رفتارهای غیرمعارف آن‌ها می‌گردد. این یافته‌ها، با تحقیقاتی هم‌سو است که نشان داده‌اند، زنان بیش از مردان تحت تأثیر تجربه‌انگ قرار می‌گیرند (آلکرنای، گراهام و کاند، ۲۰۰۰؛ باشر، ال‌کیم، فاول، گیل، هاردینگ و وانگری، ۱۹۸۳).

بنابر آنچه گذشت، می‌توان گفت شیوع تجربه‌انگ در خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی در سیستم‌های خدماتی و مراقبتی روان‌پزشکی، به طور نگران‌کننده‌ای رو به افزایش است. با توجه به این‌که اکثر خانواده‌ها، به ناآگاهی افراد جامعه در بروز انگ اشاره داشتند، به نظر می‌رسد که دادن اطلاعات و آشنایی بیشتر با بیماری روانی، می‌تواند به تعدیل اثرات انگ منجر شود؛ چنان‌چه یافته‌ها نیز به این موضوع اشاره کرده‌اند، آگاهی و آشنایی با بیماری روان‌پزشکی با تمایل کم‌تر به جداسازی بیماران همراه است (توکلی، کاویانی، شریفی، صادقی و فتوحی، ۱۳۸۵؛ شکرانه و احمدی، ۱۳۸۸).

آن‌چه مسلم است، این است که پدیده انگ بیماری، مسئله‌ای چند بعدی است که در تمام سطوح فردی و عمومی باید مورد بررسی قرار گرفته و برای رفع آن، پس از شناسایی عوامل مؤثر، به مداخلات مرتبط با هر یک از سطوح پرداخته شود. محدودیت اساسی در این پژوهش این است که

مسئله مورد بحث، تنها از دیدگاه یک طبقه از افراد درگیر در این پدیده - یعنی خانواده‌های بیماران مورد بررسی قرارگرفت و جای بیماران و متخصصان بهداشت روان، در این تحقیق خالی است. به طور حتم برای بررسی عمیق‌تر این موضوع، برگزاری بحث‌های گروهی و مصاحبه‌های فردی با گروه‌های دیگر نیز ضرورت دارد.

پی‌نوشت‌ها

1. Stigmatizing
2. Stigma
3. God Wish
4. Acceptance
5. Normalizing
6. Burden
7. Family Stigma
8. Casual Social Distance
9. Intimate Social Distance
10. Moral view

منابع

- اوبل، جی. (۱۳۷۸). راهنمای پژوهش‌های کیفی: استفاده از روش مصاحبه گروهی (ترجمه دکتر حسین ملک‌افضلی). تهران: انتشارات وزارت بهداشت.
- توکلی، س. کاویانی، ح. شریفی، و. صادقی، م. فتوحی، ا. (۱۳۸۵). بررسی مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری انگ زدن به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی. *تازه‌های علوم شناختی*. دوره ۸، شماره ۲، ۴۳-۳۱.
- چیمه، ن؛ ملکوتی، ک؛ پناغی، ل؛ احمدآبادی، ز؛ نجومی، م؛ احمدی تنکابنی، ع. (۱۳۸۷). عوامل مؤثر بر فرسودگی و سلامت روانی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال چهارم، شماره ۱۵، ۲۹۲-۲۷۷.
- خانی پور، ح؛ شمس، ج؛ زارع، ه؛ گلزاری، م؛ کرملو، س. (۱۳۹۲). رابطه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با هیجان ابراز شده در اعضای خانواده افراد با اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، دوره ۹، شماره ۳۴، ۲۵۴-۲۴۱.
- شاه‌ویسی، ب؛ شجاع‌تفتی، س؛ فدائی، ف؛ دولت‌شاهی، ب. (۱۳۸۶). مقایسه انگ بیماری در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روان‌پریشی. *ویژه‌نامه توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، دوره هشتم، شماره ۲۹، ۲۷-۲۱.
- شکرانه، ا؛ احمدی، ا. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال پنجم، شماره ۱۷، ۲۸-۱۷.
- صاحبی، ع. (۱۳۸۲). *روش تحقیق در روان‌شناسی بالینی*. تهران: انتشارات سمت.
- صادقی، م؛ کاویانی، ح؛ رضایی، ر. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی. *فصلنامه علوم شناختی*، سال ۵، شماره ۲، ۲۵-۱۶.
- گل‌پرور، م؛ خاکسار، س؛ خیاطان، ف. (۱۳۸۷). رابطه بین باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه با پرخاشگری، *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، سال پنجم، شماره ۱۸، ۱۳۶-۱۲۷.

محسنی، م؛ چیمه، ن؛ پناغی، ل؛ منصوری، ن. (۱۳۹۰). مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال هفتم، شماره ۲۷، ۳۸۴-۳۷۳.
ملکوتی، ک. نوری، ر. و همکاران، (۱۳۸۲). فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. مجله پژوهشی حکیم، دوره ششم، شماره دوم، ۱۰-۱.

- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kandah, J. (2000). Gendered utilization differences of mental health services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 501-511.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry*, 186: 331-334.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., Dietrich, S. Courtesy, B. (2003). A focus group study of relatives of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiologic*, 38: 593-602.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of Schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiologic*, 2001, 10(1): 1-5.
- Baasher, T., Elhakim, A. S. E. D., El Fawal, K., Giel, R., Harding, T. W., & Wankiiri, V. B. (1983). On vagrancy and psychosis. *Community Mental Health Journal*, 19(1), 27-41.
- Brady, N., McCain, G. C. (2005). Living with schizophrenia: a family perspective. *Journal of Issues in Nursing*, Vol. 10 No. 1.
- Brohan, E., Elgie, R., Satorius, N., Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122: 232-238.
- Coker, E. M. (2005). Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Social Science & Medicine*, 61: 920-930.
- Corrigan, P. W., Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30: 907-922.
- Corrigan, P. W., Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 2003, 12: 235-248.
- Goffman, E. (1963). Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Prentice-Hall.
- Gonzalez-Torres, M. A., Oraa, R., Aristegui, M., Fernandez-Rivas, A., Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiologic*, 42: 14-23.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman.
- Lin, T. Y. & Lin, M. C. (1980). Love, denial and rejection: responses of Chinese families to mental illness. *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture*, PP: 387-401.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *J Health Soc Behavior*, 42: 64-79.
- McCann, T. V., Boardman, G., Clark, E., Lu, S. (2008). Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 622-629.

- McKenry, P. C., and Price, S. J. (2005). *Families & Change: Coping with Stressful Events and Transitions*, Sage, Thousand Oaks, Calif, US A, 3rd edition.
- Mottaghipour, Y., Pourmand, D., Maleki, H., & Davidian, L. (2001). Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 195-199.
- Narrow, W. E., Regier, D. A., Norquist, G., Rae, D. S., Kennedy, C., Arons, B. (2000). Mental health service use by American with severe mental illnesses. *Social Psychiatry of Psychiatric Epidemiology*, 35: 147-155.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Fowler, D., et al. Patient perceptions of caregiver criticism in psychosis links with patient and caregiver functioning. *J Nerv Ment Dis*, 2009; 197: 85– 91.
- 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.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia bulletin*, 24(1) 115-126.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness- a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 2002, Vol.25 No.8: 430-431.
- Pinfold, V., Byrne, P., Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2):128–138.
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., and Walton-Moss, B. (2004). "Barriers to family care in psychiatric settings," *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 36, no. 1, pp. 39–47.
- Rusch, N., Angermayer, M. C., Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequence and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20: 529-539.
- Saunders, J. C. (2003). "Families living with severe mental illness: a literature review," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 24, no. 2, pp. 175-198.
- Shiber, 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 disorder in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and psychology epidemiologic*, 36(6): 299-303.
- Tsang, H. W., Fung, K. M., Chung, R. C. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 180: 10-15.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & Medicine*, 64: 1524-1535.