

تأثیر مراقبت در منزل در پیشگیری از بستری مجدد مددجویان اسکیزوفرنیک حاد

دکتر مسعود فلاحی خشکناز^۱، دکتر حمیدرضا خانکه^۲، دکتر فرحناز محمدی^۳، دکتر محمدعلی حسینی^۴، ابوالفضل رهگوی^۵، ناهید غضنفری^۶

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات در درمان بیماران اسکیزوفرنیک بستری‌های مکرر این بیماران می‌باشد. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر خدمات مراقبت در منزل در پیشگیری از میزان بستری مجدد بیماران اسکیزوفرنیک بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه تجربی بوده است که در آن ۴۸ مددجوی اسکیزوفرنیک حاد به طور تصادفی در دو گروه آزمون (۲۴ نفر) و کنترل (۲۴ نفر) جای گرفتند، برای گروه آزمون پس از ترخیص از بیمارستان مراقبت‌های پرستاری در منزل انجام گردید و برای گروه کنترل این مداخله انجام نگردید و روش جاری شامل تعیین وقت برای مراجعه مددجو به درمانگاه روانی جهت ادامه درمان‌ها انجام گشت دو گروه در دو نوبت ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص از نظر بستری مجدد مقایسه شدند. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین برای بررسی روابط بین متغیرها آزمون آماری تی مستقل و آزمون مجذور کای استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از ۳ ماه پیگیری در گروه کنترل تعداد ۶ نفر از ۲۴ مددجو (۲۵٪) بستری مجدد شدند که این میزان در گروه آزمون صفر بود (۰٪) یعنی هیچ یک از مددجویان بستری مجدد نداشتند ($p=0/001$) و میزان بستری مجدد پس از ۶ ماه در گروه آزمون ۵ نفر (۲۱٪) و در گروه کنترل ۱۱ نفر (۴۶٪) بود ($p=0/002$).

نتیجه‌گیری: استمرار مراقبت‌های پرستاری پس از ترخیص، در منزل در کاهش بستری مجدد مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنیا، پرستاری، مراقبت در منزل، بستری مجدد

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱/۹

۱ - استادیار روان‌پرستاری و توانبخشی روانی گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com

۲-۵ - استادیاران گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۶ - کارشناس پرستاری مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی

مقدمه

یکی از مسایل و مشکلات جامعه متمدن امروزی اختلالات روانی می‌باشد به طوری که سال ۲۰۰۱ از سوی سازمان جهانی بهداشت به نام سال بهداشت روانی نامگذاری و شعار آن تحت عنوان: «غفلت بس است، مراقبت کنیم» بود. امروزه شمار ابتلا به بیماری‌های روانی نسبت به گذشته افزایش یافته است، به طوری که یکی از مسایل و مشکلات جامعه متمدن امروزی اختلالات روانی است. به طوری که رایبیز (۱۹۹۴) شیوع کلی این اختلالات را ۲۰٪ جمعیت عادی تخمین زده است، به ندرت در آمریکا خانواده‌ای یافت می‌شود که با بیمار روانی سروکار نداشته باشد (در بعضی از مواقع زندگی). از هر سه نفر آمریکایی بالغ یک نفر دارای تشخیص اختلالات روانی است و به طور کلی در هر زمان ۲۰٪ مبتلا به بیماری‌های روانی هستند (۱).

آمار فوق مؤید این مسأله است که این معضل نیاز به تحقیق دارد. تمام بیماری‌های روانی از جمله اختلالات اضطرابی، وسواس، افسردگی‌ها، اختلالات شخصیت و بالاخص سایکوزها و در این بین اسکیزوفرنی ماهیت مزمن شونده داشته و نیاز به مراقبت و توانبخشی طولانی مدت دارند، چرا که این بیماری‌ها دارای سه خصیصه مهم مزمن شوندگی، عودکنندگی و ناتوان کنندگی (در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی و ...) می‌باشند. ماهیت پیچیده بیماری‌های روانی و دخالت عوامل متعدد زیستی، روانی و اجتماعی از یک سو و نگرش‌های منفی و باورهای نادرست در جوامع از سوی دیگر، موجب ایجاد مشکلاتی در انجام مداخلات بهداشتی، درمانی، توانبخشی و اثربخشی آن‌ها در بیماران مبتلا شده است (۲).

بوالهروی و همکاران (۱۳۷۶) در یک مطالعه همه‌گیری‌شناسی در سطح کلیه استان‌ها میزان شیوع بیماری‌های روانی را در ایران ۱۲/۶٪ گزارش نمود (۱). در طرح ملی سلامت و بیماری وزارت بهداشت که در سال ۱۳۷۸ توسط نوربالا و همکاران انجام گردید و در آن غربالگری بیماری‌های روانی انجام شد، ۲۱٪ افراد مورد مطالعه مشکوک به بیماری روانی گزارش شدند (۳).

در زمینه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران که با هدف برآورد شیوع اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت بالای ۱۵ سال انجام گرفت و در آن ۲۵۱۸۰

نفر با پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا^۱ توسط ۲۵۶ کارشناس و کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی ارزیابی شدند میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی ۱۷/۱٪ گزارش گردید (۴).

از میان اختلالات روانی، سایکوزها (روان‌پریشی‌ها) و بالاخص اسکیزوفرنیا منجر به بستری در بیمارستان و اشغال تخت و ایجاد ناتوانی در بیمار می‌شود. شیوع اسکیزوفرنیا در منابع مختلف ۱ تا ۱/۵٪ گزارش شده است که دو سوم آن‌ها نیاز به بستری دارند در صورتی که فقط نیمی از آن‌ها علی‌رغم نیاز به درمان و شدت بیماری تحت درمان قرار می‌گیرند. در ایران آمار مبتلایان به بیماری‌های نوع سخت (سایکوزها) و بالاخص اسکیزوفرنی مشابه سایر کشورها بوده و حدود ۱٪ جمعیت عمومی می‌باشد که اگر جمعیت کشور را ۷۰ میلیون نفر در نظر بگیریم حدود ۷۰۰ هزار نفر نیاز به خدمات درمانی و توانبخشی جدی و حتی بستری دارند (۵).

که از بین مبتلایان به بیماری‌های روانی تعدادی مکرراً دچار بستری مجدد و عود می‌شوند و مقاوم به درمان بوده و این بیماران تبدیل به بیماران روانی مزمن می‌شوند از این رو تخمین زده می‌شود که میزان افراد دچار بیماری‌های روانی سخت و مزمن (SPMI^۲) در ایالات متحده آمریکا بین ۱/۷ تا ۲/۴ میلیون نفر می‌باشد که از این بین ۳۵۰ تا ۸۰۰ هزار نفر نوع سخت و مقاوم را دارا هستند (۵).

سه خصوصیت مزمن شوندگی، عودکنندگی، ناتوان‌کنندگی متجر می‌گردد که توجه بیشتری به پیشگیری سطح سوم و یا توانبخشی این بیماران بنماییم. وقتی صحبت از استمرار درمان و توانبخشی می‌شود نقش پرستاران در این امر قابل توجه می‌گردد. بیماران اسکیزوفرنیک نیاز به مراقبت طولانی مدت به طور سرپایی، بستری و یا حالاتی مابین این دو دارد، اکثر این بیماران به دلیل سیر زمان بیماری دچار فقر اقتصادی و پدیده بی‌خانمانی می‌شوند به طوری که در گوشه و کنار خیابان‌ها، پارک‌ها و معابر عمومی بیتوته می‌نمایند.

1 - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

2 - Severe and Permanents Mental Illness (SPMI)

عمده هماهنگی آرایه خدمات بهداشتی در منزل را ایفا می‌کنند. آرایه خدمات مراقبت پرستاری در منزل که در حال حاضر در بسیاری از کشورها در حال اجرا می‌باشد می‌تواند با توجه به پیشرفت تکنولوژی، رشد روزافزون جمعیت و افزایش هزینه‌های درمانی و توانبخشی به عنوان راه حل مناسبی به منظور کمک به آن دسته از مددجویانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه خاص دارند مورد استفاده قرار گیرد. پرستاران در آرایه خدمات مراقبت پرستاری در منزل با شناخت همه جانبه‌ای که از مشکلات و مسایل مددجویان دارند، می‌توانند ضمن همراهی با بیمار و خانواده او در جهت گسترش برنامه‌های مراقبتی، درمانی، آموزشی و توانبخشی نقش مهمی را ایفا نمایند (۱۰ و ۱۱).

امروزه افزایش هزینه‌های بستری در بیمارستان دوری از خانواده و عفونت‌های بیمارستانی منجر گردیده است روز به روز خدمات پرستاری مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرار گیرد. از طرفی در بیماری‌هایی که خاصیت مزمن شونده دارند به دلیل این که بهبودی در آینده نزدیک متصور نمی‌باشد ادامه مراقبت‌ها در منزل مورد توجه قرار گرفته است. بیماری‌های روانی از جمله اسکیزوفرنیا از این قضایه مستثنی نیست، به خصوص اسکیزوفرنیا با توجه به این که ماهیت عودکننده و ناتوان‌کننده دارد از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد. به طوری که همان‌طور که ذکر آن رفت پس از ترخیص در صورت عدم پیگیری میزان عود ۶۷٪ می‌باشد لذا اهمیت پیگیری بیماران به صورت استمرار مراقبت‌ها در منزل، در پیگیری و توانبخشی بیماران روانی مزمن بالاخص اسکیزوفرنیا مشخص می‌گردد. لذا مؤلفین برای بررسی این مشکل، با طراحی تحقیقی درصدد بررسی تأثیر آرایه خدمات مراقبت پرستاری در منزل بر میزان بستری مجدد در بیماران اسکیزوفرنیک شدند.

روش مطالعه

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بوده است که با هدف بررسی تأثیر مراقبت در منزل بر میزان بستری مجدد بیماران اسکیزوفرنیک انجام شد و فرضیه این تحقیق شامل ادامه مراقبت‌ها در منزل پس از ترخیص از بیمارستان، میزان بستری مجدد را در بیماران اسکیزوفرنیک کاهش می‌دهد. مورد بررسی قرار گرفت.

اسکیزوفرنیا علاوه بر درگیری فرد، خانواده مددجو را نیز تحت تأثیر قرار داده و حتی ساختار، عملکرد و وظایف خانواده را مختل می‌نمایند و در بسیاری موارد منجر به جدایی و طلاق می‌گردد. میزان عود بیماری‌های روانی در حالت عادی ۶۷٪ می‌باشد به طوری که معمولاً این مددجویان سابقه بارها و بارها بستری را در پرونده خود دارند. روش درمانی مرسوم اسکیزوفرنیا در ایران، در اکثر موارد شامل بستری، دارو درمانی و شوک درمانی و بعضی از انواع روان‌درمانی‌ها می‌باشد، بیمار پس از بهبود نسبی ترخیص می‌گردد، معمولاً بیماران اسکیزوفرنیک مدتی پس از ترخیص داروهای خود را قطع نموده و لذا بیماری عود می‌کند و منجر به بستری مجدد می‌گردد، به نظر می‌رسد این عودها به علت رها شدن بیمار و عدم استمرار مراقبت‌ها پس از ترخیص، از جمله خدمات مراقبت در منزل باشد (۲).

بستری مجدد منجر به تحمیل هزینه‌های اضافی به دولت و خانواده می‌گردد، هزینه‌های ناشی از خدمات روان‌پزشکی را می‌توان از راه‌های کاهش موارد بستری مجدد به علت عود و کاهش طول مدت بستری در هر نوبت کاهش داد و توافق کلی بر این است که هر چه خدمات سرپایی افزایش یابد هزینه‌ها کاهش می‌یابد در حال حاضر ۴۰ تا ۶۰٪ بیماران روانی ترخیص شده از خدمات پس از ترخیص بهره‌ای نمی‌برند (۳).

هر چند که با توجه به رویکرد «مؤسسه‌ای شدن» بستری کوتاه مدت رایج است ولی در حدود ۴۰٪ از بیماران روانی در یک سال اول پس از ترخیص مجدداً بستری می‌شوند (۴).

در سال‌های اخیر نیاز خاصی به حضور سرویس‌های بهداشتی روانی در منزل دیده می‌شود، افزایش هزینه‌های مراقبتی بهداشتی از یک سو و تغییر نگرش مبتنی بر جامعه‌نگر شدن خدمات بهداشتی از سوی دیگر در ایجاد و پرورش این فلسفه نقش مهمی دارند (۵). خدمات مراقبت‌های روانی در منزل استراتژی فراتر از حد درمان بیماران روانی می‌باشد و جهت انتقال راحت از بیمارستان به جامعه به منظور ارتقای سطح عملکرد فرد در جامعه و کاهش بار اقتصادی و هزینه‌های ملی طراحی می‌شود (۶). طیف وسیعی از کادر بهداشتی درمانی خدمات خود را در منزل آرایه می‌دهند ولی پرستاران ستون اصلی سیستم آرایه‌دهنده این خدمات را تشکیل می‌دهند و نقش

سابقه بستری قبلی قابل تغییر نبود و در طول تحقیق ثابت بود سنجش پایایی لزومی نیافت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین برای بررسی روابط متغیرها آزمون آماری تی و آزمون مجذور کای در سطح معناداری ۹۵٪ و از نرم‌افزار SPSS ۷.15 استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی صورت گرفته در این پژوهش شامل: اخذ مجوز از مسؤولین بیمارستان، اخذ رضایتنامه کتبی از بیمار و خانواده او به طور مجزا و درج موافقت روان‌پزشک بیمار در پرونده به منظور شرکت در تحقیق بوده است. ضمناً کدهای ۲۶ گانه کمیته اخلاق در پژوهش کشوری رعایت گردید و خانواده‌ها و مددجویان این آزادی را داشتند که هر موقع تمایل داشتند از تحقیق خارج شوند به طوری که از ۵۶ نمونه بررسی شده ۸ مورد به همین علت از پژوهش خارج شدند و تحقیق با ۴۸ نمونه ادامه یافت.

یافته‌ها

مهم‌ترین یافته‌های پژوهش به شرح ذیل می‌باشد:

۱ - میانگین سن مددجویان در دو گروه ۲۹ سال بود، آزمون تی، بین میانگین‌های سنی مددجویان دو گروه رابطه معنادار آماری نشان نداد، بدین معنی که دو گروه از این جهت با هم مشابه (جور) می‌باشند ($p=0/961$) (جدول شماره ۱).

۲ - از نظر وضعیت تأهل ۲۲ نفر از مددجویان گروه آزمون (۹۱/۴٪) مجرد و ۲ نفر (۸/۶٪) متأهل بودند، میزان متأهلین گروه شاهد هم به همین میزان بود، آزمون مجذور کای از این نظر بین دو گروه تفاوت معنادار آماری نشان نداد، و از این جهت دو گروه مشابه می‌باشند ($p=1/000$) (جدول شماره ۱).

۳ - از نظر سابقه بستری قبلی کلیه ۲۴ مددجویی گروه آزمون سابقه بستری قبلی داشته‌اند (۱۰۰٪) در گروه شاهد ۲۲ نفر (۹۱/۷٪) سابقه بستری قبلی و ۲ نفر قبلاً بستری نشده بودند. آزمون مجذور کای بین دو گروه از این نظر تفاوت معناداری را نشان نداد ($p=0/489$) (جدول شماره ۱).

۴ - از نظر میزان مشارکت خانواده‌ها در مراقبت‌های مددجویان یافته‌های پژوهش نشان داد که در

جامعه پژوهش شامل مددجویان اسکیزوفرنیک مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی در سال ۱۳۸۴ بودند معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن خانواده، سن ۲۰-۴۵ سال و فقدان عقب‌ماندگی ذهنی و اعتیاد و صرع، همچنین این که بیماری آن‌ها مزمن نشده باشد و بستری اول و یا دوم آن‌ها در بیمارستان باشد، بود. مددجویانی که دارای معیارهای ورد بودند به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل جای گرفتند، مجموع نمونه‌های پژوهش در دو گروه شامل ۵۶ مددجوی اسکیزوفرنیک بود، که تعداد ۸ نفر از آن‌ها به علت مسایلی مانند تشخیص اولیه نادرست و عدم رضایت خانواده برای ادامه تحقیق کنار گذاشته شدند و در مجموع ۴۸ بیمار بررسی شدند که به طور تصادفی ۲۴ نفر در گروه آزمون و ۲۴ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند.

مداخله پژوهش برای گروه آزمون پس از ترخیص از بیمارستان، شامل انجام مراقبت‌های پرستاری در منزل (ارزیابی مددجو، آموزش به مددجو و خانواده او، مداخله در محیط، بررسی داروها و عوارض آن، مشاوره با خانواده، ارجاع به روان‌پزشک و سایر اقدامات مراقبتی) بوده است که این مراقبت در منزل هر ۱۵ روز یک بار به مدت ۳ ماه بوده است. که هر مددجو در طی ۳ ماه ۶ نوبت خدمات مراقبت در منزل را دریافت نمود و در مجموع مددجویان گروه آزمون ۱۴۴ بار خدمات مراقبت در منزل با جزییات ذکر شده را دریافت نمودند برای گروه کنترل این مداخله انجام نگردید و روش جاری شامل تعیین وقت جهت مراجعه مددجو به درمانگاه روانی برای ادامه درمان‌ها انجام گشت و در پایان ۳ ماه دو گروه از نظر میزان بستری مجدد مقایسه شدند، هر دو گروه مددجویان ۳ ماه دیگر پیگیری شدند و در پایان شش ماه مجدداً از نظر بستری مجدد مقایسه گردیدند. به طوری که مواردی که به طور مجدد بستری می‌شدند اسامی آن‌ها به عنوان مثبت ثبت می‌گردید.

ابزار پژوهش در حقیقت شامل ثبت موارد بستری مجدد با پرسشنامه‌ای مختصر با ۶ متغیر متشکل از سن، وضعیت تأهل، تشخیص، سابقه بستری قبلی، میزان مشارکت خانواده در مراقبت‌ها و موارد بستری مجدد بود. که توسط ده تن از اساتید صاحب‌نظر مورد بررسی و از نظر محتوی مورد تأیید قرار گرفت. و با توجه به این که متغیرهای تحقیق شامل سن، تشخیص، وضعیت تأهل،

ولی میزان بستری مجدد در گروه شاهد ۲۵٪ (۶ نفر از ۲۴ نفر) بوده است و در فاصله شش ماه پس از ترخیص میزان بستری مجدد در گروه آزمون ۲۱٪ (۵ نفر از ۲۴ نفر) و در گروه شاهد ۴۶٪ (۱۱ نفر از ۲۴ نفر) بوده است که آزمون مجذور کای با بیش از ۹۹٪ اطمینان این تفاوت را معنادار نشان داد ($p=0/002$) (جدول شماره ۳).

گروه آزمون میزان مشارکت خانواده در مراقبت‌ها بیشتر از گروه شاهد بوده است و خدمات مراقبت در منزل مشارکت خانواده‌ها را در مراقبت‌ها افزایش داده است. آزمون مجذور کای این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان داد ($p=0/0007$) (جدول شماره ۲).

۵ - یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد در فاصله سه ماه از ترخیص در گروه آزمون بستری مجدد اتفاق نیافتاد

جدول ۱: جدول توزیع فراوانی و مقایسه متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

SIG	DF	آماره	گروه شاهد	گروه آزمون	سن
۰/۹۶۱	۴۶	$t=-0/050$	۲۹/۹۶	۲۹/۸۸	
۱	۱	$\chi^2=0$	۲ (۸/۳٪)	۲ (۸/۳٪)	متأهل بودن
۰/۴۸۹	۱	$\chi^2=21/075$	۲۲ (۹۱/۷٪)	۲۴ (۱۰۰٪)	سابقه بستری داشتن

آزمون مجذور کای = χ^2 آزمون تی = t

جدول ۲: جدول توزیع فراوانی و درصد نسبی وضعیت مشارکت خانواده‌ها در دو گروه آزمون و شاهد

مشارکت خانواده	مشارکت کامل	مشارکت متوسط	عدم مشارکت	جمع سطر
گروه آزمون	۱۳ (۵۴/۲٪)	۷ (۲۹/۲٪)	۴ (۱۶/۷٪)	۲۴ (۱۰۰٪)
گروه شاهد	۳ (۱۲/۵٪)	۱۴ (۵۸/۳٪)	۷ (۲۹/۲٪)	۲۴ (۱۰۰٪)
جمع ستون	۱۶ (۳۳/۳٪)	۲۱ (۴۳/۸٪)	۱۱ (۲۲/۹٪)	۴۸ (۱۰۰٪)

$\chi^2=9/954$ ($p=0/007$)

جدول ۳: جدول توزیع فراوانی و درصد نسبی بستری مجدد در نمونه‌های پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

میزان بستری مجدد	تعداد و درصد بستری مجدد پس از ۳ ماه	تعداد و درصد بستری مجدد پس از ۶ ماه	جمع سطر
گروه آزمون	۰ (۰٪)	۵ (۲۱٪)	۵ (۲۱٪)
گروه شاهد	۶ (۲۵٪)	۱۱ (۴۶٪)	۱۱ (۴۶٪)
جمع ستون	۶ (۲۵٪)	۱۶ (۶۷٪)	۱۶ (۶۷٪)

($p=0/002$)

بحث

همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد، فرضیه پژوهش اثبات گردید و خدمات مراقبت پرستاری در منزل می‌تواند از عود بیماری پیشگیری نماید، لذا پیگیری مددجویان اسکیزوفرنیک پس از ترخیص و استمرار مراقبت‌ها در منزل یک نکته کلیدی در کاهش بستری مجدد بیماری می‌باشد. یافته‌های این تحقیق با نتایج چان، مک کنزی و تین فونگ (۲۰۰۰) که در تحقیقی نیمه تجربی از نوع قبل و بعد وضعیت روانی و عملکرد روانی ۶۲ بیمار که خدمات پرستاری منزل دریافت کرده بودند بررسی نموده و نشان دادند که وضعیت روانی و عملکرد

رفتاری و اجتماعی بیماران نسبت به قبل از مداخله بهبود داشته است و از نظر آماری معنادار بوده است و همچنین با نتایج تحقیقات کیوری (۱۹۸۱)، زاندر (۱۹۸۸)، دیویس (۱۹۹۲)، مک و گو (۱۹۹۶) و جوری (۱۹۹۸) که نشان دادند مراقبت‌های پرستاری در منزل بر بهبود وضعیت روانی و عملکرد رفتاری و اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن مؤثر است، هم‌خوانی دارد (۱۲).

همچنین مطالعات کمپمن و همکاران (۲۰۰۳) که طی یک دوره ۴ ساله روی پیگیری ۴۱ بیمار اسکیزوفرنیک انجام شد نشان داد که خدمات پیگیری پس از ترخیص به صورت انجام ویزیت در منزل توسط پرستار

پرستاری در منزل را انجام می‌دهند شامل درمانگاه‌ها، کلینیک‌ها، مراکز بهداشتی، پایگاه‌های بهداشتی، خانه‌های بهداشت که خدمات مراقبت پرستاری در منزل را انجام می‌دهند معرفی و یا ارجاع می‌شوند (درست همان‌گونه که یک بیمار جسمی پس از ترخیص از بیمارستان جهت انجام فیزیوتراپی به مؤسسات مربوطه ارجاع می‌شود) (۱۶).

در این پژوهش طول مدت بستری پس بستری مجدد بررسی نگردید بدین معنی که بیمارانی که بستری مجدد می‌شوند آیا بستری مجددشان از نظر طول مدت بستری در دو گروه متفاوت می‌باشد یا خیر؟ و همچنین میزان وخامت علایم روانی نیز به هنگام بستری مجدد مورد بررسی قرار نگرفته است که از محدودیت‌های این پژوهش بوده است همچنین در این تحقیق خدمات مراقبت در منزل از طریق واحد بیمارستانی ارایه گردید. و لازم است در تحقیقات آتی این دو نوع روش مورد مطالعه و مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتیجه کلی این که خدمات مراقبت پرستاری در منزل می‌تواند تا حد زیادی از بستری مجدد پیشگیری نموده و میزان مشارکت خانواده‌ها را در مراقبت از مددجویان نشان افزایش دهد و از تحمیل هزینه‌های بستری مجدد به مددجویان و خانواده‌ها جلوگیری کند و به آن‌ها کمک نموده تا هزینه کمتری را متحمل شوند، زیرا با شناسایی به موقع تغییر علایم در بیمار، کنترل استمرار داروها، عوارض دارویی، آموزش خانواده و مددجو در منزل که نهایتاً منجر به مداخله به موقع و ارجاع بیمار جهت تعویض دارو و یا تغییر دوز آن به روان‌پزشک ارجاع می‌گردد، می‌توان جلوی بستری شدن مجدد را گرفت و در نهایت هزینه‌های ناشی از بستری کاسته شده و خانواده بیمار از پرداخت هزینه حداقل یک ماه بستری در بیمارستان در هر نوبت بستری مجدد معاف خواهد شد. و پیشنهاد می‌گردد با توجه به کمبود تخت روان در کشور و توجه به این امر که اکثر بستری‌ها تکراری می‌باشند، با ارایه خدمات مراقبت پرستاری در منزل و پیشگیری از بستری مجدد، تاحدی مشکل کمبود تخت را حل نمود.

هر ۲-۴ هفته یک بار می‌تواند کاهش معناداری را در طول مدت بستری و عود ایجاد نماید به طوری که ۵۰٪ بیماران نیاز به بستری مجدد نداشتند و بقیه بیماران کاهش معناداری را در طول مدت بستری شان نشان دادند (۱۳).

در مطالعه دیگری که توسط ردا و همکاران (۲۰۰۱) انجام شد نشان داد که پیگیری تلفنی به عنوان یک خدمت پس از ترخیص غیبت بیماران را جهت ویزیت در درمانگاه کاهش می‌دهد. هر چند که پیگیری تلفنی به عنوان یکی از مداخلات تحقیق حاضر در بسته خدمات مراقبت پرستاری در منزل انجام گردید ولی اثر آن به طور مجزا اندازه‌گیری نشد و نیاز است در آینده مورد توجه قرار گیرد (۱۴).

همچنین در مطالعه دیگری که توسط فنتون و همکاران (۱۹۷۹) بر روی ۱۵۸ بیمار روانی انجام گردید دو روش ویزیت در منزل و بستری در بیمارستان با یکدیگر مقایسه شدند و دو گروه در یک، سه، شش و یکسال بعد از مداخله بررسی و مقایسه شدند، نتایج این تحقیق نشان داد که میانگین روزهای بستری در بیمارستان در گروه ویزیت در منزل ۱۴/۵ روز و در گروه شاهد ۴۱/۷ روز بوده است که نشان‌دهنده کاهش معنادار در تعداد روزهای اقامت در بیمارستان در روش ویزیت منزل بوده است (۱۵).

نتایج پژوهش‌های انجام شده به طور کلی با یافته‌های پژوهش حاضر تطابق داشته و نشان می‌دهد که در ایران نیز ارایه این گونه خدمات می‌تواند منجر به کاهش بستری مجدد و عود گردد.

در این تحقیق خدمات پرستاری مراقبت در منزل به شیوه مبتنی بر بیمارستان ارایه گردید که نیاز است توضیح کوتاهی راجع به انواع این خدمات داده شود. خدمات مراقبت پرستاری در منزل بر پایه بیمارستان (Hospital Based Home Care Services) حالتی است که واحدی زیر نظر واحد پرستاری در بیمارستان تشکیل می‌گردد، پرونده مددجویان پس از ترخیص به این واحد ارجاع می‌گردد و پرستاران بر اساس روتین بیمارستان و یا بنا به تجویزی که در برگه خلاصه ترخیص آمده است خدمات را برای بیمار برقرار می‌نمایند. و خدمات مراقبت پرستاری مبتنی بر جامعه (Community Based Home Care Services) حالتی است که در آن روش مددجو به مؤسسات خصوصی، مانند دفاتر مشاوره و خدمات پرستاری در منزل و سایر مراکزی که خدمات

تشکر و قدردانی

از کلیه مسؤولین محترم مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی، همکاران محترم روان پزشکی،

روان پرستار، نقلیه، مددجویان محترم و خانواده‌های آنان که بدون همکاری و مساعدت آن‌ها انجام این تحقیق ممکن نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1 - Fallahi khoshnab M, The effect of multiple dimension rehabilitation model on the rate of the recurrences of the chronic schizophrenia. Journal of Shahid Sadooghi University of Yazd. 2003; 28-38.
- 2 - Fallahi Khoshknab M. The effect of psychiatric nursing care at home on the psychiatric status of the schizophrenic patients. Rehabilitation Journal. 2005; 39: 75-79.
- 3 - Noorbala A. Evaluation the psychiatric status of the 15 years and over people in Islamic republic of Iran in 1998. Hakim Journal. 2002; 81(5): 1-10.
- 4 - Mohammadi M. Epidemiology of psychiatric disorders in Iran. Hakim Journal. 2003; 6(1): 55-64.
- 5 - Fallahi khoshknab M. The effect of entertain therapy on the psychiatric status of the schizophrenic patients. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2007; 3: 232-237.
- 6 - Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to after care and rehospitalization among psychiatric inpatients. J Psychiatric Services. 2003 Sep; 54(9): 1271-6.
- 7 - Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predicators of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. Psychiatric service. 1994; 47: 487-496.
- 8 - Stuart G.W, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 7th edition. .c.v: Mosby Co; 2001. P. 843-68.
- 9 - Lego S. Psychiatric Nursing: A Comprehensive Approach. Philadelphia: J.B. Lippincott Co; 1996.
- 10 - Homan, et al. Rehabilitation nursing. 2th edition. Mosby Co; 1996. P. 145-78.
- 11 - Kaplan H, Sadok B. Comprehensive text book of Psychiatry. 6th edition, William & Wilkins Co; 1995. P. 130-133.
- 12 - Chan S, Mackenzie A, Tinfung D. An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing services. Journal of Advance Nursing. 2000; 3(1): 146-54.
- 13 - Kampman O, Illi A, Poutanen P, Leinonen E. Four years outcome in non-compliant schizophrenic patients treated with or without home based ambulatory outpatient care. Eur Psychiatry. 2003 Feb; 18(1): 1-5.
- 14 - Reda S, Makhou S. Prompt to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst rev. 2001; (2): CD002085.
- 15 - Fenton FR, Tessier L, Struening EL. A comparative trial of home and hospital care, One year follow up. Arch Gen psychiatry. 1979; 3: 1073-9.
- 16 - Fallahi Khoshknab M, Kaldi A.R. The effect of continuing home nursing services in the prevention of recurrences among schizophrenic patients in Tehran. Middle East Journal of Nursing. Dec 2007: 23-25.

Home care effectiveness in preventing rehospitalization of acute schizophrenic patients

Fallahi Khoshknab¹ M (Ph.D) - Khankeh² HA (Ph.D) - Mohammadi³ F (Ph.D) - Hosaini⁴ MA (Ph.D) - Rahgou⁵ A (MSc.) - Ghazanfari⁶ N (BSc.).

Introduction: Frequent rehospitalization is one of the complications in treatment of schizophrenic patients. The present study was design to determine the effectiveness of home care service in preventing rehospitalization of schizophrenic patients.

Methods: A semi-experimental study was conducted with 48 schizophrenic patients who were randomly allocated in two groups of intervention and control (20 patients in each group). Home care services after discharge were delivered to the intervention group for three months. Control group received routine services included appointing a date for next visit at psychiatric clinic. Both groups were followed up for six months, after discharge. They were compared for their rate of rehospitalization. Chi square and Student's t-test were used to analyze the data.

Results: The results revealed that rate of rehospitalization after three month follow up was %25 (6 of 24 patients) in control group and zero in interventional group which was significantly different ($P<0.001$). Six months later, the rate turned to %21 (5 of 24 patients) in intervention group and %46 (11 of 24 patients) in control group which was significantly different ($P=0.002$) as well.

Conclusion: Home care after discharge reduces rehospitalization of schizophrenic patients.

Key words: Schizophrenia, Nursing, Home care, Rehospitalization

1 - Corresponding author: Assistant Professor, Faculty Member, Nursing department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

e-mail: msflir@yahoo.com

2 - Assistant Professor, Faculty Member, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

3 - Assistant Professor, Faculty Member, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

4 - Assistant Professor, Faculty Member, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

5 - Assistant Professor, Faculty Member, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

6 - Registered Nurse, Razi psychiatric Center.