

## Correlation of Stigma with Self-compassion in Patients with Bipolar Disorder

Maliheh Ranjbar<sup>1</sup>, Naimeh Seyed Fatemi<sup>2</sup>, Marjan Mardani Hamooleh<sup>3</sup>, Nazanin Esmaeeli<sup>4</sup>, Shima Haghani<sup>5</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** The bipolar disorder is important mental disorder, which is characterized by recurrent episodes of mania and depression. This chronic and complex disease affects the mood of the patient, causing continuous and abnormal mood changes from extremely good to extremely poor and depressed. These fluctuations often last for weeks or months. Frequent episodes of depression and mania affect the functioning of the individual in personal, professional, family, social, and cultural domains. Patients with the bipolar disorder experience a phenomenon known as stigma. Stigma is defined as a set of cognitions and behaviors that are activated by labeling, leading to social exclusion and isolation. The stigma of mental illness distinguishes the patients from other populations. The stigma of mental illness renders the patients incapacitated and socially isolated. In addition, the experience of stigma decreases the quality of life and health-seeking behaviors of the patients, threatening their socio-economic health. Subsequently, the social participation of patients with mental illness is disrupted, and they refrain from seeking social assistance. In fact, stigma leads to the rejection of patients with mental illness by the society, disrupting their emotional regulation and making them unable to have proper emotional regulation strategies. Furthermore, the stigma of mental illness causes the patients not to have appropriate coping strategies for the disease, hide their medical history from the medical staff, and avoid communicating with their friends after discharge from the hospital. Given the importance of the concept of stigma, identifying the positively correlated behaviors seems essential. Self-compassion is a positive behavior that may be associated with stigma. Individuals with high self-compassion are more likely to accept negative life events and have more accurate self-assessments and better mental health. Self-compassion is an important factor in the adaptive responses to the mood problems in patients with a history of recurrent depression. High self-compassion reduces the mental vulnerability of patients with mental illness to problems, their depression and social anxiety, shame caused by the illness, and self-criticism. In contrast, the lack of self-compassion leads to self-judgment, a sense of further isolation, and a rush of negative emotions about oneself, which ultimately lead to the loss of intimacy in the relationships with others. Low self-compassion is present in a wide range of individuals with mental disorders and causes emotional distress, so that individuals with mental illness and low self-compassion are more likely to have suicidal thoughts. The present study aimed to assess the correlation between stigma and self-compassion in patients with the bipolar disorder.

**Materials & Methods:** This cross-sectional, descriptive-analytical study was conducted on 200 patients with the bipolar disorder admitted to Iran Psychiatric Center in Tehran, Iran, who were selected via continuous sampling. Data were collected using a demographic data form and stigma and self-compassion tools. The demographic data form included data on age, gender, marital status, number of children, education level, occupation status, family history of mental disorders, number of family members, and number of admissions. The researcher evaluated the validity and reliability of the instruments. To determine validity, the instruments were provided to seven professors of the department of psychiatric nursing at Iran and Tehran universities of medical sciences, and the

---

<sup>1</sup>. MS in Psychiatric Nursing, Iran Psychiatric Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. Professor, Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>. Associate Professor, Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 09132864077 Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

<sup>4</sup>. MS in General Psychology, Iran Psychiatric Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup>. MS in Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

content validity was confirmed. In addition, the retest method was used to determine the reliability of the tools. For this purpose, the tools were completed by 15 individuals with the same characteristics as the research community, who were not among the research samples, and re-completed by the same individuals two weeks later. Afterwards, Pearson's correlation-coefficient was calculated for two tests. In terms of ethical considerations, the required permit was obtained from the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences, and after receiving the letter of introduction from the university, the necessary coordination was made with the management of Iran Psychiatric Center. The research process was explained to the participants, and they were ethically informed that participation in the research was voluntary. Furthermore, the patients were reassured of the confidentiality of their personal information. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics. Pearson's correlation-coefficient was applied to determine the correlation between the two main variables, independent t-test was used to compare the mean scores of the two groups, and the analysis of variance (ANOVA) was employed to compare the mean scores of more than two groups. In all the statistical analyses, the P-value of less than 0.05 was considered significant.

**Results:** The mean scores of stigma and self-compassion were  $77.03 \pm 7.06$  and  $77.57 \pm 4.47$ , respectively. Pearson's correlation-coefficient showed no significant correlation between stigma and self-compassion in the patients ( $P=0.301$ ;  $r=-0.073$ ). On the other hand, significant correlations were observed between the subscales of discrimination ( $P=0.030$ ;  $r=-0.153$ ), disclosure ( $P=0.045$ ;  $r=-0.142$ ), and positive aspects of stigma with the isolation dimension of self-compassion ( $P=0.034$ ;  $r=-0.150$ ), which were inverse, weak correlations as reduced isolation was associated with increased stigma in these subscales. Among the demographic variables, significant correlations were denoted between the number of family members, age, and family history of mental disorders with stigma ( $P<0.05$ ). However, no significant associations were observed between the demographic characteristics and self-compassion.

**Conclusion:** The results indicated no significant correlation between stigma and self-compassion. However, significant associations were observed between the subscales of stigma with the isolation dimension of self-compassion, which were inversely and significantly correlated. Therefore, it could be concluded that as the patients further perceived the dimensions of discrimination, disclosure, and positive aspects of stigma, they were less inclined toward isolation. Stigma is an inherent cultural element rooted in the community, which is so strong and complex that even high self-compassion could not diminish its effects.

**Keywords:** Stigma, Self-compassion, Bipolar Disorder

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Ranjbar M, Seyed Fatemi N, Mardani Hamooleh M, Esmaeeli N, Haghani SH. Correlation of Stigma with Self-compassion in Patients with Bipolar Disorder. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 32(122):1-13.

Received: 2 Nov 2019

Accepted: 1 Feb 2020

## ارتباط انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی

ملیحه رنجبر<sup>۱</sup>، نعیمه سیدفاطمی<sup>۲</sup>، مرجان مردانی‌حموله<sup>۳</sup>، نازنین اسماعیلی<sup>۴</sup>، شیمیا حقانی<sup>۵</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: مبتلایان به اختلال دوقطبی با پدیده انگ مواجه هستند. از طرفی، خود- دلسوزی، یک نقش کلیدی در بهبود سلامت روانی آنان ایفا می‌نماید. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی، شرکت کنندگان ۲۰۰ نفر از مبتلایان به اختلال دوقطبی بستری در مرکز روانپزشکی ایران بودند که به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. داده‌ها با کمک فرم مشخصات فردی و ابزارهای روا و پایا شده انگ و خود- دلسوزی گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس) تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات انگ  $7/06 \pm 77/03$  و خود- دلسوزی  $4/47 \pm 77/57$  به دست آمد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که متغیرهای انگ و خود- دلسوزی، همبستگی معنی‌دار آماری نداشتند ( $P=0/301$  و  $r=-0/073$ ). به علاوه، خرده مقیاس انزوا از خود- دلسوزی با خرده مقیاس های تبعیض ( $P=0/030$  و  $r=-0/153$ )، آشکار سازی ( $P=0/045$  و  $r=-0/142$ ) و جنبه‌های مثبت ( $P=0/034$  و  $r=-0/150$ ) از انگ همبستگی معنی‌دار آماری داشت که این همبستگی به صورت معکوس و ضعیف بود یعنی با کاهش انزوا، انگ در این ابعاد افزایش می‌یافت. در میان مشخصات فردی، بین انگ با تعداد افراد خانواده، سن و سابقه اختلال روانی در خانواده ارتباط معنی‌دار وجود داشت ( $P<0/05$ ). بین خود- دلسوزی با هیچ یک از مشخصات فردی ارتباط معنی‌دار دیده نشد.

نتیجه‌گیری کلی: در پژوهش حاضر، بین دو متغیر انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت اما بین خرده مقیاس‌های مختلف انگ، با خرده مقیاس انزوا از خود- دلسوزی، ارتباط معنی‌دار در جهت معکوس، وجود داشت یعنی هرچه مبتلایان، ابعاد تبعیض، آشکارسازی و جنبه‌های مثبت از انگ را پررنگ‌تر دیده‌اند، کمتر به سوی انزوا رفته‌اند. انگ به عنوان یک متغیر اجتماعی که ریشه در فرهنگ جوامع دارد، به گونه‌ای در بطن جامعه ریشه دوانده که حتی برخورداری از خود- دلسوزی، نمی‌تواند از بار منفی آن بکاهد.

### کلید واژه‌ها: انگ، خود- دلسوزی، اختلال دوقطبی

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۲

۱. کارشناس ارشد روانپرستاری، مرکز روانپزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷ Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مرکز روانپزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. کارشناسی ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی، اختلال دوقطبی است که با عود مکرر دوره‌های شیدایی و افسردگی شناخته می‌شود. فراوانی این اختلال در جمعیت ایرانی، ۷/۹ درصد گزارش شده است<sup>(۱)</sup>. این اختلال، بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که با ابتلا به آن، خلق فرد آسیب دیده و به طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. این نوسانات معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشند<sup>(۲)</sup>. بروز دوره‌های مکرر افسردگی و شیدایی بر کارکرد فرد در حیطه‌های فردی، حرفه‌ای، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی تأثیر می‌گذارد<sup>(۱)</sup>.

در این میان، مبتلایان به اختلال دوقطبی، پدیده‌ای به نام انگ را تجربه می‌کنند<sup>(۳)</sup>. انگ، مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارهایی است که با برچسب زدن فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی ختم می‌گردد<sup>(۴)</sup>. در مطالعه‌ای که با مشارکت بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی در ۱۳ کشور اروپایی انجام شد، ۲۱/۷ درصد آن‌ها سطح متوسط یا بالاتر از انگ را تجربه کرده بودند<sup>(۵)</sup>. در ایران نیز ۲۶/۷ درصد از مبتلایان به اختلال دوقطبی، سطح متوسط رو به بالایی از انگ را گزارش نموده‌اند<sup>(۶)</sup>. انگ بیماری روانی باعث می‌شود که مبتلایان به این بیماری از سایر جمعیت‌ها متمایز گردند<sup>(۷)</sup>. انگ، مبتلایان به بیماری روانی را ناتوان و انزوای اجتماعی را برای آنان به همراه دارد. هم‌چنین، به دنبال تجربه انگ، کیفیت زندگی و رفتارهای جستجوگر سلامت در مبتلایان افت نموده و سلامت اجتماعی - اقتصادی آنان به مخاطره می‌افتد<sup>(۸)</sup>. در ادامه، مشارکت اجتماعی مبتلایان به بیماری روانی، مختل شده و آنان از جستجوی کمک‌های اجتماعی باز می‌مانند<sup>(۹)</sup>. در واقع، انگ سبب طرد شدن مبتلایان به بیماری روانی از سوی جامعه می‌شود. انگ، تنظیم هیجانی مبتلایان به بیماری روانی را بر هم می‌زند و موجب می‌شود که نتوانند راهبردهای تنظیم هیجانی مطلوبی داشته باشند<sup>(۱۰)</sup>. مطالعه‌ای در سوئیس بیان داشت که انگ ناشی از بیماری، سبب بروز نشانه‌های افسردگی در مبتلایان به بیماری

روانی می‌گردد<sup>(۱۱)</sup>. در نتیجه، عزت نفس مبتلایان مختل می‌گردد<sup>(۷)</sup>. انگ بیماری روانی باعث می‌شود که فرد مبتلا راهبردهای مقابله‌ای مناسبی برای بیماری نداشته باشد، سابقه بیماری خود را از کارکنان درمانی پنهان نگه دارد و پس از ترخیص از بیمارستان نیز از برقراری ارتباط با دوستان خود، پرهیز نماید<sup>(۱۲)</sup>. انگ دارای آثار مخرب بر عملکرد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است. نتایج مطالعه‌ای در هنگ کنگ بیان داشت که مبتلایان به این بیماری، به دنبال تجربه انگ، عزت نفس مختل پیدا می‌کنند و این امر موجب می‌شود تا عملکرد روانی و اجتماعی آنان به حداقل ممکن، تنزل یابد<sup>(۳)</sup>. در مقابل، هرگاه انگ در مبتلایان به بیماری‌های روانی کم‌تر تجربه گردد، نگرش آنان نسبت به درمان‌های دارویی بهبود می‌یابد<sup>(۱۳)</sup>. آنها بیش‌تر تمایل پیدا می‌کنند که دانش خود را درباره بیماری روانی ارتقاء دهند<sup>(۴)</sup> و بینش آنان نسبت به بیماری روانی نیز بهبود می‌یابد<sup>(۱۵)</sup>. مطالعه‌ای در استرالیا نیز اذعان نمود، هر چه انگ بیماری روانی از سوی مبتلایان، کم‌تر تجربه شود، به همان نسبت کمک‌خواهی آنان از جامعه بیشتر گردیده و متعاقباً عملکرد اجتماعی ایشان زودتر بهبود می‌یابد<sup>(۱۶)</sup>. با توجه به اهمیت مفهوم انگ، شناسایی رفتارهای مثبت و مرتبط با آن، امری ضروری به نظر می‌رسد. یکی از این رفتارهای مثبت که احتمال دارد با انگ در ارتباط باشد، خود-دلسوزی است.

خود-دلسوزی سه مؤلفه خود-مهربانی در برابر خود-قضاوتی، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی دارد. در مؤلفه نخست، فرد دارای خود-دلسوزی بالا، قادر است هنگام مواجهه با ناکامی‌ها، دیدگاهی متعادل همراه با مهربانی به خود داشته و از اتخاذ رویکردی مبنی بر داوری درباره خود، پرهیزد. در دومین مؤلفه، طی تجربه رنج در زندگی، فرد آگاه می‌شود که تمام انسان‌ها این موقعیت‌ها را تجربه می‌کنند. در مؤلفه سوم، افراد درباره احساسات و هیجانات خود، آگاهی داشته و آن‌ها را به گونه‌ای مثبت در نظر می‌گیرند، بدون این که از آن‌ها پرهیزند<sup>(۱۷)</sup>. خود-دلسوزی، به افراد

به نظر می‌رسد شناسایی مفاهیم انگ و خود- دلسوزی و ارتباط این دو متغیر در مبتلایان به اختلال دوقطبی، به ارتقای دانش در حوزه درمان و مراقبت از این مبتلایان کمک نماید. پژوهشگر طی سال‌های خدمت خود در بخش‌های روانپزشکی به عنوان یک روان‌پرستار، شاهد رنج مبتلایان به اختلال دوقطبی در زمینه تجربه انگ بوده و همواره با مواردی مواجه شده است که این مبتلایان به موازات خود- دلسوزی کم‌تر، انگ ناشی از بیماری را بیش‌تر تجربه می‌کنند. بنابراین، ایده‌ای در ذهن پژوهشگر در خصوص ارتباط متغیرهای انگ و خود- دلسوزی ایجاد شد. بر این اساس، با توجه به مطالب گفته شده، گسترده بودن آثار انگ در مبتلایان به اختلال دوقطبی، نقش مؤثری که خود- دلسوزی می‌تواند در بهبود این مبتلایان داشته باشد و خلاء موجود در زمینه مطالعه ارتباط انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی در کشور؛ پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی انجام دهد.

### روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی بود. جامعه پژوهش، تمامی مبتلایان به اختلال دوقطبی بستری در مرکز جامع روانپزشکی ایران واقع در غرب تهران بودند. شایان ذکر است که این مرکز دارای پنج بخش بستری و یک بخش اورژانس است که این بخش نیز اقدام به بستری مبتلایان می‌نماید. نمونه‌های پژوهش به شیوه نمونه‌گیری مستمر از جامعه مذکور انتخاب شدند. ویژگی‌های نمونه‌ها مشتمل بر داشتن تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس پرونده پزشکی، دارا بودن خلق باثبات به تأیید پزشک، قرار داشتن در رده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و نداشتن نقص بینایی، شنوایی و اختلال جسمی شناخته شده همزمان بود. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض این که ضریب همبستگی بین انگ با خود- دلسوزی ۰/۲

کمک می‌کند تا به صورت مؤثرتری سلامتی خود را حفظ کنند زیرا مانند یک ضربه‌گیر در برابر وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که خود- دلسوزی بالایی دارند، از آن‌جا که با معیارهای کم‌تر سخت‌گیرانه، خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند؛ وقایع منفی زندگی را راحت‌تر پذیرفته، خود- ارزیابی‌های دقیق‌تر داشته و سلامت روانی بالاتری نیز دارند<sup>(۱۸)</sup>. خود- دلسوزی، عامل مهمی در جهت پاسخ‌های انطباقی به مشکلات خلقی در مبتلایانی است که تاریخچه افسردگی عودکننده دارند<sup>(۱۹)</sup>.

اخیراً خود- دلسوزی به عنوان یکی از راهبردهای تنظیم-کننده عاطفه در اختلالات خلقی شناخته شده که خلق افسرده را بهبود می‌بخشد<sup>(۲۰)</sup>. برخوردار از خود- دلسوزی بالاتر، آسیب‌پذیری روانی افراد مبتلا به بیماری روانی را در برابر مشکلات تعدیل می‌نماید<sup>(۲۱)</sup>، از درجات افسردگی و اضطراب اجتماعی آنان می‌کاهد<sup>(۲۲،۲۳)</sup>، سبب کاهش شرم ناشی از بیماری<sup>(۲۴)</sup> و کاستن از خود- انتقادی<sup>(۲۵)</sup> می‌گردد. نتایج پژوهشی در استرالیا بیانگر آن بود که خود- دلسوزی بالاتر در مبتلایان به بیماری روانی، با بهبودی این افراد در ارتباط است<sup>(۲۶)</sup>. همچنین، مطالعه‌ای در دانمارک بیان داشت، خود- دلسوزی بالاتر منجر به ارتقای رضایتمندی از زندگی در مبتلایان به اختلال دوقطبی می‌گردد<sup>(۲۷)</sup>. مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان داده‌اند که هرگاه مبتلایان به بیماری روانی، خود- دلسوزی را در سطح بالاتری تجربه نموده‌اند، به همان نسبت، بروز رفتارهای آسیب‌رسان به خود در آنان کم‌تر شده<sup>(۲۸)</sup> و رویدادهای ناگوار را بهتر تحمل می‌کنند<sup>(۱۸)</sup>. در مقابل، فقدان خود- دلسوزی، منجر به قضاوت از خود، احساس انزوای بیش‌تر و نشخوار هیجانات منفی درباره خود می‌گردد که در نهایت، فرد صمیمیت در روابط با دیگران را از دست می‌دهد<sup>(۲۹)</sup>. خود- دلسوزی پایین در طیف وسیعی از مبتلایان به اختلالات روانی وجود دارد<sup>(۳۰)</sup> که آنان را با ناآرامی‌های عاطفی و هیجانی مواجه می‌نماید<sup>(۳۰)</sup>؛ آن‌گونه که مبتلایان به بیماری روانی با خود- دلسوزی پایین‌تر، بیش‌تر متمایل به افکار خودکشی می‌گردند<sup>(۳۱)</sup>.

۲۳) می‌باشد. گویه‌ها دارای طیف لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز - ۱، تقریباً هرگز - ۲، نظری ندارم - ۳، تقریباً همیشه - ۴ و همیشه - ۵) بوده و دامنه نمره کلی ابزار از ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد. نمرات بالاتر، خود-دلسوزی بیش‌تر را نشان می‌دهند. این ابزار نیز در ایران مورد روان‌سنجی قرار گرفته است. روایی ابزار به شیوه روایی محتوا بررسی شده و پایایی آن در جامعه دانشجویان شاغل به تحصیل در رشته های علوم انسانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف در محدوده ۰/۸۹ - ۰/۶۱ گزارش شده است<sup>(۳۳)</sup>. در مطالعه حاضر نیز پژوهشگر اقدام به سنجش روایی و پایایی ابزارها نمود. برای تعیین روایی، ابزارهای مربوطه در اختیار هفت نفر از اساتید گروه روانپرستاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران قرار گرفت و روایی محتوای آن‌ها تأیید شد. میانگین CVR محاسبه شده برای ابزارهای انگ و خود-دلسوزی به ترتیب به میزان ۱ و ۰/۹۹ و CVI محاسبه شده برای آن‌ها به میزان ۰/۸ و ۰/۸۲ به دست آمد که بیانگر روایی محتوای مناسب برای این ابزارها می‌باشد. جهت تعیین پایایی ابزارها نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این منظور، ابزارها توسط ۱۵ نفر از افراد دارای مشخصات همسان با جامعه پژوهش که عضو نمونه‌های تحقیق نبودند، تکمیل گردیده و دو هفته بعد توسط همان افراد مجدداً تکمیل شدند. سپس، ضریب همبستگی پیرسون برای دو بار برگزاری آزمون مورد محاسبه قرار گرفت. ضریب همبستگی برای ابزارهای انگ و خود-دلسوزی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ به دست آمد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجوز گرفته شد (IR.IUMS.REC.1397.1034) و سپس ضمن گرفتن معرفی‌نامه از دانشگاه مذکور با مدیریت مرکز روانپزشکی هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. در ادامه به واحدهای پژوهش در رابطه با فرآیند تحقیق اطلاعات لازم داده شد و از نظر اخلاقی به آنان خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها از این نظر آزاد هستند. هم‌چنین به نمونه‌ها در زمینه حفظ اطلاعات، اطمینان داده شد.

باشد تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، معادل ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. پژوهشگر در نوبت های صبح و عصر به بخش‌های بستری مراجعه نموده و در زمان تکمیل ابزارها در کنار نمونه‌ها حضور داشت تا ضمن اطمینان از تکمیل آن‌ها، اگر ابهامی در این خصوص برای افراد وجود داشت، پاسخگویی نماید. زمان تقریبی برای تکمیل ابزارها ۳۰-۲۰ دقیقه بود.

گردآوری داده‌ها از بهمن ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ۱۳۹۸ به طول انجامید. جهت گردآوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی و ابزارهای انگ و خود-دلسوزی استفاده گردید. فرم مشخصات فردی برای سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلی، وضعیت اشتغال، سابقه اختلال روانی در خانواده، تعداد افراد خانواده و تعداد دفعات بستری، بود. ابزار انگ، توسط King جهت سنجش انگ ناشی از بیماری روانی ساخته شده و مشتمل بر ۲۸ گویه است که افراد پاسخ‌های خود را بر روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰)، اعلام می‌کنند. برای گویه‌های منفی نیز نمره گذاری به صورت معکوس می‌باشد. این ابزار از ابعاد تبعیض (گویه‌های ۵، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲ و ۲۶)، آشکارسازی (گویه‌های ۳، ۴، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷ و ۲۸) و جنبه‌های مثبت (گویه‌های ۱، ۲، ۸، ۹ و ۲۰) تشکیل شده است. دامنه نمره کلی ابزار از ۰ تا ۱۱۲ و اخذ نمرات بالاتر بیانگر انگ بیش‌تر هستند<sup>(۳۳)</sup>. ابزار انگ در جامعه ایرانی روان‌سنجی شده است. روایی ابزار به شیوه روایی محتوا ارزیابی شده و پایایی آن در جامعه مددجویان مبتلا به اختلالات روانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به دست آمده است<sup>(۴)</sup>. ابزار خود-دلسوزی توسط Neff ساخته شده و دارای ۲۶ گویه‌ای است<sup>(۱۷)</sup>. ابزار دارای ابعاد مهربانی به خود (گویه‌های ۱، ۳، ۴، ۵ و ۱۰)، قضاوت خود (گویه های ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۷، ۱۶)، انسانیت عمومی (۱۳، ۱۴ و ۲۲)، انزوا (گویه‌های ۱۵ و ۱۸)، ذهن آگاهی (گویه‌های ۱۲، ۱۹، ۲۰، ۲۱) و همدردی بیش از حد (گویه‌های ۲۶-

داده‌ها، P-value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار لحاظ شد.

### یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه مرد (۱۳۹ نفر، ۶۹/۵ درصد) و دارای سابقه اختلال روانی در خانواده (۱۰۸ نفر، ۵۴ درصد) بودند. سایر مشخصات فردی در جدول شماره ۱ نمایان است.

تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. به این منظور از آمار توصیفی (تعیین فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط بین دو متغیر اصلی، آزمون تی مستقل جهت مقایسه میانگین نمرات دو گروه و آنالیز واریانس به منظور مقایسه میانگین نمرات بیش از دو گروه)، استفاده گردید. در تحلیل

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی مبتلایان به اختلال دوقطبی

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	کم‌تر از ۳۰	۹۲
	۳۰-۴۵	۶۵
	بیش‌تر از ۴۵	۴۳
وضعیت تأهل	مجرد	۷۳
	متأهل	۸۷
	بیوه	۱۰
	مطلقه	۳۰
تعداد فرزند	هیچ	۷۹
	یک	۴۶
	دو و بیش‌تر	۷۵
وضعیت اشتغال	بیکار	۸۶
	آزاد	۵۹
	کارمند	۵۵
سطح تحصیلی	کم‌تر از دیپلم	۴۵
	دیپلم	۱۱۱
	دانشگاهی	۴۴
تعداد دفعات بستری (بار)	یک	۱۰۳
	دو	۶۸
	سه و بیش‌تر	۲۹
تعداد افراد خانواده	شش نفر و بیش‌تر	۱۵۳
	کم‌تر از شش نفر	۴۷

معنی دار آماری داشت که این همبستگی به صورت معکوس بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات انگ  $7/06 \pm 77/03$  و خود-دلسوزی  $4/47 \pm 77/57$  به دست آمد (میانگین و انحراف معیار ابعاد دو متغیر در جداول شماره ۲ و ۳ مشاهده می‌گردد).

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد خود-دلسوزی

انحراف معیار	میانگین	خود-دلسوزی
۲/۴۵	۱۵/۶۴	مهربانی با خود
۲/۳۹	۱۴/۶	قضاوت درباره خود
۱/۷۴	۱۱/۹۲	انسانیت عمومی
۲/۱۸	۱۱/۲	انزوا
۲/۵۲	۱۲/۸۵	ذهن آگاهی
۱/۷۱	۱۱/۳۵	همدردی بیش از حد

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد انگ

انگ	میانگین	انحراف معیار
تبعیض	۲۹/۷۵	۴/۴
آشکارسازی	۳۴/۲۱	۳/۵۸
جنبه های مثبت	۱۳/۰۷	۲/۵۷

انگ کلی و انزوا نیز همبستگی معنی دار آماری منفی داشتند یعنی با افزایش انگ، انزوا کاهش می‌یافت ( $P=0/002$ ).  
(ضریب همبستگی بین ابعاد مختلف دو متغیر در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که متغیرهای انگ و خود-دلسوزی، همبستگی معنی دار آماری نداشتند ( $r=-0/073$  و  $P=0/301$ ). خود-دلسوزی در بعد انزوا با انگ در ابعاد تبعیض ( $P=0/031$ )، آشکارسازی ( $P=0/045$ ) و جنبه‌های مثبت ( $P=0/034$ ) همبستگی

جدول شماره ۴: ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد انگ با ابعاد خود-دلسوزی

خود-دلسوزی	انگ	تبعیض	آشکارسازی	جنبه های مثبت	انگ کلی
مهربانی با خود	$r = -0/021$ $P = 0/768$	$r = 0/031$ $P = 0/658$	$r = -0/019$ $P = 0/792$	$r = -0/004$ $P = 0/951$	
قضاوت درباره خود	$r = 0/051$ $P = 0/477$	$r = 0/088$ $P = 0/214$	$r = -0/016$ $P = 0/817$	$r = 0/071$ $P = 0/321$	
انسانیت عمومی	$r = 0/018$ $P = 0/796$	$r = 0/023$ $P = 0/748$	$r = 0/01$ $P = 0/888$	$r = 0/027$ $P = 0/708$	
انزوا	$r = -0/153$ $* P = 0/031$	$r = -0/142$ $* P = 0/045$	$r = -0/15$ $* P = 0/034$	$r = -0/222$ $* P = 0/002$	
ذهن آگاهی	$r = -0/082$ $P = 0/247$	$r = 0/062$ $P = 0/382$	$r = -0/046$ $P = 0/517$	$r = -0/037$ $P = 0/604$	
همدردی بیش از حد	$r = -0/017$ $P = 0/806$	$r = 0/028$ $P = 0/696$	$r = 0/065$ $P = 0/357$	$r = -0/027$ $P = 0/709$	
خود-دلسوزی کلی	$r = -0/105$ $P = 0/138$	$r = 0/05$ $P = 0/484$	$r = -0/089$ $P = 0/208$	$r = -0/073$ $P = 0/301$	

\* وجود ارتباط معنی دار

## ارتباط انگ با خود- دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی

## ملیحه رنجبر و همکاران

یک از متغیرهای فردی افراد تحت مطالعه، ارتباط معنی دار دیده نشد (ارتباط بین مشخصات فردی نمونه‌ها با دو متغیر اصلی در جدول شماره ۵ آورده شده است).

سایر یافته‌ها گویای آن بود که بین انگ با متغیرهای تعداد افراد خانواده، سن و سابقه اختلال روانی در خانواده، ارتباط معنی دار وجود داشت. به علاوه، بین خود- دلسوزی با هیچ

جدول شماره ۵: ارتباط مشخصات فردی نمونه‌ها با دو متغیر اصلی

خود- دلسوزی		انگ		متغیر	
نتیجه آزمون	انحراف معیار $\pm$ میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
$t=0/076$	$70/26 \pm 5/72$	$t=1/282$	$76/61 \pm 6/85$	مرد	جنسیت
$P=0/484$	$72/34 \pm 6/28$	$P=0/742$	$78 \pm 7/48$	زن	
$Df=1$		$Df=1$			
$F=0/029$	$70/22 \pm 5/34$	$F=5/107$	$120/42 \pm 7/62$	کم‌تر از ۳۰	سن (سال)
$P=0/152$	$72/4 \pm 6/22$	$*P=0/003$	$112/22 \pm 7/52$	۳۰-۴۵	
$Df=2$	$77 \pm 7/7$	$Df=2$	$111/22 \pm 6/24$	بیش‌تر از ۴۵	
$F=0/165$	$74/42 \pm 7/62$	$F=1/172$	$77/09 \pm 7/41$	مجرد	وضعیت
$P=0/446$	$78/2 \pm 6$	$P=0/658$	$76/12 \pm 7/56$	متاهل	تاهل
$Df=3$	$70/62 \pm 5/24$	$Df=3$	$80/5 \pm 5/23$	بیوه	مطلقه
	$68 \pm 3/78$		$78/26 \pm 5/8$		
$F=0/813$	$72/64 \pm 5/26$	$F=0/494$	$76/98 \pm 7/27$	هیچ	تعداد
$P=0/634$	$76/22 \pm 7/44$	$P=0/825$	$78/01 \pm 6/09$	یک	فرزند
$Df=2$	$78/42 \pm 6$	$Df=2$	$76/76 \pm 7/07$	دو و بیشتر	
$F=0/395$	$69/24 \pm 4/5$	$F=1/107$	$77/67 \pm 7/02$	بیکار	وضعیت
$P=0/928$	$72/24 \pm 6/12$	$P=0/587$	$76/62 \pm 6/89$	آزاد	اشتغال
$Df=2$	$70/32 \pm 5/6$	$Df=2$	$76/47 \pm 7/35$	کارمند	
$F=0/386$	$70/32 \pm 5$	$F=0/456$	$77/68 \pm 7/05$	کمتر از دیپلم	سطح
$P=0/688$	$74/44 \pm 6/22$	$P=0/785$	$76/61 \pm 7/01$	دیپلم	تحصیلی
$Df=2$	$79/2 \pm 4/42$	$Df=2$	$77/43 \pm 7/06$	دانشگاهی	
$F=0/217$	$78/46 \pm 6$	$F=1/725$	$77/89 \pm 7/39$	یک	تعداد
$P=0/682$	$76/32 \pm 7/42$	$P=0/932$	$75/86 \pm 6/22$	دو	دفعات بستری
$Df=2$	$70/18 \pm 5/2$	$Df=2$	$76/72 \pm 7/5$	سه و بیشتر	(بار)
$t=0/55$	$70/32 \pm 5/22$	$t=3/555$	$80/14 \pm 5/36$	شش نفر و بیشتر	تعداد افراد
$P=0/624$	$72/28 \pm 7/14$	$*P=0/001$	$76/07 \pm 7/25$	کمتر از شش نفر	خانواده
$Df=1$		$Df=1$			
$t=0/587$	$68/2 \pm 4$	$t=2/339$	$78/1 \pm 7/19$	بلی	سابقه
$P=0/924$	$70/28 \pm 5/2$	$*P=0/001$	$75/78 \pm 6/72$	خیر	اختلال روانی
$Df=1$		$Df=1$			در خانواده

\* وجود ارتباط معنی دار

**بحث و نتیجه‌گیری**

در پژوهش حاضر، بین دو متغیر انگ با خود-دلسوزی در مبتلایان به اختلال دوقطبی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. مطالعه‌ای که در این خصوص در حوزه مبتلایان به اختلالات دوقطبی به منظور تعیین ارتباط متغیرهای انگ و خود-دلسوزی انجام شده باشد، یافت نشد. با این حال، این نتیجه، مغایر با نتایج تحقیق Hilbert و همکاران است<sup>(۳۴)</sup>. طبق نتایج مطالعه قید شده که در آلمان انجام شد، بین خود-دلسوزی و انگ در افراد دارای اضافه وزن، ارتباط معنی‌دار آماری بود یعنی هر چه افراد از خود-دلسوزی بالاتری برخوردار بودند، به همان نسبت، انگ کمتری را نیز تجربه می‌نمودند. به نظر می‌رسد که مغایرت نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Hilbert و همکاران، مربوط به جامعه مورد مطالعه باشد زیرا افراد دارای اضافه وزن به دلیل این که دارای اختلال روانی نمی‌باشند و از نظر روانی سالم هستند؛ عمدتاً در شرایط بهتری نسبت به مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی قرار دارند. یافته اصلی این مطالعه مبنی بر عدم ارتباط میان دو متغیر را می‌توان چنین توجیه نمود که انگ به عنوان یک متغیر اجتماعی که ریشه در فرهنگ جوامع دارد، به گونه‌ای در بطن جامعه ریشه دوانده که حتی برخورداری از خود-دلسوزی، نمی‌تواند از بار منفی آن بکاهد.

در مطالعه حاضر، انگ در همه ابعاد سه گانه یعنی تبعیض، آشکارسازی و جنبه‌های مثبت با خود-دلسوزی، همبستگی معنی‌دار داشت که این همبستگی اگر چه از نظر آماری، ضعیف گزارش شد اما معکوس بود یعنی با افزایش انگ در این خرده مقیاس‌ها، انزوا کاهش می‌یافت. هم‌چنین نتایج حاکی از آن بود که انگ کلی و انزوا نیز همبستگی معنی‌دار منفی داشتند یعنی با افزایش انگ، انزوا کاهش می‌یابد. هر چند که همبستگی میان متغیرها ضعیف بود اما می‌توان چنین اظهار نمود که هرگاه انگ ناشی از اختلال دوقطبی بالاتر باشد، بعد انزوا از خود-دلسوزی در میان مبتلایان به اختلالات دوقطبی کمتر می‌گردد. در واقع، هرچه این مبتلایان، جنبه تبعیض از انگ را پررنگ‌تر دیده‌اند، کمتر انزوا را برگزیده‌اند. پژوهشگر با توجه به نتایج این بخش از مطالعه و نیز با عنایت به سوابق بالینی خود، چنین

استنباط می‌نماید که تبعیض ناشی از انگ موجب می‌گردد تا مبتلایان به اختلال دوقطبی جهت مقابله با این وضعیت، بیشتر به سوی سایر افراد جامعه بروند تا از این رهگذر، ضمن این که خود را جدای از دیگران ندانند، کمتر نیز در پيله انزوا فرو روند و در واقع از طریق برقراری ارتباط با سایرین و آشکارسازی بیماری خود برای دیگران، تبعیض موجود را کم رنگ‌تر نمایند. در نتیجه و در شرایطی که این گروه آسیب‌پذیر خود را از دیگران جدا نپندارند، شکست‌ها و هیجانات خود را شرم‌آور قلمداد ننموده و تلاش می‌نمایند تا خود واقعی‌شان را از سایرین پنهان نکنند. به نظر می‌رسد که هر چند ابتلا به بیماری، سبب تجربه نابرابری در جامعه برای مبتلایان به اختلال دوقطبی می‌گردد؛ اما این موضوع باعث نشده که این گروه از مبتلایان، در تحمل این نابرابری، ناتوان گردیده و ترجیح دهند که در انزوا زندگی خود را بگذارند. افزون بر آن، هر چه جنبه‌های مثبت از انگ، برای مبتلایان بیشتر تجربه شده، به همان نسبت از انزوای آنان کمتر شده است. می‌توان چنین استنباط نمود که هرگاه مبتلایان به اختلال دوقطبی جنبه‌های مثبتی از انگ را دیده‌اند، در برابر بار منفی ناشی از انگ به آگاهی عمیق تری دست یافته‌اند و این امر سبب شده تا خود را با افکار، احساسات و رفتارهای ناشی از رویدادهای منفی در این زمینه، همسان ندانسته و در نتیجه انزوا را بر نگزینند. لازم به ذکر است از نظر آماری همبستگی میان متغیرهای فوق الذکر ضعیف بوده و همان گونه که ذکر شد، پژوهشگر با استناد به سوابق بالینی خود در این بخش از مطالعه، استنباط نموده است. بر این اساس، انجام مطالعات بیش‌تر در این زمینه به پژوهشگران عرصه روانپرستاری توصیه می‌گردد تا بتوان نتایج مطالعات آنان را با مطالعه کنونی از این نظر مقایسه نمود.

طبق نتایج، انگ با متغیرهای سن، تعداد افراد خانواده و سابقه اختلال روانی در خانواده، ارتباط داشت یعنی گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال انگ را بیش‌تر تجربه می‌نمودند. می‌توان گفت افراد در سنین ۳۰ تا ۳۵ سال، در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی، بیش‌تر در معرض انگ قرار گرفته‌اند. هم‌چنین،

نسبت به این افراد، داشته باشند. بر اساس سایر یافته‌های پژوهش حاضر، متغیر خود- دلسوزی با هیچ یک از متغیرهای فردی افراد تحت مطالعه، رابطه معنی‌دار نداشت. نتایج مطالعه‌ای در دانمارک نیز نشان داد که بین خود- دلسوزی با مشخصات فردی مبتلایان به اختلال دوقطبی رابطه معنی‌داری وجود نداشته است<sup>(۳۷)</sup>. با توجه به این که میان مشخصات فردی افراد تحت مطالعه با متغیر خود- دلسوزی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، این امر لزوم انجام مطالعات بیشتر در این خصوص را مورد تأکید قرار می‌دهد.

از نتایج این مطالعه می‌توان در حیطه‌های مختلف پرستاری از جمله آموزش پرستاری استفاده کرد. به گونه‌ای که اساتید پرستاری در زمان گذاردن واحدهای بالینی مرتبط با پرستاری بیماری‌های روانی، دانشجویان خود را با مفاهیم فرهنگی مستتر در زمینه مراقبت از مددجویان، بیش از پیش آشنا نمایند. در حوزه پرستاری بالینی نیز پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، می‌توانند طرح‌های مراقبتی خود را به گونه‌ای اجرا نمایند که مفاهیم انگ و خود- دلسوزی را برای مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی، بهتر مورد شناسایی قرار دهند. در حیطه پژوهش پرستاری نیز نتایج این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی باشد و پژوهشگران نیز می‌توانند از نتایج آن برای هدایت مطالعات مداخله‌ای خود در این زمینه بهره‌گیرند، مداخلاتی که منجر به ارتقای خود- دلسوزی و کاهش انگ ناشی از بیماری روانی برای مبتلایان به اختلال دوقطبی باشد. این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به شیوه نمونه‌گیری اشاره نمود که چون غیراحتمالی است، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با دشواری مواجه می‌نماید. همچنین، انجام پژوهش در یک مرکز روانپزشکی، یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از شیوه نمونه‌گیری احتمالی برای تحقیق استفاده شود و نمونه‌های پژوهش از چند منطقه کشور انتخاب شوند تا بتوان ضمن بالا بردن قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، به مقایسه‌هایی نیز در این خصوص، اقدام نمود. به‌علاوه، در این مطالعه، صرفاً

انگ در افراد دارای سابقه اختلال روانی در خانواده و آنان که از خانواده‌های کم‌جمعیت‌تر برخوردار بودند، بالاتر بود. شاید، وجود اختلال روانی در یکی دیگر از اعضای خانواده، داغ ناشی از انگ را برای مددجویان، سنگین‌تر می‌نماید. به علاوه، در این مطالعه، افرادی که عضو خانواده‌های کم‌جمعیت‌تر بودند، انگ را بیش‌تر گزارش نمودند. شاید وقتی تعداد افراد خانواده کمتر باشد، هم‌اندیشی پیرامون مسائل مرتبط با بیماری و انگ ناشی از آن در میان اعضای خانواده کمتر رخ داده و مددجویان از حمایت خانوادگی کم‌تری نیز سود می‌برند. در نتیجه، زمینه‌ای برای تجربه انگ بیش‌تر برای آنان فراهم می‌گردد. با این حال، مطالعه‌ای به منظور تعیین انگ درونی شده مددجویان مبتلا به اختلالات دوقطبی در تهران انجام شد و نتایج حاکی از آن بود که ارتباط آماری معنی‌داری میان انگ درونی شده با مشخصات فردی افراد دیده نشده است<sup>(۳۸)</sup> که با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا نیست. سایر مطالعات نیز در خصوص ارتباط انگ با مشخصات فردی افراد تحت مطالعه، نتایج متفاوتی در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر کسب نموده‌اند. به عنوان نمونه، نتایج مطالعه‌ای در اندونزی حاکی از آن بود که انگ ناشی از بیماری روانی در زنان، افراد مجرد و دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، بیش‌تر است<sup>(۳۹)</sup>. همچنین، نتایج مطالعه بر روی مردان آسیایی مبتلا به اختلالات روانی که به کانادا مهاجرت کرده بودند، نشان داد که اشتغال به کار، از بار انگ ناشی از بیماری آنان کاسته است<sup>(۴۰)</sup>. به علاوه، نتایج مطالعه‌ای در هندوستان حاکی از آن بود که انگ در اختلال سوء مصرف مواد، در افراد برخوردار از سطوح تحصیلی پایین‌تر، بیش‌تر گزارش شده است<sup>(۴۱)</sup>.

به طور کلی، یافته‌های این مطالعه، مبنی بر ارتباط مشخصات فردی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با انگ، نشان می‌دهد که در میان مبتلایان به اختلال دوقطبی؛ افراد با خانواده‌های کم‌جمعیت، آنان که دارای سابقه اختلال روانی در خانواده هستند و آنان که در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار دارند، بیش از سایرین از انگ بیماری، آسیب می‌بینند. بنابراین، حرفه‌مندی که در خصوص درمان و مراقبت از این مبتلایان سهمیم هستند، باید از نقطه نظر آسیب‌پذیری اجتماعی، توجهات روانشناختی بیش‌تری

**تقدیر و تشکر**

این مطالعه، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانپرستاری نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. پژوهشگر، مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه یاد شده و تمامی افراد شرکت‌کننده در تحقیق اعلام می‌دارد.

مبتلایان به اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گرفتند، پس نتایج به دست آمده قابل تعمیم به سایر اختلالات روانی نمی‌باشند.

**تعارض منافع:** هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

**References**

1. Jolfaei AG, Ataei S, Ghayoomi R, Shabani A. High Frequency of Bipolar Disorder Comorbidity in Medical Inpatients. *Iranian journal of psychiatry*. 2019;14(1):60. [Persian]
2. Çuhadar D, Çam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014 1;28(1):62-6.
3. Au CH, Wong CS, Law CW, Wong MC, Chung KF. Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019 1;57:7-12.
4. Karshaki H, Meshkin Yazd A, Soudmand P. Validation of the mental illness stigma scale, Ibn Sina Hospital, Mashhad. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;24(113):73-9. [Persian]
5. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN–Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *J Affect Disord*. 2011;129(1-3):56-63.
6. Sadighi G, Khodaei MR, Fadaie F, Mirabzadeh A, Sadighi A. Self stigma among people with bipolar-I disorder in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2015;13(1):32-28. [Persian]
7. Corrigan PW, Nieweglowski K. Difference as an indicator of the self-stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*. 2019 2:1-7.
8. Hadera E, Salelew E, Girma E, Dehning S, Adorjan K, Tesfaye M. Magnitude and Associated Factors of Perceived Stigma among Adults with Mental Illness in Ethiopia. *Psychiatry journal*. 2019;2019.
9. Von Lersner U, Gerb J, Hizli S, Waldhuber D, Wallerand AF, Bajbouj M, Schomerus G, Angermeyer MC, Hahn E. Stigma of mental illness in Germans and Turkish immigrants in Germany: The effect of causal beliefs. *Front Psychiatry*. 2019;10:46.
10. Dubreucq J, Franck N. Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with Serious Mental Illnesses (SMI): a systematic review of literature. *Psychiatry Research*. 2019 ;274:146-158.
11. Pellet J, Golay P, Nguyen A, Suter C, Ismailaj A, Bonsack C, Favrod J. The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry Research*. 2019;275:115-9.
12. Shrestha S. Internalized Stigma, Coping and Social Support with Mental Illness in Manipal Teaching Hospital, Pokhara, Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. 2019;17(1):80-4.
13. Kondrátová L, König D, Mladá K, Winkler P. Correlates of negative attitudes towards medication in people with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(1):159-69.
14. Hartini N, Fardana NA, Ariana AD, Wardana ND. Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;11:535.
15. Chuang SP, Wu JY, Wang CS. Self-perception of mental illness, and subjective and objective cognitive functioning in people with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:967.
16. Klik KA, Williams SL, Reynolds KJ. Toward understanding mental illness stigma and help-seeking: A social identity perspective. *Social science & medicine*. 2019;222:35-43.
17. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.

18. Basharpoor S, Shafiei M. The role of self-compassion and cognitive flexibility in predicting the post-traumatic stress disorder symptoms in individuals exposed to Trauma. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2017;19(4):12-22. [Persian]
19. Karl A, Williams MJ, Cardy J, Kuyken W, Crane C. Dispositional self-compassion and responses to mood challenge in people at risk for depressive relapse/recurrence. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(5):621-33.
20. Ehret AM, Joormann J, Berking M. Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *J Affect Disord*. 2018;226:220-6.
21. Muris P, Petrocchi N. Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(2):373-83.
22. Gill C, Watson L, Williams C, Chan SW. Social anxiety and self-compassion in adolescents. *J Adolesc*. 2018;69:163-74.
23. Muris P, Meesters C, Pierik A, de Kock B. Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *J Child Fam Stud*. 2016;25(2):607-17.
24. Proeve M, Anton R, Kenny M. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018;91(4):434-49.
25. Naismith I, Zarate Guerrero S, Feigenbaum J. Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2019;26(3):350-61.
26. Donald F, Lawrence KA, Broadbear JH, Rao S. An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australas Psychiatry*. 2019;27(1):56-9.
27. Døssing M, Nilsson KK, Svejstrup SR, Sørensen VV, Straarup KN, Hansen TB. Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2015;60:53-8.
28. Basharpoor S, Khanjani S, Foroghi A. Predict to self-injury behavior in men with borderline personality disorder based on their levels of distress tolerance and self-compassion. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2017;18(6):102-14. [Persian]
29. Ghezselfloo M, Jazayeri R, Bahrami F, Mohammadi R. Relationship between original family health and self-compassion with marital commitment. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;26(139):137-48. [Persian]
30. Eicher AC, Davis LW, Lysaker PH. Self-compassion: a novel link with symptoms in schizophrenia?. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(5):389-93.
31. Collett N, Pugh K, Waite F, Freeman D. Negative cognitions about the self in patients with persecutory delusions: An empirical study of self-compassion, self-stigma, schematic beliefs, self-esteem, fear of madness, and suicidal ideation. *Psychiatry research*. 2016;239:79-84.
32. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, Weich S, Serfaty M. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*. 2007;190(3):248-54.
33. Basharpoor S. Psychometric Properties of the Persian Version of the Self Compassion Scale in University Students. *J Res Psycho Health*. 2014; 7(2): 66-75. [Persian]
34. Hilbert A, Braehler E, Schmidt R, Löwe B, Häuser W, Zenger M. Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obes Facts*. 2015;8(5):293-301.
35. Livingston J, Patel N, Bryson S, Hoong P, Lal R, Morrow M, Guruge S. Stigma associated with mental illness among Asian men in Vancouver, Canada. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(7):679-89.
36. Gupta P, Panda U, Parmar A, Bhad R. Internalized stigma and its correlates among treatment seeking opium users in India: A cross-sectional observational study. *Asian J Psychiat*. 2019;39:86-90.