



## تأثیر کارآموزی روان بر انگ اختلالات روانپزشکی در دانشجویان پرستاری

سعید واقعی<sup>۱</sup>، مسعود کاشانی لطف آبادی<sup>۲\*</sup>، اعظم سالارحاجی<sup>۳</sup>، نسترن واقعی<sup>۴</sup>، بی بی مریم هاشمی<sup>۵</sup>

Kashanim1@mums.ac.ir

نویسنده‌ی مسوول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

چاپ: ۱۳۹۷/۰۳/۳۱

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۲۲

دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۲۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** علی‌رغم اهمیت انگ اختلالات روانپزشکی در پیگیری و درمان این اختلالات و تأثیر آن بر انتخاب اشتغال پرستاران در مراکز بهداشت روان، توجه به آن در طی دوره کارآموزی روان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. تعیین تأثیر کارآموزی روان بر انگ اختلالات روانپزشکی در دانشجویان پرستاری.

**روش بررسی:** در این مطالعه پس رویدادی با طرح یک گروهی پیش و پس آزمون، ۹۳ دانشجوی ترم ۴ پرستاری که در حال گذراندن کارآموزی بهداشت روان یک در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا در مشهد بودند به صورت خوشه‌ای تصادفی و سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه انگ فراهم‌کنندگان مراقبت بهداشتی *Kassam* بود که در سه دوره زمانی قبل از شروع کارآموزی روان، آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از نظر تغییرات نمره کل انگ بین مراحل قبل از شروع کارآموزی روان ( $5.8/0 \pm 6/5$ )، آخرین روز کارآموزی روان ( $5.5/9 \pm 5/4$ ) و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان ( $5.4/3 \pm 5/6$ ) تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ )

**نتیجه‌گیری:** کارآموزی روان بر کاهش انگ اختلالات روانپزشکی در دانشجویان پرستاری مؤثر بود.

**واژگان کلیدی:** کارآموزی بالینی، دانشجوی پرستاری، انگ، اختلالات روانپزشکی.

این مقاله بدین صورت ارجاع داده شود:

Vaghee S, Kashani Lotfabadi M, salarhaji A, Vaghei N, Hashemi B M. Effect of Psychology Internship on Stigma of Psychiatric Disorders in Nursing Students. J Med Educ Dev. 2018; 11 (29): 24-33

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

۲- مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران.

۵- گروه روانشناسی اسلامی، دانشگاه پیام نور گناباد، گناباد، ایران.

**مقدمه**

اختلالات روان‌پزشکی یکی از مسایل اصلی و مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌روند (۱). این اختلالات با بار فردی، اجتماعی و اقتصادی عظیمی همراه هستند و حوزه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲). شیوع جهانی این اختلالات، ۱۳/۴٪ (۳) و شیوع سالانه آن‌ها در ایران، ۲۳/۶٪ برآورد شده است (۴).

علی‌رغم شیوع بالا و اهمیت تشخیص و درمان به موقع این اختلالات، تنها تعداد معدودی از افراد جهت درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌نمایند (۵). در مطالعات متعدد عمده‌ترین عامل عدم پیگیری و تداوم درمان، انگ اختلالات روان‌پزشکی شناخته شده است (۶، ۷). مطابق مدل روان‌شناسی اجتماعی، انگ اختلالات روان‌پزشکی دارای سه جزء تصورات قالبی، پیش‌داوری و تبعیض است. در واقع، اعتقاد به تصورات قالبی که نشان‌دهنده توافق افراد نسبت به ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی مبنی بر خطرناک بودن و غیرقابل پیش‌بینی می‌باشد؛ موجب تحریک واکنش‌های هیجانی و رفتاری منفی به صورت پیش‌داوری و تبعیض و نهایتاً انزوای اجتماعی این بیماران و قرار گرفتن آن‌ها در یک موقعیت اجتماعی نامطلوب می‌شود (۸، ۹). به طوری‌که، طبق نظریه برجسب زنی تعدیل شده (Modified theory labeling) کلیه افراد با یا بدون ابتلا به اختلال روان‌پزشکی به یک اندازه از تصورات قالبی منفی مربوط به اختلالات روان‌پزشکی در جامعه آگاه هستند و به دنبال تشخیص اختلالات روان‌پزشکی، انتظار رفتارهای تبعیض آمیز و از دست دادن موقعیت اجتماعی را دارند (۱۰).

دانشجویان پرستاری نیز که ارایه دهندگان اصلی مراقبت‌های بهداشت روان در بیمارستان‌ها هستند، با همین نگرش‌های منفی وارد محیط آموزشی دانشگاه‌ها که مکان مناسبی برای شکل‌گیری و تغییر نگرش‌ها هستند؛ می‌شوند (۱۱، ۱۲). از

این رو، دانشگاه‌ها در برنامه‌ی آموزش پرستاری در مقطع کارشناسی از طریق طراحی آموزش نظری و بالینی پرستاری بهداشت روان فرصتی را برای ارتقاء نگرش‌های دانشجویان پرستاری نسبت به افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی فراهم نموده‌اند (۱۳، ۱۴).؛ زیرا تداوم انگ اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان به شدت، انتخاب پرستاران را برای کار در مراکز خدمات بهداشت روان که ابزاری مهم برای مقابله با انگ در مراقبت‌های بهداشت عمومی است؛ تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵) و مانع ادامه تحصیل دانشجویان پرستاری فارغ‌التحصیل در رشته روان‌پرستاری می‌شود (۱۶). لذا، از آنجایی که یکی از استراتژی‌های غلبه بر استیگما، آموزش است (۱۷)؛ به نظر می‌رسد که آموزش نظری در زمینه‌ی ماهیت زیستی اختلالات روان‌پزشکی و شکل‌گیری آن به عنوان بیماری مغزی عصب شناختی ممکن است موجب تداوم انگ اختلالات روان‌پزشکی؛ مبنی بر اختصاص داشتن این اختلالات به بخشی از جامعه و عدم امکان بهبودی از آن، شود (۱۸-۲۰). در حالی‌که، آموزش بالینی از طریق فراهم کردن شرایطی جهت آشنایی و تماس مستقیم دانشجویان با اختلالات روان‌پزشکی قبل از فارغ‌التحصیل شدن و ورود به محل‌های کاری می‌تواند اقدامی ضروری در درک اختلالات روان‌پزشکی از طریق رفع تصورات قالبی غلط مبنی بر تهدید آمیز بودن آن‌ها برای جامعه و لزوم تبعیض در مقابل آن‌ها، باشد (۲۱). در واقع، مواجهه بالینی دانشجویان با بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در طول کارآموزی روان، آن‌ها را در معرض تقاضاها و موقعیت‌های مراقبتی پیچیده این بیماران قرار می‌دهد و موجب مواجهه آن‌ها با هیجانات خود و به کارگیری مهارت‌های سازگارانه مناسب جهت مقابله با این هیجانات شده و بدین ترتیب پیش‌داوری‌های اولیه دانشجویان و انگ اختلالات روان‌پزشکی و روان‌پرستاری را در پایان کارآموزی روان به تدریج تغییر خواهند داد (۲۲). در همین خصوص،

مستقل" از طریق محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل استیگما قبل از شروع کارآموزی روان ( $58/0 \pm 6/5$ ) و میانگین یک ماه پس از پایان کارآموزی روان ( $55/5$ )، ۸۶ نفر برآورد شد که با احتساب ۱۵٪ ریزش حجم نمونه، ۹۹ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری به روش خوشه‌ای تصادفی و سهمیه‌ای (براساس جنس)، انجام شد. بدین صورت که از بین ۱۲ دانشکده‌ی پرستاری که در تابستان ۹۵، کارآموزی روان در مشهد داشتند، ۶ دانشکده به طور تصادفی انتخاب و از هر دانشکده به طور تصادفی یک گروه خانم و یک گروه آقا انتخاب شدند. در پایان مطالعه دو نفر از آقایان و چهار نفر از خانم‌ها از شرکت در پس آزمون یک ماه بعد از پایان کارآموزی امتناع کردند و به این ترتیب حجم نهایی نمونه پس از ریزش ۹۳ نفر شد.

معیارهای ورود دانشجویان به مطالعه عبارت بودند از: گذراندن واحد نظری بهداشت روان، عدم سابقه اشتغال در بخش‌های روان‌پزشکی، عدم وجود فرد مبتلا به اختلال روان-پزشکی در بستگان درجه یک و دو بود و معیارهای خروج آن‌ها شامل عدم شرکت در پس آزمون و غیبت بیش از یک روز در کارآموزی روان بود. معیارهای ورود اساتید به مطالعه شامل کارشناسی ارشد روان‌پرستاری یا دکترای پرستاری، سابقه‌ی کار ۵ سال به بالا و عضو هیات علمی دانشگاه بود. ابزار مطالعه، پرسشنامه استیگمای فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی (The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC) که توسط Kassam طراحی شده است (۲۷)، می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۲۰ آیتم بوده که با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵) اندازه‌گیری می‌شود. رنج نمرات از ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد و نمره‌ی کمتر نشان دهنده استیگمای کمتر است. این پرسشنامه شامل ۵ بعد: فاصله اجتماعی (آیتم‌های ۱، ۳، ۱۶، ۱۷ و ۱۹)، سایر مفاهیم (تحت الشعاع قرار دادن تشخیص و خطرناک) (آیتم‌های ۲، ۱۵)، آشکارسازی

نتایج مطالعه Lyons و همکاران در استرالیا نشان داد که کارآموزی روان‌پزشکی بر کاهش انگ اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان پزشکی مؤثر بود (۲۳). اما، کردلو و همکاران در ایران نتایج متناقضی را گزارش کردند (۲۴).

از طرفی دیگر، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی ارتباط بارزی با مسائل مرتبط با اختلالات روان‌پزشکی و انگ همراه آن دارند. چرا که نرم‌ها و ارزش‌های فرهنگی در جوامع مختلف، متفاوت هستند. به طوری که، مصادیق انگ می‌تواند از کشوری به کشور دیگر حتی از شهری به شهری دیگر متفاوت باشد (۲۵). لذا، با توجه اهمیت انگ اختلالات روان‌پزشکی بر پیگیری و تداوم درمان این اختلالات، تأثیر آن بر انتخاب اشتغال پرستاران در مراکز بهداشت روان، وجود نتایج متناقض مطالعات در این زمینه و تأثیر بارز فرهنگ و اجتماع بر انگ طبق جستجوهای انجام شده در منابع الکترونیکی در ایران کمتر به موضوع انگ اختلالات روان‌پزشکی پرداخته شده است. از سویی دیگر، طبق طبقه بندی بنجامین بلوم یکی از اهداف اصلی آموزش پرستاری تقویت حوزه‌ی نگرشی دانشجویان است که در بهداشت روان به دلیل انگ اختلالات روان‌پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد (۲۶). از این رو، مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر کارآموزی روان بر انگ اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان پرستاری انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه پس رویدادی با طرح یک گروه پیش-پس آزمون پس از تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره‌ی مجوز IR.MUMS.REC.1395.318، در تابستان ۱۳۹۵ بر روی دانشجویان ترم ۴ پرستاری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا در مشهد (محل برگزاری کارآموزی بهداشت روان یک کلیه‌ی دانشکده‌های واقع در استان خراسان رضوی)؛ انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول "مقایسه میانگین

جلسات کاردرمانی و گزارش موردی، ECT، کارگاه‌های آموزشی، پخش فیلم‌های آموزشی و مستند در زمینه اختلالات روان‌پزشکی و درمان‌های مربوطه.

جمع آوری داده‌ها در سه مرحله‌ی قبل از شروع کارآموزی روان، آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان صورت گرفت. آنالیز داده‌ها توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹.۵ انجام شد. جهت مقایسه‌ی تغییرات متغیر استیگما در طول مراحل آزمون، از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. در آزمون‌های آماری، سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و میزان  $P < ۰/۰۵$  مدنظر قرار گرفت.

#### یافته‌ها

اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه مؤنث (۴۹ نفر) با ۵۲/۷٪، متأهل (۶۲ نفر) با ۶۶/۷٪، ساکن منطقه شهری (۸۳ نفر) با ۸۹/۲٪، دانشکده محل تحصیل گناباد (۱۸ نفر) با ۱۹/۴٪ و سن  $۱/۶ \pm ۲۲/۵$  سال بود (جدول یک).

(آیتم‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰)، بهبودی (آیتم‌های ۸، ۹، ۱۴)، مسوولیت‌پذیری اجتماعی (آیتم‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۸، ۲۰) می‌باشد. این پرسشنامه توسط پژوهش‌گران به فارسی ترجمه شده و سپس به رویت دو نفر دکترای زبان انگلیسی و دکترای روان‌شناسی بالینی مسلط به زبان انگلیسی رسانده شد. روایی آن توسط ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ( $CVR = 81\%$ ,  $CVI = 91\%$ ) و پایایی آن از طریق همسانی درونی ( $\alpha = 87\%$ ) تأیید شد.

قبل از شروع کارآموزی‌های بهداشت روان یک در مشهد، برنامه‌ی زمانبندی شده کارآموزی‌ها و لیست اساتید مربوطه، از آموزش دانشگاه علوم پزشکی مشهد دریافت و سپس با هماهنگی اساتید در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، اهداف آموزشی قبل از شروع کارآموزی‌ها یکسان سازی شد. کارآموزی بهداشت روان یک در طی دو هفته و به مدت ۵۱ ساعت طبق گروه‌بندی‌های قبلی کارآموزی‌ها (در گروه‌های ۵ تا ۸ نفره) اجرا شد. فعالیت‌های انجام شده در طی کارآموزی عبارت بودند از مصاحبه با بیماران بستری، شرکت در

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک دانشجویان پرستاری شرکت کننده در مطالعه

ویژگی‌ها	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۴۴ (۴۷/۳)
	زن ۴۹ (۵۲/۷)
وضعیت تاهل	متاهل ۶۲ (۶۶/۷)
	مجرد ۳۱ (۳۳/۳)
محل سکونت	شهری ۸۳ (۸۹/۲)
	روستایی ۱۰ (۱۰/۸)
دانشکده‌ی محل تحصیل	نیشابور ۱۵ (۱۶/۱)
	گناباد ۱۸ (۱۹/۴)
	اسفراین ۱۵ (۱۶/۱)
	سبزوار ۱۴ (۱۵/۱)
	قوچان ۱۳ (۱۴/۰)
	تربت حیدریه ۱۸ (۱۹/۴)
سن	میانگین $\pm$ انحراف معیار
	$۱/۶ \pm ۲۲/۵$

کارآموزی ( $p < ۰/۰۰۱$ )، بین آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و قبل از شروع کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان از نظر کاهش میانگین نمره‌ی فاصله اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

طبق جدول ۲، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که از نظر تغییرات میانگین نمره فاصله اجتماعی بین مراحل مختلف آزمون تفاوت آماری معناداری وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۵$ ). در همین خصوص نتایج مقایسه دو به دو مراحل آزمون با استفاده از تصحیح بونفرونی نشان داد که بین مراحل قبل از شروع کارآموزی روان و آخرین روز

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار انگ و زیرمقیاس‌های آن در طول مراحل قبل از شروع کارآموزی روان، آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه بعد

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر	آزمون			خرده مقیاس‌ها و نمره کلی
	یک ماه پس از پایان کارآموزی	آخرین روز کارآموزی	قبل از شروع کارآموزی	
	(تعداد= ۹۳)	(تعداد= ۹۳)	(تعداد= ۹۳)	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
$f(۲,۱۶۰) = ۸۴/۸$ $p < ۰/۰۰۵$ Partial Eta = ۰/۵۱	۱۴/۳ $\pm$ ۲/۳	۱۴/۹ $\pm$ ۲/۴	۱۵/۹ $\pm$ ۲/۶	فاصله اجتماعی
$f(۲,۱۶۰) = ۳۸/۷$ $p < ۰/۰۰۱$ Partial Eta = ۰/۳۳	۵/۲ $\pm$ ۱/۲	۵/۳ $\pm$ ۱/۲	۵/۸ $\pm$ ۱/۴	سایر مفاهیم
$f(۲,۱۶۰) = ۲/۴$ $p = ۰/۱۰$ Partial Eta = ۰/۰۳	۱۳/۱ $\pm$ ۲/۸	۱۳/۳ $\pm$ ۲/۷	۱۳/۴ $\pm$ ۳/۱	خودفاش سازی
$f(۲,۱۶۰) = ۳/۰$ $p = ۰/۰۶$ Partial Eta = ۰/۰۴	۹/۳ $\pm$ ۱/۶	۹/۵ $\pm$ ۱/۷	۹/۷ $\pm$ ۱/۹	بهبودی
$f(۲,۱۶۰) = ۴۵/۶$ $p < ۰/۰۰۱$ Partial Eta = ۰/۳۶	۱۲/۴ $\pm$ ۱/۹	۱۲/۹ $\pm$ ۱/۸	۱۳/۴ $\pm$ ۲/۱	مسئولیت پذیری اجتماعی
$f(۲,۱۶۰) = ۷۷/۹$ $p < ۰/۰۰۱$ Partial Eta = ۰/۴۹	۵۴/۳ $\pm$ ۵/۶	۵۵/۹ $\pm$ ۵/۴	۵۸/۰ $\pm$ ۶/۵	کل انگ

در همین خصوص نتایج مقایسه دو به دو مراحل آزمون با استفاده از تصحیح بونفرونی نشان داد که بین

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه دوره‌ی زمانی برای خرده مقیاس سایر مفاهیم معنادار شد

### بحث

طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره‌ی کل انگ و زیرمقیاس‌های فاصله اجتماعی، سایر مفاهیم و مسوولیت پذیری اجتماعی در طول مراحل مختلف آزمون، به طور معناداری کاهش یافت. از طرفی، بین مراحل آزمون نیز، از نظر تغییرات میانگین نمره انگ و زیرمقیاس‌های ذکر شده تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی دیگر، کارآموزی روان می‌تواند موجب کاهش انگ اختلالات روان‌پزشکی و فاصله اجتماعی از آن‌ها شده و به تغییر سایر مفاهیم نسبت به این اختلالات و تقویت باور مسوولیت پذیری اجتماعی این بیماران کمک کند.

در همین خصوص، نتایج مطالعه Lyons و همکاران (۲۳) و shen و همکاران مبنی بر تأثیر کارآموزی روان‌پزشکی بر کاهش انگ و تبعیض نسبت به اختلالات روان‌پزشکی (۲۸)، نتایج مطالعات Sajid و همکاران مبنی بر تأثیر کارآموزی روان بر ایجاد نگرش مثبت نسبت به اختلالات روان‌پزشکی (۲۹)، نتایج مطالعه‌ی امینی و همکاران مبنی بر تأثیر طول مدت مواجهه بالینی با اختلالات روان‌پزشکی در کارآموزی بر نگرش مثبت نسبت به مسوولیت پذیری اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و تغییر تصورات قالبی در زمینه‌ی سبب شناسی این اختلالات در دانشجویان پزشکی (۳۰) و نتایج مطالعه Ashe و همکاران مبنی بر تأثیر تماس و تعامل بین افراد شاغل مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی مزمن با دانشجویان پرستاری بر ایجاد نگرش مثبت نسبت به این اختلالات (۳۱) با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو بود.

از دیدگاه روان‌شناسان اجتماعی اعتراض، آموزش و تماس سه استراتژی کاهش انگ اختلالات روان‌پزشکی است که طبق مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد تماس امیدوارکننده‌ترین استراتژی جهت کاهش انگ می‌باشد (۳۲). در واقع، تماس ترکیبی بالقوه از ارائه اطلاعات (آموزش) و فرصتی برای

مراحل قبل از شروع کارآموزی روان و آخرین روز کارآموزی ( $p < 0/001$ )، بین آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان ( $p = 0/004$ ) و قبل از شروع کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان از نظر کاهش میانگین نمره سایر مفاهیم تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه دوره زمانی برای خرده‌مقیاس آشکارسازی معنادار نشد ( $0/10 = P$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه دوره زمانی برای خرده‌مقیاس بهبودی نیز، معنادار نشده است ( $P = 0/06$ ).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه دوره زمانی برای خرده‌مقیاس مسوولیت‌پذیری اجتماعی معنادار شده است ( $P < 0/001$ ). در همین خصوص نتایج مقایسه دو به دو مراحل آزمون با استفاده از تصحیح بونفرونی نشان داد که بین مراحل قبل از شروع کارآموزی روان و آخرین روز کارآموزی ( $p < 0/001$ )، بین آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان ( $p < 0/001$ ) و قبل از شروع کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان از نظر کاهش میانگین نمره مسوولیت‌پذیری اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه دوره زمانی برای مقیاس استیگمای کل در سه دوره زمانی معنادار شد ( $P < 0/001$ ). در همین خصوص نتایج مقایسه دو به دو مراحل آزمون با استفاده از تصحیح بونفرونی نشان داد که بین مراحل قبل از شروع کارآموزی روان و آخرین روز کارآموزی ( $p < 0/001$ )، بین آخرین روز کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان ( $p = 0/004$ ) و قبل از شروع کارآموزی روان و یک ماه پس از پایان کارآموزی روان از نظر کاهش میانگین نمره کل استیگما تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

ممکن است درجات متفاوتی از نگرشهای انگ زنی نسبت به اختلالات روان‌پزشکی وجود داشته باشد (۳۶).

از طرفی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تغییرات میانگین نمره زیرمقیاس بهبودی و خودفاش سازی در طول مراحل مختلف آزمون، معنادار نبود. به عبارتی دیگر، کارآموزی روان بر امکان بهبودی از بیماری و خودفاش سازی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان پرستاری موثر نبود. نتایج مطالعه آمینی و همکاران مبنی بر عدم تأثیر طول مدت مواجهه بالینی با اختلالات روان‌پزشکی بر درمان اختلالات روان‌پزشکی و تمایل به خودفاش سازی در دانشجویان پزشکی در ایران (۲۹) با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو بود.

مطابق فرضیه تماس آپورت تماس ساده بین دانشجویان و افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی جهت کاهش پیشداوری نسبت به آن‌ها کفایت نمی‌کند؛ بلکه این تماس و تعامل بین فردی خوشایند و نزدیک با افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی تحت شرایط مناسب است که می‌تواند موجب کاهش پیشداوری نسبت به آن‌ها شود (۳۶، ۳۸). لذا، از آنجایی که اغلب، دانشجویان پرستاری با افرادی که در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به دلیل شرایط حاد بیماری بستری هستند؛ در تعامل و ارتباطند، این مساله می‌تواند موجب تفکر بیشتر جدایی "ما" از "آن‌ها" در دانشجویان شده و به شکل‌گیری استیگما و تفکر عدم بهبودی اختلالات روان‌پزشکی در آن‌ها کمک نماید (۱۸).

از طرفی دیگر، از آنجایی که زمینه‌ی فرهنگی، دارای نقش بارزی در شکل‌گیری نگرش‌های استیگمایی می‌باشد؛ تطابق با ارزش‌ها به ویژه در جوامع جمع‌گرا از قبیل ایران بسیار ارزشمند بوده و علائم بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی به راحتی به عنوان خارج از نرم و بی ارزش محسوب شده و از سوی جوامع طرد می‌شود (۳۹). لذا، این طبیعی است که دانشجویان پرستاری به عنوان شهروند ساکن در این جوامع؛ به شدت تحت تأثیر این فرهنگ قرار گرفته و آشنایی و تماس

تعامل مستقیم با بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی است (۳۳) که دانشکده‌های پرستاری شرایط آن را از طریق ارایه‌ی کارآموزی روان در برنامه پرستاری فراهم می‌نمایند (۲۱). بدین صورت که، آشنایی و ارتقاء تماس دانشجویان پرستاری در کارآموزی روان با اشخاصی که اختلالات روان‌پزشکی را تجربه کرده‌اند؛ موجب رفع تصورات قالبی منفی (سازه اولیه انگ) شده و از طریق ترکیب اطلاعات جدید با عقاید منفی چالش برانگیز می‌تواند انگ را کاهش دهد. لذا، دانشجویانی که در معرض این نوع آشنایی قرار می‌گیرند ممکن است از افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی کمتر فاصله بگیرند (۳۱)، و آن‌ها را کمتر به عنوان خطرناک و غیرقابل پیش بینی تصور کنند که این مساله می‌تواند موجب تقویت باور صلاحیت و مسوولیت‌پذیری اجتماعی این بیماران در دانشجویان شود (۳۵).

نتایج مطالعه کردلو و همکاران مبنی بر عدم تأثیر دروس آموزشی بهداشت روان رشته پرستاری بر انگ اختلالات روان‌پزشکی (۲۴) با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو نمی‌باشد. از جمله دلایل عدم این همسویی می‌تواند دانشجویان پرستاری در ترم‌های مختلف و گذراندن واحدهای درسی متفاوت آموزش بهداشت روان باشد. نتایج مطالعه آمینی و همکاران در ایران نیز مبنی بر عدم تأثیر طول مدت مواجهه بالینی با بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بر تمایل دانشجویان پزشکی در خصوص ارتباط اجتماعی با افراد مبتلا به این اختلالات (۲۹) و نتایج مطالعه واقعی و همکاران مبنی بر عدم تأثیر آموزش روانی بر کنارگیری از اجتماع و تجربه تبعیض خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرن (۳۶) با نتایج مطالعه حاضر در زمینه‌ی کاهش فاصله اجتماعی از این افراد همسو نبود. از جمله دلایل این عدم همسویی می‌تواند متفاوت بودن جامعه پژوهش از نظر فرهنگی و اجتماعی و ارتباط با بیمار باشد. زیرا، نرم‌ها و ارزش‌های فرهنگی در افراد و جوامع مختلف متفاوت است. به طوری که، در یک جامعه یکسان

مقیاس‌های فاصله اجتماعی، سایر مفاهیم و مسوولیت پذیری اجتماعی در دانشجویان پرستاری شود در حالی که بر خرده مقیاس بهبودی از اختلالات روان‌پزشکی و خودفاش سازی مبتلا به این اختلالات تأثیری نداشت. لذا، با توجه به تأثیر فرهنگ و اجتماع بر انگ اختلالات روان‌پزشکی، نیاز به ارتقاء روش‌های آموزش بالینی روان‌پرستاری و مطالعات بیشتر جهت تأیید نتایج مطالعه حاضر است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، مطالعه حاضر با حجم نمونه بیشتر و در دوره‌ی تحصیلی طولانی تری انجام گیرد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله از طرح مصوب با کد 941540/979 در تاریخ ۱۳۹۵/۵/۲۷ در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد استخراج شده است. به این وسیله، از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق و مربیان و دانشجویان شرکت کننده در مطالعه به خاطر همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

### References

- 1- The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581-90.
- 2- Furber G, Segal L, Leach M, Turnbull C, Procter N, Diamond M, et al. Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(283):2-14.
- 3- Bagalman, Erin, and Angela Napili. "Prevalence of mental illness in the United States: data sources and estimates: Congressional Research Service. (2014).
- 4- Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian

با بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی تأثیر چندانی بر خودفاش سازی مبتلا به این اختلالات در آن‌ها نداشته باشد. نتایج مطالعه واقعی و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش روانی بر بعد تنهایی و حس حقارت استیگما (۳۶) با نتایج مطالعه‌ی حاضر در زمینه خودفاش سازی همسو نبود که از جمله دلایل این عدم همسویی می‌تواند متفاوت بودن شرکت کنندگان در این مطالعه باشد. به طوری که آموزش در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرن موجب پذیرش بیشتر این اختلالات که در تماس نزدیکی با آن‌ها هستند؛ شده است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر تأثیر ویژگی‌های شخصیتی و نگرش آموزش دهنده‌های متعدد در خصوص بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بود که تا حدی می‌توانست نتایج مطالعه حاضر را تحت تأثیر قرار دهد.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کارآموزی روان می‌تواند موجب کاهش انگ اختلالات روان‌پزشکی در خرده

- A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in iran: the iranian mental health survey, 2011. *Arch Iran Med*. 2015;18(2):76-84.
- 5- Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):63-7.
- 6- Beldie A, Boer JAd, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipic I, et al. Fighting stigma of mental illness in midsize european countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(1):1-38.
- 7- Corrigan P, Druss BG, Perlick D. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014;15(2):37-70.



- 8- Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol* 2005;11(3):11179-90.
- 9- Crespo M, Perez-Santos E, Munoz M, Guillen AI. Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Ment Health J*. 2008;44(4):393-403.
- 10- Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54(3):400-23.
- 11- Sharrock J, Happell B. The consultation-liaison nurse: thriving in a general hospital setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11(1):24-33.
- 12- Norfolk T, Walsh DBK. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: A New Model. *Med Educ*. 2007;41(6):690-7.
- 13- Hung B, Huang X, Lin M. The first experiences of clinical practice of psychiatric nursing students in Taiwan: a phenomenological study. *J Clin Nurs*. 2009;18(22):3126-35.
- 14- Penn TD. Enhancing student comfort in psychiatric clinical settings. *Teach Learn Nurs*. 2008; 3(2):53-5.
- 15- Sercu C, Ayala RA, Bracke P. How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian psychiatric hospitals. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):307-16.
- 16- Happell B, Robins A, Gough K. Developing more positive attitudes toward mental health nursing in undergraduate students: part 1d-does more theory help? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(6):439-46.
- 17- Couture S, Penn D. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *J Ment Health*. 2003;12(3):291-305.
- 18- Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, Baici W, Dabby L, Gautam M, Paré M. Stigma and discrimination. *Can J Psychiatry*. 2011, 56(10):1-9.
- 19- Schnittker J. An uncertain revolution: why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance. *Soc Sci Med*. 2008, 67(9):1370-1381.
- 20- Pescosolido B, Martin J, Long JS, Medina T, Phelan J, Link B: "A disease like any other?" a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010, 167:1321-1330.
- 21- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental health related stigma and discrimination. *Lancet*. 2015;387(10023):1123-32.
- 22- Koskinen L, Mikkonen I, Jokinen P. Learning from The World of Mental Health care: nursing students' narratives. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(7):622-8.
- 23- Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ*. 2015;15:1-10.
- 24- Kordloo F, Kabir K, Bahador H, Dehghan-Naieri T. Is mental health training courses in the field of nursing students' attitudes towards stigmatized disorders mental change?. *Journal of Alborz University of Medical Sciences*. 1394;4(4):248-54.
- 25- Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: an integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):934-48.
- 26- Ilic M, Reinecke J, Bohner G, Röttgers H-O, Beblo T, Driessen M, et al. Belittled, avoided, ignored, denied: assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic Appl Soc Psych*. 2013;35(1):31-40.
- 27- Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The

- development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the opening minds scale for health care providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. 2012;12(5):2-12.
- 28- Shen Y, Dong H, Fan X, Zhang Z, Li L, Lv H, et al. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? effect of clerkship training on chinese students' attitudes. *Int J Psychiatry Med*. 2014;47(3):241-54.
- 29- Sajid A, Khan MM, Shakir M, Moazam-Zaman R, Ali A. The effect of clinical clerkship on students' attitudes toward psychiatry in Karachi, Pakistan. *Acad Psychiatry*. 2009;33(3):212-4.
- 30- Amini H, Shoar S, Tabatabaee M, Arabzadeh S. The effect of clinical exposure to patients on medical students' attitude towards mental illness. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016;10(3):1-7.
- 31- Ashe J. The effects of personal contact on attitudes toward mental illness in baccalaureate nursing students. Ohio: University of Akron. 2015.
- 32- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765-76.
- 33- Allport GW. The nature of prejudice. USA: Addison-Wesley. 1954.
- 34- Byrne L, Happell B, Welch T, Moxham L. Things you can't learn from books: teaching recovery from a lived experience perspective. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(3):195-204.
- 35- Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*. 2004;69(2):175-82.
- 36- Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: a clinical trial. *Evid Based Care J*. 2015;5(16):63-76.
- 37- RezaeeDehnavi S, Nori A, Jafari M, Faramarzi S. investigating stigma phenomenon among mothers with down syndrome children in isfahan: a psycho-social approach. *Family Res*. 2008;5(3):401-16. [persian]
- 38- Trute B, Teff B, Segall A. Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1989;24(2):69-76.
- 39- Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol*. 2008;38(6):922-34.