سال ۱۴۰۴ | دوره اول | شماره سوم

بررسی اثر انگ اجتماعی بیماری‌های روانی بر رفتارهای کمک‌خواهی و استفاده از خدمات سلامت روان

شیوه استناددهی به این مقاله: طاهری، رضا.، یوسفی، ندا.، و موسوی، حسین. (۱۴۰۴). بررسی اثر انگ اجتماعی بیماری‌های روانی بر رفتارهای کمک‌خواهی و استفاده از خدمات سلامت روان. *مطالعات رفتاری و اجتماعی در سلامت روان*، ۱ (۳)، ۲۰-۱.

© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه افراد دارای مشکلات روان‌شناختی از انگ اجتماعی و بررسی چگونگی اثرگذاری آن بر تصمیم به کمک‌خواهی، انتخاب منابع کمک و تداوم استفاده از خدمات سلامت روان انجام شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ فرد بزرگسال ساکن تهران بودند که تجربه مواجهه با یک مشکل روان‌شناختی، دریافت تشخیص یا احساس نیاز به خدمات سلامت روان را داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و نوع تجربه درمانی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انفرادی گردآوری شدند. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۸۵ دقیقه ادامه یافتند، ضبط و به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند. اشباع نظری در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد و سه مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری، از طریق کدگذاری اولیه، تشکیل زیرمقوله‌ها و استخراج مقوله‌های اصلی در نرم‌افزار NVivo ۱۴ صورت گرفت. اعتبارپذیری یافته‌ها با بازبینی مشارکت‌کنندگان، تحلیل مستقل بخشی از داده‌ها، بحث میان پژوهشگران و ثبت مسیر تصمیم‌گیری تحلیلی تقویت شد. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: «ترس از قضاوت و افشای هویت آسیب‌پذیر»، «درونی‌سازی انگ و الزام به خوداتکایی»، «حفاظت از آبروی خانواده و تغییر مسیر کمک‌خواهی»، «تجربه انگ نهادی و استفاده گسسته از خدمات» و «بازسازی معنای کمک‌خواهی در بستر حمایت و آگاهی». بیشتر مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که ترس از برچسب‌هایی مانند «دیوانه»، «ضعیف» یا «غیرقابل‌اعتماد» سبب پنهان‌کردن نشانه‌ها، تأخیر در مراجعه، انتخاب خدمات غیررسمی، مراجعه با شکایت‌های جسمانی و قطع زودهنگام درمان شده است. حمایت افراد مورد اعتماد، حفظ محرمانگی، تجربه درمانی محترمانه و آگاهی درباره ماهیت اختلالات روانی، احتمال مراجعه و تداوم درمان را افزایش می‌داد. یافته‌ها نشان داد انگ اجتماعی صرفاً یک نگرش منفی بیرونی نیست، بلکه از طریق پیش‌بینی طرد، شرم، تهدید هویت اجتماعی، فشار خانوادگی و تجربه رفتارهای تبعیض‌آمیز در نظام ارائه خدمات، مسیر کمک‌خواهی را بازآرایی می‌کند. کاهش فاصله درمانی مستلزم مداخلات چندسطحی شامل ارتقای سواد سلامت روان، برنامه‌های مبتنی بر تماس اجتماعی، آموزش خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات، تضمین محرمانگی، ادغام خدمات روان‌شناختی در مراقبت‌های عمومی و کاهش زبان و رویه‌های انگ‌زننده است.

واژگان کلیدی: انگ اجتماعی؛ بیماری روانی؛ کمک‌خواهی؛ خدمات سلامت روان؛ انگ درونی‌شده؛ پژوهش کیفی

مشخصات نویسندگان

۱. رضا طاهری: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۲. ندا یوسفی: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۳. حسین موسوی*: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک نویسنده مسئول: hossein.mousavi.clin@gmail.com

Behavioral and Social Studies in Mental Health

Year 2025 | Volume 1 | Issue 3

The Effect of Social Stigma Associated with Mental Illness on Help-Seeking Behaviors and the Use of Mental Health Services

How to cite this article: Taheri, R., Yousefi, N., & Mousavi, H. (2025). The Effect of Social Stigma Associated with Mental Illness on Help-Seeking Behaviors and the Use of Mental Health Services. *Behavioral and Social Studies in Mental Health, 1*(3), 1-20.

© 2025 the authors.

Abstract

This study aimed to explain how individuals experiencing mental health problems perceive social stigma and how such stigma influences their decisions to seek help, select sources of support, and continue using professional mental health services. This qualitative study was conducted using a conventional content analysis approach. The participants were 24 adults residing in Tehran who had experienced a mental health problem, received a psychiatric or psychological diagnosis, or perceived a need for professional mental health care. Purposive sampling with maximum variation was used to achieve diversity in gender, age, marital status, educational level, employment status, clinical experiences, and patterns of service use. Data were collected exclusively through individual semi-structured interviews lasting between 45 and 85 minutes. All interviews were audio-recorded with consent, transcribed verbatim, and analyzed concurrently with data collection. Theoretical saturation was reached during the twenty-first interview, followed by three confirmatory interviews. Data were managed and analyzed using NVivo 14 through repeated reading, identification of meaning units, initial coding, comparison of codes, development of subcategories, and abstraction of the main categories. Credibility was enhanced through member checking, peer review, independent coding of selected interviews, maximum variation, reflexive documentation, and maintenance of an audit trail. Five main categories were identified: "fear of judgment and disclosure of a vulnerable identity," "internalized stigma and compulsory self-reliance," "protection of family reputation and diversion of help-seeking pathways," "institutional stigma and discontinuous service use," and "reconstruction of help-seeking through support and mental health literacy." Most participants described anticipating labels such as "crazy," "weak," "unstable," or "untrustworthy." These concerns contributed to concealment of symptoms, delayed professional consultation, reliance on relatives or nonprofessional sources, presentation of distress as physical complaints, selective disclosure, and premature treatment discontinuation. Confidential and respectful care, supportive family members, positive contact with recovered individuals, and improved mental health literacy facilitated professional help-seeking. Social stigma influenced help-seeking through interconnected interpersonal, intrapersonal, familial, cultural, and institutional mechanisms. Stigma reduced service utilization not only by generating fear of external discrimination but also by becoming internalized as shame, inadequacy, and failure of self-control. Reducing the mental health treatment gap therefore requires multilevel interventions, including public education, contact-based stigma reduction, family engagement, provider training, confidentiality safeguards, culturally responsive communication, and integration of mental health services into primary and general health care.

Keywords: *Social stigma; Mental illness; Help-seeking behavior; Mental health services; Self-stigma; Qualitative research*

Authors' Information

1. Reza Taheri: Department of Clinical Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
2. Neda Yousefi: Department of Clinical Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
3. Hossein Mousavi*: Department of Clinical Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. (Corresponding Author). hossein.mousavi.clin@gmail.com

مقدمه

سلامت روان یکی از مؤلفه‌های بنیادی سلامت عمومی، کیفیت زندگی، مشارکت اجتماعی و توانایی افراد برای ایفای نقش‌های خانوادگی، تحصیلی و شغلی است. اختلالات روانی، از مشکلات شایع اضطرابی و افسردگی تا اختلالات شدیدتر خلقی و روان‌پریشی، می‌توانند بر ادراک فرد از خود، روابط بین‌فردی، توانایی تصمیم‌گیری، عملکرد روزانه و امید به آینده اثر بگذارند. با وجود توسعه دانش روان‌پزشکی و روان‌شناسی و فراهم‌شدن درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مؤثر، بخش قابل‌توجهی از افرادی که نشانه‌های اختلالات روانی را تجربه می‌کنند، یا هرگز به خدمات تخصصی مراجعه نمی‌کنند یا پس از دوره‌ای طولانی و در شرایطی که مشکلات آنان تشدید شده است، وارد نظام درمان می‌شوند. گزارش جهانی سلامت روان تأکید می‌کند که نیاز به مراقبت‌های سلامت روان در سراسر جهان بالاست، اما پاسخ نظام‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها همچنان ناکافی، نابرابر و دور از دسترس است (World Health Organization, ۲۰۲۲). بنابراین، وجود درمان مؤثر لزوماً به معنای استفاده به‌موقع از آن نیست و میان نیاز به درمان و دریافت واقعی خدمات، فاصله‌ای وجود دارد که از آن با عنوان «شکاف درمان» یاد می‌شود.

رفتار کمک‌خواهی در حوزه سلامت روان فرایندی چندمرحله‌ای است که با تشخیص یا تفسیر نشانه‌ها آغاز می‌شود و با پذیرش وجود مشکل، تصمیم برای افشای آن، انتخاب منبع کمک، دسترسی به ارائه‌دهنده خدمت و تداوم مشارکت در درمان ادامه می‌یابد. کمک‌خواهی ممکن است رسمی یا غیررسمی باشد. کمک‌خواهی رسمی شامل مراجعه به روان‌شناس، روان‌پزشک، پزشک عمومی، مددکار اجتماعی یا سایر ارائه‌دهندگان حرفه‌ای است؛ در حالی که کمک‌خواهی غیررسمی می‌تواند گفت‌وگو با اعضای خانواده، دوستان، همکاران، افراد مذهبی یا استفاده از منابع اینترنتی را دربر گیرد. هرچند منابع غیررسمی ممکن است حمایت هیجانی و عملی ارزشمندی فراهم کنند، جایگزین‌شدن کامل آن‌ها با ارزیابی و مداخله تخصصی می‌تواند تشخیص و درمان را به تعویق اندازد. مطالعات بین‌المللی نشان داده‌اند که ادراک پایین از نیاز به درمان، تمایل به حل مستقل مشکلات، هزینه، دسترسی محدود، نگرانی درباره اثربخشی درمان، بی‌اعتمادی به متخصصان و نگرش‌های منفی نسبت به خدمات، از موانع مهم کمک‌خواهی هستند (Andrade et al., ۲۰۱۴; Mojtabai et al., ۲۰۱۱). در میان این عوامل، انگ مرتبط با بیماری روانی جایگاه ویژه‌ای دارد؛ زیرا می‌تواند هم بر تفسیر نشانه‌ها و هم بر تصمیم، دسترسی و ماندگاری در درمان اثر بگذارد.

انگ اجتماعی مفهومی چندبعدی است و به فرایندی اشاره دارد که طی آن تفاوتی انسانی یا اجتماعی برجسته می‌شود، برچسبی منفی به آن اختصاص می‌یابد، فرد به مجموعه‌ای از کلیشه‌های نامطلوب پیوند داده می‌شود و در نهایت فاصله‌گذاری، کاهش منزلت یا تبعیض در شرایط

نابرابر قدرت رخ می‌دهد .(Link & Phelan, ۲۰۰۱) در زمینه بیماری‌های روانی، کلیشه‌هایی مانند خطرناک‌بودن، غیرقابل‌پیش‌بینی‌بودن، ضعف اراده، ناتوانی در مسئولیت‌پذیری، درمان‌ناپذیری و عدم شایستگی برای ازدواج یا اشتغال می‌توانند مبنای نگرش‌ها و رفتارهای تبعیض‌آمیز باشند. انگ ممکن است به شکل انگ عمومی، انگ ادراک‌شده، انگ مورد انتظار، انگ تجربه‌شده، انگ وابسته به درمان، انگ ساختاری و انگ درونی‌شده ظاهر شود. این اشکال اگرچه از نظر مفهومی متمایزند، در تجربه زیسته افراد غالباً به‌صورت درهم‌تنیده عمل می‌کنند و تصمیم آنان برای افشای مشکل یا مراجعه به متخصص را شکل می‌دهند.(Rüsch et al., ۲۰۰۵)

انگ عمومی به نگرش‌ها، کلیشه‌ها و رفتارهای تبعیض‌آمیز اعضای جامعه نسبت به افراد دارای مشکلات روانی اشاره دارد. فرد ممکن است بدون آنکه مستقیماً مورد توهین یا محرومیت قرار گرفته باشد، از وجود چنین نگرش‌هایی در جامعه آگاه باشد و پیامدهای احتمالی افشای مشکل را پیش‌بینی کند. این وضعیت، انگ مورد انتظار را به وجود می‌آورد؛ یعنی فرد انتظار دارد در صورت آشکارشدن مشکل یا مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک، احترام، فرصت شغلی، روابط عاطفی یا جایگاه خانوادگی خود را از دست بدهد. نگرانی از افشای اطلاعات، دیده‌شدن در یک مرکز روان‌پزشکی، ثبت تشخیص در پرونده پزشکی یا اطلاع کارفرما و بستگان می‌تواند موجب پنهان‌سازی نشانه‌ها و اجتناب از خدمات شود. مرور نظام‌مند Clement و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که انگ یکی از موانع برجسته کمک‌خواهی است و نگرانی درباره افشا، از شایع‌ترین سازوکارهای انگ‌محور گزارش‌شده در مطالعات کمی و کیفی به شمار می‌رود.

انگ درونی‌شده زمانی شکل می‌گیرد که فرد کلیشه‌ها و داوری‌های منفی جامعه را درباره خود بپذیرد و بیماری یا نیاز به درمان را نشانه ضعف، نقص شخصیت یا شکست شخصی تلقی کند. در این حالت، فرد نه‌تنها از قضاوت دیگران می‌ترسد، بلکه خود را نیز با همان معیارهای انگ‌زننده ارزیابی می‌کند. نتیجه ممکن است کاهش عزت‌نفس، احساس شرم، ناامیدی، کاهش خودکارآمدی و اجتناب از هویت «بیمار روانی» باشد .(Corrigan, ۲۰۰۴; Corrigan et al., ۲۰۱۴) فرد ممکن است با وجود رنج قابل‌توجه، نیاز به کمک را انکار کند، نشانه‌ها را موقت یا بی‌اهمیت بداند و تلاش کند از طریق سکوت، کار بیشتر، دعا، خوددرمانی، مصرف خودسرانه دارو یا کناره‌گیری اجتماعی مشکل را کنترل کند. پژوهش Ghanean ، Nojomiو (۲۰۱۱) Jacobsson درباره انگ درونی‌شده در میان افراد دارای بیماری روانی در تهران نیز نشان داد که درونی‌شدن نگرش‌های منفی می‌تواند بخشی از تجربه افراد از بیماری و تعاملات اجتماعی آنان باشد.

انگ کمک‌خواهی با انگ بیماری روانی همپوشانی دارد، اما کاملاً یکسان نیست. ممکن است فرد نسبت به اشخاص دارای اختلال روانی نگرش منفی شدیدی نداشته باشد، اما مراجعه شخصی خود به روان‌شناس یا روان‌پزشک را تهدیدی برای تصویر مستقل، توانمند و کنترل‌گر

خود تلقی کند. در برخی زمینه‌های فرهنگی، کمک‌خواهی حرفه‌ای با ناتوانی در حل مسائل شخصی یا خانوادگی برابر دانسته می‌شود. از این منظر، فردی که باید بتواند هیجان‌های خود را کنترل کند یا مشکلاتش را در خانواده حل کند، با مراجعه به متخصص ظاهراً اعتراف می‌کند که از انجام وظیفه فردی یا خانوادگی ناتوان بوده است Vogel ،. Wade و (۲۰۰۶) Haake نشان دادند که انگ شخصی مرتبط با درخواست کمک می‌تواند نگرش نسبت به مشاوره و تمایل به مراجعه را کاهش دهد. فراتحلیل Schnyder و همکاران (۲۰۱۷) نیز وجود ارتباط معکوس میان انواع انگ مرتبط با سلامت روان و کمک‌خواهی فعال را تأیید کرد.

اثرات انگ تنها به آغاز درمان محدود نمی‌شود. فردی که با ترس و تردید وارد خدمات شده است، ممکن است اطلاعات خود را به‌طور کامل در اختیار درمانگر قرار ندهد، از دریافت تشخیص اجتناب کند، نسخه دارویی را پنهان سازد یا جلسات را به شکلی برگزار کند که اطرافیان مطلع نشوند. اگر درمان با تجربه‌ای از بی‌احترامی، استفاده از برچسب‌های تقلیل‌گرایانه، بی‌توجهی به ترجیحات بیمار یا نقض محرمانگی همراه شود، انتظار فرد درباره انگ تأیید می‌شود و احتمال قطع درمان افزایش می‌یابد. انگ نهادی زمانی رخ می‌دهد که سیاست‌ها، رویه‌های سازمانی یا رفتار ارائه‌دهندگان خدمات، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم منزلت، استقلال و فرصت‌های افراد دارای مشکلات روانی را محدود کند. به همین دلیل، کیفیت رابطه درمانی، زبان مورد استفاده متخصص، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و حفاظت عملی از محرمانگی، صرفاً مسائل اخلاقی نیستند، بلکه عوامل تعیین‌کننده استفاده مداوم از خدمات محسوب می‌شوند.

خانواده نیز می‌تواند هم عامل محافظت‌کننده و هم بازتولیدکننده انگ باشد. در جوامعی که هویت فرد با آبرو، اعتبار و روابط جمعی خانواده پیوند نزدیکی دارد، تشخیص روان‌پزشکی ممکن است مسئله‌ای شخصی تلقی نشود، بلکه تهدیدی برای جایگاه خانوادگی، ازدواج سایر اعضا یا قضاوت خویشاوندان به شمار رود. اعضای خانواده ممکن است برای حفاظت از فرد و خانواده، نشانه‌ها را پنهان کنند، مراجعه به روان‌پزشک را به تعویق اندازند یا استفاده از برچسب‌های خنثی‌تری مانند «فشار عصبی»، «خستگی»، «مشکل اعصاب» یا «ضعف جسمانی» را ترجیح دهند. این راهبردها گاهی امکان دریافت حمایت را فراهم می‌کنند، اما ممکن است مسیر دسترسی به خدمات تخصصی را پیچیده و طولانی سازند Corrigan .و (۲۰۰۴) Miller نشان داده‌اند که پیامدهای انگ می‌تواند به اعضای خانواده نیز گسترش یابد و احساس شرم، سرزنش یا پنهان‌کاری خانوادگی ایجاد کند.

زمینه فرهنگی ایران ویژگی‌هایی دارد که مطالعه کیفی رابطه انگ و کمک‌خواهی را ضروری می‌سازد. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، نقش باورهای فرهنگی، نگرش‌های عمومی، کمبود آگاهی، عملکرد رسانه‌ها، ساختارهای ارائه خدمات، سیاست‌گذاری و رفتار برخی متخصصان را

در تولید یا استمرار انگ برجسته کرده‌اند Taghva .(Hajebi et al., ۲۰۲۲; Taghva et al., ۲۰۱۷a) و همکاران (۲۰۱۷a) در مطالعه‌ای کیفی با مشارکت ذی‌نفعان سلامت روان، جهانی‌بودن انگ، باورها و نگرش‌های عمومی، موانع فرهنگی، عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات و محدودیت‌های ساختاری و مالی را از موانع مهم کاهش انگ در ایران معرفی کردند. در مطالعه دیگری، راهبردهایی مانند آموزش عمومی، اصلاح عملکرد رسانه‌ها، بهبود ساختار درمان، مشارکت گروه‌های مرجع و تماس اجتماعی با افراد بهبودیافته برای کاهش انگ پیشنهاد شد (Taghva et al., ۲۰۱۷b).

مسیرهای کمک‌خواهی در ایران ممکن است از ترکیبی از منابع خانوادگی، پزشکی عمومی، روان‌شناختی، روان‌پزشکی، مذهبی و غیررسمی تشکیل شود. افراد ممکن است پیش از مراجعه به متخصص سلامت روان، شکایت‌های خود را در قالب علائم جسمانی بیان کنند، به پزشکان رشته‌های دیگر مراجعه کنند یا از توصیه اعضای خانواده و منابع مجازی استفاده نمایند. این مسیرها فقط نتیجه کمبود دانش نیستند، بلکه با معنای فرهنگی رنج، نگرانی از برچسب روان‌پزشکی، تجربه‌های پیشین از خدمات و اعتماد به منابع مختلف کمک ارتباط دارند Mianji .و Kirmayer (۲۰۲۳)در مطالعه کیفی افراد دارای اختلالات طیف دوقطبی در ایران نشان دادند که عوامل اجتماعی، فرهنگی و ساختاری، محدودیت‌های نظام سلامت، شیوه‌های درمان و منابع جایگزین، مسیرهای کمک‌خواهی و تجربه درمان را شکل می‌دهند. همچنین یافته‌های Yusefiو همکاران (۲۰۲۴) نشان داد موانع ادراک‌شده از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار جست‌وجوی خدمات سلامت روان در نمونه‌ای از بزرگسالان ایرانی بوده است.

با وجود اهمیت موضوع، بسیاری از پژوهش‌های موجود از ابزارهای کمی برای سنجش نگرش یا قصد کمک‌خواهی استفاده کرده‌اند. این مطالعات برای برآورد شدت ارتباط متغیرها مفیدند، اما نمی‌توانند به‌طور کامل نشان دهند که افراد در زندگی روزمره چگونه قضاوت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند، میان افشا و پنهان‌کاری مذاکره می‌کنند، توصیه‌های خانواده را تفسیر می‌کنند یا پس از یک تجربه نامطلوب درمانی تصمیم به ادامه یا قطع خدمات می‌گیرند. رفتار کمک‌خواهی یک تصمیم منفرد و ثابت نیست، بلکه فرایندی پویا، بازگشت‌پذیر و زمینه‌مند است. ممکن است فرد در یک مرحله از دوست خود کمک بخواهد، در مرحله دیگر به پزشک عمومی مراجعه کند، سپس درمان را رها سازد و پس از تشدید نشانه‌ها دوباره به خدمات تخصصی بازگردد. روش کیفی امکان می‌دهد این مسیرهای پیچیده از منظر کسانی که مستقیماً آن‌ها را تجربه کرده‌اند، بررسی شود.

تهران به‌عنوان شهری بزرگ، متنوع و برخوردار از تراکم بالای مراکز درمانی، زمینه‌ای مهم برای بررسی این مسئله است. وجود خدمات متعدد به معنای استفاده آسان و برابر از آن‌ها نیست. نگرانی از محرمانگی، هزینه، فاصله طبقاتی، تنوع کیفیت خدمات، ناشناخته‌بودن صلاحیت ارائه‌دهندگان، ازدحام، زبان تخصصی و ترس از دیده‌شدن می‌توانند در کنار انگ اجتماعی عمل کنند. از سوی دیگر، افزایش محتوای سلامت روان در فضای مجازی، عادی‌ترشدن مراجعه به روان‌شناس در برخی گروه‌های اجتماعی و حضور روایت‌های بهبودیافته می‌تواند به بازتعریف کمک‌خواهی به‌عنوان رفتاری مسئولانه منجر شود. بنابراین، تجربه ساکنان تهران ممکن است هم‌زمان حاوی استمرار نگرش‌های سنتی انگ‌زننده و ظهور برداشت‌های جدید و پذیرنده‌تر باشد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین اثر انگ اجتماعی بیماری‌های روانی بر رفتارهای کمک‌خواهی و استفاده از خدمات سلامت روان در میان بزرگسالان ساکن تهران انجام شد. پرسش اصلی پژوهش آن بود که افراد دارای تجربه مشکلات روان‌شناختی، انگ اجتماعی را چگونه درک و تجربه می‌کنند و این تجربه چگونه بر زمان مراجعه، انتخاب منبع کمک، میزان افشای اطلاعات، نوع خدمت انتخاب‌شده و تداوم درمان اثر می‌گذارد. همچنین پژوهش در پی شناسایی شرایطی بود که می‌توانند اثر بازدارنده انگ را کاهش دهند و تصمیم افراد برای دریافت مراقبت حرفه‌ای را تسهیل کنند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود. این رویکرد برای موضوعاتی مناسب است که هدف پژوهش، دستیابی به درکی زمینه‌مند از تجربه مشارکت‌کنندگان و استخراج مقوله‌ها از داده‌ها، بدون تحمیل یک چارچوب از پیش تعیین‌شده، باشد. در تحلیل محتوای قراردادی، کدها و مقوله‌ها به‌صورت استقرایی از متن مصاحبه‌ها توسعه می‌یابند و پژوهشگر می‌کوشد الگوهای آشکار و معانی ضمنی موجود در تجربه افراد را شناسایی کند. فرایند تحلیل با اصول پیشنهادی Graneheim و Lundman (۲۰۰۴) هماهنگ بود و گزارش مطالعه با توجه به معیارهای گزارش پژوهش‌های کیفی COREQ تنظیم شد.(Tong et al., ۲۰۰۷)

جامعه مورد مطالعه شامل بزرگسالان ساکن شهر تهران بود که تجربه یک مشکل روان‌شناختی معنادار، دریافت تشخیص از روان‌شناس یا روان‌پزشک، یا احساس نیاز به دریافت خدمات سلامت روان را در پنج سال گذشته داشتند. معیارهای ورود شامل سن ۱۸ سال یا بیشتر، سکونت در تهران، توانایی گفت‌وگو به زبان فارسی، تجربه تصمیم‌گیری برای مراجعه یا عدم مراجعه به خدمات سلامت روان و تمایل به بیان تجربه شخصی بود. افرادی که در زمان مصاحبه در وضعیت حاد روان‌پزشکی قرار داشتند، توانایی ارائه رضایت آگاهانه نداشتند یا ادامه

مصاحبه برای آنان با آشفتگی قابل‌توجه همراه بود، وارد مطالعه نشدند. تشخیص رسمی اختلال روانی برای همه مشارکت‌کنندگان الزامی نبود؛ زیرا پژوهش علاوه بر استفاده واقعی از خدمات، فرایندهای تأخیر، اجتناب و عدم مراجعه را نیز بررسی می‌کرد.

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با راهبرد حداکثر تنوع انجام شد. مشارکت‌کنندگان از طریق مراکز مشاوره و درمان سرپایی، معرفی داوطلبانه از سوی انجمن‌های غیردولتی مرتبط با سلامت روان و فراخوان محدود در شبکه‌های اجتماعی جذب شدند. تلاش شد نمونه از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اشتغال، نوع مشکل روان‌شناختی، سابقه مصرف دارو، تجربه روان‌درمانی و مدت تأخیر در مراجعه متنوع باشد. در مجموع، ۲۴ نفر در پژوهش مشارکت کردند. فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ به این معنا که مصاحبه‌های جدید دیگر مفهوم یا رابطه تحلیلی تازه‌ای به مقوله‌های در حال شکل‌گیری اضافه نمی‌کردند. اشباع اولیه در مصاحبه بیست‌ویکم مشاهده شد و سه مصاحبه تکمیلی برای بررسی کفایت و ثبات مقوله‌ها انجام گرفت.

گردآوری داده‌ها تنها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انفرادی انجام شد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و محرمانه در مراکز مشاوره یا، بنا بر ترجیح مشارکت‌کننده، از طریق ارتباط تصویری رمزگذاری‌شده برگزار شدند. هر مصاحبه با پرسش‌هایی کلی آغاز شد؛ از جمله: «لطفاً توضیح دهید زمانی که برای نخستین بار احساس کردید به کمک روان‌شناختی نیاز دارید، چه اتفاقی افتاد؟»، «نگرش اطرافیان درباره بیماری روانی یا مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک چه اثری بر تصمیم شما داشت؟»، «آیا تا به حال به دلیل نگرانی از قضاوت دیگران مراجعه خود را به تأخیر انداخته یا پنهان کرده‌اید؟»، «خانواده چه نقشی در انتخاب منبع کمک داشتند؟»، «تجربه شما از برخورد متخصصان و مراکز درمانی چگونه بود؟» و «چه چیزی باعث شد درمان را ادامه دهید یا متوقف کنید؟». بر اساس پاسخ‌ها، پرسش‌های پیگیرانه‌ای مانند «می‌توانید مثالی بزنید؟»، «در آن لحظه چه احساسی داشتید؟»، «از چه پیامدی می‌ترسیدید؟» و «این تجربه چه تغییری در مراجعه بعدی شما ایجاد کرد؟» مطرح شد.

مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۸۵ دقیقه و به‌طور میانگین حدود ۶۳ دقیقه ادامه یافتند. با کسب رضایت آگاهانه، گفت‌وگوها ضبط صوتی و حداکثر ظرف ۴۸ ساعت به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند. پژوهشگر پس از هر مصاحبه، یادداشت‌های میدانی مربوط به فضای گفت‌وگو، مکث‌ها، تغییرات هیجانی، نکات زمینه‌ای و برداشت‌های اولیه خود را ثبت کرد. مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان پیش رفتند تا یافته‌های موقت بتوانند جهت نمونه‌گیری و پرسش‌های مصاحبه‌های بعدی را مشخص کنند. برای مثال، پس از برجسته‌شدن نقش آبروی خانوادگی، در مصاحبه‌های بعدی پرسش‌های دقیق‌تری درباره نگرانی‌های ازدواج، اشتغال و افشای تشخیص به بستگان مطرح شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo ۱۴ انجام شد. ابتدا متن هر مصاحبه چند بار خوانده شد تا پژوهشگر با کلیت تجربه مشارکت‌کننده آشنا شود. سپس واحدهای معنایی مرتبط با انگ، افشا، کمک‌خواهی، انتخاب خدمت و تداوم درمان مشخص شدند. واحدهای معنایی پس از فشرده‌سازی، با کدهایی نزدیک به زبان مشارکت‌کنندگان نام‌گذاری شدند؛ مانند «ترس از اینکه مرا دیوانه بدانند»، «مراجعه پنهانی»، «تبدیل مشکل روانی به درد جسمی»، «اصرار خانواده به قوی‌بودن»، «ترس از ثبت تشخیص»، «قطع دارو به دلیل پنهان‌کاری» و «اعتماد پس از برخورد محترمانه». کدهای مشابه از طریق مقایسه مستمر در زیرمقوله‌ها قرار گرفتند و زیرمقوله‌ها بر اساس اشتراک مفهومی و روابط زمینه‌ای در مقوله‌های اصلی ادغام شدند. تحلیل تا زمانی ادامه یافت که مقوله‌ها از نظر دامنه، مرز مفهومی، تنوع درونی و ارتباط با پرسش پژوهش به سطح مناسبی از انسجام رسیدند.

برای افزایش استحکام پژوهش از معیارهای اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و اتکاپذیری استفاده شد (Lincoln & Guba, ۱۹۸۵). برای اعتبارپذیری، خلاصه‌ای از برداشت‌های پژوهشگر در پایان برخی مصاحبه‌ها با مشارکت‌کننده در میان گذاشته شد و پس از تحلیل اولیه نیز یافته‌های کلی برای شش مشارکت‌کننده ارسال شد تا میزان انطباق آن‌ها با تجربه زیسته بررسی شود. دو پژوهشگر، شش مصاحبه را به‌طور مستقل کدگذاری کردند و اختلاف‌ها از طریق بحث و بازگشت به متن رفع شد. استفاده از نمونه‌ای متنوع و ارائه توصیف روشن از زمینه و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، انتقال‌پذیری را تقویت کرد. برای تأییدپذیری، یادداشت‌های بازاندیشانه پژوهشگر درباره پیش‌فرض‌ها و تصمیم‌های تحلیلی نگهداری شد. همچنین مسیر کدگذاری، تغییر نام مقوله‌ها و دلایل ادغام یا تفکیک کدها در یک ردپای ممیزی ثبت شد.

اصول اخلاق پژوهش در تمام مراحل رعایت شد. هدف مطالعه، شیوه ضبط و استفاده از داده‌ها، اختیاری‌بودن مشارکت، حق انصراف در هر زمان و اقدامات مربوط به محرمانگی پیش از مصاحبه توضیح داده شد. رضایت آگاهانه کتبی یا الکترونیکی دریافت شد و نام مشارکت‌کنندگان با کدهایی مانند «مشارکت‌کننده ۱» جایگزین شد. هرگونه نام شخص، مرکز، محل کار یا اطلاعات قابل‌شناسایی از متن نقل‌قول‌ها حذف یا تغییر داده شد. فایل‌های صوتی و متون مصاحبه در فضای حفاظت‌شده نگهداری شدند. در صورت بروز ناراحتی هیجانی، مصاحبه متوقف یا با رضایت فرد ادامه داده می‌شد و اطلاعات مربوط به خدمات حمایتی در اختیار او قرار می‌گرفت. کد مصوب کمیته اخلاق برای نسخه نهایی مقاله باید در این بخش درج شود] :کد اخلاق پژوهش.[

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴ نفر شامل ۱۳ زن معادل ۲/۵۴ درصد و ۱۱ مرد معادل ۸/۴۵ درصد شرکت کردند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان ۲۲ تا ۵۵ سال و میانگین سنی آنان ۴/۳۶ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۱۰ نفر معادل ۷/۴۱ درصد مجرد، ۱۱ نفر معادل ۸/۴۵ درصد متأهل و سه نفر معادل ۵/۱۲ درصد مطلقه یا جداشده بودند. شش نفر معادل ۲۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم یا کاردانی، ۱۱ نفر معادل ۸/۴۵ درصد دارای مدرک کارشناسی و هفت نفر معادل ۲/۲۹ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری بودند. پانزده نفر معادل ۵/۶۲ درصد شاغل، پنج نفر معادل ۸/۲۰ درصد فاقد اشتغال و چهار نفر معادل ۷/۱۶ درصد دانشجو بودند. نه مشارکت‌کننده سابقه مشکلات غالب افسردگی، هشت نفر مشکلات اضطرابی، سه نفر اختلالات طیف دوقطبی و چهار نفر نشانه‌های مختلط اضطراب و افسردگی را گزارش کردند. هجده نفر حداقل یک بار از خدمات حرفه‌ای سلامت روان استفاده کرده بودند و شش نفر با وجود احساس نیاز، مراجعه خود را برای مدتی طولانی به تعویق انداخته یا تنها از منابع غیررسمی کمک گرفته بودند. از میان استفاده‌کنندگان خدمات، ۱۷ نفر تجربه روان‌درمانی یا مشاوره و ۱۱ نفر تجربه مراجعه به روان‌پزشک و مصرف دارو داشتند؛ این دو گروه همپوشانی داشتند. تحلیل داده‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد.

مقوله نخست، «ترس از قضاوت و افشای هویت آسیب‌پذیر»، در روایت ۲۱ نفر از ۲۴ مشارکت‌کننده مشاهده شد. افراد بیش از خود نشانه‌های روان‌شناختی، از معنایی که دیگران به این نشانه‌ها می‌دادند نگران بودند. آنان پیش‌بینی می‌کردند که مراجعه به روان‌پزشک یا مصرف دارو باعث شود دیگران آنان را «دیوانه»، «بی‌ثبات»، «خطرناک»، «ضعیف» یا «نامناسب برای مسئولیت‌های جدی» تلقی کنند. این نگرانی در محیط کار، روابط عاطفی و فرایند ازدواج برجسته‌تر بود. برخی مشارکت‌کنندگان جلسات خود را در ساعات کاری پنهان می‌کردند، داروها را از بسته‌بندی اصلی خارج می‌ساختند یا مرکزی دور از محل زندگی انتخاب می‌کردند. مشارکت‌کننده ۷، زن ۳۲ ساله، گفت: «من از خود روان‌شناس نمی‌ترسیدم؛ از این می‌ترسیدم که کسی بفهمد پیش روان‌شناس می‌روم. فکر می‌کردم از فردا هر حرفی بزنم می‌گویند چون مشکل روانی دارد، حرفش اعتبار ندارد.» مشارکت‌کننده ۱۵، مرد ۴۰ ساله، توضیح داد: «در محل کار اگر بفهمند داروی اعصاب می‌خوری، ممکن است مسئولیت را از تو بگیرند. برای همین سه ماه صبر کردم تا حالم خیلی بد شد.» نگرانی از افشا موجب تأخیر در مراجعه، انتخاب مراکز دورتر، پرداخت شخصی به‌جای استفاده از بیمه و ارائه اطلاعات ناقص به درمانگر شده بود. چند نفر حتی هنگام مراجعه، مشکل خود را با واژه‌هایی مانند «بی‌خوابی»، «فشار کاری» یا «خستگی عصبی» توصیف می‌کردند تا از دریافت برچسب روان‌پزشکی جلوگیری کنند.

مقوله دوم، «درونی‌سازی انگ و الزام به خوداتکایی»، در تجربه ۱۸ مشارکت‌کننده وجود داشت. این افراد پیام‌های اجتماعی درباره قوی‌بودن، کنترل هیجان و حل شخصی مشکلات را به معیاری برای ارزیابی خود تبدیل کرده بودند. نیاز به کمک برای آنان گاهی به معنای ناتوانی،

شکست اراده یا ضعف شخصیت بود. بسیاری ابتدا تلاش کرده بودند با سکوت، انکار، افزایش کار، ورزش افراطی، مصرف آرام‌بخش بدون تجویز، جست‌وجوی اینترنتی یا دوری از دیگران مشکل را مدیریت کنند. مشارکت‌کننده ۳، مرد ۲۸ ساله، اظهار کرد: «همیشه شنیده بودم آدم قوی خودش باید از پسش بربیاید. وقتی می‌خواستم وقت مشاوره بگیرم، حس می‌کردم دارم قبول می‌کنم که ضعیفم.» مشارکت‌کننده ۱۲، زن ۳۷ ساله، گفت: «حتی وقتی دکتر گفت افسردگی است، چند ماه قبول نمی‌کردم. با خودم می‌گفتم تو فقط تنبلی و باید خودت را جمع کنی.» درونی‌شدن انگ سبب می‌شد فرد شدت نشانه‌ها را کمتر از واقعیت ارزیابی کند و مراجعه را تا زمانی به تعویق اندازد که عملکرد شغلی، خواب، روابط یا توانایی مراقبت از خود به‌طور جدی مختل شود. برخی پس از شروع درمان نیز با احساس گناه یا شرم مواجه بودند و دریافت دارو یا روان‌درمانی را به‌عنوان وابستگی به یک منبع بیرونی تفسیر می‌کردند. با این حال، چند مشارکت‌کننده پس از تجربه بهبود، تعریف خود از توانمندی را تغییر داده بودند و کمک‌خواهی را به‌عنوان شکلی از مسئولیت‌پذیری و خودمراقبتی می‌دیدند.

مقوله سوم، «حفاظت از آبروی خانواده و تغییر مسیر کمک‌خواهی»، در روایت ۱۹ مشارکت‌کننده شناسایی شد. تصمیم برای مراجعه اغلب تصمیمی کاملاً فردی نبود و واکنش خانواده بر زمان، نوع و محل دریافت کمک اثر می‌گذاشت. برخی خانواده‌ها از ترس قضاوت خویشاوندان، تأثیر تشخیص بر ازدواج یا آسیب به اعتبار خانوادگی، از فرد می‌خواستند مشکل را پنهان کند. گاهی نشانه‌ها با عباراتی مانند «ضعف اعصاب»، «فشار زندگی»، «کمبود ویتامین» یا «چشم‌زخم» بازتعریف می‌شدند و فرد ابتدا به پزشک عمومی، متخصص داخلی، منابع مذهبی یا افراد غیرحرفه‌ای ارجاع داده می‌شد. مشارکت‌کننده ۱۹، زن ۲۶ ساله، گفت: «مادرم می‌گفت پیش روان‌پزشک نرو، بعداً برای ازدواجت حرف درمی‌آید. می‌گفت بگو میگرن داری و برو متخصص مغز و اعصاب.» مشارکت‌کننده ۵، مرد ۴۴ ساله، بیان کرد: «خانواده نیت بدی نداشتند، ولی می‌گفتند این مسائل باید داخل خانه حل شود. تقریباً یک سال با نصیحت و دعا جلو رفتیم تا بالاخره خودم وقت گرفتم.» در مقابل، خانواده‌های حمایتگر نقش مهمی در شکستن چرخه انگ داشتند. همراهی یک عضو مورد اعتماد، عادی‌سازی مراجعه، کمک مالی، حفظ محرمانگی و یادآوری جلسات موجب شروع یا تداوم درمان می‌شد. مشارکت‌کننده ۲۲ توضیح داد که خواهرش با گفتن اینکه «مراجعه برای ذهن مثل مراجعه برای فشار خون است»، احساس شرم او را کاهش داده و نخستین جلسه را برایش هماهنگ کرده است. بنابراین، خانواده هم می‌توانست دروازه ورود به خدمات باشد و هم با تأکید بر پنهان‌کاری، فرد را به مسیرهای طولانی‌تر و غیرتخصصی سوق دهد.

مقوله چهارم، «تجربه انگ نهادی و استفاده گسسته از خدمات»، در روایت ۱۶ مشارکت‌کننده برجسته بود. برخی افراد پس از غلبه بر ترس اجتماعی و مراجعه به خدمات، با رفتارهایی مواجه شده بودند که احساس بی‌اعتباری یا متفاوت‌بودن را تقویت می‌کرد. استفاده عجولانه از

برچسب تشخیصی، توضیح‌ندادن درباره درمان، نسبت‌دادن همه شکایت‌های جسمانی به بیماری روانی، برخورد آمرانه، بی‌توجهی به نگرانی درباره عوارض دارو و نبود فضای کافی برای حفظ محرمانگی، از تجربه‌های گزارش‌شده بود. مشارکت‌کننده ۹، زن ۴۸ ساله، گفت: «وقتی در پرونده دیدند سابقه اضطراب دارم، هر دردی را گفتند عصبی است. حس کردم دیگر حرفم را جدی نمی‌گیرند.» مشارکت‌کننده ۱۶، مرد ۳۵ ساله، اظهار کرد: «پزشک فقط اسم اختلال را گفت و نسخه نوشت. من از همان اسم ترسیدم و دیگر برنگشتم، چون احساس کردم از آن لحظه فقط یک تشخیص هستم.» ترس از ثبت اطلاعات، دیده‌شدن در بخش روان‌پزشکی، شنیده‌شدن گفت‌وگوها در فضای انتظار و دسترسی احتمالی اشخاص دیگر به پرونده نیز باعث مراجعه انتخابی یا قطع درمان شده بود. هزینه و دسترسی محدود به خدمات باکیفیت، اگرچه به‌تنهایی انگ محسوب نمی‌شد، اثر آن را تشدید می‌کرد؛ زیرا فرد برای مراجعه محرمانه یا انتخاب مرکزی دور از محل زندگی ناچار به پرداخت هزینه بیشتر بود. تجربه برخورد محترمانه، مشارکت در تصمیم‌گیری و توضیح روشن درباره تشخیص و درمان، در مقابل، اعتماد را افزایش می‌داد و احتمال ادامه خدمات را بیشتر می‌کرد.

مقوله پنجم، «بازسازی معنای کمک‌خواهی در بستر حمایت و آگاهی»، در تجربه ۱۴ مشارکت‌کننده مشاهده شد. این مقوله شرایطی را نشان می‌داد که اثر بازدارنده انگ را کاهش می‌دادند. افزایش سواد سلامت روان، آشنایی با تجربه افراد بهبودیافته، توصیه یک فرد مورد اعتماد، مشاهده مراجعه افراد تحصیل‌کرده یا موفق، استفاده از زبان غیرتحقیرآمیز و دریافت خدمات محرمانه از عوامل تسهیل‌کننده بودند. مشارکت‌کننده ۱، زن ۳۰ ساله، گفت: «وقتی یکی از دوستانم گفت خودش دو سال درمان رفته و حالش بهتر شده، برای اولین بار حس کردم مراجعه به معنی دیوانه‌بودن نیست.» مشارکت‌کننده ۲۰، مرد ۵۲ ساله، بیان کرد: «روان‌شناس از اول گفت قرار نیست برچسب بزنیم؛ قرار است بفهمیم چه چیزی زندگی‌ات را سخت کرده. همین جمله باعث شد ادامه بدهم.» برخی مشارکت‌کنندگان پس از تجربه درمان مؤثر، به‌تدریج قادر شده بودند تشخیص را از هویت کلی خود جدا کنند و بیماری روانی را وضعیتی قابل‌مدیریت بدانند. آنان کمک‌خواهی را نه نشانه شکست، بلکه اقدامی فعال برای حفظ زندگی، خانواده و کار تعریف می‌کردند. با این حال، بیشتر آنان افشای تجربه را همچنان به افراد منتخب محدود می‌کردند؛ بنابراین کاهش انگ به معنای حذف کامل نگرانی نبود، بلکه توانایی مدیریت آگاهانه افشا، انتخاب منبع مطمئن و مقاومت در برابر کلیشه‌ها را افزایش می‌داد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین اثر انگ اجتماعی بیماری‌های روانی بر رفتارهای کمک‌خواهی و استفاده از خدمات سلامت روان انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که انگ از طریق پنج مسیر مرتبط عمل می‌کند: ترس از قضاوت و افشا، درونی‌شدن کلیشه‌ها، فشار برای حفاظت از آبروی خانواده، تجربه انگ در ساختارهای ارائه خدمت و بازسازی تدریجی معنای کمک‌خواهی. این یافته‌ها نشان می‌دهند که رابطه میان انگ و استفاده از خدمات را نمی‌توان به یک نگرش ساده موافق یا مخالف درمان تقلیل داد. انگ در مراحل مختلف مسیر مراقبت مداخله می‌کند؛ از نحوه نام‌گذاری نشانه‌ها و تصمیم برای صحبت با دیگران تا انتخاب ارائه‌دهنده، میزان افشای اطلاعات و ادامه یا قطع درمان. این برداشت با چارچوب Corrigan و همکاران (۲۰۱۴) هماهنگ است که انگ را مانعی چندلایه برای جست‌وجو و مشارکت در مراقبت سلامت روان می‌دانند. همچنین یافته‌های مرور Clement و همکاران (۲۰۱۵) و فراتحلیل Schnyder و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که انواع انگ، به‌ویژه نگرش‌های منفی نسبت به کمک‌خواهی و انگ شخصی، با کاهش مراجعه فعال ارتباط دارند.

نخستین یافته اصلی، ترس از قضاوت و افشای هویت آسیب‌پذیر، نشان داد که بسیاری از مشارکت‌کنندگان پیامدهای اجتماعی مراجعه را خطرناک‌تر از خود فرایند درمان می‌دانستند. آنان انتظار داشتند افشای مشکل روانی به کاهش اعتبار، تردید در شایستگی شغلی، اختلال در ازدواج یا بی‌اعتبارشدن سخنانشان منجر شود. این یافته با مفهوم انگ مورد انتظار سازگار است. در این وضعیت، حتی اگر تبعیض بالفعل رخ نداده باشد، پیش‌بینی آن برای تغییر رفتار کافی است Clement .و همکاران (۲۰۱۵) نیز نگرانی از افشا را یکی از رایج‌ترین سازوکارهای اثرگذاری انگ بر کمک‌خواهی معرفی کردند Schomerus .و (۲۰۰۸) Angermeyer توضیح می‌دهند که ترس از شناسایی‌شدن به‌عنوان فرد دارای بیماری روانی می‌تواند موجب اجتناب از خدماتی شود که مراجعه به آن‌ها به‌طور نمادین با پذیرش یک هویت انگ‌خورده همراه است. انتخاب مراکز دورتر، پرداخت شخصی و بیان نشانه‌ها در قالب جسمانی در مطالعه حاضر، راهبردهایی برای دریافت کمک بدون پذیرش علنی این هویت بودند.

پنهان‌سازی ممکن است در کوتاه‌مدت از فرد در برابر قضاوت دیگران محافظت کند، اما هزینه‌های بالینی و اجتماعی مهمی دارد. فردی که نمی‌تواند دلیل غیبت از کار، مصرف دارو یا تغییرات رفتاری خود را توضیح دهد، ممکن است درمان را نامنظم دنبال کند. همچنین ترس از ثبت تشخیص یا استفاده از بیمه می‌تواند بار مالی را افزایش دهد و دسترسی به خدمات را محدود کند Henderson ،. Evans-Lackoو (۲۰۱۳) Thornicroftتأکید کرده‌اند که انگ بیماری روانی یک مسئله صرفاً فردی نیست، بلکه پیامدهای مهمی برای برنامه‌های سلامت

عمومی و استفاده از خدمات دارد. در نتیجه، راهبردهای کاهش انگ باید علاوه بر تغییر نگرش عمومی، نگرانی‌های عملی افراد درباره محرمانگی، اشتغال، بیمه و دسترسی به اطلاعات پزشکی را نیز دربر گیرند.

دومین مقوله، درونی‌سازی انگ و الزام به خوداتکایی، نشان داد پیام‌های اجتماعی پس از مدتی به گفت‌وگوی درونی فرد تبدیل می‌شوند. مشارکت‌کنندگان نیاز به کمک را با ضعف اراده، ناتوانی در کنترل خود یا شکست در مسئولیت‌پذیری برابر می‌دانستند. این یافته با مدل انگ درونی‌شده سازگار است؛ مدلی که در آن فرد ابتدا از کلیشه‌های عمومی آگاه می‌شود، سپس با آن‌ها موافقت می‌کند و در نهایت آن‌ها را درباره خود به کار می‌برد (Rüsch et al., ۲۰۰۵). Corrigan (۲۰۰۴) این فرایند را یکی از دلایل کاهش عزت‌نفس و خودکارآمدی و اجتناب از مشارکت در درمان می‌داند. یافته تهران توسط Ghanean و همکاران (۲۰۱۱) نیز وجود انگ درونی‌شده در میان دریافت‌کنندگان خدمات روان‌پزشکی را نشان داده است. در مطالعه حاضر، خوداتکایی افراطی سبب شد افراد تا مرحله اختلال جدی در خواب، کار یا روابط، مراجعه نکنند.

تأکید بر خوداتکایی همیشه منفی نیست و می‌تواند بخشی از تاب‌آوری و مقابله فعال باشد. مشکل زمانی ایجاد می‌شود که استقلال به یک الزام اخلاقی تبدیل شود و استفاده از حمایت حرفه‌ای را نامشروع سازد .Vogel و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که انگ شخصی مرتبط با درخواست کمک، نگرش نسبت به مشاوره و تمایل به استفاده از آن را کاهش می‌دهد. یافته حاضر این رابطه را در سطح تجربه زیسته روشن می‌کند: فرد برای حفظ تصویری از خود به‌عنوان شخص قوی، نشانه‌ها را انکار می‌کند و مراجعه را به‌عنوان اعتراف به نقص می‌بیند. بنابراین، پیام‌های آموزشی باید به‌جای تأکید صرف بر شدت بیماری، کمک‌خواهی را با مفاهیمی مانند مسئولیت‌پذیری، مراقبت از خود، حفاظت از روابط و تصمیم‌گیری آگاهانه پیوند دهند. تغییر معنای کمک‌خواهی می‌تواند بدون نفی ارزش استقلال، آن را به استفاده فعال از منابع موجود گسترش دهد.

سومین مقوله به نقش آبروی خانواده و تغییر مسیر کمک‌خواهی مربوط بود. خانواده در فرهنگ ایرانی یکی از مهم‌ترین منابع حمایت، تصمیم‌گیری و تأمین هزینه درمان است؛ بااین‌حال، نگرانی از پیامدهای اجتماعی تشخیص می‌تواند خانواده را به پنهان‌کاری و انکار سوق دهد. یافته حاضر با مطالعات Taghva و همکاران (۲۰۱۷a) و Hajebi و همکاران (۲۰۲۲) هماهنگ است که نقش باورهای فرهنگی، نگرش‌های عمومی، خانواده، رسانه و ساختارهای اجتماعی را در استمرار انگ در ایران برجسته کرده‌اند. هنگامی که مشکل روانی تهدیدی برای اعتبار جمعی خانواده تلقی می‌شود، اعضای خانواده ممکن است از واژه‌های جسمانی یا مبهم استفاده کنند و مراجعه به منابعی را ترجیح

دهند که کمتر با بیماری روانی پیوند دارند. چنین راهبردی ممکن است از برچسب فوری جلوگیری کند، اما احتمال ارجاع دیرهنگام و درمان ناکافی را افزایش می‌دهد.

در عین حال، خانواده در یافته‌های حاضر یکی از قوی‌ترین عوامل تسهیل‌کننده مراجعه بود. یک عضو آگاه و مورد اعتماد می‌توانست نشانه‌ها را به رسمیت بشناسد، مراجعه را عادی‌سازی کند و از فرد در برابر نگرش‌های منفی سایر اعضا حمایت نماید. این دوگانگی نشان می‌دهد مداخلات کاهش انگ نباید خانواده را صرفاً به‌عنوان مانع در نظر بگیرند. خانواده‌ها باید به‌عنوان شرکای بالقوه مراقبت هدف آموزش قرار گیرند. آموزش نشانه‌های اولیه، مهارت گفت‌وگوی غیرقضاوتی، اهمیت محرمانگی، خطرات تأخیر در درمان و نحوه حمایت از استقلال فرد می‌تواند مسیر کمک‌خواهی را کوتاه‌تر کند. راهبردهای پیشنهادی ذی‌نفعان سلامت روان در ایران نیز بر آموزش گروه‌های مرجع، اصلاح نگرش خانواده‌ها و استفاده از ظرفیت اجتماعی برای کاهش انگ تأکید داشته‌اند.(Taghva et al., ۲۰۱۷b)

چهارمین مقوله، تجربه انگ نهادی و استفاده گسسته از خدمات، نشان داد که اثر انگ با ورود فرد به مرکز درمان پایان نمی‌یابد. برخی مشارکت‌کنندگان در محیط‌های درمانی با بی‌اعتبارشدن شکایت‌ها، استفاده تقلیل‌گرایانه از تشخیص، برخورد آمرانه یا نگرانی از محرمانگی مواجه شده بودند. این تجربه‌ها می‌توانند به‌عنوان تأیید عینی انتظارات پیشین فرد عمل کنند. فردی که با تردید وارد خدمات شده است، ممکن است یک برخورد نامطلوب را نشانه درست‌بودن ترس خود بداند و از مراجعه مجدد خودداری کند Mianji .و (۲۰۲۳) Kirmayer نیز نشان دادند که محدودیت‌های ساختاری نظام سلامت، شیوه‌های حرفه‌ای و تجربه پاسخ‌های درمانی، مسیر کمک‌خواهی و تداوم مراقبت را در ایران شکل می‌دهند. بنابراین، برنامه‌های کاهش انگ باید ارائه‌دهندگان خدمات روانی و غیرروانی را نیز دربر گیرند.

انگ نهادی می‌تواند در خدمات عمومی پزشکی نیز ظاهر شود. مشارکت‌کنندگانی که گزارش کردند پس از ثبت سابقه اضطراب یا افسردگی، شکایت‌های جسمانی آنان جدی گرفته نشده است، تجربه‌ای از «سایه تشخیصی» را توصیف کردند؛ یعنی احتمال آنکه متخصصان نشانه‌های جدید را بدون بررسی کافی به بیماری روانی نسبت دهند. چنین تجربه‌ای اعتماد به کل نظام سلامت را کاهش می‌دهد. آموزش کارکنان درباره ارتباط سلامت جسم و روان، ضرورت ارزیابی جامع، زبان شخص‌محور و تصمیم‌گیری مشترک اهمیت دارد. همچنین طراحی فضای مراکز، نحوه فراخواندن مراجعان، دسترسی کارکنان به پرونده‌ها و توضیح روشن سیاست محرمانگی می‌تواند بر احساس امنیت مراجعه‌کننده اثر بگذارد. ارائه مراقبت محترمانه و مشارکتی نه‌تنها یک استاندارد حرفه‌ای، بلکه مداخله‌ای مستقیم علیه انگ است.

یافته پنجم نشان داد که انگ فرایندی ثابت و تغییرناپذیر نیست. برخی مشارکت‌کنندگان در اثر افزایش دانش، تماس با افراد دارای تجربه مشابه، حمایت خانواده و دریافت درمان مؤثر، معنای کمک‌خواهی را بازسازی کرده بودند. مشاهده بهبودی دیگران، کلیشه درمان‌ناپذیری و ناتوانی را به چالش کشیده و مراجعه را عادی‌تر کرده بود Thornicroft .و همکاران (۲۰۱۶) در مرور شواهد مربوط به مداخلات کاهش انگ نشان دادند که آموزش و به‌ویژه تماس اجتماعی با افراد دارای تجربه زیسته می‌تواند نگرش و رفتار را بهبود دهد. تماس اجتماعی زمانی اثربخش‌تر است که فرد دارای تجربه بیماری تنها به‌عنوان دریافت‌کننده منفعل کمک نمایش داده نشود، بلکه عاملیت، نقش اجتماعی، مسیر بهبودی و توانایی‌های او نیز آشکار باشد. روایت‌های بهبودی باید واقع‌بینانه باشند و بدون وعده‌های غیرعلمی، امکان مدیریت بیماری و برخورداری از زندگی معنادار را نشان دهند.

افزایش سواد سلامت روان در یافته‌های حاضر، توانایی مشارکت‌کنندگان را برای تشخیص نشانه‌ها، انتخاب منبع معتبر و جداکردن بیماری از هویت کلی خود افزایش داده بود. بااین‌حال، آگاهی به‌تنهایی کافی نبود. برخی افراد با وجود شناخت نشانه‌ها، همچنان از پیامدهای اجتماعی افشا نگران بودند. این یافته با دیدگاهی هماهنگ است که کاهش انگ را نیازمند ترکیبی از آموزش، تماس، تغییر ساختار و حمایت قانونی می‌داند، نه صرفاً انتقال اطلاعات .(Corrigan et al., ۲۰۱۴; Henderson et al., ۲۰۱۳) اطلاعات عمومی می‌تواند باورهای نادرست را اصلاح کند، اما تا زمانی که افراد احتمال دهند افشای مشکل به از دست‌دادن شغل، فرصت ازدواج، محرمانگی یا احترام منجر می‌شود، رفتار کمک‌خواهی ممکن است تغییر محدودی داشته باشد.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان دادند که انگ با سایر موانع مانند هزینه، دسترسی و کیفیت خدمات تعامل دارد. هزینه بالا ممکن است فرد را مجبور کند از بیمه استفاده کند، اما ترس از ثبت اطلاعات او را از این کار بازدارد. کمبود مراکز در دسترس می‌تواند مراجعه به مرکزی نزدیک محل زندگی را ضروری سازد، اما ترس از دیده‌شدن مانع مراجعه شود. تجربه نامطلوب با یک متخصص نیز ممکن است در زمینه انگ عمومی به این نتیجه منجر شود که کل خدمات روانی بی‌فایده یا تحقیرآمیزند Yusefi .و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که موانع ادراک‌شده نقش مهمی در پیش‌بینی جست‌وجوی خدمات سلامت روان در بزرگسالان ایرانی دارند. ازاین‌رو، کاهش انگ باید هم‌زمان با افزایش دسترسی، پوشش بیمه‌ای، شفافیت صلاحیت حرفه‌ای و نظارت بر کیفیت خدمات دنبال شود.

در مجموع، مدل مفهومی برآمده از یافته‌ها نشان می‌دهد که فرد پیش از کمک‌خواهی، نوعی ارزیابی اجتماعی انجام می‌دهد: شدت رنج و احتمال سود درمان را در برابر خطر افشا، طرد، شرم و از دست‌دادن کنترل می‌سنجد. اگر خطر اجتماعی ادراک‌شده بیشتر باشد، فرد به

پنهان‌کاری، خوداتکایی یا منابع غیررسمی روی می‌آورد. اگر حمایت یک فرد مورد اعتماد، محرمانگی و دسترسی به خدمت محترمانه فراهم باشد، توازن به نفع کمک‌خواهی حرفه‌ای تغییر می‌کند. پس از مراجعه نیز تجربه خدمت دوباره این ارزیابی را اصلاح می‌کند؛ تجربه مثبت می‌تواند اعتماد و تداوم درمان را افزایش دهد و تجربه انگ‌زننده می‌تواند به قطع یا اجتناب بعدی منجر شود. بنابراین، کمک‌خواهی باید به‌عنوان مسیری تکرارشونده و متأثر از بازخوردهای اجتماعی و درمانی در نظر گرفته شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، ماهیت کیفی و نمونه‌گیری هدفمند امکان تعمیم آماری یافته‌ها به همه ساکنان تهران یا سایر مناطق ایران را فراهم نمی‌کند. دوم، مشارکت‌کنندگان داوطلب ممکن است نسبت به موضوع سلامت روان آگاهی یا آمادگی بیشتری برای بیان تجربه خود داشته باشند و دیدگاه افرادی که به‌شدت از افشا اجتناب می‌کنند، کمتر بازنمایی شده باشد. سوم، داده‌ها بر گزارش گذشته‌نگر افراد استوار بود و احتمال خطای یادآوری یا بازتفسیر تجربه‌های گذشته وجود داشت. چهارم، ناهمگونی مشکلات روان‌شناختی و مسیرهای درمانی، امکان بررسی عمیق تفاوت میان اختلالات خاص را محدود کرد. همچنین، نقل‌قول‌ها و فراوانی‌های نسخه حاضر نمونه‌اند و در اجرای واقعی پژوهش باید مستقیماً از داده‌های خام استخراج و با ردپای تحلیلی مستند شوند.

پژوهش‌های آینده می‌توانند تجربه گروه‌های خاص، از جمله مردان، نوجوانان، سالمندان، کارکنان حرفه‌های حساس، افراد دارای اختلالات شدید روانی و ساکنان مناطق کم‌برخوردار را به‌صورت جداگانه بررسی کنند. مطالعات طولی کیفی می‌توانند تغییر نگرش و رفتار کمک‌خواهی را از زمان آغاز نشانه‌ها تا ورود و ماندگاری در درمان دنبال کنند. ترکیب مصاحبه با مشاهده، دفترچه روزانه یا تحلیل مسیرهای واقعی ارجاع می‌تواند وابستگی به یادآوری گذشته را کاهش دهد. همچنین انجام پژوهش‌های آمیخته برای سنجش فراوانی مقوله‌های شناسایی‌شده، بررسی نقش میانجی انگ درونی‌شده و ارزیابی تفاوت‌های جنسیتی، نسلی و اقتصادی پیشنهاد می‌شود. طراحی و آزمون مداخلات مبتنی بر تماس اجتماعی، آموزش خانواده، محرمانگی دیجیتال و ادغام خدمات روانی در مراقبت اولیه نیز از اولویت‌های مهم پژوهشی است.

در سطح عمل، لازم است برنامه‌های کاهش انگ از پیام‌های کلی آگاهی‌بخش فراتر روند و به نگرانی‌های واقعی افراد درباره افشا، ازدواج، اشتغال، پرونده پزشکی و رفتار ارائه‌دهندگان پاسخ دهند. مراکز سلامت روان باید سیاست محرمانگی را به زبان روشن توضیح دهند، فضای فیزیکی و فرایند پذیرش را به‌گونه‌ای طراحی کنند که هویت مراجعه‌کننده محافظت شود و از زبان شخص‌محور به‌جای برچسب‌زنی استفاده کنند. آموزش پزشکان عمومی، روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پرستاران و کارکنان پذیرش درباره انگ و ارتباط محترمانه ضروری است. ادغام

خدمات سلامت روان در مراکز عمومی، استفاده از مشاوره از راه دور ایمن، پوشش بیمه‌ای مناسب، مشارکت خانواده‌ها و به‌کارگیری روایت‌های واقعی بهبودی می‌تواند مراجعه زودهنگام و تداوم درمان را افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد انگ اجتماعی بیماری‌های روانی از طریق شبکه‌ای از فرایندهای فردی، بین‌فردی، خانوادگی و نهادی بر کمک‌خواهی اثر می‌گذارد. ترس از قضاوت و افشای هویت، افراد را به پنهان‌کردن نشانه‌ها، مراجعه دیرهنگام، استفاده از خدمات دور از محل زندگی و ارائه اطلاعات ناقص سوق می‌دهد. هنگامی که کلیشه‌های اجتماعی درونی می‌شوند، فرد نیاز به درمان را نشانه ضعف یا شکست شخصی می‌بیند و تلاش می‌کند بدون حمایت حرفه‌ای مشکل را کنترل کند. واکنش خانواده نیز می‌تواند مسیر مراجعه را کوتاه یا طولانی سازد؛ خانواده حمایتگر امکان ورود ایمن به درمان را فراهم می‌کند، در حالی که نگرانی افراطی از آبرو می‌تواند به انکار و انتخاب مسیرهای غیرتخصصی منجر شود.

تجربه افراد پس از ورود به خدمات، نقش تعیین‌کننده‌ای در ادامه مراقبت دارد. برخورد تقلیل‌گرایانه، بی‌توجهی به محرمانگی و استفاده آمرانه از تشخیص می‌تواند انگ را بازتولید کند و موجب قطع درمان شود. در مقابل، ارتباط محترمانه، توضیح روشن، تصمیم‌گیری مشترک و حفاظت عملی از اطلاعات شخصی، اعتماد و مشارکت در درمان را افزایش می‌دهد. بنابراین، کاهش انگ نباید تنها مسئولیت افراد دارای بیماری روانی تلقی شود. جامعه، خانواده، رسانه‌ها، سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات در شکل‌گیری یا کاهش آن نقش دارند.

کاهش فاصله میان نیاز به خدمات و استفاده واقعی از آن‌ها مستلزم رویکردی چندسطحی است. ارتقای سواد سلامت روان، عادی‌سازی کمک‌خواهی، برنامه‌های مبتنی بر تماس با افراد دارای تجربه زیسته، آموزش خانواده‌ها، اصلاح عملکرد رسانه‌ها، تضمین محرمانگی، مقابله با تبعیض شغلی و ارائه خدمات دسترس‌پذیر و شخص‌محور باید به‌صورت هماهنگ اجرا شوند. در چنین رویکردی، کمک‌خواهی نه نشانه ناتوانی، بلکه تصمیمی آگاهانه برای حفظ سلامت، عملکرد و کیفیت زندگی شناخته می‌شود.

موازین اخلاقی

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی نشر و اجرای پژوهش رعایت گردیده است.

سپاسگزاری

از همه افرادی که در مسیر این پژوهش ما را باری نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

در این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

Reference List

Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., … Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine, 44*(6), 1303–1317. https://doi.org/10.1017/S0033291713001943

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine, 45*(1), 11–27. https://doi.org/10.1017/S0033291714000129

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614–625. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37–70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health, 13*(6), 537–548. https://doi.org/10.1080/09638230400017004

Ghanean, H., Nojomi, M., & Jacobsson, L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action, 1*(1), 11–17. https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.10

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry, 10*, Article 113. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113

Hajebi, A., Hashemian, S. S., Abolhassani, M., Hajebi, A., Alizadeh, K., Rahnejat, A. M., Khademi, M., & Taghva, A. (2022). Assessing the impact of stigma reduction interventions in Iran: A qualitative study from the perspective of mental health stakeholders. *Frontiers in Public Health, 10*, Article 1027002. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1027002

Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health, 103*(5), 777–780. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Mianji, F., & Kirmayer, L. J. (2023). Help-seeking strategies and treatment experiences among individuals diagnosed with bipolar spectrum disorder in Iran: A qualitative study. *Transcultural Psychiatry, 60*(2), 201–214. https://doi.org/10.1177/13634615221127855

Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 41*(8), 1751–1761. https://doi.org/10.1017/S0033291710002291

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529–539. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*(1), 31–37. https://doi.org/10.1017/S1121189X00002669

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(4), 261–268. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464

Stuart, H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs, 20*(2), 99–106. https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002

Taghva, A., Farsi, Z., Javanmard, Y., Atashi, A., Hajebi, A., & Khademi, M. (2017a). Stigma barriers of mental health in Iran: A qualitative study by stakeholders of mental health. *Iranian Journal of Psychiatry, 12*(3), 163–171.

Taghva, A., Farsi, Z., Javanmard, Y., Atashi, A., Hajebi, A., & Noorbala, A. A. (2017b). Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: Stakeholders' perspectives. *BMC Psychiatry, 17*, Article 17. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1169-y

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet, 387*(10023), 1123–1132. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 325–337. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

Yusefi, A. R., Rahimi, T., Rezaei, F., & Ahmadi Abpardeh, E. (2024). Predictors of seeking mental health services among Iranian middle-aged people based on the health belief model: Evidence from a cross-sectional study in a developing country. *BMC Research Notes, 17*, Article 360. https://doi.org/10.1186/s13104-024-07043-9