

## بررسی تأثیر یک برنامه ضد انگ بر مؤلفه‌های انگ‌زنی بر بیماران روانی در بین دانشجویان پرستاری

حمید آسایش<sup>1</sup>، حسین رحمانی‌انارکی<sup>2</sup>، مصطفی قربانی<sup>3</sup> و<sup>4</sup>، زهرا علی‌اکبرزاده‌آرانی<sup>5\*</sup>

1- گروه فوریت پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم 2- گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان 3- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز 4- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران 5- گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم  
\* نویسنده مسؤل: قم، خیابان شهید لواسانی، مجتمع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پیراپزشکی، تلفن: 09137295893 شماره: 02537703738  
پست الکترونیک: zaliakbarzade@muq.ac.ir

دریافت: 94/5/27 پذیرش: 94/9/17

### چکیده

**مقدمه:** انگ‌زنی به بیماران روانی علاوه بر شیوع بالا در بین جمعیت عمومی، در بین افراد ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و دانشجویان گروه پزشکی نیز رایج است و به دلیل کاهش انگیزه مراقبت، نیازمند مداخلات مناسب می‌باشد. این مطالعه برای بررسی تأثیر یک برنامه ضد انگ بر مؤلفه‌های انگ‌زنی بر بیماران روانی در بین دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گرگان انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه تجربی، 43 نفر از دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان به روش تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. برنامه ضد انگ به مدت 10 جلسه به صورت هفته‌ای دو بار انجام شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس انگ بیماری روانی دی انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/81 بود. داده‌ها در محیط نرم‌افزار آماری SPSS16 با آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله  $21/86 \pm 0/75$  و در گروه کنترل  $21/20 \pm 0/61$  بود. تعداد دانشجویان دختر در گروه مداخله 19 نفر (82/6%) و در گروه کنترل 17 نفر (85/0%) بود. نمره کل انگ‌زنی در گروه کنترل و مداخله بعد از اجرای مداخله به ترتیب  $18/66 \pm 115/60$  و  $20/36 \pm 93/69$  بود. آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف میانگین نمره کل انگ‌زنی قبل و بعد در گروه کنترل و مداخله معنادار است ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** طراحی برنامه مناسب برای ارایه اطلاعات مناسب مبتنی بر واقعیت‌های موجود در مورد بیماری‌های روانی می‌تواند انگ‌زنی نسبت به این بیماران را کاهش دهد.

**کل‌واژگان:** انگ‌زنی، برنامه ضد انگ، دانشجو

### مقدمه

بیشک اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی کشورهای پیشرفته و مخصوصاً در حال توسعه است. در حال حاضر 40 میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات شدید روانی در رنج هستند و بیش از 90% جمعیت کشورهای در حال رشد عملاً از هیچ گونه مراقبت بهداشت روانی بهره‌ای نمی‌برند (1). با وجود بار چشمگیر بیماری‌های روان‌پزشکی در دنیا و ایران، درصد ناچیزی از مبتلایان جهت درمان مراجعه می‌کنند؛ احتمال می‌رود ترس ناشی از برچسب بیماری روانی، از بزرگ‌ترین موانع استفاده از خدمات روان‌پزشکی باشد. بیمارانی هم که مراجعه می‌کنند، با خوردن برچسب بیمار روانی دچار تبعیض، پیش‌داوری غیرموجه از سوی دیگران و انزوا و محرومیت از بسیاری حقوق اجتماعی می‌شوند (2). روان‌شناسان، سال‌های زیادی جنبه‌های زمستان 94، دوره هجدهم، شماره چهارم، پیاپی 71

بیشک اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی کشورهای پیشرفته و مخصوصاً در حال توسعه است. در حال حاضر 40 میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات شدید روانی در رنج هستند و بیش از 90% جمعیت کشورهای در حال رشد عملاً از هیچ گونه مراقبت بهداشت روانی بهره‌ای نمی‌برند (1). با وجود بار چشمگیر بیماری‌های روان‌پزشکی در دنیا و ایران،

شناخت یا پذیرش اختلال بود؛ همچنین بسیاری از آن‌ها از طرد اجتماعی، قضاوت، تمسخر، یا شایعات بی‌اساس می‌ترسیدند. بیشتر شرکت‌کنندگان (68%)، برخی از پیامدهای انگ را به دنبال دریافت درمان تجربه کرده بودند (طرد اجتماعی، قضاوت، انگ به خود، تبعیض، و یا درمان متفاوت) (9). مطالعات نشان داده است بیمارانی که تحت انگ قرار می‌گیرند به عنوان یک واکنش، کمتر به مداخلات درمانی تن می‌دهند. توجه به این نکته لازم است که استیگما یک مشکل فردی نیست و مسأله‌ای اجتماعی است که باید با توجه و مداخلات در سطح جمعیت حل شود (6). برای کاهش انگ بیماران روانی می‌توان از برنامه‌هایی مانند برنامه‌های آموزشی به افراد مختلف در مورد بیماری‌های روانی، علایم، نشانه‌ها و درمان آن‌ها استفاده کرد و با اصلاح نگرش‌های منفی و پیش‌داوری‌ها، مشارکت این بیماران را افزایش داد (10-12). انگ‌زنی به بیماران روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و علاوه بر شیوع بالای آن در بین جمعیت عمومی، در بین کارکنان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی نیز رایج می‌باشد و با توجه به این که افزایش آگاهی و دانش مرتبط با بیماری‌های روانی، افزایش تماس با این بیماران و مداخلات مبتنی بر شناخت سبب کاهش انگ‌زنی در ابعاد مختلف می‌شود محققان بر آن شدند مطالعه‌ای را طراحی کنند که در طی آن اثربخشی یک برنامه ضد انگ را مورد آزمون قرار دهند تا از این طریق راهکاری برای کنترل این مسأله در بین افراد شاغل در حرفه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت و جمعیت عموم ارائه دهند.

### روش کار

این پژوهش از نوع مداخله‌ای است. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری آسان از بین دانشجویان در دسترس انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه فینکل استاین<sup>7</sup> و همکارانش (۲۰۰۸) (13)، 25 نفر در هر گروه محاسبه شد که پس از انتخاب به صورت آسان، به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه 25 نفر) تخصیص داده شدند و در نهایت به علت انصراف پنج دانشجوی گروه مداخله و دو دانشجوی گروه کنترل از ادامه مطالعه، تحلیل نهایی بر روی 43 نمونه (20 نفر گروه مداخله و 23 نفر گروه کنترل) انجام شد. اشتغال به تحصیل در ترم اول تا پنجم رشته پرستاری، تمایل به شرکت در مطالعه، نگذاردن واحد درسی بهداشت روان، عدم حضور فرد در خانه و یا سایر مؤسسات به عنوان مراقب مستقیم یک یا چند

روانی و اجتماعی بیماری‌ها و نقایص بدنی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. امروزه بررسی پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از بیماری‌های روانی به ویژه باورها و نگرش‌های منفی نسبت به بیماران روانی و خانواده‌های ایشان، مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است. انگ<sup>1</sup> به داغی گفته می‌شود که بر روی پیشانی بردگان و یاغیان یونانی زده می‌شد تا بدین وسیله آن‌ها را به عنوان مردم فرومایه از مردم آزاد متمایز سازند (3). گافمن<sup>2</sup> (1363)، انگ را یک خصوصیت به شدت بی‌اعتبارساز معرفی می‌کند و اسکامبر<sup>3</sup> (1998) نیز انگ را به دو دسته انگ احساسی (به خود انگ زدن) و انگ قراردادی (تبعیضی) تقسیم می‌کند (4). طبق نظر فیزن<sup>4</sup>، یک بیماری ثانویه به دنبال این بیماری‌ها ظهور می‌یابد که سبب انزوای اجتماعی و محدودیت فرصت‌های زندگی فرد می‌شود و افراد انگ‌خورده را قربانی ارزیابی‌های اشتباه دیگران می‌کند (5). بررسی‌ها نشان داده است که فراوانی انگ بین ملل مختلف متفاوت است و در طول سال‌های اخیر افزایش داشته است (6). انگ بیماری روانی، علاوه بر شیوع در بین جمعیت عمومی، در بین افراد شاغل در بخش سلامت نیز رایج می‌باشد. مطالعات نشان داده است که کارکنان کادر پزشکی، اغلب یکی از منابع عمده برای انگ‌زنی به افراد دارای شرایط خاص مانند بیماران روانی، صرع و غیره هستند (7). لیرنا<sup>5</sup> و همکارانش در مطالعه خود پس از بررسی تعداد 274 دانشجوی پرستاری و پزشکی نشان دادند که 50% دانشجویان، اعتقادی مبنی بر غیرقابل درمان بودن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا داشتند، 87% آن‌ها این بیماران را خطرناک و تهاجمی می‌دانستند، 40% دانشجویان در مورد مشارکت بیماران اسکیزوفرنیا در موقعیت‌ها و فعالیت‌های اجتماعی تردید داشتند، 95% کمبود اطلاعات در مورد این بیماری را ابراز داشتند و 75% تا به حال فردی مبتلا به اسکیزوفرنیا را ندیده بودند (8). غلبه بر تأثیر انگ به نظر می‌رسد مشکل‌تر از اثرات مستقیم خود اختلال باشد. در همین زمینه مطالعه‌ای توسط آلویدرز<sup>6</sup> و همکاران (2008) انجام شد که طی آن با 34 مددجوی دچار اختلال روان‌پزشکی تحت درمان مصاحبه شد. حدود سه چهارم (76%) از شرکت‌کنندگان گزارش دادند که انگ در ابتدا مانع از آن بود که به دنبال درمان بروند. برای بسیاری از افراد، انگ مانعی برای

<sup>1</sup> Stigma

<sup>2</sup> Kaufman

<sup>3</sup> Scamber

<sup>4</sup> Feyzin

<sup>5</sup> Llerena

<sup>6</sup> Aloidrez

<sup>7</sup> Finkelstein

مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران مبتلا به اختلالات روانی؛  
3- برنامه آموزشی درباره مفهوم انگ و انگ زدن بیماران روانی  
و پیامدهای انگ زدن به آن‌ها؛ 4 و 5- جلسه گروهی با  
شرکت کنندگان در تحقیق و محقق با تأکید بر شناسایی افکار و  
باورهای منفی نسبت به بیماران روانی و خانواده‌هایشان و  
بکارگیری اصول شناخت درمانی مبتنی بر واقعیت برای اصلاح  
این باورها تا حد امکان؛ 6 و 7- تشکیل جلسه گروه درمانی با  
موضوعات آزاد و موضوعات مرتبط با انگ بیماران روانی برای  
بیماران بستری در بخش اعصاب و روان و شرکت دادن  
دانشجویان در این گروه‌های درمانی به صورت عضو گروه؛  
8 و 9- دیدار و تماس مستقیم با بیماران روانی بستری در بخش  
اعصاب و روان و توانمندسازی دانشجویان در برقراری ارتباط با  
این بیماران و خانواده‌های ایشان؛ 10- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.  
پس از اجرای مداخله (پایان جلسه دهم)، پس‌آزمون در گروه  
مداخله و شاهد انجام شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS16 با  
استفاده از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های  
پراکندگی و مرکزی، آزمون آماری کلموگروف- اسمیرنوف، تی  
مستقل، تی زوجی و کوریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان در گروه مداخله  
 $21/86 \pm 0/75$  و در گروه کنترل  $21/20 \pm 0/61$  بود و از نظر  
آماري تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).  
همچنین سایر ویژگی‌های نمونه‌ها در گروه مداخله و کنترل در  
جدول 1 آورده شده است. آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که از  
نظر جنسیت، تأهل و قومیت، اختلاف معناداری بین دو گروه  
وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). بررسی وضعیت نرمالیتیه نمرات پیش و  
پس‌آزمون مقیاس انگ بیماری روانی با آزمون کلموگروف-  
اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات خرده مقیاس‌های آزمون و  
همچنین نمره کل آن از منحنی نرمال تبعیت می‌کند ( $p > 0/05$ ).

جدول 1- متغیرهای دموگرافیک در گروه مداخله و کنترل

متغیرهای جمعیت‌شناختی	کنترل	مداخله
سن (M±SD)	21/86 ± 0/75	21/20 ± 0/61
جنسیت		
دختر	19 (%82/6)	17 (%85/0)
پسر	4 (%17/4)	3 (%15/0)
تأهل		
مجرد	22 (%95/7)	18 (%90/0)
متاهل	1 (%4/3)	2 (%10/0)
قومیت		
فارس	18 (%78/3)	14 (%70/0)
ترکمن	2 (%8/7)	3 (%15/0)
سیستانی	3 (%13/0)	1 (%5/0)
ترک	0 (%0/0)	1 (%5/0)
سایر	0 (0/0 %)	1 (5/0 %)

بیمار روانی، به عنوان معیارهای ورود؛ و انصراف از شرکت در  
مطالعه به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. ابزار  
این پژوهش، مقیاس انگ بیماری روانی دی<sup>8</sup> بود. این ابزار یک  
پرسشنامه خوداجرا است که توسط امردی<sup>9</sup> در دانشگاه کانزاس  
ساخته شده است. این ابزار، 28 گویه با مقیاس لیکرت 7  
درجه‌ای، به صورت نمره یک کاملاً مخالف تا نمره هفت کاملاً  
موافق دارد و دارای هفت خرده مقیاس می‌باشد که نگرش افراد  
را در ابعاد اضطراب بین فردی<sup>10</sup>، اختلال در برقراری ارتباط<sup>11</sup>،  
وضعیت سلامت بیماران<sup>12</sup>، آشکاری و قابل مشاهده بودن  
بیماری<sup>13</sup>، قابلیت درمان بیماری<sup>14</sup>، کفایت حرفه‌های ارائه‌دهنده  
خدمات بهداشت روانی در درمان این بیماری‌ها<sup>15</sup> و بهبودی از  
بیماری<sup>16</sup> می‌سنجد. این ابزار از زبان انگلیسی به زبان فارسی  
ترجمه شد و سپس نسخه فارسی اولیه توسط دو کارشناس زبان  
انگلیسی به زبان اصلی ترجمه شدند. شکاف‌های موجود با  
مقایسه نسخه اصلی و نسخه انگلیسی ترجمه شده بر طرف شد  
و در نهایت نسخه فارسی آماده شد و پرسشنامه آماده شده  
توسط 60 نفر از دانشجویان پرستاری تکمیل شد (این  
دانشجویان جزو نمونه‌های مطالعه فعلی نبودند). ضریب آلفای  
کروناخ نسخه فارسی 81% محاسبه شد. این مقدار در فرم  
انگلیسی 79% بود. پس از انجام نمونه‌گیری به صورت در  
دسترس و توضیح اهداف طرح برای نمونه‌های تحقیق، از آن‌ها  
رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد و پس از آن با انجام پیش‌آزمون،  
دانشجویان به طور کاملاً تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل  
تقسیم شدند. در قدم بعدی، مداخله (برنامه ضد انگ به تعداد 10  
جلسه و هر جلسه 90 دقیقه به صورت هفته‌ای دو بار) برای  
نمونه‌های گروه آزمون توسط محقق و کارشناسان روانشناسی  
همکار اجرا شد. شایان ذکر است که در بخشی از مداخله که  
لزوم برگزاری جلسات گروهی با بیماران و نمونه‌های تحقیق  
وجود داشت این جلسات در دو گروه مجزا برگزار شد (گروه  
مداخله به دو گروه مجزا تقسیم شد). محتوای این برنامه به  
تفکیک جلسات شامل این موارد بود: 1- برنامه آموزشی درباره  
بیماری‌های روانی و بیماران مبتلا به این بیماری‌ها؛ 2- آموزش

<sup>8</sup> Day's Mental Illness Stigma

<sup>9</sup> Emer Day

<sup>10</sup> Interpersonal Anxiety

<sup>11</sup> Relationship Disruption

<sup>12</sup> Hygiene

<sup>13</sup> Visibility

<sup>14</sup> Treatability

<sup>15</sup> Professional Efficacy

<sup>16</sup> Recovery

## بحث

مقایسه نمرات مقیاس انگ‌زنی به بیماران روانی در دانشجویان گروه کنترل و مداخله مشخص کرد که برنامه ضد انگ اجرا شده برای دانشجویان پرستاری گروه مداخله، میزان انگ‌زنی به بیماران مبتلا به اختلالات روانی را به میزان معناداری کاهش داد و به جز در مورد خرده‌مقیاس‌های کفایت حرفه‌های مرتبط در درمان بیماری‌های روانی، آشکاری و قابل مشاهده بودن بیماری‌های روانی و وضعیت بهداشتی بیماران روانی، نمره کل انگ‌زنی و انگ‌زنی در خرده‌مقیاس‌های اضطراب بین فردی به هنگام رویاوری با بیمار روانی، برقراری ارتباط با بیمار روانی، قابلیت درمان بیماری‌های روانی و بهبودی از بیماری روانی در این راستا اسکاژ<sup>17</sup> و همکاران (2003) نشان دادند که اجرای یک برنامه ضد انگ یک هفته‌ای برای دانش‌آموزان مدرسه می‌تواند باورهای کلیشه‌ای آن‌ها نسبت به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را کاهش دهد. برنامه ایشان شامل ارائه اطلاعات و دیدار مستقیم با یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا بود (14). در مدل ارزیابی خطر که توسط کوریگان<sup>18</sup> و همکارانش (2001) در رابطه با انگ‌زنی به بیماری روانی ارائه شده است اگر رفتار فردی خطرناک تلقی شود باعث بروز احساس ترس می‌شود و این ترس سبب رفتارهای اجتنابی می‌گردد؛ بر اساس این مدل، یک پاسخ هیجانی مانند ترس یا اضطراب بدون این که عامل اسنادی دیگری در آن نقش واسطه را داشته باشد، منجر به پیامدهای رفتاری مانند اجتناب می‌شود. این محققان در مطالعه خود بر روی دانشجویان نشان دادند که آموزش و تعامل با بیماران روانی می‌تواند تغییرات مثبتی در نگرش دانشجویان نسبت به بیماران روانی ایجاد کند که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (15). آرکار و اکر<sup>19</sup> (1997) در مطالعه خود، انگ‌زنی نسبت به بیماران روانی را در گروهی از دانشجویان پزشکی در حال گذراندن دوره روان‌پزشکی با دانشجویان دوره چشم‌پزشکی مقایسه کردند. دانشجویان گروه روان‌پزشکی در کنار آموزش‌های این دوره با بیماران روانی، تماس مستقیم نیز داشتند و بررسی‌های نهایی نشان داد که اختلافی بین دو گروه از نظر انگ‌زنی به بیماران روانی وجود ندارد (16). کربی<sup>20</sup> و همکارانش (2008) در یک کارآزمایی بالینی که در بین

مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون مقیاس انگ‌زنی به بیماران روانی در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که در تمام خرده‌مقیاس‌ها به جز اضطراب بین فردی به هنگام رویاوری با بیمار روانی و اختلال در برقراری ارتباط با بیمار روانی اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشته است ( $p > 0/05$ ) و نمره کل انگ‌زنی به بیماران روانی گروه مداخله بیشتر از گروه آزمون بود و این اختلاف معنادار بود ( $p < 0/05$ ) (جدول 2).

جدول 2- مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های مقیاس انگ‌زنی در گروه کنترل و مداخله قبل از اجرای برنامه ضد انگ

p	مداخله		مقیاس انگ‌زنی
	کنترل	M (SD)	
0/015	32/30 (7/96)	38/26 (7/49)	اضطراب بین فردی به هنگام رویاوری با بیمار روانی
0/035	25/65 (6/99)	30/08 (6/34)	اختلال در برقراری ارتباط با بیمار روانی
0/161	17/25 (5/13)	19/43 (4/89)	وضعیت بهداشتی بیماران روانی
0/423	16/80 (3/13)	17/60 (3/38)	آشکاری و قابل مشاهده بودن بیماری‌های روانی
0/958	9/05 (2/43)	9/00 (3/55)	قابلیت درمان بیماری‌های روانی
0/549	6/50 (2/21)	6/08 (2/25)	کفایت حرفه‌های مرتبط در درمان بیماری‌های روانی
0/692	7/55 (3/39)	7/95 (3/26)	بهبودی از بیماری روانی
0/033	115/10 (20/60)	128/43 (19/00)	نمره کل انگ‌زنی

مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون مقیاس انگ‌زنی به بیماران روانی در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که در تمام خرده‌مقیاس‌ها به جز در مورد خرده‌مقیاس کفایت حرفه‌های مرتبط در درمان بیماری‌های روانی و وضعیت بهداشتی بیماران روانی و نمره کل انگ‌زنی به بیماران روانی اختلاف معناداری بین دو گروه وجود داشت ( $p < 0/05$ ) (جدول 3). بر اساس تحلیل کوواریانس مشخص شد که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، اختلاف بین گروه مداخله و کنترل در نمره کل مقیاس انگ‌زنی به بیماران روانی، جنسیت و قومیت دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه از نظر آماری معنادار است (جدول 4).

جدول 3- مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های مقیاس انگ‌زنی در گروه کنترل و مداخله بعد از اجرای برنامه ضد انگ

p	مداخله		مقیاس انگ‌زنی
	کنترل	M (SD)	
0/003	30/07 (7/30)	22/52 (9/35)	اضطراب بین فردی به هنگام رویاوری با بیمار روانی
0/003	27/50 (5/47)	21/60 (6/58)	اختلال در برقراری ارتباط با بیمار روانی
0/086	17/20 (5/47)	14/34 (5/33)	وضعیت بهداشتی بیماران روانی
0/011	16/50 (3/31)	19/13 (3/13)	آشکاری و قابل مشاهده بودن بیماری‌های روانی
0/002	8/45 (2/28)	6/08 (2/37)	قابلیت درمان بیماری‌های روانی
0/136	6/04 (1/60)	5/04 (2/54)	کفایت حرفه‌های مرتبط در درمان بیماری‌های روانی
0/008	7/20 (2/96)	4/95 (2/28)	بهبودی از بیماری روانی
0/002	115/60 (18/66)	93/69 (20/36)	نمره کل انگ‌زنی

جدول 4- تأثیر برنامه ضد انگ بر انگ‌زنی به بیماران مبتلا به اختلال روانی پس از تعدیل اثرات نمرات پیش‌آزمون، جنسیت و قومیت دانشجویان با آزمون تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	شدت اثر
پیش‌آزمون	3115/11	1	3115/11	10/12	0/003	0/21
جنسیت	30/78	1	30/78	0/10	0/75	0/003
قومیت	1779/54	1	1779/54	5/78	0/02	0/13
گروه	7157/89	1	7157/89	23/27	0/000	0/38
خطا	11689/02	38	-	-	-	-

<sup>17</sup> Schulze<sup>18</sup> Corrigan<sup>19</sup> Arkar & Eker<sup>20</sup> Kerby

باورهای انگ‌زنی، اعضای خانواده را هم شرکت داد تا افراد شرکت کننده با مشکلات واقعی این مراقبین نیز آشنا شوند.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، برنامه ضد انگ که در قالب آن رایحه اطلاعات مناسب مبتنی بر واقعیت‌های موجود در مورد بیماری‌های روانی، آموزش مهارت‌های برخورد مناسب با بیماران روانی و دیدار مستقیم با بیماران روانی صورت گیرد می‌تواند انگ‌زنی نسبت به این بیماران را در بین دانشجویان پرستاری کاهش دهد و از آن جایی که این گروه در آینده به عنوان عضوی از تیم بهداشتی درمانی فعالیت خواهند کرد طراحی و اجرای چنین برنامه‌هایی برای کاهش انگ‌زنی و در نهایت افزایش کیفیت مراقبت‌ها ضروری می‌باشد.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست گذاری در نظام سلامت

انگ‌زنی به بیماران روانی یکی از موانع رایحه خدمات سلامت به این بیماران است و طراحی برنامه‌های کاهش انگ در بین کارکنان سلامت، سبب ارتقای کیفیت خدمات سلامت خواهد شد. برنامه ضد انگ طراحی شده در مطالعه حاضر، در کاهش انگ‌زنی به بیماران روانی مؤثر واقع شده است؛ لذا توجه به این موضوع در سیاست‌گذاری‌های آموزشی دانشجویان گروه پزشکی، می‌تواند شرایط رایحه خدمات سلامت را بهبود بخشد و رضایت مشتریان نظام سلامت را افزایش دهد.

### تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان که حمایت مالی این مطالعه را بر عهده داشتند و از همکاران آن حوزه و مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر که انجام این مطالعه را تسهیل نمودند تشکر می‌نمایم. همچنین از دانشجویان عزیزی که وقت گرانبه‌ای خود را برای شرکت در این مطالعه صرف نمودند سپاسگزاریم.

### References

- 1- Shamlo S. Mental Health. 12<sup>th</sup> ed. Tehran: Roshd Publication; 1998:12.
- 2- Heydari A, Meshkinyazd A, Soodmand P. Mental illness stigma: A concept analysis. Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty 2014; 11 (3):218-228.
- 3- Shahveysi B, Shojashafti S, Fadaei F, Doulatshahi B. Comparison of mental illness stigmatization families of schizophrenic and major depressive disorder patients

دانشجویان پزشکی انجام دادند، گروه مداخله یک فیلم با محتوای ضد انگ در مورد بیماران به مدت هشت هفته و گروه کنترل یک فیلم معمولی را تماشا کردند و در نهایت مشخص شد که نگرش‌های دانشجویان مبنی بر خطرناک بودن بیماران روانی و کناره‌گیری از این بیماران در گروه مداخله کاهش معنادار داشت (۱۷). فینکل استاین و همکارانش (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای، ۱۹۳ دانشجوی دوره کارشناسی را به طور تصادفی به سه گروه تقسیم کردند. در گروه اول یک برنامه ضد انگ در مورد بیماران روانی اجرا شد، گروه دوم کتاب و روزنامه‌هایی دارای مطالب ضد انگ در مورد بیماران روانی را مطالعه کردند و گروه سوم هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که انگ بیماران روانی در گروه اول و دوم در مقایسه با گروه سوم کاهش معناداری را نشان داد و پس‌آزمون دوم (پس از ۶ ماه) مشخص کرد که دوام نگرش‌های مثبت به بیماران روانی در گروه دریافت‌کننده برنامه کامپیوتری در مقایسه با گروه مطالعه‌کننده کتاب و روزنامه بیشتر بود (۱۳). به طور کلی آنچه که از مطالعه و مقایسه پژوهش‌های موجود در زمینه طراحی و اجرای برنامه ضد انگ به دست می‌آید این است که در اکثر این مطالعات، رایحه اطلاعات هدفمند و صحیح از طریق یک منبع آگاه و مطمئن و تجربه دیدار و برقراری ارتباط با بیمار مبتلا به اختلال روانی جزء اصلی این برنامه‌ها می‌باشد که در اکثر موارد در اصلاح باورهای کلیشه‌ای نسبت به بیماران روانی و کاهش انگ این بیماری‌ها مؤثر واقع شده است. حجم نمونه پایین در این مطالعه سبب کاهش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی سایر دانشجویان گروه پزشکی که در محیط‌های بالینی با بیماران روانی تماس دارند نیز مورد مطالعه قرار گیرند. عدم امکان شرکت دانشجویان گروه مداخله در برنامه توانبخشی در کوتاه‌مدت، می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه باشد چون شرکت در این برنامه‌ها می‌تواند در تغییر میزان انگ‌زنی و اصلاح باورهای کلیشه‌ای دانشجویان مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های اصلاح

without psychotic features. Journal of Rehabilitation 2007; 8(29): 21-27.

- 4- Sadeghi, M, Kaviani H, Rezaie R. A comparative study of stigma of mental illness in the families of the patients with major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia. Advances in Cognitive Science Studies 2003; 5(2):16-25.
- 5- Wenzke KS, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Experience of Stigmatization by Relatives of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. Archives of Psychiatric Nursing 2004; 18(3):88-96.

- 6- Nojomi M, Malakouti SK, Ghanean H, Joghataei MT, Jacobson L. Mental illness stigma in city of Tehran, 2009. *Razi Journal of Medical Sciences* 2011; 17(78 & 79):45-52.
- 7- Altindag A, Yanik M, Alp U, Alptekim K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60:283-288.
- 8- Llerena A, Caceres MC, Peas-LedEM. Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 298-9.
- 9- Alvidrez J, Snowden LR, Kaiser DM. The experience of stigma among black mental health consumers. *J Health Care Poor Underserved* 2008; 19(3): 874-893.
- 10- Ucok A, Soygur H, Atakli C, Kusu K, Sartorius N, CetinkayaDuman Z, Polat A, et al. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60: 439-443
- 11- Chee CYI, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:648-653
- 12- Moher MK. *Johnson's psychiatric –mental health nursing*. 6th ed. Lippincott William & Wilkins; 2006.
- 13- Finkelstein J, Lapshin O, Wasserman E. Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Education and Counseling* 2008; 71: 204-214.
- 14- Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 142-150.
- 15- Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27: 187-195.
- 16- Arkar H, Eker D. Influence of a 3-week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32: 171-176.
- 17- Kerby J, Calton T, Dimambro B, Flood C, Glazebrook C. Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomized controlled trial. *Psychiatric Bulletin* 2008; 32: 345-349.

## Effects of an Anti-Stigma Program on Components of Stigma on Patients with Mental Disorders among Nursing Students

Asayesh H<sup>1</sup> (MSc), Rahmani anaraki H<sup>2</sup> (MSc), Qorbani M<sup>3,4</sup> (PhD), Aliakbarzade Arani Z<sup>5\*</sup> (MSc)

<sup>1</sup> Medical Emergency Department, Paramedical Faculty, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

<sup>2</sup> Medical-Surgical Department, Nursing & Midwifery Faculty, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>3</sup> Department of Community Medicine, Medical Faculty, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

<sup>4</sup> Non-Communicable Diseases Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Operating Room Department, Paramedical Faculty, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

### Original Article

Received: 18 Aug 2015, Accepted: 8 Dec 2015

### Abstract

**Introduction:** Stigma on patients with mental disorders is common among general population as well as health care providers and medical sciences' students. This study was carried out to assess the effect of an anti-stigma program on components of stigma on patients with mental disorders among nursing students.

**Methods:** In this trial, 43 nursing students of Gorgan School of Nursing and Midwifery were recruited and randomly divided into two control and intervention groups. The anti-stigma program consisted of 10 sessions twice a week. The Day's Mental Illness Stigma questionnaire was completed by the students at baseline and after the intervention. The Cronbach's alpha of the scale was 0.79. The data were analyzed in the SPSS-16 using the independent t-test, paired t-test and covariance.

**Results:** Mean ages were  $21.86 \pm 0.75$  and  $21.20 \pm 0.61$  in the intervention and control groups, respectively. The number of female students were 19 (6.82%) and 17 (0.85%) in the intervention and control groups. After the intervention, the overall stigma score were  $115.60 \pm 18.66$  and  $93.69 \pm 20.36$  in the intervention and control groups, respectively ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Designing appropriate programs in order to provide proper information based on the available facts about mental illness can reduce the stigma among nursing students.

**Key words:** stigma, anti-stigma program, students

---

### Please cite this article as follows:

Asayesh H, Rahmani Anaraki H, Qorbani M, Aliakbarzade Arani Z. Effects of an Anti-Stigma Program on Components of Stigma on Patients with Mental Disorders among Nursing Students. *Hakim Health Sys Res* 2016; 18(4): 275- 281.

---

\* Corresponding Author: Qom, Shahid Lavasani street, Qom University of Medical Sciences Educational, Paramedical Faculty, Tel: +98- 913- 7295893, Fax: +98- 253- 7703738. E-mail: [zaliakbarzade@muq.ac.ir](mailto:zaliakbarzade@muq.ac.ir)