

## *Validation of the Mental Illness Stigma Scale, Ibn Sina Hospital, Mashhad*

Hossin Karshaki<sup>1</sup>,  
Ali Meshkin Yazd<sup>2</sup>,  
Parvaneh Soudmand<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad

<sup>2</sup>MSc in Psychiatric Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>3</sup>PhD Student in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad and Faculty Member of Azad University of Mashhad, Mashhad, Iran

(Received February 12, 2013 ; Accepted April 28, 2014)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Discrimination, stigma and social exclusion are very real aspects of life with psychiatric disorders. Individuals with such problems are faced with losing the opportunities for education, employment, and many obstacles regarding social activities. These will also negatively influence the communities. Given the importance of stigma, the present study aimed to validate the mental illness Stigma Scale.

**Material and methods:** This descriptive study included the patients admitted to Ibn Sina Hospital in Mashhad (2012-2013). Among the samples 210 were randomly selected. Data was collected using the Stigma Scale (King et al, 2007) then analyzed in SPSS.

**Results:** Content and construct validity and the internal consistency (Cronbach's alpha) were studied. The content validity assessment of the Stigma Scale was done by professional experts (n=10). Confirmatory Factor Analysis (CFA) showed that the three-factor model demonstrated a superior fit to the data. Cronbach's alpha coefficient indicated a good consistency for the Stigma Scale.

**Conclusion:** The Stigma Scale (King et al, 2007) is a validated scale to measure the stigma in patients with mental disorders.

**Keywords:** Validation, Stigma, mental illness

## اعتباریابی پرسشنامه استیگما در بیماران روان در بیمارستان ابن سینا مشهد

حسین کارشکی<sup>۱</sup>

علی مشکین یزد<sup>۲</sup>

پروانه سودمند<sup>۳</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** استیگما به بیماری‌های اعصاب و روان منجر به تحمیل بار اضافی این بیماری‌ها بر سلامت عموم می‌گردد. به طور کلی، استیگما وضعیت جدایی و تمایزی است که در قالب نگرش منفی شکل می‌گیرد. با توجه به اهمیت استیگما در زندگی و رفتار بیماران پژوهش حاضر با هدف اعتباریابی پرسشنامه استیگما در بیماران روان انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی جامعه پژوهش شامل بیماران بستری در بیمارستان ابن سینا مشهد در سال ۹۲-۹۱ بود. به روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۲۱۰ از بیماران انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استیگما کینگ (۲۰۰۷) جمع‌آوری شد. روایی محتوایی ابزار با استفاده از نظر متخصصان تأیید گردید. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** اعتبار محتوا، اعتبار سازه و همسانی درونی (آلفای کراباخ) پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت در این پژوهش ۱۰ تن از متخصصان روش تحقیق اعتبار محتوای این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان دهنده این است که الگوی سه عاملی برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد. ضریب آلفای کراباخ نیز نشان داد که پرسشنامه استیگما از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

**استنتاج:** پرسشنامه استیگمای مایکل کینگ را می‌توان مقیاسی معتبر برای سنجش میزان استیگما در نظر گرفت.

**واژه‌های کلیدی:** اعتباریابی، استیگما، بیمار روانی

### مقدمه

کرده و از هر ۱۷ نفر، یک نفر با یک اختلال روان‌پزشکی جدی زندگی می‌کند (۲) در رابطه با شیوع اختلالات روان‌پزشکی در ایران، مطالعه‌ای طی سال‌های ۸۹ و ۹۰ در سراسر کشور و در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد که به طور متوسط شیوع اختلالات روان‌پزشکی در جامعه ما ۲۳/۶ درصد

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از یک اختلال روان‌پزشکی یا رفتاری رنج می‌برند (۱). بر طبق گفته اتحادیه ملی اختلالات روان‌پزشکی (۲۰۱۱)، یک نفر از هر چهار بزرگ‌سالی که اختلال روان‌پزشکی رات یک نفر از هر چهار بزرگ‌سالی که اختلال روان‌پزشکی را تجربه

E-mail: soudmandp901@mums.ac.ir

**مؤلف مسئول:** پروانه سودمند - مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۲/۲۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۲/۸

است، که این میزان در زنان ۲۶/۵ درصد و در مردان ۲۰/۸ درصد می‌باشد. این بررسی هم‌چنین نشان داد که اختلالات روان‌پزشکی در زنان کشور رتبه اول بار اختلال‌ها را دارد و در مردان بعد از حوادث عمدی و غیر عمدی که عمدتاً حوادث ترافیکی است، دومین بار اختلال‌ها را از نظر مرگ و ناتوانی باعث می‌شود. با وجود بار چشمگیر اختلالات روان‌پزشکی در دنیا و ایران، درصد ناچیزی از مبتلایان جهت درمان مراجعه می‌کنند که احتمال می‌رود ترس از استیگما، از بزرگ‌ترین موانع استفاده از خدمات روان‌پزشکی باشد (۳). استیگما یک نیروی اجتماعی مودی است که همراه با تعداد بیشماری از ویژگی‌ها، شرایط و گروه‌های اجتماعی می‌باشد و اساس متون، عمدتاً متمرکز بر مواردی چون نژاد، جنسیت، بیماری‌های روان‌پزشکی و ایدز هستند (۴). بیماران روان‌پزشکی سه نوع استیگما را تجربه می‌کنند: استیگمای احساسی یا به خود انگ زدنی که بیمار احساس نقص و عدم کفایت می‌کند، استیگما از طرف خانواده که او را طرد می‌کنند و استیگما توسط جامعه که در مورد بیمار تبعیض قائل شده و موجب مشکلات در جذب کامل او به درون جامعه می‌شوند. استیگما به خود موجب کاهش اعتماد به نفس، احساس شرم و عدم تقاضای کمک از دیگران می‌شود و استیگما از طرف دیگران موجب انزوای اجتماعی بیش‌تر، پیدا نکردن شغل و مسکن و عدم استفاده از امکانات اجتماعی می‌شود (۵). روزنفیلد (۱۹۹۷) ادعا کرد هم‌چنان که انگ‌درونی می‌شود، چگونگی در کفرد از خودش را تغییر می‌دهد، آن‌ها شروع می‌کنند به ارزیابی خودشان که چه چیزی را نمی‌توانند انجام دهند و برداشته‌های خود به جای داشته‌های شان تمرکز می‌کنند. اهمیت "درون‌اندیشی" تأکید بر ایجاد خود‌پندار هاست. مطابق با این نظر، خود‌پندار هما ز طریق تعامل با دیگران ایجاد می‌شود و بازتابی از تفاسیر دیگران درباره ما است (۶). افراد هنگامی که به یک گروه انگ‌خورده که دیدگاه‌های منفی درباره آن وجود

دارد، تعلق می‌گیرند، این دیدگاه‌های منفی را وارد خود‌پنداره خود کرده و عزت‌نفسشان کاهش می‌یابد. بنابراین نیاز است که نشان دهیم این بیماران چه درکی از خود و اختلالشان دارند (۷). انگ مرتبط با تشخیص اختلالات روان‌پزشکی مسأله اجتماعی قابل توجهی باقی مانده است که چند وجهی و شایع در جامعه امروز است که شبیه به اعتیاد به مواد مخدر، فحشا و جرم و جنایت در نظر گرفته می‌شود (۸). به عنوان مثال با راک اوپاما، رئیس‌جمهور ایالات متحده، در گفتار دو مبحث ریاست جمهوری خود در سال (۲۰۱۲)، مجرمان را همانند کسانی که اختلالات روان‌پزشکی دارند دانست و گفت، مطمئن شوید که ما در حال گرفتن اسلحه از دست جنایتکاران هستیم، "کسانی که بیمار روانی" هستند (۹). در همین حال، کاهش ارزش پس از آن و طرد افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در جامعه نشان می‌دهد که اثرات پایدار و اغلب تأثیرگذار دائمی انگ، بالاتر از آسیب‌شناسی روان‌پزشکی موجود است (۱۰). افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از انگ اجتماعی روزمره رنج می‌برند، هر کجا که می‌روند و هر آن‌چه که انجام می‌دهند. فشارهای جامعه‌ای که نه آن‌ها را می‌پذیرد و نه درک می‌کند، می‌تواند سخت و طاقت‌فرسا باشد. غلبه بر تأثیر انگ به نظر می‌رسد مشکل‌تر از اثرات مستقیم خود اختلال باشد. در همین زمینه مطالعه‌ای توسط آلویدرز و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد که با ۳۴ مددجوی با اختلال روان‌پزشکی تحت درمان مصاحبه انجام دادند. حدود سه چهارم (۷۶ درصد) از شرکت‌کنندگان گزارش دادند که انگ در ابتدا مانع از آن بود که به دنبال درمان بروند. برای بسیاری از افراد، انگ مانعی برای شناخت یا پذیرش اختلال بود، هم‌چنین بسیاری از آن‌ها از طرد اجتماعی، قضاوت، تمسخر، یا شایعات بی‌اساس می‌ترسیدند. اکثر شرکت‌کنندگان (۶۸ درصد) برخی از پیامدهای انگ را به دنبال دریافت درمان تجربه کرده بودند (طرد اجتماعی، قضاوت، انگ به خود، تبعیض، و یا درمان متفاوت) (۱۲). گافمن (۱۹۶۱)

معتقد است که مددجویان بستری احساس قوی از انگ دارند. آن‌ها از مشکلات هویتی، تجربه فاصله اجتماعی بیش‌ترین خود و دیگران، اضطراب بیش از حد و از دست دادن اعتماد به نفس رنج می‌برند. از نظر گافمن، انگ بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی زیاد است و افرادی که رفتار غیر طبیعی داشته و در بیمارستان بستری نشده‌اند، توسط جامعه انگ دریافت نمی‌کنند (۱۳). کامینگ و کامینگ (۱۹۶۵) استدلال می‌کنند که انگ معنای خود را از طریق احساسات فردی که آن را تحمل می‌کند و احساس و رفتار کسانی که آن را تأیید می‌کنند، بدست می‌آورد. بنابراین، بیماران ممکن است احساس شرم و حقارت کنند، چرا که آن‌ها در یک بیمارستان روان‌پزشکی بوده‌اند و این ممکن است منجر شود آن‌ها به شیوه‌ای رفتار کنند که دیگران انتظار دارند (۱۴). کلیم و همکاران (۲۰۰۸)، ادعا کردند که ۶۴ درصد بیماران، بستری شدن در بیمارستان را یک نوع شکستی دانند (۱۵). برای مثال، افرادی که بستری شده‌اند، اغلب به عنوان کلیشه‌ای، خشن یا خطرناک محسوب می‌شوند (۱۱). در یک مطالعه مشخص شد فاصله زمانی که یک فرد متوجه علائم اختلال می‌شود و مراجعه جهت درمان، بین یک تا چهارده سال و به‌طور میانگین پنج سال طول می‌کشد (۱۶). بر اساس متون، انگ زدن به مددجویان با اختلال روان‌پزشکی در کشورهای آسیایی شایع است و لازم است که انگ در این زمینه مورد مطالعه قرار گیرد (۱۷). در حالی که تحقیقات زیادی برای بررسی ادراک عمومی از اختلالات روان‌پزشکی انجام شده است، به‌منظور برنامه‌ریزی خدمات آینده و سیاست‌های شکل دادن به تحقیقات بیش‌تر در این زمینه و به دست آوردن رک بیش‌تری از تأثیر انگ بر زندگی افراد، با یستی پژوهش درباره کسانی انجام شود که تجربه مستقیم از انگ اختلالات روان‌پزشکی را دارند (۱۸). بازگو کردن تجربیات توسط خود فرد ممکن است برای پذیرش و حرکت به سمت بهبودی، یک امر

اساسی باشد (۱۹). باید دانست افراد با اختلالات روان‌پزشکی در بدنشان نه، بلکه در صدای شان زخم دارند. آن‌ها نیاز دارند که داستان زندگی‌شان را بگویند تا صدایی را که بیماری و درمان خاموش کرده، دوباره دریابند (۲۰). مور (۱۹۹۷) گزارش کرد، مددجویان با اختلال روان‌پزشکی احساس بیگانگی با افراد دیگر می‌کنند و سعی همدلانه برای ورود به دنیای این بیماران، تنها راه پر کردن این شکاف است (۲۱). حتی برخی از آن‌ها گزارش کردند آرزو دارند به مردم در مورد "واقعیت اختلال روان‌پزشکی" بگویند (۲۲). از این‌رو، فراهم آوردن اطلاعات برای دیگران در مورد انگ و معنای آن برای مددجویان، می‌تواند نگرانی مردم را در مورد این بیماران تسکین داده و در تعاملات شان با آن‌ها آرام‌تر باشد و بهترین راهی که ما می‌توانیم بفهمیم که چطور انگ بر افراد تأثیر می‌گذارد، اجازه دان به آن‌ها است تا خودشان تجربیات زندگی واقعی شان را با ما در میان بگذارند (۲۳). در طول ۱۰ سال گذشته افزایش قابل توجهی در تحقیقات مرتبط با استیگمای بیماری روانی صورت گرفته است اما تا حد زیادی به تعریف و اندازه‌گیری انگ عمومی یعنی روشی که در آن نظر عموم مردم در باره افراد با تشخیص یک بیماری روانی می‌باشد، متمرکز شده است (۲۴). تاکنون تلاش بسیار کم‌تری برای اندازه‌گیری استیگما در کاربران خدمات روان‌پزشکی انجام شده است. اگر چه اقدامات مختلفی جهت بررسی جنبه‌های انگ تجربه شده وجود دارد، اما در حال حاضر هیچ مقیاس معتبری که تمرکز خاص بر فهم دامنه و محتوای این تجارب داشته باشد وجود ندارد (۲۵). تحقیق در مورد طریقه‌ای که افراد با بیماری‌های روانی انگ را تجربه می‌کنند هنوز در مراحل ابتدایی است. استفاده از ابزار قابل اعتماد و معتبر پیش شرط لازمی است که مقایسه در محیط‌ها و فرهنگ‌های مختلف را امکان‌پذیر می‌کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف روسازی پرسشنامه استیگما انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است و در دسته پژوهش‌های پیمایشی قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش بیماران بستری در بیمارستان ابن سینا در سال ۹۱-۹۲ بودند. در این پژوهش ابتدا پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و به دنبال آن از دو متخصص زبان انگلیسی در خواست گردید که آن را به انگلیسی برگردانند تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی و فارسی ارزیابی شده و از طریق ((فرایند مرور مکرر)) تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. بر این اساس، مترادف معنایی دو نسخه فارسی و انگلیسی به دقت مورد بررسی قرار گرفت به دنبال آن ده نفر از اعضای هیئت علمی روایی محتوا و تطابق فرهنگی این پرسشنامه‌ها را تأیید کردند. از این جامعه به روش تصادفی ۲۱۰ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه پاسخ دادند. از این تعداد ۱۰ نفر به علت عدم تکمیل پرسشنامه از تحقیق خارج شدند و نمونه آماری به ۲۰۰ نفر کاهش یافت. ابزار پژوهش پرسشنامه استیگما مایکل کینگ (۲۰۰۷) این پرسشنامه از ۲۸ سؤال تشکیل شده است که پاسخ دهندگان پاسخ‌های خود را بر روی یک طیف ۵ گزینه ای لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) درجه‌بندی می‌کنند و برای سؤال‌های منفی نمره گذاری به صورت معکوس می‌باشد. این پرسشنامه از سه خرده مقیاس تبعیض، آشکار سازی و جنبه‌های مثبت تشکیل شده است. بعد تبعیض شامل سئوال‌ات ۲۲، ۲۶، ۲۱، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۵، ۶ و بعد آشکار سازی شامل سئوال‌ات ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۴، ۱۰، ۷، ۴، ۳ و بعد جنبه‌های مثبت شامل سئوال‌ات ۲۰، ۹، ۸، ۲، ۱ بود. پایایی کل پرسشنامه توسط مایکل کینگ (۲۰۰۷)، که بر روی ۱۹۳ نفر ۰/۸۷ تعیین شد، هم‌چنین روایی محتوایی توسط ۲۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی تأیید شد (۲۸). در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه با نظر سنجی از ۱۰ نفر از متخصصین روش تحقیق احراز گردید، هم‌چنین جهت رفع اشکالات احتمالی در ترجمه و اطمینان از قابل فهم بودن پرسشنامه، به صورت مقدماتی

بین ۳۰ نفر از بیماران اجرا شد و در نهایت بعد از رفع ابهامات، و سلیس شدن گویه‌ها، بر روی نمونه اصلی مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۰۰ بیمار شرکت داشتند. از کل افراد مورد مطالعه ۹۶ نفر مرد و ۱۰۴ نفر مؤنث بوده‌اند. میانگین سنی آن‌ها  $7/8 \pm 36/7$  سال بود. ۸۴ نفر مجرد، ۹۴ نفر متأهل، ۱۸ نفر مطلقه و ۴ نفر بیوه بودند. برخی مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی بیماران بر اساس وضعیت تاهل و مقاطع تحصیلی

وضعیت تاهل	مقطع تحصیلی					
	بیسواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دانشگاهی	کل
مجرد	۴	۶	۲۴	۳۴	۱۶	۸۴
متاهل	۵	۱۵	۳۰	۳۸	۶	۹۴
مطلقه	۲	۲	۹	۵	۰	۱۸
بیوه	۰	۰	۲	۲	۰	۴
کل	۱۱	۲۳	۶۵	۷۹	۲۲	۲۰۰

در این پژوهش روایی محتوایی، روایی سازه، و همسانی درونی ((آلفای کرونباخ)) برای پرسشنامه استیگما مورد بررسی قرار گرفت.

روایی محتوا: روایی محتوایی پرسشنامه استیگما با ارایه به ۱۰ نفر متخصص و تأیید این ۱۰ نفر بررسی شد. روایی سازه: روایی سازه پرسشنامه استیگما با استفاده از روش تحلیل عاملی به شکل زیر بررسی شد. پیش از اجرای تحلیل عاملی به منظور بررسی کفایت حجم نمونه از آزمون KMO و بار تلت استفاده شد.

با توجه به جدول شماره ۲ نمونه آماری تحلیل عوامل نمونه مناسبی است. در این پژوهش شاخص کفایت نمونه برداری (KMO) برابر با ۰/۷۶۳ که نشان دهنده کفایت نمونه‌گیری است و آزمون بار تلت  $1/633$  بود که با درجه آزادی ۳۷۸ در سطح  $p=0/000$  معنی‌دار است. در نتیجه این مقادیر حاکی از مناسب

پرسشنامه استیگما از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان داده است که کل مقیاس و هر عامل این پرسشنامه، از همسانی مطلوب و معنی داری برخوردار هستند. این نتایج در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره ۴: ضرایب آلفای کرونباخ سه خرده مقیاس و پرسشنامه استیگما

ضریب پایایی	خرده مقیاس تبعیض	خرده مقیاس آشکارسازی	خرده مقیاس جنبه های مثبت	کل آزمون
ضریب همسانی درونی	۰/۸۰	۰/۶۵	۰/۷۵	۰/۸۲

بر اساس نتایج جدول شماره ۴ ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۸۲ است که قابل توجه است. در این بین بالاترین ضریب آلفا در خرده مقیاس ها برابر ۰/۸۰ مربوط به عامل تبعیض با ۱۲ سؤال و کمترین ضریب آلفا در خرده مقیاس ها برابر با ۰/۶۵ مربوط به عامل آشکارسازی با ۸ سؤال است. بنابراین می توان گفت که پرسشنامه استیگما از اعتبار کافی برخوردار است.

## بحث

استیگما در واقع مجموعه ای از شناخت و رفتارهایی است که با برچسب زدن فعال شده و به طرد و انزوی اجتماعی منتهی می شود. استیگما هم در مورد خود فرد دارای برچسب به وجود می آید و هم ممکن است به وابستگان آن ها هم سرایت کرده و همان کارکرد را در مورد وابستگان داشته باشد. گاهی فرد هدف (دارای صفت استیگمایی) فرایند استیگما را در خود به کار می اندازد و در واقع به درونی کردن آن می پردازد (۲۶). هدف از پژوهش حاضر بررسی روایی و پایایی پرسشنامه استیگما در جامعه ایرانی بود، جهت نیل به این هدف روایی محتوای پرسشنامه احراز گردید و این پرسشنامه طبق نظر چند تن از متخصصان روش تحقیق از روایی محتوایی خوبی برخوردار بود. یافته ها حاکی از

بودن داده ها ستومی توان از داده ها برای تحلیل عاملی استفاده کرد. ماتریس عاملی سوالات پرسشنامه نشان داد که عامل های یکم تا سوم دارای مقدار ویژه ای از یک می باشد و در مجموع ۳۶/۸۲ درصد واریانس کل را تبیین می کنند. چون ماتریس عاملی چرخش نیافته و بارهای عاملی آن ساختاری با معنا به دست نمی دهد، عامل های استخراج شده بر طبق روش متداول با استفاده از چرخش VARIMAX به محوره های جدیدی انتقال داده شدند. در جدول شماره ۳، الگوی ماتریس عاملی چرخش یافته، سؤال های پرسشنامه استیگما آمده است. سؤال هایی که بار عاملی بالاتر از ۰/۳ را داشتند انتخاب شدند.

جدول شماره ۲: مجوز اجرای تحلیل عاملی

۰/۷۶۳	Kmo یا شاخص کفایت نمونه گیری
۶۳۳/۱	Bartlett یا شاخص شناخته شدن ماتریس همبستگی
۰/۰۰۰	Sig یا سطح معنی داری

جدول شماره ۳. ماتریس چرخش یافته مولفه های استخراج شده بر اساس بار عاملی

سوالات	عامل ها		
	۱	۲	۳
Q1	۰/۶۴۸		
Q2	۰/۶۴۴		
Q8	۰/۷۳۷		
Q9	۰/۷۱۱		
Q20	۰/۵۰۸		
Q22	۰/۳۹۹		
Q5		۰/۵۰۳	
Q6		۰/۳۳۳	
Q11		۰/۶۱۲	
Q12		۰/۵۴۲	
Q13		۰/۴۰۶	
Q15		۰/۳۳۳	
Q16		۰/۵۳۳	
Q17		۰/۶۱۷	
			۰/۶۵۳
			۰/۴۱۸
			۰/۵۱۶
			۰/۵۴۸
			۰/۶۸۷
			۰/۵۹۶
			۰/۷۱۳
			۰/۴۸۳
			۰/۶۰۱
			۰/۴۸۷
			۰/۳۸۸
			۰/۴۶۷
			۰/۶۴۰
			۰/۵۵۲
			Q18
			Q21
			Q25
			Q26
			Q27
			Q28
			Q3
			Q4
			Q7
			Q10
			Q14
			Q19
			Q23
			Q24

بر اساس نتایج جدول شماره ۳ هر گروه از سئوالات ۱، ۲، ۲۲، ۸، ۹، ۲۰ در فاکتور ۲ و سوالات ۳، ۴، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۹، ۲۳، ۲۴ در فاکتور ۳ و سوالات ۶، ۵، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۱، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ فاکتور ۱ بار عاملی بیش تری دارند، لذا زیر همان عامل قرار می گیرند.

همسانی دورنی: برای برآورد همسانی درونی

تغییرات اندکی، ساختار خود را حفظ می‌کند. بنابراین، تفاوت های فرهنگی و نژادی و تجارب مختلفی که بیماران ایرانی تجربه می‌کنند، سبب نشده است که استیگما در مقایسه با بیماران در کشورهای اروپایی، متفاوت ارزیابی شوند. محدودیت این پژوهش در این است که تنها روی یک بیمارستان اجرا شده و بنابراین قابل تعمیم به کل جامعه بیماران روان در مناطق دیگر ایران نیست، از این رو پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر در زمینه استیگما، تحقیقات آتی با زمان‌های مختلف و در بین گروه‌های متفاوت فرهنگی و سنی با حجم نمونه زیاد در مناطق دیگر کشور انجام گیرد. از طرفی با توجه به نگرانی‌های بیماران در مورد استیگما پیشنهاد می‌شود راهکارهایی جهت کاهش تأثیر استیگما بر بیماران روان بررسی شود.

### سپاسگزاری

نویسندگان مقاله حاضر کمال تشکر را از مسئولین بیمارستان ابن سینا ابراز می‌دارند. هم‌چنین از بیمارانی که در این پژوهش شرکت نمودند، قدردانی می‌گردد.

### References

1. Arboleda-Flórez J, Sartorius N. Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions. Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2008.
2. Mental illness. 2011. Available from: URL: <http://www.nami.org/template>. Accessed 2011.
3. Statistics on the prevalence of mental illness in iran. 2012. Available at: Academy of Clinical Psychology. Accessed Mar 10, 2014.
4. Manzo M. On the sociology and social organization of stigma: Hum Stud 2004; 27(4): 401-416.
5. Yen Cf, Chen C, Lee Y, Tang T, Yen J, Ko C. Self-Stigma and its correlates among out patients with depressive disorder. Psychiat Serv 2005; 56(5): 559-601.
6. Little K, Henderson C, Brohan E, Thornicroft G. Employers' attitudes to people with mental health problems in the work place in Britain: changes between 2006 and 2009. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2011; 20: 73-81.
7. Crocker J, Major B. The self-protective properties of stigma: Evolution of a modern classic. Psychological Inquiry 2003; 14: 232-237.
8. Parle S. How does stigma affect people with mental illness. Nursing Times 2012; 108(28): 12-14.
9. Jennifer A. Suffering in silence? The Effects of the Stigmatization of Mental Illness on Life Satisfaction. Master theses. McMaster

این بود که این پرسشنامه از همسانی درونی (ضریب آلفا) خوبی هم به طور کلی و هم از نظر خرده مقیاس‌ها برخوردار است. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کل ۰/۸۲ بود. این یافته با مطالعه کینگ (۲۷) که پایایی ۰/۸۷ را گزارش کرد و مطالعات پاتریک و همکاران (۲۸) ژورکن و همکاران (۲۹) هم سو می‌باشد. در بررسی روایی سازه، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که سه عامل به دست آمده با ساختار اصلی پرسشنامه هماهنگی کامل دارد و همه گویه‌های آن دارای بار عاملی معنی دار هستند که با یافته‌های کینگ (۲۷) هم‌خوانی دارد. بنابراین این پرسشنامه از روایی و اعتبار کافی برخوردار است و از طرفی با در نظر گرفتن مدت اجرای آزمون (۱۵ دقیقه)، شیوه اجرا (فردی و گروهی) و سهولت نمره گذاری که از مهم‌ترین جنبه‌های عملی بودن آزمون به حساب می‌آید (۳۰). می‌توان از آن به عنوان منبعی معتبر جهت اندازه‌گیری میزان استیگما در بیماران روان استفاده کرد. یافته‌ها نشان می‌دهد که هم‌سو با نتایج پژوهش مایکل کینگ (۲۷) سؤالات مناسب انتخاب شده‌اند و مقیاس با

- University, Hamilton, Ontario. 2013.
10. Corrigan PW. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *Am Psychol* 2004; 59(7): 614-625.
  11. van't Veer J, Kraan HF, Drosseart S, Modde J. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill. *Soc Psychiatry* 2006; 41: 310-317.
  12. Alvidrez J, Snowden LR, Kaiser DM. The experience of stigma among Black mental health consumers. *J Health Care Poor Underserved* 2008; 19(3): 874-893.
  13. Donovan J. A History of Stigma: Towards a Sociology of Mental Illness and American Psychiatry. A master Thesis. Concordia University Montreal, Canada. 2008.
  14. Smith M. Anti-stigma campaigns: time to change. *The British Journal of Psychiatry* 2013; 202: 49-50.
  15. Kleim B, Vauth R, Adam G, Stieglitz R, Hayward P, Corrigan PW. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *J Ment Health* 2008; 17(5): 482-491.
  16. Furr AL, Usui W, Hines-Martin V. Authoritarianism and attitudes toward mental health services. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 73(4): 411-418.
  17. Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(2): 157-178.
  18. Parle S. How does stigma affect people with mental illness. *Nurs Times* 2012; 108(28): 12-14.
  19. Arboleda-Flórez J, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry* 2012; 57(8): 457-463.
  20. Frank A. *The wounded story tellers*. Chicago. The university of Chicago press. 2013.
  21. Lakeman R. What can qualitative research tell us about helping a person who is suicidal? *Nursing Times* 2010; 106(33): 23-26.
  22. John EP. The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin* 2007; 133(2): 328-345.
  23. Redding A. What is the lived experience of being discharged from a psychiatric inpatient stay. Doctoral Thesis. University of Southampton, England. 2012.
  24. Corrigan PW, Edwards AB, Green A. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2011; 52: 953-958.
  25. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice and discrimination. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 192-193.
  26. King M. The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 248-254.
  27. Livingston JD, Rossiter KR, Verdun-Jones SN. Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research* 2011; 188: 115-122.
  28. Patrick W. Self-stigma of mental illness scale short form: Reliability and validity. *Psychiatr Res* 2012; 199(1): 65-69.
  29. Jorkmant T, Svensson B, Lundberg B. Experiences of stigma among people with severe mental illness. *Nord J Psychiatry* 2007; 61(1): 322-328.
  30. Rafnssona FD, Smaria J, Windleb M, Mearsc SA, Endler NS. Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory for Stressful Situations. *Personality and Individual Differences* 2006; 40(6): 1247-1258.