ORIGINAL ARTICLE

Effect of Self-care Training based on Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stigma and Burden of Care in Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial

Neda Rahmatnejad[1],
Yadollah Jannati[2],
Reza Ali Mohammad Pour[3],
Hamideh Azimi Lolaty[4]

[1] Master Student in Psychiatric Nursing, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Behshahr Faculty of Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received September 25, 2021 ; Accepted March 15, 2022)

Abstract

Background and purpose: Stigma and burden of care in caregivers of patients with schizophrenia have negative effects on the patient and their families. This research aimed to determine the effect of self-care training based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on perceived stigma and caregiver burden of schizophrenic patients.

Materials and methods: This randomized clinical trial included 80 caregivers of schizophrenia patients in Sari Zare Hospital. Participants in intervention group received self-care training based on ACT in 8 sessions twice a week, while the control group received only routine care. The scores for stigma and care burden were measured in both groups before and after the intervention using Shamsaei stigma questionnaire and Zarit Burden Interview (ZBI, 22-item). T-test and paired t-test and descriptive statistical methods were used to analyze the data.

Results: The mean changes of the total score for perceived stigma before and after the intervention were found to be significantly different between the intervention group (65.45±6.79) and the control group (80.25±10.34)($P<0.05$). Also, intergroup comparison showed a significant difference in mean changes of the total scores for burden of care before and after the intervention between the intervention group (44.35 ± 6.37) and the control group (55.05 ±10.29) ($P <0.05$).

Conclusion: According to current study, self-care training based on Acceptance and Commitment Therapy will improve perceived stigma and reduce burden of care in caregivers of patients with schizophrenia and such non-invasive interventions are recommended.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20171203037723N6)

Keywords: schizophrenia, caregiver, burden, stigma, acceptance and commitment therapy

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (208): 39-51 (Persian).

* **Corresponding Author: Hamideh Azimi Lolaty -** Department of Psychiatric Nursing, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: azimihamideh@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و دوم شماره ۲۰۸ اردیبهشت سال ۱۴۰۱ (۵۱-۳۹)

تاثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داغ ننگ درک‌شده و بار مراقبتی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی(کارآزمایی بالینی تصادفی)

ندا رحمت نژاد[۱]
یدا... جنتی[۲]
رضاعلی محمدپورتهمتن[۳]
حمیده عظیمی لولتی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: داغ ننگ و بارمراقبتی در مراقبین بیماران اسکیزوفرن اثرات منفی بر بیمار و خانواده‌های آنان دارد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داغ ننگ درک‌شده و بار مراقبتی مراقبین بیماران اسکیزوفرن طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۸۰ نفر از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی درمرکز آموزشی درمانی روانپزشکی زارع شهر ساری انجام شد. مراقبین در گروه مداخله،آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای ۸ جلسه و هفته‌ای ۲ بار دریافت نمودند. نمره داغ ننگ و بار مراقبتی دو گروه قبل و بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه داغ ننگ شمسایی و بار مراقبتی زاریت (Zarit) اندازه‌گیری شد. داده‌ها با آزمون تی مستقل، تی زوجی و روش‌های آمار توصیفی آنالیز شدند.

یافته‌ها: بر طبق نتایج، بین میانگین تغییرات نمره کل داغ ننگ درک شده قبل و بعد از مداخله بین گروه مداخله (۶/۷۹ ± ۶۵/۴۵) و کنترل (۱۰/۳۴ ± ۸۰/۲۵) اختلاف معنی‌داری وجود داشت(P <۰/۰۵). همچنین در مقایسه بین گروهی نتایج نشان داد، بین میانگین تغییرات نمره کل بار مراقبتی قبل و بعد از مداخله بین گروه مداخله (۶/۳۷ ± ۴۴/۳۵) و کنترل (۱۰/۲۹ ± ۵۵/۰۵) اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P <۰/۰۵).

استنتاج: آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، داغ ننگ و بار مراقبتی را کاهش داده و بهبود می‌بخشد، بر این اساس انجام چنین مداخلات غیرتهاجمی توصیه می‌شود.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۷۱۲۰۳۰۳۷۷۲۳N۶

واژه های کلیدی: اسکیزوفرنی، بار مراقبتی، داغ ننگ، خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

بیماری اسکیزوفرنی، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی وخیم است 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 نیستند و در ابعاد مختلف زندگی نیاز به مراقبت‌های دائمی دارند(۲). خانواده‌ها، مهم‌ترین و

مولف مسئول: حمیده عظیمی لولتی– ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری E-mial:azimihamideh@gmail.com
۱. دانشجوی کارشناس ارشد روان پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، دکتری پرستاری، مرکز پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استاد، مرکز آمار زیستی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه مازندران، ساری، ایران
۴. دانشیار، گروه روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۰/۷/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۰/۸/۲۴ تاریخ تصویب : ۱۴۰۰/۱۲/۲۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

بهترین حامی اجتماعی این بیماران در جامعه محسوب می‌شوند. این درحالی است که مراقبت از این بیماران فشار روانی زیادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند، به‌طوری که منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی مراقبین خانگی و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت از این بیماران می‌شود(۴،۳). یکی از رایج‌ترین و چالش برانگیزترین فشارهای روانی- اجتماعی که خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی با آن مواجه هستند، مسئله داغ ننگ می‌باشد(۵،۳). استیگما یا داغ ننگ به مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که با برچسب زدن فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی منجر می‌شود(۶). عمده‌ترین دلایل داغ ننگ خانواده و بیمار دارای مشکلات روان تفاسیر اشتباهی است که در ارتباط با بیماری روانی وجود دارد(۵). داغ ننگ از سه عنصر تشکیل شده است: مشکلات دانش، مشکلات نگرش و مشکلات رفتاری، علاوه بر این دو کلاس اصلی ننگ عبارت از ننگ عمومی و ننگ شخصی است(۷). داغ ننگ به نگرش یا تفکری گفته می‌شود که یک فرد به خاطر داشتن ویژگی یا مشکل رفتاری خاص که مورد تایید جامعه یا اخلاق نیست، احساس شرم و خجالت می‌کند(۸). در ایران نیز با فرهنگ جمع‌گرایی اعضای خانواده بیش از تأثیر منفی اختلال روانی بر خود، نگران نحوه نگاه دیگران به خانواده می‌باشند(۹)، از طرفی در مطالعات متعدد، داغ ننگ به عنوان مهم‌ترین و بزرگ‌ترین مانع جستجو و تداوم درمان و فرایندهای توانبخشی مربوطه می‌باشند(۱۰). داغ ننگ اسکیزوفرنی، بار عاطفی منفی زیادی برای خانواده‌های این بیماران ایجاد می‌کند و انگیزه و وضعیت روا نشناختی مراقبین خانوادگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ادراک اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری وخیم روانی پیامدهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی زیادی را برای اطرافیان این بیماران به بار می‌آورد(۱۱).

از سوی دیگر خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، مسئول مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد. مراقبت‌های غیر رسمی یا همان مراقبت خانوادگی، ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی مدت به حساب می‌آیند که توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان انجام می‌شود. روند انتقال مراقبت از بیمارستان به سمت مراقبت در منزل بار مراقبتی را به خانواده وارد می‌کند. بار مراقبتی دو بعد عینی و ذهنی دارد: بار مراقبتی عینی را می‌توان به مدت زمان و میزان تلاش مورد نیاز برای تأمین نیازهای دیگران در نظر گرفت که شامل مشکلات مربوط به هزینه‌های مالی، خانوادگی، اجتماعی می‌باشد و بار مراقبتی ذهنی که میزان تجربه دسترسی مراقب در مواجهه با بار مراقبتی است و شامل مشکلات روحی عاطفی و رفتاری ناشی از بیماری می‌باشد(۱۳،۱۲).

روش‌های مختلفی وجود دارد که می تواند باعث کاهش داغ ننگ شود که عبارت از افزایش آگاهی مردم و خودیاری بیماران، تقویت ارتباطات بین فردی، آموزش همگانی، آموزش رفتاری می‌باشد(۱۵،۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد (Acceptance and Commitment Therapy:ACT) از جمله روش درمانی موثر بر بسیاری از مشکلات است و یاد می‌دهد که افراد بتوانند افکار و احساسات درد آور را به‌طور موثر تحمل کنند و همچنین یاد بگیرند چه چیزی مهم و ارزشمند می باشد(۱۶). هدف از ACT ایجاد زندگی کامل و پرمعنی از طریق پذیرش دردی است که به ناچار همراه با زندگی می‌آید(۱۷). این برنامه آموزشی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر پرستاری برای انعطاف‌پذیری روانی، بهزیستی روانشناختی و بینش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شود(۱۸). از آن‌جایی که داغ ننگ و بارمراقبتی در خانواده اثرات منفی بر بیمار و خانواده‌های آنان دارد و با مرور متون تاکنون مطالعه‌ای جهت بکارگیری مداخله پذیرش و تعهد با هدف خودمراقبتی بر داغ ننگ و بارمراقبتی در خانواده انجام نشده است، لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر ACT بر داغ ننگ درک شده و بار مراقبتی مراقبین بیماران اسکیزوفرن مرکز آموزشی درمانی زارع شهر ساری طراحی شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو بازوی موازی مداخله و کنترل است. این مطالعه در مرکز روانپزشکی زارع در شهر ساری در ماه بهمن سال ۱۳۹۹ الی خرداد سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری شامل مراقبین بیماران بستری با تشخیص اختلال روانی اسکیزوفرنی در بیمارستان زارع ساری بودند.

معیارهای ورود مراقبین به مطالعه شامل: گذشت حداقل ۱ سال از زمان تشخیص بیماری اسکیزوفرنی بیماران تحت مراقبت، داشتن مسئولیت اصلی نگهداری و مراقبت از بیمار اسکیزوفرنی، سن ۱۸ سال و بالاتر(۱۹)، داشتن توانایی سواد خواندن و نوشتن، توانایی تکلم به زبان فارسی و عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم شرکت در دو جلسه و عدم پایبندی به انجام تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمترقبه مانند مرگ مراقب بوده است. ابتدا نمونه‌ها به‌صورت در دسترس از جامعه آماری بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و سپس با استفاده از اعداد خروجی نرم‌افزار رند بیت اکسل به صورت تصادفی ساده در دوگروه آزمون وکنترل تخصیص یافتند. پس از شناسایی مراقبان و صحبت با آن‌ها برای شرکت در پروژه تحقیق و توضیح مطالعه، در صورت تمایل حضور در این مطالعه، وارد مطالعه شدند. بعد از تخصیص به دو گروه، از مراقبین رضایت جهت ورود به مطالعه اخذ شد. پنهان سازی تخصیص تصادفی، بر روی شرکت‌کنندگان با استفاده از جدول تصادفی انجام شد که قبل از تخصیص فرد، گروه تخصیص یافته مشخص نمی باشد و مطالعه دوسوکور طراحی گردید. جهت کاهش خطاها هیچیک از افراد تیم پژوهش به خصوص فرد همکار طرح که مسئولیت تخصیص افراد به گروه‌های تحت مطالعه را داشت و همچنین افراد شرکت‌کننده در مطالعه نمی‌دانستند در کدام گروه (مداخله یا کنترل) قرار دارند، آنالیز داده‌ها با رعایت کورسازی توسط تحلیگر داده‌ها ا انجام شد.

در گروه کنترل نیز آموزش روتین بیماران اسکیزوفرن با موضوعات آشنایی با بیماری و علایم و نشانه‌های بیماری، خلاص‌های از درمان‌ها و مراقبت از بیمار، درمان دارویی و نحوه مصرف دارو، عوارض جانبی دارویی خفیف و شدید و علایم عود بیماری ارائه شد. برای مدیریت تورش ریزش نمونه‌ها (attrition bias) از رویکرد آنالیز به قصد درمان (Intention to treat analysis) استفاده شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک بیماران و مراقبین، پرسشنامه بار مراقبتی زاریت (Zarit) و پرسشنامه داغ ننگ شمسایی بوده است(۲۰). چک لیست اطلاعات دموگرافیک شامل: وضعیت سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغل، میزان درآمد ماهانه، نسبت در خانواده (پدر، مادر، فرزند)، سابقه ابتلا بیمار به بیماری سایکوتیک، ابتلای همزمان به سایر بیماری‌ها، مدت زمان مراقبت روزانه از بیمار بود. پرسشنامه بار مراقبتی زاریت دارای ۲۲ آیتم در مورد فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی می‌باشد که برای اندازه‌گیری بار ذهنی مراقب و ارزیابی از موقعیت یا تجربه مراقبتی به‌کار می‌رود. پاسخ به هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرت با طیف پنج حالتی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. (هرگز) باصفر امتیاز، (به ندرت) با یک امتیاز، (بعضی اوقات) با دوامتیاز، (بیش تراوقات) باسه امتیاز و (همیشه) با چهار امتیاز می‌باشد. دامنه امتیازات از صفر تا ۸۸ است. امتیاز صفر تا ۲۰ نشانه بار مراقبتی خفیف وامتیاز ۲۱ تا ۴۰ بار مراقبتی متوسط وامتیاز ۴۱ تا ۸۸ بار مراقبتی شدید را نشان می‌دهد(۲۱). روایی و پایایی پرسشنامه زاریت در مقالات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است(۲۲) و مقدار آلفای کرونباخ آن موارد ۰/۹۳ گزارش شده است. ضریب همبستگی درونی برای قابلیت اطمینان مجدد آزمون نمره بار زاریت ۰/۸۹ بود(۲۳) و پایایی آن توسط پهلوان‌زاده ۹۴ درصد و نواب ۷۷ درصد گزارش شده است(۲۱). گزارش شده است(۲۱). همچنین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

شفیع‌زاده پایایی آن را ۸۵ به‌دست آورد(۲۴). در مطالعه حارث آبادی که در آن بار روانی ۷۵ نفر از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا بجنورد مورد ارزیابی قرار گرفت، روایی و پایایی این ابزار مورد تایید قرار گرفت(۲۵). پایایی ابزار بار مراقبتی زاریت در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی در ایران در مطالعه نویدیان(۲۰۱۰)(۲۱) و عظیمی(۲۰۱۹) (۲۶) به ترتیب ۰/۹۱و ۰/۹۰۸ گزارش گردید. دلیل استفاده از این ابزار روایی و پایایی معتبر و و مناسب برای به‌کارگیری آن برای اندازه‌گیری بارمراقبتی مراقبین بیماران متعدد در مقالات وکتب مرجع می‌باشد.

پرسشنامه داغ ننگ شمسایی: این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال می‌باشد که در طیف پنج درجه لیکرت به هر آیتم امتیاز داده شد. حداقل امتیاز کسب شده در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۱۲۰ می‌باشد، کسب (امتیاز صفر الی ۲۹) نشانه سطح داغ ننگ خفیف، (امتیاز بین ۳۰ تا ۶۰) داغ ننگ متوسط، (امتیاز ۶۱ تا ۹۰) داغ ننگ شدید و (امتیاز ۹۱ تا ۱۲۰) سطح داغ ننگ خیلی شدید تفسیر شد که در چهار گروه، ۲۵ درصد طبقه‌بندی شدند. روایی صوری و محتوی این پرسشنامه ۰/۸۳ پایایی آن ۰/۸۷ بوده است(۲۷). این پرسشنامه به صورت گسترده در ایران استفاده شده است به عنوان مثال در مطالعه فرضی(۲۰۲۰) پایایی ۰/۹۱ به‌دست آورده‌اند(۲۸).

حجم نمونه براساس میانگین و انحراف معیار مطالعه‌ای در ایران با عنوان داغ ننگ در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا مشهد به دست آمد(۲۹). حجم نمونه لازم با توجه به فرمول زیر با توان ۸۰ درصد، خطای نوع اول ۰/۰۵، برای هر گروه ۳۵ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2) \times (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$$

$$n = \frac{(8.1^2 + 5.8^2) * (1.96 + 0.84)^2}{(5.0 - 0.3)^2} \approx 35$$

با احتساب ۱۰ درصد افت نمونه، تعداد برای هر گروه تقریبا به ۴۰ نفر افزایش می‌یابد و در مجموع ۸۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعه دو سو کور طراحی شد (مراقبین بیماران اسکیزوفرن و آنالیزکننده داده‌ها). جهت کاهش خطاها فرد همکار طرح که مسئولیت تخصیص افراد به گروه‌های تحت مطالعه را داشت و همچنین افراد شرکت‌کننده در مطالعه نمی دانستند در کدام گروه قرار دارند. مراقبین در هر دو گروه (مداخله و کنترل) به‌طور مجزا در روزهای زوج و فرد آموزش روتین در مورد بیماران اسکیزوفرن شامل آشنایی با بیماری و علایم و نشانههای بیماری، خلاصه‌ای از درمان‌ها و مراقبت از بیمار، درمان دارویی و نحوه مصرف دارو، عوارض جانبی دارویی خفیف و شدید و علایم عود بیماری را دریافت می‌کردند. به علاوه گروه مداخله، آموزش خودمراقبتی مبتنی بر تعهد را هم دریافت می‌کرد. برای هر دو گروه پرسشنامه داغ ننگ و بار مراقبتی، یک بار قبل از آموزش و بار دیگر یک هفته بعد از اتمام آموزش‌ها(آموزش روتین و آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد) تکمیل و جمع‌آوری شد.

آموزش به صورت ۸ جلسه و هفته‌ای ۲ بار طبق جدول در ساعت ۹ الی ۱۰:۳۰ صبح روزهای زوج انجام و یک هفته بعد از پایان دوره پرسشنامه ها توسط مراقبین تکمیل گردید(۶). آموزش مراقبین در طول زمان بستری بیمارانشان و بر اساس کتابچه تهیه شده با عنوان برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد مراقبین بیماران اسکیزوفرنی انجام شد که شامل: ذکر هدف از انجام پروتکل بود. همچنین بخش محتوایی آن شامل دو بخش: بخش اول محتوای آموزشی در خصوص خودمراقبتی، ضرورت خودمراقبتی، ابعاد خودمراقبتی و بخش دوم روش‌های خودمراقبتی روانی مبتنی بر تئوری جدید روانشناسی ACT (با مباحثی در خصوص ارزیابی تمرین متفکرانه، ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های بی‌اثر، پذیرش، انتخاب ارزش‌ها، گسلش، خود ارزیابی خود به عنوان زمینه، توسعه خود به عنوان زمینه، توسعه دیدگاه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

ناظر، ایجاد الگوی انعطاف‌پذیر در رفتارمبتی بر تئوری ACT)، بود. به‌علاوه دارای اطلاعاتی درخصوص تکالیف، مدت هر جلسه، پیگیری جلسات، منابع علمی بخش محتوای آن بوده است. این کتابچه توسط روانپرستار آموزش دیده دارای مدرک آموزش ACT، تحت نظر اساتید راهنما و مشاور تدوین شد. اعتبار کیفی محتوی توسط یک نفر روانپزشک، یک نفر روانپرستار عضو هیأت علمی و یک روانشناس مدرس دوره‌های ACT مورد داوری قرار گرفت و پس از انجام اصلاحات لازم، تایید و سپس برای اجرای مداخله در این پژوهش بکار گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه۲۱ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات ابتدا برای توصیف داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین± انحراف‌معیار استفاده شد و جداول فراوانی برای متغیرهای کیفی مثل جنس، سطح تحصیلات و... طراحی شد. (آزمون کای دو: برای بررسی متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات، شغل، سطح درآمد، نسبت با بیمار، سابقه ابتلا به بیماری، هم ابتلایی با سایر بیماری‌ها، پایبندی به درمان، درک از وضعیت اقتصادی و آزمون من ویتنی: برای دفعات بستری در طول یک سال، ساعت مراقبت از بیمار در طول روز و آزمون دقیق فیشر برای وضعیت تاهل، محل سکونت) استفاده شد. آزمون تی تست نیز برای آنالیز سن نمونه‌ها استفاده شد.

برای بررسی داغ ننگ و بار مراقبتی در هر گروه و در بین گروه‌ها قبل و بعد از مداخله از آزمون تی مستقل و تی زوجی استفاده شد در این پژوهش (P<۰/۰۵) معنادار در نظر گرفته شد.

این مطالعه با کسب کد اخلاق (IR.MAZUM..REC.1399.851) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران در تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۱۰ اجازه اجرا یافت. همچنین با کد IRCT20171203037723N6 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت گردید.

یافته‌ها

بیش‌ترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک مراقبین بیماران در گروه مداخله، مربوط به جنسیت زن ۲۸ نفر (۷۰ درصد)، سن بین ۵۹-۴۹ سال ۱۴ نفر (۳۵ درصد)، متاهلین ۳۵ نفر (۸۷/۵ درصد)، تحصیلات سیکل و کارشناسی و بالاتر ۱۲ نفر (۳۰ درصد)، شغل آزاد ۱۱ نفر (۲۷/۵ درصد)، بود و در گروه کنترل بیش‌ترین فراوانی مربوط به جنسیت زن ۳۰ نفر (۷۵ درصد)، سن بین ۵۹-۴۹ سال ۱۶ نفر (۴۰ درصد)، متاهلین ۳۴ نفر (۸۵ درصد)، تحصیلات دیپلم ۱۲ نفر (۳۰ درصد)، شغل آزاد ۱۸ نفر (۴۵ درصد)، ثبت شد. در هر دو گروه مداخله و کنترل، مادر بیمار با فراوانی ۱۲ نفر (۳۰ درصد) مراقبت از بیمار را بر عهده داشته است. در بین مراقبین بیماران در گروه مداخله، ۲۴ نفر (۶۵ درصد) پایبند به درمان بودند. میانگین دفعات بستری آن‌ها ۲/۶۶± ۲/۶ بار بود. در هر دو گروه، ۶۰ الی ۶۵ درصد درک متوسط از وضعیت اقتصادی داشتند. در بین مراقبین بیماران در گروه کنترل، ۲۶ نفر (۶۵ درصد) پایبند به درمان بودند. میانگین دفعات بستری در گروه مداخله ۲/۳۵± ۳/۹ بار بود(جدول شماره ۱).

میانگین ساعت مراقبت از بیمار در گروه مداخله ۷/۵۶ ± ۱۳/۵۵ و در گروه کنترل ۵/۴۴ ± ۹/۸ ساعت گزارش شد.

در مقایسه بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵) و دو گروه از نظرخصوصیات دموگرافیک همگن بودند.

براساس جدول شماره ۲، بیش‌ترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در گروه مداخله، مربوط به جنسیت مرد ۳۲ نفر (۸۰ درصد)، سن بین ۳۹-۲۹ سال ۱۲ نفر (۳۰ درصد)، مجردین ۲۶ نفر (۶۵ درصد)، تحصیلات فوق دیپلم ۱۸ نفر (۴۵ درصد)، شغل بیکار ۲۶ نفر (۶۵ درصد) و سن شروع بیماری (۲۹-۱۹) سال ۱۴نفر (۲۵ درصد) می‌باشد.

در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در گروه مداخله، میانگین دفعات بستری بیماران ۹/۷۱± ۶/۹۵ بار و میانگین مدت بیماری ۱۰/۱۶ ± ۱۰/۸سال بود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

طبق نتایج جدول شماره ۲، بیش‌ترین فراوانی اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در گروه کنترل، مربوط به جنسیت مرد ۲۷ نفر (۶۷/۵ درصد)، سن بین ۴۹-۳۹ سال ۱۲ نفر (۳۰ درصد)، مجردین ۲۴ نفر (۶۰ درصد)، تحصیلات دیپلم ۲۰ نفر (۵۰ درصد)، شغل بیکار ۲۲ نفر (۵۵ درصد) و سن شروع بیماری ۲۹-۱۹ سال ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) بود.

در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در گروه کنترل، میانگین دفعات بستری بیماران ۲/۵۹± ۴/۳ بار و میانگین مدت بیماری ۳/۸۶ ±۵/۸ سال بود.

براساس یافته‌های جدول شماره ۳، در مقایسه بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵) و دو گروه از نظرخصوصیات دموگرافیک همگن بودند.

جدول شماره۱: اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز زارع ساری در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

متغیر		گروه مداخله(n=۴۰)	گروه کنترل(n=۴۰)	سطح معنی داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	(۳۰)۱۲	(۲۵)۱۰	۰/۶۱
	زن	(۷۰)۲۸	(۷۵)۳۰	
سن	۲۹-۱۹	(۱۲/۵)۵	(۱۲/۵)۵	
	۳۹-۲۹	(۲۵)۱۰	(۱۵)۶	
	۴۹-۳۹	(۷/۵)۳	(۱۷/۵)۷	۰/۵۵
	۵۹-۴۹	(۳۵)۱۴	(۴۰)۱۶	
	۶۹-۵۹	(۲۰)۸	(۱۵)۶	
وضعیت تاهل	مجرد	(۱۲/۵)۵	(۱۵)۶	۰/۹۹
	متاهل	(۸۷/۵)۳۵	(۸۵)۳۴	
سطح تحصیلات	بی سواد	(۵)۲	(۵)۲	
	سیکل	(۳۰)۱۲	(۲۲/۵)۹	
	دیپلم	(۲۵)۱۰	(۳۰)۱۲	۰/۹۵
	فوق دیپلم	(۱۰)۴	(۱۰)۴	
	کارشناسی و بالاتر	(۳۰)۱۲	(۳۲/۵)۱۳	
محل سکونت	شهری	(۸۰)۳۲	(۹۰)۳۶	۰/۳۴
	روستایی	(۲۰)۸	(۱۰)۴	
شغل	کارمند	(۲۰)۸	(۱۵)۶	
	غیر دولتی	(۷/۵)۳	(۱۰)۴	
	آزاد	(۲۷/۵)۱۱	(۴۲/۵)۱۷	۰/۴۷
	خانه دار	(۲۲/۵)۹	(۱۲/۵)۵	
	بیکار	(۲۲/۵)۹	(۲۰)۸	
نسبت با بیمار	پدر	(۱۵)۶	(۱۰)۴	
	مادر	(۳۰)۱۲	(۳۰)۱۲	
	همسر	(۱۷/۵)۷	(۱۰)۴	۰/۸۴
	خواهر	(۲۲/۵)۹	(۲۷/۵)۱۱	
	برادر	(۱۰)۴	(۱۷/۵)۷	
	فرزند	(۵)۲	(۵)۲	
پایبندی به درمان	بله	(۶۰)۲۴	(۶۵)۲۶	۰/۶۴
	خیر	(۴۰)۱۶	(۳۵)۱۴	
متغیرهای کمی		انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
دفعات بستری در طول یکسال		۲/۶۲±۲/۶۶	۳/±۹۲/۳۵	۰/۱۱

Statistically significant at P⩽0.05

جدول شماره ۲: اطلاعات جمعیت شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز زارع ساری به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

متغیر		گروه مداخله (n=۴۰)	گروه کنترل (n=۴۰)	سطح معنی داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	(۸۰)۳۲	(۶۷/۵)۲۷	۰/۲
	زن	(۲۰)۸	(۳۲/۵)۱۳	
سن	۲۹-۱۹	(۲۵)۱۰	(۲۰)۸	
	۳۹-۲۹	(۳۰)۱۲	(۲۰)۸	
	۴۹-۳۹	(۲۵)۱۰	(۳۰)۱۲	۰/۱۵
	۵۹-۴۹	(۷/۵)۳	(۱۵)۶	
	۶۹-۵۹	(۱۲/۵)۵	(۱۵)۶	
تاهل	مجرد	(۶۵)۲۶	(۶۰)۲۴	۰/۶۴
	متاهل	(۳۵)۱۴	(۴۰)۱۶	
سطح تحصیلات	بی سواد	(۵)۲	(۱۲/۵)۵	
	سیکل	(۱۰)۴	(۲۷/۵)۱۱	
	دیپلم	(۲۷/۵)۱۱	(۵۰)۲۰	۰/۶۷
	فوق دیپلم	(۴۵)۱۸	(۱۰)۴	
	کارشناسی و بالاتر	(۱۲/۵)۵	۰	
شغل	کارمند	۰	(۵)۲	
	غیر دولتی	(۵)۲	(۵)۲	
	آزاد	(۲۵)۱۰	(۲۵)۱۰	۰/۵۵
	خانه دار	(۵)۲	(۱۰)۴	
	بیکار	(۶۵)۲۶	(۵۵)۲۲	
سن شروع بیماری	۱۹-۹	(۲۵)۱۰	(۲۵)۱۰	
	۲۹-۱۹	(۲۵)۱۴	(۳۷/۵)۱۵	
	۳۹-۲۹	(۲۷/۵)۱۱	(۱۷/۵)۷	۰/۹۵
	۴۹-۳۹	(۷/۵)۳	(۱۰)۴	
	۵۹-۴۹	(۵)۲	(۱۰)۴	
متغیرهای کمی		انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
دفعات بستری بیمار		۶/±۹۵ ۹/۷۱	۴/±۳ ۲/۵۹	۰/۶۸
مدت بیماری		۱۰/۸ ۱۰±/۱۶	۵/±۸۳/۸۶	۰/۰۱

Independent sample t-test, $\chi^2 test$, Fishers exact test, mann- whitney, Statistically significant at P⩽0.05

توزیع فراوانی سطح‌بندی امتیاز داغ ننگ درک شده و بار مراقبتی به تفکیک گروه مداخله و کنترل در مراقبین بیماران گزارش گردید (جدول شماره ۳).

جدول شماره۳: توزیع فراوانی سطح بندی امتیاز داغ ننگ درک شده و بار مراقبتی به تفکیک گروه مداخله و کنترل در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز زارع ساری در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

	گروه	سطح	پیش ازمون (قبل از مداخله)	پس از آمون (بعد از مداخله)
			تعداد (درصد)	
داغ ننگ درک شده	گروه مداخله	خفیف (۲۹-۰)	2(5)	9(5/22)
		متوسط (۶۰-۳۰)	34(85)	31(5/77)
		شدید (۹۰-۶۱)	4(10)	۰(۰)
		خیلی شدید(۱۲۰-۹۱)	۰(۰)	۰(۰)
	گروه کنترل	خفیف (۲۹-۰)	2(5)	3(5/7)
		متوسط (۶۰-۳۰)	30(75)	29(5/72)
		شدید (۹۰-۶۱)	8(20)	8(20)
		خیلی شدید(۱۲۰-۹۱)	۰(۰)	۰(۰)
بار مراقبتی	گروه مداخله	خفیف(۲۰-۰)	۰(۰)	۰(۰)
		متوسط(۴۰-۲۱)	۴(۱۰)	۱۴(۳۵)
		شدید(۸۸-۴۱)	۳۶(۹۰)	۲۶(۶۵)
	گروه کنترل	خفیف(۲۰-۰)	۰(۰)	۰(۰)
		متوسط(۴۰-۲۱)	۸(۲۰)	۵(۱۲/۵)
		شدید(۸۸-۴۱)	۳۲(۸۰)	۳۵(۸۷/۵)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

بر اساس یافته‌های جدول فوق در گروه مداخله، بیش‌ترین فراوانی سطح داغ ننگ درک شده در قبل از مداخله به ترتیب سطح داغ ننگ متوسط به تعداد ۳۴ نفر (۸۵ درصد) و بعد از آن سطح داغ ننگ شدید به تعداد ۴ نفر (۱۰ درصد) و خفیف ۲ نفر (۵ درصد) بودند و بعد از مداخله ۳۱ نفر (۷۷/۵ درصد) سطح داغ ننگ متوسط و ۹ نفر (۲۲/۵ درصد) سطح داغ ننگ خفیف را تجربه کردند. به عبارت دیگر امتیاز سطح داغ ننگ درک شده بعد از مداخله آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر ACT در مراقبین بیماران در گروه مداخله کاهش یافته است.

بر اساس جدول شماره ۳، بیش‌ترین فراوانی سطح داغ ننگ درک شده درگروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۳۰ نفر (۷۵ درصد) داغ ننگ متوسط، ۸ نفر (۲۰ درصد) شدید و ۲ نفر (۵ درصد) داغ ننگ خفیف را تجربه نمودند که در پس آزمون به ۲۹ نفر (۷۲/۵ درصد) با داغ ننگ متوسط،۸ نفر (۲۰ درصد) شدید و ۳ نفر (۷/۵ درصد) با داغ ننگ خفیف تغییر یافت. به عبارت دیگر امتیاز سطح داغ ننگ درک شده در گروه کنترل بعد از آموزش روتین بیماران اسکیزوفرنی مراقبین بدون تغییر بوده است.

براساس یافته‌های جدول شماره۳ در گروه مداخله، بیشترین فراوانی سطح بار مراقبتی در قبل از مداخله سطح شدید ۳۶ نفر (۹۰ درصد) و بعد از آن ۴ نفر (۱۰ درصد) در سطح متوسط بودند و بعد از مداخله ۲۶ نفر (۶۵ درصد) سطح شدید و بعد از آن ۱۴نفر (۳۵ درصد) در سطح متوسط بودند. به عبارت دیگر سطح امتیاز فشار بار مراقبتی بعد از مداخله آموزشی خود مراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراقبین بیماران کاهش یافته است.

همچنین یافته‌ها نشان داد بیش‌ترین فراوانی سطح بار مراقبتی درگروه کنترل پیش‌آزمون ۳۲ نفر در سطح شدید (۸۰ درصد) و در پس آزمون ۳۵ نفر (۸۷/۵ درصد) در سطح شدید بودند. به عبارت دیگر سطح امتیاز فشار بار مراقبتی بیماران اسکیزوفرنی مراقبین در پس آزمون نسبت به پیش آزمون رو به افزایش بوده است.

میانگین نمره کل داغ ننگ درک شده و همچنین میانگین کل نمرات بار مراقبتی قبل و بعد از مداخله در جدول شماره ۴ مقایسه شد.

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره داغ ننگ درک شده و بار مراقبتی به تفکیک گروه مداخله و کنترل در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز زارع ساری در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

متغیر	مقیاس	پیش ازمون (قبل از مداخله) انحراف معیار±میانگین	پس از آمون (بعد از مداخله) انحراف معیار± میانگین	آماره ta Paired t-test	سطح معنی داری
داغ ننگ درک شده	گروه مداخله	۸۰/۴ ±۱۱/۴۴	۶۵/۴۵ ±۶/۷۹	۱۳/۴۳	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۸۱/۰۵ ±۱۰/۹۷	۸۰/۲۵ ±۱۰/۳۴	۲/۶۲	۰/۰۱۷
	آماره tb	-۰/۱۸	-۵/۳۴		
	سطح معنی داری	۰/۸۵	۰/۰۰۱		
بار مراقبتی	گروه مداخله	۵۳/۲ ±۱۰/۲۴	۴۴/۳۵ ±۶/۳۷	۸/۳۳	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۵۴/۷۵ ±۱۱/۸۸	۵۵/۰۵ ±۱۰/۲۹	-۰/۴۵	۰/۶۵
	آماره tb	-۰/۴۴	-۳/۹۵		
	سطح معنی داری	۰/۶۶	۰/۰۰۱		

aPaired t-test, bIndependent sample t test , Statistically significant at $P \leqslant 0.05$

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۴ در مقایسه بین گروهی، نتایج آمون تی مستقل نشان داد که در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره کل داغ ننگ درک شده بین‌گروه مداخله (۱۱/۴۴±۸۰/۴) وکنترل (۱۰/۹۷± ۸۱/۰۵) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت($P > ۰/۰۵$). میانگین نمرات داغ ننگ درک شده قبل از مداخله آموزشی ۱۱/۴۴ ±۸۰/۴ (حداقل نمره : ۵۵؛ حداکثر نمره: ۱۱۲) و بعد از مداخله آموزشی ۶/۷۹ ± ۶۵/۴۵ (حداقل نمره: ۴۸؛ حداکثر نمره: ۸۲) بود. همچنین میانگین نمرات داغ ننگ درک شده در گروه کنترل قبل از مداخله آموزشی ۱۰/۹۷ ± ۸۱/۰۵ (حداقل نمره: ۵۹؛ حداکثر نمره: ۱۰۰) و بعد از مداخله آموزشی (فقط آموزش روتین) ۱۰/۳۴ ± ۸۰/۲۵ (حداقل نمره: ۵۹؛ حداکثر نمره: ۹۷) بود. بر طبق نتایج بین میانگین تغییرات نمره کل داغ ننگ درک شده قبل و بعد از مداخله بین گروه مداخله (۶/۷۹ ± ۶۵/۴۵) و کنترل (۱۰/۳۴ ± ۸۰/۲۵) اختلاف معنی‌داری وجود داشت($P <۰/۰۵$).

در مقایسه بین گروهی، نتایج آمون تی مستقل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

نشان داد که در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره کل بار مراقبتی بین گروه مداخله (۱۰/۲۴ ± ۵۳/۲) و کنترل (۱۱/۸۸ ± ۵۴/۷۵) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت(P>۰/۰۵). دو گروه مداخله و کنترل از نظر نمره بار مراقبتی همگن بودند. همچنین بر طبق نتایج، بین میانگین تغییرات نمره کل بار مراقبتی قبل و بعد از مداخله بین گروه مداخله (۶/۳۷ ± ۴۴/۳۵) و کنترل (۱۰/۲۹ ± ۵۵/۰۵) اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵).

طبق نتایج جدول شماره ۴ در گروه مداخله، میانگین نمرات بار مراقبتی قبل از مداخله آموزشی ۱۰/۲۴ ± ۵۳/۲ (حداقل نمره: ۳۲؛ حداکثر نمره: ۷۴) و بعد از مداخله آموزشی ۶/۳۷ ± ۴۴/۳۵ (حداقل نمره: ۳۰؛ حداکثرنمره: ۵۸) بود. همچنین میانگین نمرات بار مراقبتی در گروه کنترل قبل از مداخله آموزشی ۱۱/۸۸ ± ۵۴/۷۵ (حداقل نمره: ۳۳؛ حداکثر نمره: ۷۰) و بعد از مداخله آموزشی۱۰/۲۹ ± ۵۵/۰۵ (حداقل نمره: ۳۳؛ حداکثر نمره: ۶۹) بود. به عبارت دیگر میانگین نمرات بار مراقبتی بعد از مداخله آموزشی خودمراقبتی مبتنی برپذیرش و تعهد در مراقبین بیماران نسبت به قبل از مداخله روند کاهشی داشته است. در صورتی که این روند در گروه کنترل افزایشی بوده است.

در مقایسه درون گروهی، نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که بین میانگین نمره کل بار مراقبتی قبل گروه مداخله و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵). همچنین در گروه کنترل بین میانگین نمره کل بارمراقبتی قبل گروه مداخله و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود نداشت(P>۰/۰۵). به عبارت دیگر پس از مداخله آموزشی خودمراقبتی، میانگین نمره کل بار مراقبتی در گروه مداخله به صورت معناداری در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. به‌طور کلی خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش فشار بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شده است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داغ ننگ درک شده و بار مراقبتی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی انجام پذیرفت.

اکثر مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرن در این پژوهش، خانم بودند (بیش از ۷۰ درصد)، که با مطالعه شمسایی(۲۰) و مطالعه واقعی(۱۵) همراستا بوده ولی با نتایج مطالعه شاه ویسی(۲۸)، همراستا نمی‌باشد. فدراسیون جهانی بهداشت روان (۲۰۱۰) نیز تخمین زده است که به‌طور جهانی، اکثریت مراقبین بیماران مبتلا به اختلال روانی را زنان تشکیل می‌دهند که این امر با دیسترس روانی قابل توجهی همراه بوده و اثرات منفی زیادی بر سلامت روانی زنان به جا می‌گذارد(۲).

از طرفی اکثر بیماران در این مطالعه مجرد بودند و توسط والدین مراقبت می‌شدند؛ که از این جهت با نتایج مطالعه Yin (۲۰۱۴)(۳۰) و Mak و Cheung (۲۰۰۸) و Caqueo-Urízar (۲۰۰۶) همسو می‌باشد(۳۲،۳۱).

بیش‌ترین سن مراقبین در هر دو گروه مداخله و کنترل بین ۵۹-۴۹ سال ۱۴ نفر (۳۵ درصد)، بوده است. در مطالعه واقعی (۱۳۹۴) میانگین سنی بیماران در گروه مداخله، ۴۸/۸ سال و در گروه کنترل، ۴۷/۱ سال(۱۵) و در مطالعه رمضانی و همکاران (۲۰۱۹) ۳۶/۹ درصد از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال بوده‌اند(۲۶).

در گروه مداخله متاهلین ۳۶ نفر (۹۰ درصد) و ۳۴ نفر (۸۵ درصد) از مراقبین گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. در مطالعه حارث آبادی، بیش از ۷۱ درصد مراقبان، متاهل بوده‌اند(۴).

بیش‌تر مراقبین در گروه کنترل، دارای مدرک تحصیلی دیپلم ۱۲ نفر(۳۰ درصد)، بوده‌اند، در حالی که مراقبین گروه مداخله دارای تحصیلات سیکل و کارشناسی و بالاتر ۱۲ نفر (۳۰ درصد)، بودند. در پژوهش بوئینی بیش‌ترین مدرک تحصیلی مراقبین بیمار، دیپلم با درصد فراوانی ۱۴/۹۶ درصد گزارش گردید(۳۳).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

۱۲نفر (۳۰ درصد) مراقبین در گروه مداخله و ۱۸ نفر (۴۵ درصد)، در گروه کنترل دارای شغل آزاد و ۸۵-۷۵ درصد مراقبین دارای در آمد متوسط بودند. در مطالعه بوئینی در سال ۲۰۱۳، بیش‌ترین شغل مراقبین، با ۱۴/۰۵ درصد فراوانی، آزاد گزارش شد و وضعیت اقتصادی اکثر مراقبین، متوسط ثبت گردید(۳۳). در مطالعه دیگر بوئینی در سال ۲۰۰۸ وضعیت اقتصادی مراقبین این بیماران با ۶۲/۲ درصد، بد گزارش شد(۳۴).

میانگین نمرات داغ ننگ درک شده بعد از مداخله آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراقبین بیماران نسبت به قبل از مداخله روند کاهشی داشته است. به‌طور کلی مداخله آموزشی باعث کاهش موارد ناشی از داغ ننگ درک شده در مراقبین بیماران می‌شود. این یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعات Lee در سال ۲۰۱۸(۱۸)، Putra و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۳۵)، اصفهانی درسال ۱۳۹۸ (۳۶)، شمسایی درسال ۱۳۹۷(۲۰)، واقعی در سال ۱۳۹۴(۱۵)، همخوانی دارد. ولی با مطالعه Kiropoulos در سال ۲۰۱۱(۳۷) و مطالعه Yildirim در سال ۲۰۲۰ (۳۸) هم راستا نبوده است. این مطالعه همچنین نشان داد میانگین نمرات داغ ننگ درک شده در دو گروه مداخله و کنترل روند کاهشی داشته است و در گروه مداخله کاهش بیش‌تری را نشان داده است. در همین رابطه یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره داغ ننگ در مراقبین خانوادگی بیماران روانی که قبل از مداخله آموزشی زیاد بود، با مداخلات آموزشی کاهش داشته است و موید تاثیر مداخلات آموزشی بوده است. از طرفی دیگر در مطالعه حاضر نشان داده شد که اگر آموزش‌های روتین همراه با مداخله خودمراقبتی مبتنی بر راهکارهای روانشناسی باشد، کاهش بیش‌تری در داغ ننگ درک شده، ایجاد می‌کند.

در این مطالعه بیش‌ترین فراوانی سطح بار مراقبتی در قبل از مداخله سطح شدید ۳۶ نفر (۹۰ درصد) و بعد از مداخله ۲۶ نفر (۶۵ درصد) سطح شدید و بعد از آن ۱۴ نفر (۳۵ درصد) در سطح متوسط بودند. مطالعات نشان می‌دهد بار مراقبتی در اسکیزوفرنی قابل توجه است و نه تنها بیمار بلکه محیط پیرامون او را نیز درگیر می‌کند و بار مراقبتی و عوارض جانبی درمان را باید در مدیریت اسکیزوفرنی در نظرگرفت(۳۹). در این مطالعه امتیازات سطح داغ ننگ درک شده و بار مراقبتی بعد ازمداخله آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر ACT در مراقبین بیماران کاهش یافته است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی تاثیرات بلندمدت و تاخیری خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داغ ننگ و بار مراقبتی مراقبین و همچنین برگزاری تعدادی از جلسات به شکل غیرحضوری به دلیل پاندمی بیماری کووید-۱۹ اشاره نمود.

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد پس از مداخله آموزش خودمراقبتی مبتنی برپذیرش و تعهد، میانگین نمره کل داغ ننگ درک شده در گروه مداخله به صورت معناداری در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. مداخله آموزشی اجرا شده در کاهش موارد ناشی از داغ ننگ درک شده در مراقبین بیماران موثر بوده است. همچنین آموزش خودمراقبتی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش فشار بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شده است. استفاده از این روش به‌عنوان یکی از راهکارهای مقابله با داغ ننگ و بار مراقبتی همراهان مبتلایان به بیماری اسکیزوفرنی پیشنهاد می‌شود.

تضاد منافع:

نویسندگان اظهار می دارند که این پژوهش هیچ تعارضی ندارد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران بابت حمایت مالی طرح و ریاست محترم، مدیرمحترم گروه روانپزشکی و مدیریت پرستاری و کارکنان محترم مرکز روانپزشکی زارع ساری که در انجام این پژوهش همراهی نموده اند، تشکر و سپاس به عمل می‌آید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Zauszniewski JA, Bekhet AK. Factors associated with the emotional distress of women family members of adults with serious mental illness. Arch Psychiatr Nurs 2014; 28(2): 102-107.
3. Chan SW-c. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 2011; 25(5): 339-349.
4. Haresabadi M, Bibak B, Hosein zadehE, Bayati M, Arki M, Akbari H. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in Imam Reza Hospital-Bojnurd 2010. JNorth Khorasan Univ Med SCi 2012; 4(2): 165-171 (Persian).
5. Girma E, Möller-Leimkühler 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. Gholami R, Naemi A. Effectiveness of Reality Therapy on the Stigma of Mothers of Children with Intellectual and Developmental Disabilities. Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals 2017; 7(27): 209-236.
7. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. Am J Public Health 2013; 103(5): 853-860.
8. Hing N, Holdsworth L, Tiyce M, Breen H. Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions. Int Gambl Stud 2014; 14(1): 64-81.
9. 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. Journal of Family Research 2013; 9(2): 241-254.
10. Mak WW, Cheung RY. Psychological distress and subjective burden of caregivers of people with mental illness: The role of affiliate stigma and face concern. Community Mental Health J 2012; 48(3): 270-274.
11. Chen X, Mao Y, Kong L, Li G, Xin M, Lou F, et al. Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. Pers Individ Differ 2016; 96: 78-82.
12. Bamari F, Madarshahian F, Barzgar B. Reviews burden of caring caregivers of patients with type II diabetes referred to diabetes clinic in the city of Zabol. J Diabetes Nurs 2016; 4(2): 59-67.
13. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis 2006; 48(6): 955-963.
14. Heydari A, Sodmand P. Stigma in Health Systems: A Review Article. SJIMU 2015; 23(4): 217-228.
15. 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.
16. Gray R, Hillel SA, Brown E, Al Ghareeb A. Safety and Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Schizophrenia

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

Spectrum and Other Psychotic Disorders: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. Methods Protoc 2018; 1(4): 38.

17. Putra IPGYS, Hamdani N, Supriati L. Influence Of Acceptance And Commitment Therapy On The Family's Burden In Treating People With Mental Disorders. Nurse Line Journal 2017; 2(2): 126-133.
18. Lee JW, Park HS. Development and effects of an acceptance commitment-based cognitive behavioral program for patients with schizophrenia. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs 2018; 27(4): 342-354.
19. Yin Y, Zhang W, Hu Z, Jia F, Li Y, Xu H, et al. Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: A field survey. PLoS One 2014; 9(9): e108527.
20. Shamsaei F, Nazari F, Sadeghian E. The effect of training interventions of stigma associated with mental illness on family caregivers: a quasi-experimental study. Arch Gen Psychiatry 2018; 17(1): 1-5.
21. Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders. IJPCP 2010; 16(2): 99-106.
22. Esfahani AK, Gheisarian Z, Bigdelian H. The Effect of a Caregiving Program on the Caregiving Burden of Mothers of Children Undergoing Corrective Surgery for Congenital Heart Disease. Iranian Journal of Pediatric Nursing 2018; 4(3): 41-45 (Persian).
23. KhengSeng B, Luo N, Ng WY, Lim J, Yap P, Goh J, et al. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. Ann Acad Med Singapore 2010; 39(10): 758-763.
24. Shafiezadeh A, Heravi-Karimoo M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. Translation and primarily validation of the Persian Version of Caregiver Burden Inventory. Payesh 2019; 18(4): 405-414 (Persian).
25. Safaeian Z, Hejazi SS, Delavar E, Hoseini Azizi T, Haresabadi M. The relationship between caregiver burden, and depression, anxiety and stress in family caregivers of cancer patients referred to Imam Reza Hospital in Bojnurd City. IJPN 2017; 5(3): 7-14.
26. Ramzani A, Zarghami M, Charati JY, Bagheri M, Lolaty HA. Relationship between Self-efficacy and Perceived Burden among Schizophrenic Patients' Caregivers. Journal of Nursing and Midwifery Sciences 2019; 6(2): 91-97.
27. Farzand M, Abidi M. Effects of stigma on social identity and social isolation among family caregivers of psychiatric patients. Int J Med Pharmaceut Sci 2013; 4(1): 31-40.
28. 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).
29. Vaghee S, Salarhaji A. Stigma in family caregivers of patients with schizophrenia hospitalized in ibn-sina psychiatric hospital of mashhad in 2014-2015. JMS 2015; 3(3): 30-23.
30. Yin Y, Zhang W, Hu Z, Fujun Jia3 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.
31. Mak WW, Cheung RY. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. J Appl Res Intellect Disabil 2008; 21(6): 532-545.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

32. Caqueo-Urízar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Qual Life Res 2006; 15(4): 719-724.
33. Nadem Boieni M, Ramezani T, Khodadadi N, Moosavi Lotfi SM, Haghdoost AA, Yeganeh Rasteh Kenari M. Attitude of schizophrenic patients' care givers about their method of patient caring at home. J Holist Nurs Midwifery 2013; 23(1): 54-62.
34. Nadem buoeni M,Ramzani T, Haghduost A. Survey knowledge of caregivers of patients of schizophrenia about home care in. J Holist Nurs Midwifery 2008; 18(1): 43-50.
35. Putra IPGYS, Hamdani N, Supriati L. Influence of acceptance and commitment therapy on the family's burden in treating people with mental disorders. Nurse Line Journal 2017; 2(2): 126-133.
36. Moghbel Esfahani S, Haghayegh SA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, meaning in Life, and family function in family caregivers of patients with schizophrenia. Horizon Med Sci 2019; 25(4): 298-311.
37. Kiropoulos LA, Griffiths KM, Blashki G. Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italian-born immigrants living in Australia: a randomized controlled trial. J Med Internet Res 2011; 13(2): e34.
38. Yildirim G, Ertekin Pinar S, Ucuk S, Duran Aksoy O, Ersan EE. The effect of training given to parents with mentally disabled children on their life satisfaction self-stigma of seeking help depression and stress-coping styles. Int J Soc Psychiatry 2020; 66(3): 279-291.
39. Millier A,Schmidt U, Angermeyer M, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. J Psychiatr Res 2014; 54: 85-93.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]