DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044 Published by Vesnu Publications

بررسی انگ در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در بیمارستان فرشچیان همدان

فرشید شمسایی[۱]، عفت صادقیان[۲]، فاطمه نظری[۳]، علی برزگر[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بی‌تردید رایج‌ترین و عمده‌ترین مسأله برای افراد مراقبت کننده از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، انگ می‌باشد. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی انگ در مراقبان خانوادگی بیماران دارای اختلالات روانی در بیمارستان فرشچیان همدان بود.

روش‌ها: در این پژوهش مقطعی، ۴۳ عضو خانواده مراقبت کننده از بیمار مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان روان‌پزشکی فرشچیان شهر همدان، در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار سنجش، پرسش‌نامه ۳۰ سؤالی محقق ساخته در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت بود که روایی آن بر اساس روش اعتبار محتوا و پایایی آن نیز از طریق محاسبه همبستگی درونی تأیید گردید. مقدار همبستگی درونی، ۰/۹۴ به دست آمد و نشان دهنده پایایی پرسش‌نامه در سطح بالا بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل گرفت.

یافته‌ها: از کل تعداد مراقبت کنندگان بیماران، ۲۶ نفر (۶۰/۵ درصد) را زنان و ۱۷ نفر (۳۹/۵ درصد) را مردان تشکیل دادند. میانگین نمره انگ، ۱۲/۲۳ ± ۸۲/۴۷ به دست آمد که نشان داد مراقبان خانوادگی رنج ناشی از انگی زندگی با بیمار روانی را تجربه کرده‌اند. بیشترین انگ مربوط به مواردی مانند عدم ازدواج، عدم یافتن کار، احساس شرمندگی، تحقیر شدن توسط دیگران، بی‌آبرویی و خجالت با نمرات بالا بود.

نتیجه‌گیری: عدم آگاهی عمومی از اختلالات روانی و شناخت بیماران و کمبود مداخلات مؤثر، منجر به انگ می‌شود. با آگاهی از اختلالات روانی و علت‌یابی آن‌ها، می‌توان نقش این عوامل را در ایجاد انگ تعیین کرد. بدیهی است با درک و تدوین فرایندهای بهینه و اثربخش مانند آگاه کردن جامعه و آموزش، می‌توان به کاهش انگی عضو مراقبت کننده از بیماران دارای اختلال روانی کمک نمود.

واژه‌های کلیدی: انگ، نگرش، آموزش، اختلالات روان‌پزشکی، مراقبان خانوادگی

ارجاع: شمسایی فرشید، صادقیان عفت، نظری فاطمه، برزگر علی. **بررسی انگ در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در بیمارستان فرشچیان همدان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۴): ۴۲۸-۴۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲

مقدمه

اختلالات روانی و رفتاری، مشکلات شایعی هستند که ۲۵ درصد افراد در طول زندگی به آن‌ها دچار می‌شوند. این اختلالات در تمام سنین، نژاد و جنس مشاهده می‌شود و هیچ فردی از هیچ طبقه اقتصادی و اجتماعی خاصی، در مقابل آن مصونیت ندارد (۱). در سال‌های اخیر، این اختلالات توجه همگانی بیشتری را به خود جلب کرده است؛ چرا که تبعات این نوع مشکلات، اغلب اطرافیان بیمار را نیز درگیر می‌کند و در زمان کوتاهی خانواده‌ها به عنوان خط مقدم (Frontline) مراقبت کننده از بیماران روانی تبدیل می‌شوند (۲).

خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی، مشکلات متعددی دارند که ناشی از مراقبت از این بیماران است. یکی از این مشکلات، انگ یا برچسب ناشی از اختلالات روانی می‌باشد (۴، ۳). نقش خانواده در درمان اختلالات روانی یک فرد بسیار مهم و تأثیرگذار می‌باشد. مراقبان خانگی در مراقبت از بیماران روانی نقشی کلیدی دارند و ارایه کنندگان مراقبت‌های اولیه به شمار می‌روند (۵). بنابراین، با توجه به پیامدهای منفی انگ بر سلامت روان خانواده‌ها و اهمیت خانواده در مراقبت، پیگیری و تداوم درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، پدیده انگ موضوع اساسی و مهمی به شمار می‌رود و در حوزه بهداشت روان باید مورد توجه قرار گیرد.

در اصطلاح روان‌شناسی، انگ اولین بار توسط Goffman (۶) تعریف شد. بر اساس توصیف Goffman (۶) و Anderson (۷)، انگ یک ویژگی به شدت عذاب‌آور است که باعث می‌شود شخص حامل آن خصوصیت، از یک فرد معمول به یک فرد بی‌اهمیت و با اعتماد به نفس پایین و فاقد کارایی لازم تبدیل شود. Crocker و همکاران، انگ را به مفهوم مجموعه‌ای از پیش‌داوری‌ها، رفتارهای تبعیض‌آمیز و سوگیری‌ها از طرف اغلب افراد در مورد فرد یا اشخاص بی‌اعتبار شده تعریف کردند که شامل تصورات کلیشه‌ای، برچسب زدن، جداسازی، واکنش‌های هیجانی، از دست دادن موقعیت و تبعیض می‌باشد (۸). اغلب پژوهشگران مانند Yang و Singla (۹)، Perlick و همکاران (۱۰)، Corrigan و همکاران (۱۱)، Adhikari (۱۲) و Girma و

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات اختلات رفتاری و سوء مصرف مواد و گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳- کارشناس ارشد، گروه روان‌پرستاری، بیمارستان شهید بهشتی زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۴- کارشناس ارشد، گروه مدیریت اجرایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
نویسنده مسؤول: فاطمه نظری
Email: f.nazari.1324@gmail.com.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]

همکاران (۱۳) و همچنین، انجمن‌های حوزه روان‌پزشکی، درباره انگ تعاریف همسان و یا نزدیک به تعریف Goffman (۶) ارایه کرده‌اند. Larson و Corrigan انگ را در عود، طولانی شدن درمان یا رها کردن درمان مؤثر دانسته‌اند (۱۴).

در عرصه اختلالات روانی، انگ حالت منفی درونی شده ناشی از یک ویژگی خاص می‌باشد که بر هر سه بعد مهم درمان بیماری‌های روانی، ارایه دهندگان مراقبت سلامت، خانواده بیماران و خود بیماران تأثیرگذار است. در حقیقت، بسیاری از صاحب‌نظران حوزه سلامت روان بر این باور هستند که مهم‌ترین مانع درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، نه کمبود دارو و متخصص و امکانات، بلکه در واقع «انگ بیماری روانی» است (۱۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که از میان موانع درمان اختلالات روانی، پنج مانع اول مربوط به انگ می‌باشد. همچنین، Jones و همکاران در تحقیق خود، شش بعد «قابلیت پنهان کردن، روند، تخریب، ویژگی‌های زیباشناختی، منشأ و خطر» را در بروز پدیده انگ مهم برشمردند. قابلیت پنهان کردن، اشاره به دیدن شرایط انگی و چگونگی کنترل آن دارد و درجه انگ را در فرد نشان می‌دهد. روند به الگوی موقعیت انگ تأکید دارد که در طول زمان ایجاد می‌شود. برخی شرایط انگی ممکن است در طول زمان از بین بروند و برخی دیگر پررنگ‌تر شود. تخریب درجه‌ای از آسیب است که شرایط انگی به تعاملات اجتماعی می‌زند. زیبایی‌شناختی اشاره به چگونگی به وجود آمدن نشانه‌های جذاب یا غیر جذاب دارد. منشأ، بیان کننده از کجا به وجود آمدن برچسب و نقش فرد در ایجاد انگ می‌باشد و خطر، به تهدید به وجود آمده توسط افراد انگی توجه دارد. این ابعاد تا حد زیادی در به وجود آمدن انگ و شدت آن مؤثر می‌باشد (۱۵).

از طرف دیگر، انگ منجر به کیفیت پایین زندگی، انزوای اجتماعی و خودباختگی می‌شود (۱۶، ۵). بنابراین، پذیرش این واقعیت که عضوی از خانواده مبتلا به اختلال روانی شده است و مراقبت طولانی مدت از آن مشکل می‌باشد، اعضای خانواده را در بحران اضطراب‌انگیزی قرار می‌دهد. آن‌ها به سختی قادر هستند درباره بیمار خود حرف بزنند و توانایی پذیرش این واقعیت را ندارند. عضو خانواده مراقبت کننده، باید علاوه بر حمایت عاطفی و جسمانی از بیماران، اثرات منفی ناشی از تبعیض و انگ زدن را نیز تحمل نماید. بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی، می‌تواند از کیفیت مراقبت ارایه شده بکاهد. از سوی دیگر، سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حداقل ۴۵۰ میلیون نفر مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که تخمین زده می‌شود با انجام مداخلات اثربخش از جمله کاهش انگی عضو مراقبت کننده از بیمار روانی، می‌توان به میزان ۳۰ درصد از این تعداد بیمار را به نحو مقتضی درمان نمود و به جامعه برگرداند (۱۷).

Gonzalez و همکاران طی یک مطالعه مقطعی در بریتانیا، عوامل مؤثر بر انگ را جنسیت، سن، نژاد (آفریقایی، آسیایی، اروپایی)، میزان تحصیلات، مجرد یا متأهل بودن و نوع بیماری عنوان کردند (۱۸). Corrigan و Watson پژوهش متاآنالیزی را با عنوان به چالش کشیدن انگ عمومی نسبت به اختلالات روانی در کشور سوئیس انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که انگ علاوه بر شامل بودن بر منطقه وسیعی از اختلالات روانی، ویژگی‌هایی همچون نژاد، جنسیت، گرایش جنسی و یا دیگر وضعیت‌های تهدید کننده شرایط سلامت و معلولیت‌های ذهنی و جسمی را نیز شامل می‌شود (۱۶). بر همین اساس، برخی مداخلات درمانی همچون آموزش، حمایت و روان درمانی، می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و کاهش بار روانی ناشی از انگ در عضو خانواده مراقبت کننده داشته باشد تا از این طریق زمینه برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم شود و سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانگی نیز ارتقا یابد (۱۰، ۴). بنابراین، تحقیق حاضر با توجه به چالش‌های موجود در مورد انگ و آثار منفی و مخرب آن و همچنین، به علت کمبود مطالعات مشابه در ایران، با هدف بررسی انگ خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان فرشچیان همدان صورت گرفت.

روش‌ها

این پژوهش به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۴۳ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان فرشچیان همدان که بیشترین نقش را در نگهداری آنان داشتند، انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت؛ بدین صورت که خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان در صورت داشتن معیارهای مورد نظر، به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود شامل ساکن همدان بودن، داشتن تجربه یک‌ساله مراقبت از بیمار، نداشتن معلولیت جسمی، عدم سابقه بیماری روانی و یا سوء مصرف الکل و مواد بود. معلولیت جسمی یا ابتلا به بیماری‌های دیگر همچون Human immunodeficiency virus (HIV) و یا سوء مصرف الکل و مواد در بیمار، غیبت اعضای خانواده بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی و رویداد استرس‌زا و پیش‌بینی نشده برای خانواده در طول انجام مطالعه نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

در تحقیق حاضر، بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بخش‌های روان‌پزشکی زنان و مردان بیمارستان فرشچیان همدان که با تشخیص اختلالات اسکیزوفرنی، دوقطبی، افسردگی، وسواس و... بستری بودند، از طریق تشخیص‌های ثبت شده بر روی پرونده شناسایی شدند و سپس با خانواده آنان ارتباط برقرار گردید و عضوی از خانواده که بیشترین نقش را در مراقبت از بیمار بر عهده داشت، شناسایی شد و توضیحات لازم در مورد هدف مطالعه و شرکت داوطلبانه در مطالعه به او داده شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق ساخته و دو قسمتی شامل سؤالات مربوط به مشخصات دموگرافیک بود که اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و درمانی بیمار و مراقب اصلی وی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات مراقبان، شهری یا روستایی بودن، شدت بیماری و مدت زمان مراقبت از بیماران را دربرمی‌گرفت. بخش دوم مربوط به ارزیابی انگ متشکل از ۳۰ سؤال بود که بر اساس منابع و متون تخصصی روان‌پزشکی (۲۰-۱۸، ۱۳)، توسط تیم تحقیق تدوین گردید. روایی پرسش‌نامه بر اساس روش اعتبار محتوا و دریافت نظرات صاحب‌نظران شامل روان‌پزشک، روان‌شناس و روان‌پرستار مورد سنجش قرار گرفت که میزان آن ۰/۸۰ به دست آمد. سپس جهت بررسی و رفع مشکلات و تدوین پرسش‌نامه نهایی، مطالعه به صورت پایلوت بر روی ۱۰ نفر از خانواده‌های مراقبت کننده از بیماران روانی اجرا شد و بدین طریق سؤالات نامأنوس و مبهم اصلاح گردید و پایایی آن نیز از طریق محاسبه همبستگی درونی مورد تأیید قرار گرفت. مقدار همبستگی درونی، ۰/۹۴ به دست آمد و نشان دهنده پایایی پرسش‌نامه در سطح بالا بود. گزینه‌های هر سؤال به صورت طیف لیکرت (همیشه، بیشتر اوقات،

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]

گاهی، به ندرت و هرگز) و امتیازدهی آن از صفر تا ۴ در نظر گرفته شد و بر اساس مقیاس خودگزارشی درونی‌سازی انگ بیماری روانی (Internalized Stigma of Mental Illness یا ISMI)، نمره انگ بین صفر تا ۱۲۰ تعیین گردید (۲۲، ۲۱)؛ به طوری که نمره کل بین صفر تا ۳۰ دلالت بر نبود انگ، بین ۳۰ تا ۶۰ انگی خفیف، بین ۶۰ تا ۹۰ انگی متوسط و بین ۹۰ تا ۱۲۰ انگی زیاد را نشان داد. لازم به ذکر است که در مورد افراد شرکت کننده بی‌سواد، ابتدا سؤالات برای آن‌ها خوانده شد و گزینه‌ها توضیح داده شد. سپس بر اساس نظر آنان، پرسش‌نامه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره پ/۳۳۰۶/۹/۳۵/۱۶ مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، از همه شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش اخذ گردید.

یافته‌ها

از جمعیت مراقبت کنندگان بیماران، ۲۶ نفر (۶۰/۵ درصد) آنان را زنان و ۱۷ نفر (۳۹/۵ درصد) را مردان تشکیل دادند. میانگین سن مراقبت کنندگان بیماران حدود ۴۲ سال و میانگین مدت مراقبت از بیماران نیز ۶۶ ماه بود. ۲۴ نفر (۵۵/۸ درصد) از بیماران زن و ۱۹ نفر (۴۴/۲ درصد) از آن‌ها مرد با میانگین سنی ۱۱/۶۱ ± ۲۸/۵۶ سال بودند. متوسط مدت بیماری مبتلایان به اختلالات روانی، ۷۲/۸ ± ۷۳/۵۸ ماه بود (جدول ۱).

در مجموع، نحوه برخورد مراقبان خانوادگی بیماران با انگ ضعیف بود؛ به طوری که درجه انگی آنان در سطح متوسط رو به بالا (۱۲/۲۳ ± ۸۲/۴۷) به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران و اعضای خانواده مراقبت کننده

متغیرهای مربوط به مراقبت کنندگان		مقدار	متغیرهای مربوط به بیماران		مقدار
جنسیت [تعداد (درصد)]	زن	۲۶ (۶۰/۵)	جنسیت [تعداد	زن	۲۴ (۵۵/۸)
	مرد	۱۷ (۳۹/۵)	(درصد)]	مرد	۱۹ (۴۴/۲)
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]	مجرد	۵ (۱۱/۶)	وضعیت تأهل	مجرد	۲۵ (۵۸/۱)
	متأهل	۷ (۱۶/۳)	[تعداد (درصد)]	متأهل	۱۱ (۲۵/۶)
	زندگی با والدین	۳۱ (۷۲/۱)		زندگی با والدین	۴ (۹/۳)
				متارکه	۳ (۷/۰)
سطح تحصیلات [تعداد (درصد)]	بی‌سواد	۶ (۱۴/۰)	سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲ (۴/۷)
	ابتدایی	۱۰ (۲۳/۳)	[تعداد (درصد)]	ابتدایی	۱۰ (۲۳/۳)
	سیکل	۸ (۱۸/۶)		سیکل	۱۱ (۲۵/۶)
	دیپلم	۷ (۱۶/۳)		دیپلم	۱۴ (۳۲/۶)
	کاردانی	۶ (۱۴/۰)		کاردانی	۱ (۲/۳)
	کارشناسی	۴ (۹/۳)		کارشناسی	۴ (۹/۳)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲(۴/۷)		کارشناسی ارشد و بالاتر	۱ (۲/۳)
وضعیت شغلی [تعداد (درصد)]	دانشجو	۱۱ (۲۵/۶)	نوع بیماری	اختلال استرس پس از سانحه	۱ (۲/۳)
			[تعداد (درصد)]	اسکیزوفرنی	۳ (۷/۰)
	کشاورز	۱۳ (۳۰/۲)		وسواس جبری	۱۱ (۲۵/۶)
	خانه‌دار	۱۶ (۳۷/۲)		افسردگی اساسی	۹ (۲۱/۰)
	آزاد	۲ (۴/۷)		دوقطبی	۱۹ (۴۴/۲)
	بیکار	۱ (۲/۳)			
منطقه زندگی [تعداد (درصد)]	شهری	۳۲ (۷۴/۴)			
	روستایی	۱۱ (۲۵/۶)			
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۱۱/۶۲ ± ۴۱/۶۷	سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۱۱/۶۱ ± ۲۸/۵۶
مدت مراقبت از بیمار (ماه) (میانگین ± انحراف معیار)		۷/۹۹ ± ۶۶/۲۸	مدت بیماری (ماه) (میانگین ± انحراف معیار)		۷۲/۸۰ ± ۷۳/۵۸
میزان مراقبت در هفته (ساعت) (میانگین ± انحراف معیار)		۴۱/۸۲ ± ۷۱/۰۹	مدت بستری (روز) (میانگین ± انحراف معیار)		۹/۶۲ ± ۱۹/۸۸
میزان درامد (میلیون تومان) (میانگین ± انحراف معیار)		۰/۱۰ ± ۴/۸۱			

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]

جدول ۲. درصد سطوح و میانگین نمره کل انگ

نمره انگ	تعداد (درصد)
ندارد (۳۰-۰)	۰ (۰)
خفیف (۶۰-۳۱)	۱ (۲/۳)
متوسط (۹۰-۶۱)	۳۰ (۶۹/۸)
زیاد (۱۲۰-۹۱)	۱۲ (۲۷/۹)
میانگین ± انحراف معیار	۸۲/۴۷ ± ۱۲/۲۳

یافته‌ها نشان داد که ۲۹ نفر (۶۷/۴ درصد) از پاسخ دهندگان معتقد بودند که بیشتر مردم با شخص دارای اختلال روانی ازدواج نمی‌کنند. در عین حال، تردید کارفرمایان در اعطای کار به افراد مبتلا به اختلالات روانی، دومین دغدغه مهم عضو خانواده مراقبت کننده از بیماران با فراوانی ۲۶ نفر (۶۰/۵ درصد) بود. ارتباط میان تردید کارفرمایان در اعطای کار به افراد دارای اختلالات روانی و توزیع فراوانی وضعیت شغلی بیماران تحت مراقبت همخوانی داشت؛ به طوری که ۱۶ نفر (۳۷/۲ درصد) از بیماران بیکار بودند.

بر اساس داده‌های جدول ۳، سؤالات ۲۵، ۲۲ و ۱۸ با فراوانی ۲۱ (۴۸/۸ درصد) در رتبه سوم پاسخ‌ها قرار داشت؛ به گونه‌ای که پاسخ دهندگان به یک میزان (۱/۰۴ ± ۳/۱۴) از مقصر دانستن پدر و مادرها به علت داشتن فرزندان مبتلا به اختلالات روانی، ناراحت بودن از زندگی با یک فرد مبتلا به اختلالات روانی و همچنین، دیدگاه مردم نسبت به اعتیادآور بودن مصرف داروهای روان‌پزشکی رنج می‌بردند. بررسی نمره انگ نشان داد که نبود حس خوب در مردم در کار با فرد دارای اختلال روانی، رتبه سوم را به خود اختصاص داد (جدول ۳).

جدول ۳. میانگین نمره انگ مراقبان خانوادگی بیماران (تعداد کل سؤالات = ۳۰)

سؤالات	نتایج میانگین ± انحراف معیار
۱- از این که به بیمارم برچسب می‌زنند، خجالت می‌کشم.	۲/۸۱ ± ۰/۸۵
۲- در مورد حفظ آبرویم نگرانم.	۲/۹۸ ± ۱/۰۱
۳- از مسخره شدن توسط دیگران نگران هستم.	۲/۴۷ ± ۱/۰۷
۴- نگران قضاوت دیگران در مورد رفتار بیمارم هستم.	۲/۹۳ ± ۰/۸۶
۵- از این که مردم درباره شرایط بیمارم آگاهی پیدا کنند، نگران هستم.	۲/۶۵ ± ۰/۹۹
۶- بعضی اوقات احساس نیاز به مخفی کردن بیمارم دارم.	۲/۶۰ ± ۱/۱۱
۷- نگران این هستم که همسایه‌ها به صورت متفاوتی با من رفتار کنند.	۲/۷۷ ± ۰/۹۷
۸- سعی می‌کنم بیماری او را مخفی نگهدارم.	۲/۷۴ ± ۱/۰۵
۹- از رفتن به مهمانی و مراسم عمومی اجتناب می‌کنم.	۲/۰۰ ± ۱/۲۱
۱۰- از این که دوستان و اطرافیانم پس از آگاهی در مورد بیماری او از من اجتناب کنند، نگران هستم.	۲/۲۸ ± ۱/۱۲
۱۱- از بیان نام بیماری احساس خجالت یا شرمندگی می‌کنم.	۲/۶۳ ± ۰/۹۰
۱۲- از دوستان و اطرافیانم به خاطر این که با بیمار مبتلا به اختلال روانی زندگی می‌کنم، دوری می‌کنم.	۲/۳۳ ± ۱/۰۱
۱۳- احساس می‌کنم که مردم نگاه تحقیر آمیزی به من دارند.	۲/۷۰ ± ۰/۹۱
۱۴- سعی می‌کنم همراه با بیمارم کمتر از خانه خارج شوم.	۲/۴۹ ± ۰/۸۸
۱۵- رفتار مردم با خانواده های دارای بیمار مبتلا به اختلال روانی به همان روشی است که با سایر خانواده ها دارند.	۱/۶۰ ± ۱/۳۵
۱۶- نگران این هستم که حتی بهترین دوستانم هم با من رفتار تبعیض‌آمیزی داشته باشند.	۲/۲۶ ± ۰/۹۸
۱۷- از برقراری روابط اجتماعی جدید به خاطر داشتن عضوی در خانواده که مبتلا به اختلال روانی است، اجتناب می‌کنم.	۲/۱۹ ± ۱/۰۵
۱۸- نگران این هستید که مردم پدر و مادرها را به خاطر داشتن فرزندی که مبتلا به اختلال روانی است، مقصر بدانند؟	۳/۱۴ ± ۱/۰۴
۱۹- بیشتر مردم از صحبت کردن با بیمار روانی احساس ترس می‌کنند.	۲/۹۸ ± ۰/۶۰
۲۰- بیشتر مردم از کار کردن با بیمار روانی احساس خوبی ندارند.	۳/۲۸ ± ۰/۷۷
۲۱- اغلب مردم دوستی و روابط خود را با کسی که بیماری روانی دارد، حفظ می‌کنند، حتی اگر در مورد بیماری او اطلاع داشته باشند.	۱/۲۶ ± ۱/۳۳
۲۲- از این که با فردی زندگی می‌کنم که اختلال روانی دارد، ناراحت هستم.	۳/۰۵ ± ۱/۲۹
۲۳- بیشتر مردم با شخصی که اختلال روان‌پزشکی دارد، ازدواج نمی‌کنند.	۳/۶۳ ± ۰/۵۸
۲۴- بیشتر مردم به این اعتقاد دارند که تمامی افراد دریافت کننده خدمات روان‌پزشکی، اختلال شخصیتی و روانی دارند.	۲/۹۳ ± ۰/۷۷
۲۵- بیشتر مردم معتقدند که داروهای روان‌پزشکی اعتیادآور می‌باشد.	۳/۳۳ ± ۰/۸۴
۲۶- اغلب مردم به این معتقدند که اکثر افراد دارای اختلالات روانی، خطرناک هستند.	۳/۰۵ ± ۰/۶۹
۲۷- اکثر مردم فکر و عقیده بیماران دارای اختلالات روانی را نادیده می‌گیرند.	۳/۰۵ ± ۰/۹۲
۲۸- اکثر مردم معتقدند که افراد مبتلا به اختلالات روانی از هوش طبیعی مانند سایر افراد برخوردارند.	۱/۵۸ ± ۱/۳۷
۲۹- اغلب کارفرمایان در اعطای کار به افراد دارای اختلالات روانی دچار تردید می‌شوند.	۳/۵۳ ± ۰/۶۳
۳۰- افراد دارای اختلال روان‌پزشکی باید انتظارات کمتری از زندگی نسبت به افراد عادی داشته باشند.	۲/۶۳ ± ۱/۴۰

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]

بحث

پژوهش حاضر با توجه به چالش‌ها و آثار منفی و مخرب انگ و با هدف بررسی انگ در عضو خانواده مراقبت کننده از بیماران روانی بستری در بیمارستان فرشچیان همدان صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که درجه انگ در مراقبان خانوادگی، متوسط رو به بالا بوده است (جدول ۲) و این طرز نگاه با بیشتر مطالعات بررسی شده هم‌راستایی دارد.

در تحقیقی که Dalky با هدف بررسی کیفیت زندگی، انگ و درک از بیماری خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی در اردن انجام داد، به نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه و خانواده در نوسان انگ اشاره نمود (۲۲). در مطالعه همبستگی- توصیفی او که در مجموع، انگی خانواده‌ها متوسط رو به بالا گزارش شد، به بار روانی- اجتماعی دیگری به نام انگی خانواده‌ها اشاره گردید که یکی از چالش‌های مهم زندگی این مراقبان به شمار می‌رود و منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیماران دارای اختلالات روانی می‌شود (۲۲). این نوع انگ با نتایج مطالعه حاضر انطباق داشت، همچنان‌که هم در پژوهش حاضر و تحقیق Dalky (۲۲)، داشتن شغل و تحصیلات بالا منجر به انگی پایین می‌شود.

نتایج پژوهش Yin و همکاران که به صورت مقطعی- توصیفی، در چین و با شرکت ۴۲۷ عضو مراقبت کننده از بیماران روانی صورت گرفت، نشان داد که انگ ریشه در روابط اجتماعی دارد و پیامدهای هیجانی تجربه خانواده از انگی عمومی، به طور کلی شامل احساس خجالت، گناه، بی‌احترامی، بی‌اعتنایی و تبعیض در جامعه می‌باشد که خانواده‌ها جهت مقابله با آن، اغلب انزوا و کناره‌گیری از اجتماع را انتخاب می‌کنند و با پنهان کردن بیماری عضو خانواده و تأخیر در جستجوی درمان و گرفتن خدمات در زمینه درمان بیمار، به زعم خود از بر ملا شدن مشکلشان ممانعت می‌کنند (۲۳). در مطالعه حاضر، پنهان کردن بیماری، اظهار ناراحتی، خودداری از روابط اجتماعی و انزوای خودخواسته، از جمله عمده‌ترین دلایل انگی افراد خانواده بیمار روانی عنوان شد.

اگرچه در برخی تحقیقات مانند پژوهش Yin و همکاران، شواهد قابل تأملی مبنی بر تأثیر تأهل، سن و جنسیت بر انگ یافت نشد (۲۳) و در مطالعه حاضر نیز این متغیرها تأثیری بر انگ نداشت، اما بر خلاف این تحقیقات که نشان داد نسبت فرد مراقبت کننده با بیمار تأثیری در انگ ندارد، یافته‌های پژوهش Dalky حاکی از آن بود که زنان به نسبت مردان بیشتر دچار انگ می‌شوند (۲۲) که نشان دهنده تفاوت‌های فرهنگی و نقش فرهنگ در تعیین درجه انگ می‌باشد. در همین راستا، نتایج تحقیق مقطعی- کاربردی Dockery و همکاران در کالج سلطنتی لندن که با حضور ۸۰ عضو خانواده مراقبت کننده از بیمار روانی جنوب لندن انجام شد، نشان داد که مسایل فرهنگی و قومی در انگی اعضا تأثیرگذار است و زنان و سیاه‌پوستان به نسبت مردان و سفیدپوستان بیشتر دچار انگ می‌شوند (۲۴). اگرچه مطالعه حاضر به لحاظ قومی مسأله انگ را بررسی نکرد، اما در مورد نسبت انگی زنان و مردان شواهد معنی‌داری مشاهده نشد. احساس حقارت و در نتیجه، گوشه‌گیر شدن بیماران روانی و مراقبان خانوادگی آنان، از این موضوع ناشی می‌شود که تمام افراد مبتلا به اختلالات روانی را در یک طبقه از افراد خشن، بی‌شخصیت و دچار عقب‌افتادگی ذهنی تصور می‌کنند. تصوری که در اغلب موارد از پایه و اساس اشتباه است. چنین تصوری در جامعه، باعث ایجاد بازخورد بسیار منفی هنگام مواجهه مردم عادی با این افراد می‌شود که نتیجه آن، احساس حقارت و کوچک شمردن مراقبت کنندگان از نگاه خودشان می‌باشد.

Tawiah و همکاران با انجام پژوهشی مقطعی- کاربردی که به صورت کمی و کیفی در غنا صورت گرفت، پس از انجام مباحثه به صورت تمرکز گروهی (Focos group) با خانواده‌های مراقبت کننده از ۳۸۵ بیمار مبتلا به اختلالات روانی، دریافتند که عدم آگاهی از چیستی اختلالات و بیماری‌های روانی و انواع آن، این تصور اشتباه را در آن‌ها به وجود می‌آورد که تمامی این افراد خشن و غیر قابل پیش‌بینی، بی‌نظم، وابسته به دیگران و دردسرآفرین هستند؛ در حالی که اغلب افراد با توجه به بیماری روانی‌شان چندان تفاوت محسوسی با افراد عادی جامعه ندارند، اما این موضوع جز با آموزش صحیح و مداوم به افراد عادی جامعه صورت نمی‌پذیرد (۱۷). از نظر Larkings و Brown، سه نوع انگ اجتماعی، اقتصادی و روانی وجود دارد (۲۵) که پژوهش حاضر نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در سطوح انگ قید شده از نظر پاسخ دهندگان وجود ندارد. صرف نظر از جنسیت، تأهل، درامد و...، در مطالعه حاضر عموم و بیشتر پاسخ دهندگان از انواع مختلفی از فرم و سطوح انگ رنج می‌بردند. بدیهی است که با توجه به وجود فرهنگ‌های متفاوت، تفکیک مناطق روستایی و شهری، افزایش درامد و افزایش تحصیلات؛ سطح انگ متفاوت خواهد بود؛ همان‌گونه که Yin و همکاران (۲۳) و Girma و همکاران (۱۳) به این نتیجه رسیدند که افزایش تحصیلات و درامد بالا منجر به انگی کمتر می‌شود، در بررسی حاضر نیز افراد با سطح درامد پایین و سطح تحصیلات کمتر، انگ بیشتری را تجربه نمودند. بنابراین، می‌توان گفت که نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیقات Yin و همکاران (۲۳) و Girma و همکاران (۱۳) همخوانی داشت.

یکی از دلایل افزایش انگ، پنهانکاری و فقدان بیان و توضیح در مورد بیماری می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با عدم شفافیت و با وجود پنهانکاری در مورد بیماری، انگ افزایش یافته است و این مسأله با توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی مغایر می‌باشد و با آن پیوستگی ندارد (۲۶). در این زمینه بهتر است برنامه‌ها و بسته‌های آموزشی و آگاهی‌های عمومی افزایش یابد. با آگاهی از اختلالات روانی و عوامل ایجاد کننده آن‌ها، می‌توان نقش این عوامل را تا حدودی از یکدیگر تفکیک نمود. چنانچه مشخص است، بسیاری از اختلالات روانی تلفیقی از عوامل بیولوژیک، روانی و اجتماعی می‌باشند و بسیاری هم قابل درمان هستند. پس این موضوع که والدین بخواهند مقصر شناخته شوند یا اختلال روانی را ناشی از عمل مستقیم آن‌ها دانست، تصور کاملاً اشتباهی است. عدم آگاهی عمومی از این که بیماران روانی چه کسانی هستند، می‌تواند باعث مشکلات فراوانی گردد. به طور مثال، تصور اشتباهی که در مورد چنین بیمارانی وجود دارد، این است که این افراد همچون افراد معتادی هستند که مدام باید داروهای اعتیادآور خود را استفاده کنند و بنابراین، در مجامع عمومی به تفکرات، نظرات و عقاید آنان احترامی گذاشته نمی‌شود. همچنین، بسیاری تصور می‌کنند که این افراد از سطح هوش عمومی پایین‌تری نسبت به دیگران برخوردار هستند. بنابراین، نباید از آن‌ها در زمینه‌های کاری مختلف استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

مطالعات نشان می‌دهد که افزایش آگاهی‌های عمومی، آموزش جامعه، آموزش بیماران و همچنین، افزایش آگاهی‌های افراد ارایه دهنده خدمات سلامت از

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]

جمله مراقبان خانگی نسبت به بیماران دارای اختلالات روانی، تـأثیر بسـزایی در مدیریت و کاهش انگ عضو خانواده مراقبت کننده از بیمار مبـتلا بـه اخـتلالات روانی دارد. علاوه بر محدودیت‌های پژوهش که شامل کوتاه بودن زمان مطالعه، دسترسی دشوار به نمونه‌ها در مدت زمان تعریف شـده بـرای پـژوهش، فراوانـی محدود و اندک واحدهای مورد نظر و نیز تصادفی نبودن نمونـه‌گیـری بـه دلیـل مدت زمان محدود بود، بدیهی است که تحقیق حاضر در یـک منطقـه از کشـور انجام گرفت و با توجه به ابعاد انگ و همچنین، تنوع آداب و سنن و تفاوت‌هـای فرهنگی و قومی، نتایج به دست آمده را نمی‌تـوان بـه کـل کشـور تعمـیم داد و شایسته است که پژوهش‌های دیگر در مناطق مختلـف و در سـطح ملـی جهـت افزایش آگاهی عمومی و کاهش انگ انجام شود.

تشکر و قدردانی

بـدین وسـیله از همکـاری صـمیمانه و راهنمـایی‌هـای ارزنـده اسـتادان گـروه روان‌پرستاری دانشگاه علـوم پزشـکی همـدان و مسـؤولان محتـرم و کارکنـان بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان فرشچیان همدان، تشکر و قدردانی بـه عمـل مـی‌آیـد. همچنـین، از اعضـای خـانواده‌هـای بیمـاران و جنـاب آقـای نـادر میرانـی، دانشـجوی مقطـع دکتـری مـدیریت اطلاعـات سـلامت، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
3. Kaushik P, Jena SP. Experience of burden among the caregivers of people with severe mental illness: Effects on general well-being, appreciation and perceived severity. International Journal of Psychology and Psychiatry 2015; 3(1): 94-108.
4. Magliano L. Families of people with severe mental disorders: Difficulties and resources. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. 2008.
5. Parle S. How does stigma affect people with mental illness? Nursing Times 2012; 108(28): 2-14.
6. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York, NY: Simon and Schuster; 2009.
7. Anderson TL. Understanding deviance: Connecting classical and contemporary perspectives. London, UK: Routledge; 2014.
8. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, Editors. The handbook of social psychology. New York, NY: McGraw-Hill; 1998.
9. Yang LH, Singla DR. Use of indigenous cultural idioms by Chinese immigrant relatives for psychosis: Impacts on stigma and psychoeducational approaches. J Nerv Ment Dis 2011; 199(11): 872-8.
10. Perlick DA, Nelson AH, Mattias K, Selzer J, Kalvin C, Wilber CH, et al. In our own voice-family companion: reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. Psychiatr Serv 2011; 62(12): 1456-62.
11. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rusch N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. Psychiatr Serv 2012; 63(10): 963-73.
12. Adhikari SR. Stigma in Mental Illness: Relative's Perspective. J Psychiatric Association of Nepal 2014; 3(2): 37-42.
13. Girma E, Moller-Leimkuhler 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.
14. Larson JE, Corrigan P. The stigma of families with mental illness. Acad Psychiatry 2008; 32(2): 87-91.
15. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT. Social stigma: The psychology of marked relationships. New York, NY: W.H. Freeman; 1984.
16. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry 2002; 1(1): 16-20.
17. Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental health-related stigma and discrimination in Ghana: Experience of patients and their caregivers. Ghana Med J 2015; 49(1): 30-6.
18. Gonzalez JM, Perlick DA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Hernandez M, Rosenheck RA, et al. Factors associated with stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the STEP-BD study. Psychiatr Serv 2007; 58(1): 41-8.
19. Shamsaei F, Kermanshahi SM, Vanaki Z, Hajizadeh E, Holtforth MG, Cheragi F. Health status assessment tool for the family member caregiver of patients with bipolar disorder: Development and psychometric testing. Asian J Psychiatr 2013; 6(3): 222-7.
20. London C. Stigma and mental illness: A comparative study of attitudes and personal constructs [PhD Thesis]. London, UK: School of Health Sciences and Social Care, Brunel University London; 2010.
21. Saldivia S, Runte-Geidel A, Grandon P, Torres- F, Xavier M, Antonioli C, et al. The Maristan stigma scale: A standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses. BMC Psychiatry 2014; 14: 182.
22. Dalky HF. Perception and coping with stigma of mental illness: Arab families' perspectives. Issues Ment Health Nurs 2012; 33(7): 486-91.
23. 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.
24. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O, et al. Stigma-and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. Psychiatry Res 2015; 228(3): 612-9.
25. Larkings J, Brown PM. Mental illness stigma and causal beliefs: Among potential mental health professionals. International Scholarly and Scientific Research & Innovation 2012; 6(6): 1383-89.
26. World Health Organization. Mental health problems: The undefined and hidden burden [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/en.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]

DOI: *10.22122/jhsr.v13i4.3044* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 10.01.2017

Vol. 13, No. 4, Winter 2018 Accepted: 12.03.2017

Considering Stigma in Family Caregivers of Patients with Psychiatric Disorders in Farshchian Hospital, Hamadan, Iran

Farshid Shamsaei[1], Efat Sadeghian[2], Fatemeh Nazari[3], Ali Barzegar[4]

Original Article

Abstract

Background: Undoubtedly, the most common and the most important issue for those taking care of patients with psychiatric disorders is the stigma. This study aimed to investigate the stigma of family caregivers of Patients with psychiatric disorders in Farshchian hospital, Hamadan City, Iran.

Methods: In this cross-sectional study, 43 family members of patients with mental disorders in a psychiatric hospital care in Hamadan City were selected through convenience sampling in the year 2016. A 30-item researcher-made 5-point Likert scale questionnaire was conducted in this study. The validity, content validity, and reliability of questionnaire were assessed through calculating internal correlation. The internal consistency was equal to $\alpha = 0.94$. Data analysis was carried out through descriptive statistics using SPSS software.

Findings: 26 caregivers (60.5%) were women and 17 (39.5%) were men. The mean and standard deviation scores of stigma (12.23 ± 82.47) showed that family caregivers suffered from the stigma of living with a mental illness such as singleness, unemployment, embarrassment, humiliation by others, disgrace, and shame.

Conclusion: The lack of public awareness about mental disorders and diagnosis, and the lack of effective interventions could result in stigma. Increasing knowledge about mental disorders and the role of these factors in creating stigma seems important. Obviously, understanding and developing efficient and effective processes such as community awareness and education may reduce caregivers' stigma in caring to patients with mental disorders.

Keywords: Stigma, Attitude, Education, Mental disorders, Family caregiver

Citation: Shamsaei F, Sadeghian E, Nazari F, Barzegar A. **Considering Stigma in Family Caregivers of Patients with Psychiatric Disorders in Farshchian Hospital, Hamadan, Iran.** J Health Syst Res 2018; 13(4): 422-8.

1- Associate Professor, Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center AND Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3- Department of Psychiatric Nursing, Shahid Beheshti Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4- Department of Executive Management, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
Corresponding Author: Fatemeh Nazari, Email: f.nazari.1324@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i4.3044]