Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 4/ Winter 2017
Page: 27-38

# The relationships between self-esteem, demographic variables, psychiatric diagnosis and Frequency of hospitalization with mental illness stigma in psychiatric patients

**Sohrabi F[1], Esfandyari. G[2], Yousefi. F[3], Abdollahi N[4], Saed G[5], Bakhivushi Sh[6]**

1. M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Email: Fsohrabi20@gmail.com
2. M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3. Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
4. M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
5. Clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
6. Nurse, matron of ghods hospital Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

**Abstract:**

**Background:** This is an analytical-descriptive study aimed to evaluate the relations of self-esteem, demographic variables, psychiatric diagnosis, and Frequency of hospitalization with mental illness stigma in psychiatric patients of Ghods hospital of Sanandaj, 2014.

**Method:** Among all patient who have the inclusion criteria, those who admit informed consent (152 participant), complete questionnaires and other needed information's. Then other necessary data's were gives from the psychiatric documentations of the patients. Measures are Rosenberg's self-esteem Scale, Stigma scale. The 20th version of SPSS software was used to analyzing data's and it did through these statistical analyses: Pearson's Coloration Coefficient, independent T test, and One-way ANOVA.

**Findings:** The results shows that it doesn't any significant relations between age, gender, vocation, psychiatric diagnosis, duration and also frequency of hospitalization with stigma of mental illness but a significant negative correlation (-0/42) find between self-esteem and stigma.

**Conclusion:** It seems that stigma is a cultural variable and has a little associations with variables such as age, gender, vocation, psychiatric diagnosis, duration and also frequency of hospitalization. It may be that have other determinants that correlated with negative self-esteem.

**Key Words:** Stigma, Self-Esteem, Psychiatric illness, Demographic variables

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵
صفحات: ۳۸-۲۷

# رابطه عزت نفس، متغیرهای جمعیت شناختی، تشخیص روانپزشکی و تعداد دفعات بستری با استیگما در بیماران روانپزشکی

**فاتح سهرابی[۱]، غلامرضا اسفندیاری[۲]، دکتر فایق یوسفی[۳]، نرمین عبدالهی[۴]، گل‌نیا ساعد[۵]، شهین باخویشی[۶]**

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
Email: Fsohrabi20@gmail.com

۲- روان شناس، عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵- کارشناسی روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۶- پرستار، مترون بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

**چکیده:**

**هدف:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به دنبال بررسی رابطه عزت نفس، متغیرهای جمعیت شناختی، تشخیص روانپزشکی و تعداد دفعات بستری با استیگما در بیماران روانپزشکی بود

**روش:** بیمارانی که شرایط ورود به تحقیق را داشتند و رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق را پر کرده بودند (۱۵۲ نفر) پرسشنامه‌ها اطلاعات مربوطه را تکمیل کردند. سایر اطلاعات با مراجعه به پرونده بیماران اخذ گردید. پرسشنامه‌های عزت نفس روزنبرگ، و مقیاس استیگما مورد استفاده قرار گرفتند. تحلیل نتایج با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS، و از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون، t مستقل، و تحلیل واریانس یک طرفه انجام شد.

**یافته‌ها:** بین متغیرهای سن، جنسیت، شغل، تشخیص روانپزشکی، طول مدت بیماری و همچنین تعداد دفعات بستری با استیگما ارتباط معناداری وجود ندارد اما بین عزت نفس و استیگما همبستگی منفی معنی‌دار (۰/۴۲-) بدست آمد.

**نتیجه‌گیری**: بنظر می‌رسد که استیگما عمدتاً یک متغیر فرهنگی است و ارتباطی اندکی با سایر متغیرها مثل سن، جنس، تشخیص روانپزشکی، مدت بیماری و سایر متغیرهای جمعیت شناختی داشته باشد عوامل دیگری در آن دخیل است که با عزت نفس پایین افراد همراه است.

**کلید واژه‌ها**: استیگما، عزت نفس، بیماری روان پزشکی، متغیرهای جمعیت شناختی

## مقدمه

آثار جامعه شناس مشهور اروینگ کافمن در دهه‌ی ۱۹۶۰ توجه عموم را به پدیده‌ی استیگما جلب کرد و بعد از گذشت چند دهه همچنان یکی از موضوعات اصلی در نشریات است (فلان[1]، ۲۰۰۲؛ توکلی و همکاران ۲۰۰۷). استیگما حاکی از داغ زدگی است به گونه‌ای که فرد از محیط خویش بخاطر دلایل فیزیکی یا روانی متمایز شده است و هنگامی که افراد تشخیص پزشکی در مورد دردهای جسمانی دریافت می‌کنند معمولاً انگ یا داغ اجتماعی این تشخیص تا اندازه‌ای خفیف است اما برعکس برای بیشتر تشخیص‌های روانپزشکی پیامدهای بالقوه آسیب‌زایی وجود دارد (گراث[2]، ۲۰۰۷). به طور کلی اغلب اختلالات روانپزشکی نوعی احساس عجیب و غریب بودن و ناخوشایند را در مردم ایجاد می‌کند و همین باعث ایجاد استیگما و مشکلات اجتماعی در مورد آن شده است (سوسا، مارکوس، کارول و کویروس[3]، ۲۰۱۲). به همین دلیل از آن بعنوان عامل مهمی در ممانعت از جستجوی سرویس‌های بهداشت روان یاد می‌کنند (زارتالودی، مادیانوس[4]، ۲۰۱۰؛ ووگل، بیت‌من، هامر و وید[5]، ۲۰۱۳).

این پدیده در جمعیتهای مختلفی از بیماران مشاهده شده است. از قبیل بیماران مبتلا به ایدز (رحمتی، نیکنامی، امین شکروی و راوری، ۲۰۱۲)، بیماران نابارور از لحاظ جنسی (یونسی، اکبری و بهجتی، ۲۰۰۵)، افراد ناتوان ذهنی، معتادان، معلولین، و خصوصا بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی (میرزائی، ۲۰۱۱). افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی در تمام مراحل بیماری چه شروع بیماری، چه دوره درمان، بهبودی و حتی زمانیکه از آن فاصله گرفته‌اند نیز تحت تاثیر استیگماها قرار دارند (شفر[6]، ۲۰۰۸؛ کریمیان، ۲۰۱۱). افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، خصوصاً آنهایی که بستری شده‌اند، معمولاً دچار عوارض هیجانی عمیق و با دوامی می‌شوند (آشبرگر و سارتوریوس[7]، ۲۰۰۶). آنان معتقدند که از طرف دیگران طرد شده و این امر با حس تعلق آن‌ها تداخل پیدا می‌کند، خصوصاً آنهایی که حمایت اجتماعی کمتری داشته و توانایی‌های روانی اجتماعی کمتری دارند (کوریگان[8]، ۲۰۰۴). بر اساس تحقیقی (تسانگ، تان، چان و چونگ[9]، ۲۰۰۳) که در مورد منابع حمایتی بیماران روانی انجام شد خیلی از مسائلی که این بیماران تحمل می‌کنند به استیگما و فقدان سرویس‌های بازتوانی مربوط به سلامت بر می‌گردد و بعضی از نگرانی‌های این افراد ناشی از استیگماهای اجتماعی است که موجب ناامیدی، اضطراب، عزت نفس پایین و درماندگی آنان شده است. استیگماها باعث می‌شود که دو سوم افرادی که مشکلات روانی دارند، از جستجوی کمک خودداری کنند (نهاد سلامت عمومی کانادا[10]، ۲۰۱۲). در مطالعه‌ی دیگر استیگما عامل ایجاد حالت‌های افسردگی و کاهش اعتماد به نفس معرفی شده است (ریشتر و فلان[11]، ۲۰۰۴). استیگماها نه تنها موجب کاهش ارتباطات اجتماعی افراد می‌شود، بلکه موجب جلوگیری از کمک خواهی برای درمان و پیگیری درمانی می‌شود که خودبخود خطر تشدید علایم و همچنین خودکشی را بالا می برد و از آن به عنوان یکی از عوامل خودکشی یاد کرده‌اند (پامیلی، ماچینلی و تاتارلی[12]، ۲۰۰۳).

1. Phelan
2 .Groth
3. Sousa, Marques, Curral & Queirós
4. Zartaloudi & Madianos
5 .Vogel & Bitman

6 .Scheffer
7 .Aichberger & Sartorius
8 .Corrigan
9 .Tsang, Tam, Chan & Cheung
10 . Public Healthy Agency of Canada
11 .Rishter & Phelan
12 .Pompili, Moncinili & Tatarelli

این امر پدیده‌ای است که در اکثر جوامع نیز مشاهد می‌شود (انگرمیر و ماتشینگر[1]، ۲۰۰۳). مطالعه‌ای نشان داد علی‌رغم اینکه فرهنگ اسلامی دیدگاه مثبت و پذیرایی در مورد بیماری (جسمانی و روانی) دارد و دلایلی مانند آزمایش الهی، تقدیر و ... ، برای توجیه آن در نظر گرفته می‌شود، اما همچنان استیگماهای اجتماعی عامل مهم و تاثیرگذاری هستند (سیفتی، جونز و کوریگان[2]، ۲۰۱۳). تاثیر این استیگماهای اجتماعی[3] موجب شکل گیری خود-استیگما[4] در فرد شده و تبعاتی که به دنبال آن ایجاد می‌شود معمولاً ناشی از این بُعد از استیگماهاست (میشل، لوپز، راش و کوریگان[5]، ۲۰۱۲).

یکی از این متغیرهای درونی عزت نفس است که با توجه به تئوریهای روان شناختی استیگماها باید با کاهش عزت نفس همراه باشند اما داده‌های تجربی هنوز این امر را مورد حمایت قرار نداده‌اند (کراکر و ماژور[6]، ۱۹۸۹). در پژوهشی به بررسی رابطه عزت نفس و استیگما پرداخته شد. نتیجه پژوهش نشان داد اگرچه افراد از نتایج منفی استیگماها آگاه بودند، اما گاهی آن را نمی‌پذیرند و رد می‌کنند (کمپ، فینالی و لیون[7]، ۲۰۰۲). در بعضی از مطالعات داخلی تاثیر منفی استیگماها را بر روی بیماران بررسی نموده و تایید کرده‌اند (نجومی، ملکوتی، قانعان، جغتایی و جاکوبسون، ۲۰۱۰؛ ضیاییها، زیدی و پاکپور، ۲۰۱۲). به طور کلی اغلب شواهد حاکی از تاثیرات منفی استیگماها و نتایج زیان بار آنها بر زندگی بیماران روانی است.

در پژوهشی که به منظور بررسی میزان درونی سازی استیگما در بیماران پسیکوتیک انجام شد، نشان داد که استیگما مشکلاتی را برای افراد ایجاد می‌کند و همزمان با آن تاثیر روان شناختی عمیقی بر آنان خواهد گذاشت (ریشتر و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی دیگر که به بررسی رابطه عزت نفس پایین و استیگما پرداخته شد نتایج نشان داد اگرچه افراد از نتایج منفی انگ آگاه هستند اما همیشه و به طور قطع آن را نمی پذیرند و رد می‌کنند (کمپ و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین شواهد قطعی بر تاثیر استیگما ها هنوز وجود ندارد، آن‌ها در پایان عنوان کردند که برداشت ذهنی افراد نقش مهمی را زمینه تاثیرات استیگما ایفا می کند. در اکثر مطالعات داخلی تاثیرات منفی استیگما تایید شده است (نجومی و همکاران، ۲۰۱۰؛ ضیاییها و همکاران، ۲۰۱۲). برای مثال در مطالعه‌ای که با عنوان بررسی استیگما و بیماری اعصاب و روان در شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد، نتایج تاثیرات منفی استیگما را تایید کرد اما میزان تاثیری که تصور می‌شد را تایید نکرد (نجومی و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهشی دیگر که به بررسی میزان رابطه استیگما بر عزت نفس بیماران روانی پرداخته شد، نشان داد که بین استیگما و عزت نفس در بیماران روانی همبستگی منفی معنادار وجود دارد (کینگ و همکاران، ۲۰۰۷).

از مطالعات یاد شده می‌توان نتیجه گرفت علی‌رغم اینکه در بسیاری از پژوهش‌ها به تاثیر منفی استیگماها اشاره شده است، اما شواهد معدودی نیز وجود دارد که استیگماها تاثیر منفی مستقیمی ندارند. با توجه به اینکه مطالعات معدودی در این زمینه در کشورمان انجام شده است و اکثر مطالعات به تاثیر کلی استیگماها پرداخته‌اند، مطالعه‌ی حاضر به دنبال بررسی استیگماها و ارتباط آن با عزت نفس، متغیرهای جمعیت شناختی،

1 .Angermeyer & Matschinger
2.Ciftci, Jones & Corrigan
3. public-stigma
4. self-stigma
5 .Michael, Lopez, Rush & Corrigan
6 .Crocker & Major
7. Camp, Finaly & Lyons

تشخیص روانپزشکی و تعداد دفعات بستری در جمعیت بیماران بیمارستان قدس می‌باشد.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به بررسی تمام بیمارانی که در فاصله زمانی نیمه دوم ۱۳۹۳ تا نیمه اول ۱۳۹۴ در بیمارستان قدس سنندج بستری شده بودند، پرداخته است. جامعه‌ی آماری شامل تمامی بیمارانی بود که در بازه‌ی زمانی مذکور در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج بستری بودند. نمونه پژوهش برابر با جامعه آماری بود. برای انتخاب بیماران مورد مطالعه ابتدابه پرونده بستری آنها مراجعه شد و تمامی بیمارانی که شرایط تکمیل پرسشنامه‌ها را داشتند و فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل کرده بودند،در پژوهش شرکت داده شدند. *ملاک‌های ورود* عبارت بودند از: داشتن سواد در حد خواندن و درک پرسشنامه‌ی پژوهش، گذشت حداقل یک سال از نخستین بستری، تشخیص قطعی روانپزشکی بیمار و کنترل نسبی علایم روانپزشکی. *ملاک‌های خروج* شامل نداشتن اختلال شناختی ونقص هوشی بود. در پایان تعداد ۱۵۲ نفر از بیماران پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند. ضمناً انجام پژوهش به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان رسیده است.

ابزارهای پژوهش شامل:

**۱) مقیاس عزت نفس روزنبرگ:** مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، یکی از رایج ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت نفس است (بارنت و رایت[1]، ۲۰۰۲). این پرسشنامه شامل ده سؤال است که بصورت گزینه-های موافق و مخالف می‌باشد، که مجموع نمره‌ی آن در فاصله‌ی بین ۱۰- (کمترین عزت نفس) و ۱۰+ (بیشترین عزت نفس) می‌باشد. این مقیاس، عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد و نسخه ایرانی آن توسط علیزاده اعتباریابی شده است و شامل ده عبارت است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ قرار دارد، همچنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت نفس به دست داده است (علیزاده، ۲۰۰۳).

**۲)مقیاس استیگما:** این مقیاس توسط مایکل کینگ و همکاران در سال ۲۰۰۷ به منظور بررسی استیگماهای بیماران روانپزشکی ساخته شد. فرم اولیه آن ۴۲ سؤالی بوده و فرم نهایی آن ۲۸ سوالی است که اعتبار و پایایی مناسب را داشته است و در مقیاس لیکرتی ۵ سطحی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. به طور کلی سه جنبه‌ی افشاگری، جنبه‌های مثبت و تبعیض را اندازه می‌گیرد. ابتدا پرسشنامه از انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس توسط دونفر دیگر مجدداً به انگلیسی ترجمه شده و متن ترجمه شده به فارسی برگردانده شد و با متن ترجمه شده اولیه مقایسه گردید و درپایان متن نهایی آن توسط اساتید گروه روانپزشکی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. اعتبار درونی آن در نسخه‌ی انگلیسی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است و همینطور ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از سه خرده مقیاس افشاگری ۰/۸۵، تبعیض ۰/۸۷ و خرده مقیاس جنبه‌های مثبت ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ را داشته است. آلفای کرونباخ در نسخه ترجمه شده از نمونه چهل نفری بیماران مرکز روانپزشکی قدس که توسط پژوهشگران حاضر انجام شد، ۰/۹۱ به دست آمد و برای هر یک از سه خرده مقیاس افشاگری، تبعیض و

1 .Burrent & Wright

جنبه‌های مثبت به ترتیب آلفای کرونباخِ ۰/۶۸، ۰/۹۰، و ۰/۷۱ بدست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ مورد استفاده قرار گرفت. از آماره‌های توصیفی جداول فراونی و شاخص‌های مرکزی و از روشهای ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل، و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید.

## یافته‌ها

در این مطالعه که با هدف بررسی استیگما در بیماران روانپزشکی انجام شد، تعداد ۱۵۲ (۱۱۱ مذکر (۷۳٪)، ۴۰ نفر مؤنث (۲۷٪)). نفر از بیمارانی که در بیمارستان قدس سنندج بستری بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲ سال و کمترین و بیشترین سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۳ و ۶۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰ بود. بیشتر شرکت-کنندگان در فاصله سنی ۱۹تا ۳۱ سال قرار داشتند. ۶۰٪ از شرکت کنندگان مجرد، ۳۰٪ متأهل و بقیه نیز مطلقه و یا بیوه بودند. ۴۰٪ از شرکت‌کنندگان تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۰٪ تحصیلات در سطح دبیرستان، و بقیه شرکت‌کنندگان تحصیلاتی در سطوح بالاتر و دانشگاهی را داشتند. ۳۸٪ از شرکت‌کنندگان بیکار، ۴۵٪ شغل نیمه وقت و آزاد، ۵٪ مشاغل رسمی و دولتی را داشته و بقیه شرکت‌کنندگان سرباز، دانشجو و یا بازنشسته بودند. در مجموع تمام بیماران هشت تشخیص روانپزشکی را شامل می‌شدند (اسکیزوفرنی ۴۰٪، اختلال دوقطبی ۲۰ ٪، ۲۱٪ اختلال افسردگی اساسی و سایر شرکت‌کنندگان تشخیص‌هایی ازقبیل وسواس فکری- عملی، مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال تبدیلی داشتند). بیشترین تعداد دفعات بستری در بین بیماران گروه نمونه ۲۵ نوبت بستری بود. ۲۰٪ از بیماران یک نوبت بستری و سایر بیماران از ۲ الی ۲۴ نوبت بستری را در طول عمر داشته‌اند.

جدول ۱ نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای استیگما، عزت نفس، سن، طول مدت بستری، تحصیلات و تعداد دفعات بستری را نشان می-دهد. بین عزت نفس و استیگما همبستگی منفی معنی-دار بدست آمد. (P<۰/۰۱). همبستگی معناداری بین استیگما و متغیرهای سن (P=۰/۲۵) طول مدت بستری (P=۰/۶۱)، و تعداد دفعات بستری (P=۰/۶۴) مشاهده نشد.

**جدول ۱: نتایج ماتریکس همبستگی پیرسون برای متغیرهای استیگما، عزت نفس، سن، طول مدت بستری، و تعداد دفعات بستری**

| متغیر | استیگما | عزت نفس | سن | طول مدت بستری | تعداد دفعات بستری |
|---|---|---|---|---|---|
| **استیگما** | – | | | | |
| **عزت نفس** | **۰/۴۲-** | – | | | |
| **سن** | ۰/۱۱۵ | ۰/۰۷۷ | – | | |
| **طول مدت بستری** | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۸۳- | **۰/۲۲۶** | – | |
| **تعداد دفعات بستری** | ۰/۰۴۷- | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۰۴ | **۰/۵۵۸** | – |

P<**(معناداری در سطح آلفای یک صدم) ۰/۰۱

P<*(معناداری در سطح آلفای پنج صدم) ۰/۰۵

برای بررسی رابطه بین استیگما و تشخیص روانپزشکی از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی رابطه‌ی بین تشخیص‌های روانپزشکی و میزان استیگما معنادار نبود (جدول ۲).

برای مقایسه وضعیت تاهل با استیگما از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که در جدول ۳ آورده شده است. شرکت‌کنندگان از لحاظ وضعیت تاهل در میزان استیگما تفاوت معنی‌داری نداشتند.

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای تفاوت بین متغیرهای تشخیص روانپزشکی، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات در استیگما**

| | منابع تغییر | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | Partial Eta. S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| تشخیص روانپزشکی با استیگما | آزمون | ۴۷۵/۸۸۱ | ۵۹/۴۸ | ۰/۶۲۷ | ۰/۷۵۳ | |
| | اثر اصلی گروهها | ۸۷۲۹/۹۰ | ۹۴/۸۹ | | | |
| | خطای باقیمانده | ۹۲۰۵/۷۸ | | | | |
| وضعیت تاهل با استیگما | آزمون | ۵۰۰/۶ | ۱۶۶/۸۶ | ۱/۸۴ | ۰/۱۴۵ | ۰/۰۵۵ |
| | اثر اصلی گروهها | ۸۶۱۶/۰۸ | ۹۰/۶۹ | | | |
| | خطای باقیمانده | ۹۱۱۶/۶۸ | | | | |
| شغل با استیگما | آزمون | ۱۵۶/۴۸ | ۳۹/۱۲ | ۰/۴۱۰ | ۰/۸۰۱ | |
| | اثر اصلی گروهها | ۹۳۴۸/۹ | ۹۵/۳۹ | | | |
| | خطای باقیمانده | ۹۵۰۵/۴ | | | | |
| تحصیلات با استیگما | آزمون | ۶۵/۱۷۸ | ۱۰/۸۶ | ۰/۱۱۰ | ۰/۹۹۵ | |
| | اثر اصلی گروهها | ۹۴۴۰/۲۳ | ۹۸/۳۳ | | | |
| | خطای باقیمانده | ۹۵۰۵/۴ | | | | |

نتایج مربوط به تحلیل واریانس یک طرفه در ارتباط با شغل آزمودنی‌ها و تفاوت میزان استیگما در آنها در جدول ۲ آورده شده است. تفاوت معناداری در میزان استیگما در بین مشاغل شرکت‌کنندگان وجود نداشت. جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی تفاوت نمره استیگما با تحصیلات را نشان می‌دهد. شرکت‌کنندگان در سطوح تحصیلی مختلف در میزان استیگما تفاوت معناداری را نشان ندادند. جدول ۳ تفاوت میزان استیگما در جمعیت زنان و مردان را نشان می‌دهد. رابطه معناداری بین دو متغیر یافت نشد.

**جدول ۳: نتایج آزمون t برای گروههای مستقل**

| جنسیت | فروانی | میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | t | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| زن | ۲۶ | ۵۹/۷۳ | ۷/۱۶ | ۱۰۱ | -۰/۵۶۰ | ۰/۵۵۷ |
| مرد | ۷۷ | ۶۰/۹۶ | ۱۰/۳۸ | | | |

## بحث و نتیجه‌گیری

تأثیر اختلالهای روانی را نمی‌توان به راحتی ارزیابی کرد و بحث از ارزیابی تاثیرات این اختلال‌ها چه از لحاظ پیش‌زمینه‌های آن و چه فرآیندهای آن دشوار است. به این خاطر که این مسایل از علل متعددی ناشی شده و بر همین اساس تبعات متعدد و پیچیده‌ای در بر دارند.

بطور کلی هر چند که شواهد متضادی در زمینه استیگما وجود دارد، بعضی مطالعات اشاره کرده‌اند که میزان آن خصوصاً در کشورهای در حال توسعه بالاست (لابر و روسلر[1]، ۲۰۰۷؛ عابدی، اکبری و منزوی، ۲۰۰۳) مطالعات دیگری چنین شواهدی را در این زمینه به دست نیاورده‌اند (نجومی و همکاران، ۲۰۱۰). هر چند که نتایج مطالعه حاضر میزان استیگمای بیشتری را در بیماران گروه نمونه نشان داد که این میزان ارتباط معناداری با متغیرهایی مانند سن و جنس و تاهل و غیره نداشت. همچنین در رابطه با ارتباط بین استیگما و متغیرهایی از قبیل تعداد دفعات بستری، تشخیص روانپزشکی، و طول مدت بستری ارتباط معنی داری یافت نشد. اما ارتباط استیگما و عزت نفس همبستگی منفی معنی‌دار را نشان داد. بنظر می‌رسد شواهد بیشتری در تایید استیگما وجود دارد. بهرحال، پرداختنِ کلی به این موضوع نیز می‌تواند گیج‌کننده باشد بلکه باید به تمایز جنبه‌های مختلف از برچسب‌ها پرداخت (آنگرمایر و همکاران، ۲۰۰۳).

در مطالعه انگرمایر و ماتچینگر (۲۰۰۳)، حتی به تفکیک نوع استیگما با نوع بیماریهای روانی پرداخته شده است. آنان اذعان می‌دارند که باید جنبه‌های مختلف استیگما را نیز با توجه به تشخیص مد نظر داشت و برای برنامه مداخلات اجتماعی بر اساس آنها کار کرد. اما آنچه که در این مطالعه مشاهده شد عدم تمایز خاص تشخیصی بود به اینصورت که تشخیص روانپزشکی ارتباط معناداری با نوع خاصی از استیگما نداشت. بنظر می‌رسد که مسئله تا حدودی فرهنگی باشد. مردم در جوامع در حال توسعه تنها ابتلا به بیماری روانی نقش استیگما را بازی می‌کند اما در جوامع پیشرفته‌تر به دلیل عوامل متعدد از قبیل بهبود سطح عملکرد و آگاهی عمومی مردم و رسانه‌ها جنبه‌های مختلف استیگما برای عموم مردم به میزان بیشتری قابل تفکیک است. برای مثال کلمه سایکوپات که در جامعه‌ای مثل آمریکا شایع است به افرادی که تجارب سایکوتیک داشته باشند القا می‌شود نه کسی که از افسردگی رنج می‌برد، اما در جامعه‌ای همانند جامعه ایران صرفاً بستری روان پزشکی و مراجعه نزد روان پزشک یا روان شناس آسیب‌زا و استیگمازا تلقی می‌شود تا تشخیص خاص روانپزشکی. اینگونه می‌توان خلاصه کرد استیگمای بیماری روانپزشکی یک عامل منفی در معرفی وبیان بیماری، درمان و پیگیری آن می-باشد که چه در ادراکات اجتماعی و چه در نمایه‌های تلویزیون و رسانه‌ها جلوه‌گر می‌شود. بنابراین تفاوتی بین افراد با بیماری روانی خاص وجود ندارد و در نهایت تأثیرات آن فارغ از میزان آسیب شناختی و نشانه

1 .Lauber & Rossler

شناسی و شدت نشانگان بیماری نگرش بیمار را برای جستجوی درمان و کمک مراکز سلامت روان تحت تأثیر قرار می‌دهد (ریگلی، جکسون، جوود و کومیتی، ۲۰۰۹). در واقع می‌توان گفت که استیگما در جامعه ما یک عامل کلی است که تصورات تبعیض‌آمیزی را نسبت به تمامی بیماران روانپزشکی و مراجعان روان شناسی در برمی‌گیرد.

امروزه نتایج چند مطالعه نشان داده است که با کارگاه‌های آموزشی هر چند کوچک می‌توان به تغیر عقاید و افکار کلیشه‌ای که به استیگماها مربوط می‌شود اقدام کرد (پینفولد، استوارت، تورنی کرافت و فلورز، ۲۰۰۵؛ ولف، پاتر و کاریگ، ۱۹۹۶؛ جیناکوپولوس و همکاران، ۲۰۱۲). هر چند که به طور رسمی در کشورمان مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده یا حداقل به دست نویسندگان نرسیده است، اما در هر حال یکی از بیشترین تلاشها در این زمینه برای کاهش مشکلات بیماران روانی ایجاد دوره‌ها، کارگاه‌ها، کلاسهای آموزشی نه فقط برای بیماران و یا خانواده آنان بلکه برای عموم مردم می‌باشد.

نتایج پژوهش بین استیگما و عزت نفس همبستگی منفی معنی‌داری را نشان داد. به اینصورت که به موازات افزایش میزان استیگما در فرد عزت نفس وی کاهش پیدا می‌کند و به همین صورت کاهش میزان استیگما با افزایش عزت نفس آنان همراه است. هر چند که در مطالعه کمپ و همکاران (۲۰۰۲) اذعان می‌دارند که برای بررسی تاثیر استیگما باید به متغیرهای شناختی بیماران بیشتر توجه کرد و آن را لزوما با کاهش عزت نفس همراه نمی‌دانند، مطالعات مختلفی این رابطه را مد نظر داشته‌اند و بررسی کرده‌اند و اغلب نتایج حاکی از آن است که استیگما با عزت نفس پایین ارتباط دارد (ووگل و همکاران، ۲۰۱۳؛ کراکر و همکاران، ۱۹۸۹؛ کوریگان، واتسون و بار، ۲۰۰۶).این نتایج با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. بنظر می‌رسد که یکی از تاثیرات آن را می‌توان در پدیده **"چرا تلاش"** جستجو کرد که در مطالعات به آن اشاره شده است (کوریگان، لاروس و راش، ۲۰۰۹). این پدیده یا اثر به این مطلب اشاره دارد که زمانی که فرد خود را مستاصل و ناکام در تغییر استیگما دانست حالتی روانی در وی ایجاد می‌شود که برای چه چیزی تلاش کند، که می‌تواند ارتباط مستقیمی با افت عزت نفس فرد داشته باشد. برای مثال بعضی از گویه‌های موجود در آزمون استیگما چنین بود که "دوس دارم بیماری ام را از دیگران پنهان کنم" یا "از اینکه به دیگران بگویم که بخاطر بیماری روانی‌ام دارو مصرف می‌کنم اجتناب می‌کنم"، بیشتر از ۹۵ درصد بیماران آن را کاملاً تایید کرده‌اند. این پدیده اثر مستقیمی در ایجاد چرخه‌ی استیگما که با تبعات خاص بیماری همراه شده و با هم در تشدید و بدتر شدن سیر بیماری همکاری می‌کنند. تاثیرات این کاهش خودکارامدی و استیگمای مربوط به خود و همچنین اثر "چرا تلاش" را می‌توان با آموزشهایی که باعث ترفیع و تقویت این افراد می‌شوند، کاهش داد (کوریگان و همکاران، ۲۰۰۶).

تحقیق حاضر با مشکلاتی روبرو بود. یکی از آنها نداشتن سواد خواندن و نوشتن اکثر بیماران بود. به دلیل اینکه پرسشنامه‌ها و آیتم‌های مورد بررسی نیازمند میزانی از سواد خواندن و نوشتن بود و تعدادی از بیماران از چنین شرایطی برخوردار نبودند به همین دلیل ممکن است که تعمیم نتایج را به تمامی بیماران روانپزشکی با مشکل مواجه سازد. به همین صورت برای پژوهشهای آتی تدوین برنامه‌های پژوهشی که چنین مشکلی را رفع کند مانند پژوهش‌های کیفی و استفاده از روشهای دیگر از جمله مصاحبه و غیره می‌تواند سودمند باشد و امکان تعمیم نتایج را با دقت بیشتری فراهم نماید. همچنین در محتوای استیگماها

تفاوتهای فرهنگی وجود دارد که به نظر می‌رسد برای اینکه بتوان برنامه‌های نظام‌مندی را برای کاهش و مبازره با استیگماها (در سطوح مختلف پیشگیری) تدوین نمود هر جامعه‌ای نیاز مندشناخت این تفاوتهاست. این مطلب نیز می تواند موضوعی مناسب برای تحقیقات آتی باشد.

**تشکر و قدردانی**

این پژوهش که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است، حاصل زحمات عزیزانی است که همواره در تمامی مراحل تحقیق به ما کمک کرده و همراهمان بودند، صمیمانه از تمامی آنان تشکر می‌کنیم.

**References**

Abedi, F. Akbari, M.R. & Monzavi, SM., (2013) Evaluation of Stigma toward HIV Virus carriers in medical students. *Majale Sazeman nezam pezeshki Mashhad*, 17(3), 125-127.

Aichberger, M. & Sartorius, N., 2006. *The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia*. Annotated bibliography of selected publications and other material related to stigma and discrimination. The World Psychiatric Association Presents.

Alizadeh, T. Farahani, M.N. Shararay, M. & Alizadegan, Sh., 2007. Evaluating the relationship between self-esteem and source of (external-internal) with Male and female infertility stress in the Tehran. *Faslname fertility and infertility*, spring 1394, 194-204. [In Persian].

Angermeyer, M.C. & Matschinger, H., 2003. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), pp.304–309. Available at: http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x.

Burent, S. & Wright K., 2002. The relationship between connectedness with family and self-esteem in university students., Department of sociology, Furnam university.

Camp, D., Finlay, W.M. & Lyons, E., 2002. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), pp.823–834. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00205-2.

Ciftci, A., Jones, N. & Corrigan, P.W., 2013. Mental Health Stigma in the Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1). Available at: http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.102.

Corrigan, P., 2004. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), pp.614–625. Available at: http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614.

Corrigan, P.W., Larson, J.E., & Roch, N., 2009. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), pp.75–81. Available at: http://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.

Corrigan, P.W., Watson, A.C. & Barr, L., Self–Stigma in Mental Illness Scale. *PsycTESTS Dataset*. Available at: http://dx.doi.org/10.1037/t13930-000.

Crocker, J. & Major, B., 1989. Social stigma and self-esteem: The Self-properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608-630.

Giannakopoulos, G. et al., 2012. Effectiveness of a school-based intervention for enhancing adolescents' positive attitudes towards people with mental illness. *Mental Illness*, 4(2), p.16. Available at: http://dx.doi.org/10.4-081/mi.2012.e16.

Groth, GM., 2007. *Handbook of psychological assasement*. Translated Pashasharifi H, Nik-kho M, Tehran. Sokhan publication, [In Persian].

King, M. et al., 2007. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness.

The British Journal of Psychiatry, 190(3), pp.248–254. Available at: http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638.

Karimian, S., 2011. *Mental health and stigmatization*. Special mental health and addiction prevention. p 14. [In Persian].

Lauber, C. & Rössler, W., 2007. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. International Review of Psychiatry, 19(2), pp.157–178. Available at: http://dx.doi.org/10.1080/09540260-701278903.

Michaels, PJ. Lopez, M. Rush, N. & Corrigan, PW., 2012. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education*, 4(2), 183-194.

Mirzaei, M., 2011. The important role of mental health. *Health Magazine,* 29, 32p. [In Persian].

Nojomi, M. Malakouti, SK. Ghanean, H. Joghtaei, MT. & Jacobson, L., 2010. Mental illness stigma in city of Tehran, 2009. *Razi Journal of Medical Sciences*, 17(78), 45-52. [in Persian].

Phelan, J.C., 2002. Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in Neurosciences,* 25(8), pp.430–431. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/s0166-2236(02)02209-9.

Public Healthy Agency of Canada., 2012. Together against stigma. Mental Health Commission of Canada, the Canadian Human Rights Commission, the World Psychiatric Association Scientific Section on Stigma and Mental Health, and the Public Health Agency of Canada, June 4-6.

Pompili, M. Mancinelli, I. & Tatarelli, R., 2003. Stigma as a cause of suicide. The British Journal of Psychiatry, 183(2), pp.173–174. Available at: http://dx.doi.org/10.1192/bjp.183.2.173-a.

Pinfold, V. Stuart, H. Thornicroft, G. & Florez, JA. (2005) Working with young people: The impact of mental health awareness programmes in schools in the UK and Canada. *world psychiatry,* 4(1), 48-52.

Rahmati-Najarkolaei, F. et al., 2010. Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. Journal of the International AIDS Society, 13(1), p.27. Available at: http://dx.doi.org/10.1186/1758-2652-13-27.

Ritsher, J.B. & Phelan, J.C., 2004. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Research, 129(3), pp.257–265. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003.

Scheffer, R., 2003. Addressing Stigma: Increasing Public Understanding of Mental Illness. *Public Education and Information Services Centre for Addiction and Mental Health,* 28, 1-10.

Sousa, S. de et al., 2012. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. Trends Psychiatry Psychother., 34(4), pp.186–197. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/s2237-60892012000400004.

Tavakoli, S. Kavyani, H. Sharifi, V. Sadeqi, M. & Fotohi, A., 2007. Examine the components of cognitive, emotional and behavioral stigmatizing people with mental illness. *The news of cognitive science*, 8 (2), 31-43.[In Persian].

Tsang, H.W.H. et al., 2003. Sources of burdens on families of individuals with mental illness. International Journal of Rehabilitation Research, 26(2), pp.123–130. Available at: http://dx.doi.org/10.1097/00004356-200306000-00007.

Vogel, D.L. et al., 2013. Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. Journal of Counseling Psychology, 60(2), pp.311–316. Available at: http://dx.doi.org/10.1037/a0031889.

Wolff, G. et al., 1996. Community attitudes to mental illness. The British Journal of Psychiatry, 168(2), pp.183–190. Available at: http://dx.doi.org/10.1192/bjp.168.2.183.

Wrigley, S. et al., 2005. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39(6), pp.514–521. Available at: http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01612.x.

Younesi, SJ. Akbari, ZS. & Behjati Z., 2005. Evaluating stigma in Iranian infertile men and women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 531-548.

Zartaloudi, A. & Madianos, M.G., 2010. Mental Health Treatment Fearfulness and Help-Seeking. Issues in Mental Health Nursing, 31(10), pp.662–669. Available at: http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2010.490929.

Ziaeeha, M. Zeidi, IM. & Pakpour-Haji-agha, A., 2012. Attitude of health and paramedical students towards patients with intellectual disability and severe mental health problems. *The Journal of Medical Education & Development*, 5(20), 3-9. [In Persian].