Military Caring Sciences

Original Article

10.22034/12.2.5

OPEN ACCESS

Examining the Impact of Dignity Therapy on Internalized Stigma among Inpatient and Outpatient Depressed Patients Referring to a Selected Military Hospital: A Clinical Trial Study

Tat. Z[1]
*Jafari Golestan. N[2]
Khalaji. M[3]
KazemiGalougahi. MH[4]

1- Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*2- Nursing Management Department, Nursing School, Aja University of Medical, Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author), Email: n.jafarigolestan@ajaums.ac.ir*

3 - Psychiatric Nursing Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Social Medicine Department, Medicine School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Introduction: Individuals with mental disorders often harbor misconceptions about psychiatric conditions due to limited awareness of mental health issues. This distorted understanding is frequently compounded by stigma and maladaptive attitudes, which in turn foster harmful discriminatory practices.

Objective: Accordingly, the present study was conducted to evaluate the effects of dignity therapy on internalized stigma among inpatient and outpatient depressed patients at a psychiatric center.

Materials and Methods: This study was a randomized controlled clinical trial. The research population consisted of inpatient and outpatient depressed patients referred to the selected Aja psychiatric hospital in Tehran during the year 2024. A total of 72 participants were enrolled using convenience sampling and subsequently allocated to the intervention and control groups via random block randomization (six blocks of four). The intervention group received routine treatments at the treatment center in addition to dignity therapy as the primary intervention for two weeks. Data were collected using a demographic characteristics questionnaire and the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale.

Results: The results of this study indicated that prior to the intervention (dignity therapy), there was no statistically significant difference in the mean internalized stigma scores between the intervention group (3.15±0.24) and the control group (2.89±0.47). However, following the completion of the intervention, the mean internalized stigma score in the dignity therapy group (1.79±0.25) was lower than that in the control group (3.12 ± 0.22), signifying the effectiveness of dignity therapy, with the difference being statistically significant ($P<0.001$).

Conclusion: Dignity therapy-based interventions can be recommended as an effective approach for reducing internalized stigma. Therefore, researchers in the field of mental disorders, particularly psychiatric nurses working in specialized psychiatric centers, can incorporate this non-pharmacological method into the routine treatment of patients with depression

Keywords: Clinical Trial, Depression, Dignity Therapy, Stigma

Cite this article:Tat Z, Jafari Golestan N, Khalaji M, Kazemi Galugahi MH. Examining the Impact of Dignity Therapy on Internalized Stigma among Inpatient and Outpatient Depressed Patients Referring to a Selected Military Hospital: A Clinical Trial Study. Military Caring Sciences. 2025; 12 (2): 147-159.

Received: 2025/02/04 Received in revised form: 2025/03/07 Accepted: 2025/03/08 Published: 2025/06/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر کرامت درمانی بر انگ درونی بیماران افسرده بستری و مراجعه کننده سرپایی به بیمارستان منتخب نظامی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

زهرا تات[1]
نسرین جعفری گلستان[2]
مرضیه خلجی[3]
محمد حسن کاظمی گلوگاهی[4]

۱ - دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:
n.jafarigolestan@ajaums.ac.ir
۳- گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: مبتلایان به اختلالات روان به دلیل کمبود آگاهی در حیطه سلامت روان، درکی اشتباه از اختلالات روانی دارند و گاهی این درک نادرست با انگ (Stigma) و نگرش‌های نامناسب همراه شده و سبب ایجاد تبعیض‌های صدمه زننده می‌شود.

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر کرامت درمانی بر انگ درونی بیماران افسرده بستری و مراجعه کننده سرپایی در یک مرکز روان‌پزشکی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده کنترل دار است. جامعه پژوهش شامل بیماران افسرده بستری و مراجعه کننده سرپایی به بیمارستان روان‌پزشکی منتخب آجا در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. تعداد ۷۲ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس تخصیص نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل با روش بلوک‌های تصادفی (۶ بلوک ۴ تایی) صورت گرفت. گروه آزمون علاوه بر دریافت درمان‌های روتین در مرکز درمانی، کرامت درمانی را نیز به مدت دو هفته به عنوان مداخله اصلی این مطالعه دریافت کردند. جمع‌آوری داده‌های مطالعه، با پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و مقیاس انگ درونی شده‌ی بیماری اعصاب و روان (ISMI)، انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله (کرامت درمانی)، در میانگین نمره انگ درونی بین دو گروه آزمون (۳/۱۵ ± ۰/۲۴) و کنترل (۲/۸۹ ± ۰/۴۷) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت، ولیکن پس از اتمام مداخله، میانگین نمره انگ درونی در گروه کرامت درمانی (۱/۷۹±۰/۲۵) از نمره گروه کنترل (۳/۱۲ ± ۰/۲۲) کمتر بود که این به معنای اثرگذاری کرامت درمانی بوده و اختلاف از نظر آماری نیز معنادار بود (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: مداخلات مبتنی بر کرامت درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر برای کاهش انگ درونی پیشنهاد شود. لذا، محققین حوزه‌ی اختلالات روان و به طور خاص پرستاران شاغل در مراکز تخصصی روان‌پزشکی می‌توانند از این روش غیر دارویی، در بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر درمان‌های روتین بهره‌مند شوند.

کلمات کلیدی: افسردگی، انگ، کارآزمایی بالینی، کرامت درمانی

استناد: تات زهرا، جعفری گلستان نسرین، خلجی مرضیه، کاظمی گلوگاهی محمد حسن. بررسی تأثیر کرامت درمانی بر انگ درونی بیماران افسرده بستری و مراجعه کننده سرپایی به بیمارستان منتخب نظامی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۴؛ ۱۲(۲): ۱۵۹- ۱۴۷.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا

©نویسندگان

CC BY NC

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود چهارصد و پنجاه میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند (۱). در مطالعه‌ای که در همین راستا انجام شده است، نتایج نشان داد که شیوع اختلال روان در ایران نسبت به یک دهه گذشته، روند افزایشی داشته است. همچنین بیان می‌کند که در شهر تهران، ۴۳ درصد افراد از اختلال افسردگی رنج می‌برند (۲). مبتلایان به اختلالات روان به دلیل کمبود آگاهی در حیطه سلامت روان، درکی اشتباه از اختلالات روانی دارند و گاهی این درک نادرست با انگ و نگرش‌های نامناسب همراه شده و سبب ایجاد تبعیض‌های صدمه زننده می‌شود (۳). انگ (Stigma) یک نیروی اجتماعی موذی است که ویژگی‌های خاصی دارد که بسته به شرایط و در گروه‌های اجتماعی متفاوت می‌تواند تغییر کند. بر اساس متون، این ویژگی‌های خاص عمدتاً بر مواردی مانند نژاد، جنسیت، ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و بیماری‌های نوپدید و عفونی نظیر ایدز متمرکز می‌باشد. وصله ناجور بودن معادل مناسب دیگری برای انگ یا استیگما است. رابینسون (Robinson) و همکاران به این نتیجه رسیدند که این کلمه دارای بار بسیار قوی است که اشاره به نشانی دردناک و یا زشت دارد که افراد را از حالت و وضعیت معمولی به کنار می‌گذارد. تأثیر این پیامدها نه تنها افراد، بلکه جوامع و جامعه را به طور گسترده تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴).

بیماران روان‌پزشکی ممکن است سه نوع انگ یا استیگما را تجربه کنند: ۱-استیگمای درونی (Internal Stigma) یا به خود انگ زدن که بیمار احساس نقص و عدم کفایت می‌کند، ۲-استیگما از طرف خانواده (Stigma by Family) که افراد خانواده او را طرد می‌کنند و ۳-استیگما توسط جامعه (Public or Social Stigma) که در مورد بیمار تبعیض قائل شده و موجب مشکلات در پذیرش و جذب کامل او به درون جامعه می‌شوند (۵).

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. این برچسب‌ها منجر به تبعیض، پیش داوری غیرموجه از سوی دیگران، انزوا و محرومیت از بسیاری حقوق اجتماعی می‌شوند (۶).

طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی از هر ۱۰ نفر مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی، ۹ نفر (۸۷ درصد) از انگ درونی رنج می‌برند. بیش از دو سوم این بیماران به دلیل ترس از انگ یا استیگما از انجام کارهای مورد علاقه‌شان دست کشیدند و استیگما روی همه‌ی ابعاد زندگی آن‌ها مؤثر بوده است (۷). توجه به اینکه انگ بیماری‌های روانی منجر به درد و رنج قابل ملاحظه‌ای برای بسیاری از این افراد و خانواده‌های آن‌ها می‌شود، لزوم انجام مداخلات و پژوهش‌ها را در این زمینه روشن‌تر می‌کند (۶). یکی از سودمندترین انتخاب‌ها در زمینه ارضای نیازهای بیماران، مداخلاتی هستند که نه فقط سلامت جسمی، بلکه سلامت روانشناختی و اجتماعی از جمله امید به زندگی آنان را هم مدنظر قرار می‌دهند (۸).

چوکاینوف و همکاران (Chochinov) در یک مطالعه، به یک روش جدید و منحصر به فرد روان درمانی، به نام کرامت درمانی (Dignity Therapy) دست یافتند. این روش در افرادی که سطح بالای استرس را برای مدت طولانی تجربه کردند، به کار گرفته شده است. این روش به فرد احساس مهم بودن را القا می‌کند که بیماران بر تقویت روابط انسانی و عبارات عاشقانه تمرکز می‌کنند. از این رو آن‌ها می‌توانند با هدف داشتن در زندگی، با گفتن داستان زندگی و روایت تفکرات مهم و احساسات و امیدواری‌ها، سطح امید را در خودشان بهبود ببخشند (۹).

در ابتدا کرامت درمانی در بیماران با اختلالات جسمی مزمن بیشتر مورد توجه قرار گرفت (۱۰) و مطالعات متعددی، درباره اثربخشی کرامت درمانی انجام شد. به طور مثال در مطالعه‌ای که اثر بخشی کرامت درمانی به روش آنلاین را در کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان متاستاتیک بررسی کردند، محققان دریافتند که کرامت درمانی در کاهش پریشانی روان شناختی گروه آزمایش اثربخش بوده است (۱۱). همچنین کرامت درمانی بر احساس کرامت بیماران تحت درمان همودیالیز نیز مؤثر بوده است (۱۲).

علاوه بر این، کرامت درمانی در اختلالات روان نیز مورد توجه قرارگرفته است. در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه روایات کرامت درمانی در بین جمعیت مبتلا به اختلالات روان و افراد مبتلا به سرطان پژوهشگران دریافتند که کرامت درمانی، به عنوان یک مداخله ارزشمند و عملی برای بیماران با اختلال روانی است

(۱۳). در مطالعه دیگری که با هدف بررسی تأثیر کرامت درمانی در بیماران با اختلالات افسردگی انجام شده است، نتایج نشان داد که کرامت درمانی بر ارتقاء احساس کرامت در بیماران با اختلالات افسردگی نیز مؤثر بوده است (۱۴). در یک مطالعه دیگر تأثیر کرامت درمانی در بیماران با اختلال دو قطبی و افسردگی بررسی شده است که نتایج حاصل نشان داده که کرامت درمانی در این بیماران مؤثر بوده است و می‌تواند به بیماران کمک کند تا هدف و تمایل به زندگی داشته باشند و رنج افسردگی را در آن‌ها کاهش بدهد. در واقع کرامت درمانی را می‌توان به عنوان پادزهر افسردگی معرفی کرد که به بیماران با اختلالات روان مزمن کمک می‌کند تا مهارت‌های تطابق، عزت نفس، بهبود سطح امید و معنای زندگی را بهبود ببخشند. افزایش سطح امید و ارزش در بیماران با افسردگی اساسی نیز، باعث تسریع بهبودی آن‌ها و کاهش زمان بستری شدن در بیمارستان می‌شود (۹).

از سوی دیگر بررسی مطالعات انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد که همچنان اختلال روان برای افراد ترسناک است و بیماران با اختلالات روان طرد شده و اطرافیان برای آن‌ها ارزش قائل نمی‌شوند. حتی مراقبان سلامتی (Health Care Providers) نیز از تبعیض و انگ مصون نیستند (۶). در این شرایط به کارگیری روش‌های درمانی مناسب برای این بیماران، می‌تواند چشم انداز روشن‌تری فراهم آورد تا با این بحران‌ها راحت‌تر کنار آیند. در این راستا، بهره‌مندی از روش‌های نوین مراقبتی مبتنی بر کرامت، همچون کرامت درمانی می‌تواند احساس ارزش، بزرگی و عزت نفس را برای بیماران فراهم کرده و آن‌ها را جهت گذر از این مرحله پرتلاطم یاری رساند. از این رو، شناسایی و بهره‌مندی از روش‌های مراقبتی اکرام بخش، نه تنها از الزامات اخلاقی حرفه پرستاری، بلکه به مثابه کمال مطلوب و آرمان اخلاقی این حرفه مقدس می‌باشد (۱۴).

با وجود آنکه در سال‌های اخیر کرامت درمانی در ایران نیز وارد متون مرتبط با مداخلات روان‌پزشکی در حوزه مراقبت‌های تسکینی شده است، اما تعداد مطالعاتی که در این حوزه به بررسی اثربخشی این روش پرداخته‌اند، هنوز محدود است (۱۵). این در حالی است که کرامت درمانی به دلیل تأثیر مثبت در بهبود کیفیت زندگی، کاهش پریشانی، باز تأیید هویت، تقویت روابط و افزایش امید و معنا، کاهش سطح اضطراب، افسردگی و پریشانی بیماران بستری شده نشان داده است یکی از مداخلات روانشناختی رایج در بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و تهدید کننده در جهان تلقی می‌شود (۱۶)؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر کرامت درمانی بر انگ درونی بیماران افسرده بستری و مراجعه کننده سرپایی انجام شده است.

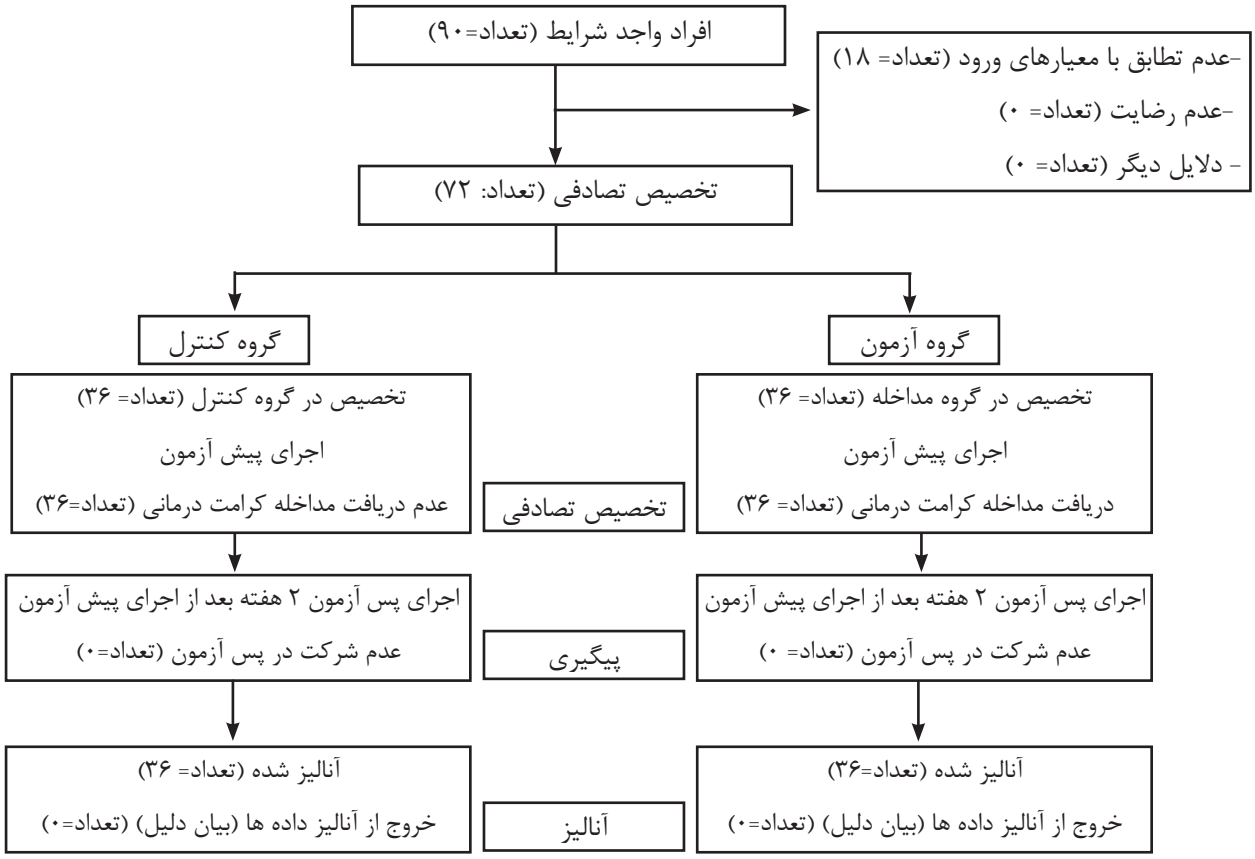
مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده کنترل دار (IRCT) است که در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT۲۰۲۴۱۰۰۸۰۶۳۲۹۸N۱ به ثبت رسیده است. این مطالعه بر روی ۷۲ بیمار با تشخیص افسردگی بستری و سرپایی مراجعه‌کننده به بیمارستان منتخب نظامی وابسته به آجا که مرکز تخصصی روانپزشکی در تهران در سال ۱۴۰۳ انجام شده است.

معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از تمایل برای شرکت در مطالعه، محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، عدم وجود اختلال روان دیگری به صورت همزمان با افسردگی بنا به اظهار فرد و تائید پزشک، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، تشخیص قطعی پزشکی بیماری افسردگی که بیش از سه سال از تشخیص گذشته باشد که به صورت سرپایی یا برای بستری به بیمارستان منتخب نظامی مراجعه کرده باشد (۱۷). دو جلسه عدم حضور در جلسات، عدم تمایل به ادامه همکاری، تشخیص یک اختلال روان دیگر در طول مطالعه، عدم همکاری خانواده بیمار در مطالعه نیز به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. به منظور محاسبه حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد. با در نظر گرفتن α =۰/۰۵ توان مطالعه ۸۰ درصد و اندازه اثر ۰/۶ حجم نمونه مورد نیاز در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل ۳۶ نمونه و در مجموع ۷۲ بیمار محاسبه گردید.

۷۲ نفر بیمار حائز شرایط ورود به مطالعه بر اساس معیارهای ورود پس از توضیح روش و اهداف مطالعه برای بیماران و در صورت لزوم خانواده‌هایشان و کسب رضایت آگاهانه از ایشان وارد مطالعه شدند (نمونه‌گیری در دسترس). پژوهشگر با هدف تصادفی سازی و تخصیص نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله از روش بلوک‌های تصادفی (۶ بلوک ۴ تایی) استفاده کرد. در مورد انتخاب نمونه‌های سرپایی و بستری، بیماران به صورت تصادفی

سازی طبقه بندی شده انتخاب شدند. در مورد نحوه بلوک بندی در هر بلـوک ۴ بیمار قرار می‌گیرد که دوتـا از بیماران به گروه مداخلـه و دو تای دیگر مربوط به گروه کنترل هسـتند و تعداد بلوک‌ها ۶ تا می‌باشـد. به هر کـدام از بلوک‌ها عددی به صورت نمادین اختصاص داده می‌شود و به صورت تصادفی (Random) هر بار یکـی از این بلوک‌ها انتخاب و طبـق ترکیب آن به گروه مداخله یا کنترل اختصاص داده می‌شـود. همچنین پژوهشـگر بیماران سـرپایی و بسـتری را، به صورت جدا انتخاب کرد. گروه مداخله از ۶۰ درصد بیماران سرپایی و ۴۰ درصد بیماران بستری تشـکیل شـد و گروه کنترل نیز به همین صورت در نظر گرفته شـدند. ریزش در مطالعه وجود نداشت و همه بیماران تا انتهای مطالعه حضور داشتند.



نمودار ۱- نحوه انجام کار

محقـق پس از کسـب مجوزهای لازم جهت معرفـی به محیط پژوهش، در ابتدا با کمک سرپرستاران هر بخش و در نظر گرفتن وضعیت همـکاری بیماران، فراخوانی در رابطـه با مکان و زمان برگزاری جلسـات به بیماران دارای معیارهای ورود جهت شرکت در مطالعه داده شـد. مکان برگزاری جلسـات اتـاق آموزش هر بخش بود. برای جلوگیری از نشـر و اشـتراک احتمالی اطلاعات بین دو گروه آزمون و کنترل ابتدا گروه کنترل وارد مطالعه شدند. پـس از اخذ رضایـت آگاهانه جهت شـرکت در مطالعه و حفظ محرمانگی اطلاعات جمع‌آوری شده مرحله پیش آزمون در گروه کنترل انجام شد. پرسش‌نامه‌های مرحله پیش آزمون، شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌نامه انگ یا استیگمای درونی بود که در اختیار گروه کنترل قرار گرفت و بعد از سـپری شدن دو هفتـه، مجدداً پس آزمون از گروه کنترل به عمل آمد. در این مدت گروه کنترل غیر از درمان و مراقبت‌های روتین بیمارستان، مداخله دیگری دریافت نکردند. مجدداً پس از اخذ رضایت آگاهانه جهت شـرکت در مطالعه و حفظ محرمانگی اطلاعات جمع‌آوری شـده، مرحله پیش آزمون در گروه آزمون انجام شد. گروه آزمون عـلاوه بر دریافت درمان‌های روتین بیمارسـتان، مداخله کرامت درمانی نیز توسط پژوهشگر برای آن‌ها به مدت دو هفته اجرا شد. کرامت درمانی، مداخله‌ای است که در آن بیمار به کمک مصاحبه با درمان گر با سؤالات پروتکل کرامت درمانی راهنمایی می‌شود. مصاحبه بـا بیماران در قالب ۴-۳ جلسـه ۴۵-۳۰ دقیقه‌ای بود

(جدول ۱). ۱۲ سؤال کرامت درمانی با استفاده از منابع معتبر، متناسب با بیماران با اختلال افسردگی اساسی تدوین شده و قبل از انجام مداخله مورد تائید پنج تن از اساتیدی که در این زمینه فعالیت داشته‌اند قرار گرفت (۱۸، ۱۹). محقق جهت کسب صلاحیت برای برگزاری جلسات کرامت درمانی، در کارگاه حضوری سه ساعته با موضوع کرامت درمانی شرکت نمود.

کلیه پرسش و پاسخ‌های بین محقق و فرد مورد مطالعه، با رضایت فرد ضبط و سپس ثبت شد و ظرف مدت ۳ تا ۵ روز کاری ویرایش متن‌ها انجام شد و به یک روایت منسجم تبدیل شد. ویرایش متن شامل، حذف عبارات محاوره‌ای، تصحیح توالی زمانی و حذف برخی مطالب برای دستیابی به اهداف مطالعه بود. در جلسه‌ی بعدی، متن تایپ شده توسط پژوهشگر برای بیماران مورد مصاحبه قرار گرفته خوانده شد و سپس نسخه تدوین شده بعد از تائید نهایی بیمار، به وی تحویل داده می‌شد تا آن را به خانواده و یا دوستانش بدهد. از یکی از اعضای خانواده بیمار یا دوست وی خواسته شد که نسخه ایجاد شده را بررسی کند، آن را با سایر اعضای خانواده یا دوستان خود به اشتراک بگذارد، پیام‌ها و خواسته‌های بیمار را بفهمد و رفتار خود را به گونه‌ای اصلاح کند که خواسته‌های بیمار و شأن او در نظر گرفته شود (۱۹). جهت حفظ اصول اخلاقی پس از پایان مطالعه، جلسات کرامت درمانی برای بیماران گروه کنترل نیز به همان ترتیب اجرا شد.

سؤالات کرامت درمانی شامل موارد زیر بود:

۱. در مورد زندگی خود صحبت کنید، مخصوصاً بخش‌هایی که از نظر شما مهم هستند و آن‌ها را بیشتر به یاد دارید؟
۲. چه برهه‌ای از زندگی بیشتر احساس سرزندگی می‌کردید؟
۳. آیا مسئله‌ای هست که می‌خواهید خانواده خود را از آن مطلع کنید؟ آیا موضوعی هست که تمایل به بازگویی و یادآوری آن داشته باشید؟
۴. در مورد مهم‌ترین وظایف و نقش‌هایی (نقش‌های خانوادگی، نقش‌های حرفه‌ای و ...) که در زندگی داشتید صحبت کنید.
۵. چرا آن نقش‌ها اینقدر برای شما مهم بودند؟ و آن‌ها چه نقش‌هایی برای شما داشتند؟
۶. مهم‌ترین دستاوردهای شما چیست؟ و چه موضوعی بیشتر باعث افتخار شما می‌شود؟
۷. آیا مورد خاصی وجود دارد که احساس می‌کنید باید به کسی که دوستش دارید بگویید؟ آیا موضوعی وجود دارد که بخواهید درباره‌اش صحبت کنید؟
۸. چه آرزویی برای عزیزانتان دارید؟
۹. زندگی به شما چه درس‌هایی داده است که دوست دارید آن را به دیگران منتقل کنید؟
۱۰. چه نصیحت، جملات یا راهنمایی‌هایی را مایلید به اطرافیانتان منتقل کنید؟ (پسر، دختر، شوهر، همسر، والدین و...)
۱۱. آیا کلام یا دستورالعمل‌هایی وجود دارد که می‌خواهید به خانواده و نزدیکان خود ارائه دهید تا متناسب با آن با شما رفتار کنند؟
۱۲. آیا موضوع با اهمیت دیگری که درباره آن صحبت نشده، وجود دارد که تمایل داشته باشید درباره آن صحبت کنید؟ (۱۹، ۲۰)

جدول۱- محتوای جلسات کرامت درمانی

جلسات	مدت زمان هر جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	۴۵-۳۰ دقیقه	آشنایی و معرفی پژوهشگر و مشارکت کنندگان در مطالعه
		آشنایی با مفهوم و تعریف کرامت درمانی بر اساس منابع معتبر
		کسب رضایت آگاهانه
		ارائه محتوای کرامت درمانی به شرکت کنندگان و معرفی روند جلسات
جلسه دوم	۴۵-۳۰ دقیقه	بحث و گفتگو در رابطه با سؤالات کرامت درمانی
		بررسی جزئیات بیشتر در رابطه با سؤالات ۶ -۱ کرامت درمانی
		بررسی بازخورد مددجو در رابطه با جلسه اول
		راهنمایی مددجو برای رسیدن به پاسخ مورد نظر شرکت کننده
		ضبط پرسش و پاسخ‌های رد و بدل شده در جلسه (Record)

ادامه جدول۱- محتوای جلسات کرامت درمانی

جلسات	مدت زمان هر جلسه	محتوای جلسه
جلسه سوم	۴۵-۳۰ دقیقه	بحث و گفتگو در رابطه با سؤالات کرامت درمانی
		بررسی جزئیات بیشتر در رابطه با سؤالات ۱۲-۷ کرامت درمانی
		بررسی و مرور صحبت‌های گفته شده در جلسه دوم
		بررسی نکات جا مانده از جلسه دوم
		راهنمایی مددجو برای رسیدن به پاسخ مورد نظر
		ضبط جلسه (Record)
جلسه چهارم	۴۵-۳۰ دقیقه	ویرایش و بازنگری صحبت‌های مددجو
		بیان مطالب فراموش شده
		شنیدن نظرات مددجو در رابطه با برگزاری جلسات
		ارائه کتابچه پرسش و پاسخ‌های بین محقق و مددجو

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش نامه اندازه‌گیری شاخص انگ یا استیگمای درونی بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، تعداد افراد خانوار، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، شغل، سابقه ابتلا به بیماری، تعداد دفعات بستری، درمان غیر دارویی و مدت زمان بستری بود. مقیاس انگ درونی شده‌ی بیماری اعصاب و روان (ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness Scale): یک ابزار ۲۹ گویه خودگزارش‌دهی است که توسط ریتشر (Ritsher) و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی و مورد روان سنجی قرار گرفت. این ابزار جهت اندازه‌گیری انگ درونی شده افراد با اختلال اعصاب و روان (هر نوع اختلالی) تهیه شده است. پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: تنهایی (Alienation) با ۶ گویه (۱، ۵، ۸، ۱۶، ۱۷ و ۲۱)، توافق با کلیشه‌ها (Stereotype Endorsement) با ۷ گویه (۲، ۶، ۱۰، ۱۸، ۱۹، ۲۳ و ۲۹)، تجربه تبعیض (Perceived Discrimination) با ۵ گویه (۳، ۱۵، ۲۲، ۲۵ و ۲۸)، کناره‌گیری از اجتماع (Social withdrawal) با ۶ گویه (۴، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۲۰)، مقاومت در مقابل انگ (Stigma Resistance) با ۵ گویه (۷، ۱۴، ۲۴، ۲۶ و ۲۷). پاسخ‌ها به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. پرسش‌ها از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نحوه نمره دهی سؤالات بدین صورت می‌باشد که در چهار خرده مقیاس اول کاملاً موافقم امتیاز ۴، موافقم امتیاز ۳، مخالفم امتیاز ۲ و کاملاً مخالفم امتیاز ۱ و در آخرین خرده مقیاس (مقاومت در مقابل انگ) نمره دهی به صورت معکوس می‌باشد، یعنی کاملاً موافقم امتیاز ۱، موافقم امتیاز ۲، مخالفم امتیاز ۳ و کاملاً مخالفم امتیاز ۴ نمره‌گذاری می‌شود. بعد از نمره‌گذاری سؤالات برای محاسبه نمره‌ی انگ درونی شده در هر خرده مقیاس، مجموع امتیاز سؤالات آن بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده‌ی آن تقسیم می‌شود. برای مثال در خرده مقیاس تنهایی امتیاز هر کدام از ۶ سؤال ۱، ۵، ۸، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ که پاسخ داده شده با هم جمع شده و حاصل آن بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده از ۶ سؤال تقسیم می‌شود. برای محاسبه‌ی نمره کل انگ درونی شده مجموع امتیاز تمام سؤالات پاسخ داده شده بر تعداد کل سؤالات پاسخ داده شده تقسیم می‌شود. برای مثال اگر فردی به تمام سؤالات پاسخ داده باشد، مجموع امتیازات بر عدد ۲۹ تقسیم می‌شود. بدین ترتیب دامنه نمرات در هر خرده مقیاس و در انگ کلی ۴ تا ۱ می‌باشد. در مجموع نمره بالاتر نشان دهنده انگ درونی شدیدتر می‌باشد (۲۱). در مطالعه قانعان و همکاران ابزار انگ درونی شده‌ی بیماری اعصاب و روان را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و سپس باز ترجمه کردند. این پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی و تأیید دو متخصص از نظر روایی محتوا به صورت مقدماتی در اختیار ۳۰ مددجو با اختلال اعصاب و روان گذاشته شد. همسانی درونی نسخه فارسی ابزار انگ درونی شده‌ی بیماری اعصاب و روان بر اساس آلفا کرونباخ برای خرده مقیاس تنهایی ۰/۸۱، توافق با کلیشه‌ها ۰/۷۷، درک تبعیض ۰/۸، کناره‌گیری از اجتماع ۰/۷۷ و مقاومت در مقابل انگ ۰/۸۹ و برای کل مقیاس

۰/۸۷ محاسبه شد (۲۲).

همسانی درونی نسخه فارسی در مطالعه صدیقی و همکاران بر روی بیماران دو قطبی برای این ابزار بر اساس آلفا کرونباخ برای خرده مقیاس تنهایی ۰/۸۴، توافق با کلیشه‌ها ۰/۷۶، درک تبعیض ۰/۸۲، کناره‌گیری از اجتماع ۰/۷۸ و مقاومت در مقابل انگ ۰/۷۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ محاسبه شد (۲۳). ریتشر (Ritsher) و همکاران مطالعه‌ای را در آمریکا بر روی ۱۲۷ نفر با اختلال اعصاب و روان انجام دادند. پایایی ابزار انگ درونی شده‌ی بیماری اعصاب و روان بر اساس آلفا کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. برای ارزیابی قابلیت اطمینان از طریق آزمون/ باز- آزمون پرسشنامه در اختیار ۱۶ شرکت کننده قرار داده شد که قابلیت اطمینان برای انگ کلی ۰/۹۲ محاسبه شد (۲۴).

جدول ۲- مشخصات جمعیت شناسی هر دو گروه مورد مطالعه

نام متغیر	گروه‌ها	گروه مداخله		گروه کنترل		نوع آزمون	مقدار آماره درجه آزادی سطح معناداری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سن	<۳۰	۹	۲۵	۱۰	۲۷/۸	من ویتنی	Z= ۰/۷۰۴- df=۳ P=۰/۴۸۱
	۳۰-۳۹	۱۱	۳۰/۶	۱۴	۳۸/۹		
	۴۰-۴۹	۱۱	۳۰/۶	۷	۱۹/۴		
	≥۵۰	۵	۱۳/۹	۵	۱۳/۹		
جنسیت	مرد	۱۵	۴۱/۷	۱۸	۵۰	کای اسکوئر	X^2 =۰/۵۰۳ df=۱ P=۰/۴۷۸
	زن	۲۱	۵۸/۳	۱۸	۵۰		
شغل	خانه‌دار	۱۱	۳۰/۶	۷	۱۹/۴	کای اسکوئر	X^2 =۳/۶۹۶ df=۳ P=۰/۲۹۶
	کارمند/بازنشسته	۱۳	۳۶/۱	۱۷	۴۷/۲		
	کارگر	۱۱	۳۰/۶	۸	۲۲/۲		
	بیکار	۱	۲/۸	۴	۱۱/۱		
وضعیت اقتصادی	عالی	۰	۰	۱	۲/۸	کای اسکوئر	X^2 =۲/۸۳۹ df=۳ P=۰/۴۱۷
	خوب	۱	۲/۸	۳	۸/۳		
	متوسط	۲۰	۵۵/۶	۱۵	۴۱/۷		
	ضعیف	۱۵	۴۱/۷	۱۷	۴۷/۲		
مدت زمان بستری	دو هفته	۴	۱۱/۱	۵	۱۳/۹	کای اسکوئر	X^2 =۴/۲۱۶ df=۴ P=۰/۳۷۸
	سه هفته	۹	۲۵	۴	۱۱/۱		
	چهار هفته	۶	۱۶/۷	۱۲	۳۳/۳		
	بیش از چهار هفته	۵	۱۳/۹	۵	۱۳/۹		
	هیچکدام	۱۲	۳۳/۳	۱۰	۲۷/۸		
درمان غیردارویی	ذهن آگاهی	۸	۲۲/۲	۹	۲۵	کای اسکوئر	X^2 =۳/۱۶۷ df=۳ P=۰/۷۳۳
	ریلکسیشن	۴	۱۱/۱	۷	۱۹/۴		
	آرام سازی عضلانی پیش رونده	۱۸	۵۰	۱۱	۳۰/۶		
	تمرکز بر تنفس	۶	۱۶/۷	۹	۲۵		
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲	۵/۶	۶	۱۶/۷	کای اسکوئر	X^2 =۳/۳۹۳ df=۳ P=۰/۳۲۱
	راهنمایی	۶	۱۶/۷	۷	۱۹/۴		
	دبیرستان	۱۲	۳۳/۳	۷	۱۹/۴		
	دانشگاهی		۴۴/۴	۱۶	۴۴/۴		

ادامه جدول ۲- مشخصات جمعیت شناسی هر دو گروه مورد مطالعه

نام متغیر	گروه‌ها	گروه مداخله		گروه کنترل		نوع آزمون	مقدار آماره درجه آزادی سطح معناداری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۱۹/۴	۹	۲۵	کای اسکوئر	X^2 =۰/۵۶۶
	متأهل	۱۸	۵۰	۱۵	۴۱/۷		df=۲
	مطلقه	۱۱	۳۰/۶	۱۲	۳۳/۳		P=۰/۷۵۳

در ابتدا یافته‌های مطالعه با استفاده از جداول، نمودارها و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شد. سپس به منظور مقایسه دو گروه از آزمون‌های آماری ویلکاکسون (Wilcoxon) و مان-ویتنی (Mann-Whitney) استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این مطالعه به تائید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.۱۴۰۳,۱۶۲ رسید. مفاد بیانیه هلسینکی در این مطالعه رعایت شد. به طور مثال بیماران به صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. همچنین رضایت نامه آگاهانه از تمام بیماران اخذ شد. محرمانه ماندن تمام داده‌ها و رعایت امانت در منابع اطلاعاتی استفاده شده و همچنین اصول کمیته اخلاق نشر COPE در این مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۶ نفر در گروه آزمون و ۳۶ نفر در گروه کنترل و در مجموع، ۷۲ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه در جدول شماره ۲ و ۳ و نمودار شماره ۱ ارائه شده است. در بررسی و تحلیل متغیرهای جمعیت شناختی، نتایج نشان داد که هیچ کدام از مشخصات کیفی بیماران شرکت کننده در هر دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری نداشتند؛ بنابراین هر دو گروه از حیث متغیرهای مذکور همگن بودند (P< ۰/۰۵)، (جدول ۲).

جدول شماره ۲ به منظور توصیف مشخصات جمعیت شناسی بیماران شرکت کننده در مطالعه طراحی شده است. نتایج تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه با آزمون‌های ناپارامتری مانند من-ویتنی و ویلکاکسون (با توجه به عدم توزیع نرمال داده‌ها) در این مرحله نشان داد که میانگین نمره انگ یا استیگمای درونی در گروه آزمون در مرحله قبل از ۳/۱۰۳ به ۱/۷۹۳ کاهش داشته است. این در حالی است که میانگین نمره انگ یا استیگمای درونی در گروه کنترل قبل از مداخله از ۲/۹۳۱ به ۳/۰۵۱ افزایش داشته است و بیمار احساس ناخوشایند انگ درونی بیشتری را درک کرده است (جدول ۲، نمودار ۱). در نتیجه می‌توان با نتایج حاصل از این جدول و معناداری آزمون‌ها دریافت که اجرای مداخله کرامت درمانی بر کاهش احساس انگ یا استیگمای درونی در بیماران مبتلا به افسردگی با P<۰/۰۰۱ تأثیرگذار بوده است (جدول ۳).

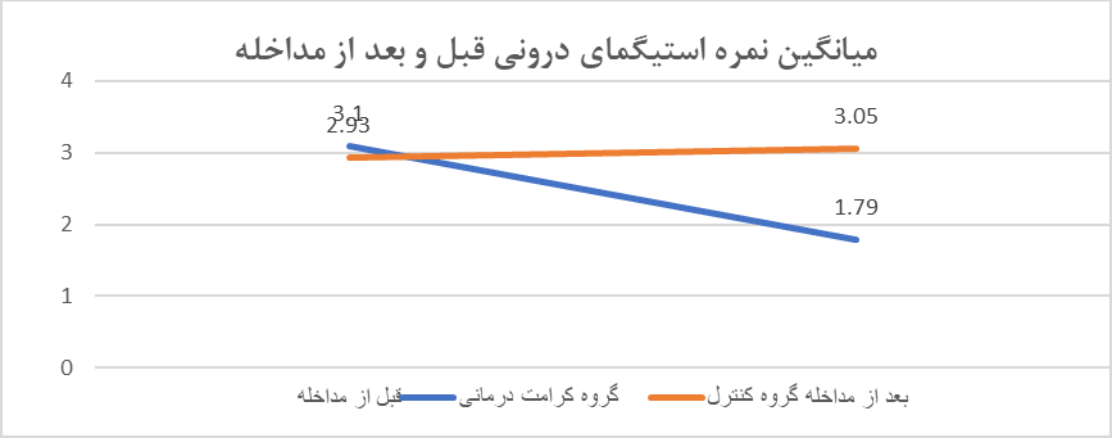
جدول ۳- مقایسه میانگین نمره انگ درونی در دو گروه مورد مطالعه در قبل و بلافاصله بعد از مداخله

گروه‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		مقدار آماره درجه آزادی سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمون	۳/۱۰	۰/۲۴	۱/۷۹	۰/۲۵	U= -۲/۳۹۶ df= ۷۰ P <۰/۰۰۱
کنترل	۲/۹۳	۰/۴۷	۳/۰۵	۰/۲۲	U= -۷/۳۰۱ df= ۷۰ P= ۰/۰۵۴

ادامه جدول ۳- مقایسه میانگین نمره انگ درونی در دو گروه مورد مطالعه در قبل و بلافاصله بعد از مداخله

مقدار آماره	W= -۱/۹۲	W= -۵/۲۳
درجه آزادی	df=۳۵	df = ۳۵
سطح معناداری	P= ۰/۱۷	P <۰/۰۰۱

W: Wilcoxon Test U: Mann-Whitney U test



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره استیگمای درونی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

ایـــن مطالعه با هدف تعیین تأثیر کرامـــت درمانی بر انگ درونی بیماران افسرده بســـتری و مراجعه کننده سرپایی به بیمارستان منتخب روان‌پزشکی آجا در شـــهر تهران انجام شده است. نتایج مطالعه حاضر نشـــان داد که میانگین نمرات انگ یا اســـتیگمای درونی در بیماران افســـرده بســـتری و مراجعه کننده سرپایی به بیمارســـتان منتخب نظامی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله (کرامت درمانی)، تفاوت آماری معناداری وجود نداشـــت، ولیکن بعد از نتایج تحلیل داده‌های حاصل، نشان داد که اختلاف آمـــاری معناداری بین دو گروه وجود دارد (P<۰/۰۰۱). میانگین نمره انگ یا اســـتیگمای درونی در بیماران مبتلا به افسردگی در گروه آزمون نســـبت به گروه کنترل کـــه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده‌اند، به طـــور قابل توجهی کاهش یافته بود. نتایج مطالعه‌ی واقعـــی و همکاران که با هدف بررســـی تأثیـــر آموزش‌های روان درمانی بر انگ در مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اســـکیزوفرنی در کشور ایران انجام شده اســـت نیز نشان داد که پس از اجرای آموزش روان درمانی، میانگین نمره کل انگ یا استیگمای درونی در گروه مداخله به صورت معناداری در مقایســـه با گروه کنترل کاهش یافته اســـت (۲۵). از نظر محقق دلیل هم سویی مطالعات و اثر بخش بودن مداخلـــه (کرامت درمانی)، محبوبیت مداخلات روان درمانی در مقایســـه با روش‌های دارویـــی و تهاجمی دیگر، برای بیماران مبتلا به اختلالات روانی مانند افســـردگی و مراقبان خانوادگی آن‌ها می‌باشـــد و دلیل دیگر کم عارضه بودن این گونه مداخلات در مقایسه با سایر مداخلات درمانی می‌باشد.

مطالعه دیگری که در کشـــور ترکیه با هدف بررســـی اثربخشی آمـــوزش روان درمانـــی در کاهش انگ یا اســـتیگمای درونی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شـــده اســـت، نشان داد که در پایـــان برنامه آموزش روان درمانـــی، کاهش معناداری در میانگیـــن نمرات کل انگ درونی و همچنین در خرده مقیاس آن برای خرده مقیاس‌هایی مانند بیگانگی، تائید کلیشـــه‌ها، تبعیض درک شده و کناره‌گیری اجتماعی مشاهده شد که نشان می‌دهد یک برنامه آموزشـــی روان درمانی طراحی شده برای انگ درونی ممکن اســـت اثرات مثبتی بر ســـطوح انگ درونی شده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی داشـــته باشد (۲۶). بررسی نتایج هر دو مطالعه نشـــان می‌دهد که انجام روان درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات روان علاوه بر درمان‌های رایج می‌تواند مؤثر باشد.

نتایج یـــک مطالعه دیگر که با هدف بررســـی تأثیر مداخله روان درمانی آموزشـــی برای کاهش انگ یا استیگمای درونی در میان مراجعـــان توانبخشـــی روان درمانی اجتماعـــی در ایالت مریلند آمریکا انجام شده است، نشـــان داد که شرکت‌کنندگان در گروه

مداخلـــه، کاهش قابل توجهی در احســـاس انگ یا اســـتیگمای درونی نشـــان داده‌اند (۲۷). نتایج یک مطالعه‌ی سیســـتماتیک که به منظور بررســـی مداخلات برای کاهش انگ یا اســـتیگمای درونی در افراد مبتلا به بیماری روانی انجام شـــده نیز نشـــان داد که مداخلات را می‌توان در چهار بلوک دســـته بندی کرد: (الف) مداخلات روانی آموزشی در مورد انگ یا استیگما. (ب) مداخلات شـــناختی-رفتاری، عمدتاً با هدف اصلاح باورهای خودانگاره‌ای. (ج) مداخلات متمرکز بر افشـــا بیماری روانـــی؛ و (د) مداخلات چند جزئی کـــه چندین مورد از موارد فوق را ترکیب می‌کند. در ۹ مورد از ۱۴ مطالعه بررســـی شده، نتایج قابل توجهی در کاهش انگ درونی شده با اندازه اثر کوچک یا متوسط به دست آمد (۲۸). نتیجه کلی از بررســـی مطالعات هم راستا با مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مداخلات روان شـــناختی نســـبت به سایر روش‌های درمانی، مقبولیت بیش‌تری داشـــته و کم عارضه تر می‌باشد. لذا، نقش مؤثری در کاهش انگ یا استیگمای درونی شده بیماران مبتلا بـــه انواع اختلالات روانی ایفا می‌کند. همچنین در تبیین دقیق‌تر این یافته می‌توان چنین تفســـیر کرد کـــه در واقع، روان درمانی از جمله کرامـــت درمانی به دلیل تطابق بیشـــتر با موقعیت‌های واقعی زندگی و علائم، نشانه‌ها و رفتارهای غیرطبیعی واپس زده و درمان نشـــده افراد می‌تواند توســـط آن‌ها به عنوان یک روش درمانـــی غیر دارویـــی مورد پذیرش قرار بگیـــرد و درصدد بهبود این احســـاس درونی برآیند. لذا، بهبود حس نســـبت به بیماری خود و درک مناسب شـــرایط خاص بیماری سبب کاهش انگ یا اســـتیگمای درونی شـــده و تأثیر بیش‌تری نیز بر کیفیت زندگی اجتماعـــی این گروه از بیماران خواهد داشـــت و با طبیعی جلوه دادن علائم، نشـــانه‌ها و رفتارهای غیرطبیعـــی بیمار -که نیاز به درمان دارد - موجب احســـاس درونی بهتر بیمار نســـبت به خود می‌شود.

ونتر (Venter) در پژوهشـــی با عنوان «حفـــظ کرامت و کاهش انگ برای افرادی کـــه به مراقبت‌های روانی نیـــاز دارند» نتیجه گرفت اهمیـــت دادن به کرامت بیماران به طـــور معناداری انگ درونـــی بیماران را کاهش داده و نگـــرش آنان را در جهت مثبت نســـبت به وضعیت بیماری‌شـــان بهبود می‌بخشـــد. وی در ادامه نتایـــج خود بیـــان می‌کند از آنجایی که اهمیـــت حفظ کرامت و کاهش انگ برای افرادی که با مشکلات روانی زندگی می‌کنند به تدریج درک می‌شود، می‌توان اقداماتی را برای اطمینان از اجرای عملـــی آن انجام داد (۲۹). دو مفهـــوم این پژوهش یعنی کرامت درمانی و انگ همســـو با متغیرهای کرامت درمانی و اســـتیگمای درونی در پژوهش حاضر هســـتند. ضمـــن اینکه در پژوهش ونتر نیـــز مانند مطالعه حاضر، تمرکز بر روی بیماران روانی اســـت. در یک مرور سیستماتیک با عنوان «استیگما نسبت به بیماران مبتلا به اختـــلالات روانی» که ۲۹ مقاله مورد بررســـی قرار گرفت که به لحاظ محتوا در چهار گـــروه مطالعات مربوط به دیدگاه مردم، کارکنـــان گروه درمانـــی، بیماران و خانواده‌هایشـــان و در نهایت مطالعات مربوط به کاهش انگ قرار گرفتند. از بررســـی مطالعات مشـــخص شد که انگ به عنوان یک عامل عدم موفقیت در درمان مطرح اســـت چرا که بیماران مبتلا به اختـــلالات روانی به دلیل ترس و نگرانی از انگ زنی توسط جامعه از درمان سر باز می‌زنند. میزان انگ درونی شـــده در بیماری‌هـــای مختلف روانی متفاوت است و طبق پژوهش‌های انجام شده بیشترین میزان انگ درونی شـــده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است (۳۰). وجه اشتراک مطالعه فوق با پژوهش حاضر بررســـی انـــگ در بیماران مبتلا به اختلالات روان است.

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به بررسی نسبتاً عمیق احساســـات وا پس زده درونی به نام انگ یا استیگمای درونی در بیماران مبتلا به اختلالات روان اشـــاره کرد که کمتر در مطالعات جستجو شده توسط محقق مورد توجه قرار گرفته است. همچنین به‌کارگیری مداخلات همراه با پرســـش و پاسخ مبتنی بر احساس کرامـــت و احترام که بـــه بیان پیش داشـــته‌های ذهنی منفی و باورهـــای درونی خود از ماهیـــت بیماری می‌پـــردازد، مطالعات محدودی یافت شد. بخش عمده مطالعات انجام شده در رابطه با کرامت درمانی در بیماران مبتلا به ســـرطان و بیماران نزدیک به مراحل پایان زندگی این افراد انجام شده است.

این مطالعه بـــا محدودیت‌هایی نیز همراه بود از جمله می‌توان به مقاومت ناخواســـته بعضی از بیماران در بیان احساسات درونی در فرآیند کرامت درمانی و عدم رضایـــت خانواده‌های بیماران برای حضور به موقع در جلســـات کرامت درمانی بود. پژوهشگر، جهت تعدیل این موانع، از ابتـــدای فرایند اجرای کرامت درمانی ضمن برگزاری جلســـاتی توجیهی در رابطه با نحوه اجرای این فرآیند، به بیماران و خانـــواده‌ی آن‌ها اطمینان دادند که در هر موقعیتی

تمایل به قطع ادامه‌ی حضور در جلسات کرامت درمانی داشته باشند، می‌توانند از ادامه جلسات کناره‌گیری کنند و همچنین رضایت آگاهانه مبنی بر آزادی همه جانبه برای شرکت در مطالعه و حفظ محرمانگی اطلاعات نیز اخذ شد. با توجه به کم بودن تعداد حجم نمونه مورد مطالعه و اینکه ممکن است در طی مراحل کار تعدادی از بیماران در فاز حاد بیماری قرار بگیرند که دچار اختلالات شناختی یا هر گونه مشکلی دیگری شوند، لذا، از هر دو گروه بیماران بستری در بخش‌ها و بیماران مراجعه کننده سرپایی به مراکز تحت مطالعه، وارد مطالعه شدند. اگرچه که در این کارآزمایی محقق به دنبال کشف متغیر مخدوش گر نمی‌باشد و هر دو نیز از حیث متغیرهای جمعیت شناختی و شرایط بالینی با تایید پزشک همگن می باشد، لذا، پیش بینی می‌گردد که در متغیر انگ درونی، عوامل و متغیرهای پنهان دیگری ممکن است مؤثر باشد که با توجه به هدف این مطالعه قابل شناسایی نبوده است و احتمال دارد عوامل مخدوش گری در این میان نیز مؤثر بوده که محقق نتوانسته است آن‌ها را کشف کند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله کرامت درمانی می‌تواند میانگین نمره انگ یا استیگمای درونی بیماران مبتلا به افسردگی را کاهش دهد، بنابراین مداخلات مبتنی بر کرامت درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر کاهش انگ درونی پیشنهاد شود. بررسی تأثیر کرامت درمانی بر نشانه افسردگی و سایر اختلالات روان در بیمارانی که اولین روزهای بستری خود را می‌گذرانند یا در مرحله‌ی حاد بیماری می‌باشند نیز در مطالعات آتی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته روان پرستاری با شماره ثبت ۹۷۰۰۳۰۴۹ می‌باشد که در تاریخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۱ در دانشگاه علوم پزشکی آجا به تصویب رسیده است. از کلیه پرستاران، مدیران پرستاری و مددجویان گرامی که در این طرح همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در رابطه با پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1.Heydari A, Meshkinyazd A, Soodmand P. Mental illness stigma: A concept analysis. Modern Care Journal. 2015; 11(3): 218-28. (Persian) DOI: 10.1080/01612840701748698

2. Bahrami M, Jalali A, Ayati A, Shafiee A, Alaedini F, Saadat S, et al. Epidemiology of mental health disorders in the citizens of Tehran: A report from Tehran Cohort Study. BMC Psychiatry. 2023; 23(1): 267. DOI:10.1186/s12888-023-04773-1

3. Farzi S, Shamsaei F, Tapak L, Sadeghian E. Relationship between the stigma and the family performance of psychiatric patients. IJNR 2020; 14(6):1-8. (Persian) URL: http://ijnr.ir/article-1-2261-en.html

4. Robinson P, Turk D, Jilka S, Cella M. Measuring attitudes towards mental health using social media: Investigating stigma and trivialisation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(1):51-8. DOI: 10.1007/s00127-018-1571-5

5. Oexle N, Rusch N, Viering S, Wyss C, Seifritz E, Xu Z, Kawohl W. Self-stigma and suicidality: A longitudinal study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2017; 267(4): 359-61. DOI: 10.1007/s00406-016-0698-1

6. Heydari A, Meshkin yazd A, Sodmand P. Stigma in health systems: A review article. J Ilam Uni Med Sci. 2015; 23(4): 217-28. (Persian) URL: http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1694-en.html

7. Kheirabadi G, Nekouei-Shahraki M, Maracy M. Stigma of depression and related factors in university students. Journal of Isfahan Medical School. 2017; 35(428): 488-95. (Persian) URL: https://jims.mui.ac.ir/article_15238.html?lang=en

8. Golestanifar S, DashtBozorgi Z. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and well-being therapy on life expectancy and psychological health in elderly nonclinical depressed patients. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2021; 20(3): 297-312. (Persian) DOI: 10.52547/jrums.20.3.297

9.Vaghee S, Heydari A. The effect of dignity therapy on hope in patients with major depression disorder. Global Journal of Health Science. 2016; 8(12): 118-26. DOI:10.5539/gjhs.v8n12p118 (Persian)

10.Vuksanovic D, Green HJ, Dyck M, Morrissey SA. Dignity therapy and life review for palliative care patients: A randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2017;

53(2): 162-70.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005

11.Fallah R, Mehrinezhad SA, Peyvastehgar M, Sharbafchi MR. The effectiveness of online dignity therapy on reducing psychological distress among women with metastatic cancer. Health Psychology. 2022; 11(43): 91-106. (Persian) DOI:10.30473/hpj.2022.60194.52.

12. Mashayekhi Sardoo A, Borhani F, Abbaszadeh A. The effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: A randomized clinical trial, Bioethics Journal, 2014; 4(13): 117-36. (Persian) DOI: 10.22037/bioeth.v4i13.13856

13.Grassi L, Chochinov H, Moretto G, Nanni MG. Dignity-conserving care in medicine. In person centered approach to recovery in medicine: Insights from psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. Cham: Springer International Publishing; 2019. 97-115. DOI:10.1007/978-3-319-74736-1_6

14.Manookian A, Zaki Nejad M, Nikbakhat A R, Shamshiri A R, Hojjat S. The effect of dignity therapy on sense of dignity in cancer patients. IJNR 2020; 15(2): 76-83. (Persian) URL: http://ijnr.ir/article-1-2359-en.html

15.Karimi Z, Nasiri A, Sebzari A R, Mehrpooya N. The effect of dignity therapy on quality of life in patients with cancer: A randomized controlled clinical trial. 3 JNE 2020; 9 (2):63-74. (Persian) URL: http://jne.ir/article-1-1147-en.html

16. Li Y, Li X, Hou L, Cao L, Liu G, Yang K. Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. Depress Anxiety. 2020; 37(3): 234-46. DOI: 10.1002/da.22980

17. Vaghee S, Heydari A. The effect of dignity therapy on perceived dignity in patients with major depression disorder. Nursing and Midwifery Studies. 2016; 5(4): 1-7. DOI: 10.17795/nmsjournal38288.

18. Aoun SM, Chochinov HM, Kristjanson LJ. Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: A feasibility study. J Palliat Med. 2015; 18(1): 31-7. DOI: 10.1089/jpm.2014.0213

19. Houmann LJ, Rydahl-Hansen S, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Groenvold M. Testing the feasibility of the dignity therapy interview: Adaptation for the danish culture. BMC Palliat Care. 2010 Sep 22;9:21. DOI: 10.1186/1472-684X-9-21

20. Schoppee TM, Scarton L, Bluck S, Yao Y, Keenan G, Handzo G, et al. Description of a training protocol to improve research reproducibility for dignity therapy: An interview-based intervention. Palliat Support Care. 2022; 20(2): 178-88. DOI: 10.1017/S1478951521000614

21.Keshavarzpir Z, Seyedfatemi N, Mardani-Hamooleh M, Esmaeeli N, Boyd JE. The effect of psychoeducation on internalized stigma of the hospitalized patients with bipolar disorder: A quasi-experimental study. Issues Ment Health Nurs. 2021; 42(1): 79-86. DOI: 10.1080/01612840.2020.1779881

22.Ghanean H, Nojomi M, Jacobsson L. Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. Stigma Research and Action. 2011; 1(1): 11-7. DOI:10.5463/sra.v1i1.10

23. Sadighi G, Khodaei M R, Fadaie F, Mirabzadeh A, Sadighi A. Self stigma among people with bipolar-I disorder in Iran. Iranian Rehabilitation Journal 2015; 13(1): 32-28. (Persian) URL: http://irj.uswr.ac.ir/article-1-410-en.html

24. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003; 121(1): 31-49. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008

25. Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: A clinical trial. Evidence Based Care. 2015; 5(3): 63-76. DOI:10.22038/EBCJ.2015.5159

26. Cuhadar D, Cam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. Arch Psychiatr Nurs. 2014; 28(1): 62-6. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.10.008

27. Grassi L, Chochinov HM. Beyond the limits of mental illness: Dignity and dignity therapy in person-centered psychiatry. Eternity between Space and Time: From Consciousness to the Cosmos.2024: 257-70. URL: https://philpapers.org/rec/GRABTL

28. Alonso M, Guillen AI, Munoz M. Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. Span J Psychol. 2019. 14; 22:E27. DOI: 10.1017/sjp.2019.9

29.Venter HH. Maintaining dignity and reducing stigma for persons who need mental healthcare. In the faculty of law: University of Pretoria; 2019: 1-83.

30. Mohamadi M, Mohtashami J, Arab Khangholi Z. Stigma towards patients with mental disorders. IJSR. 2023; 1 (1): 61-72. (Persian) URL: http://ijsr.ir/article-1-30-en.html