

Stigma Towards Patients with Mental Disorders

Mohamadi M¹, Mohtashami J^{2*}, Arab Khangholi Z³

1- Master Student of Psychiatric Nursing. Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Management of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Master Student of Psychiatric Nursing. Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mohtashami J, Management of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: J_mohtashami@sbmu.ac.ir

Received: 3 May 2021

Accepted: 8 June 2021

Abstract

Introduction: Stigma is not an individual problem or part of a disease but a social problem that have worse consequences than the disorder. Stigma is a world-shaking matter in psychiatry owing to the fact that about 300 million clients with mental health problem do not take action for treatment, as they are afraid of being stigmatized and labeled.

Method: In this review, all searches were done with Persian and English key words such as "stigma, mental disorders, depression, schizophrenia" in Pubmed, BioMed Central, Wiley Library, Science Direct databases, Google Scholar and Iranian databases such as IranMedex, SID, Magiran. For adequate coverage, articles have been chosen in Persian and English from 2001 to 2015.

Results: we have found 83 articles. after assessing them based on inclusion and exclusion criteria, we have selected 29 articles. Most of articles were assessed stigma among all patients with mental disorders in general and schizophrenia patients. Results of this study categorized in four groups such as community' view about mental disorder patients, staffs' view, patients and his/her families' view and stigma-reduction researches.

Conclusion: The review of articles shows that stigma is an important reason for unsuccessful treatment. Considering the importance of treatment and follow-up of patients with mental disorders, it seems essential to pay extra attention to the issue of stigma in this group of patients. We recommend that, because to the different ethnicities and lack of sufficient information about the stigma and its solutions in Iran, designing further researches would help to clarify the problem.

Key words: Stigma, Mental disorder, Depression, Schizophrenia.

استیگما نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانی

مرجان محمدی^۱، جمیله محتشمی^{۲*}، زهرا عرب خانقلی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- استادیار، مدیر گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: جمیله محتشمی، استادیار، مدیر گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: j_mohtashami@sbmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۱۴

چکیده

مقدمه: استیگما (برچسب خوردن) یک مشکل فردی یا جزئی از بیماری نیست بلکه یک مسئله اجتماعی است که عواقب آن بیشتر از خود بیماری است. این موضوع در اختلالات روان پزشکی اهمیتی دو چندان پیدا می کند، چرا که نزدیک به ۳۰۰ میلیون نفر از مددجویان مبتلا به اختلالات روانی به علت ترس از برچسب خوردن برای درمان اقدام نمی کنند.

روش: در مقاله مروری حاضر، جستجوی واژه های کلیدی stigma, mental disorders depression, schizophrenia در پایگاه های اطلاعاتی نظیر PubMed, Biomed Central, Wiley Library, Google Scholar, Science Direct و کلمات استیگما، اختلالات روانی، افسردگی، اسکیزوفرنی در پایگاه های اطلاعاتی فارسی زبان مانند IranMedex, SID, Magiran انجام شد. جهت پوشش مناسب در انتخاب پژوهش های پیشین، مطالعاتی به زبان های فارسی و انگلیسی از سال ۲۰۰۱ تا سال ۲۰۱۵ در این مطالعه وارد شدند.

یافته ها: در جستجو انجام شده ۸۳ مطالعه یافت شد که پس از لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج، نهایتاً ۲۹ مقاله انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان می دهد که بیشتر مطالعات انجام شده به بررسی استیگما در بین عموم بیماران دارای اختلالات روان و همچنین بیماران اسکیزوفرنی پرداخته بودند. نتایج این مطالعه در ۴ گروه پژوهش های مربوط به دیدگاه جامعه درباره بیماری های روانی، دیدگاه کارکنان و کادر درمان، مطالعات مرتبط با نظرات بیماران مبتلا به اختلالات روانی و خانواده های ایشان و پژوهش های مربوط به کاهش استیگما طبقه بندی و مورد بررسی قرار گرفته است.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که با توجه به دیدگاه های منفی افراد نسبت به بیماران روان، استیگما به عنوان یک عامل مهم عدم موفقیت در درمان مطرح می شود. چراکه اهمیت به ادامه روند درمان و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات روانی، در ایجاد نتایج مطلوب درمانی این بیماران بر کسی پوشیده نیست. لذا پیشنهاد می شود با عنایت به وجود قومیت های مختلف و کمبود اطلاعات کافی در رابطه با وجود استیگما و راهکارهای برخورد با آن در ایران، با طراحی پژوهش های مناسب زمینه ای برای شناخت بهتر این مسئله فراهم شود.

کلید واژه ها: استیگما، بیماری روانی، افسردگی، اسکیزوفرنی.

مقدمه

تعریف کلاسیک واژه استیگما که در زبان فارسی، انگ نامیده می شود، توسط گافمن در سال ۱۹۶۳ به صورت صفتی که عمیقاً فرد را بی اعتبار می کند، مطرح شد. در این تعریف فرد دچار استیگما، از یک انسان کامل و معمولی به یک انسان داغ زده و یا نادیده گرفته شده، تنزل پیدا کرده است (۱،۲). ویژگی مرتبط با سلامت را این طور تعریف کرده است: "روند اجتماعی، پیش بینی یا تجربه شده، مشخص با محرومیت، طرد، سرزنش و یا کاهش ارزش که از تجربه، ادراک و یا پیش بینی معقول از قضاوت منفی اجتماعی در مورد یک شخص و یا گروه حاصل شده است" (۳). در تعریف دیگری استیگما به عنوان مفهومی متشکل از عواقب مربوط به ناآگاهی، پیش داوری و تبعیض نسبت به یک مسئله معرفی شده است (۴). مطابق این تعریف واژه استیگما شامل سه بخش است که عبارتند از مشکلات مربوط به: ۱. آگاهی و دانش (جهل یا اطلاعات نادرست) ۲. نگرش (قضاوت متعصبانه) ۳. رفتار و عملکرد (تبعیض) (۵).

توجه به این نکته لازم است که استیگما یک مشکل فردی یا جزئی از بیماری نیست بلکه یک مسئله اجتماعی است (۶). در واقع استیگمای اجتماعی قضاوت متعصبانه و تبعیض گذاشتن در مقابل افراد یک گروه خاص می باشد (۷). استیگما موضوعی حائز اهمیت در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی است چراکه عواقب استیگمای این دسته از بیماری ها، بیشتر از خود بیماری بوده و افراد مبتلا به بیماری های روانی بیشتر از بیماران مبتلا به اختلالات جسمی، دچار آن می شوند (۵، ۸، ۹).

در واقع استیگما به عنوان اصلی ترین مانع جهت شروع و ادامه درمان و توانبخشی در بیماری های روانی مطرح است (۱۰). طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت حدود چهارصد و پنجاه میلیون نفر در سراسر دنیا دچار اختلالات روانی می باشند (۱۱)؛ اما نزدیک به دو سوم آنها برای درمان اقدام نمی کنند و علت اصلی این مسئله، نوع برخورد جامعه نسبت به بیماری های روانپزشکی است (۱۲، ۱۳). بومان معتقد است که نداشتن آگاهی از علل، علائم و روش های مختلف درمانی بیماری های روانپزشکی و عدم تماس فردی با بیماران می تواند منجر به نگرش منفی و به دنبال آن ایجاد استیگما شود (۱۴).

اکثریت مبتلایان به اختلالات روانی از کمبود آگاهی در حیطه سلامت روان، درک اشتباه عموم مردم از اختلالات روانی، نگرش های نادرست و تبعیض های صدمه زننده و مشکلات مرتبط رنج می برند (۵). بدین صورت رفتارهای ناشی از استیگما بر جنبه های مختلف زندگی این دسته از بیماران مانند روابط شخصی، تحصیلی و شغلی اثر می گذارد (۱۵)؛ به طور مثال کاهش درآمد و یا بیکاری منجر به از دست دادن مسکن و کاهش دسترسی به مراقبت های بهداشتی می شود (۹، ۱۶). انتظار و ترس از پس زده شدن، باعث

می شود بیماران با اعتماد به نفس کمتر عمل کنند و به سادگی خود را از روابط اجتماعی محروم سازند. در نتیجه شاهد ضعیف شدن شرایط یک زندگی رضایت بخش، کاهش درآمد و یا بیکاری خواهیم بود (۱۷، ۱۸، ۱۹). زمانی که افراد از پذیرفته شدن توسط افراد معمولی ترس و تردید داشته باشند و عملکردشان در حیطه های مختلف دچار ضعف شود، عزت نفسشان به خطر می افتد چراکه توانایی و ارزش خود را کمتر از سایرین می بیند (۲۰، ۲۱).

استیگمای فردی که از جامعه منشا می گیرد، شامل استیگمای درک شده، استیگمای تجربه شده و استیگما به خود (خود انگ زنی) است (۷). استیگمای درک شده یا مورد انتظار، به باورهای بیماران در مورد نگرش مردم عادی به شرایط آنان باز می گردد (۱۵). فلان و لینک معقدند استیگمای درک شده شامل درک ۵ قسمت می باشد: برچسب خوردن، کلیشه سازی، جدایی، فقدان و تبعیض (۲۲). تجربه استیگما به تبعیض ها و محدودیت هایی که فرد را تحت تاثیر قرار داده گفته می شود و پذیرش کلیشه ها و نگرش های منفی جامعه نسبت به بیماری خود، خود انگ زنی محسوب می شود (۲۳، ۲۴). همان طور که گفته شد ریشه استیگما در ارتباطات اجتماعی و بین فردی است و وقتی فرد، همان عقاید منفی را که جامعه نسبت به وی دارد، درباره وضعیت خودش در ذهن بهروراند دچار استیگمای درونی (خود انگ زنی) می شود (۲۳). خود انگ زنی به صورت تغییر هویتی تعریف می شود که فرد در آن باورهای منفی را جایگزین باورهای مثبت درباره خودش می کند، به طوری که عواقب ناخوشایند آن مانند کاهش عزت نفس و خود کارآمدی بر وی اثر می گذارد (۲۵).

اگرچه استیگما به عنوان یک پدیده جهانی شناخته شده است اما تجربه لمس آن و تبعیض های وارده در هر محیط، از کشوری به کشور دیگر و حتی از شهری به شهر دیگر متفاوت می باشد (۲۶). (۲۷) به طور کلی واکنش افراد جامعه به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی می تواند بر اساس شدت و نوع بیماری و فرهنگ جامعه متفاوت بوده و حتی در گذر زمان تغییر یابد (۲۸، ۲۹، ۷).

تعدادی از مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که استیگمای بیشتری در کشورهای آسیایی نسبت به کشورهای توسعه یافته غربی وجود دارد (۳۰). کمبود مطالعات و مداخلات در کشورهای با درآمد متوسط یا پایین می تواند از دلایل تفاوت میزان استیگما بین کشورها باشد (۱۵).

مروری بر وضعیت استیگما نسبت به بیماری های روانی می تواند این مفاهیم را بهتر معرفی نماید. با توجه به تعداد کم پژوهش های انجام شده در ایران، اطلاعات در خصوص این موضوع در ایران می تواند بسط یابد. این مطالعه با هدف بررسی پژوهش های مرتبط با استیگما در بیماران دارای اختلالات روانی انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر به صورت مرور نظام مند صورت گرفته است. در مقاله مروری حاضر، جهت پوشش مناسب در انتخاب پژوهش‌های پیشین، مطالعاتی به زبان فارسی با جستجوی واژه‌های کلیدی "استیگما، اختلالات روانی، افسردگی، اسکیزوفرن" در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان مانند IranMedex، SID، Magiran به یافتن مقالات فارسی در مجلات معتبر انجامید. با کلیدواژه‌های

"stigma, mental disorders, depression, schizophrenia"

به زبان انگلیسی جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی نظیر PubMed، Science Direct و Biomed Central، Wiley Library همچنین جستجوی پیشرفته در Google Scholar به فارسی و انگلیسی انجام شد. بازه زمانی از سال ۲۰۰۱ تا سال ۲۰۱۵ در نظر گرفته شد.

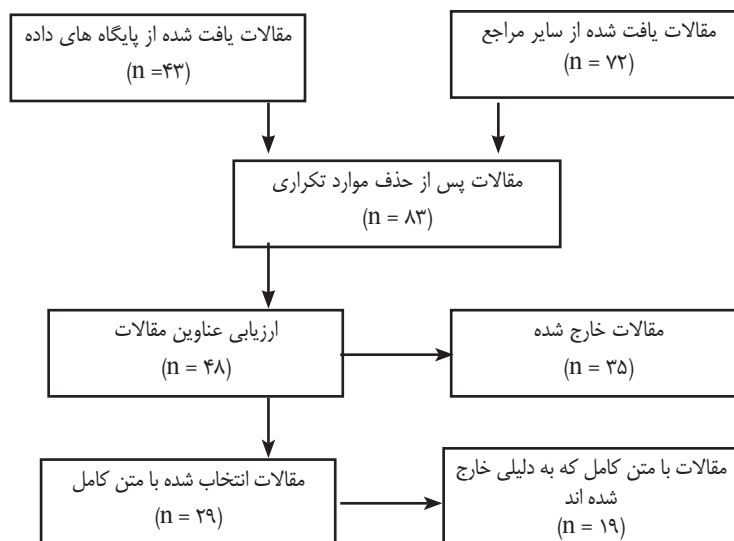
معیارهای ورود و خروج مطالعات در (جدول ۱) ارائه شده است.

جدول ۱: جدول معیارهای ورود و خروج

معیارهای خروج	معیارهای ورود
مقالاتی که دارای مفاهیم استیگما در بیماری‌هایی غیر از اختلالات روانی باشند. مقالات غیر از زبان‌های فارسی و انگلیسی عدم دسترسی به مقاله کامل	مقالاتی که دارای مفاهیم استیگما در بیماران مبتلا به اختلالات روانی باشند. مقالات پژوهشی و مروری

عدم ارتباط با بیماری‌های روانپزشکی و عدم دسترسی به متن کامل حذف شدند و نهایتاً تعداد ۲۹ مقاله به این مطالعه وارد شدند. فرایند جستجو و انتخاب مقالات در (شکل ۱) ارائه شده است.

پس از جستجو در سایت‌ها و بانک‌های اطلاعاتی ذکر شده، ۸۳ عنوان مقاله یافت شد. محققین با حذف موارد تکراری و اعمال معیارهای ورود و خروج از مطالعه (جدول ۱)، ۵۴ مقاله که به لحاظ



شکل ۱: فرایند جستجو و انتخاب مقالات

(جدول ۲) مقالات وارد شده به تفکیک روش مطالعه نشان داده است. ترکیب و تنوع مطالعات نشان دهنده پوشش وسیع این مطالعه در مورد پژوهش‌های انجام‌شده می‌باشد. این مقالات توسط تیم پژوهش مطالعه و ارزیابی شدند. همچنین جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش، مطالعات استفاده شده با ذکر در فهرست منابع به شیوه صحیح نگاشته شده‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که از ۲۹ مقاله موردبررسی در این مطالعه، ۱۳ مقاله به بررسی کلی استیگما در اختلالات روانی پرداختند. ۳ مورد از مقالات در رابطه با راهکارهای کاهش استیگما و ۱۳ مقاله به طور خاص در رابطه با استیگما در بیماران مبتلا به بیماری‌های اسکیزوفرنی (۷ مورد)، افسردگی (۲ مورد)، اختلال شخصیت (۲ مورد) و بیش فعالی (۱ مورد) بوده است.

جدول ۲: بررسی روش شناسی مطالعات

موضوع	تعداد	درصد
مقطعی	۱۵	۵۲
مروری	۵	۱۷/۵
متاآنالیز	۳	۱۰
کارآزمایی بالینی	۳	۱۰
ترکیبی	۲	۷
ابزار سازی	۱	۳/۵

به منظور بررسی بهتر پژوهش‌های انجام شده و مرور جامع بر مفهوم استیگما در بیماران مبتلا به اختلالات روانی با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی گوناگون، مقالاتی از کشورهای مختلف انتخاب شدند. نتایج در (جدول ۳) نشان داده شده است.

جدول ۳: مقالات وارد شده به مطالعه بر اساس کشور محل انجام مطالعه

موضوع	تعداد	درصد
ایران	۵	۱۷
ژاپن	۵	۱۷
انگلیس	۲	۷
سوئیس	۲	۷
هند	۲	۷
سایر کشورها (استرالیا، بلژیک، مالزی، فنلاند، غنا، اتیوپی، سوئد، و ایالات متحده)	۸	۲۸
چند کشور	۵	۱۷

نتایج جستجوهای انجام شده نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات انجام شده پیرامون استیگما در ایران، مشکلاتی نظیر نابرابری، هموفیلی، سندرم داون، صرع و ایدز را در بر می‌گیرند. با این وجود، به طور خاص در رابطه با استیگما در بیماری‌های روانی در ایران مطالعات اندکی یافت شد.

هدف انجام گرفته است. به طوری که در نهایت نتایج مطالعه در ۴ گروه پژوهش‌های مربوط به دیدگاه جامعه درباره بیماری‌های روانی، دیدگاه کارکنان و کادر درمان، مطالعات مرتبط با نظرات بیماران مبتلا به اختلالات روانی و خانواده‌های ایشان و پژوهش‌های مربوط به کاهش استیگما مورد بررسی قرار می‌گیرد.

خلاصه‌ای از یافته‌های مطالعه در (جدول ۴) ارائه شده است. دسته بندی و تفکیک مطالعات منتخب با توجه به محتوا و گروه‌های

جدول ۴: خلاصه مطالعات وارد شده در این مطالعه

ردیف	نویسندگان	روش مطالعه	حجم نمونه	خلاصه یافته‌ها
۱	لینک و همکاران ۲۰۰۱	مداخله ای	۷۰	در این پژوهش دو جنبه تبعیض و پس زده شدن توسط اجتماع که در استیگما مطرح می‌شود در ارتباط با عزت نفس مبتلایان به اختلالات روانی بررسی گردید و مشخص شد که استیگمای مرتبط با اختلالات روانی، به عزت نفس مددجویان صدمه می‌زند.
۲	توکلی و همکاران ۱۳۸۵	توصیفی	۳۲۴	یافته‌ها نشان داد که آشنایی بیشتر با بیماری‌های روانی، با تمایل کمتر برای جداسازی همراه است و داشتن اطلاعات درباره خطرناک بودن تمایل به جداسازی را بیشتر می‌کند. مدل ارزیابی خطر در نشان دادن واکنش‌های هیجانی و رفتارهای تبعیض آمیز به بیماران روانی موثر است.
۳	نجومی و همکاران ۱۳۸۸	توصیفی	۸۰۰	این مطالعه نشان داد که اغلب مردم تهران، به قابل درمان بودن بیماری‌های اعصاب و روان در بیرون از بیمارستان اعتقاد دارند و برای دوستی با این افراد مشکلی ندارند. به طور کلی نگرش و آگاهی عمومی نسبت به بیماری‌های روانی‌شناسی مناسب ارزیابی گردید.
۴	کینگ و همکاران ۲۰۰۷	کیفی	۶۰	حاصل پژوهش، پرسشنامه‌ای با ۲۸ گویه است که روی ۳ ساختار تمرکز دارد و عبارتند از: تبعیض، افشاگری و جنبه‌های مثبت بالقوه اختلال. این پرسشنامه خودگزارشی است و حداکثر طی ۱۰ دقیقه تکمیل می‌گردد.
۵	هاراگوچی و همکاران ۲۰۰۹	توصیفی	۶۹۹	تفاوت فرهنگی می‌تواند در جنبه‌های مختلف استیگما موثر باشد. یکی از این جنبه‌ها اختلاف اجتماعی است. اختلاف اجتماعی نسبت به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، در دو کشور ژاپن و چین قابل توجه است اما در ژاپن بیشتر به نظر می‌رسد. همچنین دانش عمومی در ارتباط با اسکیزوفرنی در ژاپن بالاتر است.

۶	هانزاوا و همکاران ۲۰۰۹	کیفی	۱۳۹	این مطالعه نشان داد که بار مراقبتی، استیگمای درک شده و فاصله اجتماعی در اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ژاپن در مقایسه با کره بیشتر است. از سوی دیگر، احساس خود انگ زنی در این گروه در کره قوی تر از گروه مشابه در ژاپن می باشد.
۷	بارک و همکاران ۲۰۱۰	توصیفی	۴۰۳	میزان بالای استیگما بین مردم و بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کشور غنا وجود دارد.
۸	بروهان و همکاران ۲۰۱۰	مروری	۵۷	در این پژوهش، ابزارهای تعیین استیگما از ابعاد مختلف (درک استیگما، تجربه استیگما، و استیگما نسبت به خود) دسته بندی و تحلیل شدند که می تواند راهنمایی برای پژوهشگران در انتخاب ابزار باشد.
۹	آروما و همکاران ۲۰۱۱	توصیفی	۵۱۶۰	افراد مبتلا به افسردگی، دارای تحمل اجتماعی بالاتری نسبت به مبتلایان به سایر اختلالات روانی هستند و در این گروه، کسانی که از سرویس های سلامت روان استفاده می کنند تمایل دارند که فاصله اجتماعی کمتری داشته باشند و در مصرف داروهای ضد افسردگی همکاری بهتری دارند.
۱۰	ابراهیمی و همکاران ۲۰۱۲	توصیفی	۸۰	اکثر پرستاران سطح متوسطی از استیگما نسبت به اختلالات روانی را گزارش کردند؛ همچنین حدود ۳۰ درصد دیدگاه های کلیشه ای را مطرح کردند. بین تجربه زندگی با فرد مبتلا و میزان استیگما و تبعیض همبستگی وجود دارد.
۱۱	اوپینو و همکاران ۲۰۱۲	مداخله ای	۵۶	آموزش روانی با تمرکز بر کاستن از استیگما نسبت به خود به وسیله اصلاح باورهای اشتباه درباره اسکیزوفرنی و ارتباط بین اسکیزوفرنی و رفتارهای خشونت آمیز، نشان دادن ویدئو و تحلیل داده های مرکز ملی پلیس، می تواند تاثیر مثبتی بر وضعیت زندگی مددجویان داشته باشد.
۱۲	ایوانزلاکو و همکاران ۲۰۱۲	مداخله ای	۴۰۳	برقراری ارتباط اجتماعی منجر به افزایش تمایل برای رویارویی با مشکلات مربوط به سلامت روان و افزایش رفتارهای ضد استیگما و شرکت در کمپین هایی است که برنامه های ضد استیگما دارند، می شود. یافته ها بر اهمیت به وجود آوردن شرایط برای تسهیل ارتباط مناسب با بیماران تاکید دارد.
۱۳	مولر و همکاران ۲۰۱۲	مروری	۳۳	استیگما در اختلال بیش فعالی و کمبود توجه می تواند عامل خطری در کشف علائم، تشخیص، درمان، پیگیری، رضایت از زندگی باشد چرا که این اختلال باید در کودکی تشخیص داده شود.
۱۴	آسفا و همکاران ۲۰۱۲	مقطعی	۲۱۲	استیگمای درونی شده، یک مشکل بزرگ در اتیوپی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است که در بیمارستان بستری نمی باشند. حدود نیمی از شرکت کنندگانی که درمان را قطع کرده بودند، علت را استیگمای درک شده از سوی دیگران اعلام کردند.
۱۵	لازاویا و همکاران ۲۰۱۲	توصیفی	۱۰۸۲	اغلب بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، تجربه تبعیض حداقل در یکی از حوزه های زندگی را داشته اند و به همین علت ۲۷ درصد از ایجاد روابط جدید، ۲۵ درصد از از کار کردن و ۲۰ درصد از تحصیل سر باز زده اند. میزان بیشتر تبعیض و استیگما با دوره های مکرر افسردگی، سابقه بستری، سطح پایین عملکرد اجتماعی با ارتباط دارد.
۱۶	کوریکان و همکاران ۲۰۱۲	متاآنالیز	۷۲	بررسی ها نشان داد که دو نوع مداخله که عبارتند از آموزش و ایجاد ارتباط، روی کاهش استیگمای اختلالات روانی نسبت به مبتلایان تاثیر مثبت دارد. برای بزرگسالان روش ارتباط و برای نوجوانان آموزش موثرتر می باشد. همچنین ارتباط چهره به چهره موثر تر از ارتباط ویدئویی است.
۱۷	هانزاوا و همکاران ۲۰۱۲	توصیفی	۲۱۵	این مطالعه عنوان می کند که روانپرستاران ژاپن دیدگاه منفی نسبت به حضور بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در جامعه دارند و مراقبت از آنان در بیمارستان های مناسب را ارجح می دانند. همچنین استیگمای درونی شده نسبت به اسکیزوفرنی، همبستگی مستقیم با داشتن اعتقاد نسبت به بهترین وضعیت بستری دارد.
۱۸	گرلینجر و همکاران ۲۰۱۳	مروری	۵۴	با بازنگری در مقالات مشخص شد که متغیرهای دموگرافیک تاثیر ناچیزی بر استیگما دارند اما متغیرهای روانی-اجتماعی مانند سطح پایین کیفیت زندگی به شدت بر میزان استیگما تاثیرگذار می باشند.
۱۹	آندو و همکاران ۲۰۱۳	مروری	۱۹	بررسی ها نشان داد که در ژاپن، به میزان کمی باور بهبودی برای مبتلایان به اختلالات روانی وجود دارد و مردم بیشتر مسائل روانی-اجتماعی را مسبب بیماری میدانند تا عوامل بیولوژیک. پرسنل درمانی، استیگمای کمتری را نسبت به مردم جامعه گزارش کردند و این می تواند به علت ارتباط بیشتر با این گروه از بیماران باشد.
۲۰	پاوار و همکاران ۲۰۱۳	توصیفی	۵۰۲	در این پژوهش حدود ۹۰ درصد مددجویان (در جنس مونث بیشتر)، استیگما و تبعیض را تجربه کرده اند که این موضوع مستقل از سن و تحصیلات آنان است. مراقبین مددجویان، احساس می کنند که از سوی مردم سرزنش می شوند.

۲۱	گریفیتس و همکاران ۲۰۱۴	متاآنالیز	۳۴	بررسی مطالعات نشان داد که مداخلات روی استیگمای شخصی و فاصله اجتماعی تاثیر کمی دارد در حالی که بر کاهش استیگما نسبت به بیماری روانپزشکی تاثیر چشمگیری دارد. همچنین مشخص شد که مداخلات آموزشی به اندازه ی مداخلات ارتباطی چهره به چهره موثر است.
۲۲	کاسچورک و همکاران ۲۰۱۴	میکس متد	۵۶۴ (کمی) ۷۲ (کیفی)	یافته ها نشان می دهد که تجربه تبعیض کمتر از احساس استیگمای درونی شده است. تجربه تبعیض مستقل از علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و دانش بیشتر مراقبت کننده است. بیشترین تاثیر استیگما بر چگونگی زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و مراقبین است که روی حیطه های واکنش منفی، دیدگاه منفی، رفتارها و تظاهرات ناشی از بیماری و کاهش توانایی برای انجام کارهایی که از مددجو انتظار می رود، تاثیر می گذارد.
۲۳	برین و همکاران ۲۰۱۴	توصیفی	۱۱۱	حدود نیمی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تبعیض را از سوی اعضای خانواده، دوستان نزدیک، همکاران و پرسنل درمانی ذکر نمودند. ۸۸ درصد خواهان پنهان ماندن بیماری خود بودند. همبستگی بین استیگما و تبعیض با تبعیت از مصرف داروهای آنتی سایکوتیک یافت نشد.
۲۴	حیدری و همکاران ۱۳۹۳	متاآنالیز	۳۸	انگ یک پدیده اجتماعی قدرتمند و پایدار است و جمعیت های آسیب پذیر را درگیر می کند. این موضوع می تواند باعث تبعیض، از دست دادن موقعیت اجتماعی، رفتارهای مقابله ای، کاهش کیفیت زندگی، عدم مصرف صحیح داروها و نابه سامانی در خانواده شود.
۲۵	واقعی و همکاران ۱۳۹۴	کارآزمایی بالینی	۶۰	آموزش روانی می تواند با ارتقای سطح دانش مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، موجب تغییر نگرش خانواده نسبت به بیماری و درمان و پذیرش بیشتر بیمار در خانواده شود.
۲۶	تورنیکرافت و همکاران ۲۰۱۵	مروری	۹۸	پژوهش نشان داد که برای افراد مبتلا به اختلال روانی، مداخلات ضد استیگما از نوع گروهی موثر است. برای دانشجویان، مداخلات بر پایه ارتباط اجتماعی تاثیر بهتری روی کاهش استیگما (به صورت کوتاه مدت) دارد. تعیین وضعیت برنامه های کاهش استیگما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین به علت کمبود مطالعات به درستی امکان پذیر نیست. پژوهش های بیشتر در زمینه برنامه های کاهش استیگما به صورت بلند مدت نیاز است.
۲۷	کتور و همکاران ۲۰۱۵	میکس متد	۲۱۴	نتایج نهایی نشان داد که به طور کلی در اختلالات شخصیت میزان استیگما کمتر است با این حال در بین اختلالات شخصیت، استیگما نسبت به شخصیت اسکیزوئید بیشتر از سایر انواع است.
۲۸	کتور و همکاران ۲۰۱۵	میکس متد	۱۳۱	نوجوانان مبتلا به اختلالات شخصیت استیگمای سنگین تری را نسبت به سایر اختلالات دوره نوجوانی به دوش می کشند. در بین اختلالات شخصیت، شخصیت مرزی استیگمای بیشتری را متحمل می شود.
۲۹	حنفیا و بورتل ۲۰۱۵	کیفی	۱۵	۷ تم اصلی در رابطه با استیگمای بیماری های روانی یافت شد که عبارتند از مقصرین اصلی، اختلالاتی که استیگما را به دنبال دارند، جمعیت شناسی و وضعیت جغرافیایی استیگما، آشکاری استیگما، تاثیر استیگما، علل استیگما، ابتکار عمل برای پیش گرفتن از استیگما.

بحث

جامعه باشد (۵). بررسی استیگمای اختلالات روان در کشورهای

با درآمد متوسط و پایین نیز انجام شده است. به طور مثال مطالعه کاسچارک و همکاران (۲۰۱۰)، نشان داد که در هند استیگمای مرتبط با اسکیزوفرنی از شدت کمتری نسبت به سایر کشورها برخوردار نیست (۴) همچنین پاور و همکاران (۲۰۱۴) مشخص نمودند که جامعه هندوستان، مراقبین خانوادگی و بیماران را به شدت سرزنش و مورد تبعیض قرار می دهد و تمایلی برای ایجاد هیچگونه رابطه ای با ایشان ندارد (۳۱). پژوهش بارک و همکاران (۲۰۱۱) اظهار داشت که نگرش مردم اتیوپی نسبت به بیماری های روانی منفی و مشابه نگرش سایر کشورهای جنوب صحرای آفریقا است (۳۲)؛ اما مطالعه نجومی و همکاران (۱۳۸۸) در تهران تا حدودی با این نتایج مغایرت دارد. به طور مثال با اینکه اکثر نمونه ها علل بیماری های اعصاب و روانی را نمی دانستند، اما معتقد بودند که این گروه از بیماری ها

به طور کلی پژوهش های انجام شده به لحاظ محتوا در ۴ گروه مطالعات مربوط به دیدگاه مردم، کارکنان گروه درمانی، بیماران و خانواده هایشان و در نهایت مطالعات مربوط به کاهش استیگما قرار گرفتند.

ابتدا مطالعات مربوط به دیدگاه مردم در رابطه با استیگما نسبت به بیماری های روانپزشکی در کشورهای مختلف بحث شده است. مطالعه ی مروری آندو و همکاران (۲۰۱۳)، نشان داد که عموم مردم در ژاپن با تصور ضعف شخصیتی بیمار و نه عوامل بیولوژیکی، امیدی به بهبودی وی نداشته و تا حد امکان از ارتباطات نزدیک با وی خودداری می کنند. در ژاپن نگرش نسبت به این بیماران در مقایسه با تایوان و استرالیا منفی تر است و این ممکن است به خاطر موسسه گرایبی و نبود کمپین های دولتی برای رفع مسئله استیگما در این

قابل درمان هستند و می توانند مشغول به کار شوند (۱). همچنین حدود ۷۰ درصد از نمونه های مطالعه به برقراری رابطه دوستی با بیماران، پاسخ مثبت دادند اما اکثر افراد تمایل به ازدواج با این گروه را نداشتند. به طور کلی نگرش خوبی نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی در تهران وجود دارد که با توجه به قومیت های مختلف نمی توان به سایر مناطق تعمیم داد (۱). به نظر می رسد مفهوم استیگما میان مردم جوامع مختلف با درجات متفاوتی معنا پیدا می کند. آنچه از برآیند مطالعات یافت شده برداشت می شود آن است که مردم اثر کشورهای یاد شده، نگاه مثبتی نسبت به بیماری های روانی ندارند و گاهی افراد مبتلا و یا اعضای خانواده ایشان، مورد تبعیض و استیگما قرار می گیرند.

مطالعاتی که درک و نگرش کادر درمان را در رابطه با استیگما بررسی کرده باشند، نیز می تواند در شناخت بهتر این موضوع کمک کننده باشد. به عنوان نمونه مطالعه ای توسط هانزاوا و همکاران با هدف درک روانپرستاران از استیگمای درونی شده در اسکیزوفرنی طی سال های ۲۰۰۷ - ۲۰۱۰ انجام شد. در این پژوهش مشخص شد که روانپرستاران ترجیح می دهند بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان بستری شده و تحت درمان باشند، چرا که بیماران در جامعه دچار ناکامی می شوند و مورد تبعیض و خشونت قرار می گیرند. همچنین آنان اظهار داشتند که مراقبین خانگی بیماران نیز بار سنگینی را به دوش می کشند، که ممکن است منجر به تغییر سبک زندگی آنها شود (۳۳). این مسئله نشان دهنده آن است که روانپرستاران نه تنها به تبعیض بیماران در جامعه اهمیت می دهند بلکه به کیفیت زندگی خانواده بیماران و قربانی شدن آنها نیز توجه می کنند؛ بنابراین برنامه های آموزشی برای تغییر نگرش پرستاران از بیمارستان محوری به جامعه محوری لازم است؛ اما این امر مشروط بر ساخت گروه های مکمل و حمایتی مناسب در جامعه است که در ژاپن بر خلاف کشورهای غربی چنین زیر ساختی موجود نمی باشد. موسسه زدایی و ایجاد سیستم درمانی جامعه محور از وظایف مهم سیستم سلامت روان ژاپن می باشد (۳۳). پژوهش هاراگوچی و همکاران (۲۰۰۹) که میان پرسنل بازتوانی خصوصا در زمینه روان درمانی و دانشجویان سال اول پزشکی و فیزیوتراپی انجام شد، نشان داد که فاصله اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و آگاهی و اطلاعات مربوط به بیماری و درمان ها در ژاپن بیش از چین گزارش شده است (۲۶). به طور کلی کارکنان کادر درمانی دارای دیدگاه بهتری نسبت به عامه مردم می باشند. انتظار می رود که این افراد

نگاه حرفه ای به بیماری های روانی داشته باشند با این حال پدیده استیگما در این گروه نیز دیده می شود. به نظر می رسد که تشکیل کارگروه و آموزش مستمر برای کاهش استیگما بین کارکنان گروه درمان ضروری می باشد (۲۶).

مطالعات مربوط به استیگما در خانواده و بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی بخش دیگری از یافته های این مطالعه را تشکیل می دهد. مطالعه لاسالویا و همکاران در سال ۲۰۱۰ با هدف بررسی الگوی تجربه و پیش بینی تبعیض در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در ۳۵ کشور، به صورت مقطعی انجام شده است. حدود ۸۰ درصد شرکت کنندگان حداقل یک بار تبعیض را تجربه کرده بودند، ۳۷ درصد روابط نزدیک با دیگران را قطع، و حدود ۲۰-۲۵ درصد شغل و تحصیل را ترک کرده بودند (۳۴). همچنین مشخص شد که پیش بینی تبعیض توسط بیمار لزوماً ارتباطی با تجربه تبعیض ندارد؛ در مقابل، عودهای مکرر افسردگی و سابقه بستری در بیمارستان و عملکرد ضعیف اجتماعی موجب بیشتر مورد تبعیض واقع شدن می گردد. به طور کلی میزان استیگما و تبعیض در بیماران مبتلا به افسردگی کمتر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که در پژوهشی مشابه با این مورد انجام شده، گزارش شده است (۳۴). پژوهش برین و همکاران (۲۰۱۴) در سوئد بیان می کند که دو سوم شرکت کنندگان مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی تبعیض را در روابط اجتماعی و نیمی از آنان تبعیض را از سوی کارکنان بهداشتی و در موقعیت های استخدامی تجربه کرده اند و این تبعیض باعث می شود که افراد فعالیت های خود را محدود و بیماری خود را مخفی کنند (۳۵).

مطالعه ای ترکیبی توسط کاسچارک و همکاران در هند، بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و مراقبین آنها صورت گرفت که ۴ زمینه مرتبط با استیگما را بیان نمود: تبعیض منفی (تجربه واکنش های منفی)، تبعیض های مورد انتظار (واکنش های پیش بینی شده)، ناراحتی از افشای بیماری، احساس بیگانگی (دیدگاه و احساسات منفی نسبت به خود). نتایج این مطالعه نشان داد که تجربه تبعیض کمتر از استیگمای درونی شده در فرد، گزارش شده است. تجربه تبعیض، زمانی بیشتر است که علائم مثبت اسکیزوفرنی بیشتر و علائم منفی کمتر باشد؛ همچنین دانش بالاتر فرد مراقبت کننده درباره علامت شناسی و سن کم بیمار از عواملی است که بر تبعیض های وارده تاثیر می گذارند (۴). طبق مطالعه هانزاوا و همکاران (۲۰۰۹) فاصله اجتماعی، استیگمای درک شده، بار مراقبتی و میزان آگاهی خانواده در پرستاری از بیمار در ژاپن بیشتر از کره است. در حالی که

به جهت پابندی به اصول اخلاق در پژوهش در مطالعه حاضر سعی شده از تمام منابع با ذکر نام افراد استفاده شود. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات در فرآیند جستجو اشاره نمود.

نتیجه گیری

از بررسی مطالعات منتخب مشخص شد که استیگما به عنوان یک عامل مهم در عدم موفقیت در درمان مطرح است چرا که بیماران مبتلا به اختلالات روانی به خاطر ترس و نگرانی از انگ زنی توسط جامعه از درمان سر باز می زنند. میزان استیگمای درونی شده در بیماری های مختلف روانی متفاوت است و طبق پژوهش های انجام شده، بیشترین میزان استیگمای درونی شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. به نظر می رسد مطالعاتی که در کشورهای توسعه یافته بر روی مفهوم و ابعاد استیگما در انواع اختلالات روانی، تولید ابزار و راهکارهای مناسب برای کاهش آن صورت گرفته است، بیشتر از کشورهای با در آمد متوسط یا پایین است. با توجه به اهمیت درمان و پیگیری این قشر آسیب پذیر، توجه بیشتر به موضوع استیگما در بیماران مبتلا به اختلالات روانی لازم به نظر می رسد. با وجود قومیت های مختلف و کمبود اطلاعات کافی در رابطه با استیگمای بیماری های روانی در ایران پژوهش های بیشتر می تواند راهگشای بهبود این مسئله در کشور باشد. در ایران مطالعات کمی با موضوع استیگما نسبت به اختلالات روانی صورت گرفته است؛ لذا انجام پژوهش های مقطعی با گروه های هدف متفاوت و همچنین مطالعات مداخله ای برای کاهش استیگما می تواند اطلاعات پایه را افزایش داده و نتایج ارزشمندی را در اختیار پژوهشگران علاقه مند به تحقیق در این حیطه فراهم کند.

سیاسگزاری

در پایان لازم است از تمامی اساتید و محققانی که در گردآوری و اجرای این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی گردد.

خانواده های کره ای استیگمای شخصی بیشتری را احساس می کنند. خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در ژاپن تمایل بیشتری برای مخفی کردن بیماری فرد و مراقبت از وی توسط خود اعضای خانواده دارند (۳۶). مطالعات بررسی شده نشان می دهند که استیگمای درونی شده در افراد و تجربه تبعیض دو مقوله جدا از هم هستند و میزان هر کدام مستقل از دیگری است. مطالعات یافت شده نشان می دهد که عوامل تاثیر گذار بر تجربه مورد تبعیض واقع شدن، با وجود زمینه های فرهنگی متفاوت، شبیه به یکدیگر می باشند.

در بررسی های مربوط به راه کارهای کاهش استیگما، پژوهش های اوچینو و همکاران (۲۰۱۲) و واقعی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش روانی در کاهش خود انگ زنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و همچنین در کاستن از استیگما در مراقبین خانگی بیماران اسکیزوفرن موثر می باشد (۳۷،۳۸). مطالعه متاآنالیزی نیز توسط گریفیث و همکاران در سال ۲۰۱۴ انجام گرفت که نتایج آن نشان داد که مداخلات آموزشی به تنهایی یا همراه با دیگر مداخلات می توانند در کاهش استیگمای شخصی در بیماری های مختلف روانپزشکی، به جز اسکیزوفرنی تاثیرگذار باشند اما رفتار درمانی شناختی در کاهش استیگمای شخصی اثرگذار نبوده و تعداد کمی از مطالعات به مداخله جهت کاهش استیگمای درونی شده و درک شده پرداخته بودند. این موضوع نشان می دهد که مداخله های انجام شده تغییر قابل توجهی در این دو نوع از استیگما نداشته اند (۱۵). در مطالعه مروری تورنبرگراف و همکاران، ۲۰۱۵، مشخص شد که اثربخش ترین مداخله کوتاه مدت برای افزایش آگاهی و نگرش مربوط به استیگما، ارتباطات اجتماعی درون گروهی است. از نتایج دیگر این مطالعه آن است که در حیطه بیماری های روانپزشکی، ارتباط شفافی بین تجربه مورد تبعیض واقع شدن و خودکشی وجود دارد. عوامل جمعیت شناختی شامل منزوی شدن از اجتماع و بستری شدن در بخش روانپزشکی می توانند با استیگما در ارتباط باشند؛ به علاوه ناکامی های اقتصادی، آسیب پذیری روانی و ناامیدی نیز می توانند فرد را به سمت خودکشی پیش ببرند؛ بنابراین تغییر نگرش و افزایش آگاهی و دانش افراد جامعه و بیماران مبتلا جهت کاهش میزان خودکشی بیماران و به طور کلی تر برای کاستن از استیگما ضروری به نظر می رسد (۹).

References

1. Nojomi M MSK, Ghanean H, Joghataei M.T, Jacobson L. Mental illness stigma in city of Tehran. Razi Journal of Medical Sceinces 2010-2011; 17 (78-79): 45-52. (Persian).
2. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Services Research. 2010; 10 (1): 80.
3. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions 1. Psychology, health & medicine. 2006; 11 (3): 277-87.
4. Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, et al. Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. Social Science & Medicine. 2014;123:149-59.
5. Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, Thornicroft G. Review of mental-health-related stigma in Japan. Psychiatry and clinical neurosciences. 2013; 67 (7): 471-82.
6. Bruce G, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol. 2001; 27 (1): 363-85.
7. Gerlinger G, Hauser M, Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. World Psychiatry. 2013; 12 (2):155-64.
8. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Group IS. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. The Lancet. 2009; 373 (9661): 408-15.
9. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. The Lancet. 2015.
10. González-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernández-Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2007; 42 (1):14-23.
11. WHO. World health report: Mental disorders affect one in four people: World Health Organization; 2001 [cited 2015 07/12]. Available from: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.
12. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. The Lancet. 2006; 367 (9509):528-9.
13. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatric services. 2014.
14. Baumann AE. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. International Review of Psychiatry. 2007;19 (2):131-5.
15. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons

- A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2014;13 (2):161-75.
16. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*. 2001;27 (2): 219.
17. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997:177-90.
18. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*. 2012; 63(10):963-73.
19. Staring A, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden H, Mulder C. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*. 2009; 115 (2):363-9.
20. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster; 2009.
21. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*. 2006; 25 (8): 875-84.
22. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*. 2001:363-85.
23. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2008; 59 (12): 1437-42.
24. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric Services*. 2012;63(10):974-81.
25. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1 (1):16.
26. Haraguchi K, Maeda M, Mei YX, Uchimura N. Stigma associated with schizophrenia: cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2009; 63 (2):153-60.
27. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine*. 2007; 64 (7):1524-35.
28. Kung W. The illness, stigma, culture, or immigration? Burdens on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. 2003; 84 (4): 547-57.
29. Schomerus G, Stolzenburg S, Angermeyer MC. Impact of the Germanwings plane crash on mental illness stigma: results

- from two population surveys in Germany before and after the incident. *World Psychiatry*. 2015; 14 (3):362-3.
30. Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International review of psychiatry*. 2007;19 (2):157-78.
 31. Pawar A, Peters A, Rathod J. Stigma of mental illness: A study in the Indian Armed Forces. *medical journal armed forces india*. 2014; 70 (4):354-9.
 32. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011; 46 (11):1191-202.
 33. Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, et al. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012; 66 (2):113-20.
 34. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet*. 2013;381(9860):55-62.
 35. Brain C, Sameby B, Allerby K, Quinlan P, Joas E, Lindström E, et al. Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: Results from the Swedish COAST study. *Psychiatry research*. 2014; 220 (3):811-7.
 36. Hanzawa S, Bae JK, Tanaka H, Tanaka G, Bae YJ, Goto M, et al. Family stigma and care burden of schizophrenia patients: comparison between Japan and Korea. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2009;1 (3):120-9.
 37. UCHINO T, MAEDA M, UCHIMURA N. Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume medical journal*. 2012; 59 (1.2): 25-31.
 38. VagheeSSA, AsgharipourN, Chamanzari H. Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial. *Evidence Based Care Journal*. 2015; 5 (16): 63-76. (Persian).