

مقایسه انگ بیماری روانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روانپریشی

*دکتر بهمن شاه ویسی^۱، دکتر سعید شجاع شفتی^۲، دکتر فرید فدائی^۳، دکتر بهروز دولتشاهی^۴

چکیده

هدف: این مطالعه، با هدف مقایسه انگ بیماری روانی و عوامل مرتبط با آن، در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روانپریشی، مطابق معیارهای DSM - IV - TR انجام شد.

روش بررسی: مطالعه مقطعی - مقایسه‌ای حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری موارد در دسترس در درمانگاه و بیمارستان روانپزشکی رازی و با انتخاب ۴۰ نمونه از هر گروه اجرا گردید. ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه ۳۴ سئوالی خوداجرا بود، که در مطالعات پیشین دارای اعتبار شناخته شده و جهت بررسی انگ زدن طراحی شده است.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که ۴۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۳۲/۵ درصد از افراد گروه افسردگی عمده بدون خصایص روانپریشی، مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفته‌اند. در گروه اسکیزوفرنیا بین مدت بیماری فرد، دفعات بستری شدن او و مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن، رابطه آماری معنادار وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین در گروه اسکیزوفرنیا بین تشخیص بیماری و مخفی نگه داشتن بیماری فرد توسط خانواده ارتباط آماری معنادار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نیمی از خانواده‌های بیماران روانی مورد تمسخر قرار می‌گیرند، و به علت انگ بیماری روانی احساس ناراحتی و شرم می‌کنند. میزان انگ با نوع بیماری ارتباط دارد. استفاده از آموزش روانی خانواده‌ها و نیز آموزش در سطح جامعه در بالا بردن سطح آگاهی و کاهش انگ بیماری روانی می‌تواند مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: انگ / بیماری روانی / خانواده / آموزش روانی / اسکیزوفرنیا / اختلال افسردگی عمده

- ۱- دستیار اعصاب و روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- روانشناس بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۲/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۲/۳۰

* آدرس نویسنده مسئول:

شهر ری، امین‌آباد، مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی.

تلفن: ۳۳۴۰۱۲۲۰

* E-mail: B-Veysi@uswr.ac.ir



مقدمه

انگ (stigma) به داغی گفته می‌شد که روی بردگان و یاغیان یونانی می‌زدند و بدین وسیله آنها را بعنوان اعضای فرومایه جامعه، از مردم آزاد متمایز می‌کردند. در آژاکس سوفوکلس^۱، از شرم انزوا و حقارتی که با بیماری روانی همراه است، سخن به میان آمده است. افراد در ارتباط با بیمار روانی دو نوع ترس را احساس می‌کنند: ترس از حمله فیزیکی و ترس از ابتلا به بیماری روانی (۱).

بیمار روانی سه نوع انگ را تجربه می‌نماید: انگ احساسی^۲ یا به خود انگ زدن که بیمار احساس نقص و عدم کفایت می‌کند، انگ توسط خانواده که او را طرد می‌کند و انگ توسط جامعه که در مورد بیمار تبعیض قائل می‌شود و موجب مشکلات در جذب کامل وی به درون جامعه می‌گردد. به نوع خارجی آن، انگ قراردادی^۳ نیز می‌گویند (۲، ۳). انگ احساسی موجب احساس شرمندگی، کاهش اعتماد به نفس و عدم تقاضای کمک از دیگران، و انگ خارجی زمینه ساز افزایش انزوای اجتماعی، مشکلات در یافتن مسکن و شغل و عدم استفاده از امکانات جامعه می‌شود (۴، ۵). میزان انگ احساسی از ۲۵ تا ۳۳ درصد گزارش شده است (۶، ۷).

بعضی از پژوهشگران معتقدند، که افزایش تماس روانی باعث کاهش ترس از بیماران، و کاهش انگ زدن به آنها خواهد شد (۸، ۹). همچنین دیده شده است که با افزایش سن، کاهش سطح اقتصادی و اجتماعی و عدم برخورد و آشنایی قبلی با بیماری روانی، بر میزان انگ زدن به آنها افزوده می‌شود (۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که انگ علاوه بر کاهش اعتماد به نفس، بر وضعیت سلامت جسمی بیمار نیز اثرات منفی دارد. از عوامل مؤثر بر آن می‌توان به سن، جنس، و سطح انگ احساسی اشاره نمود (۱). انگ زدن نه تنها بیماران روانی، بلکه خانواده‌های آنها را نیز شامل می‌شود که این نوع انگ را انگ معاشرتی^۴ یا ارتباطی^۵ می‌نامند (۱۰). میزان انگ ارتباطی از ۷۳ تا ۸۳ درصد گزارش شده است (۱۱، ۱۰). شدیدترین آثار انگ زدن به خانواده‌ها، کاهش اعتماد به نفس و آسیب به ارتباطات خانوادگی است (۱۲). از طرف دیگر هنگامی که یکی از اعضای خانواده به یک اختلال روانی مبتلا می‌شود، تمامی خانواده احساس طرد شدگی از سوی دوستان و بستگان می‌نماید (۲).

دکتر صادقی و همکاران در سال ۱۳۸۲ نشان دادند که ۴۹ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا، ۳۰ درصد از افراد گروه اختلال افسردگی عمده^۶ (MDD) و ۵۰/۵ درصد از افراد گروه دوقطبی به دلیل وجود بیماری روانی در خانواده مورد تمسخر و تبعیض قرار گرفته‌اند. فراوانی مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن خانواده با جنس بیمار در گروه MDD و با طول مدت بیماری در گروه اختلال دوقطبی^۷ BD دارای ارتباط بود (۱۳).

یکی از واکنشهای خانواده‌ها در برابر انگ بیماری روانی، رفتارهای اجتنابی است (۱۴)، که در ۴۰ درصد موارد بصورت مخفی نگه داشتن بیماری و در ۵۰ درصد موارد مقاومت در برابر بستری شدن بیمارانشان می‌باشد (۱۵). میزان مخفی نگه داشتن به نوع بیماری بستگی دارد، بطوری که در یک مطالعه ۱۶/۷ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا، ۳۷/۵ درصد از افراد گروه اختلال افسردگی عمده و ۲۶/۵ درصد از افراد گروه دوقطبی اظهار نمودند که مجبورند وجود بیماری روانی در خانواده را از دیگران مخفی کنند (۱۳).

در مطالعات مختلف در مورد عوامل مؤثر بر انگ زدن به خانواده‌های بیماران روانی، اختلاف نظرهایی وجود دارد. خصوصیات فردی شامل سطح تحصیلات 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 (۱۶، ۱۳).

با توجه به نقش منفی انگ در تشخیص و درمان روانپزشکی، و نیز نقش مهم خانواده‌های بیماران (۱۷، ۱۳)، تأثیرات منفی انگ زدن بر بیماران و محدود بودن مطالعات مشابه در ایران، این مطالعه با هدف مقایسه آثار انگ بر خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روانپریشی (سایکوتیک) انجام شد تا پاسخ سئوالات زیر را روشن سازد.

- ۱- آیا خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر از گروه افسردگی تحت تبعیض و تمسخر (انگ) دیگران قرار می‌گیرند؟
- ۲- آیا بین انگ و جنسیت، مدت بیماری و دفعات بستری بیمار ارتباط معنی دار آماری وجود دارد؟
- ۳- آیا میزان مخفی نگه داشتن بیماری و تحت تمسخر قرار گرفتن خانواده و فاش نمودن بیماری، در گروه اسکیزوفرنیا با گروه افسردگی، تفاوت آماری معنی داری دارد؟
- ۴- آیا دو گروه در یافتن شغل، اجاره نمودن منزل و یا قبولی در مدرسه یا دانشگاه، تفاوتی دارند؟
- ۵- آیا دیدگاه خانواده‌های دو گروه، در مورد عوامل مؤثر بر انگ و تبعیض، دارای تفاوت آماری معنی داری است؟

روش بررسی

این مطالعه مقطعی - مقایسه ای در سال ۱۳۸۵، روی خانواده‌های ۸۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی، بدون خصایص

1- Sophocles Ajax
3- enacted
5- associative
7- bipolar disorder

2- felt
4- courtesy
6- major depressive disorder



ویراست ۱۱، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. فراوانی‌ها، میانگین‌ها و انحراف معیار متغیرها بررسی و محاسبه شد و با استفاده از آزمونهای آماری تی و کای اسکوتر «مجذور خی» روابط مورد نظر بررسی شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۰ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۴۰ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روانپزشکی، پرسشنامه‌های مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای دو گروه مقایسه شد. میانگین سن افراد در گروه اسکیزوفرنیا ۳۹/۳۷۵ سال و در گروه افسردگی ۳۹/۱۷۵ سال، با انحراف معیار ۱۳/۶۲ در گروه اسکیزوفرنیا و ۱۴/۰۳ در گروه افسردگی بود. تفاوت سنی دو گروه از نظر آماری معنادار نبود. ۳۶ نفر (۴۵ درصد) از افراد مورد مطالعه زن و ۴۴ نفر (۵۵ درصد) مرد بودند. از نظر جنسیت در گروه اسکیزوفرنیا ۲۷ نفر مذکر و ۱۳ نفر مونث و در گروه افسردگی ۲۳ نفر مونث و ۱۷ نفر مذکر بودند.

۱۸ نفر (۴۵ درصد) از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) از افراد گروه افسردگی اظهار نمودند که به علت بیماری روانی یکی از افراد خانواده، مورد تبعیض و تمسخر دیگران (انگ) قرار گرفته‌اند، که تفاوت دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/25$). ارتباط میان مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن افراد مورد مطالعه با جنس بیمار در دو گروه معنی دار نبود، در حالی که این موضوع با مدت بیماری و دفعات بستری شدن بیمار در گروه اسکیزوفرنیا رابطه معنادار آماری داشت ($P<0/05$). نظر افراد مورد مطالعه، در مورد نحوه برخورد دیگران با بیمار روانی و خانواده‌هاش مقایسه شد. نتایج نشان داد که در گروه اسکیزوفرنیا میزان مخفی نگه داشتن بیماری و میزان تحت تمسخر قرار گرفتن، از نظر آماری ارتباط معنی داری دارند ($P<0/05$) (جدول شماره ۱).

روانپزشکی مراجعه کننده به درمانگاه رازی یا بستری در بیمارستان روانپزشکی رازی انجام شد. روش نمونه گیری، موارد در دسترس و بر مبنای معیارهای DSM-IV-TR بود.

شرایط ورود به پژوهش:

۱- تشخیص قطعی: الف) اسکیزوفرنیا ب) اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روانپزشکی، بر مبنای معیارهای DSM-IV-TR

۲- سابقه بیماری به مدت حداقل ۶ ماه

۳- مراقب اصلی در خانواده وجود داشته باشد

۴- مراقب دارای حداقل توانایی خواندن و نوشتن باشد

ابزار اصلی جمع آوری داده‌ها یک پرسشنامه سی و چهار سؤالی که این پرسشنامه بیشتر در بررسی مشترک سازمان بهداشت جهانی (WHO) و کشور هند مورد استفاده قرار گرفته و در ایران به وسیله دکتر مجید صادقی و همکاران (۱۳۸۲) پس از اصلاحات لازم دارای روایی و پایایی مناسبی (۰/۸۷٪) معرفی شد. پرسشنامه بصورت خود-اجرا و برای افراد با سواد طراحی شده است و دو بخش عمده دارد: ۱) قسمت مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و مشخصات فردی شامل جنس، سن، شغل، وضعیت تأهل، سابقه بیماری روانی، سال شروع بیماری و تعداد دفعات بستری (۲). بخش مربوط به آگاهی و نظر پاسخ‌دهندگان در مورد کارکرد بیماران و جنبه‌های مختلف انگ.

به منظور اجرای مطالعه و پس از انتخاب نمونه‌ها، کلیات طرح و نمونه سئوالات توضیح داده شد، و پس از ابراز تمایل و اخذ رضایت‌نامه کتبی، نمونه پرسشنامه جهت پرکردن در اختیارشان قرار گرفت. نمونه‌های مورد نظر طرح، از بستگان درجه اول بیمار بودند و ترتیب ارائه پرسشنامه به شرح زیر بود: مادر، پدر، همسر، خواهر و برادر. در زمینه ملاحظات اخلاقی دادن تعهد مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات و بی‌نام بودن فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات مد نظر قرار گرفت.

پس از جمع آوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار اس.بی.اس.اس

جدول ۱- بررسی توزیع فراوانی نحوه برخورد دیگران با بیمار روانی یا خانواده وی از نظر افراد مورد مطالعه

| نحوه برخورد دیگران با بیمار و خانواده او | اختلال افسردگی فراوانی (درصد) | اسکیزوفرنیا فراوانی (درصد) | X ² | df | سطح معنی داری |
|--|-------------------------------|----------------------------|----------------|----|---------------|
| طلاق | ۰ | ۳ (۷/۵) | ۲/۱۳ | ۱ | ۰/۰۴ |
| تبعیض در محیط کار | ۵ (۱۲/۵) | ۵ (۱۲/۵) | ۰/۱۲۵ | ۱ | ۰/۷۲۳ |
| ردکردن تقاضای ازدواج | ۹ (۲۲/۵) | ۱۰ (۲۵) | ۴/۰۲ | ۱ | ۰/۰۴۵ |
| مسخره کردن | ۴ (۱۰) | ۱۱ (۲۷/۵) | ۴/۰۲ | ۱ | ۰/۰۴ |
| اجبار به مخفی نگهداشتن بیماری | ۵ (۱۲/۵) | ۱۳ (۳۲/۵) | ۴/۵ | ۱ | ۰/۰۳۲ |
| نگرانی از صحبت پیرامون بیماری | ۱۰ (۲۵) | ۷ (۱۷/۵) | ۰/۶۷۲ | ۱ | ۰/۴۱۲ |
| عدم رفت و آمد همسایگان با آنها | ۷ (۱۷/۵) | ۷ (۱۷/۵) | ۰/۰۸۳ | ۱ | ۰/۷ |
| مورد اذیت و آزار قرار گرفتن | ۰ | ۵ (۱۲/۵) | ۴/۲ | ۱ | ۰/۰۴ |
| مجموع | ۴۳ | ۵۳ | -- | -- | -- |

توضیح: هر فرد می‌توانست به یک سؤال بیش از یک پاسخ دهد.



تنها ۹ نفر (۲۲/۵ درصد) از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) از افراد گروه افسردگی اظهار داشتند که صریحاً در مورد وجود بیماری در خانواده با دیگران صحبت می‌کنند، که تفاوت دو گروه در این مورد معنی دار نبود ($P > 0/05$). نتایج در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

| نحوه صحبت افراد مورد مطالعه | اختلال افسردگی فراوانی (درصد) | اسکیزوفرنیا فراوانی (درصد) | X^2 | سطح معنی داری |
|---|-------------------------------|----------------------------|-------|---------------|
| آنها صریحاً به دیگران می‌گویند | ۱۵ (۳۷/۵) | ۹ (۲۲/۵) | | |
| تنها هنگامی که بیمار حالت پرخاشگری و خشونت دارد | ۹ (۲۲/۵) | ۱۳ (۳۲/۵) | | |
| زمانی که نیاز به بستری کردن بیمار در بیمارستان باشد | ۱۱ (۲۷/۵) | ۱۶ (۴۰) | ۵/۳۵ | $P < 0/05$ |
| هنگامی که فرد بیمار افکار خودکشی داشته باشد | ۳ (۷/۵) | ۳ (۷/۵) | | |
| سایر موارد | ۲ (۵) | ۰ | | |
| مجموع | ۴۰ (۱۰۰) | ۴۰ (۱۰۰) | | |

بیماران روانی و تبعیض قائل شدن بین آنها و افراد معمولی، مقایسه شد. از نظر افراد مورد مطالعه در گروه اسکیزوفرنیا، عواملی نظیر ناتوانی در انجام کارها و نیز خشونت و رفتارهای نامناسب، عوامل شایع مؤثر بر انگ و تبعیض نسبت به بیمار روانی بود و تفاوت دو گروه در این مورد معنادار بود ($P < 0/05$). نتایج در جدول ۳ درج شده است.

در این مطالعه ۲۴ نفر (۶۰ درصد) از گروه اسکیزوفرنیا و ۲۲ نفر (۵۵ درصد) از گروه افسردگی اظهار نمودند که بیماران روانی در پیدا کردن شغل، اجاره نمودن منزل و قبولی در مدرسه یا دانشگاه مشکل ندارند. تفاوت دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ($P = 0/37$). دیدگاه افراد مورد مطالعه در دو گروه در مورد عوامل مؤثر بر انگ زدن به

| عوامل مؤثر | اختلال افسردگی فراوانی (درصد) | اسکیزوفرنیا فراوانی (درصد) | X^2 | df | سطح معنی داری |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------|----|---------------|
| طولانی بودن بیماری | ۹ (۲۲/۵) | ۱۰ (۲۵) | ۰/۶۹ | ۱ | ۰/۷۹۲ |
| ناآگاهی | ۱۵ (۳۷/۵) | ۸ (۲۰) | ۲/۹۹ | ۱ | ۰/۰۸۴ |
| ناتوانی در انجام کار | ۳ (۸) | ۱۴ (۳۵) | ۱۰/۱ | ۱ | ۰/۰۰۱ |
| خشونت و رفتارهای نامناسب | ۳ (۸) | ۱۴ (۳۵) | ۹/۰۱ | ۱ | ۰/۰۰۳ |
| رفتارهای اجتماعی | ۴ (۱۰) | ۵ (۱۲/۵) | ۰/۱۲ | ۱ | ۰/۷۳۲ |

بحث

در مقایسه افراد مورد مطالعه در دو گروه، بین اعمال تبعیض و تمسخر و طول مدت بیماری و دفعات بستری شدن بیمار در گروه اسکیزوفرنیا ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد. از نظر افراد دو گروه مخفی نگه داشتن بیماری و عوامل مؤثر بر انگ نظیر ناتوانی در انجام کارهای روزمره، خشونت و رفتارهای نامناسب به میزان معنی داری در گروه اسکیزوفرنیا بیشتر بود. رادیو و تلویزیون بهترین روش آموزش مسائل روانپزشکی گزارش شد.

در مطالعه ما، ۴۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۳۲/۵ درصد از افراد گروه افسردگی از مورد تبعیض و تمسخر قرار گرفتن به دلیل وجود بیماری روانی در خانواده شکایت داشتند که اختلاف آنها از نظر آماری معنی دار نبود. این میزان در مطالعه دکتر صادقی و همکاران ۴۹ درصد در گروه اسکیزوفرنیا، ۳۰ درصد در گروه افسردگی و ۵۰/۵ درصد در گروه

در مورد میزان احساس ترس از مواجه شدن با بیمار روانی، از افراد دو گروه سؤال شد که بر اساس آن ۶۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۷۰ درصد از افراد گروه افسردگی دچار درجاتی از ترس می‌شوند، اگر چه در میزان ترس دو گروه، تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد ($P > 0/05$). ۴۷/۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۵۰ درصد از افراد گروه افسردگی درجاتی از احساس شرم به علت وجود بیمار روانی در خانواده را ابراز کردند ولی تفاوت آماری آنها معنادار نبود ($P > 0/05$).

میزان تمایل هر یک از افراد دو گروه به ازدواج با بیمار روانی شدید و تحت درمان دارویی بررسی شد، که در گروه اسکیزوفرنیا ۱۲/۵ درصد و در گروه افسردگی ۲۲/۵ درصد به درجات مختلف تمایل به ازدواج با بیمار روانی داشتند. این تفاوتها فاقد معنی آماری بود. پاسخ دهندگان، رادیو و تلویزیون را مهمترین وسیله آموزشی جهت آشنایی با بیماریهای اعصاب و روان دانستند.



دوقطبی بوده است (۱۳) و در مطالعه استمن و کیلین، ۸۳ درصد از بستگان درجه اول بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا، خلقی و ... از انگ زدن شکایت داشتند (۱۰)، درحالیکه در مطالعه شیر و همکاران، ۷۳ درصد خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی چنین تجربه‌ای داشتند (۱۱). به نظر فیلیپس و همکاران روند انگ زدن در ۶۰ درصد بیماران و ۲۶ درصد خانواده‌هایشان اثرات متوسط تا شدید داشته است (۱۸).

در این مطالعه، ۳۲/۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۱۲/۵ درصد از افراد گروه افسردگی اظهار داشتند که مجبورند بیماری فرد بیمار را از دیگران مخفی کنند. در مطالعه فلان و همکاران ۱۶/۷ درصد از گروه اسکیزوفرنیا، ۳۷/۵ درصد از افراد گروه اختلال افسردگی عمده و ۲۶/۵ درصد از گروه اختلال دوقطبی وجود بیماری را مخفی نگه داشتند (۱۵)، در حالیکه در مطالعه شیر و همکاران این میزان ۳۶/۵ درصد بود (۱۱). در مطالعه صادقی و همکاران، ۱۶/۷ درصد از گروه اسکیزوفرنیا، ۳۷/۵ درصد از گروه افسردگی و ۲۶/۵ درصد از گروه دوقطبی بیماری در خانواده را مخفی نگاه داشتند (۱۳). در مطالعه استمن و کیلین، خانواده‌های بیماران خلقی به طور معناداری کمتر از خانواده‌های سایر بیماران آرزوی مرگ بیماران خود را داشتند (۱۰).

در این مطالعه در بررسی ارتباط تبعیض و تمسخر با جنس بیمار، همانند مطالعه استمن و کیلین (۱۰) و فیلیپس و همکاران (۱۸) رابطه معناداری مشاهده نشد، درحالیکه در مطالعه صادقی و همکاران در گروه افسردگی این رابطه دارای معنای آماری بود (۱۳). لازم به ذکر است که در مطالعه فلان و همکاران، میزان مخفیانه بستری شدن بیماران زن به طور معنی داری بیشتر از بیماران مرد بود، ولی بین فراوانی اعتراف به دوری کردن مردم از بستگان بیماران زن و مرد تفاوت آماری معنادار وجود نداشت (۱۵).

در این مطالعه، بیشترین میزان انگ خانواده زمانی بود که در گروه اسکیزوفرنیا مدت بیماری بیشتر از ۲ سال و نیز سابقه بیش از یک بار بستری شدن بیمار وجود داشت و تفاوتها از نظر آماری معنادار بودند. در حالی که در مطالعه دکتر صادقی و همکاران، بیشترین میزان تبعیض و تمسخر بستگان بیماران زمانی اعلام شد که دفعات بستری بیش از یک بار رخ داده بود و تفاوت آماری در گروه دوقطبی معنادار گزارش نشد، ولی در همین گروه بین میزان انگ خانواده و مدت بستری ۶ ماه تا ۲ سال و سپس مدت بیماری بیش از ۲ سال رابطه آماری معنادار وجود داشت (۱۳).

همانطور که در جدول ۳ مشخص شده است، رد کردن تقاضای ازدواج از شایعترین مشکلات ذکر شده در مطالعه ما بود. دکتر صادقی و

همکاران نیز در مقاله خود به آن اشاره کرده‌اند (۱۳). در مطالعه‌ای دیگر نیز به کاهش احتمال ازدواج دختران خانواده‌های بیماران روانی اشاره شده است (۱). در مطالعه شیر و همکاران، ۳۶/۵ درصد از پاسخ دهندگان نگران بودند که درخواست ازدواج آنها به خاطر بیماری یکی از افراد خانواده رد شود (۱۱). در مطالعه ما، ۱۲/۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۱۲/۵ درصد افراد گروه افسردگی از تبعیض در محیط کار شکایت داشتند. در مطالعه صادقی و همکاران ۸/۳ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۷/۱ درصد از گروه دوقطبی چنین نظری داشتند (۱۳). در مطالعه بالدوین و مارکوس، انگ تأثیر معناداری در میزان دستمزد کارگران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، خلقی و اضطرابی گذاشته بود (۱۹).

دیدگاه افراد مورد مطالعه در دو گروه در مورد احساس شرم به دلیل وجود بیماری در خانواده، مقایسه شد. ۴۷/۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۵۰ درصد از افراد گروه افسردگی چنین احساسی را گزارش نمودند. در مطالعه شیر و همکاران این میزان ۲۸/۷ درصد، و در مطالعه دکتر صادقی و همکاران، ۴۹ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا، ۲۴ درصد از افراد گروه اختلال افسردگی عمده و ۴۶ درصد از افراد گروه اختلال دوقطبی، احساس شرم از داشتن بیمار روانی در خانواده را اظهار نمودند (۱۳، ۱۱). در مطالعات مختلف نیز احساس شرمندگی را از پیامدهای ناشی از انگ دانسته‌اند (۲۰، ۱۳).

در این مطالعه، دیدگاه اعضای خانواده‌های دو گروه در مورد حفظ دوستی دیگران با بیمار روانی شدید یا خانواده او سؤال شد. ۲۷/۵ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا و ۱۲/۵ درصد از افراد گروه افسردگی اظهار کردند که دوستی خود را با بیمار روانی قطع خواهند کرد که البته این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. در مطالعه دکتر صادقی و همکاران، ۳۶ درصد از افراد گروه اسکیزوفرنیا، ۳۴ درصد از گروه دوقطبی و ۱۳ درصد از افراد گروه افسردگی دوستی خود را با بیمار روانی قطع می‌کردند (۱۳). ولی در مطالعه استمن و کیلین تنها ۲۵ درصد از افراد معتقد بودند که به علت وجود بیمار روانی در خانواده ارتباط دیگران با بیمار یا اعضای خانواده‌اش مختل خواهد شد (۱۰)، که نتایج مطالعه دکتر صادقی و همکاران به نتایج ما نزدیکتر می‌باشد. یکی از علل چنین تشابهی در نتایج، شباهتهای قومی و فرهنگی جمعیت مورد مطالعه می‌باشد.

در مطالعه ما، از نظر افراد گروه اسکیزوفرنیا، خشونت و رفتارهای نامناسب (۳۵ درصد)، ناتوانی در انجام کار (۳۵ درصد) و طولانی بودن بیماری (۲۵ درصد)، و در گروه افسردگی نا آگاهی (۳۷/۵ درصد)، طولانی بودن بیماری (۲۲/۵ درصد) و رفتارهای اجتماعی (۱۰ درصد)،



نتیجه آن تعداد قابل توجهی از خانواده‌های بیماران روانی مورد تبعیض و تمسخر دیگران قرار می‌گیرند و احساس شرمندگی می‌نمایند. پیشنهاد می‌شود رسانه‌ها با ارائه میزگردهای علمی و آموزشی در مورد بیماریهای اعصاب و روان، و برخورد با بیماری روانی به منزله یک بیماری مشابه سایر بیماریهای طبی (بیماری قلب و عروق، گوارش، سرطان و...)، به منظور کاهش روند انگ‌زدن ایفای نقش کنند، البته این موضوعی است که متأسفانه در کشور ما چندان به آن توجه نشده است. البته محدودیتها و مشکلاتی نیز در این مطالعه وجود داشت. یکی از محدودیتها شیوع پایین موارد اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روانپریشی بود که انتخاب نمونه‌ها را با مشکل روبرو می‌کرد. همچنین در این مطالعه، تنها از اعضای با سواد خانواده سؤال شد، بنابراین یافته‌ها فاقد دیدگاه‌های بیماران روانی و افراد بی‌سواد بود که تعداد این موارد نیز کم نبود. نمونه‌ها از بیمارستان روانپزشکی رازی و درمانگاه انتخاب شدند، که خود باعث سوگیری در نتایج مطالعه می‌شود. انجام یک مطالعه با حجم نمونه وسیع و در صورت امکان در سطح جامعه از این مشکلات جلوگیری خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

از اساتید بزرگوار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، به دلیل راهنمایی‌ها و حمایت‌هایشان سپاسگزار می‌شود. از همکاران و متخصصان محترم اعصاب و روان در بخش‌های مختلف بیمارستان روانپزشکی رازی و نیز پرسنل خوب و فداکار بیمارستان، که همگی در زمینه ارجاع و رفع بعضی ابهامات درباره پرونده بیماران، همکاری بی‌دریغ داشتند صمیمانه قدردانی می‌گردد. از همکاری استاد محترم جناب آقای دکتر مجید صادقی تشکر می‌شود. با سپاس بی‌کران از خانواده‌های بیماران که در ارائه اطلاعات لازم صادقانه کوشیدند.

به ترتیب سه عامل مؤثر در انگ زدن به بیمار روانی و تبعیض اعمال شده می‌باشد. در حالیکه در مطالعه دکتر صادقی و همکاران، در گروه اسکیزوفرنیا خشونت و رفتارهای نامناسب (۳۰/۵ درصد)، ناآگاهی (۲۶/۳ درصد) و طولانی بودن بیماری (۲۶/۳ درصد) و در گروه افسردگی ناآگاهی (۳۷ درصد)، ناتوانی در انجام کارها (۲۵ درصد) و طولانی بودن بیماری (۲۰ درصد) به ترتیب سه عامل مؤثر در انگ زدن و تبعیض نسبت به بیمار روانی گزارش شده است (۱۳). در مطالعه بخش انتاریو مؤسسه سلامت روانی کانادا، سه علت شایع عدم درک مناسب بیماری روانی، زمینه‌ساز انواع استیگما بوده‌اند که این سه علت عبارتند از: خطرناک و خشن بودن (۸۸ درصد)، داشتن هوشبهر پایین و معلول بودن (۴۰ درصد) و عدم توانایی کارکردن و نداشتن شغل (۳۲ درصد) (انجمن بهداشت روان کانادا، ۱۹۹۴).

نتایج متفاوت مطالعات، می‌تواند به دلیل تفاوت‌های موجود در خصوصیات فرهنگی و قومی، سطح تحصیلات، جنس، میزان نزدیکی با بیمار، طراحی مطالعه، بیماریهای مورد مطالعه و نحوه نگرش به انگ و انواع آن باشد.

از دیدگاه افراد مورد مطالعه، بهترین راه آگاهی دادن در مورد بیماریهای اعصاب و روان به ترتیب تلویزیون، رادیو و مطبوعات می‌باشد و بهترین منابع آموزشی در دو گروه تیم پزشکی است. دکتر صادقی و همکاران در مقاله خود به رادیو و تلویزیون به عنوان بهترین منبع آگاهی اشاره کرده‌اند (۱۳). هر چند که کلاس‌ون رسانه‌ها را منبع عمده انگ معرفی می‌کند، ولی مک‌لئون رسانه‌ها را نقطه شروع بهینه در برنامه مبارزه با انگ می‌داند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه، انگ بیماریهای روانی بخصوص اسکیزوفرنیا موجب مشکلات عدیده‌ای برای بیمار و خانواده‌اش می‌گردد و در

منابع:

- 1- Arboleda – Florez J. Consideration on the stigma of mental illness. CJP 2003; 8(4): 101-108
- 2- Sadock BJ, Sadock V. Schizophrenia and other psychotic disorders. Lauriello J Bustillo J, Keith S. Comprehensive text book of psychiatry. Ninth edition. Lippincott Williams and Wilkins. 2005. P: 1347-1348
- 3- Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. 1998; Lancet. 352: 1054-1055
- 4- Rusch N. Angermeyer M. Corrigan P. The stigma of mental illness: concepts, forms and consequences. psychiat. Prox. Jul 2005; 32 (5): 221-232
- 5- Corrigan PW, Largon JE, Watson AC, Boyle M. Barr L. Solutions to discrimination in work and housing identified by people with mental illness. J Nerv Ment Dis 2006; 194:716-718
- 6- Yen Cf, Chen C, Lee Y, Tang T, Yen J, Ko C. Self – Stigma and its correlates among out – patients with depressive disorder. Psychiat. Serv 2005; 56(5):599-601
- 7- Ritsher J. Phelan J. Internalized stigma predicts erosion of moral among psychiatric out – patients. psychiat. Res. 2004; 129 (3): 257-265
- 8- Desforges D, Lord C, Ramsey S, Mason J, Van Leeuwen M, West S. Effects of structured cooperative contract on changing attitudes towards stigmatized social group. J Personality and social psychol 1999; 60: 531-544
- 9- Corrigan PW, Penn D.C. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric Stigma. Am. Psychologist 1999; 55:765-776
- 10- Ostman M, Kyellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness BJP 2002; 181: 494-498
- 11- Shiber T, Negash A, kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorder in rural Ethiopia. Social Psychiatry and psych epidem 2001; 36(6): 299-303
- 12- Wahl O, Harman C. Family views of stigma. Sch Ball 1989; 15:131-139



۱۳- صادقی، م. کاویانی، ح. رضائی، ر. بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی، فصلنامه علوم شناختی، سال ۵، شماره ۲، ۱۳۸۲

14- Gonzalez – Torres M, Oran K, Aristequi M, Fernandez – Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with Schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social. Psychiat. and psychiat. Epidem* 2006; 38: 256-264

15- Phelan J, Bromet E, Link B. Psychiatric illness and family stigma. *Sch Bull* 1998; 24:115-126

16- Papadopoulos C, Leevey A, Vincent C. Factors influencing stigma. A comparison of Greek, Cypriot and English attitudes towards mental illness

in north London. *Social. Psychiat. and psychiat. Epidem* 2002; 46(3): 191-200

17- Ostman M, Hansson L, Andersson K. Family burden Participation in care and mental illness. *Int. J. Social. Psychict* 2000: 46(3): 191-200

18- Phillips M, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: A Study of people with Schizophrenia and their family members in China. *BJP* 2002; 181: 488-493

19- Baldwin M, Marcus S. Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiat. Serv. Mar* 2006; 57(3):388-392

20- Byrn P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *B J P* 2000; 6: 65-72