بررسی استیگما به بیماران اعصاب و روان در شهر تهران در سال ۱۳۸۸

*دکتر مرضیه نجومی: استاد و متخصص پزشکی اجتماعی، فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، تقاطع بزرگراه‌های شهید همت و شیخ فضل اله نوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، تهران، ایران (*مولف مسئول).
دکتر سید کاظم ملکوتی: دانشیار و متخصص روانپزشکی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، تهران، ایران.
دکتر هلیا قانعان: پزشک عمومی، دانشجوی دکتری روانشناسی اجتماعی، دانشگاه Umea، سوئد.
دکتر محمد تقی جغتایی: استاد و متخصص آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، تهران، ایران
پروفسور لارش جاکوبسن: استاد و متخصص روانپزشکی، بخش روانپزشکی، دانشگاه Umea، سوئد.

* این مطالعه با حمایت مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۶

چکیده

زمینه و هدف: استیگما به بیماری های اعصاب و روان منجر به تحمیل بار اضافی این بیماری ها بر سلامت عموم می‌گردد. به طور کلی، استیگما وضعیت جدایی و تمایزی است که در قالب نگرش منفی شکل می گیرد. با توجه به اطلاعات موجود، مطالعه بزرگی که به آگاهی و نگرش نسبت به بیماران اعصاب و روان بپردازد، در ایران انجام نشده است. بنابراین هدف از انجام این مطالعه تعیین آگاهی و نگرش نمونه ای از جمعیت شهر تهران در مورد بیماران اعصاب و روان می باشد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در شهر تهران بین ماه های فروردین تا آذر ۱۳۸۸ انجام گرفت. توسط روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای از خانه ها، ۸۰۰ فرد مورد بررسی قرار گرفتند. نسخه تعدیل یافته پرسشنامه تهیه شده در برنامه جهانی روانپزشکان برای کاهش استیگما و تمایز مورد استفاده قرار گرفت. روش جمع آوری داده‌ها توسط پرسشگران آموزش دیده بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS V.13 استفاده شده و آزمون کای اسکور برای تحلیل زیر گروهی به کار گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه ۳۷/۵ سال با انحراف معیار ۱۴/۷ سال بود. ۵۳/۳٪ مرد بودند. اغلب (۷۰٪) افراد مورد بررسی ذکر کردند که بیماری در خارج از بیمارستان قابل درمان است و در حدود ۷۴٪ ذکر کردند این افراد می توانند در شغل های عادی فعالیت کنند. در حدود ۶۸٪ به امکان برقراری رابطه دوستی با بیماران اعصاب و روان پاسخ مثبت داده بودند. در حدود ۵۲/۵٪ معتقد بودند که بیماران اعصاب و روان به دلیل رفتارهای خشونت آمیز خطرناک هستند. تنها ۱۷٪ افراد گزارش کردند که از صحبت با این بیماران می‌ترسند. به طور کلی، متغیرهای جمعیتی با آگاهی و نگرش به بیماران اعصاب و روان ارتباط قابل توجهی نداشت.

نتیجه گیری: در نمونه مورد بررسی استیگما به بیماران اعصاب و روان چندان شایع نبود. در مقایسه با سایر مطالعات، نگرش و آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به بیماران اعصاب و روان در حد مناسب و قابل قبول بود.

کلید واژه ها: بیماری اعصاب و روان، آگاهی، نگرش، استیگما

مقدمه

جسم و روان انسان ارتباط و وابستگی شدید به هم دارند. لذا، بیماری در هر کدام دیگری را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. عوارض وعلائم بیماری جسمی معمولاً با چشم قابل دیدن و یا با حواس پنجگانه قابل درک می‌باشند، اما علائم بیماری اعصاب و روان معمولاً در عواطف، احساسات و رفتار فرد نفوذ پیدا می‌کند و در اوایل بیماری یک حس و حالت های مبهمی است که فرد به راحتی آن را درک نمی‌کند.

استیگما شرایطی حاکی از داغ زده‌گی است به گونه‌ای که فرد از محیط خویش بنا به دلایل فیزیکی و یا روانی متمایز شده و در حالت وصله ناجوربودن قرار می‌گیرد.[1] در زبان فارسی استیگما انگ اجتماعی نیز نامیده می‌شود. ابتدا بیمار به علت علائم و عوارض بیماری احساس عدم تطابق با آرمان ها و خواست‌های اجتماعی می کند و به همین دلیل از خود احساس شرم و ناامیدی می کند و برای جبران این تفاوت سعی بر اختفا شرایط خود و در نتیجه با گوشه گیری و کناره‌گیری از اجتماع، خود را محافظت می کند و در انتها منجر به محروم شدن فرد از حقوق فردی، اجتماعی و شهروندی وی می‌گردد.

بیماران مبتلا به بیماری های اعصاب و روان اغلب

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

موارد با دو مسئله عمده روبرو هستند. اول اینکه باید با علائم بیماری خود که می تواند بر حسب نوع بیماری متفاوت باشد (مانند اضطراب، هذیان، توهم و...) کنار بیایند. این علائم می تواند روی شغل، زندگی مستقل و رضایت از زندگی این افراد تأثیر بگذارد. دوم اینکه برداشت غلط جامعه می تواند در این افراد ایجاد استیگما یا انگ اجتماعی کند. حتی افرادی که بیماری خود را به نحو خوبی تحت کنترل در آورده اند نیز در محیط کاری و یا برای پیدا کردن شغل دچار این مشکل می باشند. بنابراین اغلب بیماران اعصاب و روان اعتماد به نفس خود را از دست می دهند.[۲]

بیماران مبتلا به بیماری شدید اعصاب و روان اغلب دارای سه خصوصیت می‌باشند: این بیماران دچار ترس هستند، بنابراین از اجتماع دوری می‌کنند، اغلب مسئولیت پذیر نیستند و دیگران برای آن‌ها تصمیم‌گیری می‌کنند و سوم اینکه با توجه به شخصیت کودکانه‌ای که دارند، نیاز به مراقبت دارند.[۳-۵] افراد جامعه این بیماران را بیش از بیماران مبتلا به بیمارهای جسمانی تحت استیگما قرار می‌دهند.[۶-۸] بیماران مبتلا به بیماری‌های اعصاب و روان بیش از سایر بیماران خود را مسئول ایجاد بیماری می دانند.[۸و۹]

واکنش افراد جامعه به بیماران اعصاب و روان بر حسب شدت و نوع بیماری و فرهنگ و سنن حاکم بر آن می‌تواند متفاوت باشد. این واکنش می تواند در طول زمان دستخوش تغییر شود و بر حسب طرز تفکر، اندیشه و رفتار مردم گروهی خاص ممکن است تحت این واکنش قرار بگیرند.[۱۰] به عنوان مثال واکنش جامعه به بیماری بیش فعالی و اختلال در تمرکز که تا مدت ها نا شناخته بود، اخیراً وجود دارد و ممکن است دوباره تغییر کند.[۱۱]

نشان داده شده که فراوانی استیگما بین ملل مختلف متفاوت است و در طول سال های اخیر افزایش داشته است.[۱۲-۱۵]

دیده شده بیمارانی که تحت استیگما قرار می‌گیرند به عنوان یک واکنش، کمتر تن به مداخلات درمانی می‌دهند.[۱۶] توجه به این نکته لازم است که استیگما یک مشکل فردی نیست و مسئله ای اجتماعی است که باید با توجه و مداخلات در سطح جمعیت حل شود.

با توجه به بررسی محققین تاکنون در سطح کشور مطالعه‌ای به مقوله استیگما در جمعیت نسبت به بیمارانی اعصاب و روان نپرداخته است. با توجه به اهمیت موضوع و به منظور برنامه ریزی برای کنترل استیگما، نیاز به اطلاعات زمینه ای می باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین سطح نگرش و آگاهی مردم شهر تهران نسبت به بیماران اعصاب و روان است تا تخمینی از سطح استیگما در جامعه بر اساس آن صورت بگیرد.

روش کار

در یک بررسی از نوع مقطعی، در بین ماه های فروردین تا آذر ۱۳۸۸ جمع آوری داده ها در سطح شهر تهران صورت گرفت. ۸۰۰ فرد بالای ۱۵ سال ساکن در شهر تهران و با سواد حداقل خواندن و نوشتن در این مطالعه مورد بررسی قرارگرفتند. از آنجایی که مطالعه حاضر بخشی از مطالعه مشترک با دانشگاه Umea سوئد می‌باشد و همزمان در کشورهای سوئد، آمریکا و اتیوپی در حال انجام است، برای ایران به منظور دستیابی به برآوردی دقیق از آگاهی و نگرش جمعیت شهری بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ نمونه در نظر گرفته شد. بنابراین، در این مطالعه ۸۰۰ فرد مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شده است. شهر تهران به شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و از هر کدام ۲۰۰ نمونه بررسی شد. سپس در هر بخش، بر حسب تراکم جمعیت، بین ۳ تا ۵ منطقه شهرداری به طور تصادفی از روی نقشه تهیه شده از مرکز آمار ایران انتخاب شد.[۱۷] از هر منطقه ۵۰ نفر بررسی شدند. نحوه انتخاب بدین صورت بود که در مناطق انتخابی شهرداری، یک بلوک به طور تصادفی انتخاب شد. پس از تعیین بلوک های انتخابی، نمونه‌گیری از انتهای جنوب غربی هر بلوک شروع شد وسپس تا پر شدن نمونه در آن بلوک ادامه یافت. در هر خانوار یک فرد بالای ۱۵ سال به طور تصادفی انتخاب شد. در صورت وجود دو فرد واجد شرایط در هر خانه (آپارتمان)، یک فرد به طور تصادفی مورد بررسی قرار گرفت.

در مورد آگاهی و نگرش در رابطه با بیماران اعصاب وروان نسخه تعدیل شده پرسشنامه ای که توسط سازمان جهانی روانپزشکان در مطالعه ای که برای کاهش استیگما انجام شده، مورد استفاده قرار گرفته

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

است.[۱۸] پرسشنامه استاندارد بوده و توسط محقق و همکاران به فارسی ترجمه شد. پس از بررسی و اصلاح در جمع، Back-translation توسط همکاران طرح انجام گرفت. پس از بررسی نسخ به دست آمده و انجام اصلاحات در پانل تخصصی، نسخه نهایی تهیه گردید. جهت تعیین پایایی، آلفای کرونباخ در ۲۰۰ پرسشنامه اول پر شده در جمعیت اندازه گیری شد. معیار ۰/۷ به بالا مطلوب در نظر گرفته شد و پرسشنامه از پایایی مناسبی برخوردار بود . آلفای کرونباخ برای سوال های بررسی آگاهی و نگرش به بیماران اعصاب و روان ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه آگاهی و نگرش مورد بررسی در این مطالعه، شامل ۲۹ سوال بوده که به شرح زیر می باشد:

۱۴ سوال آگاهی و نگرش در رابطه با بیماران مبتلا به صرع، ۱۲ سوال آگاهی و نگرش در رابطه با بیماران اعصاب و روان، و ۳ سوال در انتها به بررسی نگرش در مورد عقب ماندگی ذهنی می پردازد. در این مقاله نتایج مربوط به آگاهی و نگرش نسبت به بیماران اعصاب و روان آورده شده است. در ابتدا ۶ سوال مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی اضافه شد.

پرسشگران از بین دانشجویان کارشناسی روانشناسی بودند. ابتدا جلسه توجیهی جهت آنان توسط همکاران طرح برگزار گردید. آنگاه پس از اخذ مجوز، به مناطق منتخب شهر اعزام شدند. پس از یافتن نمونه ها در هر خانه یک فرد بالای ۱۵ سال (در صورتی که بیش از یک نفر واجد شرایط بود، یک نفر به طور تصادفی) انتخاب شد. جهت پر کردن نمونه‌ها صبح و عصر به منظور به دست آوردن نمونه معرف از مردان و زنان مراجعه شد. اهداف طرح توضیح داده شد و پرسشنامه‌ها توسط فرد پر می شد. در صورت عدم حضور در خانه، از خانه مجاور استفاده می‌شد. بیماری اعصاب و روان برای افراد توسط پرسشگر توضیح داده شد. جهت ارزیابی صحت اطلاعات به دست آمده، توسط همکار اصلی طرح از ۲ منطقه به طور تصادفی ۱۵ پرسشنامه با آدرس‌های یادداشت شده مجدداً پر شده و صحت داده ها تأیید شد.

جهت توصیف و تجزیه و تحلیل داده ها نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ مورد استفاده قرار گرفت. توصیف داده ها توسط جداول توزیع فراوانی و شاخص های مرکزی و پراکندگی صورت گرفت و جهت تجزیه و تحلیل از آزمون کای اسکور، استفاده شد.

تصویب و پرداخت هزینه های مطالعه فعلی توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفته، وکمیته اخلاق دانشکده پزشکی کلیات طرح را مورد تأیید قرار داد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۰۰ نفر از جمعیت شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی جامعه مورد مطالعه (۱۴/۷±) ۳۷/۵۲ سال و حداقل سن ۱۵ و حداکثر آن ۸۵ سال بود. از مجموع ۸۰۰ نفری که وارد مطالعه شدند، ۴۲۶ نفر (۵۳/۳٪) مرد و ۳۷۴ نفر (۴۶/۷٪) زن بودند. شغل، وضعیت تحصیلی، و وضعیت تأهل بیماران در جدول شماره ۱ آورده شده است. همان طور که در این جدول مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی افراد شاغل (۵۴/۵٪) و سپس خانه داری (۲۶/۵٪) می‌باشد.

در جدول شماره ۲، توزیع فراوانی پاسخ به سوال‌های نگرش و آگاهی نمونه مورد بررسی آمده است. اغلب (۷۰٪) افراد مورد بررسی ذکر کردند که بیماری در خارج از بیمارستان قابل درمان است و در حدود ۷۴٪ ذکر کردند این افراد می توانند در شغل های عادی فعالیت کنند. در حدود ۶۸٪ به امکان برقراری رابطه دوستی با بیماران اعصاب و روان پاسخ مثبت داده و در حدود ۸۸٪ تمایلی به ازدواج با این افراد نداشتند.

در جدول شماره ۳ دیده می‌شود که اغلب (۷۹٪)

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در نمونه مورد بررسی (تعداد = ۸۰۰).

متغیر	تعداد	درصد فراوانی

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی علل بیماری های اعصاب و روان از دیدگاه نمونه مورد بررسی.

علل	تعداد	درصد
مواد مخدر والکل	۶	٪۰.۸
حادثه ناگوار یا شوک	۲۱	٪۲.۶
شوک اعصاب و روان	۲۰	٪۲.۵
استرس	۳۹	٪۴.۹
ژن موروثی	۱۲	٪۱.۵
سواستفاده فیزیکی	۱	٪۰.۱
عوامل زیست محیطی	۹	٪۱.۱
خواست خداوند	۱۱	٪۱.۴
بیماری مغزی	۳۳	٪۴.۱
فقر	۱۰	٪۱.۳
دیگر موارد	۶۳۵	٪۷۹

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی پاسخ به سوال های مربوط به آگاهی و نگرش در مورد بیماران اعصاب و روان.

سوالات نگرش و عملکرد مردم نسبت به بیماران اعصاب و روان	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد (درصد)
۱. آیا فکر می کنید بیماری اعصاب وروان خارج از بیمارستان قابل درمان می باشد؟	(٪۷۰)۵۶۰	(٪۳۰)۲۳۹
۲. آیا فکر می کنید بیماران اعصاب وروان احتمالا عقب ماندگی ذهنی هم دارند؟	(٪۲۰.۹)۱۶۷	(٪۷۹.۱)۶۳۳
۳. آیا فکر میکنید بیمار ان اعصاب وروان در اجتماع مزاحمت ایجاد می کنند؟	(٪۴۴.۹)۳۵۹	(٪۵۵.۱)۴۴۱
۴. آیا فکر می کنید بیماران اعصاب وروان می توانند در شغل های عادی اجتماع کار کنند؟	(٪۷۴.۵)۵۹۶	(٪۲۵.۵)۲۰۴
۵. آیا فکر می کنید بیمارا ن اعصاب وروان به علت رفتار خشونت آمیز خطر ناک می باشند؟	(٪۵۲.۵)۴۲۰	(٪۴۷.۵)۳۸۰
۶. آیا از صحبت کردن با وی میترسید؟	(٪۱۷)۱۳۶	(٪۸۳)۶۶۴
۷. آیا از کار کردن با او دچار ناراحتی و تشویش میشوید؟	(٪۴۰.۵)۳۲۴	(٪۵۹.۵)۴۷۶
۸. آیا فکر می کنید با چنین فردی امکان حفظ رابطه دوستی وجود دارد؟	(٪۶۷.۹)۵۴۳	(٪۳۲.۱)۲۵۷
۹. آیا احتمالا مایل به داشتن چنین هم اتاقی می باشید؟	(٪۳۱.۳)۲۵۰	(٪۶۸.۸)۵۵۰
۱۰. اگر دیگران بدانند که چنین بیماری در منزل دارید، دچار شرمندگی می شوید؟	(٪۲۴.۱)۱۹۳	(٪۷۵.۹)۶۰۷
۱۱. آیا با کسی که دچار بیماری اعصاب و روان است ازدواج می کنید؟	(٪۱۲.۱)۹۷	(٪۸۷.۹)۷۰۳

افراد نمونه از علل بیماری آگاهی نداشته و سایر علل را ذکر کرده‌اند. در بین علل ذکر شده استرس (۵٪) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص می دهد. ۱/۴٪ (۱۱ نفر) علت بیماری را خواست خداوند ذکر کرده بودند.

نتایج توصیفی و تحلیلی طرح در زیر گروه‌های جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۴ آمده است. بیشترین تفاوت پاسخ به سوال ها بر اساس جنس افراد مورد بررسی مشاهده می‌شود. مردان اگرچه ترس از صحبت کردن با بیمار (۱۳٪ در برابر۱۲ ٪) را بیش از زنان گزارش کردند، ولی درصد بیشتری حفظ رابطه دوستی (۷۲٪ در برابر ۶۳٪)، (p=۰/۰۴) و قبول هم اتاقی بودن با بیمار مبتلا (۳۴٪ در برابر ۲۸٪)، (p=۰/۰۲) را نسبت به زنان ذکر کردند. همچنین مردان ناراحتی کمتری حین کار با این بیماران را گزارش کردند (۳۶٪ در برابر ۴۶٪ زنان). این اختلاف‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۱).

پاسخ به سوال های تمایل به ازدواج با این بیماران، شرمندگی به علت داشتن چنین بیمارانی در خانه و ازدواج با بیماران اعصاب و روان بر اساس تحصیلات افراد نمونه متفاوت بود. افراد با تحصیلات کمتر اگرچه حفظ رابطه دوستی بیشتری با این بیماران را گزارش کردند، ولی شرمندگی بیشتری (۳۰٪ در برابر ۱۹٪)، (p=۰/۰۱) به دلیل داشتن چنین بیماری در خانه گزارش کرده و تمایل بیشتری (۱۸٪ در برابر ۹/۵٪) ، (p=۰/۰۰۶) برای ازدواج با این افراد نسبت به گروه با تحصیلات بالاتر ذکر کردند. این اختلاف‌ها نیز از نظر آماری معنی دار بود (p<۰/۰۵). افراد شاغل ناراحتی حین کارکردن با این بیماران را با اختلاف معنی‌دار آماری کمتر گزارش کردند (p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به بررسی آگاهی و نگرش مردم شهر تهران نسبت به بیماران اعصاب و روان پرداخته است. پرسشنامه استفاده شده نمونه ای به کار برده شده در سایر کشورها بوده و توسط سازمان جهانی روانپزشکان توصیه شده است. این مطالعه اولین مطالعه بزرگ در کشور با هدف ذکر شده می باشد. در بررسی مطالعات داخلی یک مطالعه استیگما به بیماران مبتلا به صرع[۱۹] و دو مطالعه در مورد استیگما به ناباروری به دست آمد.[۱و۲۰]

پاسخ به سوال های مربوط به علل بیماری اعصاب و روان با نگرش به این بیماری در بین مردم مرتبط است.[۲۱] در این مطالعه در حدود ۸۰٪ افراد در مورد علل بیماری اعصاب و روان گزینه "سایر علل" را ذکر کرده بودند. این می تواند نشان دهد که اغلب افراد نمونه مورد بررسی علل آورده شده در پرسشنامه را مسئول بیماری نمی‌دانستند. جالب توجه است با وجود گزینه "مصرف الکل و مواد مخدر" که به خصوص در رسانه ها از عللی برای ایجاد این بیماری‌ها نام برده می‌شود، تنها توسط ۶ نفر (۰/۸ ٪) به عنوان عامل ذکر شده بود. در مطالعه نیجیریه[۲۲]، با استفاده از همین پرسشنامه، ۸۰٪ افراد مورد بررسی مصرف مواد و الکل را مسئول بیماری اعصاب و روان ذکر کرده بودند. در همان مطالعه، حوادث ناگوار و شوک را در حدود یک سوم افراد از علل این بیماری ها گزارش کردند. این

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی نسبی پاسخ بلی به سوال های آگاهی و نگرش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

سوال	کلی	درصد پاسخ بلی به سوال																			
		جنس		گروه سنی (سال)					تحصیلات					شغل			تأهل			
		مرد	زن	۲۵- ۱۵	۴۰- ۲۶	۶۴- ۴۱	≥۶۵	زیر دیپلم	دیپلم	دیپلم‌بالاتر	شاغل	بیکار	خانه‌دار	مجرد	متأهل	غیره
قابل درمان خارج از بیمارستان	۷۰	۶۹	۷۱/۳	۶۷/۲	۷۳/۴	۷۰/۴	۵۸/۷	۶۵/۲	۶۹	۷۴	۲۷/۷	۶۶/۷	۶۷/۱	۶۹/۷	۷۰/۳	۷۱/۴
همراهی با عقب ماندگی ذهنی	۲۰/۹	۲۰/۲	۲۱/۷	۲۴/۱	۱۸/۵	۲۰/۳	۲۶/۱	۲۰/۳	۲۰/۵	۲۱/۵	۱۹/۷	۲۴/۷	۲۰/۶	۲۱/۶	۲۰/۶	۱۴/۳
ایجاد مزاحمت در اجتماع	۴۴/۹	۴۴/۱	۴۵/۷	۴۶/۷	۴۱/۹	۴۶/۲	۵۰	۴۲/۸	۴۵/۵	۴۵/۶	۴۳/۱	۴۹/۳	۴۵/۳	۴۳/۲	۴۵/۹	۴۲/۹
توانایی کار در شغل های عادی	۷۴/۵	۳۷/۹	۵۷/۱	۷۱/۳	۷۳/۴	۷۸/۵	۷۳/۹	۷۰/۱	۷۴/۷	۷۶/۹	۷۴/۱	۶۹/۳	۷۹	۷۳/۵	۷۵/۲	۷۱/۴
خطرناک بودن به علت رفتار خشونت آمیز	۵۲/۵	۴۹/۸	۵۵/۶	۵۳/۳	۴۸/۴	۵۵/۴	۶۰/۹	۵۷/۸	۵۲/۹	۴۹/۱	۴۹/۳	۵۸	۵۵/۱	۴۸/۱	۵۵/۱	۵۰
ترس از صحبت با بیمار	۱۷	*۱۳/۴	۱۲/۱	۲۰/۵	۱۶/۶	۱۵/۹	۱۰/۹	۲۰/۹	۱۶/۲	۱۵/۵	۱۴/۲	۲۰/۷	۲۰/۱	۱۷/۴	۱۶/۶	۲۱/۴
ناراحتی حین کار با بیمار	۴۰/۵	*۳۵/۹	۴۵/۷	۴۳/۱	۳۸/۳	۴۰/۶	۴۳/۵	۴۰/۶	۴۱/۴	۳۹/۶	*۳۶	۴۷/۳	۴۴/۹	۳۹/۷	۴۰/۷	۵۰
حفظ رابطه دوستی	۶۷/۹	*۷۱/۸	۶۳/۴	۶۵/۱	۷۰/۸	۶۶/۹	۶۵/۲	*۷۱/۱	۶۲/۳	۷۱/۲	۶۸/۳	۶۵/۳	۶۸/۷	۶۵/۹	۶۹/۳	۵۷/۱
قبول هم اتاقی با بیمار	۳۱/۳	*۳۴/۳	۲۷/۸	۲۸/۲	۳۵/۱	۲۹/۱	۳۰/۴	۳۲/۲	۳۴/۳	۲۷/۲	۳۲/۱	۲۶/۷	۳۲/۷	۲۷/۲	۳۳/۵	۳۵/۷
شرمندگی به دلیل داشتن بیمار در خانه	۲۴/۱	۲۲/۵	۲۵/۹	۲۹/۲	۲۱/۴	۲۴/۳	۱۹/۶	*۲۹/۴	۲۹/۳	۱۹	۲۳/۹	۲۳/۳	۲۵/۲	۲۵/۴	۲۲/۸	۴۲/۹
ازدواج با بیمار مبتلا	۱۲/۱	۱۲/۷	۱۱/۵	۱۵/۴	۹/۷	۱۱/۶	۱۷/۴	*۱۸/۲	۱۱/۱	۹/۵	۱۰/۱	۱۲/۷	۱۵/۹	۱۰/۱	۱۳	۲۱/۴

* موارد $p< ۰/۰۵$

درصد در مطالعه حاضر تنها در حدود ۳٪ به دست آمد. به هر حال به نظر می رسد در مطالعه حاضر نتایج به دست آمده از پاسخ به این سوال نمی تواند در بررسی علل وجود استیگما به این بیماری کمک کننده باشد.

آگاهی و نقطه نظرات نمونه مورد بررسی نسبت به بیماران اعصاب و روان توسط ۵ سوال مورد ارزیابی قرار گرفت. در نگاه کلی پاسخ به این سوال ها نشان دهنده استیگمای کمتری نسبت به مطالعه مشابه در نیجریه بود. در مطالعه حاضر تنها ۲۱٪ ذکر کرده بودند که این بیماران احتمالاً عقب ماندگی ذهنی هم دارند؛ در حالی که در مطالعه نیجریه این نسبت در حدود ۹۲٪ بود.[۲۲] ۹۵٪ افراد مورد بررسی در نیجریه معتقد بودند که این افراد در اجتماع ایجاد مزاحمت می کنند[۲۲]، در حالی که در مطالعه حاضر ۴۵٪ این نقطه نظر را داشتند. در مطالعه حاضر ۵۲٪ افراد ذکر کردند بیماران اعصاب و روان خطرناک هستند، در حالی که این نسبت در مطالعه نیجریه ۹۷٪ بود.[۲۲]

نگرش نمونه مورد بررسی توسط ۶ سوال بررسی شد. ۱۷٪ افراد مطالعه حاضر ترس از صحبت با این بیماران را ذکر کرده بودند، در حالی که تنها یک سوم مایل به داشتن هم خانه‌ای مبتلا به بیماری اعصاب و روان بودند. این نسبت ها در مطالعه نیجریه به ترتیب ۸۳٪ و ۸۱٪ بود.[۲۱] به نظر می رسد نگرش نمونه مورد بررسی در مطالعه حاضر نسبت به بیماران اعصاب و روان بسیار بهتر است. به هر حال تفاوت دو نمونه از نظر آداب و رسوم و سنن و سطح سواد مردم می‌تواند توضیحی برای این اختلاف ها باشد. در مطالعه نیجریه ۲۳/۴٪ بیسواد بوده و تنها ۱۴٪ بیش از ۱۳ سال تحصیل کرده بودند، که این نسبت در مطالعه حاضر در حدود ۴۰٪ بود.

در مطالعه حاضر در حدود ۶۸٪ امکان برقراری رابطه دوستی با این بیماران را ذکر کرده و ۲۱٪ حتی در مورد ازدواج با چنین بیمارانی نگرش منفی نداشتند. نمونه نیجریه تنها ۴٪ به این سوال پاسخ مثبت داده بودند.[۲۲]

در مطالعه دیگری که روی آگاهی افراد از بیمارهای روانی و واکنش مردم نسبت به این بیماران کار کرده بودند، نشان داده شد که اغلب افرادی که نگرش منفی به بیماران اعصاب و روان داشتند، از آگاهی کمتری نسبت به این بیماری برخوردار بودند و سن بالاتری داشتند.[۲۳] در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد افراد با تحصیلات کمتر اگرچه حفظ رابطه دوستی بیشتری با این بیماران را گزارش کردند، ولی شرمندگی بیشتری (۳۰٪ در برابر ۱۹٪)، به دلیل داشتن چنین بیماری در خانه گزارش کردند. قسمتی از این اختلاف را ممکن است بتوانیم به آگاهی کمتر افراد با تحصیلات پایین تر نسبت به بیماران اعصاب و روان نسبت دهیم.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

به هر حال، بومان (Baumann) معتقد است که نداشتن آگاهی از علل، علائم و روش‌های مختلف درمانی بیماری‌های اعصاب و روان در جمعیت و عدم تماس فردی با بیماران می تواند منجر به نگرش منفی و به دنبال آن ایجاد استیگما شود.[۲۴] در مورد تحلیل در زیر گروه ها، نتایج قابل توجهی به دست نیامد. در کل، نگرش مردان نسبت به این بیماران بهتر بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که علی‌رغم نمونه‌گیری تصادفی، تعداد مردان بیشتر بوده و افراد شاغل و با تحصیلات بالا، نسبت بیشتری را به خود اختصاص می‌دادند که می‌تواند در تعمیم نتایج ایجاد اختلال کند و شاید دلیلی برای به دست آمدن آگاهی و نگرش نسبتاً خوب در این مطالعه باشد. به هر حال با توجه به وجود قومیت‌های مختلف در سطح کشور نمی توان این نتایج را به سایر شهرها تعمیم داد و توصیه می‌شود در شهرهای دیگر این مطالعه انجام شده و آنالیز بر اساس زیر گروه های قومی نیز به دست آید. همچنین در این مطالعه آگاهی و نگرش به بیماران اعصاب و روان به طور کلی به دست آمده و به طور اختصاصی نسبت به هر بیماری ارزیابی نشد. به هر حال نگرش می تواند بر حسب نوع بیماری و شدت آن نیز متفاوت باشد.

نتایج این مطالعه علی رغم شواهدی دال بر استیگمای بیشتر در کشورهای آسیایی[۲۵] نسبت به کشورهای غربی به بیماران اعصاب و روان به طور کلی حاکی از نگرش خوب نمونه مورد بررسی نسبت به این بیماران بود و پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابه در سایر شهرها و به خصوص براساس برخی متغیرهای مهم نشانگر نگرش مردم بر این بیماری‌ها ارزیابی شود. در همین راستا، به علت اهمیت و شیوع بیماری‌های اعصاب و روان و اینکه استیگما محصول واکنش بین جامعه و افراد بیمار می‌باشد، می توان با انجام مداخلاتی در سطح جامعه در جهت افزایش آگاهی و نگرش افراد، در آن تغییر ایجاد کرد. با انجام مداخلات می‌توان تعامل بین افراد بیمار و جامعه را بهبود بخشید. می توان با مداخلات اجتماعی، روی افراد بیمار نیز کارکرده و ایجاد نگرش مثبت در آن ها را ایجاد کرده و یا افزایش داد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است و بدین وسیله نویسندگان مقاله از مسؤولین محترم کمال سپاسگزاری را دارند.

فهرست منابع

1. Younesi SJ. Stigma and infertility in Iran-coping skills. JRI; 2002. 3: 74-76.(Persian)

2. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European Psychiatry; 2005. 20: 529-39.

3. Angermeyer MC, Heiss S, Kirschenhofer S, Ladinser E, Loeffler W, Schulze B, et al. Die deutsche version des community-attitudes toward the mentally-ill (CAMI) inventors. Psychiatr Prax; 200. 30: 202-06.

4. Brehm JW. A theory of psychological reactance. San Diego: Academic Press; 1966.

5. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. Br J Psychiatry; 1993. 162: 93-99.

6. Piner KE, Kahle LR. Adapting to the stigmatizing label of mental illness: foregone but not forgotten. J Pers Soc Psychol; 1984. 47: 805-11.

7. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. Sociol Q; 1992. 33: 435-45.

8. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. J Pers Soc Psychol; 1988. 55: 738-48.

9. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Wasowski KU, Campion J, Mathisen J, et al. Stigmatizing attributions about mental illness. J Community Psychol; 2000. 28:

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

standing and attitudes towards epilepsy among Iranian ethnic groups. Seizure; 2009. 18: 369-73.

20. Younesi SJ, Akbar-Zardkhaneh S, Behjati Ardekani Z. Evaluating stigma among infertile men and women in Iran. JRI; 2006. 6: 531-45.

21. Haghighat R. A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest and routes to destigmtisation. Brit J Psychiat; 2001. 178: 207-15.

22. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. Brit J Psychiat; 2005. 186: 436-41.

23. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. Br J Psychiatry; 1996. 168: 191-98.

24. Baumann AE. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as 'stranger'. Int Rev Psychiatry; 2007. 19: 131-35.

25. Lauber C, Rossler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. Int Rev Psychiatry; 2007. 19: 157-78.

91-102.

10. Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: From badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press; 1992.

11. Seidler E. Von der Unart zur Krankheit. Dtsch Ärztebl; 2004. 101: 239-43.

12. Angermeyer MC, Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. Psychol Med; 1997. 27: 131-41.

13. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. Nord J Psychiatry; 1994; 48. 275-81.

14. Madianos MG, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis CN. Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. Acta Psychiatr Scand; 1987. 75: 158-65.

15. Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? J Health Soc Behav; 2000. 41: 188-207.

16. Mills CW. The sociological imagination. Oxford: Oxford University Press; 1967.

17. Statistical center of Iran. Population by sex, age group, and residence status: 1385 census [online]. Available at: http://amar.sci.org.ir/index-e.aspx. Accessed 19 June 2010

18. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community adjusted toward people with schizophrenia. Can J Psychiat; 2001. 46: 245-52.

19. Masoudnia E. Awareness, under-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Original Article

Mental illness stigma in city of Tehran, 2009

***M. Nojomi, MD,** Professor of Community Medicine, Fellowship of Clinical Epidemiology, Faculty of Medicine, Crossing of Shaheed Hemmat and Chamran Expressways, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author).
S.K Malakouti, MD, Associate Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
H. Ghanean, MD, General Physician, PhD Student of Social Psychiatry, Umea University, Sweden.
M.T. Joghataei, PhD, Professor of Anatomy, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
L. Jacobson, MD, Professor of Psychiatry, Umea University, Sweden.

* This study has been conducted under the financial support of Tehran University of Medical Sciences and Health Services.

Abstract

Background: The stigma associated with mental illness adds to the public health burden of mental illness itself. In general terms stigma is the status loss and discrimination triggered by negative stereotypes. To our knowledge, this is not any large scale study of knowledge of and attitudes towards mental illness in Iran. Therefore, the aim of this study was to determine the knowledge and attitude of a community sample towards mental illness in city of Tehran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in city of Tehran between April and December 2009. By a multistage random sampling of household respondents, 800 subjects were recruited in the study. A modified version of the questionnaire developed for the "World Psychiatric Association Program to Reduce Stigma and Discrimination" was used. The method of collecting data was interview by trained interviewers. We used SPSS V.13 software for describing and analyzing data. Chi-square was used for subgroup analyses.

Results: The mean age of sample was 37.5 years (14.7 yrs) with 53.3% being males. Most of them (70%) mentioned that mental illness is treatable out of hospital and 74% of them believed patients with mental illness could have ordinary jobs. About 68% had a positive attitude towards friendly relationship with mental illness patients. About 52.5% of the subjects believed that people with mental illness are dangerous because of their violent behaviors. Only 17% of subjects were afraid of having conversation with a mentally ill person. Generally, socio-demographic variables were not associated with knowledge and attitudes of peoples towards mental illness strongly.

Conclusion: There is not extensive stigmatization of mental illness in our sample. Compared to other similar studies, the views and attitudes of our sample towards mental illness were partially good and acceptable.

Keywords: Mental illness, Knowledge, Attitude, Stigma

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]