

عوامل موثر بر تجربه شرم در خانواده‌های بیماران با اختلال روان پزشکی: نقش انگ، حساسیت به طرد و ارزیابی شناختی

سمیرا کرملو^۱

یاسمن متقی پور^۲

احمد برجلی^۳

منصوره السادات صادقی^۴

حمید خانی پور^۵

تاریخ وصول: ۹۴/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۴

چکیده

شرم و انگ حاصل از بیماری به عنوان تجارب هیجانی شایع منفی در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن است که هم روی سلامت خانواده و هم افزایش احتمال بازگشت مجدد نشانه‌های بیمار اثر گذار است. اما هنوز اطلاعات کمی در خصوص این که چرا برخی افراد انگ را استرس زا تر دریافت می‌کنند و برخی آنرا قابل رویارویی در نظر می‌گیرند، وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان متغیرهای انگ دریافتی، ارزیابی شناختی، حساسیت به طرد و احساس شرم و تعیین پیش بینی کننده‌های احساس شرم انجام شد. این پژوهش از نوع کمی (پس رویدادی) - همبستگی بود. ۱۵۰ نفر از خانواده‌های بیماران روانپزشکی با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. میان انگ دریافتی با سایر متغیرها رابطه معناداری وجود دارد، اما ارزیابی شناختی با حساسیت به طرد و حساسیت به طرد با شرم درونی رابطه معناداری ندارند. مدل بدست آمده از تحلیل رگرسیون بیانگر این است که ۲۳٪ درصد از کل تغییرات شرم درونی توسط انگ دریافتی و ارزیابی شناختی و ۲۳٪ درصد از تغییرات شرم بیرونی توسط انگ دریافتی و حساسیت به طرد تبیین می‌گردد. ارزیابی شناختی

۱. دکتری روانشناسی عضو گروه پژوهشی علوم شناختی، جهاد دانشگاهی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)

karamlou_samira@yahoo.com

۲. دانشیار بازنشسته روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ymottaghipour@gmail.com

۳. دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی borjali@atu.ac.ir

۴. استادیار روانشناسی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی m_sadeghi20097@yahoo.com

۵. دکتری روانشناسی، استادیار موسسه تحقیقات تربیتی روانشناختی و اجتماعی دانشگاه خوارزمی

khanipur.hamid@gmail.com

منفی نسبت به بیماری روانپزشکی مانند در اختیار نداشتن منابعی برای رویارویی با بیماری در ایجاد احساس شرم درونی نقش تعیین کننده‌ای دارد. حساسیت به طرد به عنوان سبکی که در آن دیگران به عنوان منبع تهدید تلقی می‌گردند، با بیش بر آورد کردن قدرت و جایگاه اجتماعی دیگران در جهت تهدید، آسیب زدن و طرد کردن به احساس شرم بیرونی دامن می‌زند.

واژگان کلیدی: انگ دریافتی، ارزیابی شناختی، حساسیت به طرد، احساس شرم، بیماری

شدید روانپزشکی

مقدمه

بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی به عنوان "مصرف کننده‌های بالقوه" خدمات سلامت روان و خانواده‌های آنان به عنوان مراقبین اصلی، از پیامدهای تباہ کننده فرایند انگ زنی رنج می‌برند. انگ زنی که از یک موقعیت اجتماعی ناشی می‌شود بر تهدید شدن موجودیت فرد تاثیر می‌گذارد. برچسب‌های تشخیصی با مکان‌یابی علت مشکلات در درون افراد (اسکندری، ۱۳۹۲) منجر به انگی می‌شوند که بیماران با دنبال نکردن خدمات روانپزشکی و درمان‌های غیردارویی موثر (سبحانی، مرادی، علی بیگی، دولتشاهی، ۱۳۸۹) سعی می‌کنند از آن اجتناب کنند، چراکه آن‌ها خود را بخشی از جمعیت عمومی در نظر می‌گیرند که از پیشداوری‌های رایج علیه افراد با بیماری روانپزشکی آگاهند و نمی‌خواهند به عنوان بخشی از این گروه اقلیت در نظر گرفته شوند. آن‌ها همچنین از کاهش عزت نفس ناشی از برچسب بیماری روانپزشکی در قالب انگ زنی فردی نیز دوری می‌کنند (کوریکان، لارسون و راش، ۲۰۰۹). خانواده‌های بیماران روانپزشکی نیز در مواجهه با این شرایط احساس فقدان و سوگ را تجربه می‌کنند. آن‌ها با احساس شرم، گناه و خشم در انزوای اجتماعی و انگ با بیمار شریک هستند. زندگی آن‌ها به دلیل مراقبت بیش از حد معمول از عضو بیمار، دچار آشفتگی می‌گردد؛ چراکه در کنار نقش‌های معمولی که در زندگی خانوادگی دارند مسئولیتی مضاعف را تجربه می‌کنند که به لحاظ روانشناختی و مالی استرس‌زاست (مک

-
1. Corrigan
 2. Larson & Rusch

کنری و پرایس^۱، ۲۰۰۵؛ ساندرز^۲، ۲۰۰۳؛ شن^۳، وینگاردن و مارتن^۴، ۱۹۹۸؛ لفلای^۵، ۱۹۹۶). مراقبت از عضو بیمار اغلب طاقت فرسا، طولانی و همراه با استرس و پریشانی برای مراقب اصلی است (روئیک، هیدر، بینگتون، آنگرمایر، آزرین و بروگا^۶، ۲۰۰۷؛ کوپرز^۷ و بینگتون، ۲۰۰۵). شواهد بدست آمده از پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که یک سوم مراقبین ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه را دریافت می‌کنند (بارتن و جکسون^۸، ۲۰۰۸). مراقبین همچنین احساس فقدان عظیمی را تجربه می‌کنند که با میزان فقدان گزارش شده در داغدیدگی برابری می‌کند (پترسون^۹ و برکووگ و کوکران^{۱۰}، ۲۰۰۵).

در این میان مهمترین هیجان منفی که زیربنای مشکلات روانی اجتماعی خانواده‌های بیماران روانپزشکی می‌باشد، تجربه شرم است. بیماری مزمن عضو خانواده و شرم ناشی از آن، به عنوان یک منبع استرس عینی بر سلامت جسمی و روانشناختی مراقب بر حسب خصوصیات بیمار، خصوصیات مراقب، رابطه آن‌ها و محیط خانوادگی تاثیر می‌گذارد (شن و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهم در شکست برنامه‌های درمانی روانپزشکی، در نظر نگرفتن واکنش هیجانی مرتبط با تجربه انگ زنی اختلال‌های روانی به ویژه احساس شرم می‌باشد. یافته‌ها نشان داده‌اند که احساس شرم ملموس‌ترین پاسخ هیجانی در تجربه انگ نسبت به اختلال‌های روانپزشکی است (بیرن^{۱۱}، ۲۰۰۰). در یک ضابطه‌مندی جامع‌تر از شرم نسبت به اختلال‌های روانپزشکی، می‌توان آن را به شرم بیرونی و شرم درونی و شرم انعکاس یافته تقسیم بندی نمود (گیلبرت، باندیا^{۱۲}، مک ایون^{۱۳}، آبرونز

1. McKenry & Price
2. Saunders
3. Schene
4. Wijngaarden & Marten
5. Lefley
6. Roick, Heider, Bbbington, Angermeyer, Azorin & Brugha
7. Kuipers
8. Barton & Jackson
9. Patterson
10. Birchwood & Cochrane
11. Byrne
12. Bhundia
13. McEwan

و سنگرا، ۲۰۰۷). شرم بیرونی عبارت است از تصور افراد از باورهایی که جامعه و خانواده از اختلال روانپزشکی دارند و شرم درونی عبارت است از خود ارزیابی‌های منفی از تجربه اختلال روانپزشکی و شرم بازتاب یافته نیز عبارت است از تاثیر وجود اختلال روانپزشکی بر خویشتن و خانواده یافته‌های پژوهشی نشان داده‌است، سطوح بالای شرم بازتاب یافته و بیرونی به ویژه در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیایی یکی از عوامل عدم مراجعه برای دریافت درمان‌های روانپزشکی می‌باشد (گیلبرت، گیلبرت و سانگرا، ۲۰۰۴).

تجربه شرم نه تنها در کمک گرفتن از سیستم خدمات سلامت روان موثر است بلکه در مراحل مختلف درمان و تبعیت‌های درمانی در این بیماران نیز قابل مشاهده می‌باشد. شواهد روز افزونی بر این موضوع تاکید دارند که بسیاری از افراد به خاطر ترس از برچسب خوردن اختلال روانپزشکی یا شرم از دریافت برچسب این قبیل اختلالات، برای درمان شرم به عنوان هیجانی برجسته و مرتبط با انگ درونی شده و نیز پاسخی به تحقیر شدن از سوی جامعه به عنوان انسانی نازرنده، تلقی می‌گردد (راش و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین شناسایی عواملی که در ایجاد این تجربه هیجانی نقش دارند ضروری به نظر می‌رسند.

این موضوع که چرا برخی خانواده‌ها احساس شرم بیشتری را نسبت به بیماری روانپزشکی تجربه می‌کنند، هنوز روشن نیست. پژوهش‌های موجود به ارائه مدل‌های گوناگونی در رابطه با ادراک استرس‌زای انگ و شرم پرداخته‌اند. برخی از مطالعات با تاکید بر شناسایی فاکتورهای مربوط به آسیب‌پذیری و تاب‌آوری در رابطه با استرس تجربه انگ و شرم به کاهش تاثیر انگ بر روی بیمار و خانواده او پرداخته‌اند (راش و همکاران، ۲۰۰۷). در همین راستا برخی پژوهش‌ها به تاثیر ارزیابی شناختی (اسنادها) خانواده از تجربه بیماری خویشاوند خود بر روی فشار روانی مراقب اشاره کرده‌اند که به نظر می‌رسد این نوع ارزیابی شناختی با ابراز هیجان و میزان پریشانی مراقب نیز رابطه معناداری دارد (باروگلاف، تریو و جانسون، ۱۹۹۶). به این ترتیب اسنادهای مراقبینی که نظرات انتقادی دارند، رفتار بیماران را تحت کنترل او دانسته و بنابراین آن‌ها را برای رویدادهای منفی بیشتر مقصر قلمداد می‌کنند. علاوه بر این به نظر می‌رسد این موضوع به میزان پریشانی و ارزیابی منفی از نقش مراقب نیز بستگی دارد. ادراک مراقبین و واکنش آن‌ها به نقش خود نه تنها سلامت روانشناختی آن‌ها را تحت

1. Irons&Sanghera
2. Barrowclough
3. Tarrier & Johnston

تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند به بهبود یا مقاومت در برابر بهبودی در بیمار منجر گردد (ببینگتون و کوپرز، ۱۹۹۴). یافته‌های اخیر این موضوع را مطرح می‌کنند که استفاده کنندگان از خدمات سلامت روان قادر به ادراک خصومت و انتقاد از سوی مراقبین خود هستند به طوری که ادراک انتقادات مراقبین به افت عملکرد این بیماران منتهی می‌گردد (اونومر^۱، کوپرز و بینگتون، ۲۰۰۹). عده‌ای دیگر به ویژگی‌های مرتبط با مفهوم دلبستگی مانند حساسیت به طرد پرداخته‌اند. چراکه به نظر می‌رسد حساسیت به طرد به عنوان انتظارات اضطراب آمیز نسبت به طرد شدن (استریمفلد^۲، ۲۰۱۲) می‌تواند عامل مهمی در جلوگیری از بهبودی هیجانی^۳ (که نیازمند گذر از شرم و انگ است) هم در بیماران و هم در خانواده‌های بیماران تلقی گردد (گاملی^۴، براچلر^۵، لاتویت^۶، مک بث^۷ و گیلبرت، ۲۰۱۰).

بر این اساس هدف مطالعه حاضر بررسی این مسئله است که اولاً میان متغیرهای حساسیت به طرد و ارزیابی شناختی و انگ دریافتی در اعضای خانواده بیماران روانپزشکی چه رابطه‌ای وجود دارد و ثانیاً این متغیرها چه نقشی در پیش بینی تجربه شرم دارند.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع کمی (پس رویدادی) - همبستگی است.

جامعه و نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل تمامی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان طالقانی و امام حسین بود. منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا خواهر و برادری است که با بیمار رابطه نزدیکی دارند. از این میان ۱۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی اعضای خانواده بیماران روانپزشکی ۱۸-۶۳ و میانگین سنی ۴۷ سال بود. بیش از نیمی از اعضای خانواده سطح تحصیلات دیپلم را دارا بودند. ۵۷/۳٪ از گروه نمونه را زنان تشکیل می‌دادند که از این میان بیشترین افراد شرکت کننده را مادران (۲۲/۷٪) و همشیران (۲۸/۷٪) بیماران تشکیل می‌دهند.

1. Onwumere
2. Strimpfel
3. emotional recovery
4. Gumley
5. Braehler
6. Laithwaite
7. MacBeth

ابزارهای پژوهش: پرسشنامه انگک دریافت شده: این مقیاس یک پرسشنامه محقق ساخته است. محقق با مطالعه مقالات خارجی و تشکیل گروه‌های متمرکز با بیماران و خانواده‌های بیماران، سوال‌هایی را برای ارزیابی انگک دریافتی تهیه کردند. در مرحله بعد جهت ارزیابی اعتبار این مقیاس با استفاده از اعتبار محتوا بر اساس نظر ۳ تن از اساتید، سوال‌ها تحلیل و مناسب‌ترین آن‌ها انتخاب شدند. این پرسشنامه در مجموع از ۳۴ سوال تشکیل شده است که نگرش در مورد بیماری روانپزشکی را در حوزه‌های مختلف مانند استخدام بیماران، بچه دار شدن بیماران، سبب شناسی ژنتیکی بیماری می‌سنجد. روش نمره گذاری از نوع مقیاس لیکرتی (۵ درجه‌ای) است. نمره‌ها بین ۱ (کاملاً مخالفم) و ۵ (کاملاً موافقم) قرار دارند. نمرات بیشتر بیانگر انگک دریافتی بالاتر در خانواده بیماران مبتلا به بیماری شدید روانپزشکی می‌باشد. همسانی درونی سوال‌های این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ، $0/78$ بدست آمد که بیانگر پایایی بالای مقیاس می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شده است. یافته‌های پژوهش حاضر در دو قسمت: یافته‌های حاصل از اجرای تحلیل عاملی پرسشنامه و یافته‌های مرتبط با آزمون سوالات پژوهش ارائه می‌شود.

تحلیل عاملی پرسشنامه انگک دریافتی: در جهت اجرای تحلیل عاملی بر روی مجموعه‌ای از ماده‌ها، ابتدا تست‌های KMO و کرویت بارتلت اجرا می‌شوند. بدین شکل که اگر آزمون KMO بالاتر از $0/70$ و آزمون بارتلت معنادار باشد، شروط اولیه برای کفایت نمونه و اجرای تحلیل عاملی مهیا است. آزمون بارتلت با درجه آزادی ۱۱۹ در سطح $P=0/001$ معنادار، و آزمون KMO معادل $0/632$ بدست آمد و بنابراین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند.

۳۴ ماده پرسشنامه با تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مولفه اصلی مورد بررسی قرار گرفت. نقطه برش انتخاب شده در این تحلیل ۳۰ صدم انتخاب شد. بدین ترتیب، ۳ عامل حاصل گردید و نتایج نشان دادند که سه عامل با مقدار بالای یک در مجموع قادر به توجیه $53/4$ درصد واریانس می‌باشند. در نهایت تمام مواد این پرسشنامه تنها بر روی یکی از سه عامل قرار گرفتند. با بررسی محتوای عوامل، عامل اول "انگک نسبت به بیماری" نامیده شد که این عامل حاوی ۹ ماده است که به آن دسته از مسائلی می‌پردازد که در مورد انگک بیماری روانپزشکی مطرح است. عامل دوم که شامل ۲۰ ماده است، آن مسائلی را در برمی‌گیرد که در رابطه با "انگک در خود بیمار" مطرح است. سومین عامل که از ۵ ماده تشکیل شده است، "انگک بیماری در رابطه با اعضای خانواده بیماران" را بیان می‌کند. پس از بدست آمدن مواد

موجود در هر عامل، ضرایب آلفای کرونباخ آن‌ها محاسبه شد که برای سه عامل انگ "بیماری"، "بیمار" و "خانواده" به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه ارزیابی شناختی استرس مرتبط با انگ: این مقیاس که توسط راش و همکاران (۲۰۰۹) تهیه شده است در برگیرنده ۸ سوال می‌باشد. ۴ سوال ابتدایی به ارزیابی اولیه انگ بیماری روانپزشکی به عنوان یک آسیب شخصی^۱ (مانند پیشداوری علیه بیماران روانپزشکی پیامدهای بد و آسیب زنده‌ای بر روی بیمار خواهد داشت) می‌پردازد، که با پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است. چهار سوال بعدی به سنجش ارزیابی ثانویه منابع دریافتی جهت مقابله با انگ می‌پردازد (مانند: من منابعی را که برای مقابله با مشکلات ناشی از پیشداوری علیه بیماران روانپزشکی نیازمندم را در اختیار دارم)، که پایایی گزارش شده با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بوده است. در این مطالعه برای استفاده از این ابزار پس از ترجمه و بازترجمه ابزار، روایی محتوایی آن مورد تایید دو نفر از استادان روانپزشکی و روانشناسی قرار گرفت. میزان پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ در خصوص قسمت اول و دوم سوالات به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۶۸ گزارش شد.

مقیاس نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی: یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی ۳۵ سوالی است که دارای ۵ بخش می‌باشند که عبارتند از ۱- نگرش‌های جامعه و خانواده نسبت به بیماری روانپزشکی ۲- شرم بیرونی^۲ ۳- شرم درونی^۳ ۴- شرم انعکاس یافته^۴ بر روی خانواده و خود. نمره گذاری سوال‌ها در قالب یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (۰ = کاملاً مخالفم تا ۳ = کاملاً موافقم) انجام می‌شود و در مطالعه مربوط به تدوین این ابزار پایایی همسانی درونی مناسبی برای این ابزار در جامعه دانشجویان آسیایی و غیر آسیایی در حال تحصیل در انگلیس به دست آمده است و آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۶ برآورد شد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۷). پایایی این مقیاس در نمونه ایرانی برای کل پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۲، ۰/۸ و ۰/۷۶ به دست آمد (خانی پور، شمس، زارع، گلزاری و کرملو، ۱۳۹۲).

1. Personally harmful
2. Stigma awareness
3. Internal shame
4. Reflected shame

پرسشنامه حساسیت به طرد: این پرسشنامه فرایند پردازش شناختی-هیجانی مرتبط با موقعیت‌های استرس‌زا و طردکننده را می‌سنجد که بر اساس تاریخچه یادگیری اجتماعی شناختی شکل گرفته است و در موقعیت‌هایی راه اندازی می‌شود که امکان طرد یا پذیرش وجود دارد. پرسشنامه حساسیت به طرد-نسخه بزرگسالان (برنسون، گوراک، آیداک، دونی، گارنر، موگ، بردلی و پین^۱، ۲۰۰۹) انطباق یافته پرسشنامه حساسیت به طرد (دونی و فلدمن^۲، ۱۹۹۶) می‌باشد، که دارای ۹ سوال می‌باشد. همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمون آن ۰/۹۱ گزارش شده است. در این مطالعه برای استفاده از این ابزار پس از ترجمه و بازترجمه ابزار، روایی محتوایی آن مورد تایید دو نفر از استادان روانپزشکی و روانشناسی قرار گرفت. میزان پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد.

یافته‌های پژوهش

برای بررسی رابطه میان حساسیت به طرد، ارزیابی شناختی، احساس شرم و انگ دریافتی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میان انگ دریافتی با سایر متغیرها رابطه معناداری وجود دارد. به این معنی که هرچه افراد از حساسیت به طرد بالا، ارزیابی شناختی منفی و احساس شرم بیشتری برخوردار باشند، انگ را به میزان بیشتری دریافت می‌کنند. ارزیابی شناختی تنها با شرم درونی رابطه معنادار و مثبت دارد. میان حساسیت به طرد با ارزیابی شناختی و شرم درونی رابطه معناداری دیده نمی‌شود. با توجه به نتایج جدول ۲ شرم بیرونی برخلاف شرم درونی با تمام متغیرها از جمله انگ دریافتی، حساسیت به طرد و ارزیابی شناختی رابطه معناداری دارد. بررسی ضریب همبستگی میان سه مولفه دیگر احساس شرم (نگرش خانواده و جامعه به بیماری، انعکاس شرم بر خانواده و انعکاس شرم بر خویشان) به ترتیب رابطه معناداری را با انگ دریافتی، ارزیابی شناختی و حساسیت به طرد نشان دادند ($p < 0.05$).

به منظور تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده شرم درونی و بیرونی از مدل رگرسیون استفاده گردید (جدول ۳ و ۴). با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که متغیرهای

1. Berenson, Gyurak, Ayduk, Downey, Garner, Mogg, Bradley & Pine
2. Downey & Feldman

انگ دریاقتی و ارزیابی شناختی و حساسیت به طرد ۲۳٪ از کل تغییرات متغیر شرم درونی را تبیین می‌کنند.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ضریب بتا در متغیرهای انگ دریاقتی و حساسیت به طرد معنادار است. R^2 برای ایندو متغیر ۰/۲۳ بدست آمد؛ به این معنی این دو متغیر توانسته اند ۲۳ درصد از تغییرات شرم بیرونی را تبیین کنند. برخلاف شرم درونی، متغیر ارزیابی شناختی تغییرات شرم بیرونی رابطه تبیین نمی‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون برای سایر مولفه‌های احساس شرم بدین ترتیب بدست آمد؛ متغیرهای انگ دریاقتی، ارزیابی شناختی و حساسیت به طرد ۴۶ درصد از واریانس متغیر نگرش جامعه و خانواده به بیماری، ۴۲ درصد از واریانس متغیر انعکاس شرم بر خانواده و ۱۹ درصد از واریانس انعکاس شرم بر خویشان را تبیین می‌کنند ($p < 0/05$).

نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل حاکی از آن است که میان زنان خویشاوند بیمار و مردان در متغیرهای انگ دریاقتی ($t = 2/27$ و $p < 0/05$) و حساسیت به طرد ($t = -1/93$) و $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین مردان در انگ دریاقتی ۹۲/۹۲ و در حساسیت به طرد ۱۳/۳۱ می‌باشد؛ و میانگین زنان در انگ دریاقتی ۱۰۰/۲۹ و در حساسیت به طرد ۱۱/۴۹ می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که زنان نسبت به مردان بیشتر انگ را دریافت می‌کنند و مردان در مقایسه با زنان حساسیت بیشتری نسبت به طرد شدن دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مهم‌ترین مولفه پدیده انگ زنی اختلال‌های روانپزشکی پاسخ هیجانی شرم می‌باشد که هدف این پژوهش بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های مختلف احساس شرم نسبت به بیماری روانپزشکی بود. چراکه احساس شرم ملموس‌ترین واکنش هیجانی در تجربه انگ نسبت به اختلال‌های روانپزشکی می‌باشد (برن، ۲۰۰۰).

پس از بررسی عوامل مختلف مشخص شد که متغیرهای انگ دریاقتی و ارزیابی شناختی بر شرم درونی تاثیر گذار هستند و در رابطه با شرم بیرونی متغیرهای انگ دریاقتی و حساسیت به طرد موثر هستند. در رابطه با شرم بازتاب یافته هر سه متغیر حساسیت به طرد، انگ دریاقتی و ارزیابی شناختی تاثیر گذار هستند. به عبارت دیگر در شرم درونی متغیر حساسیت به طرد نقش پیش‌بینی‌کنندگی نداشته و ارزیابی شناختی در شرم بیرونی نقش پیش‌بینی‌کنندگی

را ایفا نمی‌کند. به نظر می‌رسد این یافته که شرم درونی با ارزیابی شناختی و انگ‌دریافتی تبیین می‌شود با نتایج یافته‌هایی که در آن به نقش انگ‌دریافت شده و اسنادها در خود ارزیابی‌های منفی نسبت به بیماری روانپزشکی اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد (گاملی^۱، براچلر^۲، لاتویت^۳، مک‌بث^۴ و گیلبرت، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر اگر مراقبین تصور کنند که منابعی برای رویارویی با بیماری روانپزشکی در اختیار ندارند و این بیماری زمان طولانی به درازا می‌کشد، آن‌ها استرس و افسردگی بالاتری را تجربه کرده و نیز دیدگاه منفی‌تری در خصوص مراقبت از بیمار نشان می‌دهند. علاوه بر این اگر بیمار و مراقب در خصوص ادراک بیماری با یکدیگر توافق نداشته باشند، مراقبین خلق پایین و کاهش عزت نفس را تجربه می‌کنند (کوپرژ و همکاران، ۲۰۰۷).

این درحالی است که برخی از خانواده‌ها موقعیت خود را غیرقابل کنترل ارزیابی کرده و مراقبت از بیمار را به عنوان موضوعی که به اجبار باید با آن کنار بیایند، در نظر می‌گیرند. اعضای خانواده‌هایی که پذیرش را مورد استفاده قرار می‌دهند، موقعیت خود را منفی در نظر نمی‌گیرند، بلکه آن‌را به عنوان بخشی از زندگی خود می‌پذیرند. این رویکرد منجر به کاهش پریشانی هیجانی، بهبود ارتباط میان اعضای خانواده می‌گردد و به این ترتیب پاسخ هیجانی شرم در این خانواده‌ها به میزان کمتری مشاهده می‌گردد (مک‌کوین و مک‌کوین، ۱۹۹۱). در مورد یافته دیگر پژوهش که بیانگر عدم پیش‌بینی‌کنندگی متغیر حساسیت به طرد در شرم درونی است به نظر می‌رسد در شرم درونی که بیانگر خودارزیابی منفی از موقعیت بیماری روانپزشکی است مفهوم حساسیت به طرد (به عنوان سبکی متمرکز بر تهدید که در آن دیگران را به عنوان منبع تهدید تلقی می‌شوند) جایگاه دیگران و ارتباط با آن‌ها را مطرح می‌کند که با مفهوم شرم درونی در تضاد است. به این معنی که قدرت دیگران و جایگاه اجتماعی آن‌ها به خصوص در رابطه با توان کنترل، تهدید، آسیب زدن و طرد شدن از سوی آن‌ها بیش برآورد می‌گردد. به همین دلیل در رابطه با یافته دیگر پژوهش یعنی شرم بیرونی، متغیر حساسیت به طرد نقش پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری را نشان می‌دهد (گیلبرت، مکون و

-
1. Gumley
 2. Braehler
 3. Laithwaite
 4. MacBeth

آیرنز^۱، ۲۰۰۹). به طور کلی هر چه اعضای خانواده بیمار روانپزشکی، انگ یک بیماری را استرس‌زاتر ادراک کنند، پاسخ‌های هیجانی شرم را بیشتر نشان می‌دهند. چرا که اختلال روانپزشکی را موجب بی‌آبرو شدن و حقیر شدن و از دست دادن جایگاه اجتماعی سایر اعضای خانواده در نظر می‌گیرند (شرم بازتاب یافته) و همچنین ارزیابی این افراد از خویشان متمرکز بر جنبه‌های منفی، مانند بی‌ارزش بودن و بی‌کفایتی بوده و به شکل خود انتقادی این حالت را تجربه می‌کنند (شرم درونی) و به این ترتیب بیشتر احتمال انتقاد از عضو خانواده را خواهند داشت و به خاطر او دچار مسائل هیجانی می‌گردند (وردن و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج این تحقیق همچنین حاکی از آن است که زنان انگ را بیش از مردان دریافت می‌کنند و مردان به طرد شدن حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. این یافته همسو با پژوهش گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) است که با معرفی مفهوم شرم خانوادگی یا "عزت خانوادگی" به عنوان عاملی در آسیب‌شناسی روانی و نیز عاملی برای دنبال نکردن خدمات سلامت روان بخصوص در بیماران روانپزشکی زن، به نقش جنسیت در میزان انگ دریافتی تاکید می‌کند. مسئله تفاوت‌های جنسیتی مطرح شده در یافته‌ها همسو با مطالعاتی است که نشان داده‌اند که یکی از پیامدهای انگ گزارش شده از سوی خانواده‌های بیماران بیانگر نگرانی ناشی از پایین آمدن احتمال ازدواج دختران این خانواده‌ها می‌باشد (شابر، نگاش، کولگرن، کید و آم^۲، ۲۰۰۱). از طرفی زنان در فرهنگ‌های جمع‌گرا، نگرش‌های متفاوتی به فرهنگ‌های فردگرا دارند که آن‌ها را بیشتر مستعد احساس شرم بیرونی می‌کند (چوگرهم، بشیر، چنتلر، برمن و باتسلر^۳، ۲۰۰۲). در همین راستا عده‌ای از خانواده‌ها که به پنهان کردن بیماری بخصوص برای بیماران زن اشاره داشتند معتقد بودند که این بیماری برای زنان نمود منفی‌تری دارد، بخصوص به دلیل نشانه‌های رفتاری بیماران که منجر به رفتارهای غیر متعارف آن‌ها می‌گردد. این یافته‌ها با تحقیقاتی همسو است که نشان داده‌اند زنان بیش از مردان تحت تاثیر تجربه انگ قرار می‌گیرند (آلکرنای، گراهام و کانداه^۴، ۲۰۰۰).

از طرفی به نظر می‌رسد حساسیت بالای مردان به طرد شدن به عنوان یافته دیگر پژوهش با مطالعاتی که در آن نشان داده‌اند جنسیت مرد با تجربه طرد همبستگی معناداری دارد، همسو

1. McEwan & Irons
2. Shiber, Negash, Kullgren, Kebede & Alem
3. Chew-Graham, Bashir, Chantler, Burman & Batsleer
4. Al-krenawi, Graham & Kandah

می‌باشد. به این معنی که آن‌ها تمایل بیشتری به اجتناب داشته و نیز گوش به زنگی به نشانه‌های احتمالی طرد را بیشتر گزارش می‌کنند و در موقعیت‌های مبهم و جدید طرد را به میزان بیشتری ادراک می‌کنند و انتظار می‌کشند (آلونسو، بورن، گراف و هارو^۱، ۲۰۰۹؛ وان براکر^۲، ۲۰۰۶).

بدون شک درباره عوامل پیش‌بینی‌کننده پاسخ هیجانی شرم به عنوان پیامد برجسب زنی بیماری روانپزشکی، عوامل دیگری مانند رگه‌های شخصیتی اعضای خانواده، شدت اختلال و نیز جایگاه اقتصادی-اجتماعی ممکن است نقش داشته باشند که در این پژوهش به آن‌ها پرداخته نشده است.

محدودیت در تعداد نمونه، استفاده از شیوه پرسشنامه خود گزارش‌دهی و نوع طرح پژوهش که اجازه انجام نتیجه‌گیری علت و معلولی را نمی‌دهد از محدودیت‌های این پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود محققین بر اساس یافته‌های این پژوهش برنامه‌هایی را با ملاک قرار دادن این مولفه‌ها برای کاهش انگ نسبت به اختلال‌های روانپزشکی طراحی کنند.

منابع

- اسکندری، حسین. (۱۳۹۲). کشف جهان اجتماعی بیماری روانی، بازنگری در ماهیت بیماری روانی و تاکید بر ساخت زبانی آن. *فصلنامه مطالعات بالینی*، شماره ۱۲، سال سوم. خانی پور، حمید؛ شمس، جمال؛ زارع، هادی؛ گلزاری. محمود؛ کرملو، سمیرا. (۱۳۹۲). رابطه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با هیجان ابراز شده در اعضای خانواده افراد با اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، شماره ۳۴. سبحانی، مرضیه؛ مرادی، علیرضا؛ علی بیگی، ندا؛ دولتشاهی، بهروز. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. *فصلنامه مطالعات بالینی*، شماره اول، سال اول.

Al-Krenawi, A; Graham, J. R; & Kandah, J. (2000). Gendered utilization differences of mental health services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 501° 511.

1. Alonso, Buron, Graaf & Haro
2. Van Brakel

- Alonso, J; Buron, A; Rojas-Farreras, S; Graaf, R; Haro, J. M; et al. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118: 180-186.
- Barrowclough, C; Tarrier, N; and Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22(4):691-702.
- Barton, K; Jackson, C. (2008). Reducing symptoms of trauma among carers of people with psychosis: pilot study examining the impact of writing about caregiving experiences. *Aust N Z J Psychiatry*; 42: 693° 701.
- Bebbington, P; Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia ° an aggregate analysis. *Psychol Med*, 24: 707° 18.
- Berenson, K; Gyurak, A; Ayduk, O; Downey, G; Garner, M; Mogg, K; Bradly, B; Pine, D. (2009). Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of Research in Personality*, 43: 1064-1072.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of admonishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65° 72.
- Chew-Graham, C; Bashir, C; Chantler, K; Burman, E; Batsleer, J. (2002). South Asian women psychological distress and self-harm: Lessons for primary care trusts. *Health and Social Care in the Community*, 10, 339° 347.
- Corrigan, P. W; Larson, J. E; Rush, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impacts on life goals and evidence based practices. *World Psychiatry*, 8: 75-81.
- Downey, G; & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327-1343.
- Gilbert, P; Bhundia, R.M.R; McEwan, K; Irons, C; Sanghera, J.(2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health, Religion & Culture*, 10, 127-141.
- Gilbert, P; Gilbert, J; & Sanghera, J. (2004). A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion & Culture*. Vol. 7. No. 2: 109-130.
- Gilbert, P; McEwan, K; Irons, C; Broomhead, C; Bellew, R; Mills, A; et al. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority, are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy*, 82, 123-136.
- Gumley, A; Braehler, C; Laithwaite, H; MacBeth, A; Gilbert, P. (2010). compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 186-201.
- Kuipers, E; Watson, P; Onwumere, J; Bebbington, P; Dunn, G; Weinman, J; et al. (2007). Discrepant illness perceptions, affect and expressed emotion in people with psychosis and their carers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42: 277° 83.

- Kuipers, E; Bebbington, P. (2005). Research on burden and coping strategies in families of people with mental disorders: problems and perspectives. In *Families and Mental Disorder: From Burden to Empowerment*, (eds N Sartorius, J Leff, JJ Lopez): 217° 34. Wiley.
- Lelley, H. P. (1996). *Family Caregiving in Mental Illness*, Sage, Thousand Oaks, Calif, USA.
- McKenry, P. C; and Price, S. J. (2005). *Families & Change: Coping with Stressful Events and Transitions*, Sage, Thousand Oaks, Calif, USA, 3rd edition.
- McCubbin, M. A; and McCubbin, H. I. (1991). "Family stress theory and assessment: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation", in *Family Assessment Inventories for Research and Practice*, H.I. McCubbin and A.I. Thompson, Eds., pp. 334, University of Wisconsin-Madison, Madison, Wis, USA, 2nd edition.
- Onwumere, J; Kuipers, E; Bebbington, P; Dunn, G; Freeman, D; Fowler, D; et al. (2009). Patient perceptions of caregiver criticism in psychosis links with patient and caregiver functioning. *J Nerv Ment Dis*, 197: 85° 91.
- Patterson, P; Birchwood, M; Cochrane, R. (2005). Expressed emotion as an adaptation to loss: prospective study in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*, 187 (suppl 48): s59° 64.
- Roick, C; Heider, D; Bebbington, P. E; Angermeyer, M. C; Azorin, J.M; Brugha, T. S; et al. (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry*, 190: 333° 8.
- Rüsch, N; Lieb, K; Gttler, I; Hermann, C; Schramm, E; Richter, H; Jacob, G.A; Corrigan, P. W; Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500° 508.
- Rusch, N; Corrigan, P. W; Wassel, A; Michaels, P; Olschewski, M; Wilkness, S; Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenic Research*, 110:59° 64
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review, *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 24, no. 2, pp. 175° 198.
- Schene, A. H; Wijngaarden, B. V; Koeter, W. J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4): 609-618.
- Shiber, T; Negash, A; Kullgren, G; Kebede, D; Alem, A; Fekadu, A. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorder in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and psychology epidemiologic*, 36(6): 299-303.
- Strimpfel, J. M. (2012). Rejection sensitivity in adolescents offspring of mothers with borderline personality disorders. Master of Art Thesis, Tennessee University.
- VanBrakel, W. H. (2006). Measuring health related stigma: a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (3), 307° 334.

Wearden, A. J; Ward, J; Barrowclough, C; Tarrier, N; Davies, R. (2006).
Attributions for negative events in the partners of adults with type I
diabetes: associations with partners' expressed emotion and marital
adjustment. *Br J Health Psychol*, 11: 1° 21.

