

شناسایی ابعاد روان اجتماعی فرایند انگ‌زایی در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۱۱/۰۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش شناسایی ابعاد روان اجتماعی فرایند انگ‌زایی در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی با تأکید بر تجربه زیسته آن‌ها بود. این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد تحلیل مضمون انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۸ زن مبتلا به اختلالات اضطرابی که به صورت هدفمند از مراکز درمانی و مشاوره‌ای شهر تهران انتخاب شده بودند، گردآوری گردید. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار NVivo و تکنیک کدگذاری سه‌مرحله‌ای استفاده شد. یافته‌های پژوهش سه مقوله اصلی را آشکار ساخت: (۱) تجربه زیسته انگ‌زایی شامل احساس طرد اجتماعی، شرم و خودسرزنشگری، برچسب‌گذاری و پیامدهای عاطفی؛ (۲) سازوکارهای مقابله با انگ‌زایی مانند پنهان‌کاری، جستجوی حمایت اجتماعی، بازتعریف هویت و معنابخشی به تجربه؛ و (۳) پیامدهای روان اجتماعی انگ‌زایی شامل انزوای اجتماعی، آسیب به تصویر ذهنی، موانع اشتغال و کاهش کیفیت زندگی. نقل‌قول‌های مستقیم از مشارکت‌کنندگان، ابعاد چندلایه و پیچیده انگ‌زایی را تأیید می‌کند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که انگ‌زایی، تأثیرات منفی عمیقی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی دارد و به انزوا، کاهش عزت نفس و افت کیفیت زندگی می‌انجامد. تدوین مداخلات چندسطحی با رویکرد حساس به جنسیت و فرهنگ برای کاهش آثار مخرب انگ‌زایی، یک ضرورت بالینی و اجتماعی است.

کلیدواژه‌گان: انگ‌زایی، اختلالات اضطرابی، زنان، ابعاد روان اجتماعی، مطالعه کیفی

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

فاطمه سادات جوادی^۱، الهه حسن زاده^{۲*}

۱. گروه تعلیم و تربیت اسلامی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۲. گروه تکنولوژی آموزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

elaheh73.hsnzdh@gmail.com

شیوه استناددهی: جوادی، فاطمه سادات، و حسن‌زاده، الهه. (۱۴۰۳). شناسایی ابعاد روان اجتماعی فرایند انگ‌زایی در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی، معنا. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲(۱)، ۸-۱.

Identifying the Psychosocial Dimensions of the Stigmatization Process in Women with Anxiety Disorders

Submit Date: 2024-01-25

Revise Date: 2024-02-23

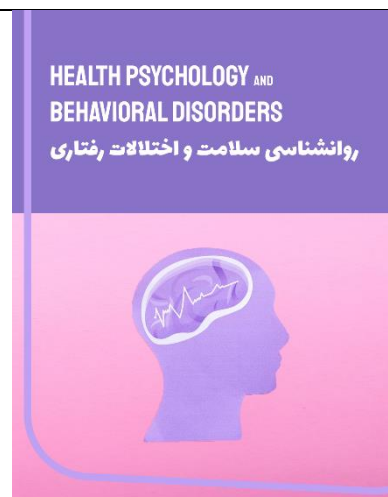
Accept Date: 2024-03-01

Publish Date: 2024-03-20

Abstract

This study aimed to identify the psychosocial dimensions of the stigmatization process in women with anxiety disorders, emphasizing their lived experiences. This qualitative study employed a thematic analysis approach. Data were collected through semi-structured interviews with 28 women diagnosed with anxiety disorders, purposively sampled from mental health and counseling centers in Tehran. Interviews continued until theoretical saturation was achieved, and data analysis was conducted using NVivo software and a three-stage coding process. The findings revealed three main themes: (1) Lived experience of stigmatization, including social rejection, shame and self-blame, labeling, and emotional consequences; (2) Coping mechanisms with stigma, such as concealment, seeking social support, identity redefinition, and meaning-making; and (3) Psychosocial consequences of stigmatization, including social isolation, damaged self-image, employment barriers, and decreased quality of life. Direct quotations from participants underscored the multilayered and complex nature of stigmatization. The results indicate that stigmatization profoundly affects the mental health and social functioning of women with anxiety disorders, leading to isolation, diminished self-esteem, and reduced quality of life. Designing multi-level interventions sensitive to gender and cultural context is an urgent clinical and social necessity to mitigate the negative impact of stigmatization.

Keywords: *Stigmatization, anxiety disorders, women, psychosocial dimensions, qualitative study*

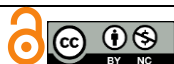
Fatemeh Sadat Javadi¹, Elaheh Hasanzadeh^{2*}

1. Department of Islamic Education, Alzahra University, Tehran, Iran

2. Department of Educational Technology, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: elaheh73.hsnzdh@gmail.com

How to cite: Javadi, F. S., & Hasanzadeh, E. (2024). Identifying the Psychosocial Dimensions of the Stigmatization Process in Women with Anxiety Disorders. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(1), 1-8.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در سراسر جهان به شمار می‌روند و طیف وسیعی از زنان را در سنین مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)، اختلالات اضطرابی سهم قابل توجهی از بار بیماری‌های روانی در سطح جهانی را به خود اختصاص داده‌اند و شیوع آن‌ها در زنان تقریباً دو برابر مردان برآورد می‌شود (World Health Organization, 2017). مطالعات نشان داده‌اند که زنان، به دلیل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی، نسبت به مردان آسیب‌پذیری بیشتری در برابر اختلالات اضطرابی دارند و اغلب با پیامدهای روانی و اجتماعی پیچیده‌تری مواجه می‌شوند (McLean et al., 2011; Remes et al., 2016).

انگ‌زایی یا استیگما (Stigma) به عنوان پدیده‌ای اجتماعی-فرهنگی، به برچسب‌زنی منفی و طرد اجتماعی افرادی اشاره دارد که دارای شرایط سلامت روانی، به ویژه اختلالات اضطرابی، هستند (Hatzenbuehler et al., 2013). این فرایند در بسیاری از جوامع، به ویژه در فرهنگ‌های سنتی، با شدت بیشتری مشاهده می‌شود و اغلب به دلیل کمبود آگاهی عمومی، باورهای نادرست و ترس از ناشناخته‌ها نسبت به بیماری‌های روانی رخ می‌دهد (Corrigan & Watson, 2002). زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی علاوه بر تجربه نشانه‌های خود اختلال، با چالش‌های ثانویه‌ای مانند انگ اجتماعی، خودانگاری و پیامدهای ناشی از طرد و تبعیض اجتماعی مواجه هستند (Rusch et al., 2005).

فرایند انگ‌زایی می‌تواند بر کیفیت زندگی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و حتی فرآیند درمانی افراد تأثیرات منفی قابل توجهی داشته باشد. بر اساس مدل سه‌سطحی انگ‌زایی، این پدیده می‌تواند در سطح درونی (internalized stigma)، بین‌فردی (enacted stigma) و ساختاری (structural stigma) نمود یابد و هر سطح از انگ‌زایی آثار خاص خود را بر فرد تحمیل می‌کند (Link & Phelan, 2001). در سطح درونی، فرد دچار خودسرزنشگری، شرم و کاهش اعتماد به نفس می‌شود و حتی ممکن است درمان را رها کند یا از افشای مشکل خود نزد اطرافیان اجتناب ورزد (Corrigan et al., 2009). در سطح بین‌فردی، روابط خانوادگی و اجتماعی تحت تأثیر نگاه‌های قضاوت‌آمیز و رفتارهای طردکننده قرار می‌گیرد (Livingston & Boyd, 2010). در سطح ساختاری نیز، سیاست‌ها و مقررات اجتماعی می‌توانند با تبعیض‌های نهادی و نبود حمایت کافی، تجربه انگ را تشدید نمایند (Thornicroft et al., 2007).

مطالعات متعددی به بررسی تأثیر انگ‌زایی بر زنان دارای اختلالات روانی پرداخته‌اند و نتایج حاکی از آن است که تجربه انگ می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی، کاهش عزت نفس، تعمیق اختلال و محدودیت‌های شغلی و تحصیلی در این گروه شود (Vogel et al., 2017; Evans-). Lacko et al., 2014). همچنین، شواهد نشان می‌دهد که زنان به دلیل ویژگی‌های نقش‌های اجتماعی و انتظارات فرهنگی، بیش از مردان در معرض برچسب‌زنی و سرزنش قرار دارند (Rafique et al., 2022). این امر می‌تواند موجب تشدید احساس شرم، نگرانی از افشای مشکل، و اجتناب از جستجوی کمک حرفه‌ای گردد (Clement et al., 2015).

ابعاد روان‌اجتماعی فرایند انگ‌زایی را می‌توان در بسترهای مختلفی مورد مطالعه قرار داد. در بعد فردی، پیامدهای روانی همچون اضطراب مضاعف، افسردگی، خودپنداره منفی و کاهش خودکارآمدی مشاهده می‌شود (Corrigan & Rao, 2012). از منظر اجتماعی، روابط خانوادگی و دوستانه، مشارکت اجتماعی و حتی شانس ازدواج و اشتغال تحت تأثیر انگ قرار می‌گیرد (Thoits, 2011). افزون بر این، انگ‌زایی می‌تواند سازوکارهای مقابله‌ای متعددی را در افراد فعال کند؛ برخی به پنهان‌کاری و انزوا روی می‌آورند و برخی تلاش می‌کنند با بازتعریف هویت فردی، آموزش به دیگران یا جستجوی حمایت اجتماعی، از شدت پیامدها بکاهند (Schulze & Angermeyer, 2003).

مطالعات کیفی انجام‌شده در ایران و سایر کشورهای مشابه، نشان می‌دهد که تجربه انگ در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی با تنش‌های خاص فرهنگی و اجتماعی گره خورده است. در جامعه ایران، با توجه به ارزش‌های سنتی و نگاه منفی به بیماری‌های روانی، زنان اغلب دچار ترس از طرد خانوادگی، نگرانی بابت آینده روابط و دغدغه در مورد ازدواج می‌شوند (Yazdani et al., 2021). علاوه بر این، نبود حمایت کافی از سوی نهادهای اجتماعی و درمانی و ضعف آگاهی عمومی نسبت به ماهیت اختلالات اضطرابی، زمینه را برای تشدید تجربه انگ‌زایی فراهم می‌کند (Shahab et al., 2020).

در بررسی پیامدهای روان اجتماعی انگ‌زایی، باید به ابعاد مختلف آن توجه داشت. انزوای اجتماعی، کاهش مشارکت در فعالیت‌های جمعی، آسیب به تصویر ذهنی، موانع تحصیل و اشتغال، بروز مشکلات خانوادگی و محدودیت در ازدواج و روابط عاطفی، تنها بخشی از پیامدهای شناسایی شده هستند (Stuart et al., 2014; Griffiths et al., 2008). همچنین، این پدیده می‌تواند به تشدید نشانه‌های اضطرابی و حتی ایجاد اختلالات همراه مانند افسردگی منجر شود (Byrne, 2000).

با توجه به پیچیدگی و چندلایه بودن فرایند انگ‌زایی، پژوهش در این زمینه مستلزم رویکردی کیفی و عمقی است تا تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌طور جامع واکاوی شود (Smith et al., 2009). فهم ابعاد روان اجتماعی فرایند انگ‌زایی می‌تواند در تدوین راهبردهای مداخله‌ای، توانمندسازی زنان و افزایش حساسیت اجتماعی نسبت به این پدیده نقشی کلیدی ایفا کند (Corrigan et al., 2012). بنابراین، هدف پژوهش حاضر، شناسایی و تحلیل ابعاد روان اجتماعی فرایند انگ‌زایی در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی است تا بر مبنای داده‌های کیفی و تجربه زیسته شرکت‌کنندگان، زمینه‌ای برای مداخلات بالینی و اجتماعی مؤثر فراهم گردد.

روش‌شناسی

این مطالعه با رویکرد کیفی و با هدف شناسایی ابعاد روان اجتماعی فرایند انگ‌زایی در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۸ زن مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند از میان مراجعان مراکز درمانی و مشاوره‌ای شهر تهران انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش شامل تشخیص بالینی اختلال اضطرابی توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس و تمایل به شرکت در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. معیار خروج نیز شامل ابتلا به سایر اختلالات شدید روان‌پزشکی (مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی نوع یک) و ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی مؤثر بود.

داده‌ها به‌وسیله مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. سؤالات مصاحبه با محوریت تجربه زیسته زنان از فرایند انگ‌زایی، مواجهه با واکنش‌های اجتماعی، پیامدهای روانی و اجتماعی انگ و راهبردهای مقابله‌ای طراحی گردید. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید. با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، تمامی مصاحبه‌ها ضبط و پس از اتمام، به‌صورت واژه به واژه پیاده‌سازی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون و با کمک نرم‌افزار NVivo انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها طی مراحل کدگذاری اولیه، استخراج مضامین فرعی و سپس شناسایی مضامین اصلی مورد بررسی قرار گرفت. جهت افزایش اعتبار و روایی داده‌ها، از تکنیک‌های بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان (member check) و تطبیق‌پذیری پژوهشگران (peer debriefing) بهره‌گیری شد. همچنین، یادداشت‌های میدانی و بازتاب‌های پژوهشگر به‌منظور غنی‌سازی داده‌ها لحاظ گردید.

یافته‌ها

مقوله اول: تجربه زیسته انگ‌زایی

یکی از زیرمقوله‌های برجسته تجربه زیسته انگ‌زایی، «احساس طرد اجتماعی» است. بسیاری از شرکت‌کنندگان اشاره کردند که به‌دلیل آشکار شدن علائم اضطرابی، مورد قضاوت اطرافیان قرار گرفته‌اند و این مسئله باعث انزوای آن‌ها شده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «وقتی دیگران فهمیدند دارم دارو می‌خورم، خیلی‌ها فاصله گرفتند و دیگه به جمع‌شون دعوت نشدم.» این طرد اجتماعی با احساس نامرئی بودن و نبود حمایت اجتماعی همراه بوده است.

در زیرمقوله «شرم و خودسرزنشگری»، زنان از تجربه مداوم احساس بی‌ارزشی و انتقاد از خود سخن گفتند. بسیاری برای جلوگیری از قضاوت دیگران، علائم اضطراب یا دلیل مصرف دارو را پنهان می‌کردند. به گفته یکی از شرکت‌کنندگان: «گاهی خودم را مقصر می‌دانم که چرا انقدر زود به هم می‌ریزم. همیشه سعی می‌کنم پنهان کنم کسی متوجه نشود.»

در بحث «برچسب‌گذاری و تعمیم»، مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که اطرافیان اغلب با زدن برچسب «بیمار روانی» و تعمیم علائم اضطراب به تمام جنبه‌های شخصیت آن‌ها، نگرش منفی نسبت به آن‌ها پیدا می‌کنند. یکی از زنان بیان داشت: «تا می‌فهمم اضطراب دارم، هر رفتاری نشون بدم، میگن از اختلالته!»

در زمینه «پیامدهای عاطفی و روانی»، احساس کاهش اعتماد به نفس، افزایش اضطراب و بی‌انگیزگی از پیامدهای رایج بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «حس می‌کنم به خاطر این برچسب، هیچ‌وقت نمی‌تونم پیشرفت کنم. مدام نگران نگاه دیگرانم.»

در نهایت، «مشکلات بین‌فردی» از دیگر ابعاد تجربه انگ‌زایی بود؛ به‌گونه‌ای که برخی زنان از تعارضات خانوادگی، فاصله گرفتن دوستان و دشواری در برقراری روابط جدید صحبت کردند. به گفته یکی: «بعد از اینکه مسأله‌ام را گفتم، خانواده‌ام کمتر با من صحبت کردند و حتی دوست صمیمی‌ام دیگر مثل قبل نبود.»

مقوله دوم: سازوکارهای مقابله با انگ‌زایی

زیرمقوله «پنهان‌کاری و اجتناب» به عنوان یکی از راهبردهای مقابله‌ای بارز توسط زنان مورد استفاده قرار می‌گیرد. بسیاری ترجیح می‌دهند علائم خود را پنهان کنند یا از حضور در جمع‌های خانوادگی و دوستانه اجتناب نمایند. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «سعی می‌کنم کسی متوجه اضطرابم نشود. حتی داروهایم را مخفی می‌کنم که سوالی پیش نیاید.»

در مقابل، برخی با «جستجوی حمایت اجتماعی» سعی در بهبود وضعیت خود دارند و از صحبت با دوستان نزدیک یا مراجعه به مشاوران بهره می‌گیرند. به گفته یکی از شرکت‌کنندگان: «وقتی با کسی که خودش این مشکل را داشته صحبت می‌کنم، حس سبکی پیدا می‌کنم.»

«پذیرش و بازتعریف هویت» راهبردی است که طی آن زنان تلاش می‌کنند اختلال اضطرابی را بخشی از هویت خود بدانند و با پذیرش آن، نگاه مثبت‌تری نسبت به خود پیدا کنند. یکی از زنان اشاره کرد: «قبول کردم که این هم بخشی از من است، سعی می‌کنم روی نقاط قوتم تمرکز کنم.»

در زیرمقوله «اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی»، برخی زنان تجربه خود را در جمع‌های خانوادگی یا گروه‌های حمایتی مطرح کرده‌اند و تلاش می‌کنند سطح آگاهی اطرافیان را افزایش دهند. به نقل از یکی: «وقتی درباره اضطراب با خانواده‌ام صحبت کردم، خیلی از سوءتفاهم‌ها حل شد.»

«مقابله هیجانی و رفتاری» شامل استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی، فعالیت‌های هنری و نوشتن خاطرات است. یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «نوشتن روزانه و نقاشی باعث می‌شود افکارم آرام شود.»

در نهایت، برخی از زنان از «معنابخشی به تجربه» سخن گفتند و تأکید کردند که تجربه اضطراب را فرصتی برای رشد و پیدا کردن اهداف جدید می‌دانند. به گفته یکی: «الان با همه سختی‌ها، یاد گرفتم برای خودم ارزش قائل شوم و هدف تازه‌ای پیدا کنم.»

مقوله سوم: پیامدهای روان‌اجتماعی انگ‌زایی

در زیرمقوله «انزوای اجتماعی»، محدود شدن روابط اجتماعی و اجتناب از جمع‌ها به‌وضوح مشاهده می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «دیگر به هیچ جمعی نمی‌روم. حس می‌کنم هیچ‌کس من را نمی‌فهمد.»

«آسیب به تصویر ذهنی» با باور به نقص داشتن و کاهش عزت نفس همراه بود. یکی از زنان بیان داشت: «فکر می‌کنم همه من را مشکل‌دار می‌بینند و خودم را قبول ندارم.»

در زمینه «موانع اشتغال و تحصیل»، نگرانی از آشکار شدن اختلال، تجربه تبعیض و افت عملکرد شغلی یا تحصیلی بیان شد. یکی از شرکت‌کنندگان اشاره کرد: «سرکارم کسی نفهمیده، اما همیشه استرس دارم که یک روز بفهمند و من را اخراج کنند.» «مشکلات خانوادگی» نیز از پیامدهای دیگر بود؛ به طوری که برخی زنان از افزایش تنش با والدین و همسر و حتی فاصله عاطفی شکایت داشتند. به نقل از یکی: «گاهی حس می‌کنم خانواده‌ام اصلاً من را درک نمی‌کنند.» در مورد «محدودیت در ازدواج و روابط عاطفی»، ترس از طرد شدن، تجربه شکست در روابط قبلی و نگرانی از برچسب نامناسب بودن برای ازدواج مطرح شد. یکی از زنان گفت: «چندبار به خاطر همین مسأله رابطه‌ام به هم خورد. همیشه می‌ترسم مطرحش کنم.» در زیرمقوله «تعمیق اختلال روانی»، مزمن شدن اضطراب و شدت یافتن علائم گزارش شد. یکی بیان داشت: «احساس می‌کنم روز به روز وضعیت روحی‌ام بدتر می‌شود چون انگار هیچ امیدی نیست.» در نهایت، «کاهش کیفیت زندگی» به عنوان پیامدی فراگیر، شامل احساس ناتوانی، نبود هدفمندی، بی‌انگیزی و افت سلامت جسمانی و روانی بود. به گفته یکی: «هم جسمم و هم روحم خسته شده، انگار هیچ چیزی خوشحالم نمی‌کند.»

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، ابعاد متعددی از فرایند انگ‌زایی را در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی نمایان ساخت. نخستین مقوله، تجربه زیسته انگ‌زایی بود که شامل احساس طرد اجتماعی، شرم و خودسرزنشگری، برچسب‌گذاری و تعمیم، پیامدهای عاطفی و روانی و مشکلات بین‌فردی می‌شد. زنان مشارکت‌کننده در پژوهش، اغلب خود را هدف نگاه‌های قضاوت‌گرایانه و رفتارهای طردکننده اطرافیان می‌دانستند و همین تجربه به احساس انزوا و عدم تعلق اجتماعی منجر شده بود. این یافته با نتایج پژوهش مک‌لین و همکاران (۲۰۱۱) و نیز گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) همسو است که بیان می‌کند زنان به‌ویژه در جوامع سنتی، بیشتر در معرض انواع استیگما و طرد اجتماعی ناشی از بیماری‌های روانی قرار دارند. در پژوهش حاضر، شرم و خودسرزنشگری به‌عنوان پیامد درونی انگ‌زایی برجسته شد، به‌گونه‌ای که زنان برای جلوگیری از آشکار شدن بیماری، نشانه‌های اضطرابی خود را پنهان می‌کردند. این یافته با مطالعات کوریگان و همکاران (۲۰۰۹) و لینک و فلان (۲۰۰۱) همخوانی دارد که نشان داده‌اند استیگما درونی‌شده، می‌تواند مانع جستجوی کمک و پیگیری درمان شود.

در سطح فردی، برچسب‌گذاری و تعمیم از سوی اطرافیان سبب می‌شد علائم اضطرابی به تمام ابعاد شخصیت فرد نسبت داده شود و فرد نه‌تنها به‌عنوان بیمار، بلکه به‌عنوان فردی «غیرقابل اتکا» یا «ضعیف» تلقی گردد. این نوع برچسب‌زنی و تعمیم با یافته‌های پژوهش اشتوارت و همکاران (۲۰۱۴) و هاتزن‌بیولر و همکاران (۲۰۱۳) همسو است که نشان می‌دهند برچسب‌زنی اجتماعی، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری انگ و کاهش کیفیت زندگی بیماران روانی دارد. پیامدهای عاطفی و روانی انگ نیز در پژوهش حاضر شامل افزایش اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و حس ناامیدی بود؛ یافته‌هایی که در پژوهش لایوینگستون و بوید (۲۰۱۰) و بایرن (۲۰۰۰) نیز گزارش شده‌اند و بر نقش منفی انگ بر سلامت روان تأکید دارند.

مشکلات بین‌فردی، از جمله تعارضات خانوادگی و فاصله گرفتن دوستان، نیز بخش مهمی از یافته‌ها را تشکیل داد. شرکت‌کنندگان اشاره کردند که افشای بیماری یا حتی کوچک‌ترین نشانه‌ای از اضطراب، می‌تواند به قطع روابط دوستانه یا تضعیف روابط خانوادگی منجر شود. این مسأله با نتایج پژوهش رافیک و همکاران (۲۰۲۲) و یزدان‌پناه و همکاران (۲۰۲۱) همسو است که نشان داده‌اند زنان ایرانی به‌دلیل انتظارات اجتماعی و هنجارهای فرهنگی، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به پیامدهای بین‌فردی انگ دارند.

مقوله دوم پژوهش حاضر به سازوکارهای مقابله با انگ‌زایی اختصاص یافت. پنهان‌کاری و اجتناب، نخستین و شایع‌ترین راهبرد مقابله‌ای در بین زنان بود؛ امری که در پژوهش کلمنت و همکاران (۲۰۱۵) و شوبرت و آنگرامیر (۲۰۰۳) نیز گزارش شده است. یافته‌ها نشان داد که بسیاری از زنان، برای اجتناب از قضاوت و طرد، از حضور در جمع‌ها خودداری می‌کنند یا علائم خود را حتی از اعضای نزدیک خانواده پنهان می‌سازند.

در مقابل، برخی دیگر با جستجوی حمایت اجتماعی و گفت‌وگو با افراد مطمئن، یا مراجعه به گروه‌های حمایتی و مشاور، تلاش می‌کنند بر آثار مخرب انگ غلبه کنند؛ این الگو در مطالعات کوریگان و راثو (۲۰۱۲) نیز به‌عنوان یکی از راهبردهای سالم مقابله‌ای مطرح شده است. پذیرش و بازتعریف هویت، راهبردی بود که در بخش کوچکی از شرکت‌کنندگان مشاهده شد. این زنان سعی داشتند اختلال اضطرابی را بخشی از هویت خود بپذیرند و نقاط قوت دیگری را در خود برجسته نمایند. اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی نیز توسط برخی زنان به‌عنوان راهی برای کاهش سوءتفاهم و جلب حمایت اطرافیان اتخاذ شده بود. این یافته با مطالعات ثویتس (۲۰۱۱) و کوریگان و راثو (۲۰۱۲) همخوان است که نشان داده‌اند بازتعریف هویت و آموزش به اطرافیان می‌تواند به کاهش آثار مخرب استیگما کمک کند. علاوه بر این، راهبردهای مقابله هیجانی و معنابخشی به تجربه، از جمله نوشتن خاطرات، فعالیت هنری و جستجوی معنا در رنج، به زنان کمک می‌کرد تا به شیوه‌ای سازگارانه‌تر با انگ مواجه شوند.

در نهایت، یافته‌ها نشان داد پیامدهای روان‌اجتماعی انگ‌زایی بسیار گسترده است. انزوای اجتماعی و محدود شدن روابط از رایج‌ترین پیامدها بود و این امر به کاهش مشارکت اجتماعی، ترس از حضور در جمع و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی زنان منجر می‌شد. این یافته‌ها با پژوهش‌های هاتزن‌بیولر و همکاران (۲۰۱۳) و گریفیتس و همکاران (۲۰۰۸) همسو است که بر نقش منفی استیگما بر مشارکت اجتماعی و احساس تعلق تأکید دارند. آسیب به تصویر ذهنی، باور به نقص داشتن و کاهش عزت نفس نیز در پژوهش حاضر به‌وضوح گزارش شد؛ همان‌گونه که در مطالعات شواب و همکاران (۲۰۲۰) و گریفیتس و همکاران (۲۰۰۸) تأکید شده است.

از دیگر پیامدهای بارز، موانع اشتغال و تحصیل بود؛ به‌گونه‌ای که نگرانی از افشای اختلال، تجربه تبعیض در محیط کار یا ترک تحصیل توسط برخی شرکت‌کنندگان گزارش شد. این یافته با نتایج پژوهش ایوانز-لاکو و همکاران (۲۰۱۴) و شهاب و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد که بیان می‌کند استیگما می‌تواند فرصت‌های شغلی و تحصیلی افراد را محدود سازد. مشکلات خانوادگی و محدودیت در ازدواج و روابط عاطفی، دیگر پیامدهای روان‌اجتماعی فرایند انگ‌زایی بود که در این مطالعه شناسایی شد و در مطالعات استوارت و همکاران (۲۰۱۴) و یزدان‌پناه و همکاران (۲۰۲۱) نیز به آن اشاره شده است. در نهایت، تعمیق اختلال روانی و کاهش کیفیت زندگی، به‌عنوان پیامدهای نهایی و فراگیر، در تجربه زنان برجسته بود؛ یافته‌هایی که با پژوهش لینگ و فلان (۲۰۰۱) و کورتیس و همکاران (۲۰۱۴) هم‌راستا هستند.

جمع‌بندی نتایج این پژوهش بیانگر این است که فرایند انگ‌زایی در زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی، نه‌تنها پیامدهای روانی و اجتماعی گسترده‌ای به‌دنبال دارد، بلکه می‌تواند زمینه‌ساز تداوم اختلال، کاهش امید به درمان و افت سلامت کلی شود. نقش متغیرهای فرهنگی، ساختار خانواده و میزان آگاهی جامعه در شدت و نوع تجربه انگ بسیار تعیین‌کننده است. از این رو، پژوهش حاضر ضمن شناسایی ابعاد روان‌اجتماعی فرایند انگ‌زایی، بر ضرورت مداخلات چندسطحی و حساسیت فرهنگی در برنامه‌های مداخله‌ای تأکید می‌کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسندگان مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

فهرست منابع

References

- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 65-72. <https://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & 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., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- 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., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2014). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 44(13), 2711-2719. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001262>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Rafique, S., Hunt, N., & Henn, C. (2022). Gender differences and the role of culture in stigma associated with mental illness: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03904-5>
- Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rusch, 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>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)