

بررسی مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زدن به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی

دکتر سامان توکلی^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسین کاویانی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی تهران

دکتر وناداد شریفی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی تهران

دکتر مجید صادقی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی تهران

دکتر اکبر فتوحی

گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه
علوم پزشکی تهران

هدف: در این مطالعه، رابطه بین اجزای شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زدن به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، بررسی و از این طریق اعتبار دو مدل اسنادی و ارزیابی خطر در این نمونه بررسی شد. **روش:** این مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی بود و روی ۲۲۴ نفر از کارآموزان و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سطح آشنایی با بیماری روانی و اسناد - ۲۷ استفاده شد. **یافته‌ها:** داشتن اطلاعات در مورد کنترل‌پذیری بیماری و خطرناک بودن بیمار بر اجزای هیجانی انگ بیماری روانی تأثیر داشت. یافته‌ها نشان داد که داشتن اطلاعات درباره خطرناک بودن، بدون واسطه باور به مسؤلیت شخصی، و به‌طور مرتبط با اجزای هیجانی انگ بیماری روانی رابطه دارد. با افزایش میزان آشنایی با بیماری روانی تمایل آزمودنی‌ها به رفتارهای وادارسازی کاهش می‌یافت؛ و آزمودنی‌هایی که به آنان اطلاعاتی مبنی بر خطرناک بودن بیمار داده شده بود، تمایل بیشتری برای وادارسازی بیماران نشان می‌دادند. آشنایی بیشتر با بیماری روانی با تمایل کمتر به جداسازی بیماران و داشتن اطلاعات مبنی بر خطرناک بودن بیمار با تمایل بیشتر به جداسازی بیماران همراه بود. خطرناک بودن بیمار و مسؤلیت شخصی، با واسطه اجزای هیجانی بر وادارسازی بیماران تأثیر می‌گذاشت. اجزای هیجانی در تأثیر خطرناک بودن، و مسؤلیت شخصی، در رفتار انگ‌زدن نقش واسطه‌ای دارد و در برخی موارد مستقلاً عمل می‌کند. **نتیجه‌گیری:** هر دو مدل اسنادی و ارزیابی خطر در شکل‌گیری بخشی از انگ بیماری روانی نقش دارند؛ و به‌ویژه به نظر می‌رسد که مدل ارزیابی خطر در نشان دادن واکنش‌های هیجانی و رفتارهای تبعیض‌آمیز به بیماران روانی مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: انگ، بیماری روانی، شناخت، هیجان

مقدمه

بیماران روانی، نه تنها از بیماری خود، بلکه از انگ^۲ و تبعیض^۳ همراه آن نیز رنج می‌برند (فلان^۴، ۲۰۰۲). در مورد انگ و انگ‌زدن نظریه‌ای واحد و مورد پذیرش عموم وجود ندارد. این موضوع عجیب نیست، چرا که انگ با تعاملات پیچیده علوم اجتماعی،

سیاست، تاریخ، روانشناسی، پزشکی و انسان‌شناسی مرتبط است (حقیقت^۵، ۲۰۰۱؛ اسمیت^۶، ۲۰۰۲). تجربه رفتارهای تبعیض‌آمیز در بیماران روانی فراوان است و مطالعه‌ای نشان می‌دهد که بیش از نیمی از افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی، برخی تجارب تبعیض‌آمیز را گزارش می‌کنند (کورینگان^۷ و همکاران، ۲۰۰۳b).

2- stigma
4-Phelan
6- Smith

3-discrimination
5- Haghighat
7- Corrigan

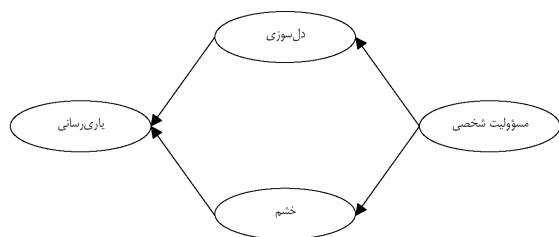
۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: samantavakoli@gmail.com

شبهات‌های بین‌فرهنگی در این زمینه پژوهش‌های فراوانی شده است. یکی از موضوعات ویژه در پژوهش‌های این حیطه بازآزمودن نظریه‌ها و مدل‌هایی است که در جوامعی با زمینه‌ها و ویژگی‌های فرهنگی متفاوت مطرح شده‌اند.

مدل اسنادی و مدل ارزیابی خطر در انگ‌زنی

بر اساس مدل اسنادی^{۲۹}، اجزای هیجانی مختلف باعث بروز تمایل رفتاری متفاوتی نسبت به اشخاص بیمار یا ناتوان می‌گردند. خشم باعث برانگیختن دشمنی و طرد بیماران می‌شود، در حالی که دل‌سوزی، رفتار جانب‌دارانه را برمی‌انگیزد و بنابراین از طرد اجتماعی می‌کاهد. علاوه بر این، فرض شده است که هر دوی این اجزای هیجانی مؤلفه‌شناختی واحدی دارند. بر این اساس، دل‌سوزی و خشم، هر دو، در اثر باور به مسئولیت فرد در بروز وضعیت نابهنجار خود ایجاد می‌شود. هرچه افراد در ایجاد وضعیت خود بیشتر مسئول در نظر گرفته شوند، خشم بیشتر و دل‌سوزی کمتری برانگیخته خواهد شد. این روابط از نظر تجربی تأیید شده‌اند (دیجر^{۳۰} و کومن^{۳۱}، ۲۰۰۳).



شکل ۱- مدل اسنادی برای انگ بیماری روانی؛ برگرفته از کوریگان و همکاران (۲۰۰۲)

انگ بیماری روانی، در کل، و انگ همراه با اسکیزوفرنیا، به‌طور خاص، بر جنبه‌های مختلف بیماری تأثیر می‌گذارد و مانعی جدی در برابر موفقیت درمان می‌شود. افراد دچار اختلالات روانی برای دوری از تبعیض و طرد ممکن است روابط اجتماعی خود را به افرادی محدود کنند که همچون خود آنان انگ خورده‌اند، یا کسانی که از انگ آنان آگاه و آن را پذیرفته‌اند (لینک^۱، استرونینگ^۲، نیز-تاد^۳، آسموسن^۴ و فلان^۵، ۲۰۰۱). انگ بیماری روانی شدید، بار بیماری را افزایش می‌دهد و این مسأله، به‌ویژه در اسکیزوفرنیا، به ناتوانی درازمدت اجتماعی می‌انجامد (گیبل^۶ و باومن^۷، ۲۰۰۳). انگ بیماری روانی سدی در برابر بهبود شناخته شده، و تأثیر بالقوه آن بر رفتارهای درمان‌جویانه (لینک و همکاران، ۱۹۸۹ و ۱۹۹۷)، کاهش اثربخشی اقدامات بازتوانی و نقش بازدارنده‌اش در بازگشت عزت‌نفس و بهبود کیفیت زندگی بیماران روانی بررسی شده است (مارکوویتس^۸، ۱۹۹۸؛ وال^۹، ۱۹۹۹؛ پرلیک^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ دیکرسون^{۱۱}، سامرویل^{۱۱}، اریگونی^{۱۱}، رینگل^{۱۳} و پارتته^{۱۴}، ۲۰۰۲). انگ بیماری روانی، علاوه بر بیمار روانی، خانواده و دوستان و نیز اعضای حرفه‌های مرتبط با ارائه خدمات به آنان را دربرمی‌گیرد (استمن^{۱۵} و کیلین^{۱۶}، ۲۰۰۲). تبعیض‌ها و محرومیت‌های اعمال‌شده بر بیماران روانی در قالب قوانین اجتماعی، پوشش بیمه‌های پزشکی و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با بیماران روانی (مثل تخصیص بودجه برای سلامت روان) نیز مشاهده می‌شود (مک‌سوین^{۱۷}، ۲۰۰۲). به‌نظر می‌رسد که انگ و تبعیض برای بیماران روانی هم در بخش سلامت و هم در جمعیت عمومی وجود دارد (دومندونکا لیما^{۱۸}، لیواو^{۱۹}، یاکوبسن^{۲۰} و راتز^{۲۱}، ۲۰۰۳). مطالعات نشان می‌دهند که کارکنان پزشکی، شامل روانپزشکان، اغلب منبع مهمی برای انگ‌زنی هستند (گیبل و باومن، ۲۰۰۳؛ اوکاک^{۲۲}، پولات^{۲۳}، سارتوریوس^{۲۴}، ارکوک^{۲۵} و اتاکلی^{۲۶}، ۲۰۰۴).

در دو دهه اخیر، و به‌ویژه با آغاز برنامه ضد انگ انجمن جهانی روانپزشکی^{۲۷}، به مسأله انگ بیماری روانی و پی‌آمدهای آن توجه خاصی شده است. برای شناخت عوامل و مؤلفه‌های ایجاد انگ، تأثیرات انگ بیماری روانی بر رفتارهای درمان‌جویانه، ادامه درمان^{۲۸}، بازگشت به جامعه و بازتوانی، و نیز تفاوت‌ها و

1- Link	2- Struening
3- Neese- Todd	4- Asmussen
5- Gaebel	6- Baumann
7- Markowitz	8- Wahl
9- Perlick	10- Dickerson
11- Sommerville	12- Origoni
13- Ringel	14- Parente
15- Ostman	16- Kjellin
17- McSween	18- de Mendonca Lima
19- Levav	20- Jacobsson
21- Rutz	22- Ucock
23- Polat	24- Sartorius
25- Erkoc	26- Atakli
27- World Psychiatric Association	28- treatment adherence
29- attribution model	30- Dijker
31- Koomen	

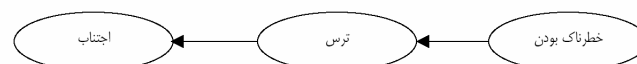
(صادقی، کاویانی و رضایی، ۱۳۸۳). مطالعه‌ای دیگر، نشان داد که آزمودنی‌ها (افرادی از جمعیت عمومی) درباره بیماری روانی مفهومی منفی و قالبی نداشتند و در مجموع بخشی قابل توجه از آنان دارای نگرش مثبت بودند (پزشکی و بواله‌ری، ۱۳۷۳). بر اساس جست‌وجو در مقالات منتشرشده، مطالعه‌ای که اعتبار و نقش مدل‌های انگ‌زنی را در ایران بررسی کند، یافت نشد.

با توجه به کمبود پژوهش در زمینه انگ بیماری روانی در کشور و فرهنگ ما، نیاز به پژوهش در این زمینه به‌خوبی حس می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر انگ‌زنی به افراد مبتلا به بیماری روانی در زیرگروه‌های ویژه از جمعیت ایران انجام شده است. هدف پژوهش آن بود که با بررسی انگ‌زنی به بیماران روانی، ارتباط بین مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، و نیز تأثیر آشنایی قبلی با بیماری روانی و عوامل جمعیت‌نگاشتی بر این پدیده در کارآموزان و کارورزان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران ارزیابی شود. در این مطالعه دو نظریه و مدل اصلی پیشنهادی (یعنی مدل اسنادی و مدل ارزیابی خطر) برای پدیده انگ‌زنی بررسی شده است. علاوه بر آن، با مقایسه نتایج این مطالعه در ایران با سایر کشورهایی که این مدل در آنها آزموده شده است تأثیر عوامل فرهنگی بر پدیده انگ‌زنی و راه‌های کاهش آن مورد ارزیابی قرار گرفته است.

روش

تمام کارآموزان و کارورزانی که دوره روانپزشکی خود را در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان روزبه می‌گذراندند، بدون هیچ‌گونه محدودیت (از نظر سن، جنس، وضعیت اقتصادی، تأهل، و سابقه بیماری جسمی یا روانپزشکی) در طرح پذیرفته شدند. نمونه به‌صورت پیاپی^۷ انتخاب شد و در مجموع ۳۲۴ نفر به‌عنوان آزمودنی در طرح مشارکت داده شدند؛ در انجام این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مدل ارزیابی خطر^۱، مدل فرضی دیگری برای انگ بیماری روانی است. بر اساس این مدل، اگر رفتار فردی خطرناک تلقی شود، باعث بروز احساس ترس می‌شود؛ و احساس ترس از خطرناک بودن فرد، خود، باعث رفتارهای اجتنابی می‌شود. بر اساس این مدل، یک پاسخ هیجانی (مانند ترس)، بدون آن که عاملی اسنادی در آن نقش واسطه داشته باشد، منجر به پیامدهای رفتاری (مانند اجتناب) می‌شود (کورینگان و همکاران، ۲۰۰۲).



شکل ۲- مدل ارزیابی خطر برای انگ بیماری روانی؛ برگرفته از کورینگان و همکاران (۲۰۰۲)

تأثیر عوامل فرهنگی بر انگ

ویژگی‌های فرهنگی در رفتارهای تبعیض‌آمیز مرتبط با انگ بیماری روانی، یکی دیگر از جنبه‌های قابل بررسی در این زمینه است. ویژگی‌های فرهنگی ارتباط بارزی با مسایل مرتبط با بیماری روانی، درمان‌جویی، بروز و نوع نشانه‌ها، و انگ همراه آن دارد (نگ^۲، ۱۹۹۷). در اروپای شمالی و در فرهنگ پروتستان (که از نظر تاریخی بیشترین تأثیر فرهنگی را بر ایالات متحد داشته است)، شخص^۳ یا خود^۴ موضوعی ثابت و البته تغییرپذیر (با کوشش فردی) تلقی می‌شود. در این بافت فرهنگی، فرد منشأ کنش و فعل است، ثبات در تعامل با دیگران ارزشمند تلقی می‌گردد و شخص جدا از بافت جامعه در نظر گرفته می‌شود. به دلیل همین تأکیدی که بر انسان به عنوان موضوعی فردی و منطقی می‌شود، بیماری روانی، که مستقیماً به این جنبه منطقی و در اختیار فرد لطمه می‌زند، می‌تواند بسیار تهدیدکننده تلقی شود (کوک^۵، ۲۰۰۵). برخلاف اروپای شمالی که در آن مفهومی «خودمحور^۶» از انسان وجود دارد، در کشورهای مدیترانه «خود» در ارتباط با دیگران تعریف می‌شود، تحت تأثیر دیگران و محیط تعدیل می‌گردد و تغییراتی می‌پذیرد (کوک^۶، ۲۰۰۵).

اما مطالعات انجام‌شده در زمینه انگ بیماری روانی در ایران اندک است. در یک مطالعه، تجربه انگ بیماری روانی در بخش قابل توجهی از خانواده‌های بیماران روانی نشان داده شده است

1- danger appraisal model
3- the person
5- Coker
7- sequential

2- Ng
4- self
6- Ego-centric

بعد از این داستان، ۲۷ جمله دربارهٔ سازه‌های مختلف شناختی،

هیجانی، و رفتاری وجود دارد که این سازه‌ها عبارت‌اند از:

- ۱- باور به مسؤلیت شخصی بیمار
- ۲- احساس دل‌سوزی
- ۳- احساس خشم
- ۴- احساس ترس
- ۵- احساس خطر
- ۶- خودداری از یاری‌رساندن به فرد مبتلا به بیماری روانی
- ۷- اجتناب از فرد مبتلا به بیماری روانی
- ۸- پشتیبانی از وادارسازی به درمان فرد مبتلا به بیماری روانی
- ۹- پشتیبانی از جداسازی فرد مبتلا به بیماری روانی

آزمودنی برحسب میزان موافقت با آن جمله، در مقیاس لیکرت^{۱۵} نمره‌ای مربوط به آن، نمره‌ای بین ۱ تا ۹ را انتخاب می‌کند. برای مقایسه‌پذیر کردن این نمره‌ها، نمره‌های مربوط به هر سازه با هم جمع و بر تعداد جمله‌های همان سازه تقسیم می‌شود؛ به این ترتیب، هر آزمودنی برای هر یک از سازه‌ها نمره‌ای بین ۱ تا ۹ می‌گیرد.

این پرسش‌نامه‌ها نخست به وسیلهٔ مجریان طرح به زبان فارسی برگردانده شدند و برای بررسی روایی صورت و محتوا، ترجمهٔ فارسی اولیه در اختیار پنج نفر از اعضای هیأت علمی روانپزشکی قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا پیشنهاد خود را برای اصلاح هر کدام از جملات اعلام کنند. متن بر اساس دیدگاه آنان، بازنگری و تغییرات لازم اعمال گردید. سپس، ترجمهٔ وارون این متن (فارسی به انگلیسی) به وسیله فردی دوزبانه و مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی انجام شد. برای بررسی صحت ترجمه، متن ترجمه‌شده به انگلیسی همراه با متن اصلی در اختیار فردی انگلیسی‌زبان که با موضوع طرح نیز آشنایی داشت، قرار داده شد تا از نظر هم‌خوانی متن بازترجمه‌شده با متن اصلی بررسی شود. در پرسش‌نامهٔ سطح آشنایی با بیماری روانی، بین متن انگلیسی ترجمه‌شده و متن اصلی

۱- پرسش‌نامهٔ سطح آشنایی با بیماری روانی^۱

این پرسش‌نامه به وسیلهٔ پاتریک و کوریگان تهیه و در چند مطالعه به کار گرفته شده است (هولمز^۲، کوریگان، ویلیامز^۳، کانار^۴ و کویباک^۵؛ ۱۹۹۹؛ کوریگان، ادواردز، گرین^۶، دی‌وان^۷ و پن^۸؛ ۲۰۰۱؛ کوریگان، گرین، لوندین^۹، کویباک و پن، ۲۰۰۱). این پرسش‌نامه ۱۱ جمله دارد که آزمودنی هر جمله‌ای را که دربارهٔ او صدق کند، علامت می‌زند. جمله‌ها دربارهٔ سطوح مختلف آشنایی و تماس با افراد مبتلا به بیماری روانی است و هر آزمودنی برحسب میزان آشنایی و تماس با این نوع افراد نمره‌ای بین ۱ (کمترین میزان آشنایی و تماس) تا ۱۱ (بیشترین میزان آشنایی و تماس) می‌گیرد. اطلاعات جمعیت‌نگاشتی لازم در ابتدای این پرسش‌نامه گنجانده شده بود که به وسیلهٔ آزمودنی تکمیل می‌شد.

۲- پرسش‌نامهٔ اسناد-۲۷^{۱۰}

این پرسش‌نامه نیز به وسیلهٔ پاتریک و کوریگان تهیه و در چند مطالعه به کار گرفته شده است (کوریگان، مارکوویتس، واتسون^{۱۱}، رووان^{۱۲} و کویباک، ۲۰۰۳؛ کوریگان و همکاران، ۲۰۰۳b؛ کوریگان، واتسون، وارپنسکی^{۱۳}، و گارسیا^{۱۴}، ۲۰۰۳). این پرسش‌نامه با یک داستان کوتاه دربارهٔ یک بیمار روانی (دچار اسکیزوفرنیا) آغاز می‌شود. داستان چهار شکل دارد:

شکل الف - در این شکل به ایجاد خطر به وسیلهٔ فرد مبتلا به بیماری روانی اشاره‌ای نشده است.

شکل ب - در این شکل به ایجاد خطر به وسیلهٔ فرد مبتلا به بیماری ماری روانی اشاره شده است، اما دربارهٔ کنترل‌پذیر بودن علت بیماری روانی اطلاعاتی در آن وجود ندارد.

شکل پ - در این شکل علاوه بر اشاره به ایجاد خطر به وسیلهٔ فرد دچار بیماری روانی، اطلاعاتی افزوده شده است که نشان می‌دهد او بر ایجاد بیماری کنترل نداشته و علت بیماری روانی‌اش او کنترل‌ناپذیر بوده است.

شکل ت - در این شکل، علاوه بر اشاره به ایجاد خطر به وسیلهٔ فرد دچار بیماری روانی، اطلاعاتی افزوده شده است که نشان می‌دهد بیمار بر ایجاد بیماری کنترل داشته و علت بیماری‌اش کنترل‌پذیر بوده است.

1- Level of Familiarity Questionnaire	2- Holmes
3- Williams	4- Canar
5- Kubiak	6- Green
7- Diwan	8- Penn
9- Lundin	10- Attribution Questionnaire-27
11- Watson	12- Rowan
13- Warpinski	14- Garcia
15- Likert scale	16- Vignette

نکرده بودند. این نسبت با نسبت جنسی افراد واجد شرایط مشارکت در طرح تفاوت معنادار نداشت. تعداد کارآموزان شرکت‌کننده در طرح ۱۶۰ نفر (۴۹/۷ درصد) و کارورزان ۱۶۲ نفر (۵۰/۳ درصد) بود، و دو نفر وضعیت تحصیلی خود را مشخص نکرده بودند. ۲۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان مجرد (۷۱/۴ درصد) و ۹۲ نفر متأهل (۲۸/۶ درصد) بودند و دو نفر وضعیت تأهل خود را اعلام نکرده بودند. شرکت‌کنندگان در طرح، تقریباً به‌طور مساوی شکل‌های الف، ب، پ و ت پرسش‌نامه اسناد را دریافت کردند. به این ترتیب، ۸۲ نفر (۲۵/۳ درصد) شکل الف، ۸۳ نفر (۲۵/۶ درصد) شکل ب، ۸۰ نفر (۲۴/۷ درصد) شکل پ، و ۷۹ نفر (۲۴/۴ درصد) شکل ت پرسش‌نامه را تکمیل نمودند. سن شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۲۱ تا ۴۸ سال، با میانگین ۲۵/۷۰ و انحراف معیار ۲/۲۶۰ بود.

عوامل انگ‌زنی و متغیرهای جمعیت‌نگاشتی

تفاوت عوامل انگ‌زنی برحسب متغیرهای جمعیت‌نگاشتی (جنس، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل)، با استفاده از آزمون *t* برای نمونه‌های مستقل بررسی شد. از بین عوامل انگ‌زنی، فقط سه عامل در گروه مردان و زنان تفاوت معنادار داشت که هر سه عامل در زنان بیش از مردان بود: دلسوزی (میانگین ۶/۴۱ در برابر ۵/۶۶، $p < ۰/۰۱$)؛ احساس خطرناک بودن (میانگین ۵/۷۷ در برابر ۴/۷۴، $p < ۰/۰۱$)؛ و احساس ترس (میانگین ۵/۳۴ در برابر ۳/۷۷، $p < ۰/۰۱$). اجتناب تنها عاملی بود که در مقاطع تحصیلی مختلف تفاوت بود به شکلی که کارورزان در مقایسه با کارآموزان اجتناب بیشتری را گزارش می‌کردند (میانگین ۷/۲۶ در برابر ۶/۶۴، $p < ۰/۰۱$). هیچ یک از عوامل انگ‌زنی تفاوت معناداری در دو گروه افراد مجرد و متأهل نشان نداد.

رابطه عوامل انگ‌زنی با متغیرهای جمعیت‌نگاشتی، میزان آشنایی با بیماری روانی، کنترل‌پذیری علت و خطرناک بودن بیمار

برای بررسی رابطه بین عوامل انگ‌زنی با متغیرهای جمعیت‌نگاشتی، میزان آشنایی با بیماری روانی، و وجود اطلاعات

موردی از ناهم‌خوانی گزارش نشد و در پرسش‌نامه اسناد-۲۷ نیز فقط درباره یکی از پرسش‌ها بین متن بازترجمه‌شده و متن اصلی ناهم‌خوانی گزارش شد که این پرسش اصلاح و پس از بازترجمه مجدد این پرسش نیز مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS تحلیل شد. تفاوت بین عوامل انگ‌زنی و متغیرهای جمعیت‌نگاشتی (جنس، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل) با استفاده از آزمون *t* برای نمونه‌های مستقل^۱ بررسی شد. سپس، برای بررسی رابطه پیش‌بینی‌کننده متغیرهای موردنظر در این پژوهش، با توجه به مدل‌های اسنادی و ارزیابی خطر در انگ بیماری روانی، مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون چندگانه^۲ انجام و تحلیل شد. متغیرهای اطلاعات درباره خطرناک بودن بیمار، و کنترل‌پذیر بودن یا کنترل‌ناپذیر بودن علت بیماری برای ورود به تحلیل رگرسیون چندگانه به روش کدگذاری ساختگی^۳ تعریف گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های پرسش‌نامه اسناد-۲۷

برای ارزیابی پایایی درونی پرسش‌های مرتبط با هر سازه در پرسش‌نامه اسناد-۲۷، آلفای کرونباخ^۴ اندازه‌گیری شد. آلفای کرونباخ برای وادارسازی ۰/۴۲۷ و برای سایر سازه‌ها بین ۰/۷۵ و ۰/۹۱۷ بود. نتایج این بررسی نشان‌دهنده همسانی (پایایی) درونی این پرسش‌نامه است، لذا می‌تواند برای اهداف این مطالعه مورد استفاده قرار گیرد.

درباره وادارسازی، یکی از پرسش‌ها همبستگی پایینی با دو پرسش دیگر داشت که می‌توانست باعث کاهش مقدار آلفای کرونباخ این سازه شده باشد. حذف این پرسش، آلفای کرونباخ برای وادارسازی را به ۰/۶۲۷ افزایش داد. تحلیل‌های مرتبط با آن سازه، یک بار هم با حذف آن پرسش انجام شد و با توجه به این که نتایج تفاوت قابل توجهی نکرد، از متن کامل پرسش‌نامه برای تحلیل نهایی استفاده شد.

ویژگی‌های نمونه

از مجموع ۳۲۴ آزمودنی، ۱۵۹ نفر مرد (۴۹/۴ درصد) و ۱۶۳ نفر زن (۵۰/۶ درصد) بودند و دو نفر جنسیت خود را مشخص

1- independent samples *t* test

2- multiple regression

3- dummy coding

4- Cronbach's alpha

مبنی بر کنترل‌پذیری بیماری داشتند، در مقایسه با افرادی که در این باره اطلاعاتی نداشتند، دلسوزی کمتر و خشم بیشتری از خود نشان می‌دادند. خشم و ترس در آزمودنی‌هایی که اطلاعاتی مبنی بر خطرناک بودن بیمار به آنان داده شده بود، بیشتر از آزمودنی‌هایی بود که در این زمینه اطلاعاتی نگرفته بودند.

ت- نقش واسطه‌ای مسؤلیت شخصی بیمار در عوامل هیجانی انگ:

در معادلات ۴، ۶ و ۸، باور آزمودنی به مسؤلیت شخصی بیمار به معادلات بالا افزوده شد تا نقش واسطه‌ای این باور در تأثیر اطلاعات مربوط به کنترل‌پذیری بیماری و خطرناک بودن بیمار، بر عوامل هیجانی انگ (دلسوزی، خشم و ترس) بررسی شود. بر اساس تحلیل این معادلات، باور به مسؤلیت شخصی باید بر میزان خشم و ترس می‌افزود. اضافه شدن باور به مسؤلیت شخصی، از اثر اطلاعات مربوط به کنترل‌پذیری بیماری بر دلسوزی و خشم می‌کاست و آنها را از معناداری می‌انداخت و باعث می‌شد بین کنترل‌پذیری و ترس رابطه‌ای معنادار ایجاد شود که بر اساس آن، داشتن اطلاعات مربوط به کنترل‌پذیری علت بیماری با احساس ترس از بیمار رابطه منفی دارد. افزودن باور به مسؤلیت شخصی بیمار، بر میزان تأثیر داشتن اطلاعات درباره کنترل‌پذیری بیماری بر دلسوزی و ترس اثر قابل توجه نداشت؛ اما رابطه بین اطلاعات درباره کنترل‌پذیری بیماری و خشم را از حالت منفی به مثبت درآورد. افزودن باور به مسؤلیت شخصی بیمار به معادلات رگرسیون، تغییر قابل توجهی در تأثیر اطلاعات مبنی بر خطرناک بودن بیمار بر احساس دلسوزی، خشم و ترس ایجاد نکرد. تحلیل این معادلات نشان می‌دهد که در نظر گرفتن سهم مسؤلیت شخصی در واکنش‌های هیجانی مرتبط با انگ بیماری روانی، فقط تغییر اندکی در ضرایب مربوط به اثر خطرناک بودن ایجاد کرده است؛ یعنی داشتن اطلاعات درباره خطرناک بودن بیمار، بدون واسطه باور به مسؤلیت شخصی، و به طور بلافصل با اجزای هیجانی انگ بیماری روانی رابطه داشت.

ث- تأثیر متغیرهای جمعیت‌نگاشتی، میزان آشنایی، کنترل‌پذیری و خطرناک بودن بر اجزای رفتاری انگ:

معادلات ۹ تا ۲۰ مربوط به اجزای رفتاری انگ بیماری روانی

درباره کنترل‌پذیر بودن علت بیماری و خطرناک بودن بیمار، بر اساس مدل‌های اسنادی و ارزیابی خطر، مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون چندگانه در نظر گرفته و سپس تحلیل شد. نتایج این معادلات رگرسیون چندگانه در جدول ۱ نشان داده شده است.

الف- تأثیر متغیرهای جمعیت‌نگاشتی بر میزان آشنایی با بیماری روانی:

اولین معادله رگرسیون، برای بررسی تأثیر تفاوت‌های جمعیت‌نگاشتی (جنس، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل) بر میزان آشنایی با بیماری روانی انجام شد. این معادله از نظر آماری معنادار نبود و اثری از عوامل جمعیت‌نگاشتی بر میزان آشنایی با بیماری روانی نشان نداد.

ب- تأثیر کنترل‌پذیری علت و خطرناک بودن بیمار بر مسؤلیت شخصی بیمار:

در معادله دوم اثر دادن اطلاعات درباره کنترل‌پذیر بودن علت و خطرناک بودن بیمار بر باور آزمودنی‌ها درباره مسؤلیت شخصی بیمار (با کنترل کردن نقش عوامل جمعیت‌نگاشتی و میزان آشنایی با بیماری روانی) سنجیده شد. بر اساس این معادله، آزمودنی‌هایی که علت بیماری روانی به آنان کنترل‌پذیر معرفی شده بود، در مقایسه با آنان که اطلاعی از علت بیماری نداشتند، با احتمال بیشتری فرد را مسؤل شخصی بیماری‌اش می‌دانستند. در مقابل، افرادی که در پرسش‌نامه آنها عامل بیماری علتی کنترل‌ناپذیر معرفی شده بود، در مقایسه با کسانی که اطلاعی از علت بیماری نداشتند، کمتر احتمال داشت فرد را مسؤل بیماری‌اش بدانند.

پ- تأثیر متغیرهای جمعیت‌نگاشتی، کنترل‌پذیری علت و خطرناک بودن بیمار بر عوامل هیجانی انگ:

در معادله‌های ۳، ۵ و ۷، اثرات متغیرهای جمعیت‌نگاشتی (جنس، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل)، میزان آشنایی با بیماری روانی و شرایط تجربی مطالعه (دادن اطلاعات درباره کنترل‌پذیری علت بیماری و خطرناک بودن بیمار) بر عوامل هیجانی انگ (دلسوزی، خشم و ترس) بررسی شد. تحلیل این معادلات حاکی از آن بود که آزمودنی‌های زن، نسبت به مردان، دلسوزی و ترس بیشتری نشان می‌دهند. علاوه بر آن، آزمودنی‌هایی که اطلاعاتی

است. در معادلات ۹، ۱۲، ۱۵ و ۱۸ اثرات عوامل جمعیت‌نگاشتی، میزان آشنایی، و اطلاعات مربوط به کنترل‌پذیری و خطرناک بودن بیمار بر رفتار گزارش‌شده آزمودنی‌ها سنجیده شد.

تحلیل معادله ۹ بین عوامل جمعیت‌نگاشتی، آشنایی با بیماری روانی، و داشتن اطلاعات درباره کنترل‌پذیری علت بیماری و خطرناک بودن بیمار رابطه‌ای نشان نداد. بر اساس معادله ۱۲، بالاتر بودن مقطع تحصیلی و داشتن اطلاعات درباره خطرناک بودن بیمار با افزایش رفتار اجتنابی، و افزایش آشنایی با بیماری روانی با کاهش رفتار اجتنابی همراه بود. بر اساس معادله ۱۵، با بالا رفتن میزان آشنایی با بیماری روانی تمایل آزمودنی‌ها به رفتارهای وادارسازی کاهش می‌یافت؛ و آزمودنی‌هایی که به آنان اطلاعاتی مبنی بر خطرناک بودن بیمار داده شده بود، در مقایسه با افرادی که این اطلاعات را نداشتند، تمایل بیشتری به وادارسازی بیماران نشان می‌دادند. تمایل به وادارسازی بیماران با داشتن اطلاعات درباره کنترل‌پذیر بودن بیماری رابطه معناداری نشان نداد. تحلیل معادله ۱۸ نشان داد که افرادی که آشنایی بیشتری با بیماری روانی داشتند، تمایل کمتری به جداسازی بیماران از خود نشان می‌دادند؛ و آنان که اطلاعاتی مبنی بر خطرناک بودن بیمار داشتند، در مقایسه با افراد فاقد این اطلاعات، تمایل بیشتری به جداسازی بیماران نشان می‌دادند.

ج- نقش واسطه‌ای مسئولیت شخصی بیمار در اجزای رفتاری انگ:
در معادلات ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۹، با افزودن باور به مسئولیت شخصی بیماران به معادلات قبلی، نقش واسطه‌ای این متغیر در تأثیر داشتن اطلاعات مربوط به کنترل‌پذیری علت و خطرناک بودن بیمار بر اجزای رفتاری انگ بیماری روانی بررسی شد.

معادله ۱۰ که از افزودن مسئولیت شخصی به معادله ۹ به دست آمده، تغییر قابل ملاحظه‌ای در سهم هر یک از متغیرها ایجاد نکرد و باعث معنی‌داری آن نیز نشد و در نتیجه همچنان بین متغیرهای ذکر شده و رفتار یاری‌رسانی رابطه‌ای به دست نیامد. بر اساس معادله ۱۳، که از افزودن مسئولیت شخصی به معادله ۱۲ به دست آمده، مسئولیت شخصی با رفتار اجتنابی رابطه‌ای معنادار نشان نداد؛ و روابط معنادار قبلی بین مقطع تحصیلی، میزان آشنایی با بیماری روانی، و داشتن اطلاعات درباره خطرناک بودن بیمار

بدون تغییر قابل ملاحظه باقی ماند. در معادله ۱۶، مسئولیت شخصی به معادله ۱۵ افزوده شد، تا اثر واسطه‌ای این متغیر بر تأثیر داشتن اطلاعات درباره کنترل‌پذیری علت و خطرناک بودن بیمار بر تمایل به وادارسازی سنجیده شود. باور آزمودنی‌ها به مسئولیت شخصی بیماران با تمایل آنان به وادارسازی بیماران رابطه داشت و آنان که بیمار را بیشتر مسؤول وضع خود می‌دانستند، بیشتر تمایل داشتند تا او را به درمان وادارند. اما افزودن این متغیر، تغییر قابل ملاحظه‌ای در میزان تأثیر آشنایی با بیماری و داشتن اطلاعات درباره خطرناک بودن بیمار بر وادارسازی بیماران ایجاد نکرد. بر اساس معادله ۱۹، باور به مسئولیت شخصی بیماران با افزایش تمایل به جداسازی آنان همراه بود، ولی در نظر گرفتن مسئولیت شخصی تغییر قابل توجهی در میزان تأثیر سایر متغیرها ایجاد نمی‌کرد.

چنانچه مشاهده می‌شود، افزودن مسئولیت شخصی به معادلات رگرسیون، در میزان تأثیر خطرناک بودن بیمار بر اجزای رفتاری انگ بیماری روانی کاهش قابل توجهی ایجاد نمی‌کرد.
چ- نقش واسطه‌ای اجزای هیجانی در اجزای رفتاری انگ:

در معادلات ۱۱، ۱۴، ۱۷ و ۲۰ متغیرهای مربوط به مؤلفه هیجانی انگ بیماری روانی (دلسوزی، خشم و ترس) به معادلات قبلی افزوده شد تا نقش واسطه‌ای این عوامل در تأثیرگذاری مسئولیت شخصی بر اجزای رفتاری انگ‌زنی بررسی شود.

بر اساس معادله ۱۱، احساس دلسوزی بیشتر به بیماران و ترس کمتر از آنان، با تمایل بیشتر افراد برای یاری رساندن به این بیماران همراه بود. تحلیل معادله ۱۴ نشان می‌دهد افرادی که احساس دلسوزی بیشتر و ترس کمتری داشتند، رفتار اجتنابی کمتری از خود نشان می‌دادند و با در نظر گرفتن مؤلفه هیجانی، رابطه بین متغیرهای مقطع تحصیلی، میزان آشنایی با بیماری روانی و خطرناک بودن بیمار، همچنان بدون تغییر قابل ملاحظه باقی مانده بود. بر اساس تحلیل معادله ۱۷، آنان که از فرد دچار بیماری روانی بیشتر می‌ترسیدند، تمایل بیشتری به وادارسازی بیماران از خود نشان می‌دادند. از سوی دیگر، افزودن اجزای هیجانی باعث شده بود که دیگر رابطه بین خطرناک بودن بیمار و مسئولیت شخصی با وادارسازی معنادار نباشد. اما افرادی که آشنایی آنها با

کولن^۴، ۱۹۸۶) و افراد دارای آشنایی بیشتر با بیماری روانی، کمتر احتمال دارد که افراد دچار بیماری روانی را خطرناک بدانند و اجتناب کمتری از آنان را گزارش می‌کنند (کورینگان و همکاران، ۲۰۱۱b). برخی مطالعات هم بین تماس قبلی با بیماران روانی و نگرش افراد به آنان رابطه‌ای نشان نداده‌اند (العداوی و همکاران، ۲۰۰۲).

در این مطالعه، تأثیر آشنایی با بیماری روانی بر باور به مسئولیت شخصی و اجزای هیجانی انگ بیماری روانی (احساس دلسوزی، خشم و ترس) قابل ملاحظه نبود. علاوه بر آن، آشنایی با بیماری روانی بر رفتار یاری‌رسانی نیز تأثیر معنادار نداشت. در مطالعه کورینگان و همکارانش، میزان آشنایی بیشتر با افزایش یاری‌رسانی همراه بود و از این لحاظ مطالعه حاضر با مطالعه کورینگان و همکاران (۲۰۰۳a). همخوانی ندارد. ممکن است یکی از دلایل این امر نوع خاص نمونه مطالعه حاضر باشد. این نمونه از جمعیت کارآموزان و کارورزان بود که بر اساس آموزه‌های اخلاقی و پزشکی، و نقش حرفه‌ای که برای خود قائل‌اند، احتمالاً درمان بیماران و یاری رساندن به آنان را جزو وظایف خود می‌دانند و شاید به این دلیل میزان کمتر آشنایی با بیماری روانی با یاری‌رسانی کمتر همراه نبوده است. از سوی دیگر، نمونه این مطالعه از نظر میزان آشنایی با بیماری روانی، نمونه‌ای همگون‌تر از مطالعه کورینگان و همکارانش است و پراکندگی داده‌های مربوط به آشنایی با بیماری روانی محدودتر بوده است (میزان آشنایی ۶۷/۴ درصد از شرکت‌کنندگان با بیماری روانی به شکل "شغل من در ارتباط با ارائه خدمات یا درمان افراد دچار بیماری روانی شدید است" در نظر گرفته شده است). این مسأله هم می‌تواند باعث شده باشد که تأثیر میزان آشنایی بر اجزای هیجانی و رفتار یاری‌رسانی در مطالعه ما متفاوت از مطالعه مذکور و سایر مطالعات مشابه باشد.

در این مطالعه، میزان آشنایی با بیماری روانی با اجتناب و ادارسازی و جداسازی کمتر همراه بوده است که این یافته با

بیماری روانی بیشتر بود، هم‌چنان تمایل کمتری به وادارسازی بیماران از خود نشان می‌دادند؛ یعنی بر اساس این معادله، خطرناک بودن بیمار و مسئولیت شخصی با واسطه اجزای هیجانی تأثیر خود را بر وادارسازی بیماران اعمال کرده بودند. بر اساس معادله ۲۰ آنان که احساس دلسوزی بیشتری داشتند، تمایل کمتری به جداسازی بیماران از خود نشان می‌دادند؛ و احساس ترس بیشتر با تمایل بیشتر به جداسازی این بیماران همراه بود. افزودن اجزای هیجانی به معادله رگرسیون، رابطه بین مسئولیت شخصی و جداسازی را از معناداری خارج کرد؛ اما آنان که اطلاعاتی مبنی بر خطرناک بودن بیمار داشتند، همچنان تمایل بیشتری به جداسازی از خود نشان می‌دادند؛ و آنان که آشنایی بیشتری با بیماری روانی داشتند، تمایل کمتری به جداسازی داشتند.

مجموعاً معادلات ۱۱، ۱۴، ۱۷ و ۲۰ نشان می‌دهند که اجزای هیجانی در تأثیر خطرناک بودن و مسئولیت شخصی بر رفتار انگ‌زنی در برخی موارد نقش واسطه‌ای دارد و در برخی موارد مستقلاً عمل می‌کند.

بحث

در این مطالعه زنان بیش از مردان احساس دلسوزی، ترس و خطر را گزارش کردند؛ و آنان که در مقطع تحصیلی بالاتر بودند (کارورزان)، اجتناب بیشتری را گزارش نمودند. مطالعات دیگر در زمینه نقش متغیرهای جمعیت‌نگاشتی و انگ بیماری روانی یافته‌های متفاوتی داشته‌اند. مطالعه‌ای در عمان، بین نگرش بیماران روانی و متغیرهای جمعیت‌نگاشتی رابطه‌ای نشان نداده است (العداوی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه دیگری نشان داده است که به طور کلی زنان کمتر از مردان انگ می‌زنند (مان^۲ و هایملین^۳، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که آشنایی با بیماری روانی با باورها و پیش‌داوری‌های منفی فرد درباره بیماری روانی رابطه معکوس دارد (پن^۴، گوینان^۵، دیلی^۶ و اسپالدینگ^۷، ۱۹۹۴؛ آریکان^۸، اویسال^۹ و ستین^{۱۰}، ۱۹۹۹؛ هولمز و همکاران، ۱۹۹۹؛ کورینگان و همکاران، ۲۰۰۱ الف و ب؛ مس^{۱۱} و هاتیم^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ پینفولد^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که تماس با بیماران روانی باعث کاهش ترس از آنان می‌شود (لینک و

1- Al-adawi
3- Himelein
5- Guynan
7- Spalding
9- Uysal
11- Mas
13- Pinfold

2- Mann
4- Penn
6- Daily
8- Aarikan
10- Cetin
12- Hatim
14- Culen

مطالعه کوریگان و همکاران (۲۰۰۳a) همخوانی دارد.

در این مطالعه، افرادی که اطلاعاتی مبنی بر کنترل‌پذیری علت بیماری دریافت کرده بودند، بیمار را بیشتر مسؤول بیماری خود می‌دانستند؛ و بر عکس، افرادی که اطلاعاتی مبنی بر کنترل‌ناپذیری علت بیماری داشتند، فاقد این نوع اطلاعات بودند، بیمار را کمتر مسؤول وضعیت خود می‌دانستند. این یافته با یافته‌های پژوهش مشابه هماهنگ است (کوریگان و همکاران، ۲۰۰۳a).

داشتن اطلاعات مبنی بر کنترل‌پذیری علت بیماری، با احساس دل‌سوزی کمتر، خشم بیشتر، و ترس کمتر نسبت به بیمار همراه بود. از این نظر مطالعه حاضر با مطالعه کوریگان و همکاران (۲۰۰۳a) بود. ارایه اطلاعات مبنی بر کنترل‌ناپذیری علت، بر اجزای هیجانی انگ بیماری روانی تأثیری نداشت؛ درحالی‌که در مطالعه کوریگان و همکاران (همان‌جا) داشتن اطلاعات مبنی بر کنترل‌ناپذیری علت، احساس دل‌سوزی بیشتر، خشم کمتر و ترس کمتر به دنبال داشت. گویا در مطالعه حاضر اجزای هیجانی و رفتاری انگ بیشتر متأثر از میزان خطرناک بودن بیمار بوده است، تا اسنادهای علی. یعنی نظریه ارزیابی خطر در نمونه ما بارزتر از نمونه کوریگان و همکاران بوده است. البته، با توجه به اینکه نمونه مطالعه حاضر معرف جامعه عمومی نبوده است، نمی‌توان درباره تفاوت بین فرهنگی این مدل‌ها ارزیابی قاطع کرد؛ اما احتمال آن را نیز باید در نظر داشت.

وقتی تأثیر مسؤولیت شخصی در نظر گرفته می‌شد، اثر اطلاعات مبنی بر کنترل‌پذیری بر احساس دل‌سوزی و خشم از معناداری می‌افتاد؛ یعنی اطلاعات مربوط به کنترل‌پذیری علت با واسطه باور به مسؤولیت شخصی فرد، بر اجزای هیجانی دل‌سوزی و خشم تأثیر می‌گذارد و این یافته با نظریه اسناد در انگ بیماری روانی هماهنگی دارد.

در مطالعه کوریگان و همکاران (۲۰۰۳a)، اطلاعات مبنی بر کنترل‌پذیری علت با تمایل به جداسازی- وادارسازی همراه بود که با در نظر گرفتن مسؤولیت شخصی این اثر از بین می‌رفت (یعنی کنترل‌پذیری با واسطه مسؤولیت شخصی اثر خود را اعمال می‌کرد). هم‌چنین، اطلاعات مبنی بر کنترل‌ناپذیری علت با تمایل کمتر به جداسازی- وادارسازی همراه بود و تأثیر آن با در نظر گرفتن

مسؤولیت شخصی همچنان پایدار می‌ماند (کوریگان و همکاران، ۲۰۰۳ الف). اما در مطالعه ما، اطلاعات مبنی بر کنترل‌پذیری یا کنترل‌ناپذیری علت، تأثیر معناداری بر اجزای رفتاری انگ بیماری روانی (یاری‌رسانی، اجتناب، وادارسازی و جداسازی) نشان نداد، و به نظر می‌رسد مؤلفه رفتاری انگ بیماری روانی، بیشتر از میزان آشنایی فرد با بیماری روانی و نیز خطرناک بودن بیمار بوده است. مطالعات دیگری هم نشان داده‌اند افرادی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا را در ایجاد بیماری خود مقصر می‌دانستند، تمایل بیشتری به اجتناب از آنان داشتند (انگرمایر^۱، بک^۲ و متشینگر^۳، ۲۰۰۳؛ انگرمایر و متشینگر، ۲۰۰۳). این تفاوت هم ممکن است ناشی از تفاوت فرهنگی و بارزتر بودن نقش مدل ارزیابی خطر در ایجاد انگ بیماری روانی باشد؛ گرچه با توجه به این‌که نمونه ما معرف مناسبی از جامعه عمومی نبوده است، احتمال سویمندی‌های ناشی از گزینش نمونه را باید در نظر داشت. همان‌طور که گفته شد، به اهمیت بیشتر فردیت و مسؤولیت شخصی در فرهنگ غرب، و اهمیت انسان در بافت اجتماعی‌اش در فرهنگ شرق، و تأثیر این تفاوت دیدگاه بر انگ‌زنی اشاره شده است (کوکر، ۲۰۰۵). این مطلب هم می‌تواند بر تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کوریگان و همکاران تأثیر گذاشته باشد. به این ترتیب که ممکن است در فرهنگ ما فردیت و مسؤولیت شخصی بیمار بر نگرش افراد به این بیماران و رفتار با آنها کمتر از میزان برخورد قبلی با بیماران روانی و به‌ویژه خطری که می‌تواند برای دیگران ایجاد کند، تأثیر داشته باشد.

اطلاعات مبنی بر خطرناک بودن بیمار در این مطالعه بر باور به مسؤولیت شخصی وی، و احساس دل‌سوزی نسبت به او تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای نداشت. مطالعه کوریگان و همکاران (۲۰۰۳a) نیز تأثیر قابل‌ملاحظه خطرناک بودن را بر مسؤولیت شخصی نشان نمی‌داد؛ اما خطرناک بودن بیمار با احساس دل‌سوزی بیشتر نسبت به وی همراه بود که با در نظر گرفتن مسؤولیت شخصی همچنان تأثیر آن ادامه می‌یافت. این یافته با مطالعه حاضر هم‌آهنگی ندارد. در سایر مطالعات هم کم‌خطر تلقی کردن افراد دچار بیماری روانی با احساس ترس و اجتناب کمتر همراه بود (کوریگان و

(۲۰۰۳a).

بر اساس نظریهٔ اسناد، چنانچه فرد دربارهٔ رویدادی منفی مسؤول شناخته گردد، ممکن است نسبت به وی احساس خشم ایجاد شود، و با اجتناب و رفتارهای تنبیهی (مانند جداسازی) با او برخورد شود. بر عکس اگر فرد مسؤول آن وضعیت تلقی نشود، ممکن است احساس دلسوزی یا رفتارهای یاری‌رسانی را نسبت به خود برانگیزد (کورینگان ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴؛ کورینگان و همکاران ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳a). مطالعه‌ای دیگر هم نشان داده است که مسؤولیت شخصی عامل مهمی در بروز واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به بیمارانی روانی است (دیجکر و کومن، ۲۰۰۳).

در مطالعهٔ حاضر، باور به مسؤولیت شخصی تأثیر معناداری بر احساس دلسوزی نسبت به فرد نداشت؛ اما با خشم و ترس بیشتر همراه بود. در نظر گرفتن مسؤولیت شخصی باعث نمی‌شد تأثیر خطرناک بودن بر اجزای هیجانی معنادار نباشد. این یافته نشان می‌دهد که بخشی از انگ بیماری روانی به طور مستقیم از باور به خطرناک بودن فرد ناشی می‌شود (نظریهٔ ارزیابی خطر) و بخشی با واسطهٔ باور به مسؤولیت شخصی فرد (نظریهٔ اسناد). در مطالعهٔ کورینگان و همکاران (۲۰۰۳a)، باور به مسؤولیت شخصی، علاوه بر افزودن ترس و خشم، باعث کاهش دلسوزی شده بود که در مجموع با یافتهٔ مطالعهٔ ما هماهنگ است (جز در مورد دلسوزی)؛ و مانند این مطالعه، از تأثیر انگ بیماری روانی بر اساس هر دو نظریهٔ اسناد و ارزیابی خطر حمایت می‌کند.

از سوی دیگر، در مطالعهٔ حاضر، در نظر گرفتن مسؤولیت شخصی باعث شد که تأثیر کنترل‌پذیری علت بر دلسوزی و خشم از معناداری خارج شود؛ و بر عکس، کنترل‌پذیری علت را به طور معناداری با کاهش ترس از بیمار همراه نماید. به این ترتیب، به نظر می‌رسد که تأثیر اصلی کنترل‌پذیری بر اجزای هیجانی انگ بیماری روانی با واسطهٔ باور به مسؤولیت شخصی بیمار اعمال می‌شود و این امر با نظریهٔ اسناد در انگ بیماری روانی هماهنگی دارد. این یافته نیز با مطالعهٔ کورینگان و همکاران همخوانی دارد (۲۰۰۳a).

در مطالعهٔ حاضر، باور به مسؤولیت شخصی تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر یاری‌رسانی و اجتناب نداشت؛ اما باعث افزایش تمایل به وادارسازی و جداسازی شد. یعنی شرکت‌کنندگانی که

همکاران، ۲۰۰۱ a، ۲۰۰۱b). این تفاوت ممکن است ناشی از سویمندی نمونهٔ ما یا تفاوت‌های بین‌فرهنگی باشد که قطعی دانستن این تفاوت و بررسی علت آن نیازمند مطالعات بیشتر است. در این مطالعه، خطرناک بودن بیمار با احساس خشم و ترس بیشتر نسبت به او همراه بود، که با در نظر گرفتن مسؤولیت شخصی این اثر هم‌چنان پایدار می‌ماند. به این ترتیب، خطرناک بودن، تأثیر خود را بدون واسطهٔ باور به مسؤولیت شخصی بیمار بر اجزای هیجانی انگ بیماری روانی اعمال می‌کند و این یافته با نظریهٔ ارزیابی خطر در انگ بیماری روانی همخوانی دارد.

خطرناک بودن در مطالعهٔ ما، بر رفتار یاری‌رسانی گزارش‌شده به وسیله شرکت‌کنندگان تأثیر قابل‌ملاحظه نداشت؛ اما تأثیر آن بر سایر اجزای رفتاری انگ بیماری روانی قابل توجه بود و باعث افزایش تمایل به اجتناب، وادارسازی و جداسازی می‌شد. با در نظر گرفتن نقش مسؤولیت شخصی و اجزای هیجانی (دلسوزی، خشم و ترس) تأثیر خطرناک بودن بر اجزای رفتاری انگ بیماری روانی کماکان حفظ می‌شد؛ و این نشان می‌دهد که خطرناک بودن بیمار بدون واسطهٔ مسؤولیت شخصی و اجزای هیجانی، به بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز اجتناب، وادارسازی و جداسازی نسبت به بیمارانی منجر می‌شود. این هم یافته‌ای است که با نظریهٔ ارزیابی خطر در انگ بیماری روانی همخوانی دارد. در مطالعهٔ کورینگان و همکاران (۲۰۰۳a)، اطلاعات مبنی بر خطرناک بودن بیمار بر تمام اجزای رفتاری (یاری‌رسانی-اجتناب و وادارسازی-جداسازی) تأثیر داشته است. در آن مطالعه، یاری‌رسانی و اجتناب مجموعاً یک عامل در نظر گرفته شده است و یافته‌های آنان جز در مورد عامل یاری‌رسانی با مطالعهٔ حاضر همخوانی دارد و در آن مورد هم به دلیل جدا نبودن عامل یاری‌رسانی در آن مطالعه، قابل داوری نیست. اما از سویی، ویژگی جامعهٔ خاص مورد مطالعهٔ ما (کارآموزان و کارورزان پزشکی) که یاری‌رساندن به افراد دچار بیماری روانی را جزو وظایف خود می‌دانند، ممکن است باعث شده باشد تا خطرناک بودن بر رفتار یاری‌رسانی تأثیر نداشته باشد. مطالعهٔ آنان نیز نشان‌دهندهٔ تأثیر خطرناک بودن، بدون واسطهٔ مسؤولیت شخصی و اجزای هیجانی انگ بیماری روانی (یعنی هم‌آهنگ با نظریهٔ ارزیابی خطر) است (کورینگان و همکاران،

فرد را مسؤول بیماری خود می‌دانستند، از خود تمایل بیشتری به اعمال زور و اجبار برای درمان یا نگهداری بیمار به صورت جدا از جامعه نشان می‌دادند. این تأثیر، با در نظر گرفتن اجزای هیجانی انگ بیماری روانی از معناداری خارج می‌شد؛ یعنی، باور به مسؤولیت شخصی، با واسطه اجزای هیجانی انگ بیماری روانی تأثیر خود را بر اجزای رفتاری انگ بیماری روانی می‌گذارد و این یافته نیز با نظریه اسناد همخوانی دارد.

در مطالعه کوریگان و همکاران (۲۰۰۳a)، باور به مسؤولیت شخصی با تمایل کمتر به یاری‌رسانی-اجتناب و تمایل بیشتر به وادار سازی-جداسازی همراه بود و تأثیر آن بر یاری‌رسانی-اجتناب با در نظر گرفتن اجزای هیجانی معنادار نمی‌شد و این هم در مجموع، با یافته‌های مطالعه ما هماهنگی دارد (جز آن که در مطالعه ما مسؤولیت شخصی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر یاری‌رسانی و اجتناب نداشته است).

در مطالعه حاضر از بین اجزای هیجانی انگ بیماری روانی، احساس خشم بر اجزای رفتاری انگ تأثیر معناداری نداشت. اما دلسوزی بیشتر با تمایل به یاری رساندن بیشتر، اجتناب کمتر و جداسازی کمتر همراه بود؛ و ترس بیشتر با یاری‌رسانی کمتر و اجتناب، وادار سازی و جداسازی بیشتر همراه بود. این یافته در مجموع با یافته‌های مطالعه کوریگان و همکاران (۲۰۰۳a) همخوانی دارد. همان‌طور که پیش از این هم ذکر شد، با در نظر گرفتن اجزای هیجانی انگ بیماری روانی، تأثیر باور به مسؤولیت شخصی بر اجزای رفتاری معنادار نبود؛ یعنی باور به مسؤولیت شخصی با واسطه اجزای هیجانی انگ بیماری روانی بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارد. این یافته هم با نظریه اسناد در انگ بیماری روانی همخوانی دارد.

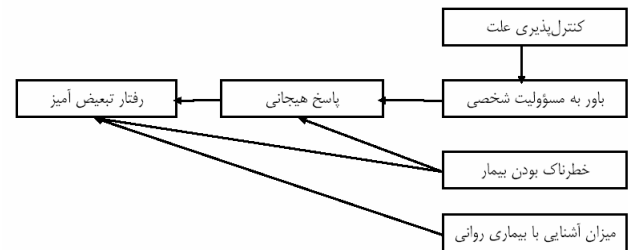
اصلی‌ترین محدودیت این مطالعه آن بود که نمونه آن معرف جمعیت عمومی نبود و به همین دلیل هم نمی‌توان یافته‌های آن را با قطعیت به جمعیت عمومی کشور تعمیم داد. با این حال، جمعیت انتخاب شده با توجه به جمعیت جوان ایران و نیز به خاطر این که در آینده عهده‌دار اراییه خدمات پزشکی خواهند بود، زیرگروهی پراهمیت از جمعیت است. از سوی دیگر، در مطالعات کشورهای دیگر نیز بین زیرگروه‌های مختلف جمعیت از نظر رابطه اجزای

شناختی، هیجانی و رفتاری تفاوت قابل توجهی گزارش نشده است. لذا احتمالاً می‌توان با این مطالعه تفاوت یا تشابه ارتباط این مؤلفه‌ها و مدل پیشنهادی در فرهنگ ما را با فرهنگ‌های دیگر سنجید. محدودیت دیگر پژوهش حاضر این است که پاسخ رفتاری در این مطالعه به وسیله گزارش خود آزمودنی‌ها تعیین شده است و نه با مشاهده رفتار واقعی آنان. البته فراهم آوردن نمونه‌ای با اندازه کافی از اشخاصی که در تعامل رفتاری واقعی با بیماران روانی باشند، بسیار مشکل است و طراحی آن ممکن نبوده است. این محدودیت در مطالعات مشابه سایر کشورها نیز وجود داشته است. همچنین این مطالعه فقط محدود به بررسی انگ‌زنی به مرد جوان دچار اسکیزوفرنیا بود. برای بررسی جنبه‌های دیگر انگ‌زنی و تعمیم‌پذیری مدل اسناد در بیماری‌ها و حالت‌های گوناگون روانپزشکی، مطالعات دیگر با بررسی انگ‌زنی همراه با بیماری‌های روانی دیگر (مانند افسردگی)، در سنین مختلف و در هر دو جنس لازم است.

افراد دچار بیماری روانی، علاوه بر عوارض بیماری و نشانه‌های ناتوان‌کننده آن، از انگی که جامعه به آنان می‌زند و تأثیرات آن نیز رنج می‌برند. افراد دچار اسکیزوفرنیا، به عنوان یکی از بیماری‌های روانی که با انگ بیشتری همراه است، از وجود نگرش‌های منفی در جامعه متأثر هستند. مطالعات مختلف به ویژه در کشورهای غربی، حضور این نگرش‌ها و پیش‌داوری‌های منفی و تأثیر آن بر اقدام برای درمان و نتیجه درمان و عوامل مؤثر بر آن را بررسی کرده‌اند. دو مدل نظریه اسنادی و نظریه ارزیابی خطر درباره انگ بیماری روانی و رابطه بین اجزای مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری آن، بیشتر از سایر نظریه‌ها مطرح است.

این مدل‌ها و نظریه‌ها در جوامع و فرهنگ‌های اروپایی و آمریکایی آزموده شده‌اند. اما به نظر منطقی می‌رسد که انگ بیماری روانی متأثر از عوامل تاریخی، اجتماعی و فرهنگی خاصی هر جامعه باشد، و بنابراین در فرهنگ‌های مختلف، متأثر از عوامل خاص آن فرهنگ بوده و تأثیرات ویژه خود را نیز داشته باشد. از این رو، بررسی مدل‌های آزموده شده در فرهنگ‌های دیگر برای بررسی تعمیم‌پذیری این مدل‌ها به شکل بین و فرهنگی لازم به نظر می‌رسد.

روانی مؤثرتر باشد (شکل ۳). این امر ممکن است به دلیل تفاوت فرهنگی در زمینه اهمیت فردیت و مسئولیت شخصی، در مقایسه با اهمیت نقش فرد در بافت جامعه و تهدیدکنندگی او برای اطرافیان باشد. البته پذیرش یا رد این احتمال نیازمند تکرار نتایج این مطالعه در نمونه‌ای معرف از جامعه عمومی، به‌طور ویژه همراه با مطالعه ابعاد فردگرایی و جمع‌گرایی در این جامعه و تأثیر آن بر انگ بیماری روانی است. تا جایی که اطلاعات ما نشان می‌دهد، این مطالعه تاکنون تنها مطالعه‌ای است که به بررسی رابطه بین اجزای شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زدنی به افراد دچار بیماری روانی در فرهنگ‌های غیراروپایی-آمریکایی پرداخته است.



شکل ۳- روابط بین مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری انگ‌زدنی به بیماران روانی در این مطالعه

یافته‌های این مطالعه، به‌طور کلی نشان می‌دهند که هر دو مدل در شکل‌گیری بخشی از انگ بیماری روانی نقش دارند؛ و به‌ویژه در مقایسه با مطالعه مشابه، به نظر می‌رسد که مدل ارزیابی خطر در ایجاد واکنش‌های هیجانی و رفتارهای تبعیض آمیز نسبت به بیماران

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۵/۲۶

منابع

پزشکی، ز. و بوالهروی، ج. (۱۳۷۳). بررسی نگرش اهالی چند روستای شمال شهر تهران در زمینه بیماری روانی. *اندیشه و رفتار*، سال ۱، شماره ۳. صادقی، م. کاویانی، ح. و رضایی، ر. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۲) ۱۶-۲۵.

Al-adawi, S., Dorvlo, A. S. S., Al-Ismaily, S. S., Al-Ghafry, D. A., Al-Noobi, B. Z., Al-Salmi, A., Burke, D. T., Shah, M. K., Ghassany, H. & Chand, S. P. (2002). Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 305-317.

Angermeyer, M. C., Beck, M., & Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from the people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663-668.

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.

Arikan, K., Uysal, O. & Cetin, G. (1999). Public awareness of the effectiveness of psychiatric treatment may reduce stigma [Abstract]. *Israel Journal Psychiatry and Related Sciences*, 36 95-99.

Coker, E. M. (2005). Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Social Science and Medicine*, 61, 920-930.

Corrigan, P. W. (2000) Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude

change, 7, 48-67.

Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001a). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219-225.

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001b). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953-958.

Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A. Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-309.

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003a). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.

Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D. Sangster, Y., Noel, J. G., & Campbell, J. (2003a). Perceptions of Discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 1105-1110.

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental

- health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- de Mendonca Lima, C. A. Levav, I. Jacobsson, L. & Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 679-682.
- Dickerson, F. B., Somerville, J., Origoni A. E., Ringel N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Buletion*, 28, 143-155.
- Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 5468.
- Gaebel, W., & Baumann, A. E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the open the doors program in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 657-662.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenic Bulletin*, 25, 447-456.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 189-302.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shroud, P. E., and Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *Am Sociol Rev*; 54: 400-423.
- Link, B. G., Struening, E. L., NeeseTodd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health Social Behavior*, 38, 177-190.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 185-187.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal Health of Social Behavior*, 39, 335-347.
- Mas, A., & Hatim, A. (2002). Stigma in mental illness: Attitudes of medical students towards mental illness [Abstract]. *Medical Journal of Malaysia*, 57, 33-44.
- McSween, J. L. (2002). The role of group interest, identity, and stigma in determining mental health policy preferences [Abstract]. *Journal Health of Political Policy Law*, 27, 773-800.
- Ng, C. H. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *Australian and Newslans Journal of Psychiatry*, 31, 82-90.
- Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- Penn, D. A., Guynan, K., Daily, T., & Spaulding, W. D. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bultin*, 20, 567-578.
- Perlick, D. A., (2001). Special section on stigma as a barrier to recovery: Introduction. *Psychiatric Services*, 52, 1613-1614.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness - A cure for stigma? *Trends in Neuroscience*, 25, 430-431.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346.
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325.
- Ucok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoc, S., & Atakli, C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward Patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 89-91.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Buletin*, 25, 467-78.