



Relationship Between the Stigma and the Family Performance of Psychiatric Patients

Saber Farzi ¹, Farshid Shamsaei ², Leili Tapak ³, Efat Sadeghian ^{4,*} 

¹ MSc of Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Associate Professor, Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Hamadan University of Medical sciences, Hamadan

³ Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Assistant Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* **Corresponding author:** Efat Sadeghian, Assistant Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Tel: +98-8138380150, E-mail: sadeghianefat@gmail.com

Received: 23 Jun 2019

Accepted: 10 Sep 2019

Abstract

Introduction: The most common and challenging burden of care in family members of the mentally ill is the problem of disease-induced stigma. Stigma refers to a set of negative attitudes, beliefs, and thoughts about a particular situation that includes the family in addition to the individual. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between the stigma and the family carers' function in the mental health system.

Methods: In this descriptive-correlational study, 278 caregivers of psychiatric patients referred to Farshchian (Sina) Educational Center of Hamadan in 1977 were selected using convenience sampling method. Data were collected using three questionnaires: demographic, stigma assessment, family functioning assessment tool. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS software.

Results: The mean and standard deviation of stigma and general family functioning were 72.9 ± 14.12 and 2.20 ± 0.26 , respectively. There was a significant relationship ($P < 0.05$) between stigma and general functioning as well as the domains of affective fusion, emotional responsiveness, and behavioral control from the Family Functioning Questionnaire ($P < 0.05$).

Conclusions: Given the relationship between stigma and family functioning of psychiatric patients, community education at different levels on appropriate treatment of these patients and their families through the media, health centers, and universities is recommended.

Keywords: Stigma, Family, Mental Disorder, Caregivers

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



ارتباط استیگما با عملکرد خانواده بیماران روانی

صابر فرضی^۱، فرشید شمسایی^۲، لیلی تاپاک^۳، عفت صادقیان^{۴*} 

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: عفت صادقیان، استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، همدان، ایران. تلفن: ۰۱۵۰-۸۱۳۸۳۸۰-۹۸. ایمیل: sadeghianefat@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۱۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۲

چکیده

مقدمه: رایج‌ترین و چالش برانگیزترین بار مراقبتی در اعضای خانواده بیماران روانی مسأله استیگمای ناشی از بیماری می‌باشد، استیگما به مجموعه‌ای از نگرشها، عقاید و تفکرات منفی نسبت به یک وضعیت خاص، گفته می‌شود که علاوه بر فرد مورد نظر، خانواده را نیز شامل می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط استیگما با عملکرد خانواده مراقبین بیماران روانی صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - همبستگی ۲۷۸ نفر از مراقبین بیماران روانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی- درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷ با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سه پرسشنامه: دموگرافیک، ارزیابی استیگما، ابزار سنجش عملکرد خانواده جمع آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی در نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار استیگما و عملکرد عمومی خانواده به ترتیب $14/12 \pm 26/9$ و $2/20 \pm 0/26$ بدست آمد. بین استیگما با عملکرد کلی و همچنین حیطه‌های آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتاری از پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به وجود ارتباط بین استیگما و عملکرد خانواده بیماران روانی، آموزش جامعه در سطوح مختلف در زمینه برخورد مناسب با این بیماران و خانواده‌های آنان از طریق رسانه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی و دانشگاه‌ها پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: استیگما، خانواده، بیماران روانی، مراقبین

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

هستند از خانواده‌های ناسالم برخاسته‌اند [۵]. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. وقتی خانواده‌ای تهدید می‌شود، از طریق رفتارهای روان پریش یا بیمارگونه می‌تواند به سمت تعادل پیش رود [۶]. عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجادشده در طول حیات، حل تضادها و تعارضها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم می‌باشد [۷]. عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند، به علاوه عملکرد خانواده معیار پیش‌بینی کننده

شیوع اختلالات روانی در جهان روبه افزایش است و این مشکل در کشورهای درحال توسعه بارزتر می‌باشد. در سال ۲۰۱۵ شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور ایران ۲۳/۴۴ درصد گزارش شده است [۱]. بیش از ۶۰ درصد بیماران پس از ترخیص از مراکز روانپزشکی به خانواده اصلی خود بر می‌گردند، بنابراین خانواده اولین و مهمترین منبع برای مراقبت از بیماران روانپزشکی می‌باشد [۲]. زمانی که یکی از اعضاء خانواده دچار یک نوع اختلال روانی می‌شود همه خانواده تحت تأثیر این بیماری و پیامدهای آن قرار می‌گیرند از این رو توجه به خانواده بیماران روانی یکی از مهمترین اصول درمانی و مراقبت این بیماران می‌باشد [۳، ۴].

خانواده جایگاه مهمی در رشد شخصیت افراد دارد و اغلب افراد دچار مشکلات مختلف شخصیتی و روانی که فاقد بهداشت و سلامت روانی

مناسبتی برای سلامت روانی است [۸]. بعضی از ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب شامل: تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به طور مؤثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه، مسئولیت‌پذیری شخصی است. [۹]. در مطالعاتی عملکرد خانواده بیماران روانی مطالعه شده است. فروزنده و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به مقایسه عملکرد خانواده در بیماران روانی بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد با تشخیص‌های متفاوت بستری پرداختند، یافته‌ها مطالعه نشان داده است بین میانگین نمره عملکرد خانواده بیماران افسرده، دوقطبی و اختلالات اضطرابی تفاوت معنی داری وجود دارد که این تفاوت نمره در بیماران دوقطبی و اختلالات اضطرابی بیشتر مشهود است. همچنین بیشترین مشکل عملکرد خانواده در حیطه نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کارکرد کلی بود [۱۰]. مطالعه‌ای دیگری توسط کوترا و همکارانش (۲۰۱۴) با عنوان عملکرد خانواده در خانواده‌های بیماران اپیزود اول سایکوز در مقایسه با بیماران روانی مزمن و گروه سالم در یونان انجام شد. نتایج حاکی از اختلال انسجام خانواده و انعطاف‌پذیری در خانواده‌های بیماران اپیزود اول سایکوز در مقایسه با گروه کنترل بود [۱۱].

رایج‌ترین و چالش برانگیزترین بار مراقبتی در اعضای خانواده بیماران روانی مسأله استیگمای ناشی از بیماری می‌باشد [۱۲]. استیگما یکی از اثرات بیماری-روانی در افراد می‌باشد. توجه به این نکته لازم است که استیگما یک مشکل فردی یا جزئی از بیماری نیست، بلکه یک مسئله اجتماعی است. در واقع انگ اجتماعی قضاوت متعصبانه و تبعیض گذاشتن در مقابل افراد یک گروه خاص می‌باشد. استیگما موضوعی حائز اهمیت در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی است چراکه عواقب استیگمای این دسته از بیماری‌ها، بیشتر از خود بیماری بوده و افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بیشتر از بیماران مبتلا به اختلالات جسمی، دچار آن می‌شوند [۱۳]. بومان معتقد است که نداشتن آگاهی از علل، علائم و روش‌های مختلف درمانی بیماری‌های روانپزشکی و عدم تماس فردی با بیماران می‌تواند منجر به نگرش منفی و به دنبال آن ایجاد استیگما شود. اکثریت مبتلایان به اختلالات روانی از کمبود آگاهی در حیطه سلامت روان، درک اشتباه عموم مردم از اختلالات روانی، نگرش‌های نادرست و تبعیض‌های صدمه زننده و مشکلات مرتبط رنج می‌برند، بدین صورت رفتارهای ناشی از استیگما بر جنبه‌های مختلف زندگی این دسته از بیماران مانند روابط شخصی، تحصیلی و شغلی اثر می‌گذارد [۱۴]. استیگما یا انگ اجتماعی [۱۵]، به مجموعه‌ای از نگرش‌ها، عقاید و تفکرات منفی نسبت به یک وضعیت خاص، گفته می‌شود که علاوه بر فرد مورد نظر، خانواده را نیز شامل می‌شود. این نوع استیگما (استیگما خانواده) را استیگمای ترحمی یا مسری و یا ارتباطی می‌نامند [۱۶]. تجربه استیگمای خانواده به میزان زیادی به استیگمای عمومی از جامعه مربوط می‌شود. استیگما ریشه در روابط اجتماعی داشته و فرد انگ خورده، اغلب عقاید جامعه درباره وضعیت خودش را می‌پذیرد [۱۷]. پیامدهای هیجانی تجربه خانواده از استیگمای عمومی، به طور کلی شامل احساس بی‌احترامی، بی‌اعتنایی و تبعیض در جامعه می‌باشد 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 برملاشدن وضعیت خود ممانعت می‌کنند [۱۸]. در مطالعات

مختلف استیگما به عنوان مهم‌ترین و بزرگ‌ترین مانع جهت جستجوی مداوم درمان و فرآیندهای توانبخشی مطرح شده است [۱۹]. شمسایی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی استیگما در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی پرداختند. نتایج نشان داد که مراقبین خانوادگی استیگما را در سطح متوسط به بالا تجربه کرده بودند و بطور ضعیفی با آن برخورد کرده بودند [۲۰]. کورشک و همکاران (۲۰۱۷) مطالعه‌ای با هدف توصیف تجربیات و تعیین استیگمای گزارش شده توسط مراقبین اولیه بیماران اسکیزوفرنی در هند انجام دادند. داده‌های کمی دلالت داشت که ۲۱ درصد مراقبین استیگمای بالا را گزارش کردند و ۴۵ درصد از افزایش شرایط خانواده احساس ناراحتی می‌کردند. داده‌های کیفی نشان داد که استیگما می‌توانست بر زندگی مراقبین خانوادگی تأثیر گذارد [۲۱].

آسیب‌زاترین پیامدهای استیگما، زمانی است که خانواده، استیگمای جامعه را پذیرفته و دیدگاه‌های منفی جامعه را نسبت به خود را به کارگرفته و درونی کند، که در این صورت اصطلاحاً گفته می‌شود فرد دچار استیگمای درونی یا احساسی شده است؛ این امر منجر به تغییر هویت، از دست دادن ارزش‌های هویتی قبلی و پذیرش دیدگاه انگ خورده خود می‌شود [۲۲] که پیامدهای آن شامل کاهش عزت نفس، افسردگی، احساس گناه و خود ملامتگری، بیقراری و آشفتگی درونی، کاهش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن و شکایات جسمی از قبیل اختلال خواب و خستگی مزمن می‌باشد. 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 [۶]. از طرفی ویژگی‌های فرهنگی، ارتباط بارزی با مسائل مرتبط با بیماری روانی، درمان جویی و استیگمای همراه آن دارند، به طوری که مطالعات پاپادوپولوس و همکاران نشان داده‌اند که فرهنگ‌های فردگرایی همچون فرهنگ‌های کشورهایی مانند آمریکا، آلمان، استرالیا در مقایسه با فرهنگ‌های جمع گرایی مانند فرهنگ‌های آسیا، آفریقا و کشورهای عربی، نگرش‌های انگ زنی کمتری در خصوص بیماران مبتلا به اختلالات روانی داشته‌اند [۲۳]. اما در ایران که فرهنگی جمع گرا 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 بی آبرو شدن، حقیر شدن و از دست رفتن جایگاه اجتماعی خانواده شده و همچنین هر چقدر ارزیابی‌های ایشان از خویشان، متمرکز بر جنبه‌های منفی همانند بی ارزش بودن و بی کفایتی 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 واقعیتی است که حتی در ایران، علیرغم باورهای مذهبی و خدمات بهداشت روان توسعه یافته، بسیار مشاهده می‌شود. استیگمای خانواده شامل تصورات قلبی سرزنش و شرمندگی می‌باشد که در آن، نگرش‌های عمومی، اعضای خانواده را به خاطر بی صلاحیتی در قبال بیمار که منجر به شروع یا عود بیماری می‌شود؛ سرزنش می‌کنند. خانواده‌ها متعاقب سرزنش، شرمندگی را تجربه می‌کنند که جهت

تطابق با آن، از حضور در موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کرده و خانواده عضو مبتلا را تا حد امکان، از جامعه مخفی می‌کند [۲۴].

با توجه به اهمیت استیگما در روند زندگی خانواده‌های بیماران روانی و اهمیت آن در پیشگیری، درمان و بهبودی بیماران و نبود پژوهشی در ارتباط با استیگما و عملکرد خانواده، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین استیگما با عملکرد خانواده مراقبین بیماران روانی مراجعه کننده در مرکز آموزشی درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه مقطعی (توصیفی به روش همبستگی) می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه خانواده‌های مراقبین بیماران روانی مراجعه کننده به درمانگاه و بخش‌های بستری روان پزشکی مرکز آموزشی- درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش با استفاده از فرمول زیر:

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p \times q}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 \times p \times q}{d^2} - 1 \right]}$$

تعداد نمونه ۲۷۸ محاسبه شد؛ که از مراقبین بیماران روانی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مطابق با معیار ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: تشخیص بیماران روانی با تأیید روانپزشک، حداقل تجربه یک سال مراقبت یا زندگی با بیمار روانی در اعضای خانواده، سلامت روانی کامل مراقبین بیماران روانی طبق گزارش خود و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود، معیارهای خروج شامل پرسشنامه‌هایی بود که به خوبی تکمیل نشده بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ارزیابی استیگما و سنجش عملکرد خانواده بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالات در ارتباط با جنسیت، سن، وضعیت تأهل، طول مدت مراقبت از بیمار و... بود ۲- پرسشنامه ۳۰ سوالی ارزیابی استیگما توسط شمسایی و همکاران (۱۳۹۷) [۱۸] در طیف پنج درجه‌ای لیکرت با سه سطح استیگما خفیف (امتیاز بین ۶۰ - ۳۰)، استیگما متوسط (امتیاز بین ۹۰ - ۶۰)، استیگما شدید (امتیاز بین ۱۲۰ - ۹۰) که توسط شمسایی و همکاران (۱۳۹۴) جهت پایان نامه با عنوان "تأثیر آموزش مواجهه با استیگما در عضو خانواده مراقبت کننده از بیمار مبتلا به اختلال روانی" ارزیابی و به تأیید رسیده است. روایی صوری و محتوی (۰/۸۳) این پرسشنامه با نظرخواهی از اساتید خبره دانشگاه در این حوزه مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از روش همبستگی درونی تعیین و آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمده است. در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمد.

۳ پرسشنامه ۶۰ سوالی سنجش عملکرد خانواده توسط اپشتاین، بالودین و بیشاب (۱۹۸۳) بود [۲۵]. جهت پایایی این پرسشنامه اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳) آن را بر روی یک نمونه ۵۳ نفری اجرا کردند که دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۷ بدست آمد. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی زاده ترجمه و هنجاریابی شده است ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاسها ۹۴/۰ بوده است [۲۲].

همچنین یوسفی نیز به بررسی روایی و پایایی و تأیید علمی آن پرداخته، ضمن تأیید روایی و برازش پرسشنامه پایایی هر یک از حیطه‌های؛ ارتباط (۰/۸۷)، آمیختگی عاطفی (۰/۸۹)، ایفای نقش (۰/۸۷)، عملکرد کلی (۰/۸۲)، حل مشکل (۰/۸۶)، و همراهی عاطفی (۰/۸۱) و پایایی کل پرسشنامه را (۰/۸۳) ذکر نموده است [۲۳]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۷۰ بدست آمد.

به منظور جمع آوری داده‌ها پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی همدان و مرکز آموزشی و درمانی فرشچیان (سینا) همدان به درمانگاه و بخش‌های روانپزشکی این مرکز مراجعه نموده و مراقبینی که به همراه بیماران مبتلا به اختلالات روانی به درمانگاه و بخش‌های بستری روان پزشکی با تشخیص‌های اسکیزوفرنی، دو قطبی، افسردگی، وسواس، اختلال شخصیت، اختلالات اضطرابی مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، شناسایی و سپس در ساعات انتظار جهت ویزیت پزشک با آنها ارتباط برقرار نمود و پس از ارائه توضیحات در مورد هدف مطالعه و شرکت داوطلبانه از آنها خواسته شد که رضایت نامه را امضاء نمایند. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار داده شد و پس از ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل، از آنها خواسته شد در مکانی مناسب و آرام پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. در طول مدت تکمیل پرسشنامه پژوهشگر در نزدیکی فرد مذکور بود تا به سؤالات احتمالی پاسخ بدهد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و بخش استنباطی شامل آزمون آماری همبستگی پیرسون با استفاده از نرم افزار آماری SPSS₂₃ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ مجوز از کمیته کد اخلاق (IR.UMSHA.REC.1396.945)، تکمیل فرم رضایت آگاهانه کتبی توسط شرکت کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات ثبت شده، دادن حق شرکت یا کناره گیری از پژوهش به نمونه‌ها، مورد توجه قرار گرفته است.

یافته‌ها

نتایج توصیفی پژوهش نشان داد که بیشترین واحدهای مورد پژوهش زن ۱۵۹ نفر (۵۷/۲ درصد)، متأهل ۲۰۵ نفر (۷۳/۷ درصد)، دارای تحصیلات متوسطه ۸۸ نفر (۳۱/۷ درصد)، خانه دار ۱۱۹ نفر (۴۲/۸ درصد)، دارای حمایت بیمه‌ای ۲۶۳ نفر (۹۴/۶ درصد)، ساکن شهر ۱۷۶ نفر (۶۳/۳ درصد)، همسر بیمار ۹۴ نفر (۳۳/۸ درصد) و زندگی همراه با بیمار ۲۷۰ نفر (۹۷/۱ درصد) بودند (جدول ۱). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که به لحاظ سطح استیگما، بیشترین واحدهای مورد پژوهش بصورت استیگما متوسط ۲۰۱ نفر (۷۲/۳ درصد) با میانگین و انحراف معیار ۱۴/۱۲ ± ۷۲/۹ (جدول ۲) و به لحاظ عملکرد عمومی خانواده دارای عملکرد متوسط با میانگین و انحراف معیار ۲/۲۰ ± ۰/۲۶ بودند (جدول ۳).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری را بین استیگما با عملکرد کلی و همچنین حیطه‌های آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتاری نشان داد ($P < ۰/۰۵$)، ولی بین استیگما با حیطه‌های حل مسأله، مهارت‌های ارتباطی و ایفای نقش ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول ۴)

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی بیماران روان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۱۱۹	۴۲/۸
زن	۱۵۹	۵۷/۲
وضعیت تأهل		
مجرد	۵۳	۱۹/۱
متاهل	۲۰۵	۷۳/۷
متارکه کرده	۲	۰/۸
بیوه	۶	۲/۲
زندگی با والدین	۱۲	۴/۳
سطح تحصیلات	۴۴	۱۵/۸
ابتدایی		
متوسطه	۸۸	۳۱/۷
دیپلم	۷۱	۲۵/۵
فوق دیپلم	۵۵	۱۹/۸
لیسانس	۱۲	۴/۳
فوق لیسانس	۷	۲/۵
دکتری	۱	۰/۴
شغل	۲	۰/۷
دانش آموز		
دانشجو	۳۴	۱۲/۲
کارمند	۳۹	۱۴
آزاد	۶۸	۲۴/۵
خانه دار	۱۱۹	۴۲/۸
کشاورز	۱۶	۵/۸
نوع بیمه		
نیروهای مسلح	۷	۲/۵
کمیته امداد	۸	۲/۹
تأمین اجتماعی	۶۶	۲۳/۷
خدمات درمانی	۱۵۵	۵۵/۸
سایر	۲۷	۹/۷
محل زندگی		
شهر	۱۷۶	۶۳/۳
روستا	۱۰۲	۳۶/۷
نسبت با بیمار		
پسر	۱۲	۴/۳
خواهر	۲۳	۸/۳
همسر	۹۴	۳۳/۸
دختر	۱۲	۴/۳
پدر	۴۸	۱۷/۳
مادر	۵۱	۱۸/۳
برادر	۳۸	۱۳/۷
مراقبت غیره از بیمار		
بله	۲۳۷	۸۵/۳
خیر	۴۱	۱۴/۷
زندگی با بیمار		
بله	۲۷۰	۹۷/۱
خیر	۸	۲/۹

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح استیگما مراقبین بیماران روان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷

سطح استیگما	فراوانی	درصد
بدون استیگما (۰ - ۳۰)	-	-
استیگما خفیف (۳۰ - ۶۰)	۴۹	۱۷/۶
استیگما متوسط (۶۰ - ۹۰)	۲۰۱	۷۲/۳
استیگما شدید (۹۰ - ۱۲۰)	۲۸	۱۰/۱
میانگین و انحراف	۷۲/۹ ± ۱۴/۱۲	
حداکثر و حداقل	۳۴ - ۱۱۳	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده مراقبین بیماران روان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷

حیطه عملکرد خانواده	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	دامنه نمرات
حل مسأله	۲/۱۵	۰/۳۳	۱/۳۳	۳/۵	۱ - ۶
ارتباطات	۲/۲۳	۱/۶۵	۰/۳۳	۱/۴۳	۱ - ۷
نقش‌ها	۲/۱۶	۰/۲۹	۱/۳۳	۳/۱۱	۱ - ۹
پاسخگویی عاطفی	۲/۳۱	۰/۳۲	۱/۵۷	۳/۴۳	۱ - ۷
آمیختگی عاطفی	۲/۱۱	۰/۳۸	۱/۰۰	۳/۴۴	۱ - ۹
کنترل رفتاری	۲/۴۲	۰/۳۳	۱/۵۶	۳/۴۴	۱ - ۹
عملکرد عمومی خانواده	۲/۲۰	۰/۲۶	۱/۵۴	۳/۱۵	۱ - ۱۳

جدول ۴. ارتباط بین استیگما و عملکرد خانواده مراقبین بیماران روان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P Value
استیگما	۷۲/۹	۱۴/۱۲	۰/۲۳۴	۰/۰۰۱
عملکرد کلی	۲/۲۰	۰/۲۶		
حیطه حل مسأله	۱۲/۹۱	۲/۰۱		
استیگما	۷۲/۹	۱۴/۱۲	-۰/۰۲۳	۰/۷۰۵
مهارت‌های ارتباطی	۲/۲۳	۰/۳۳		
استیگما	۷۲/۹	۱۴/۱۲	۰/۰۹۸	۰/۱۰۴
ایفای نقش	۲/۱۶	۰/۲۹		
استیگما	۷۲/۹	۱۴/۱۲	۰/۱۴۹	۰/۰۱۳
آمیختگی عاطفی	۲/۱۱	۰/۳۸		
استیگما	۷۲/۹	۱۴/۱۲	۰/۱۶۹	۰/۰۰۵
پاسخگویی عاطفی	۲/۳۱	۰/۳۲		
استیگما	۷۲/۹	۱۴/۱۲	۰/۱۹۰	۰/۰۰۱
کنترل رفتاری	۲/۴۲	۰/۳۳		

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط استیگما با عملکرد خانواده مراقبین بیماران روانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی فرشچیان (سینا) همدان در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که اکثریت مراقبین (۷۲/۳ درصد) استیگمای متوسط را تجربه می‌کردند. همسو با مطالعه حاضر مطالعه واقعی و سالارحاجی (۱۳۹۴) می‌باشد، در پژوهش آنان میانگین نمره کل استیگما در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرن $42/6 \pm 9/2$ (از ۶۸ نمره) بود که بیشترین میانگین مربوط به بعد کناره گیری از اجتماع (۳/۳ $\pm 12/4$) و کمترین میانگین مربوط به بعد تنهایی (۳/۳ $\pm 9/8$) بود [۲۲]. در واقع استیگما یکی از مشکلات ناشی از مراقبت و زندگی با بیمار مبتلا به اختلال روانی است که در بسیاری از مطالعات مشابه نیز به آن اشاره شده است [۲۱، ۲۲]. دالکی و همکاران (۲۰۱۲) به بار روانی اجتماعی به نام استیگمای خانواده‌ها اشاره می‌کنند که یکی از چالش‌های مهم زندگی این مراقبین به شمار می‌آید و منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیماران با اختلالات روانی می‌شود [۲۶]. همچنین در مطالعات کیفی انجام گرفته توسط کنت (۲۰۱۴)، استیل (۲۰۱۴) و اسسلو (۲۰۱۶) اکثر بستگان و خانواده بیماران روانی، استیگما را تجربه و گزارش کرده‌اند [۲۷-۲۹]. نتایج مطالعه کورشک و همکاران (۲۰۱۷) نیز که به بررسی تجربه استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران اسکیزوفرنی پرداخته بودند نشان داد که ۲۱ درصد مراقبین استیگما را تجربه کرده‌اند [۲۱]. در مطالعه حاضر و تمامی مطالعات مذکور تجربه استیگما در مراقبین خانوادگی وجود داشته است. متفاوت بودن میزان سطح استیگمای تجربه شده می‌تواند ناشی از تأثیر فرهنگ بر

این تجربه، متفاوت بودن روش‌های مطالعه و یا ابزارهای متفاوت در هر مطالعه باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین ابعاد عملکرد خانواده، بیشترین میانگین مربوط به بعد کنترل رفتاری بود. در ارتباط با مطالعه حاضر مطالعه فروزنده و همکاران (۱۳۹۲) که در پژوهشی به مقایسه عملکرد خانواده در بیماران روانی بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد با تشخیص‌های متفاوت بستری پرداختند، نتایج نشان داد بیشترین مشکل عملکرد خانواده در حیطه نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کارکرد کلی بود [۱۰]. همچنین در مطالعه‌ای که توسط کوترا و همکارانش (۲۰۱۴) با عنوان عملکرد خانواده در خانواده‌های بیماران اپیزود اول سایکوز در مقایسه با بیماران روانی مزمن و گروه سالم در یونان انجام شد، نتایج حاکی از اختلال انسجام خانواده و انعطاف‌پذیری در خانواده‌های بیماران اپیزود اول سایکوز در مقایسه با گروه کنترل بود [۱۱]. دلایل این تفاوت نتایج مطالعات مذکور با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت در روش‌های مطالعات باشد.

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه دستجردی و همکاران (۱۳۹۵) که نتایج این مطالعه نیز نشان داد مراقبین خانوادگی دارای کودک کم توان ذهنی بیشترین نمره را در بعد کنترل رفتاری کسب کرده بودند، همسو می‌باشد [۳۰].

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین استیگما با عملکرد کلی خانواده بود. بر طبق یافته‌های فروزنده و همکاران (۱۳۹۲) که در پژوهشی به مقایسه عملکرد خانواده در بیماران روانی بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد با تشخیص‌های متفاوت بستری پرداختند، نتایج نشان داده است بین میانگین نمره عملکرد خانواده بیماران افسرده، دو قطبی و اختلالات اضطرابی تفاوت معنی داری وجود دارد که

نتیجه گیری

بطور کلی مطالعه نتایج حاضر بیانگر آن است که اکثر مراقبین بیماران روانی استیگمای متوسط تا شدید را تجربه می کنند که می تواند بر عملکرد کلی خانواده و برخی از ابعاد آن تأثیر گذار باشد. از محدودیت های مطالعه می توان به موارد زیر اشاره نمود: به دلیل اینکه پژوهش حاضر به خانواده بیماران روانی شهر همدان محدود شده است، تعمیم نتایج پژوهش به خانواده های بیماران روانی سایر استانها و شهرهای کشور با احتیاط صورت گیرد. استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار گردآوری داده ها وعدم همکاری برخی از مراقبین بیماران روانی به دلیل فشار روانی و حجم بالای سؤالات پرسشنامه از محدودیت های دیگر پژوهش بود. از آنجائیکه استیگما پدیده وابسته به فرهنگ است، انجام مطالعه در سایر شهرها پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره طرح ۹۷۰۱۲۸۳۳۵ می باشد. نویسندگان برخود لازم می دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، کارکنان محترم بخش های روانپزشکی و مسئولین درمانگاه روانپزشکی بیمارستان فرشچیان و بیماران بستری این مرکز که در اجرای این مطالعه پژوهشگران را یاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. Arch Iran Med. 2017;20(3):128-34. doi: 0172003/AIM.003 pmid: 28287805
- Kochaki Nejad Z, Mohajjel Aghdam A, Hassankhani H, Sanaat Z. The effects of a patient-caregiver education and follow-up program on the breast cancer caregiver strain index. Iran Red Crescent Med J. 2016;18(3):e21627. doi: 10.5812/ircmj.21627 pmid: 27247782
- Abayomi O, Akinhanmi AO, Adelufosi AO. Psychiatric morbidity and subjective burden among carers of outpatients of a psychogeriatric clinic in southwestern Nigeria. J Cross Cult Gerontol. 2015;30(4):439-50. doi: 10.1007/s10823-015-9274-9 pmid: 26497309
- Zablotsky B, Bradshaw CP, Stuart EA. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2013;43(6):1380-93. doi: 10.1007/s10803-012-1693-7 pmid: 23100053
- Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview: Cengage learning. 8th ed 2013.
- Sayette MA, Mayne TJ, Norcross JC. Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology. New York, NY, US: Guilford Press; 2010.
- Portes PR, Howell SC, Brown JH, Eichenberger S, Mas CA. Family functions and children's postdivorce adjustment. Am J Orthopsychiat. 1992;62(4):613-7. doi: 10.1037/h0079365 pmid: 1443070
- Sharf RS. Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases: Cengage learning 2015.
- Depaul N. Healthy family functioning relationship advice & relationship tips. Council for Relationships. J Couns Relat. 2006;215:382-680.
- Foruzandeh N, Delaram M, Nourian K, Dares F. Comparison of the performance of families in psychiatric patients with different diagnosis of admission. J Behav Sci. 2013;11(5):473-84.
- Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Basta M, Simos P, Lionis C, et al. Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. Compr Psychiatr. 2015;62:1-12. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.06.006 pmid: 26343461
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Lancet. 2016;387(10023):1123-32.
- Baumann AE. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. Int Rev Psychiatry. 2007;19(2):131-5. doi: 10.1080/09540260701278739 pmid: 17464791
- Van der Sanden RL, Bos AE, 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. doi: 10.1037/a0031752 pmid: 23438002
- Park S, Park KS. Family stigma: a concept analysis. Asia Nurs Res. 2014;8(3):165-71.

17. Girma E, Moller-Leimkuhler AM, Muller 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. [doi: 10.1186/1472-698X-14-2](#) [pmid: 24555444](#)
18. Farzand M, Abidi M. Effects of mental illness stigma on social identity and social isolation among family caregivers of psychiatric patients. *Int J Med Pharmac Sci*. 2013;4(1):31-40.
19. 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. [doi: 10.1097/NMD.0b013e3182845d00](#) [pmid: 23443038](#)
20. Shamsaei F, Sadeghian E, Nazari F. Considering stigma in family caregivers of psychiatric disorders in farshchian hospital Hamadan, Iran. *J Health Sys Res*. 2017;13(4):422-8.
21. Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, et al. Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Soc Sci Med*. 2017;178:66-77. [doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.061](#) [pmid: 28213300](#)
22. Vaghee S, Salarhaji A. Stigma in family caregivers of patients with schizophrenia hospitalized in Ibn-Sina psychiatric hospital of Mashhad in 2014-2015. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci*. 2015;3(3):23-30.
23. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Communit Ment Health J*. 2013;49(3):270-80. [doi: 10.1007/s10597-012-9534-x](#) [pmid: 22837106](#)
24. Larson JE, Corrigan P. The stigma of families with mental illness. *Acad Psychiatr*. 2008;32(2):87-91. [doi: 10.1176/appi.ap.32.2.87](#) [pmid: 18349326](#)
25. Epstein NBBL, Bishop DS. The McMASTER family assessment device. *J Marit Famil Therap*. 1983;9(2):171-80.
26. Dalky HF. Perception and coping with stigma of mental illness: Arab families' perspectives. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):486-91. [doi: 10.3109/01612840.2012.676720](#) [pmid: 22757601](#)
27. Ae-Ngibise KA, Doku VC, Asante KP, Owusu-Agyei S. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Glob Health Action*. 2015;8:26957. [doi: 10.3402/gha.v8.26957](#) [pmid: 25967587](#)
28. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476-93. [doi: 10.1093/ije/dyu038](#) [pmid: 24648481](#)
29. Iseselo MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatr*. 2016;16:146. [doi: 10.1186/s12888-016-0857-y](#) [pmid: 27177934](#)
30. Dastjerdi EAS, Saki Malehi A, Amiri E, Goharpey S. Comparison between Family Functions of Families with and without Mentally Retarded Children. *Manag Strat Health Sys*. 2017;1(2):136-44.
31. Yin Y, Zhang W, Hu Z, Jia F, Li Y, Xu H, et al. Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: a field survey. *PLoS One*. 2014;9(9):e108527. [doi: 10.1371/journal.pone.0108527](#) [pmid: 25259732](#)
32. Yosef N. Psychometric of scales McMaster Family Assessment approach. *Quarter Educat Measur*. 2012;3(7):85-114.