



زهرا پزشکی^{##}، دکتر جعفر بوالهری^{##}

بررسی نگرش اهالی چند روستای شمال شهر تهران در زمینه بیماری روانی

Andeeshel
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۶۸

چکیده

در این بررسی نگرش ۱۳٪ از افراد ۱۵ سال به بالای چند روستای شمال شهر تهران (۱۵۱ مرد و ۱۴۹ زن)، واقع در دو منطقه رودبار قصران و گلندوک، در زمینه بیماریهای روانی در سال ۱۳۷۰ سنجیده شد. این پژوهش از نوع پژوهشهای تحلیلی - توصیفی بوده و جهت بررسی روابط موجود بین متغیرهایی چون سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و نگرش آنان نسبت به بیماریهای روانی از آزمونهای آماری توصیفی و X^2 استفاده گردید. بطور کلی نتایج این بررسی نشان داد که آزمودنیها، یک مفهوم منفی و کلیشه‌ای در مورد بیماری روانی نداشتند، زیرا در مجموع ۶۷/۸ درصد از آنها دارای نگرش مثبت بودند. افراد با تحصیلات بالاتر و افراد جوانتر و شاغلین در رده‌های بالاتر، نگرش مثبت‌تری داشتند. در مورد حفظ روابط اجتماعی با بیمار روانی در محیط کار و نگهداری بیمار در منزل نگرش منفی بیشتری مشاهده نشد؛ اما در مواردی چون دوست شدن و به ویژه هم اتاق شدن با بیمار روانی، چندان تمایلی اظهار نگردید. در مجموع بین تمایل به حفظ رابطه اجتماعی و متغیرهای مورد بررسی، رابطه معنی داری وجود نداشت.

روانشناس بالینی و کارشناس ارشد آموزش بهداشت و بهداشت روانی، تهران، ایرانشهر جنوبی، اداره کل مبارزه با بیماریها.
روانپزشک و عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان شریعتی، کوچه جهان، بلاک ۱.

مسئله بیماران روانی با تاریخ وجود انسان همبستگی تام دارد. بر اساس بررسیهای انجام شده ۱٪ از مردم جهان یعنی بیش از ۴۵ میلیون نفر در سنین مختلف از بیماریهای شدید روانی مانند اسکیزوفرنیا و ۱۵-۵ درصد از بیماریهای عصبی - روانی خفیف تر رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۴).

روشن است که خدمات درمانی موجود نمی‌تواند به تنهایی در حل مسئله‌ای چنین گسترده تأثیر داشته باشد. در سال ۱۹۷۴ کمیته متخصصین بهداشت روانی سازمان جهانی بهداشت گزارش دادند که ۹۰٪ از بیماران روانی در کشورهای جهان سوم هیچ‌گونه درمانی دریافت نمی‌کنند (سمتز^(۱)، ۱۹۸۲) و جهت سازماندهی خدمات بهداشت روانی در کشورهای در حال توسعه، پیشنهادهای ارائه نمودند. سیاست عدم تمرکز در خدمات بهداشت روانی، ادغام مراقبتهای اولیه بهداشت روانی در مراقبتهای اولیه بهداشتی، ارائه این خدمات به وسیله کارکنان بهداشت عمومی، جمع‌آوری اطلاعات و پژوهش، آموزش بهداشت روانی، ترویج و توسعه مشارکت فعال مردم با تغییر عمده در نگرش جامعه (مک‌چی^(۲)، ۱۹۵۹) از جمله این پیشنهادات می‌باشد. بنابراین، نگرش مردم ارتباط بسیاری با مشارکت فعال آنان خواهد داشت. هر چند که اطلاعات همیشه منجر به تغییر نگرش نمی‌شود ولی تغییر نگرش بدون دخالت اطلاعات بعید است. پایه و برنامه صحیح آموزش نیز سنجش آگاهیها و نگرش جمعیت هدف و تعیین عناصر مؤثر در فرآیند آموزش می‌باشد.

البته بررسی چگونگی نگرش و تغییر آن نسبت به بیماران روانی مورد توجه بسیاری از محققان بوده است که در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌شود. در زمینه چگونگی نگرش مردم نسبت به بیماران روانی، پژوهشی توسط

نونالی^(۳) از سال ۱۹۵۴ به مدت ۵ سال انجام شد که نشان داد نگرش مردم در این زمینه منفی است. در این بررسی با تجزیه و تحلیل پیامهای وسایل ارتباط جمعی در طول یک هفته بر تصورات قالبی عوام در مورد خطرناک بودن بیماران روانی و عدم پیش بینی واکنشهای آنان از طریق وسایل ارتباط جمعی تأکید شد.

در پژوهش دیگری که فریمن^(۴) و سیمونز^(۵) در سال ۱۹۵۹، انجام دادند، میزان احساس شرمندگی ۷۰۲ نفر از اقوام بیماران روانی بستری شده در بیمارستان را سنجیدند. نتایج نشان داد که نسبت کمی از گروه مورد بررسی از داشتن بیمار روانی در خانه احساس شرمندگی می‌کردند و چنین احساسی با درجه رفتار عجیب و غریب بیمار، طبقه اجتماعی پاسخگو و خصوصیات شخصیت آنها ارتباط داشت.

بررسی نگرش اهالی یک منطقه واشنگتن توسط دورنوند^(۶) در سال ۱۹۶۶ نشان داد که ۷۲ درصد مایل بودند بیماران روانی را به عنوان دوست بپذیرند و ۶۲ درصد حاضر بودند آنها را برای کار اجیر کرده و ۵۴ درصد به آنها اتاق اجاره دهند. بررسی دیگری توسط کروستی^(۷)، اسپيرو^(۸) و سیاسی در سال ۱۹۷۴ زیر عنوان بررسی بالتیمور انجام یافت، پاسخها نشان داد که ۵۷ درصد با بستری کردن تمام بیماران در بیمارستان روانی و ۷۷ درصد با نگهداری آنها در بخشهای قفل شده مخالف بودند. ۷۴ درصد افراد تمام بیماران را خطرناک نمی‌دیدند و برای ۶۲ درصد کشیدن دیوار و نرده‌های بلند دور بیمارستان‌های روانی قابل قبول نبود. ۸۱ درصد مایل به

1-Semts

3-Nunnally

5-Simons

7-Crocetti

2-McChie

4-Freeman

6-Dohrenwend

8-Spiro

اساساً بیماران روانی را غیر قابل
درمان تلقی می‌کنند. بر پایه
این تصورات مردم
می‌خواهند از بیماران روانی
فاصله بگیرند.

مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و ۱۴ خانه بهداشت وجود داشت که در آن همه خانوارهای منطقه مورد بررسی دارای پرونده بهداشتی بودند. ابتدا به طور تصادفی ۵ روستای دارای خانه بهداشت انتخاب شد و با استخراج اسامی و آدرس افراد ۱۵ سال به بالا از پرونده‌های بهداشتی موجود در خانه‌های بهداشت، ۱۳٪ از افراد مورد نظر، با روش تصادفی، سیستماتیک انتخاب گردیدند. تعداد کل نمونه‌های مورد بررسی ۳۰۰ نفر و شامل ۱۴۹ نفر زن و ۱۵۱ نفر مرد بودند. در این پژوهش اطلاعات توسط پرسشنامه همراه با مصاحبه گردآوری شد.

برای اعتباریابی پرسشنامه، روش اعتبار محتوا به کار برده شد. این پرسشنامه شامل ۹ سؤال باز و ۲۴ سؤال بسته با گزینه‌های بلی، خیر و نمی‌دانم بود. ۱۷ سؤال پرسشنامه در رابطه با تعیین نوع نگرش آزمودنیها تحت عنوانهای نگرش منفی کلیشه‌ای و حفظ روابط اجتماعی بود. برخی از پرسشها نگرش افراد را نسبت به بیماریهای روانی می‌سنجید. مدت زمان پاسخگویی به هر پرسشنامه حدود ۳۰ دقیقه در نظر گرفته شده بود. به منظور انجام پژوهش راهنما، ۳۰ تن از اهالی دو روستای مورد بررسی، مورد مصاحبه قرار گرفتند. در تحلیل یافته‌ها از توزیع فراوانی و فراوانی نسبی، بررسی میانگین‌ها و آزمون آماری X² استفاده شده است.

همکاری و ۵۰ درصد تمایل به زندگی با آنها در یک اطاق داشتند (کروستی، اسپيرو، ۱۹۸۲).

در سال ۱۹۷۶، هنر با کمک سازمان جهانی بهداشت پژوهشی را در این مورد انجام داد. نتایج نشان داد که ۷۹ درصد افراد، گناهان زمان حاضر و گذشته و ۶۸ درصد سحر و جادو و جن زدگی را عامل بیماری تلقی می‌کرده‌اند؛ ۳۷ درصد بیماریهای روانی را غیر قابل درمان دانسته‌اند و ۵۹ درصد ازدواج را راه حلی برای درمان تشخیص داده‌اند (موهان، ۱۹۸۷). در پژوهش مشابهی که در سال ۱۹۸۵ در پاکستان صورت گرفت، بیشترین درصد افراد این نگرش را داشتند که بیماری روانی در نتیجه تنبیه الهی بوده، غیر قابل درمان است و اگر معالجه آن ممکن باشد، خیلی گران تمام می‌شود (مبشر، ۱۹۸۶). در همین رابطه بررسی کوچکی بر روی ۵۰ نفر دانشجوی سال آخر پرستاری در سال ۱۳۵۹ صورت گرفت. نتایج نشان داد که ۵۵ درصد آنها نسبت به بیماران روانی نگرش منفی و تعصب آمیز نداشتند و کمتر از ۵۰ درصد پاسخگویان مایل به حفظ ارتباط اجتماعی با بیماران بودند. (پیشگاه، ۱۳۶۷، گلاب، ۱۳۵۹).

در این بررسی که در سال ۱۳۶۹ و ۱۳۷۰ صورت گرفت سعی شده است نگرش اهالی چند روستای شمال شهر تهران در زمینه بیماری روانی و رابطه آن با متغیرهای جنسیت، سن، سطح تحصیلات، شغل و سطح تحصیلات پدر سنجیده شود. در کنار این هدف مهم، توانایی افراد در شناخت بیماریهای روانی و عقاید آنها در زمینه علل، درمان و پیشگیری از بیماری روانی بررسی شد که در این مقاله به آن اشاره نمی‌شود.

روش

آزمودنیها: جمعیت عمومی منطقه مورد مطالعه در این بررسی را ۹۹۳۱ نفر از اهالی ۵ روستای بخشهای گلندوک و رودبار قصران واقع در ۲۰ کیلومتری شمال شمیرانات تشکیل می‌دادند. در این دو منطقه رویهمرفته ۲

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در مورد نگرش کل افراد در جدولهای ۱ تا ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی نگرش منفی کلیشه‌ای افراد مورد بررسی در مورد بیماریهای روانی.

نامی دانم	خیر		بله		پاسخ سوال	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲/۷	۸	۹۲/۳	۲۷۷	۵	۱۵	به نظر شما بیماران روانی یک جور هستند؟
۳/۳	۱۰	۶۳/۷	۱۹۱	۳۳	۹۹	به نظر شما تمام کسانی که بیماری روانی دارند باید در بیمارستان بستری شوند؟
۲/۳	۷	۸۸/۴	۲۶۵	۹/۳	۲۸	به نظر شما تمام کسانی که بیماری روانی دارند خطرناکند؟
۰/۷	۲	۸۷/۳	۲۶۲	۱۲	۳۶	به نظر شما بهترین جا برای نگهداری بیماران روانی در اتاقهای قفل شده در بیمارستان است؟
۳/۷	۱۱	۳۵/۳	۱۰۶	۶۱	۱۸۳	به نظر شما دور بیمارستانهای روانی باید دیوار و نرده‌های بلند باشد؟
۶	۱۸	۳۹/۷	۱۱۹	۵۴/۳	۱۶۳	به نظر شما بیماران روانی بیش از دیگران مرتکب جرم و جنایت می‌شوند؟
۳/۱	۵۶	۶۷/۸	۱۲۲۰	۲۹/۱	۵۲۴	جمع/ میانگین درصدها

Andeeshbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۷۱

جدول ۲- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی افراد مورد بررسی و دیدگاه آنان در مورد حفظ روابط اجتماعی با بیمار روانی

نامی دانم	خیر		بله		پاسخ سوال	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲/۳	۷	۲۱	۶۳	۷۶/۷	۲۳	اگر یکی از افراد فامیل شما بیمار روانی شود و دکتر بگوید خطری ندارد آیا از او در منزل نگهداری می‌کنید؟
۲/۶	۸	۴۷/۷	۱۴۳	۴۹/۷	۱۴۹	آیا حاضرید کسی که بیماری روانی دارد در خانه یا محل کار با شما کار کند؟
۲	۶	۳۷	۱۱۱	۶۱	۱۸۳	آیا حاضرید با کسی که بیماری روانی دارد دوست صمیمی شوید؟
۲/۳	۷	۶۷/۷	۲۰۳	۳۰	۹۰	حاضرید با کسی که قبلاً در بیمارستان روانی بستری بوده و خطری ندارد در یکجا زندگی کنید؟
۲/۴	۲۸	۴۳/۳	۵۲۰	۵۴/۳	۶۵۲	جمع/ میانگین درصدها

جدول ۳- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی برخی جنبه‌های نگرش در افراد مورد بررسی

نامی دانم	خیر		بله		پاسخ سؤال	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
-	-	۴۱	۱۲۳	۵۹	۱۷۷	اگر یکی از افراد فامیل شما بیمار روانی شود، درباره او با دوستانتان صحبت خواهید کرد؟
۱/۷	۵	۸۰	۲۴۰	۱۸/۳	۵۵	بنظر شما با همنشینی و صحبت با بیمار روانی ما هم بیمار روانی می‌شویم؟
۳/۳	۱۰	۸	۲۴	۸۸/۷	۲۶۶	به نظر شما بهترین و مؤثرترین کار برای درمان بیماران روانی بردن آنها به جاهای خوش آب و هواست؟
۷/۳	۲۲۰	۶۳/۷	۱۹۱	۲۹	۸۷	به نظر شما فقط خوردن غذای مقوی برای معالجه بیماران روانی کافیت؟
۴	۱۲	۲۹	۸۷	۶۷	۲۰۱	به نظر شما استراحت کامل برای معالجه بیماران روانی لازم است؟
۲	۶	۸۰/۷	۲۴۳	۱۷/۳	۵۲	اگر یک بیمار روانی چند بار به بچه شما حمله کند آیا او را تنبیه می‌کنید تا دیگر این کار را نکند؟

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۷۲

برافروختگی و عصبانیت بیمار روانی ترس داشته و اساساً بیمار روانی را غیر قابل درمان تلقی می‌کنند. بر پایه این تصورات مردم می‌خواهند از بیماران روانی فاصله بگیرند، بیمارستان روانی را به عنوان زندان می‌نگرند و با مراقبت از آنها در منزل مخالف‌اند. با توجه به نتایج بدست آمده، به نظر می‌رسد که مردم منطقه مورد بررسی، یک مفهوم منفی کلیشه‌ای در مورد بیماری روانی ندارند، اما هنوز ترس از بیماری روانی در آنان کاملاً مشهود است. نتیجه آزمون X^2 نیز نشان می‌دهد کسانی که تمام بیماران روانی را خطرناک می‌دانستند، تأکید بیشتری بر احتمال ارتکاب جرم از سوی آنها و لزوم کشیدن حصار در اطراف بیمارستان روانی داشتند. تجزیه و تحلیل آماری نتایج بدست آمده نشان دهنده آن است که زنان در تمام زمینه‌ها نگرش مثبت‌تری نسبت به بیماران روانی داشتند تا مردان و این

در پاسخ به این پرسش که اگر بیمار روانی را مسخره کنیم، متوجه می‌شود یا خیر، ۱۹۴ نفر (۶۴/۷ درصد) پاسخ مثبت دادند؛ ۳۰ نفر (۱۰ درصد) پاسخ منفی دادند و ۱۲ نفر (۴ درصد) اظهار بی‌اطلاعی نمودند. ۶۴ نفر (۲۱/۳ درصد) اظهار نمودند که گروهی از بیماران روانی می‌توانند متوجه شوند و گروهی دیگر متوجه نمی‌شوند.

بحث در نتایج

یکی از موضوعات مهم بررسی حاضر تعیین نوع نگرش افراد بود که تحت عناوین نگرش منفی کلیشه‌ای، حفظ روابط اجتماعی و بررسی برخی جنبه‌های نگرشی در زمینه بیماری روانی مورد توجه قرار گرفت. تصور منفی کلیشه‌ای به معنی آن است که مردم بیماری‌های روانی را به معنی وجود خطر در بیماران روانی می‌دانند، از

تفاوت در سؤال ۲ و ۶ معنی دار بود.

در این مورد کرایزمن^(۱) می نویسد، در برخورد با بیمار روانی زنها ملایم تر از مردان می باشند و نسبت به بیماری روانی نگرش مثبت تری دارند (کرایزمن، ۱۹۷۴). سن و سواد نیز از عوامل تعیین کننده در تفاوت نگرش بود. به این معنا که با افزایش سواد و کاهش سن نگرش مثبت تر شده است. در مجموع افراد ۲۵-۳۵ ساله از نگرش مثبت تری برخوردار بودند. بر اساس آزمون X^2 بجز سؤال اول در مورد سایر سئوالات تفاوت معنی دار بود. در رابطه با شغل، کارمندان و دانش آموزان و پس از آن کارگران فنی از نگرش مثبت تری برخوردار بودند. نگرش کشاورزان نیز اندکی مثبت تر از کارگران غیر فنی بود. از نظر آماری اختلاف پاسخ در سؤال ۲ و ۶ معنی دار بود.

به نظر می رسد هر چه معلومات خانواده بیشتر باشد، دید بهتری نسبت به بیماری روانی دارند. بررسیهای اسمتز^(۲) نشان می دهد که هر چه خانواده ها دارای تحصیلات بالاتری باشند، نگرش مثبت تری نسبت به بیماری روانی دارند (اسمتز، ۱۹۸۲). در این بررسی نیز خصوصاً تفاوتی در افراد با پدر بیسواد و پدر دارای تحصیلات دبیرستان به بالا مشاهده می شود اما اختلاف معنی دار نیست. نکته دیگر مورد سنجش در این بررسی، تمایل افراد به حفظ روابط اجتماعی است. بطور کلی در زمینه ارتباطهایی چون همکاری شدن با بیماران روانی و نگهداری از آنان در خانه نگرشی چندان منفی وجود نداشته است. اما در روابطی چون دوست شدن به ویژه هم اطاق شدن با آنها، نگرش بسیار منفی بوده است. بیشتر پاسخهای مثبت به ویژه پاسخهای زنان، مشروط به خطرناک نبودن بیماران روانی است. نگرش منفی زنان نسبت به بیماران روانی ملایمتر از مردان بوده است، اما نه تا آن اندازه که تفاوت موجود در آزمون آماری X^2 معنی دار باشد. تفاوت در پاسخهای دو گروه بی سواد و افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر در مورد دوستی، همکاری و هم

این یافته ها نشان دهنده وجود احساس شرم و سرشکستگی از داشتن بیمار روانی در خانواده است.

اتاق شدن با بیماران روانی، از نظر آماری معنی دار بوده است. به بیان دیگر افراد با تحصیلات بالا نگرش مثبت تری نسبت به بیماران روانی داشته اند. در ارتباط با سن، مک چی معتقد است که افراد جوان با دید بهتری به بیماران روانی نگاه می کنند. در حالیکه افراد مسن بیماران روانی را از خود می رانند (کروستی، اسپيرو و سیاسی، ۱۹۷۴). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که افراد مسن تر میل به حفظ روابط اجتماعی با بیماران روانی دارند. نتیجه آزمون X^2 بین دو گروه سنی ۳۵-۴۴ ساله و ۶۵ ساله به بالا که در مجموع بیشترین تفاوت را با یکدیگر داشتند، نشان داد که گروه جوانتر تمایل بیشتری به همکاری و دوستی با بیماران روانی دارند. نگرش افراد دارای مشاغل مختلف نسبت به بیماریهای روانی، تفاوت معنی دار نداشته است. در رابطه با سواد پدر، پاسخ کسانی که تحصیلات پدرشان در حد دبیرستان بوده است، با کسانی که پدران بی سواد داشته اند تنها در زمینه همکاری با بیماران روانی معنی دار بوده است. بنابراین، همان گونه که بیان شد، نگرش منفی نسبت به بیماران روانی تا حدود زیادی تحت تأثیر متغیرهایی چون سن، جنسیت، میزان سواد و پیشه افراد، شکل می گیرد.

آخرین بخش پرسشنامه به سنجش برخی جنبه های نگرشی اختصاص داشته است. یافته های این بخش نشان داد، ۴۱ درصد افراد اظهار نموده اند که

مشکلات روانی احتمالی یکی از افراد خانواده خود را حتی از دوستانشان نیز پنهان می‌کنند. دیگران نیز به صرف اطمینان از دریافت راهنمایی از مخاطب خود موضوع را مطرح می‌کردند. این یافته‌ها نشان دهنده وجود احساس شرم و سرشکستگی از داشتن بیمار روانی در خانواده است. با افزایش سن افراد، راجع به مشکلات روانی افراد خانواده بیشتر صحبت و مشورت می‌کنند. در مورد تأثیر غذای مقوی در بهبود بیماران روانی، افراد با سوادتر و جوانتر، بطور معنی داری، بیش از افراد بی‌سواد و مسن اظهار مخالفت نموده، و از نگرش مثبت‌تری برخوردار بوده‌اند. مقایسه دو جنس نشان می‌دهد که بجز مورد اول، یعنی گفتگو با دوستان درباره داشتن بیمار روانی در خانواده، در سایر موارد، زنان از نگرش بهتری برخوردار بودند، اما اختلاف در حد معنی‌دار نبود.

شغل مردان نیز تأثیری در نگرش آنان در رابطه با سئوالات جدول ۳ نداشته است.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، که جز در مورد تأثیر آب و هوا و استراحت کامل در درمان بیماران و چند موضوع کم اهمیت‌تر دیگر که درصد پاسخهای مناسب در حد پایین می‌باشد و این امر خود می‌تواند اقدامات درمانی را تحت تأثیر قرار دهد، در

منابع

پیشگاه گیلانی، طاهره (۱۳۶۷). بررسی نگرش همسران بیماران روانی در مورد بیماری روانی در بیمارستانهای روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی.

گلاب، رقیه؛ خانزاده، علی اکبر (۱۳۵۹). بررسی و سنجش تأثیر آموزش روانی در نگرش دانشجویان پرستاری. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

مورد سایر سئوالات، ۵۹ تا ۸۱ درصد پاسخ مناسب داده‌اند، و به این ترتیب از نگرش تقریباً مثبتی برخوردار بوده‌اند.

پیشنهادات

در این بررسی یک بعد نگرش که جنبه رفتاری آن است، چندان مورد توجه قرار نگرفته و مناسب است که این جنبه از نگرش در زمینه بیماری روانی از راههای گوناگون مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای انجام این پژوهش پرسشنامه‌ای استاندارد و منطبق با ویژگیهای فرهنگی جامعه تهیه گردد تا با انجام پژوهشهای مشابه در نقاط مختلف کشور و جمعیت متفاوت‌تر و بیشتر بتوان در جهت تعمیم یافته‌ها اعتماد بیشتری پیدانمود.

سپاسگزاری

در پایان لازم است از راهنمائیهای ارزشمند سرکار خانم دکتر فرشته مجلسی و جناب آقای دکتر بیژن گیلانی و جناب آقای دکتر محمد نقی براهنی که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری گردد. همچنین از همکاری بهورزان خانهای بهداشت و اهالی خوب روستاهای دو منطقه گلندوک و رودبار قصران که بدون برخورداری از کمکهای بی‌دریغ ایشان، انجام این بررسی ممکن نمی‌گردید.

Crocetti, G. M., Spiro, H. R., Siassi, I. (1974).

Contemporary attitude toward mental illness.

Eisenberg, L. (1987). Prevention of mental, neurological and psychological disorders. *World Health Forum*, Vol. 8, 245-254.

Kreisman, D., Joy, V. (1974). Family response to the mental illness of relative. A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 10.

McChie, (1959). *Psychology as applied to nursing*. Livingstone Ltd. Co.

Mohan, K.I.(1987). *Collaborative study on sever mental morbidity*. New Delhi: Indian Council of Medical Research.

Mubbasher, M. H., Malik, S. H., Ressel, Z., et al. (1986). Community - based mental health care programme. Report of an experiment in Pakistan. *EMR Health Services Journal*, No. 1.

Smets, A. C. (1982). Family and staff attitudes toward family involvement in the treatment of hospitalized chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 33.

Wankiri, V. B. (1984). Mental health and psychiatric nursing in Africa, *World Health Forum*, Vol. 5, No. 1.

WHO (1984). Technical report services of mental health care in developing countries. Geneva: WHO.



از کتاب قانون*

علامتهایی که باز نمای حالات مغزند

می‌گوییم که مدرک‌هایی که چگونگی حالت مغز را نشان می‌دهند عبارتند از:

- ۱- کنشهای حسی
 - ۲- کنشهای سیاسی، منظورم از کنش سیاسی یادآوری، تفکر، تصور، وهم و پندار است.
 - ۳- کنشهای جنبشی، که عبارت از کنش نیروی حرکت دهنده به وسیله ماهیچه‌هاست.
 - ۴- چگونگی زائده‌هایی که مغز آنها را تخلیه می‌کند. هیأت آنها، رنگ آنها، مزه آنها (تندی، شوری، تلخ مزگی، بی مزگی و ...).
- ... فقراتی که تا بحال ذکر شد، دیدنی و حس کردنی هستند و در حین معاینه حالت مغز را آشکار نشان می‌دهند. حالتهایی دیگر نیز هست که هنوز آشکار نشده‌اند و زیر پرده دست اندرکارند که بعداً کنش آنها در مغز پدیدار می‌شود. مثلاً غم و اندوه و دوری گزینی زیاد از مردم از مالیخولیا یا صرع خبر می‌دهد که در شرف تکوین است یا به این زودیها پیدا می‌شود. بر خشم آمدن بدون سبب، صرع یا مالیخولیای گرم یا بیماری "مانیا" به دنبال دارد. خنده‌های بدون سبب آژیر تباه شدن عقل و سستی مغز است.

* شیخ الرئیس ابوعلی سینا، قانون در طب، ترجمه عبدالرحمن شرفکندی (هه ژار) کتاب سوم، انتشارات سروش، ۱۳۷۰،