انگ در نظام سلامت: مقاله مروری

عباس حیدری[۱]، علی مشکین یزد[۱]، پروانه سودمند[۱،۲*]

۱) گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲) گروه پرستاری، دانشگاه آزاد مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت:۹۳/۲/۲٤ **تاریخ پذیرش:۹٤/۱/۲۹**

چکیده

مقدمه: انگ به بیماری های اعصاب و روان منجر به تحمیل بار اضافی این بیماری ها بر بیماران می گردد. با توجه به اهمیت انگ در زندگی و رفتار بیماران اعصاب و روان و این که تا به امروز تحقیقات اندکی در این زمینه انجام شده است، بنا بر این هدف از این مطالعه معرفی انگ و نقش آن در حیطه مراقبت از بیمار در نظام سلامت انجام شده است.

مواد و روش ها: به منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با استیگمای بیماری های اعصاب و روان در نظام سلامت، از پایگاه های اطلاعاتی موجود در کتابخانه ملی دیجیتال پزشکی ایران(Elsevier, psychinfo، Nursing index، Proquest، Scopus، Google scholar) و پایگاه های اطلاعاتی فارسی از جمله Irandoc، Iran Medex، Magiran، SID استفاده گردید. در مجموع ۱۲۰ مقاله به دست آمد که از میان آن ها ۴۸ مقاله انتخاب و مورد نقد و بررسی قرار گرفت.

یافته های پژوهش: مطالعات مختلف نشان داد که عوامل موثر و ایجادکننده انگ در نظام سلامت با توجه به مرور متون شامل تاثیر فرهنگ، عدم آشنایی ارائه دهندگان سلامت با تجربیات این بیماران، دیدگاه نامناسب نسبت به بیماران، عدم درمان مناسب، عدم همدلی، ارتباط نامناسب، عدم در نظر گرفتن حقوق بیماران، عدم رعایت حریم خصوصی بیمار می باشد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به تاثیر و پیامدهای انگ در نظام سلامت، مدیران پرستاری باید برای مقابله با آن و کاهش استیگمای بیماری های روان پزشکی در سطح جامعه تمرکز کنند.

واژه های کلیدی: استیگما، بیمار، اعصاب و روان، نظام سلامت

* نویسنده مسئول: گروه پرستاری، دانشگاه ازاد مشهد، مشهد، ایران-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: soudmandp901@mums.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

جسم و روان انسان ارتباط و وابستگی شدید به هم دارند. لذا، بیماری در هر کدام دیگری را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. عوارض و علائم بیماری جسمی معمولاً با چشم قابل دیدن و با حواس پنجگانه قابل درک می باشند، اما علائم بیماری اعصاب و روان معمولاً در عواطف، احساسات و رفتار فرد نفوذ پیدا می کند و در اوایل بیماری یک حس و حالت های مبهمی است که فرد به راحتی آن را درک نمی کند. ابتدا بیمار به علت علائم و عوارض بیماری احساس عدم تطابق با آرمان ها و خواست های اجتماعی می کند و به همین دلیل از خود احساس شرم و ناامیدی می کند و برای جبران این تفاوت سعی بر اختفا شرایط خود و در نتیجه با گوشه گیری و کناره گیری از اجتماع، خود را محافظت می کند و در انتها منجر به محروم شدن فرد از حقوق فردی، اجتماعی و شهروندی وی می گردد. بیماران مبتلا به بیماری های اعصاب و روان اغلب موارد با دو مسئله عمده روبرو هستند. اول این که باید با علائم بیماری خود که می تواند بر حسب نوع بیماری متفاوت باشد(مانند اضطراب، هذیان، توهم و...) کنار بیایند. این علائم می تواند روی شغل، زندگی مستقل و رضایت از زندگی این افراد تاثیر بگذارد. دوم این که برداشت غلط جامعه می تواند در این افراد ایجاد استیگما یا انگ اجتماعی کند. حتی افرادی که بیماری خود را به نحو خوبی تحت کنترل درآورده اند نیز در محیط کاری و یا برای پیدا کردن شغل دچار این مشکل می باشند. بنا بر این اغلب بیماران اعصاب و روان اعتماد به نفس خود را از دست می دهند(۱). انگ شرایطی حاکی از بر چسب زدن است به گونه ای که فرد از محیط خویش بنا به دلایل فیزیکی و یا روانی متمایز شده و در حالت وصله ناجور بودن قرار می گیرد(۲). انگ مرتبط با تشخیص اختلال های روان پزشکی مسئله اجتماعی قابل توجه، چند وجهی و شایع در جامعه امروز است که شبیه اعتیاد به مواد مخدر، فحشا، جرم و جنایت در نظر گرفته می شود(۳). در مورد انگ نظریه واحد و مورد پذیرش عموم وجود ندارد. این موضوع عجیب نیست، چرا که استیگما با سیاست، تاریخ، روان شناسی، پزشکی و انسان شناسی در ارتباط است(۴). وصله ناجور بودن معادل مناسبی برای انگ است. این لغت دارای ریشه یونانی است که به وضعیت بردگان در یونان باستان ارتباط دارد. در آن زمان برای ممانعت از فرار آنان توسط علائمی که در پیشانی آنان با داغ زدن ایجاد می شد، بردگان از دیگران متمایز می شدند(۵). رابینسون و همکاران اعتقاد دارند که این لغت دارای بار بسیار قوی است که اشاره به نشانی دردناک و یا زشت دارد که افراد را از حالت و وضعیت معمولی به کنار می گذارد(۶). تاثیر این پیامدها نه تنها افراد، بلکه جوامع و جامعه را به طور گسترده تحت تاثیر قرار می دهد(۷). درک مسائل مرتبط با انگ بیماری روانی برای پیشگیری، تشخیص زودرس ودرمان اجتماعی اختلالات روانی مهم است(۸). در طول تاریخ، بیماری های اعصاب و روان مکرراً با استیگما، کلیشه های منفی و انحراف همراه بوده است. در گذشته واکنش های اجتماعی به این بیماری ها با اعمال و رفتار انحرافی همراه بود که اعتقاد داشتند فرد توسط ارواح شیطانی تسخیر شده است. این تصور معمولاً با پاسخ های اجتماعی خشن و تنبیهی مانند شکنجه و مرگ همراه می شد(۹). در قرن ۱۷، افراد مبتلا به بیماری های روانی و یا «هیستری» به نهادهای خاص سپرده شده و عموم مردم آن ها را تهدید تلقی می کردند(۱۰). تاکید بیولوژیکی در بیماری های روانی نیز به درک این موضوع افزود که این بیماری ها دائمی، ناامیدکننده و از پیش تعیین شده است(۹). در قرن ۱۸، تاکید بر درمان اخلاقی(روانی) استوار بود که فرض می شد رفتار «ناهنجار» ناشی از جهل فردی است که می توان با دستکاری متغیرهای اجتماعی، زیست محیطی و روانی اصلاح شود. در نیمه قرن ۱۹، ساختار اجتماعی بیماری روانی، آن را به عنوان یک بیماری فیزیکی با علت ناشناخته که تنها می تواند با مواد شیمیایی و یا فیزیکی درمان شود، معرفی کرد و به دنبال آن روند مراقبت به سمت افزایش بستری شدن افراد در بیمارستان های روانی مزمن شد(۱۰). تحقیقات علمی درباره نگرش های عمومی نسبت به اختلالات روان پزشکی به صورت جدی در طول سال های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ یعنی زمان تجدید منافع ملی سلامت روان آغاز شد. محققین به انگ اختلال روان پزشکی در دهه ۱۹۵۰ علاقه نشان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

دادند، با پرسیدن این سوال که عموم مردم اختلالات روان پزشکی را چگونه درک کرده و به این افراد واکنش نشان می دهند. در این دهه عموماً مردم نگرش هایی مبنی بر ترس و طرد بیماران داشتند(۱۱). دیدگاه های سکولار بیماری های روانی در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، شروع به ظهور وگسترش روان شناسی و روان پزشکی کرد که مفاهیم غلبه شیطان را سرکوب کرد(۹). در طول دوره بین سال های ۱۹۸۰-۱۹۵۰، بسیاری از مطالعات به این نتیجه رسیدند که بیماری های روانی در شرایطی بود که مردم از افراد مبتلا به بیماری های روانی می ترسیدند، آن ها را طرد می کردند، و برای آنان ارزش قائل نبودند(۱۲). انجمن بهداشت روانی آمریکا دهه ۱۹۹۰-۱۹۸۰ را «دهه مغز» نامید. در این دوران تغییر پارادایمی در روان پزشکی ایجاد شد و مدل روان شناسی اختلالات روان پزشکی (داشتن والدین بد در ابتدای کودکی)، به مدل نوروبیولوژیکی تغییر کرد. این کار منجر به انگ زدایی از بیماران و خانواده های آن ها شد. اختلالات روان پزشکی در این زمان مانند سایر بیماری ها در نظر گرفته می شد. تحقیقات در این زمان نشان می دهد که حرکتی از نگهداری بیماران در موسسات روان پزشکی به سوی جامعه وجود داشته است(۱۳). از سال۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، اغلب تحقیقات در رابطه با انگ، به نتایج و پیامدهای آن مربوط می شود(۱۴). حیطه دیگری از تحقیقات در این دوران مربوط به نقش رسانه ها در انگ زدن است. وال در مطالعه خود گزارش کرد که ۸۹ درصد از مددجویانی که برنامه های تلویزیون را تماشا می کنند، از این که افراد با اختلالات روان پزشکی را خشن، خطرناک، متفاوت، و خنده دار به تصویرکشیده اند، نگران هستند(۱۵). افراد مبتلا به مشکلات بهداشت روان ممکن است در سیستم های مراقبت بهداشتی نیز دچار مشکل شوند. پژوهش آمریکایی سیستم مراقبت های بهداشتی نشان می دهد افراد مبتلا به بیماری های روان پزشکی، خدمات پزشکی را کمتر از دیگران دریافت می کنند و کمتر احتمال دارد که طیف وسیعی از مزایای بیمه را نسبت به افراد بدون بیماری روان پزشکی کسب کنند(۱۶). تحقیقات نشان می دهد فراهم کنندگان سلامتی نیز به بیماران انگ می زنند و به آن ها می گویند شما بیماری در ذهن و عقل خود دارید(۱۷). ویزدوم و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند، در صورتی که ارائه دهندگان خدمات آن ها را به عنوان «غیر طبیعی» یا «روانی» خطاب کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که بیماران درمان های توصیه شده را پیروی نکنند(۱۸). شماری از مطالعات که اغلب درکشورهای غربی انجام شده است، پیشنهاد کرده اند که افراد دچار بیماری روان پزشکی می توانند وارد اجتماع شوند، اگر یک سیستم مراقبتی خوب سازماندهی شده باشد که نیازهای روان پزشکی آن ها را نشان دهد(۱۹).

با توجه به اثرات انگ بر زندگی مددجویان و روابط اجتماعی و پذیرش درمان و این که تاکنون تحقیقات اندکی در این زمینه انجام شده است، فراهم آوردن اطلاعات برای کارکنان سلامتی و سایر افراد در مورد انگ می تواند نگرانی آن ها را در مورد این بیماران تسکین داده و در تعاملاتشان با آن ها آگاهانه رفتار کنند، لذا این مطالعه با هدف بررسی انگ در نظام سلامت انجام شد.

مواد و روش ها

به منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با استیگما در نظام سلامت، از پایگاه های اطلاعاتی موجود در کتابخانه ملی دیجیتال پزشکی ایران (Elsevier،psychinfo، Nursing index، Google scholar، Scopus، Proquest) پایگاه های اطلاعاتی فارسی از جمله SID، Irandoc، Magiran، IranMedex استفاده گردید. جستجوی مقالات انگلیسی از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۳ و مقالات فارسی از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ با استفاده از کلید واژه های استیگما، بیمار اعصاب و روان و نظام سلامت(health systems patient, Psychiatry, stigma) به صورت مجزا و ترکیبی انجام شد. اسناد مرور شده شامل مقالات منتشر شده در مجلات و ارائه شده در کنگره ها مربوطه بوده است. مجموعاً تعداد ۱۲۰ مقاله به دست آمد. در فرآیند بررسی مقالات به دست آمده، ابتدا بر اساس مطالعه عناوین مقالات، تعداد ۳۰ مقاله به دلیل عدم ارتباط با اهداف مطالعه حذف گردیدند. در مرحله بعد با مطالعه چکیده مقالات، تعداد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

۲۵ مقاله به دلیل عدم اشاره به موضوع، حذف گردید. در مرحله بعد ۷۶ مقاله به طور کامل مورد بررسی قرار گرفت که تعداد ۲۴ مقاله به دلیل تکراری بودن حذف گردید. در نهایت از مجموع ۱۲۰ مقاله، تعداد ۴۸ مقاله که با اعمال معیارهای ورود به مطالعه که شامل: وجود مطالعه در حوزه انگ و نظام سلامت، در نظر گرفتن محدودیت زمانی، تمرکز مطالعه بر مشکلات و چالش های انگ در حوزه نظام سلامت و دسترسی به متن کامل مقاله را داشتند انتخـــاب، و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته های پژوهش

نتایج جستجوی متون درسه قسمت«انگ و فرهنگ»، «انگ و ارائه دهندگان خدمات سلامت» و «انگ و حقوق بیمار اعصاب و روان» ارائه می شود.

انگ و فرهنگ: انگ اختلالات روان پزشکی تمام گروه های قومی و فرهنگی را مبتلا می کند. درک این مسئله که فرهنگ دارای تاثیر مستقیم بر انگ متصل به اختلالات روان پزشکی است، لازم است. در واقع فرهنگ های خاص از جمله لاتینی ها، آسیایی ها و آمریکایی های آفریقایی تبار، کمتر احتمال دارد به دنبال درمان اختلالات روان پزشکی بر اساس باورهای منفی در مورد اختلالات روان پزشکی بروند(۲۰). سو پیشنهاد کرد که تفاوت های نژادی در بسیاری از مطالعات، در واقع با توجه به ساختارهای جمعیتی، نژاد و یا قومیت نیست. در عوض، یک توضیح محتمل تر این است که تفاوت در ارزش های فرهنگی–اجتماعی درباره اختلالات روان پزشکی بر انگ تاثیر دارد(۲۱). فرهنگ، هم بر شرایطی که بر چسب زده می شود و هم بر تظاهرات محلی استیگما موثر است. استیگما به عنوان نیرویی است که هم از دنیای محلی شکل می گیرد و هم بر ویژگی های آن تاثیر دارد. به عنوان مثال آیا نگرانی در مورد عدم توانایی ازدواج که از ویژگی های مهم استیگما در آسیا است، در جای دیگری نیز همین قدر اهمیت دارد؟ گزارش های متعددی اعتبار محلی ویژگی های انگ را مورد بحث قرار داده است(۲۲). در همین رابطه مطالعه ای جهت بررسی نگرش نسبت به مسائل مربوط به سلامت روان در میان خانواده های پاکستانی در انگلستان انجام شد، هیچ یک از شرکت کنندگان گزارش نکردند که ازدواج با یک فرد با اختلال روان پزشکی را در نظر دارند، تنها نیمی از آن ها ابراز تمایل به معاشرت با چنین افرادی داشتند و کمتر از یک چهارم آن ها یک رابطه نزدیک را در نظر داشتند(۲۳). میویلی و کنستانتین درک انگ به دنبال درمان را به عنوان یک میانجی بین پایبندی به ارزش های جامعه آسیایی و قصد مشاوره در میان ۲۰۱ نفر از زنان آسیایی دانشگاهی بررسی کردند. نتایج نشان داد که غلبه ارزش های آسیایی با استیگما بیشتر مشاوره همراه بود و ارزش های آسیایی و درک انگ، با تمایل به مشاوره ارتباط منفی داشتند(۲۴). تصمیم برای آشکار کردن اختلال نیز وابسته به فرهنگ است. یک خانم غنایی ابراز کرد او هرگز در مورد اختلال خود چیزی نخواهد گفت، چون در جامعه غنا، او دیگر فرد محترمی نخواهد بود(۲۵). در حالی که انگ به عنوان یک سازه گسترده در فرهنگ، شناسایی می شود، تاثیرات، ابعاد و عواقب آن در زمینه های محلی، تنوع قابل ملاحظه ای دارد(۲۶). مثلاً افراد چینی با اختلالات روان پزشکی، ممکن است با توجه به نفوذ جمع بر باورهای شخصی، بیشتر مستعد انگ زدن باشند(۲۷). در مصر که مشکلات به صورت خارج از فرد و نه از درون او درک می شود، مددجویان روان پزشکی کمتر مورد سرزنش قرار می گیرند(۲۸). در اغلب کشورهای خاورمیانه(به عنوان مثال، عربستان سعودی، ایران، اردن، و...) این باور وجود دارد که اختلال روان پزشکی توسط ارواح شیطانی، جادوگری، چشم بد، و یا ضعف در ایمان ایجاد می شود. در همین زمینه مطالعه ای بر روی ادراکات و نگرش نسبت به اختلالات روان پزشکی در میان دانشجویان پزشکی و عموم مردم در عمان انجام شد، هر دو گروه معتقد بودند اختلال روان پزشکی توسط ارواح ایجاد می شود و ژنتیک را به عنوان یک عامل مهم رد کردند(۲۹). با وجود ناهمگونی فرهنگ های آسیایی، بسیاری از فرهنگ های آسیایی در ارزش هایی چون انطباق با هنجارها، خود کنترلی عاطفی، جمع گرایی، به رسمیت شناختن خانواده از طریق موفقیت و فرزندان با تقوا اشتراک دارند. اگر فرهنگ های آسیایی به طور معمول به انطباق با هنجارها ارزش می دهد، تعجب آور نیست

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

که هر چیزی که خارج از این هنجارها باشد، از جمله بیماری های روانی، بی ارزش خواهد شد و در نتیجه انگ زدن نیز مشمول آن می شود. با توجه به ماهیت جمع گرای بسیاری از فرهنگ های آسیایی، داشتن بیماری روانی انعکاسی از خانواده شخص است و می تواند شرم را برای خانواده به ارمغان بیاورد(۳۰). در فیلیپین، بیماری های روانی یک فرد به عنوان بیماری روانی خانواده دیده می شود(۳۱). مردم خاورمیانه(به عنوان مثال، عربستان سعودی، ایران، اردن، و غیره) به طور کلی به پنهان کردن احساسات، افتخار خانواده، پدرسالاری، احترام به قدرت و مهمان نوازی ارزش می دهند. آن ها هم چنین بر این باورند که افراد مبتلا به بیماری های روانی خطرناک، دارای بهداشت پایین، و ناپخته هستند و قبول یک فرد با بیماری روانی شرم برای خانواده به ارمغان می آورد(۳۲). تفاوت های فرهنگی میان شیوه ها و اعتقادات در مورد سلامت و بیماری و اشتراکات مهم در سراسر گروه های مسلمان دیده می شود. اصل اساسی اسلام این است که خدا یکی است(کلمه عربی برای خدا، الله است که صرف نظر از گروه های قومی، در سراسر جهان توسط مسلمانان استفاده می شود) و معتقدند خدا باعث می شود همه چیز، از جمله بیماری وجود داشته باشد. با توجه به برخی از رهبران مذهبی، بیماری یکی از روش های ارتباط با خدا است و نباید به عنوان یک چیز خارجی در نظر گرفته شود، بلکه یک رویداد است که در خدمت به پاک کردن و تعادل ما برای سلامت جسمی، عاطفی، روانی و معنوی است(۳۳). این باور هسته ای در مطالعات متعددی که بر روی دیدگاه های اعضای جامعه مسلمان در مورد اختلالات جسمی و روان پزشکی انجام شده، منعکس گردیده است. در تحقیقی که بر روی یک گروه متمرکز مسلمان آمریکایی جهت بررسی نگرش سلامت انجام شد، یکی از شرکت کنندگان ابراز نمود که: «خدا دکتر نهایی است، او کسی است که بیماری را نازل کرده است و درمان را هم نازل می کند»(۳۴). در جوامع اسلامی، اعتقاد به سرنوشت یا قادر قوی است. در حالی که قادر منجر به اعتقاد به سرنوشت می شود، هم چنین منجر به پذیرش مثبت از سوی خدا و سطوح بالای خوش بینی برای بهبودی خواهد شد(۳۵). به عنوان مثال، بیماری ممکن است به عنوان یک فرصت برای جبران قطع ارتباط با خدا یا عدم ایمان از طریق دعای منظم و حس خود مسئولیتی دیده شود(۳۴). علاوه بر این، باورهای رایج در مورد وجود جن(ارواح شیطانی) ممکن است با هذیان کنترل اشتباه گرفته شده و ممکن است بیماران و اعضای خانواده از شناسایی مشکلات روان پزشکی منحرف شوند(۳۶). حتی زمانی که مسلمانان نگرش مثبت نسبت به درمان اختلال روان پزشکی دارند، انگ اجتماعی قوی است. بسیاری از محققان گزارش می دهند که به دلیل نگرانی برای موقعیت اجتماعی خانواده، افشای اختلالات روان پزشکی«شرم آور» در نظر گرفته می شود(۳۷). از نظر جنسیت نیز، زنان مسلمان ممکن است از گزارش پریشانی شخصی و کمک از مشاوران به دلیل ترس از پیامدهای منفی، با توجه به چشم انداز زناشویی و ازدواج فعلی خود، چشم پوشی کنند و مردان نگرش منفی نسبت به کمک گرفتن از خدمات روان پزشکی دارند(۳۸). کان مطالعه ای را بر روی ۴۵۹ زن مسلمان در ایالات متحده انجام داد. از ۴۵۹ نفر، ۱۵ درصد از شرکت کنندگان نیاز به مشاوره را ابراز کردند، در حالی که تنها ۱۱ درصد گزارش کردند به دنبال خدمات بهداشت روان رفته اند(۳۹).

انگ و ارائه دهندگان خدمات سلامت: افراد مبتلا به مشکلات بهداشت روان در سیستم های مراقبت بهداشتی نیز دچار مشکل می شوند. در پژوهشی که در آمریکا در سیستم مراقبت های بهداشتی انجام شد نشان دهنده این بود که افراد مبتلا به بیماری های روان پزشکی، خدمات پزشکی را کمتر از دیگران دریافت می کنند و کمتر احتمال دارد که طیف وسیعی از مزایای بیمه را نسبت به افراد بدون بیماری روان پزشکی کسب کنند(۴۰). امروزه بهترین درمان ها برای بیماری های جدی روان پزشکی بسیار موثر است و بین ۷۰ تا ۹۰ درصد از افراد، کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی را با ترکیبی از درمان دارویی و حمایت های روان پزشکی اجتماعی تجربه می کنند، اما اغلب این بیماران به دلیل ترس از انگ خوردن توسط متخصصین و کارکنان سلامتی، از جستجوی درمان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

اجتناب کرده و کمک مورد نیاز را دریافت نمی کنند(۳۸). مشخص شده که مراقبین هم به دلیل عدم آشنایی با تجربیات این بیماران، فاصله اجتماعی خود را با آن ها حفظ می کنند. درک این موضوع که ارتباط با مددجویان با اختلال روان پزشکی سخت است، در عموم مردم و پرسنل حرفه ای و حتی روان پزشکان نیز دیده می شود. یک ارتباط خوب با این مددجویان نیاز به گوش کردن حرفه ای به آنان دارد و این که آن ها را همانند افرادی که نیازها و علائق ویژه ای دارند، ببینند(۴۱). تحقیقات نشان می دهد ارائه کنندگان خدمات سلامتی به بیماران انگ می زنند و به آن ها می گویند شما بیماری در ذهن و عقل خود دارید(۴۲). ویزدوم و همکاران دریافتند، در صورتی که ارائه دهندگان خدمات آن ها را به عنوان«غیر طبیعی» یا «روانی» خطاب کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که بیماران درمان های توصیه شده را پیروی نکنند(۴۳). در همین زمینه مطالعه ای توسط آلویدرز و همکاران انجام شد و با ۳۴ بیمار روان پزشکی تحت درمان مصاحبه صورت گرفت. حدود سه چهارم(۷۶ درصد) از شرکت کنندگان گزارش دادند که استیگما در ابتدا مانع از آن بود که به دنبال درمان بیماری خود بروند. برای بسیاری از افراد، استیگما مانعی برای شناخت یا پذیرش بیماری بود، هم چنین بسیاری از آن ها از طرد اجتماعی، قضاوت، تمسخر، یا شایعات بی اساس می ترسیدند. اکثر شرکت کنندگان(۶۸ درصد) برخی از پیامدهای استیگما را به دنبال دریافت درمان تجربه کرده بودند(طرد اجتماعی، قضاوت، انگ به خود، تبعیض، و یا درمان متفاوت)(۴۴). یکی از مهم ترین مسائلی که بیماران عنوان کرده اند این است که اگر نیاز به کمک پرسنل داشته باشند، این کار را انجام نمی دهند، چون فکر می کنندکه باری بر دوش آن ها هستند و یا توسط آن ها مسخره می شوند(۴۱). در تحقیقات مشخص شده که روان پزشکان و پرستاران و روان شناسان دیدگاه های بدبینانه بیشتری در مورد نتایج بیماری های روانی نسبت به عموم مردم دارند(۴۵). تا همین اواخر روان پزشکان در برخی از کشورهای اروپایی و جاهای دیگر درخواست تعطیلات طولانی تر و حقوق و دستمزد بالاتر نسبت به سایر پزشکان داشتند، زیرا آن ها معتقد بودند با بیماران روانی که خطرناک هستند کار می کنند، این در حالی است که در همان زمان این فرض وجود داشت که بیماری های روانی با بیماری های دیگر هیچ تفاوتی ندارد(۴۶). ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، چه در جامعه و یا در بیمارستان، فرصتی برای نفوذ در ادراک بیماران از بیماری خود دارند. در نتیجه، نگرش های منفی آشکار باعث دلهره و یا ایجاد ناراحتی در حین تعامل با بیمار شده و منجر به مشاوره بی اثر و یا عدم خدمات پزشکی ضروری می شود. بسیاری از بیماران گزارش کردند که حس عمیق ناامیدی دارند چون کارکنان به سخنان آنان گوش نمی دهند، این احساس منجر به عدم تطابق با زندگی روزمره آن ها می شود(۴۷). کارکنان موسسات روان پزشکی بیماران را سرزنش می کنند که شما قادر به غلبه بر بیماری خود نیستید و مسئول رفتارهای ناخوشایند خود هستید(۴۸). انگ اجتماعی و نگرش بد از طرف تیم سلامتی و یا تجارب غیر انسانی در بیمارستان می تواند پیامدهای مادام العمر برای افراد داشته باشد(۴۹). یکی از پیامدهای مهم دیگر استیگمای بیماری های اعصاب و روان توسط متخصصان سلامت روان این است که درمانگران قادر به ارائه درمان موثر نیستند. آن ها به دلیل تظاهرات غیر معمول بیماری از بیماران اجتناب می کنند و حس همدلی و ارتباط مناسب با آن ها بر قرار نمی کنند. هم چنین امیدی به بهبودی و درمان آن ها ندارند و باعث ناکامی و اجتناب بیشتر می شود(۸). شماری از مطالعات که اغلب در کشورهای غربی انجام شده است، پیشنهاد کرده اند که افراد با اختلال روان پزشکی می توانند وارد اجتماع شوند، اگر یک سیستم مراقبتی خوب سازماندهی شده باشد که نیازهای روان پزشکی آن ها را نشان دهد(۵۰).

انگ و حقوق بیمار اعصاب و روان: بیماران مبتلا به بیماری های اعصاب و روان احساس می کنند که آن ها با بی احترامی درمان می شوند، اغلب نادیده گرفته می شوند و باید بیش از سایر بیماران بستری شوند، آن ها را مسخره می کنند، و یا این که علائم جسمانی آن ها خیال و تصور انگاشته می شود(۵۱). آن ها اغلب در موسسات روان پزشکی از مراقبت های اولیه بهداشتی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

محروم بوده و هم چنین در معرض شکنجه یا سایر رفتارهای بیرحمانه، غیرانسانی یا اهانت آمیز قرار دارند، هم چنین با وجود کمبود تخت های بیمارستانی و نیاز بسیاری از بیماران به بستری، گاهی آن ها را برای نگهداری و بدون در نظر گرفتن حقوق فردی بستری می کنند(۵۲). مسائل مربوط به رضایت آنان از فرآیند درمان و خدمات ارائه شده در این مراکز معمولاً نادیده گرفته می شود. در طول مدت بستری بیمار در بسیاری از بیمارستان ها، خودمختاری و آزادی افراد(مانند داشتن روابط آزاد، داشتن وقت ملاقات و...) به دلیل وجود محدودیت های نامناسب نادیده گرفته می شود. در همین زمینه عباسی و همکاران پژوهشی با هدف شناسایی ضعف ها و نارسایی های منشور حقوق بیماران اعصاب و روان و ارائه پیشنهاد برای اصلاح آن به بررسی نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در مورد ضرورت و قابلیت اجرایی مفاد منشور حقوق بیمار انجام دادند. نتایج نشان داد هر سه گروه «امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی»، «امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» و «امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» که جزء حقوق بیمار است را ضروری نمی دانستند. هر سه گروه بستری اجباری بیمار شرایطی را که بیمار«خطری برای دیگران محسوب شود»، «قادر به مراقبت و تامین نیاز های خود نبوده، سلامت جسمی وی در خطر باشد» و «اقدام به خود کشی کرده باشد» ضروری می دانستند، هم چنین حدود ۹۰ درصد از پزشکان و پرستاران با بستری کردن بیمار روانی در اتاق های انفرادی و محدودکردن فعالیت های فیزیکی وی جهت درمان موافق بودند، در حالی که بیماران آن را ضروری نمی دانستند(۵۳). سوء استفاده فیزیکی، جنسی و روانی تجربه روزمره برای بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روانی است(۵۴). آمارهای تکان دهنده از تجاوز جنسی به بیماران روانی زن در آمریکا اخلاق پزشکی و سیستم بهداشت و درمان آمریکا را به چالش کشانده است. بنا به گزارش شورای بیماری های روانی ویکتوریا، تقریباً نیمی از زنان بیمار در بیمارستان های روانی آمریکا تجاوز جنسی را تجربه کرده اند. در مجموع ۶۷ درصد مورد آزار و اذیت جنسی و ۸۵ درصد نیز از بستری شدن در این گونه محل های ناامن ابراز نارضایتی کرده اند. بنا بر گزارش موجود، مردان غریبه به راحتی می توانند به اتاق زنان رفت و آمد کنند؛ این در حالی است که پرستاران بخش اصلاً توجهی به این امر ندارند. به اذعان کارشناسان، شرایط سلامت روانی جامعه آمریکا بسیار نگران کننده است و اخلاق، دیگر بعد شخصیتی بزرگسالان را تشکیل نمی دهد. انسانیت و حقوق و کرامت افراد مبتلا به بیماری های روانی به هیچ وجه در آمریکا مورد توجه قرار نمی گیرد(۵۵). بسیاری از افراد مبتلا به بیماری های روانی فرض می شود که توانایی تصمیم گیری برای خود ندارند و بنا بر این به اجبار و بدون خواست و اراده خود در موسسات روان پزشکی تحت درمان قرار می گیرند، جایی که در حال درمان به شکلی هراس آور و غیر انسانی هستند. پروژه حقوق توسط سازمان بهداشت جهانی کاری برای متحدکردن و توانمندسازی این افراد برای بهبود کیفیت مراقبت و ترویج حقوق بشر در موسسات بهداشت روانی است(۵۶).

بحث و نتیجه گیری

متاسفانه برچسب زدن به بیماران روانی امری رایج است و این واقعیت ناگواری است. پنهان کردن بیماری روانی و عدم مراجعه برای درمان از همین برچسب زدن ها ناشی می شود. برچسب زدن، باعث استرس بیشتر و شدیدتر شدن بیماری روانی در افراد می شود. تصوری که جامعه نسبت به بیماران روانی دارد را شاید بتوانیم شبیه همان تصوری بدانیم که ممکن است در یک جامعه درباره گروه های اقلیت دیگر وجود داشته باشد. در حقیقت، باورهای غلطی هم چون خطرناک و غیر قابل پیش بینی بودن بیمار روانی و بی مسئولیت یا ناتوان بودن او در ذهن افراد جامعه وجود دارد. بسیاری از افرادی که بر چسب خورده اند، احساس می کنند آن ها در حال تبدیل از یک انسان کامل به یک فرد پست هستند. آن ها احساس متفاوت و بی ارزش شدن از طریق واکنش دیگران می کنند. این می تواند در محل

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

کار، محیط های آموزشی، مراقبت های بهداشتی، سیستم عدالت کیفری، و حتی در خانواده خود فرد نیز اتفاق افتد. هنگامی که جامعه به فردی برچسب زد، انتظارات متناسب با آن تغییر می کند. انگ ممکن است بر رفتار این افراد تاثیر بگذارد، آن ها اغلب به طریقی عمل می کنند که از آن ها انتظار می رود، این نه تنها رفتار آن ها را، هم چنین اعتقادات و احساسات شان را نیز تغییر می دهد(۵۷). این ضروری است که مراقبین سیستم سلامت، ماهیت فراگیر و اجزای انگ نسبت به بیماری های روانی رادرک کنند و این که افراد چگونه با انگ مدارا می کنند. حمایت، پذیرش، و اطمینان خاطر باید تمرکز اصلی تمام فعالیت های مراقبین باشد. خانواده بیماران نیز باید در مراقبت مشارکت کنند، زمانی که بیمار مراقبت های پزشکی را ترک می کند، آن ها در ارائه پشتیبانی برای بیمار حیاتی هستند. اهداف مراقبت عبارتند از: پذیرش بیماری روانی توسط بیمار و خانواده، توسعه یک تعریف واقع بینانه از بیماری در کلمات خود بیمار و تلفیق عقاید، انتظارات، درمان و پروگنوز بیمار و تسهیل منابع برای پشتیبانی. در این مسئله، ارتباطات باز ضروری است، به هر طریقی که بیمار بتواند آزادانه و بدون ترس از قضاوت یا رفتار انگ زننده به بیان احساسات خود اقدام کند. مراقبین باید بیمار را پذیرش و حمایت کنند و برای بازسازی تفکرش به او کمک کنند و بیماران و خانواده های آن ها را به منابع مناسب موجود در جامعه و گروه های حمایتی ارجاع دهند(۵۸). این منابع ممکن است به افراد در شناختن انگ و جستجوی درمان کمک کند و می تواند شامل کارگاه های آموزشی مبتنی بر جامعه، اطلاعات مبتنی بر وب و اطلاعیه های خدمات عمومی باشد(۵۹). انگ می تواند به دنبال بر چسب زدن مانع درمان بیماری روانی شود که می توان به وسیله آموزش عموم مردم و بیماران در مورد بیماری های روانی و گزینه های درمان، بر آن غلبه کرد. اگر افراد بفهمند که اغلب بیماری های روانی به طور موفقیت آمیزی درمان می شود، بیشتر احتمال دارد که به دنبال درمان بروند تا این که احساس کنند هیچ امیدی وجود ندارد. آموزش خانواده نباید نادیده گرفته شود، شرم خانواده با اجتناب از درمان همراه است. آموزش هم چنین منجر به تصمیم گیری آگاهانه در مورد سلامت روان و درمان بیماری روانی می شود. کاهش استیگما یک چالش است، اما مراقبین سیستم سلامت می توانند در اعتراض به بازنمایی نادرست از بیماری های روانی و درمان آن، تفاوت ایجاد کنند. این، به عموم مردم برای جلوگیری از باور داشتن اطلاعات نادرست در مورد بیماری های روانی، و رسانه ها برای جلوگیری از گزارش آن اطلاعات، پیام می رساند(۶۰). اگر بیماری های روانی«نرمال» تلقی شود، انگ نسبت به بیماری های روانی کاهش می یابد(به معنی پذیرفته شدن توسط عموم مردم مانند هر بیماری دیگری از جمله دیابت یا بیماری های قلبی). نرمال سازی بیماری های روانی زمانی اتفاق می افتد که زمینه بیماری در نظر عموم مردم تغییر کند.

در هنگام جستجو در پایگاه های اطلاعاتی و مرور مجلات به صورت دستی ممکن است مقالاتی باشند که زیر چاپ باشند، ولی هنوز در پایگاه اندکس نشده اند، یا از دید پژوهشگر پنهان مانده اند و در مطالعه وارد نشده باشند. چنان چه پژوهشی به زبان غیر از انگلیسی و فارسی توسط محققین چاپ شده باشد، آن ها مورد بررسی قرار نگرفتند. به غیر از پایگاه های جستجو شده، پایگاه هایی وجود داشت که امکان جستجو در آن ها وجود نداشت.

سپاسگزاری

پژوهشگران از زحمات کتابداران دانشکده پرستاری و مامایی مشهد در زمینه تهیه مقالات، تشکر و قدردانی می نمایند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

Reference

1. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry 2005; 20: 529-39.

2. Gerhardsen G, Hansen AV, Killi M, Fornitz GG, Pedersen F, Roos SB. The efficacy of Femal in women with premenstrual syndrome a randomised, double-blind, parallel-group, placebo-controlled multicentre study. Adv Ther 2008;25:595-607.

3. Heydari A, Meshkinyazd A, Soudmand P.[Severity of stigma in psychiatric patients in Mashhad]. J Qazvin Univ Med Sci 2015; 19:69-72.(Persian)

4.Smith M. Stigma. Adv Psychiatr Treat 2002;8:317- 25.

5. Snyder M. Changing the tide stigma school youth, and mental illness. NASN Sch Nurse2015;30:130-2.

6. Aghahosseini M, Kashani L, Aleyaseen A, Ghoreishi A, Rahmanpour H, Zarrinara AR, et al. Crocus sativus L. (saffron) in the treatment of premenstrual syndrome a double-blind randomised and placebo-controlled trial. BJOG 2008;115:515-9.

7. Corrigan P. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. Psychiatr Serv 2007; 57:393.

8.Karshaki H, MeshkinYazd A, Soudmand P. [Validation of the mental illness stigma scale, Ibn Sina Hospital, Mashhad]. J Mazandaran Uni Med Sci 2014; 24:73-9.(Persian)

9. Hinshaw S. The stigmatization of mental illness in children and parents developmental issues, family concerns, and research needs. J Child Psychol Psychiatry 2005; 46:714-34.

10. WonPatborja AJ, Yang LH, Link BG, Phelan JC. Eugenics genetics and mental illness stigma in Chinese Americans. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol2012;47:145-56.

11. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. J Health Soc Behav1998;39:335-47.

12.Phelan J , Link B , Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996 what is mental illness and is it to be feared. J Health Soc Behav 2000; 41: 188-207.

13. Larry D , David . Recovery from versus recovery in serious mental illness one strategy for lessening confusion plaguing recovery. J Ment Health 2007;16 :459-70.

14. Eris F. Stigma Poverty and victimization roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. Am J Psychiatr 2007;13:285-95.

15. Wahl O. Depictions of mental illnesses in childrens media. J Ment Health 2003;12:249-58.

16. Madianos MG, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis CN. Attitudes towards mental illness in the athens area implications for community mental health intervention. Acta Psychiatr Scand1987;75:158-65.

17. lyons C. A decade of stigma and discrimination in mental health chose the more things change, the more they stay the same. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009; 16:501–7.

18. Wisdom JP, Clarke GN, Green CA. What teens need barriers to seeking care for depression. Adm Polic Ment Health Ser Res2006;33:133–45.

19. Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruberberner R, Ortmair M , Schony W. Deinstitutionalization of long-stay psychiatric patients in upper austria-living situation, social and clinical characteristics more than one year after discharge. Psychiatr Prax2004;31:192–7.

20. Heydari A, Meshkinyazd A, Soodmand P. Mental illness stigma a concept analysis. J Mod care2014; 11:218-28.

21.Rao D, Feinglass J, Corrigan P. Racial and ethnic disparities in mental illness stigma. J Nerv Ment Dis 2007;195:1020-3.

22. Wim H , Van B. Measuring health related stigma a literature review. Psychol Health Med 2006; 11:307-34.

23. Tabassum R, Macaskill A, Ahmad I. Attitudes towards mental health in an urban Pakistani community in the United Kingdom. Int J Soc Psychiatr2000;46:170-81.

24.Miville ML, Constantine MG. Cultural values counseling stigma and intentions to seek counseling among Asian American college women. Coun Val2007;52: 2-11.

25.Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma ignorance prejudice or

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

discrimination? Br J Psychiatr 2007;190:192-3.
26.Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma adding moral experience to stigma theory. Soc Sci Med 2007;64:1524–35.
27. Fung KM , Tsang HW, Corrigan PW, Lam CS. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. Int J Soc Psychiatr2007; 53:408-18.
28.Coker EM. Selfhood and social distance toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. Soc Sci Med 2005;61:920-30.
29.Aladawi S, Dorvlo AS, Alismaily SS . Perception of and attitude towards mental illness in Oman. Int J Soc Psychiatr 2002; 48:305-17.
30. Lauber C, Rossler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia . Int Rev Psychiatr2007;19:157–78.
31. Sanchez F, Gaw A. Mental health care of Filipino Americans. Psychiatr Serv 2007;58:810–5.
32. Hamdanmansour A , Wardam L. Attitudes of Jordanian mental health nurses toward mental illness and patients with mental illness.J Ment Health 2009; 30:705–11.
33.Rassool GH. The crescent and Islam healing nursing and the spiritual dimension some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. J Adv Nurs2000; 32:1476-84.
34. Padela AI, Killawi A, Forman J, Demonner S, Heisler M. American Muslim perceptions of healing key agents in healing and their roles. Qual Health Res 2012;22:846- 58.
35. Nabolsi MM, Carson AM. Spirituality, illness, and personal responsibility: The experience of Jordanian Muslim men with coronary artery disease. Scand J Caring Sci 2011;25:716-24.
36. El-Islam MF. Arab culture and mental health care. Transcult psychiatry 2008;45:671-82.
37. Aloud N, Rathur A. Factors affecting attitudes towards seeking and using formal mental health and psychological services among Arab Muslim populations. J Muslim Ment Health 2009;4:79-103.
38.Wrigley S, jakson H, judd F, komiti A . Role of stigma and attitudes toward help seeking from a general practitioner for mental health problem in a rural town. Aust N Z J Psychiatry 2005;39: 514- 21.
39. Khan Z. Attitudes toward counseling and alternative support among Muslims in Toledo Ohio. J Muslim Ment Health 2006;1:21-42.
40. Nojomi M, Malakouti S, Ghanean H, Joghataei M, Jacobson L. Mental illness stigma in city of Tehran 2009. RJMS 2010;17:45-52.
41.Tom C. Violence stigma and psychiatric diagnosis: the effects of a history of violence on psychiatric diagnosis. Psychiatr Bull 2006; 30:254-6.
42. lyons C. A decade of stigma and discrimination in mental health chose the more things change the more they stay the same. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009; 16:501–7.
43. Wisdom JP, Clarke GN, Green CA. What teens need: barriers to seeking care for depression. Adm Policy Ment Health 2006;33: 133–45.
44. Alvidrez J, Snowden LR, Kaiser DM. The experience of stigma among black mental health consumers. J Health Care Poor Underserved 2008;19: 874-93.
45. Anthony F , Helen C , Kathleen M. Changes in depression awareness and attitudes in australia the impact of beyondblue: the national depression initiative. N Z J Psychiatry 2006;40: 42-6.
46 . Sartorius N, Iatrogenic stigma of mental illness Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. BMJ 2002: 322 - 4.
47.Padgett K , Stefanic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. J Community Ment Health 2011; 47:227-32.
48. Alexander F , Uhl S. The relationship of case managers expressed emotion to clients outcomes. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:165-74.
49. Allison L, Craig S. Stigma and mental illness investigating attitudes of mental health and non-mental-health professionals and trainees. J Humanist Educ Dev 2010;49:189-202.
50. Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber R, Ortmair M , Schony W.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

Deinstitutionalization of long-stay psychiatric patients in upper Austria living situation, social and clinical characteristics more than one year after discharge. Psychiatr Prax 2004; 31:192–7.
51. Brinn F. Patients with mental illness general nurses' attitudes and expectations. Nurs Stand 2000; 14: 32–6.
52.Graham T, Elaine B, Aliya K , Elanor L. Reducing stigma and discrimination. Int J Ment Health Syst 2008 ; 2 :3.
53. Abbasi M, Rashidian A , Arab M, Amini H, Hoseini M. Medical staff and hospitalized patients attitude in selected psychiatric hospitals in tehran about adaptation of patients rights charter of patients with menta disorder. Iran J Psychiatry 2010; 16:172-80
54. Arboledaflorez J, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. Can J Psychiatr 2012;57:457–63.
55. Sheffield JM, Williams LE, Woodward ND, Heckers S. Reduced gray matter volume in psychotic disorder patients with a history of childhood sexual abuse. Schizophr Res2013;143:185-91
56. Kelly BD. Mental health legislation and human rights in England, wales and the Republic of Ireland. Int J Law Psychiatry 2011;34:439-54.
57. Corrigan PW, Kosyluk KA, Markowitz F, Brown RL, Conlon B, Rees J, et al. Mental illness stigma and disclosure in college students. J Ment Health2015; 26:1-7.
58. Akanbi M. Socio demographic factors influencing HIV/Aids stigmatization and discrimination amongst women in Lagos state. J Soc Behav 2010; 8:209-25.
59.Vogel D, Wade N , Hackler A. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling the mediating roles of self-stigma and attitude toward counseling. J Couns Psychol 2007; 54:40–50.
60. Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care Electronic version. Am Psychol 2004;59:614–25.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

Stigma in Health Systems: A Review Article

Heydari A[1]، Meshkinyazd A[2]،Soodmand P[1,2]*

(Received: May 14, 2014 Accepted: April 18, 2015)

Abstract

Introduction: Stigma of mental illness leads to the burden of disease in patients. Due to the stigma of mental illness and the life and behavior, to date, little research has been done in this area; the aim of the present study was conducted stigma and its role in the area of patient care in health system.

Materials & methods: In order to find sources of stigma associated with mental illness and health systems, the databases of the National Digital Library of Medicine (Elsevier, psychinfo, Nursing index, Proquest, Scopus, Google scholar) and Persian databases including Irandoc, Iran Medex, Magiran and SID used. A total of 120 articles were obtained, among which 48 articles were selected for review.

Findings: Results of the study showed that the risk factors and stigma in health care system, according to the review, including the impact of culture, lack of knowledge of health providers with experience in these patients than in patients with poor vision, lack of proper treatment, lack of empathy, communication inappropriate, not taking into account the rights of patients, lack of respect for the privacy of patients.

Discussion & Conclusions: Considering the impact and consequences of stigma in healthcare, nursing managers have to deal with it and reduce the stigma of psychiatric illness in the community focus.

Keywords: Health systems, Patient, Psychiatry, Stigma

1.Dept of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Dept of Psychiatric Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
** Correspondin author Email: soudmandp901@mums.ac.ir*

Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]