

تأثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی: کارآزمایی بالینی

سعید واقعی^۱، * اعظم سالارحاجی^۲، نگار اصغری پور^۳، حمید چمنزاری^۴

۱. مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، مری گروه آموزش روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، مری گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

*آدرس نویسنده مسئول: مشهد، چهارراه دکتر، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: Salarhm921@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: استیگما چالش برانگیزترین بار مسؤولیتی در مراقبت است که خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی با آن مواجه هستند. به دلیل تأثیر بارز شرایط فرهنگی و اجتماعی بر استیگما، کمتر به این مسأله پرداخته شده و مداخلات انجام شده در این زمینه محدود می‌باشد.

هدف: تعیین تأثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی.

روش: در این کارآزمایی شاهددار تصادفی، ۶۰ نفر از مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد در سال ۱۳۹۳-۹۴ به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تخصیص یافتند. گروه مداخله تحت آموزش روانی (مطابق مدل آموزشی فالون و همکاران (۱۹۸۵)) در طی دو جلسه ۴ ساعته و گروه شاهد تحت مراقبت‌های معمول قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه تعدیل شده استیگمای احساسی بیمار روانی Modified Version of (Internalized Stigma Mental Illness) scale بود که بلافاصله قبل از مداخله و یک ماه پس از مداخله تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های دقیق‌فیشر، من‌ویتنی، تی‌مستقل و تی‌زوج انجام شد.

یافته‌ها: ۷۱/۷ درصد از مراقبین خانگی مؤنث و ۲۸/۳ درصد آن‌ها مذکر بودند. در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره کل استیگما بین گروه آموزش روانی (۴۴/۳±۹/۲) و شاهد (۴۳/۸±۹/۷) تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۸۴). اما از نظر تغییرات میانگین نمره کل استیگما قبل و بعد از مداخله، بین گروه آموزش روانی (۵/۰±۸/۱) و شاهد (۰/۳±۵/۸) تفاوت معنادار بود (p<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر آموزش روانی بر ابعاد فردی استیگما، می‌توان از آن به منظور کاهش استیگما در بیمارستان‌های روان‌پزشکی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: آموزش روانی، استیگما، اسکیزوفرنی، خانواده، مراقبین خانگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۰۷

مقدمه

اسکیزوفرنیا از مزمن‌ترین بیماری‌های روانی است که معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و در تمام عمر ادامه خواهد داشت. میزان شیوع آن در طول عمر انسان، ۰/۶ تا ۱/۹ درصد می‌باشد (۱). این بیماری به دلیل ایجاد اختلال در عملکرد شغلی و تحصیلی بیمار، با مشکلات عدیده اقتصادی، اجتماعی و فردی همراه بوده و هزینه‌های درمانی و غیر درمانی زیادی را همچون از دست دادن نیروی کار - به دلیل بیماری یا مراقبت بستگان - بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۲).

پس از جنبش مؤسسه‌زدایی در سال ۱۹۶۳، مسئولیت عمده مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر دوش خانواده‌ها قرار گرفت. این امر، اگر چه به میزان زیادی هزینه‌های درمانی را کاهش داد، اما بار مراقبتی زیادی را بر خانواده‌ها تحمیل کرد (۳). به طوری که خانواده‌ها اغلب به دلیل نداشتن دانش و مهارت لازم جهت مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، روزانه با عوامل تنش‌زای غیر قابل پیش‌بینی و رفتارهای عجیب و غریبی که از بستگانشان سر می‌زند و همچنین تنش‌های خارجی مانند استیگما، انزوا و احساس ناامیدی مواجه می‌شوند (۴).

رایج‌ترین و چالش‌برانگیزترین بار مراقبتی در اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مسأله استیگمای ناشی از بیماری می‌باشد (۴). استیگما، که در زبان فارسی انگ اجتماعی نامیده می‌شود (۵) به مجموعه‌ای از نگرش‌ها، عقاید و تفکرات منفی نسبت به یک وضعیت خاص، در اینجا ابتلا به اختلال روانی، گفته می‌شود که علاوه بر فرد موردنظر، خانواده را نیز شامل می‌شود (۶). این نوع استیگما (استیگمای خانواده) را، Erving Goffman (۱۹۶۳)، استیگمای ترحمی یا مسری (Courtesy) و Mahta & Farin (۱۹۸۸)، استیگمای ارتباطی (Stigma by association) نامیدند (۷).

تجربه استیگمای خانواده به میزان زیادی به استیگمای عمومی درک شده از جامعه مربوط می‌شود (۸)؛ زیرا استیگما، ریشه در روابط اجتماعی داشته و فرد انگ خورده نیز اغلب همان عقایدی را درباره وضعیت خودش در ذهن دارد، که جامعه نسبت به وی دارد (۹). پیامدهای هیجانی تجربه خانواده از استیگمای عمومی، به طور کلی شامل احساس بی‌احترامی، بی‌اعتنایی و تبعیض در جامعه می‌باشد (۱۰)، که خانواده‌ها جهت مقابله با آن، غالباً انزوا و کناره‌گیری از اجتماع را انتخاب کرده و با پنهان کردن بیماری عضو خانواده و تأخیر در جستجوی درمان از گرفتن خدمات در زمینه درمان بیمار، به زعم خود از برملا شدن وضعیت خود ممانعت می‌کنند (۱۱). در مطالعات مختلف نیز، استیگما به

عنوان مهم‌ترین و بزرگ‌ترین مانع جهت جستجوی درمان، تداوم درمان و فرایندهای توانبخشی مطرح شده است (۱۲، ۱۳). آسیب‌زاترین پیامدهای استیگما، زمانی است که خانواده، استیگمای جامعه را پذیرفته و دیدگاه‌های منفی جامعه را نسبت به خود را به کار گرفته و درونی کند، که در این صورت اصطلاحاً گفته می‌شود فرد دچار استیگمای درونی (Self-stigma) یا احساسی شده است؛ این امر منجر به تغییر هویت، از دست دادن ارزش‌های هویتی قبلی و پذیرش دیدگاه انگ خورده «خود» (self) می‌شود (۸، ۱۴)، که پیامدهای آن شامل کاهش عزت نفس، افسردگی، احساس گناه و خودملامت‌گری، بی‌قراری و آشفتگی درونی، کاهش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن (Well-being) و شکایات جسمی از قبیل اختلال خواب و خستگی مزمن می‌باشد (۸).

بنابراین با عنایت به پیامدهای منفی استیگما بر سلامت روان خانواده‌ها و اهمیت خانواده در مراقبت، پیگیری و تداوم درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، پدیده استیگما یک موضوع اساسی و مهم قلمداد شده و در حوزه بهداشت روان باید مورد توجه قرار گیرد (۱۵). پرستاران که اغلب در بهترین جایگاه جهت کمک به مراقبان خانوادگی در شرایط بحرانی قرار دارند، ضروری است که پدیده استیگما و اینکه علاوه بر بیمار، خانواده‌ها نیز از آن رنج می‌برند، را درک کرده و اقداماتی جهت کاهش آن انجام دهند (۴، ۱۰)؛ اما با توجه به تاریخچه طولانی استیگمای بیماری‌های روانپزشکی، راهکارهای پیشنهاد شده، از جمله «آموزش همگانی» جهت غلبه بر آن آسان و سریع نخواهد بود (۱۵)؛ زیرا استیگما پدیده‌ای جهان شمول بوده که مصادیق آن از کشوری به کشور دیگر و حتی از شهری به شهر دیگر متفاوت می‌باشد (۱۶). بنابراین شاید ساده‌ترین راه حل، کاهش استیگما در سطح خانواده‌ها باشد (۱۵).

از طرفی ویژگی‌های فرهنگی، ارتباط بازرزی با مسائل مرتبط با بیماری روانی، درمان جویی و استیگمای همراه آن دارند (۱۷)؛ به طوری که مطالعات Papadopoulos و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که فرهنگ‌های فردگرایی همچون فرهنگ‌های کشورهایمانند آمریکا، آلمان، استرالیا در مقایسه با فرهنگ‌های جمع‌گرایی مانند فرهنگ‌های آسیا، آفریقا و کشورهای عربی، نگرش‌های انگ‌زنی کمتری در خصوص بیماران مبتلا به اختلالات روانی داشته‌اند (۱۸).

فردگرایی و جمع‌گرایی به تعریفی که فرد از خودش و ارتباطش با جامعه دارد، اطلاق می‌شود. در فرهنگ‌های فردگرا - برخلاف فرهنگ‌های جمع‌گرا - به دلیل تنوع فرهنگی و آزادی نامشروط، انحراف از هنجارها، راحت‌تر تحمل شده و به دلیل وابستگی کمتر بین افراد، مداخله در کار یکدیگر کمتر است (۱۸).

رایج‌ترین مدل مورد استفاده، مدل آگاهی می‌باشد که هدف آن افزایش آگاهی خانواده‌ها در زمینه بیماری روانی و مشارکت در مدیریت آن است (۲۳). مطابق با همین مدل، در سال ۱۹۸۵، Falloon و همکاران، برنامه‌ای را با هدف آموزش گروهی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی طراحی کردند؛ این برنامه که شامل ارائه اطلاعاتی در زمینه ماهیت بیماری اسکیزوفرنی می‌باشد، در مقایسه با سایر برنامه‌ها از جمله مدل اتکینسون و کویا، به دلیل اجرای آن در زمان کوتاه‌تر، مقرون به صرفه‌تر است (۲۱، ۲۲)؛ از آن جایی که افزایش آگاهی و دانش، در مورد ویژگی‌ها و قابلیت‌های درمان بیماران روانی، می‌تواند عقاید انگ‌زنی را در سطح فردی تغییر دهد (۴، ۲۰)، بنابراین آموزش روانی طبق این مدل نیز می‌تواند بر کاهش استیگما مؤثر باشد.

همان گونه که مطالعات Uchino و همکاران (۲۰۱۲) در ژاپن نشان داده است، آموزش روانی می‌تواند منجر به کاهش استیگمای احساسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوفکتیو شود (۲۴). Cuhadar و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقات خود در ترکیه دریافتند که آموزش روانی منجر به کاهش استیگمای احساسی و تطابق با آن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود (۲۵).

از طرفی نتایج متناقضی در تحقیقات در این زمینه وجود دارند؛ به طوری که Pinto-foltz (۲۰۱۱) از قول Corrigan بیان می‌کند که آموزش روانی در زمینه علل بیولوژیک بیماری‌های روانی، اگر چه مسئولیت شروع بیماری روانی را از فرد مبتلا سلب می‌کند، اما این نگرش، زمینه توانایی بهبودی از بیماری روانی را بدتر می‌کند (۲۶)؛ مطالعه Hassan-Ohayona و همکاران نیز (۲۰۱۱) نشان داده که بینش نسبت به بیماری روانی در والدین منجر به افزایش بار روانی و استیگمای درونی در آنها شده است (۲۷)؛ همچنین ارائه اطلاعات در زمینه بیماری افسردگی در مطالعه Kiropoulos و همکاران (۲۰۱۱) بر استیگمای درک شده در مهاجرین یونانی و ایتالیایی ساکن استرالیا (۲۸) مؤثر نبوده است؛ طبق مطالعه Han و همکاران (۲۰۰۶) در تایوان نیز، آموزش روانی بر استیگما، نسبت به بیماری افسردگی در دانشجویان تأثیری نداشته است (۲۹).

از این رو با توجه به اهمیت استیگما در روند پیشگیری، درمان و بهبودی بیماران روانی و وابسته بودن آن به فرهنگ و نیز نتایج متناقضی که در زمینه تأثیر آموزش روانی بر استیگما وجود دارد و از طرفی دیگر، محدود بودن مطالعات مداخله‌ای در زمینه کاهش استیگما در کشور، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام دهد.

اما در ایران نیز -که فرهنگی جمع‌گرا دارد- طبیعتاً اعضای خانواده بیش از تأثیر منفی اختلال روانی روی بیمار و خودشان، نگران تأثیرات منفی بر آبرو و نحوه نگرش دیگران به خانواده خود هستند. از این رو هنگامی که اعضای خانواده، تصور کنند که اختلال روانی بیمار ایشان، موجب بی‌آبرو شدن، حقیر شدن و از دست رفتن جایگاه اجتماعی خانواده شده و همچنین هر چقدر ارزیابی‌های ایشان از خویشان، متمرکز بر جنبه‌های منفی همانند بی‌ارزش بودن و بی‌کفایتی شده باشد و این حالت را به صورت خودانتقادی درونی کنند، بیشتر محتمل است که از عضو بیمار خانواده انتقاد کرده و به خاطر مشکلات او، دچار مشکل هیجانی بیشتری شوند (۱۹). در واقع استیگما واقعی است که حتی در ایران، علی‌رغم باورهای مذهبی و خدمات بهداشت روان توسعه یافته، بسیار مشاهده می‌شود (۵).

عمده‌ترین دلایل استیگمای خانواده و استیگمای بیمار روانی، تفاسیر اشتباهی است که راجع به بیماری روانی وجود دارد (۱۳، ۲۰). در واقع اکثر استیگماها به دلیل ترس از جامعه و برداشت نادرست اطرافیان از بیماری می‌باشد. این برداشت‌ها و تصاویر نادرست می‌تواند تحت تأثیر جامعه -که ناشی از عدم اطلاع آن‌ها از ماهیت بیماری‌های روانی است- باشد. همچنین برخی رسانه‌های گروهی ممکن است به طرق مختلف، اطلاعات نادرستی را منتقل کنند و از بیماران روانی تصاویری همچون افراد خشن و دارای رفتار مجرمانه ارائه دهند که موجب طرد بیماران و خانواده‌های آن‌ها در جامعه خواهد شد (۲۱، ۲۲).

آموزش روانی از جمله مداخلاتی است که در راستای ارتقای آگاهی و تغییر نگرش خانواده‌ها از ماهیت بیماری، نحوه درمان آن، افزایش مهارت‌های ارتباطی و مهارت حل مسأله به کار گرفته می‌شود و درمانگر می‌تواند بر حسب سلیقه و شرایط موجود، یک خانواده را به تنهایی و یا چند خانواده را به صورت گروهی آموزش دهد (۲۱، ۲۲). در واقع آموزش روانی، متدی آموزشی است که با ارائه اطلاعاتی در زمینه ماهیت اختلالات روانی شامل اتیولوژی، روش‌های درمان، پیامدها، پیش‌آگهی، پیشرفت و عود بیماری و... می‌تواند موجب بهبود سطح درک خانواده‌ها در مورد اختلالات روانی شود و به مشارکت آن‌ها در خدمات مراقبتی، درمانی و پذیرش درمان این بیماران کمک کند (۲۳).

آموزش روانی دارای مدل‌های مختلفی است؛ از جمله: مدل آگاهی (model information)، مدل حمایتی (the supportive model)، گروه درمانی خانواده (the multiple family group therapy)، مدیریت رفتاری خانواده (the behavioral family management) و موارد دیگر.

روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی شده، در سال ۹۳-۹۴ (اسفند و فروردین ماه) در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا در شهر مشهد و بر روی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری شده در این بیمارستان انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول «مقایسه میانگین و انحراف معیارهای دو جامعه» از طریق محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره کل استیگما در گروه مداخله (۵/۸) \pm (۳۷/۷) و شاهد (۳۱/۸ \pm ۴۲/۵)، با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۵٪، برای هر گروه ۲۸ نفر برآورد شد؛ سپس با احتساب ۱۵٪ ریزش حجم نمونه، ۳۲ نفر در هر گروه (در مجموع ۶۴ نفر) در نظر گرفته شد. پس از آن، به صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، نمونه‌ها به دو گروه مداخله (۳۲ نفر) و شاهد (۳۲ نفر) تقسیم شدند؛ به این صورت که لیستی از تمامی مراقبان خانگی واجد شرایط مطالعه تهیه شد و اعدادی به آن‌ها اختصاص داده شد. سپس یک شماره به طور تصادفی به روش دستی از جدول اعداد تصادفی انتخاب و دو رقم سمت راست آن در صورت مطابقت با شماره لیست افراد تا تکمیل ۳۲ نفر جهت گروه اول در نظر گرفته شد و لیست باقی مانده به عنوان گروه دوم انتخاب شد.

در پایان مطالعه، ۲ نفر از گروه کنترل از شرکت در پس-آزمون امتناع کردند؛ در گروه مداخله یک نفر در پس-آزمون و یک نفر در حین جلسات غایب بود و به این ترتیب حجم نهایی نمونه پس از ریزش، ۶۰ نفر شد.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل دو بخش ورود مراقبان خانگی و بیماران می‌باشد. معیارهای ورود مراقبان خانگی بدین شرح است: وابسته درجه یک بیمار که مراقب اصلی بیمار بوده و با بیمار در یک منزل ساکن باشد. تحصیلات سیکل به بالا، ساکن شهر مشهد و ملیت ایرانی، سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال، فاقد نقص جسمی، شنوایی و بینایی، عدم ابتلا به اختلالات روانی شناخته شده و عدم مصرف دارو در این زمینه، عدم سابقه سوء مصرف مواد و سوء پیشینه، عدم تجربه بحران دیگری مثل طلاق و مرگ عزیزان در شش ماه اخیر، نداشتن تحصیلات در حوزه پزشکی.

معیارهای ورود بیماران شامل: تأیید بیماری اسکیزوفرنی توسط روانپزشک، از زمان تشخیص بیماری حداقل شش ماه گذشته باشد، عدم سوء مصرف مواد به طور همزمان، بیماری روانی به دنبال مجروح شدن در جنگ (تروماهای ناشی از سوانح نظامی) رخ نداده باشد، سابقه حداقل یک نوبت بستری قبلی در بیمارستان روانپزشکی داشته باشد.

معیارهای خروج مطالعه شامل: در یکی از جلسات آموزشی غیبت داشته باشد، بیمار قبل از اتمام دوره آموزشی از بیمارستان ترخیص شود، مراقب اصلی بیمار بعد از اتمام فرایند آموزش تا زمان انجام پس-آزمون «استرس عمده ای» از قبیل طلاق یا مرگ یکی از عزیزان را تجربه کند، در طول پژوهش در برنامه آموزشی دیگری در این زمینه شرکت نماید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل، فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد Modified Version of internalized Stigma Mental Illness (Ritcher;2003) بود (۱۴). پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، شامل ۱۴ سوال در دو قسمت اطلاعات فردی و شغلی خانواده (۷ سوال) و بیمار (۷ سوال) بوده است که با توجه به اهداف تحقیق و مطالعه و طبق جدیدترین منابع و مقالات مرتبط تهیه گشت.

پرسش‌نامه تعدیل شده استیگمای احساسی بیمار روانی Modified Version of (Internalized Stigma Mental Illness) (Ritcher;2003) شامل ۱۷ سوال بود که میزان استیگما را در ۴ زیرمقیاس که عبارتند از: تنهایی (۴ سوال)، تأیید تصورات قالبی (۴ سوال)، تجربه تبعیض اجتماعی (۴ سوال) و کناره‌گیری از اجتماع (۵ سوال) بررسی می‌کند. نمره‌گذاری هر سوال به صورت عبارت‌های: کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) بوده است. در این مقیاس حداقل نمره استیگما ۱۷ و حداکثر آن ۶۸ می‌باشد. هر قدر نمره کسب شده از این پرسش‌نامه بالاتر باشد، نشان دهنده استیگمای بیشتر است (۱۴).

روایی ترجمه پرسش‌نامه استیگما در مطالعه قانعیان و همکاران (۲۰۱۱) را یک روانشناس و روانپزشک متخصص در زمینه زبان انگلیسی انجام داده بودند (۳۰)؛ که مجدداً در مطالعه حاضر توسط ۷ نفر از اساتید صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تأیید شد و پایایی این پرسش‌نامه در این جستار، به شیوه همسانی درونی محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ به دست آمد.

نمونه‌گیری ابتدا به روش غیراحتمالی (نمونه‌گیری آسان)، از بین خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا در شهر مشهد انجام شد؛ به این صورت که ابتدا پرونده بیماران با توجه به معیارهای ورود به مطالعه در مورد بیمار مورد بررسی ابتدایی قرار گرفت. سپس از طریق مددکار اجتماعی حاضر در بخش‌های بیمارستان، با خانواده و مراقب اصلی بیماران واجد شرایط تماس گرفته شد و از آن‌ها پس از ابراز تمایل، واجد شرایط بودن و اخذ رضایت‌نامه کتبی، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد.

مباحث ارائه شده، با شرکت کنندگان به صورت پرسش و پاسخ به بحث گروهی پرداخته می‌شد. گروه شاهد تحت مراقبت‌های معمول قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله بلافاصله قبل از مداخله و یک ماه پس از مداخله به طور همزمان در دو گروه انجام شد. به منظور رعایت جوانب اخلاق پژوهشی، دو ماه بعد از پایان تحقیق، برای گروه شاهد نیز آموزش روانی به مدت دو جلسه، اجرا شد (جدول ۱).

در تمامی مراحل پژوهش، کلیه نکات اخلاق در پژوهش مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مرتبط با مطالعه حاضر، شامل کسب موافقت‌نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه، اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی و ارائه آن به رئیس بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان در مطالعه، کدگذاری پرسش-نامه‌ها جهت حفظ اسرار شرکت کنندگان و اطمینان به آن‌ها برای خروج از پژوهش، در هر زمان، در صورت عدم تمایل به ادامه مطالعه، رعایت شد.

داده‌های پژوهش توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد. به منظور بررسی توزیع طبیعی داده‌های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپروویلیک استفاده شد. از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و تی مستقل به منظور بررسی همگنی متغیرهای کیفی و کمی مورد مطالعه استفاده شد. به منظور مقایسه بین گروهی متغیرها از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه درون گروهی از آزمون تی زوجی استفاده گردید. در آزمون‌های انجام شده، سطح اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ مد نظر بود.

جدول ۱: برنامه آموزش روانی

عنوان	هدف	محتوا	زمان	شیوه آموزش	مدرس
جلسه اول	تبیین علل و علائم بیماری اسکیزوفرنی و نحوه برخورد با وی	محتوای آموزشی جلسه اول مدل فالون	۱۲۰ دقیقه	پرسش و پاسخ- بحث گروهی	کارشناس ارشد روان پرستاری+ دکتری روانشناسی بالینی
جلسه دوم	تبیین درمان دارویی و مراقبت‌های مورد نظر در این زمینه	محتوای آموزشی جلسه دوم مدل فالون	۱۲۰ دقیقه	پرسش و پاسخ- بحث گروهی	کارشناس ارشد روان پرستاری+ دکتری روانشناسی بالینی

یافته‌ها

طبق جدول ۲، در مقایسه بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات دموگرافیک مراقب خانگی و همچنین بیماران تفاوت آماری معناداری مشاهده نشده است ($P>0/05$) و دو گروه از این نظر همگن بوده‌اند. بیشترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک مراقب خانگی در گروه مداخله، مربوط به جنس مؤنث (۲۰ نفر) با ۶۶/۷٪، تحصیلات سیکل (۱۴ نفر) با ۴۶/۷٪، مادر بیمار

(۱۱ نفر) با ۳۶/۷٪ بوده است و میانگین سنی آن‌ها $13/1 \pm 48/8$ بود؛ بیشترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک بیمار در گروه مداخله، مربوط به جنس مذکر (۲۸ نفر) با ۹۳/۳٪، تحصیلات زیر دیپلم (۱۶ نفر) با ۵۳/۳٪ و مجرد (۱۸ نفر) با ۶۰٪ می‌باشد که میانگین سنی آن‌ها $7/8 \pm 34/6$ ، طول مدت ابتلا $6/1 \pm 9/3$ سال و دفعات بستری قبلی $8/3 \pm 7$ نوبت بوده است. بیشترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک مراقب خانگی در گروه شاهد مربوط به جنس مؤنث (۲۳ نفر) با ۷۶/۷٪، تحصیلات

سیکل (نفر ۱۹) با ۶۳/۳٪ و مادر بیمار (نفر ۱۰) با ۳۳/۳٪ بوده و میانگین سنی آن‌ها $۴۷/۱ \pm ۱۲/۶$ سال بوده است؛ بیشترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک بیمار در گروه شاهد مربوط به جنس مذکر (۲۵ نفر) با ۸۳/۳٪، تحصیلات زیر دیپلم (نفر ۲۰) با ۶۶/۶٪ و مجرد (نفر ۲۲) با ۷۳/۳٪ می‌باشد. میانگین سنی آن‌ها نیز $۸/۷ \pm ۳۶/۷$ ، مدت ابتلا به بیماری به سال $۶/۱ \pm ۱۰/۲$ و دفعات بستری قبلی $۹/۱ \pm ۹/۳$ نوبت بوده است.

طبق جدول ۳، در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داده است که قبل از مداخله، از نظر میانگین نمره بعد تنهایی استیگما بین گروه مداخله ($۱۱ \pm ۲/۸$) و شاهد ($۳/۳$) تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P=۰/۲۴$). اما نتایج آزمون تی مستقل نشان گر این است که میانگین تغییرات نمره بعد تنهایی استیگما قبل و بعد از مداخله، بین گروه مداخله ($۲/۹۱ \pm ۲/۳۷$) و شاهد ($۱/۹ \pm ۰/۱$) تفاوت معناداری وجود داشته است ($P < ۰/۰۰۱$).

در مقایسه درون گروهی، نتایج آزمون تی زوجی نشان داده که در گروه مداخله بین میانگین نمره بعد تنهایی استیگما قبل از مداخله ($۱۱ \pm ۲/۸$) با پس از مداخله ($۸/۶ \pm ۲$) دارای تفاوت معناداری بوده است ($P < ۰/۰۰۱$)؛ ولی در گروه شاهد بین نمره مذکور قبل ($۳/۳ \pm ۱۰$) و بعد از مداخله ($۳/۱ \pm ۹/۹$)، تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P = ۰/۷۱$).

در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله، از نظر میانگین نمره بعد تأیید تصورات قالبی استیگما بین گروه مداخله ($۱۱/۱ \pm ۲/۴$) و شاهد ($۲/۳ \pm ۱۰/۲$) تفاوت معناداری وجود نداشت ($P = ۰/۱۸$)؛ اما نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که از نظر تغییرات میانگین نمره بعد تأیید تصورات قالبی استیگما قبل و پس از مداخله، بین گروه مداخله ($۱/۲ \pm ۲/۹$) و شاهد ($۱/۸ \pm ۰/۶$) تفاوت معناداری وجود داشته است ($P = ۰/۰۰۵$).

در مقایسه درون گروهی، نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه مداخله بین میانگین نمره بعد تأیید تصورات قالبی استیگما قبل ($۱۱/۱ \pm ۲/۴$) و پس از مداخله ($۹/۸ \pm ۲/۵$) تفاوت معناداری وجود داشت ($P = ۰/۰۳$). ولی در گروه شاهد بین نمره مذکور در قبل ($۲/۳ \pm ۱۰/۲$) و بعد از مداخله ($۳ \pm ۱۰/۸$) تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P = ۰/۱$) (جدول ۳).

در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره تجربه تبعیض استیگما، بین گروه مداخله ($۱۰ \pm ۳/۱$) و گروه شاهد ($۲/۷ \pm ۱۰/۸$) تفاوت معناداری وجود نداشت ($P = ۰/۲۴$). همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که از نظر میانگین تغییرات نمره تجربه تبعیض استیگما قبل و پس از مداخله، نیز بین گروه

مداخله ($۲/۵ \pm ۰/۰۳$) و شاهد ($۲ \pm ۰/۶$) تفاوت معناداری موجود نبوده است ($P = ۰/۳۴$).

همچنین در مقایسه درون گروهی نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان داده است که در گروه مداخله بین میانگین نمره بعد تجربه تبعیض قبل ($۲/۱ \pm ۱۰/۰$) و پس از مداخله ($۳/۰ \pm ۱۰/۰$) تفاوت معناداری وجود نداشته ($P = ۰/۹۴$) و در گروه شاهد نیز بین میانگین نمره مذکور قبل ($۳ \pm ۱۰/۲$) و پس از مداخله ($۲/۷ \pm ۱۰/۸$) تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P = ۰/۱۲$).

در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که در مرحله قبل از مداخله، از نظر میانگین نمره بعد کنارگیری از اجتماع استیگما، بین گروه مداخله ($۳/۲ \pm ۱۲/۳$) و شاهد ($۳/۳$) تفاوت معناداری وجود نداشت ($P = ۰/۶۳$). همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که از نظر میانگین تغییرات نمره بعد کنارگیری از اجتماع استیگما قبل و بعد از مداخله، بین گروه مداخله ($۲/۹ \pm ۱/۳$) و شاهد ($۲/۵ \pm ۰/۲$) تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P = ۰/۱$).

در مقایسه درون گروهی، نتایج آزمون تی زوجی نشان داده است که در گروه مداخله بین میانگین نمره بعد کنارگیری از اجتماع استیگما قبل ($۳/۲ \pm ۱۲/۳$) و پس از مداخله ($۳/۳ \pm ۱۱$) تفاوت معناداری وجود داشته است ($P = ۰/۰۲$)؛ ولی در گروه شاهد بین میانگین نمره مذکور قبل ($۳/۳ \pm ۱۲/۷$) و پس از مداخله ($۳/۴ \pm ۱۲/۶$) تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P = ۰/۷۲$) (جدول ۳).

در مقایسه بین گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره کل استیگما، بین گروه مداخله ($۹/۲ \pm ۴۴/۳$) و شاهد ($۹/۷ \pm ۴۳/۸$) تفاوت معناداری وجود نداشت ($P = ۰/۸۴$) و دو گروه از نظر این متغیر همگن بوده‌اند. اما نتایج آزمون تی مستقل نشان داده که از نظر میانگین تغییرات نمره کل استیگما قبل و بعد از مداخله، بین گروه مداخله ($۸/۲ \pm ۵$) و گروه شاهد ($۵/۸ \pm ۰/۳$) تفاوت معناداری وجود داشته است ($P = ۰/۰۱$).

در مقایسه درون گروهی، نتایج آزمون تی زوجی نشان داده که در گروه مداخله بین میانگین نمره کل استیگما، قبل ($۹/۲ \pm ۴۴/۳$) و بعد از مداخله ($۸/۳ \pm ۳۹/۴$) تفاوت معنادار بوده است ($P = ۰/۰۰۲$)؛ ولی در گروه شاهد بین میانگین نمره مذکور قبل ($۹/۷ \pm ۴۳/۸$) و بعد از مداخله ($۱۱/۲ \pm ۴۳/۵$) تفاوت معنادار نبوده است ($P = ۰/۷۵$) (جدول ۳).

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و مراقبان خانگی آن‌ها به تفکیک دو گروه مداخله و شاهد

گروه	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
مراقب خانگی			
جنس			
مؤنث	۲۰ (۶۶/۷)	۲۳ (۷۶/۷)	P=۰/۳۹ *
مذکر	۱۰ (۳۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	
سطح تحصیلات			
سیکل	۱۴ (۴۶/۷)	۱۹ (۶۳/۳)	P=۰/۲۴ **
دیپلم	۱۲ (۴۰)	۵ (۱۶/۷)	
تحصیلات آکادمیک	۴ (۱۳/۳)	۲۶ (۲۰)	
نسبت با بیمار			
مادر	۱۱ (۳۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	
پدر	۹ (۳۰)	۳ (۱۰)	
همسر	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	P=۰/۳۹ **
خواهر	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
برادر	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	
فرزند	۱ (۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
سایر	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	
سن مراقب اصلی	۴۸/۸±۱۳/۱	۴۷/۱±۱۲/۶	P=۰/۶۱ ***
میانگین ± انحراف معیار			
مشخصات بیمار			
جنس			
مذکر	۲۸ (۹۳/۳)	۲۵ (۸۳/۳)	P=۰/۴۲ **
مؤنث	۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	
سطح تحصیلات			
زیردیپلم	۱۶ (۵۳/۳)	۲۰ (۶۶/۶)	P=۰/۱ **
دیپلم	۶ (۲۰)	۹ (۳۰)	
تحصیلات آکادمیک	۸ (۲۶/۷)	۱ (۳/۳)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۸ (۶۰)	۲۲ (۷۳/۳)	P=۰/۳۷ **
متأهل	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	
مطلقه	۶ (۲۰)	۲ (۶/۷)	
میانگین ± انحراف معیار			
سن بیمار	۳۴/۶ ± ۷/۸	۳۶/۷ ± ۸/۷	P=۰/۳۳ ***
طول مدت ابتلا	۹/۳ ± ۶/۱	۱۰/۲ ± ۶/۱	P=۰/۶ ***
دفعات بستری قبلی	۷/۰ ± ۸/۳	۹/۳ ± ۹/۱	P=۰/۲ ***

*مجذور کای

**دقیق فیشر

***تی مستقل

****من ویتی

جدول ۳: مقایسه استیگما و ابعاد آن در مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در دو گروه مداخله و شاهد

مقیاس	قبل از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	یک ماه پس از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	تفاوت مرحله ارزیابی میانگین \pm انحراف معیار	P-value (Paired t-test)
گروه مداخله	۱۱/۰ \pm ۲/۸	۲/۰ \pm ۸/۶	۲/۹ \pm ۲/۴	t= ۴/۴۶ p<۰/۰۰۱
گروه شاهد	۱۰/۰ \pm ۳/۳	۳/۱ \pm ۹/۹	۱/۹ \pm ۰/۱	t= -۰/۳۸ p=۰/۷۱
تنهایی	P-value (Independent t-test)	t= ۱/۱۹ p= ۰/۲۴	t= -۱/۸۹ p= ۰/۰۶	t= ۳/۵۱ p= ۰/۰۰۱
گروه مداخله	۱۱/۱ \pm ۲/۴	۹/۸ \pm ۲/۵	۱/۲ \pm ۲/۹	t= ۲/۳۵ p= ۰/۰۳
گروه شاهد	۱۰/۲ \pm ۲/۳	۱۰/۸ \pm ۳	-۰/۶ \pm ۱/۸	t= -۱/۶۹ p= ۰/۱۰
تأیید تصورات قالبی	P-value (Independent t-test)	t= ۱/۳۸ p= ۰/۱۸	t= -۱/۳۶ p= ۰/۱۸	t= ۲/۸۹ p= ۰/۰۰۵
گروه مداخله	۱۰/۰ \pm ۳/۰	۹/۹ \pm ۲/۱	۰/۰۳ \pm ۲/۵	t= ۰/۷ p= ۰/۹۴
گروه شاهد	۱۰/۸ \pm ۲/۷	۱۰/۲ \pm ۳	۰/۶ \pm ۲	t= ۱/۶۲ p= ۰/۱۲
تجربه تبعیض	P-value (Independent t-test)	t= -۱/۱۸ p= ۰/۲۴	t= -۰/۹۶ p= ۰/۳۴	t= -۰/۹۶ p= ۰/۳۴
گروه مداخله	۱۲/۳ \pm ۳/۲	۱۱ \pm ۳/۳	۱/۳ \pm ۲/۹	t= ۲/۵ p= ۰/۰۲
گروه شاهد	۱۲/۷ \pm ۳/۳	۱۲/۶ \pm ۳/۴	۰/۲ \pm ۲/۵	t= ۰/۳۷ p= ۰/۷۲
کنارگیری از اجتماع	P-value (Independent t-test)	t= -۰/۴۸ p= ۰/۶۳	t= -۱/۸۲ p= ۰/۰۷	t= ۱/۶۷ p= ۰/۱۰
گروه مداخله	۴۴/۳ \pm ۹/۲	۳۹/۴ \pm ۴/۸	۵/۰ \pm ۸/۱	t= ۳/۳۴ p= ۰/۰۰۲
گروه شاهد	۴۳/۸ \pm ۹/۷	۴۳/۵ \pm ۱۱/۲	۰/۳ \pm ۵/۸	t= ۰/۳ p= ۰/۷۵
استیگمای کل	P-value (Independent t-test)	t= ۰/۲ p= ۰/۸۴	t= -۱/۶۲ p= ۰/۱۱	t= ۲/۵۴ p= ۰/۰۱

بحث

غیرطبیعی را کمتر احساس کرده و هیجانات ابراز شده کمتری را نسبت به بیمار نشان می‌دهند (۲۳). اما طبق نتایج مطالعه حاضر، تأثیر آموزش روانی بر ابعاد مختلف استیگما متفاوت بوده است؛ به طوری که بر بعد تنهایی و تأیید تصورات قالبی در مقایسه با گروه شاهد تأثیر معناداری داشت؛ این موضوع با نتایج مطالعه Cuhadar و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر این که آموزش روانی موجب کاهش استیگما در دو بعد تنهایی و تأیید تصورات قالبی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی شد (۲۵) و با نتایج مطالعه Martinez-Zambrano و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر این که دانش در زمینه بیماری روانی، منجر به درک بهتر بیماران در دانش‌آموزان شد (۳۱) همسو می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه شریف و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر این که آموزش روانی موجب کاهش بار روانی خانواده بیماران اسکیزوفرنی و کاهش شدت علائم بیماران می‌شود (۳۲) نیز تأیید کننده نتایج مطالعه حاضر است. از آن جا که بعد تنهایی استیگما «احساس حقارت» را اندازه‌گیری می‌کند (۱۴) و دغدغه اصلی فرد انگ خورده در زندگی، عدم پذیرش در جامعه است، حضور در جمعی که دارای انگ مشابه هستند موجب می‌شود تا فرد احساس کند توسط سایر اعضای گروه درک شده و مثل افراد عادی مورد پذیرش واقع شده است (۹). اجرای آموزش روانی به صورت بحث گروهی و پرسش و پاسخ بین مراقبان خانگی بیماران مبتلا به

هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا در مشهد بود. طبق نتایج مطالعه حاضر، پس از اجرای آموزش روانی، میانگین نمره کل استیگما در گروه مداخله به صورت معناداری در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافت. به عبارت دیگر، آموزش روانی می‌تواند از طریق ارائه اطلاعات واقعی، در زمینه بیماری اسکیزوفرنی و قابلیت درمان آن، موجب کاهش استیگما در مراقبان خانگی شود؛ که از این جهت با نتایج مطالعه Cuhadar و همکاران (۲۰۱۴) در ترکیه که تأثیر آموزش روانی را بر کاهش میانگین نمره کل استیگما در بیماران مبتلا به اختلال خلقی نشان داد (۲۵) همسو می‌باشد.

در واقع، آموزش روانی موجب پذیرش بیشتر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، در خانواده شده و با طبیعی جلوه دادن علائم، نشانه‌ها و رفتارهای غیرطبیعی بیمار - که نیاز به درمان دارد - موجب احساس درونی بهتر خانواده نسبت به بیمار و خود می‌شود. از طرفی مراقبان خانگی، با آگاهی از علل بیماری اسکیزوفرنی از طریق تصحیح تصورات قالبی، دست از سرزنش خود برداشته و با یادگیری نحوه صحیح برخورد با بیمار و توقعات به جا از وی، شرم درونی ناشی از این رفتارهای

جمعی که دارای انگ مشترک هستند، باعث تشکیل حلقه‌ای از ابراز همدردی بین اعضای شرکت کننده و خروج آن‌ها از انزوا می‌شود (۹).

نتایج مطالعه Cuhadar و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر تأثیر آموزش روانی بر کاهش استیگما در دو بعد تجربه تبعیض و کناره‌گیری از اجتماع در بیماران مبتلا به اختلال خلقی در ترکیه (۲۵) و همچنین نتایج مطالعه Uchino و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر تأثیر آموزش روانی بر کاهش کناره‌گیری از اجتماع در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوفکتیو در ژاپن (۲۴) با نتایج مطالعه حاضر مغایر می‌باشد. علت این مغایرت می‌تواند تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی حاکم بر این دو مطالعه باشد؛ زیرا اگر چه هر سه مطالعه در بستر فرهنگ‌های جمع‌گرا انجام شده است، ولی در ایران به دلیل روابط صمیمی‌تر بین افراد و هنجارهای متفاوت از نظر مذهبی، این فرهنگ پررنگ‌تر بوده و مفهوم "خود"، بیش از سایر کشورهای مدیترانه‌ای در ارتباط با جامعه و دیگران، شکل می‌گیرد (۳۳). به همین دلیل، استیگما تا جایی که مربوط به احساس درونی فرد باشد، به دلیل افزایش آگاهی تا حدی کمتر شده است؛ ولی در جایی که مربوط به جامعه و دیگران و مرتبط با آن‌ها می‌شود، همچنان باقی است. از طرفی در این دو مطالعه از مدل‌های مختلف آموزشی استفاده شده است. به طوری که در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعه Cuhadar و Uchino، -طبق مدل فالون- راجع به استیگمای تجربه شده توسط مراقبان خانگی و راه‌های مقابله با آن در جلسات آموزشی به طور خاص صحبت نشده و بسیاری از احساسات و هیجانات در این زمینه همچنان سرکوب شده باقی مانده است (۲۴). از طرفی پس-آزمون در این دو مطالعه، بلافاصله پس از مداخله صورت گرفته است که می‌تواند بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر -با عنایت به این که این پژوهش روی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان انجام شده- این است که در دوران پژوهش، به دلیل کاهش بار مراقبتی، این مراقبان از وضعیت روانی بهتری برخوردار بودند که می‌تواند بر نتایج مطالعه حاضر مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داده که آموزش روانی قادر است با ارتقای سطح دانش و آگاهی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، موجب تغییر نگرش خانواده نسبت به بیماری اسکیزوفرنی و درمان آن شود؛ از این رو، می‌توان از نتایج این مطالعه جهت آموزش خانواده‌های بیماران روانی در بیمارستان استفاده نمود؛ اما بررسی تأثیر این مداخله بر جنبه‌های اجتماعی

اسکیزوفرنی، این شرایط را فراهم کرده و با ایجاد تعامل و ارتباط بین اعضای شرکت کننده، محیطی امن را همراه با پذیرش ایجاد کرده تا فرد احساس حقارت کمتری کند. همچنین آموزش روانی می‌تواند با ارائه اطلاعات واقعی در زمینه علل، علائم و درمان بیماری اسکیزوفرنی، تصورات قالبی را -که جزو شناختی نگرش‌های استیگمایی نسبت به گروه اجتماعی می‌باشد (۳۳)- با تصحیح باورهای اشتباه خانواده‌ها در مورد بیماری اسکیزوفرنی -یا در قول عوام بیماری روانی و دیوانگی- و عقایدی مبنی بر ماهیت خطرناک و غیرقابل درمان بودن این بیماران را تغییر دهد.

اما در مطالعه حاضر، آموزش روانی بر بعد تجربه تبعیض و کناره‌گیری از اجتماع تأثیر معناداری نداشته که از این جهت با نتایج مطالعه Kiropoulos و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر عدم تأثیر آموزش بر استیگمای درک شده در مهاجرین یونانی و ایتالیایی ساکن استرالیا (۲۸) و همچنین با نتایج مطالعه کاشانی و همکاران (۲۰۱۰) در ایران مبنی بر عدم تأثیر آموزش روانی (مدل اتکینسون و کویا) بر سطح عملکرد اجتماعی خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (۳۴)، همسو می‌باشد. چرا که در واقع تبعیض جزو رفتاری نگرش‌های استیگمایی می‌باشد که آموزش روانی در مطالعه حاضر قادر به تغییر هر دو بعد شناختی (تصورات قالبی) و رفتاری (تجربه تبعیض) استیگما به طور همزمان نمی‌باشد؛ زیرا از جمله علل عدم هماهنگی جزو شناختی و رفتاری نگرش در آموزش، زمانی است که پیام‌های ترغیب کننده در آن، برای افراد جالب یا مناسب نیست؛ در این صورت درجه قانع سازی آن، تحت تأثیر استدلال‌های نیرومندی که این پیام‌ها دارند، قرار نمی‌گیرد (۳۳).

از طرفی دیگر، بیان باز نیازها و مشکلات ناشی از مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات روانی تحت تأثیر فرهنگ می‌باشد؛ به طوری که در کشورهای آسیایی -برخلاف کشورهای اروپایی- به دلیل مسائلی مانند حفظ آبرو از ابراز این مشکلات خودداری کرده و آن را پنهان می‌کنند که در نهایت موجب کناره‌گیری خانواده از اجتماع و از دست دادن حمایت اجتماعی می‌شود (۴). ایران نیز، به دلیل اهمیت رعایت ارزش‌های اسلامی، از این فرهنگ مستثنی نمی‌باشد؛ در مطالعه حاضر، آموزش روانی با ارائه اطلاعات در زمینه بیماری اسکیزوفرنی قادر به تأثیر بر این دو بعد استیگما -که تحت تأثیر اجتماع و فرهنگ حاکم بر آن می‌باشد- نبود؛ چرا که طبق مدل Falloon به خانواده‌ها فرصتی جهت بیان مشکلات و احساساتشان در زمینه استیگماهای تجربه شده در جامعه داده نمی‌شود که این مسأله می‌تواند عاملی جهت عدم تأثیر آموزش روانی بر بعد اجتماعی استیگما باشد (۲۴). زیرا بیان مشکلات در

۹۳۰۷۴۸ که در تاریخ ۹۳/۴/۱۰ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد، استخراج شده است. به این وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، اساتید و مربیان محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، کارکنان بیمارستان روانپزشکی ابن سینا و شرکت کنندگان محترم به خاطر همکاری، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

استیگما نیاز به مطالعه بیشتری دارد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده، تأثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، پس از ترخیص از بیمارستان انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد کارآزمایی بالینی IRCT2015062022823N1 از طرح پژوهشی با کد

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11 th ed. New York: Wolters Kluwer; 2014.
2. Ettinger U, Meyhöfer I, Steffens M, Wagner M, Koutsouleris N. Genetics, Cognition, and Neurobiology of Schizotypal Personality: a Review of The Overlap with Schizophrenia. *J Psychiatry*. 2014;5(18):1-16.
3. Zauszniewski JA, Bekhet AK. Factors Associated With the Emotional Distress of Women Family Members of Adults with Serious Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014;28(2):102-7.
4. Chan SW-c. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(5):339-49.
5. Nojomi M, Malakouti SK, Ghanian H, Joghataei MT, Jacobsson L. Mental Illness Stigma in City of Tehran, 2009. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2010-2011;17(78):45-52. (Persian)
6. Pinto-Foltz MD, Logsdon C. Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009; 23(1): 32-40.
7. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy Stigma: A Focus Group Study of Relatives of Schizophrenia Patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(10):593-602.
8. Sanden RLMvd, Bos AER, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G. Experiences of Stigma by Association among Family Members of People With Mental Illness. *Rehabil Psychol*. 2013;58(1):73-80.
9. Kianpoor M. Stigma Notes on Management of Spoiled Identity. Tehran: Markaz; 1386.
10. Park S, Park KS. Family Stigma: A Concept Analysis. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014:1-7.
11. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S, Froeschl G, Tesfaye M. Public Stigma against Family Members of People with Mental Illness: Findings from The Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14(2):2-7.
12. Gonzalez-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernandez-Rivas A, Guimon J. Stigma and Discrimination Towards People with Schizophrenia and Their Family Members. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(1):14-23.
13. Farzand M, Abidi M. Effects of Mental Illness Stigma on Social Identity and Social Isolation among Family Caregivers of Psychiatric Patients. *Med Pharm Sci*. 2013;4(1):31-40.
14. Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashiach-Eizenberg M, Roe D. Measuring the Internalized Stigma of Parents of Persons with a Serious Mental Illness the Factor Structure of the Parents' Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(3):183-7.

15. Sepehrmanesh Z. Stigma of Mental Illness in Children and Their Parents: Developmental Concepts and Parent Concerned and Research Needs. Iranian Association of Child and Adolescent Psychiatry. 2006(5&6):3-14. (Persian)
16. Rezaeidehnavi S, Nori A, Jafari M, Faramarzi S. Investigating Stigma Phenomenon among Mothers with Down Syndrome Children in Isfahan: A Psycho-Social Approach. Family Research. 2008;5(19):401-16. (Persian)
17. Tavakoli S, Kaviani H, Sharifi V, Sadeghi M, Fotohi A. Review the Components of Cognitive, Emotional and Behavioral Stigmatization of People with Mental Illness. Cognitive Science. 2006;8(2):31-43. (Persian)
18. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. Individualism-Collectivism' as an Explanatory Device for Mental Illness Stigma. Community Ment Health J. 2012;49(3):270-80
19. Khanipour H, Golzari M, Shams J, zare H, Karamlou S. Relationship Between Shame Attitude Towards Mental Disorders and Expressed Emotion in Family Members of People with Bipolar and Schizophrenia. Journal of Family Research. 2013;9(2):241-54. (Persian)
20. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-Stigma among Caregivers of People with Mental Illness: Toward Caregivers' Empowerment. J Multidiscip Healthc. 2014;7:37-43.
21. Ghahari S. Family Psychoeducation (Models, Objectives and Methods of Implementation). Tehran: Boshra; 2004.
22. Hofmann SG, Tompson MC. Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions. New York: A Division of Guilford Publications; 2002.
23. Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B. Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. Delhi Psychiatry Journal. 2011;14(1):33-9.
24. Uchino T, Maeda M, Uchimura N. Psychoeducation may Reduce Self-Stigma of People with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. Kurume Med J. 2012;59(1,2):25-31.
25. Cuhadar D, Cam O. Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients with Bipolar Disorder. Arch Psychiatr Nurs. 2014;28(1):62-6.
26. Pinto-Foltz M, Logsdon MC, Myers J. Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of a Knowledge-Contact Program to Reduce Mental Illness Stigma and Improve Mental Health Literacy in Adolescents. Soc Sci Med. 2011;72(12):2011-9.
27. Hasson-Ohayona I, Levy I, Kravetza S, Vollanski-Narkisa A, Roeb D. Insight into Mental Illness, Self-Stigma, and the Family Burden of Parents of Persons with a Severe Mental Illness. Compr Psychiatry. 2011;52(1):75-80.
28. Kiropoulos LA, Griffiths KM, Blashki G. Effects of a Multilingual Information Website Intervention on the Levels of Depression Literacy and Depression-Related Stigma in Greek-Born and Italian-Born Immigrants Living in Australia: A Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2011;13(2):1-25.
29. Han D-Y, Chen S-H, Hwang K-K, Wei H-L. Effects of Psychoeducation for Depression on Help-Seeking Willingness: Biological Attribution Versus Destigmatization. Psychiatry Clin Neurosci. 2006;60 (6):662-8.
30. Ghanian H, Nojomi M, Jacobsson L. Internalized Stigma of Mental Illness in Tehran, Iran. Stigma Res Action. 2011;1(1):11-7. (Persian)
31. Martinez-Zambrano F, Garcia-Morale E, Garcia-Franco M, Miguel J, Villellas R, Pascual G, et al. Intervention for Reducing Stigma: Assessing the Influence of Gender and Knowledge. World J Psychiatr. 2013;2(3):18-24.
32. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a Psycho-Educational Intervention for Family Members on Caregiver Burdens and Psychiatric Symptoms in Patients with Schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry. 2012;12(48):2-9. (Persian)

33. Karimi Y. Social Psychology. 11th ed. Tehran: Publication Ravan; 2006.
34. Lotfikashani F, Pashasharifi H, Seifi M. Effects of Psychoeducation (Atkinson and the Koya Model) on the General Health of Families with Children with Schizophrenia. Thought and Behavior .2010;5(17):65-78.(Persian)

Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial

Saeed Vaghee¹, *Azam Salarhaji², Negar Asgharipour³, Hamid Chamanzari⁴

1. Evidence Based Care Research Centre, Instructor of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. MS in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Assistant professor of clinical psychology, psychiatry and behavioral sciences research center, Mashhad University of medical sciences, Mashhad, Iran

4. Evidence Based Care Research Centre, Instructor of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*Corresponding author, Email:salarhm921@mums.ac.ir

Abstract

Background: Stigma is the most challenging care responsibility in families of individuals with psychological disorders. Considering the evident impacts of cultural and social circumstances on stigma, less attention has been paid to this issue and the conducted interventions are limited.

Aim: to determine the effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia.

Methods: In this randomized controlled trial, 60 family caregivers of patients with schizophrenia, hospitalized at Ibn Sina Hospital of Mashhad in 2014-2015, were assigned to intervention (n=30) and control (n=30) groups. The experimental group received psychoeducation according to the model by Falloon et al. (1985) during two 4-hour sessions, while the control group received usual care. The Modified Version of the Internalized Stigma of Mental Illness scale was completed immediately before and one month after the intervention. For data analysis, Fisher's exact test, Mann-Whitney, independent t-test and paired t-test were performed, using SPSS version 11.5.

Results: In total, 71.7% of family caregivers were female and 28.3% were male. Before the intervention, there was no significant difference between the intervention (44.3±9.2) and control (43.8±9.7) groups regarding the mean score of stigma (P=0.84). However, the mean change in the total stigma score before and after the intervention was significantly different between the intervention (5.0±8.1) and control (0.03±5.8) groups (P=0.01).

Conclusion: Considering the influence of psychoeducation on individual aspects of stigma, this method can be applied to reduce stigma at psychiatric hospitals.

Keywords: Stigma, Psychoeducation, Schizophrenia, Family caregivers

Received: 21/06/2015

Accepted: 29/08/2015

