

## استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان پزشکی

ابن سینا مشهد در سال ۹۴-۱۳۹۳

سعید واقعی<sup>۱</sup>، اعظم سالارحاجی<sup>۲\*</sup>

- ۱- مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، مربی گروه آموزش روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
 ۲- کارشناس ارشد آموزش پرستاری روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه متداول‌ترین فشار روانی - اجتماعی که خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی به‌ویژه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، با آن مواجه هستند؛ مسئله استیگما می‌باشد. در ایران، علی‌رغم تأثیرات فرهنگی و اجتماعی بر استیگما، کمتر به این مسئله پرداخته شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح استیگما در مراقبین خانوادگی خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا- مشهد انجام گرفت.

**روش‌ها:** این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۳۰۰ نفر از مراقبین خانوادگی خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینای در مشهد ۱۳۹۴-۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تعدیل شده استیگمای احساسی بیمار روانی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آمار توصیفی انجام شد.

**نتایج:** ۷۰/۴ درصد از مراقبین خانوادگی خانم و با میانگین سنی  $48/4 \pm 14/8$  سال بودند. میانگین نمره کل استیگما در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی  $9/2 \pm 42/6$  (از ۶۸ نمره) بود که بیشترین میانگین مربوط به بعد کنارگیری از اجتماع ( $3/3 \pm 12/4$ ) و کمترین میانگین مربوط به بعد تنهایی ( $3/0 \pm 9/8$ ) بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به سطح نسبتاً بالای استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران مورد مطالعه، توجه به آن ضروری بوده و پیشنهاد می‌شود آموزش جامعه در سطوح مختلف در زمینه برخورد مناسب با این بیماران و خانواده‌های آنان از طریق رسانه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی صورت گیرد.  
**کلمات کلیدی:** استیگما، خانواده، اسکیزوفرنی، مراقبین خانوادگی

\* آدرس نویسنده مسئول: مشهد، چهار راه دکتر، خیابان ابن‌سینا، دانشکده پرستاری و مامایی

آدرس پست الکترونیک: [salarhm921@mums.ac.ir](mailto:salarhm921@mums.ac.ir)

## مقدمه

بیماری اسکیزوفرن، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی وخیم بوده که با اختلال در حوزه‌های وسیع عملکردی (اجتماعی، شغلی و تحصیلی) همراه می‌باشد (۱)؛ به‌طوری‌که بیش از ۹۰ درصد این بیماران قادر به زندگی به تنهایی نبوده و در ابعاد مختلف زندگی نیاز به مراقبت‌های دائمی دارند (۲). میزان شیوع آن در طول عمر، بین ۰/۶ تا ۱/۹ درصد می‌باشد که در تمامی نژادها بروز کرده و هیچ گروه فرهنگی، اجتماعی از آن در امان نمی‌باشد (۱).

امروزه پس از شکست جنبش مؤسسه‌زدایی<sup>۱</sup>، مسئولیت عمده مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بر دوش خانواده‌ها قرار دارد (۳). چرا که خانواده‌ها، مهم‌ترین و بهترین حامی اجتماعی این بیماران در جامعه محسوب می‌شوند. این درحالی است که مراقبت از این بیماران فشار روانی زیادی را بر آنها تحمیل کرده؛ به‌طوری‌که منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی مراقبین خانگی و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت از این بیماران می‌شود (۳، ۴).

یکی از رایج‌ترین و چالش برانگیزترین فشارهای روانی- اجتماعی که خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی با آن مواجه هستند، مسئله استیگما می‌باشد (۳، ۵). استیگما که در زبان فارسی انگ اجتماعی نامیده می‌شود، اولین بار توسط اروینگ گافمن<sup>۲</sup> (۱۹۶۳) به کار برده شد. وی آن را یک ویژگی شدیداً ننگ‌آور<sup>۳</sup> تعریف کرد که باعث می‌شود مبتلایان به این اختلال از یک شخص معمولی به یک شخص کم اهمیت و سربار جامعه تبدیل شود (۶).

به نظر می‌رسد افرادی که از نظر ساختار اجتماعی یک فرد انگ خورده تلقی می‌شوند نیز در برخی بدنامی‌های وی سهیم می‌شوند که وی آنها را "سایرین دلسوز"<sup>۴</sup> نامید (۶). بنابراین استیگما به واسطه‌ی ارتباط، از بیمار مبتلا به اسکیزوفرن به خانواده آنها نیز سرایت می‌کند که وی این ادراک عمومی از ارتباطات را استیگمای مسری<sup>۵</sup> نامید (۷). نتایج مطالعه شاه‌ویسی و همکاران (۱۳۸۶) در ایران حاکی از تجربه تبعیض و تمسخر در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرن و افسردگی است (۸).

نتایج مطالعه کیفی کرمو و همکاران (۲۰۱۳) نیز در ایران، حاکی از تجربه استیگما در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد (۹).

استیگمای خانواده شامل تصورات قلبی سرزنش<sup>۶</sup> و شرمندگی<sup>۷</sup> می‌باشد که در آن، نگرش‌های عمومی، اعضای خانواده را به خاطر بی‌صلاحیتی 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 (۱۰).

از طرفی رفتار اشخاص مبتلا به اسکیزوفرن نیز، ممکن است منجر به بی‌آبرویی و بی‌اعتباری بیشتر خانواده و قطع روابط با همسایگان و دوستان و در نهایت ایزوله خانواده شود، به‌طوری‌که مطالعه ماگانا<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در آمریکای لاتین مؤید همین پیامدهای هیجانی می‌باشد (۱۱، ۱۲). فرزاند<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پاکستان دریافتند که استیگمای بیماری روانی منجر به تخریب هویت اجتماعی و ایزوله اجتماعی خانواده بیماران روانی می‌گردد (۱۳).

در واقع استیگما تهدیدی برای مفهوم "خود"<sup>۱</sup> بوده و مشخصه اصلی آن بی‌ارزشی هویت اجتماعی می‌باشد که این خود منبع استرس برای فرد انگ خورده محسوب می‌شود (۱۴، ۱۵). ارزیابی شناختی استیگما به عنوان استرسور، به میزان استیگمای درک شده از جامعه بستگی دارد. پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی استرس مربوط به استیگما، زمانی رخ می‌دهد که فرد تهدید مربوط به "خود" را در جامعه احساس نموده و باور کند که ظرفیت مقابله با این تهدید را ندارد که در این صورت اصطلاحاً گفته می‌شود، فرد دچار خود استیگمای<sup>۱۱</sup> شده است؛ که پیامدهای آن وخیم‌تر بوده و شامل: کاهش عزت نفس، احساس گناه و خود ملامت‌گری، کاهش کیفیت زندگی، احساس خشم و ناامیدی و شکایات جسمی از قبیل اختلال خواب و خستگی مزمن می‌باشد (۱۴، ۱۶، ۱۷).

از طرفی ویژگی‌های فرهنگی، ارتباط با بازی با مسائل مرتبط با بیماری روانی و استیگمای همراه آن دارند؛ به‌طوری‌که طبق

6 - Blam

7 - Shame

8 - Magana

9 - Farzand

10 - Self

11 - Self-stigma

1 - Deinstitutionalization

2 - Erving Goffman

3 - Deeply diccrediting

4 - Sympathetic others

5 - Contagious

خواندن و نوشتن، سن ۱۸ تا ۸۵ سال، بستگان درجه یک بیمار که با بیمار در یک منزل ساکن هستند، ساکن شهر مشهد و ایرانی.

شرایط ورود مربوط به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری اسکیزوفرن توسط روان‌پزشک، عدم ابتلا به اعتیاد به طور همزمان، سپری شدن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک و نسخه تعدیل شده‌ی پرسشنامه استاندارد استیگمای درونی بیمار روانی<sup>۲</sup> ریتسچر و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) بود (۱۶).

این پرسشنامه شامل ۱۷ سوال می‌باشد که میزان استیگما را در ۴ زیر مقیاس تنهایی (۴ سؤال)، تأیید تصورات قالبی (۴ سؤال)، تجربه تبعیض اجتماعی (۴ سؤال) و کنارگیری از اجتماع (۵ سؤال) بررسی می‌کند. نمره‌گذاری هر سوال به صورت عبارتهای کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد.

در این مقیاس حداقل نمره استیگما ۱۷ و حداکثر آن ۶۸ می‌باشد. هر قدر نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده استیگمای بیشتر است (۱۶). پیش از این روایی پرسشنامه استیگما توسط یک روان‌شناس و روان‌پزشک متخصص در زمینه زبان انگلیسی در مطالعه قانعیان و همکاران (۲۰۱۱) تأیید گردیده است (۲۱). در مطالعه حاضر روایی پرسشنامه توسط ۷ نفر از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود. تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ انجام شد. توصیف داده‌ها توسط جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی صورت گرفت.

### نتایج

۷۰/۴ درصد (۲۱۱ نفر) مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن خانم با میانگین سنی  $14/8 \pm 48/4$  سال بودند؛ ۸۳/۳ درصد (۲۵۹ نفر) بیماران مورد مطالعه نیز مرد با میانگین سنی  $9/0 \pm 36/5$  سال بودند (جدول ۱ و ۲).

مطالعه پاپادوپولوس و همکاران<sup>۱</sup>، فرهنگ‌های فردگرا در مقایسه با فرهنگ‌های جمع‌گرا نگرش‌های انگ‌زنی کمتری در خصوص بیماران روانی دارند (۱۸). این در حالی است که فرهنگ‌های اروپایی به‌طور جدی بر هنجارهای فردگرایانه و خودپنداره مستقل تأکید می‌کنند، در حالی که فرهنگ‌های آسیایی بیشتر تأکیدشان بر هنجارهای جمع‌گرا و خودپنداره متقابل وابسته است (۱۹).

در ایران نیز با فرهنگی جمع‌گرایی اعضای خانواده بیش از تأثیر منفی اختلال روانی بر خود، نگران نحوه نگاه دیگران به خانواده می‌باشند (۲۰). از طرفی در مطالعات متعدد، استیگما به عنوان مهم‌ترین و بزرگترین مانع جستجو و تداوم درمان و فرایندهای توانبخشی مربوطه می‌باشند (۷، ۱۳).

با توجه به مطالب پیشگفت و پیامدهای منفی استیگما بر سلامت روان خانواده و اهمیت آنها در امر مراقبت، پیگیری و تداوم درمان بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن، و از طرفی محدود بودن مطالعات انجام شده در زمینه استیگما در کشور، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن‌سینا- مشهد انجام گرفت.

### روش‌ها

این مطالعه توصیفی - مقطعی بر روی ۳۰۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا مشهد در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴ انجام شد. مطالعه پس از کسب موافقت‌نامه کتبی از کمیته اخلاق زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. روش کار بدین صورت بود که محقق در ساعات ملاقات (در روزهای دوشنبه، چهارشنبه و جمعه هر هفته)، به محیط مطالعه مراجعه و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام می‌شد. به این ترتیب که لیستی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بستری در بیمارستان از قبل تهیه شد و در ساعات ملاقات، در صورت حضور خانواده بیمار جهت ملاقات (برای هر بیمار، یک نفر از اعضای خانواده و ترجیحاً مراقب اصلی) و واجد شرایط بودن، پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه‌ها تکمیل می‌گردید. شرایط ورود به مطالعه شامل دو بخش مربوط به خانواده و بیمار بود. شرایط ورود مربوط به خانواده عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد

<sup>2</sup> - Modified Version of (Internalized Stigma Mental Illness)

<sup>3</sup> - Ritcher et al

<sup>1</sup> - Papadopoulos et al

بیشترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "به خاطر حضور بیماری روانی در خانواده، زندگی ما تیره شده است (۶۰ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند و کمترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "من در مقابل کسانی که فرد مبتلا به بیماری روانی ندارند، احساس حقارت می‌کنم (۳۱/۵ درصد)" کاملاً موافق بودند.

همچنین میانگین نمره کسب شده در بعد تأیید تصورات قالبی  $2/5 \pm 10/2$  (از ۱۶ نمره) بود که بیشترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "بیماران روانی مستعد رفتار خشونت‌آمیز هستند (۶۵/۲ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند، و کمترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "بیماران روانی نباید ازدواج کنند (۴۳/۱ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند.

طبق یافته‌ها میانگین نمره کسب‌شده در بعد تجربه تبعیض  $2/8 \pm 10/2$  (از ۱۶ نمره) بود که بیشترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "مردم اغلب با بیمار من مثل بچه‌ها رفتار می‌کنند تنها به این دلیل که مبتلا به بیماری روانی است (۵۸/۹ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند و کمترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "هیچ کس علاقمند برقراری ارتباط نزدیک با من نیست به این دلیل که بیمار من مبتلا به بیماری روانی است (۳۲/۶ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند.

میانگین نمره کسب شده در بعد کنارگیری اجتماعی مراقبین خانوادگی نیز  $3/3 \pm 12/4$  (از ۲۰ نمره) بود که بیشترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "من سعی می‌کنم خیلی راجع به بیمارم که مبتلا به بیماری روانی است با دیگران صحبت نکنم به این دلیل که نمی‌خواهم فشار روانی ناشی از حرف دیگران بر فشار روانی ناشی از بیماری اضافه شود (۶۱ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند و کمترین فراوانی پاسخ‌ها با گزینه "من از برقراری ارتباط نزدیک با کسانی که فرد مبتلا به بیماری روانی ندارند به دلیل ترس از طرد شدن خودداری می‌کنم (۳۴/۷ درصد)" کاملاً موافق یا موافق بودند.

میانگین کل نمره استیگما  $9/2 \pm 42/6$  (از ۶۸ نمره) بدست آمد. براساس یافته‌ها بیشترین نمره میانگین استیگما مربوط به بعد کنارگیری اجتماعی  $3/3 \pm 12/4$  و کمترین آن مربوط به بعد تنهایی  $9/8 \pm 3/0$  بود.

### بحث

مطالعات انجام شده در زمینه استیگمای درک شده توسط مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در ایران محدود بوده و طبق جستجوهای انجام شده در این زمینه سه

جدول ۱: فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن

متغیر	سطوح متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	آقا	۸۹(۲۹/۶)
	خانم	۲۱۱(۷۰/۴)
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۵۵(۵۱/۷)
	سیکل	۲۸(۹/۳)
	دیپلم	۷۹(۲۶/۴)
	تحصیلات آکادمیک	۳۸ (۱۲/۶)
	مادر	۱۰۴(۳۴/۷)
نسبت با بیمار	پدر	۵۷(۱۸/۹)
	همسر	۴۱(۱۳/۷)
	خواهر	۵۴(۱۷/۹)
	برادر	۱۶(۵/۳)
	فرزند	۲۲(۷/۴)
	سایر	۶ (۲/۱)

جدول ۲: فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن

متغیر	سطوح متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	آقا	۲۵۹(۸۶/۳)
	خانم	۴۱(۱۳/۷)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۹(۶/۳)
	ابتدایی	۵۳(۱۷/۷)
	سیکل	۱۱۴(۳۸/۰)
	دیپلم	۷۶(۲۵/۳)
	تحصیلات آکادمیک	۳۸(۱۲/۷)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷۶(۵۸/۰)
	متاهل	۸۲(۲۷/۴)
	مطلقه	۴۱(۱۳/۶)
	همسر فوت شده	۱(۱/۰)
انحراف معیار $\pm$ میانگین		
سن بیمار		$36/5 \pm 9/0$
طول مدت ابتلا		$10/0 \pm 6/9$
دفعات بستری قبلی		$6/5 \pm 7/3$

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن

ابعاد استیگما	انحراف معیار $\pm$ میانگین
بعد تنهایی	$9/8 \pm 3/0$
بعد تأیید تصورات قالبی	$10/2 \pm 2/5$
بعد تجربه تبعیض	$10/2 \pm 2/8$
بعد کنارگیری از اجتماع	$12/4 \pm 3/3$

طبق جدول ۳، و در پاسخ به پرسشنامه استیگما توسط مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا، یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کسب شده در بعد تنهایی  $9/8 \pm 3/0$  (از ۱۶ نمره) بود که

مرگشان همسر وی مسئولیت مراقبت از وی را به عهده خواهد گرفت (۳)؛ اما در مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۰۲) در ایران، اکثریت مراقبین خانوادگی را فرزندان تشکیل می‌دهند که دلیل این عدم همسویی (علی‌رغم شباهت فرهنگی) می‌تواند شرایط زمانی متفاوت این مطالعه باشد که بر شیوع این بیماری در سنین بالاتر و در نتیجه مراقبت این بیماران توسط فرزندان مؤثر می‌باشد (۲۲).

در مطالعه جیرما<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در اتیوپی، و مطالعه ساندن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳) در هلند بیشترین درصد مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی را سایرین تشکیل دادند که می‌تواند به دلیل شرایط متفاوت فرهنگی باشد (۵، ۲۴).

از نظر استیگمای درک شده در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرن در مطالعه حاضر، نتایج نشان داد که اعضای شرکت‌کننده از سطح استیگما متوسط به بالایی برخوردار بوده که بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد کنارگیری از اجتماع بود. از آنجا که در مطالعات متعدد داخلی و خارجی از پرسشنامه متفاوتی جهت بررسی استیگما در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی استفاده شده است؛ در مطالعه شاه ویسی و همکاران (۲۰۰۷)، حدود نیمی از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن و در مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۰۲)، ۴۹ درصد آنها از تجربه تبعیض و تمسخر در جامعه شاکی بودند (۸، ۲۲). در مطالعه کیفی کرم‌لو و همکاران (۲۰۱۳) در ایران، حدود نیمی از خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی تجربه استیگما را به صورت مخفی کردن بیماری عضو خانواده از دیگران و تأثیر منفی آن بر محدودیت‌هایی در کار و آموزش بیان می‌نمایند (۹). در مطالعه بین و همکاران (۲۰۱۴)، اکثر مراقبین خانوادگی مبتلا به اسکیزوفرن، بیماری عضو خانواده‌شان را از دیگران مخفی می‌کردند و فاقد حمایت دوستان بودند (۲۳). در مطالعه ساندن و همکاران (۲۰۱۳)، خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اجتماعی، روابط اجتماعی خود را با دوستان و نزدیکان به دلیل استیگما محدود کرده بودند (۲۴). در مطالعه فرزاند و همکاران (۲۰۱۳) در پاکستان و مطالعه ماگانا و همکاران (۲۰۰۷) استیگمای بیمار مبتلا به اختلال روانی، موجب ایزوله اعضای خانواده شده بود (۱۲، ۱۳).

مطالعه شاه‌ویسی و همکاران (۲۰۰۷)، مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۰۲) و مطالعه کیفی کرم‌لو و همکاران (۲۰۱۳) به دست آمد (۸، ۹، ۲۲).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که اکثر مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن خانم و خانه‌دار بودند. فدراسیون جهانی بهداشت روان (۲۰۱۰) نیز تخمین زده است که به طور جهانی، اکثریت مراقبین بیماران مبتلا به اختلال روانی را خانم‌ها تشکیل می‌دهند که این امر با دیسترس روانی قابل توجهی همراه بوده و اثرات منفی زیادی بر سلامت روانی خانم‌ها به جا می‌گذارد (۲). خانم‌های خانه‌دار به‌ویژه در ایران، تماس بیشتری با بیماران مبتلا به اسکیزوفرن دارند که این مسئله با بار خانواده رابطه مستقیم دارد (۳). از طرفی اکثریت بیماران مجرد بوده که توسط والدین مراقبت می‌شوند؛ که از این جهت با نتایج مطالعه بین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) و مک و چئونگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در چین همسو می‌باشد (۱۷، ۲۳). در واقع، اکثریت مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کشورهای مختلف به‌ویژه کشورهای آسیایی، والدین یا همسر بیمار می‌باشند؛ اما به دلیل شروع بیماری اسکیزوفرن در سنین پایین‌تر معمولاً مجرد بوده و با والدین زندگی می‌کنند (۳)، اما نتایج مطالعه شاه‌ویسی و همکاران (۱۳۸۶) در ایران مبنی بر این است که اکثر خانواده بیماران مبتلا به افسردگی و اسکیزوفرن مردان بودند که با نتایج مطالعه حاضر، همسو نمی‌باشد (۸). از جمله دلایل احتمالی این عدم همسویی می‌توان به حجم نمونه پایین این مطالعه (۸۰ نفر) اشاره کرد. همچنین، با نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۰۲) در ایران نیز، مبنی بر اینکه اکثریت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی و اسکیزوفرن مردان بودند، مغایر می‌باشد (۲۲). از جمله دلایل این عدم همسویی (علی‌رغم بالا بودن حجم نمونه) می‌تواند ورود افرادی به این مطالعه باشد؛ که همجنس بیمار (مردان) بودند.

در مطالعه حاضر بعد از والدین، بیشترین درصد مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن، مربوط به همسران بود. زیرا، برخی از والدین به دلیل نگرانی ناشی از عدم توانایی مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرن پس از پیری یا مرگ، تصمیم به ازدواج فرزندشان می‌گیرند؛ با این امید که پس از

<sup>3</sup> - Girma

<sup>4</sup> - Sanden

<sup>1</sup> - Yin

<sup>2</sup> - Mak & Cheong

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم دسترسی به کلیه خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن‌سینا و انجام مطالعه در زمان بستری بیمار (زیرا در این هنگام، خانواده‌ها از فشار روانی کمتری برخوردارند) بود.

#### نتیجه‌گیری

با توجه به سطح نسبتا بالای استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران مورد مطالعه، توجه به آن ضروری بوده و پیشنهاد می‌شود آموزش جامعه در سطوح مختلف در زمینه برخورد مناسب با این بیماران و خانواده‌های آنان از طریق رسانه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی صورت گیرد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهش دانشجویی با کد ۹۳۰۷۴۸ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب گردیده است. به این وسیله از مسئولین و اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، کارکنان بیمارستان روان پزشکی ابن‌سینا و شرکت‌کنندگان محترم صمیمانه تشکر می‌گردد.

#### 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. 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.
3. Chan SW-c. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs. 2011; 25(5):339-49.
4. Haresabadi M, Bibak B, zadeh EH, Bayati HR, Arki M, Akbari H. Assessing Burden of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia Admitted in IMAM REZA Hospital- Bojnurd 2010. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2012; 4(2):165-71.

کنارگیری از اجتماع و ایزوله خانواده و از طرفی مخفی کردن بیماری عضو خانواده از جامعه موجب از دست دادن حمایت اجتماعی در خانواده‌ها می‌شود؛ حال آن‌که حمایت اجتماعی آگاهانه (سیستم مراقبت‌های بهداشتی) یا ناآگاهانه (دوستان و نزدیکان) یک مکانیسم مقابله‌ای مسئله محور<sup>۱</sup> مثبت بوده که موجب تجربه کمتر استیگما در خانواده شده و نقش مثبتی در کمک به مراقبین جهت غلبه بر اطلاعات منفی موجود در جامعه دارد (۲۵).

از طرفی کمترین میانگین نمره مربوط به بعد تنهایی استیگما بود که تجربه ذهنی احساس حقارت را اندازه‌گیری می‌کند. در سایر مطالعات بررسی شده نیز، این بعد از استیگما در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرن و سایر اختلالات روانی، بررسی نشده است (۲۶)، اما در مطالعه جاکوبسن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی استیگما در بیماران مبتلا به اختلالات روانی در ایران و سوئد، نتایج نشان داد که ایرانیان در مقایسه با سوئدی‌ها در بعد تنهایی از استیگمای کمتری برخوردار بودند که این امر می‌تواند به دلیل اعتقادات اسلامی ایرانیان باشد (۲۷).

5. 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.
6. Kianpoor M. Stigma Notes on Management of Spoiled Identity. Tehran: Markaz; 1386.
7. Mak W, Cheung R. Psychological Distress and Subjective Burden of Caregivers of People with Mental Illness: The Role of Affiliate Stigma and Face Concern. Community Ment Health J. 2011; 48:270-4.
8. Shahveisi B, Shojashafti S, Fadaei F, Dolatshahi B. Than the stigma of mental illness in families of patients with schizophrenia and major depressive disorder with out psychotic features. Rehabilitation. 2007; 8(29):21-27.[persian].

<sup>1</sup> - Problem-focused

<sup>2</sup> - Jacobsson

9. Karamlou S, Mottaghipour Y. Cultural understanding of stigma: A qualitative study in families of patients with severe psychiatric disorders in Iran. *European Psychiat*. 2013; 28(1):1-7
10. Larson JE, Corrigan P. The Stigma of Families with Mental Illness. *Acad Psychiatry*. 2008; 32(2):87-91.
11. Sanden VR, Rwmko LM, Stutterheim S, Pryor J, Kok G, Bos A. Coping with Stigma by Association and Family Burden among Family Members of People with Mental Illness. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(10):710-7.
12. Magana SM, Garcia JIR, Hernández MG, Cortez R. Psychological Distress among Latino Family Caregivers of Adults with Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatr Serv*. 2007; 58(3):378-84.
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. Miller CT, Kaiser RC. A theoretical perspective on coping with stigma. *Soc Issues Policy Rev*. 2001; 57(1):73-92.
15. Todd F, Robert E, Jay G. *The social psychology of stigma*. New York (NY 10012): Paperback publishers 2003.
16. Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashlach-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.
17. Mak W, Cheung R. Affiliate Stigma among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2008; 21:532-45.
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. Karimi Y. *Social Psychology*. 11th ed. Tehran: Publication Ravan; 2006.
20. 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. *Family Research*. 2013; 9(2):241-54.
21. Ghanean H, Nojomi M, Jacobsson L. Internalized Stigma of Mental Illness in Tehran, Iran. *Stigma Res Action*. 2011; 1(1):11-7.
22. Sadeghi M, Kaviani H, Rezaei R. Comparison of the Stigma of Mental Illness in the Family of Patients with Depressive Disorder, Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Cognitive Science News*. 2002; 5(2). [persian].
23. Yin Y, Zhang W, Hu Z, Fujun Jia YL, Xu H, Zhao S, et al. Experiences of Stigma and Discrimination among Caregivers of Persons with Schizophrenia in China: A Field Survey. *PLoS One*. 2014; 9(9):1-11.
24. 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.
25. Eaton PM, Davis BL, Hommond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nurs Res Pract*. 2011; 2011:1-12.
26. Ritsher JB, Otilingam PG, GraJales M. Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric Properties of a New Measure. *Psychiatry Research*. 2003; 121:31-49.
27. Jacobsson L, Ghanean H, Törnkvist B. Internalized stigma of mental illness in Sweden and Iran— A comparative study. *J Psychiatry*. 2013; 3(4):370-4

## ***Stigma in Family caregivers of Patients with Schizophrenia Hospitalized in Ibn-Sina Psychiatric Hospital of Mashhad in 2014-2015***

Saeed Vaghee<sup>1</sup>, Azam Salarhaji<sup>2\*</sup>

1. Evidence-based caring research center, Instructor of psychiatric nursing department, faculty of nursing and midwifery, medical university of Mashhad, Mashhad, Iran.
2. M.Sc. of psychiatric nursing, faculty of nursing and midwifery, medical university of Mashhad, Mashhad, Iran.

**\*Corresponding Address: Daneshgah St., Ebn Sina Av., School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.  
Email Address: salarhm921@mums.ac.ir**

### ***Abstract***

**Background & Aim:** Stigma is one of the most challenging psychosocial burdens among family caregivers of patients with mental disorders; especially schizophrenia. In Iran, despite the cultural and social impacts, this issue has been less studied. Therefore, this study was conducted to determine the stigma level in the family caregivers of patients with schizophrenia hospitalized in Ibn-Sina Psychiatric Hospital of Mashhad.

**Method:** This descriptive/cross-sectional study was performed on 300 family caregivers of patients with schizophrenia hospitalized in Ibn-Sina psychiatric hospital in Mashhad (2014-2015) through convenient sampling. The data collection tool was a modified version of Internalized Stigma of Mental Illness scale. Data were analyzed using SPSS version 11.5 and descriptive statistics.

**Results:** In total, 70.4 percent of family caregivers were female with mean age of  $48.4 \pm 14.8$  years. The mean score of total stigma was  $42.6 \pm 9.2$  (of 68 points) in family's caregivers of patients with schizophrenia. The highest average was related to social withdrawal subscale ( $12.4 \pm 3.3$ ) and the lowest average was related to alienation subscale ( $9.8 \pm 3.0$ ).

**Conclusion:** Due to the relatively high level of stigma in family's caregivers of the present study, it is necessary to pay more attention to this issue. In addition, it is recommended to make society aware of how to behave appropriately with these patients and their families through media and health care centers.

**Keywords:** stigma, family, schizophrenia, family's caregivers