

طراحی مدل پرستاری توانبخشی روانی چند بعدی در مراقبت

از بیماران اسکیزوفرنیا

دکتر مسعود فلاحي خمشکتاب^۱ - دکتر سادات مداح^۲ - دکتر سعید شاملو^۳ - دکتر حیدر علي عابدي^۴ - دکتر غلامرضا بابايي^۵

چکیده

بیماریهای روانی و بالاخص اسکیزوفرنیا، ماهیتی ناتوان کننده، عود کننده و مزمن شونده دارند و یکی از مسایل جوامع کنونی هستند که کشورها هزینه زیادی را جهت درمان و توانبخشی آنها متحمل می شوند، در کشور ایران هم مانند سایر کشورها این مشکل وجود دارد. بیماریهای روانی تحت تأثیر فرهنگ می باشند که باید در درمان و توانبخشی به آنها توجه نمود. روشهای موجود در درمان و توانبخشی در ایران، برگرفته از شیوه های پیشنهادی و رایج در کتب غربی بوده و آنها هم بطور کامل اجرا نمی گردد، لذا پژوهشگران تلاش نموده اند مدلی که مطابق با واقعیت های موجود در کشور و فرهنگ مردم ایران باشد جهت توانبخشی بیماران اسکیزوفرنیک طراحی نمایند. در طراحی مدل پژوهشگران از روش تحقیق کیفی از نوع تئوریهای پایه ای استفاده نموده اند، مشارکت کنندگان شامل ۱۵ نفر از متخصصین روانپزشکی، روانپرستاری، روانشناسی، کاردرمانی، مددکاری و بیماران بودند. اطلاعات با استفاده از مصاحبه باز که روی نوار ضبط می شد، جمع آوری گردید و پس از چند بار مکتوب نمودن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های پژوهش نشان داد که متغیر اصلی «فراگیر نبودن» خدمات مراقبتی، درمانی و توانبخشی می باشد و از طرفی این خدمات تمام ابعاد وجودی انسان را نمی پوشاند. نتیجه این تلاش با توجه به متغیر اصلی طراحی مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرن بود که با توجه به واقعیت های موجود فرهنگی در کشور ایران از جمله اعتقادات و باورهای مذهبی و... اطلاعات جمع آوری شده و طراحی گردید. از جمله ویژگیهای این مدل می توان توجه به مددجو و خانواده مددجو، بجای «بیماری مددجو»، نقش فعال مددجو و خانواده را بجای نقش منفعل فعلی، مشارکت مددجو و خانواده را در فرایند درمان و توانبخشی، توجه به آموزش مهارتهای اجتماعی، ارتباطی و مراقبت از خود علاوه بر دارو درمانی و توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی و معنوی را نام برد. همچنین آموزشها به شیوه های فردی و گروهی برای مددجو و خانواده او، در نظر گرفته می شود و درمان و توانبخشی برخلاف مدل فعلی، پس از ترخیص در منزل و جامعه ادامه می یابد.

واژه های کلیدی: پرستاری، روانپرستاری، پرستاری توانبخشی، توانبخشی روانی، اسکیزوفرنی، توانبخشی اسکیزوفرنی

مقدمه

یکی از مسائل و مشکلات جامعه متمدن امروزی بیماریها و اختلالات روانی می باشند بطوری که سال ۲۰۰۱ از طرف سازمان جهانی بهداشت به نام سال بهداشت روانی نامگذاری گردیده است و شعار آن تحت عنوان «بهداشت روان: غفلت بس است، مراقبت کنیم» انتخاب شده است. نگاهی به میزان شیوع بیماریهای روانی بخوبی مؤید این حقیقت می باشد این معضل نیاز به تحقیق و توجه خاص دارد (۱۱).

۱- عضو هیأت علمی گروه آموزش پرستاری (توانبخشی روانی)

۲- استادیار گروه پرستاری

۳- استادیار روانشناسی بالینی

۴- استادیار گروه پرستاری

۵- استادیار گروه آمار حیاتی

۶- دانشجو دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴ : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

۵ : دانشگاه تربیت مدرس

مبلغ بالغ بر ۱۰۰ بیلیون دلار در سال می رسد که بالاترین رقم هزینه های مستقیم و غیرمستقیم در ارتباط با اسکیزوفرنی می باشد^(۵).

Keltner (۱۹۹۹) میزان شیوع اسکیزوفرنیا را در جمعیت بالای ۱۷ سال ۱/۱ درصد ذکر می نماید^(۶) و ادامه می دهد که اسکیزوفرنیا یک واژه تشخیصی است که توسط افراد متخصص روانی بکار میرود و یک اختلال روانپریشی را توصیف می کند که با اختلال تفکر و ادراک حسی (توهم و هذیان) و پسرقت در اعمال روانی اجتماعی مشخص می شود^(۷).

Haber, Judith (۱۹۹۷) ذکر می نماید از بین مبتلایان به بیماری روانی تعدادی مکرراً دچار عود می شوند و مقاوم به درمان بوده و تبدیل به بیماران روانی مزمن می شوند و ذکر می نماید تعداد بیماران روانی مزمن در آمریکا بین ۱/۷ تا ۲/۴ میلیون نفر بوده که از این بین ۳۵۰ تا ۸۰۰ هزار نفر مبتلا به نوع سخت و مقاوم به درمان هستند^(۸).

در ایران میزان مبتلایان بیماری روانی مانند سایر نقاط دنیا می باشد بطوری که در آمار ذکر می گردد یک درصد از جمعیت عمومی در ایران (۶۰۰۰۰۰ نفر) نیاز به خدمات بستری در بیمارستان دارند در صورتیکه تعداد تختهای موجود روانی در کشور حدود ۶۰۰۰ تخت می باشد (۱۰) و به این ترتیب بیش از ۵۹۰۰۰۰ بیمار در جامعه و محیط خانواده ها نگهداری می شوند. و این در شرایطی است که ۶۸ درصد مددجویان روانی بستری شده در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی بعنوان بزرگترین مرکز بستری مددجویان روانی در ایران تکراری می باشند. با این وصف افزایش تخت های روانی نه کافی و نه عملی می باشد. بلکه باید ب فکر توانبخشی مددجویان روانی بود تا میزان عودها و بستری مجدد ناشی از عود کاهش یابد.

مشکلات بیماران و خانواده های اسکیزوفرنی فراوان بوده از جمله آنها می توان عود بیماری، مزمن شدن، طرد از جامعه و پدیده بی خانمانی را نام برد بطوری که اکثر بیماران اسکیزوفرن بارها و بارها بطور مکرر در بیمارستانهای مختلف بستری شده و در نهایت تبدیل به بیماران مزمنی می شوند که دچار پسرقت شدید اجتماعی بوده و قادر به ادامه زندگی بطور مستقل

تقریباً یک پنجم جوانان دنیا از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می برند. رایبیز میزان شیوع کلی اختلالات روانی را در طول یک سال ۲۰ مورد از هر ۱۰۰ نفر جمعیت عادی ذکر می نماید^(۹) از این بیماریها، بیماری اسکیزوفرنی دارای جایگاه خاصی است زیرا که مبتلایان به آن، نیاز به مراقبت، حمایت، بستری و توجه بیشتری را دارند و از طرفی می توانند برای خود، اطرافیان و جامعه خطرناک جلوه نمایند^(۱۰).

اهمیت این بیماری از دیدگاه اقتصاد سلامت در این است که مبتلایان اسکیزوفرنی نیاز به خدمات بستری و طولانی مدت دارند که این خدمات هزینه بسیاری را برای کشورها در بر دارد. Kaplan (۱۹۹۵) در این مورد ذکر می کند که از بین بیماران روانی بیشترین بیماران که منجر به بستری و اشغال تخت می گردند، بیماران اسکیزوفرنیک می باشند و ذکر می نماید در ایالات متحده آمریکا میزان شیوع اسکیزوفرنی تا ۱/۵ درصد می باشد، مؤسسه ملی بهداشت روانی آمریکا (NIMH) (National Institute of Mental Health) در گزارشات خود میزان شیوع اسکیزوفرنی را ۱/۳ در صد اعلام نموده است^(۱۱).

حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از جمعیت عمومی اسکیزوفرنی در هر سال تحت درمان قرار می گیرند اگر چه دو سوم آنها به بستری شدن در بیمارستان نیاز دارند و فقط نیمی از همه بیماران اسکیزوفرنی علی رغم شدت بیماری تحت درمان قرار می گیرند^(۱۲).

هابر (۱۹۹۷) معتقد است اسکیزوفرنیا دارای یک شیوع ثابت در طی ۵۰ سال گذشته بوده است و سن ابتلا را ۱۵ تا ۴۵ سالگی ذکر نموده و سن شروع بیماری را اواخر دوره نوجوانی و یا اوایل دهه بیست و میانگین شروع را ۱۹ سالگی بیان می نماید. هر چند که زنان علائم را ۳ تا ۴ سال بعد از مردان بروز می دهند^(۱۳).

کاپلان (۱۹۹۴) می نویسد که حدود یک درصد از درآمد های ملی ایالات متحده صرف درمان بیماریهای روانی می شود (صرف نظر از اعتیاد به مواد مخدر) این مقدار در سال ۱۹۸۵ بالغ بر ۴۰ بیلیون دلار بوده است با افزایش هزینه های غیر مستقیم جامعه (از جمله از بین رفتن سازندگی و تولید) این

تعیین اجزای مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی
تعیین گستره مداخلات پرستاری در مدل طراحی شده.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کیفی Qualitative research

می باشد که پژوهشگران با استفاده از روش تحقیق کیفی از نوع «تئوریهای پایه ای» برای پاسخ به سئوالات پژوهش یعنی شناخت ماهیت و ساختار اصلی مراقبت در توان بخشی بیماریهای روانی استفاده نموده اند^(۱). برای درک ماهیت بیماری اسکیزوفرنی و تأثیر آن بر روی بیمار، کشف روش مراقبت و توان بخشی این بیماران و تعیین مفاهیم مدل پرستاری توان بخشی چند بعدی از روش تئوریهای پایه ای به شرح زیر استفاده گردید در این تحقیق روش جمع آوری اطلاعات شامل مشاهده همکاران و مراقبین در نحوه مراقبت، مصاحبه باز مطالعه متون موجود در کتب، مقالات، نوشته ها و گزارش ها بوده است.

سئوالات مصاحبه پیرامون مفهوم بیماری اسکیزوفرنی، مفهوم مراقبت از بیماران اسکیزوفرن، مفهوم توانبخشی روانی و روش مراقبت بوده است. سئوالات مصاحبه پس از تایید اساتید راهنما و مشاور توسط اساتید دانشگاههای خارج کشور در نهایت مورد تأیید با هر یک از مشارکت کننده ها یک یا دو جلسه ۹۰ دقیقه ای مصاحبه توسط پژوهشگر انجام گردید.

نمونه های پژوهش

در تحقیقات کیفی نمونه های پژوهشی با استفاده از روشهای نمونه گیری انتخاب نمی شوند ولذا به آنها «مشارکت کنندگان» می گویند که با توجه به سه اصل زیر انتخاب می شوند:

- ۱- آگاه و دارای دانش کافی در زمینه موضوع باشد.
- ۲- تجربه کافی در مورد موضوع تحقیق داشته باشد.
- ۳- تمایل به در اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود داشته باشند.

در این تحقیق تعداد ۱۵ نفر از افراد تیم توان بخشی که شرایط فوق را دارا بودند جهت مصاحبه دعوت شدند. مصاحبه

نیستند، این بیماران حتی پس از توانبخشی به دلیل برجسب خوردن بعنوان بیمار روانی جایگاهی در اجتماع نداشته و معمولاً مورد طرد جامعه قرار می گیرند و از طرفی وجود این بیماران در محیط خانواده منجر به دگرگونی نظام، ساختار و ارتباطات درون خانواده می گردد که در نهایت به دلیل عدم درک خانواده از شرایط بیمار جایگاه خود را در خانواده نیز از دست داده و خانواده ها به دنبال بستری دائم آنها در مراکز نگهداری می باشند. با توجه به موارد ذکر شده ملاحظه می گردد که اسکیزوفرنی یک بیماری زیست روانی اجتماعی Bio-Psychosocial بوده و بر روی ابعاد مختلف شخصیتی فرد تأثیر می گذارد، لذا توانبخشی این مددجویان باید در تمام ابعاد متأثر شده انجام گردد.

Carson (۱۹۹۶) می نویسد انسان دارای چند بعد بوده که طبق آخرین مدلها انسان دارای چهار بعد (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) فرض شده است. امروزه پرستاران با استفاده از تئوریها و مدلهای مختلف به مراقبت و درمان بیماران می پردازند^(۲).

مطالعه حاضر با توجه به موارد مطرح شده در پی شناخت مدل مراقبتی موجود (مدل فعلی) در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی بوده و سپس با استفاده از روش کیفی، راه حلهایی برای وضع موجود جمع آوری، تجزیه و تحلیل و منجر به طراحی مدلی شده است که با فرهنگ ایران سازگار بوده و قابلیت کاربرد در مراقبت از مددجویان روانی این مرز و بوم را خواهد داشت به گونه ای که بتوان توسط بکارگیری آن، عود، مزمن شدن، بستری مجدد را کاهش داد و از طرفی مددجو را در راه رسیدن به استقلال در مراقبت از خود و فعالیتهای روزمره زندگی ارتقا داد. هدف کلی این مطالعه طراحی مدل مراقبتی در توانبخشی روانی چند بعدی بیماران اسکیزوفرنی می باشد که اهداف عینی زیر مورد نظر قرار گرفت:

توصیف، تعریف و شناخت و ساختار اصلی اصول مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی.

تعیین مفاهیم اصلی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی.

۲. توجه به کار گروهی (تیمی) و همکاری همه جانبه تمام اعضای تیم توانبخشی
۳. استفاده از مشارکت خود مددجو، خانواده مددجو و درگیر نمودن جامعه در پروسه توانبخشی
۴. تداوم استمرار و پیگیری درمانها و توانبخشی در منزل و خانواده در جامعه
۵. حمایت خانواده مددجو در مراحل درمان و توانبخشی
۶. ایجاد نظام و شبکه ارجاع و پیگیری برای درمان و توانبخشی
۷. آموزش و تغییر در نگرش مددجو، خانواده مددجو و جامعه به منظور عدم طرد او از خانواده و جامعه.
۸. فعال کردن پرستاران به عنوان نیروی هماهنگ کننده اصلی فعالیت های تیم توانبخشی

ب- مفاهیم مربوط به افراد و اعضای مرتبط در امر توانبخشی

۱. مددجو
 ۲. خانواده
 ۳. جامعه
 ۴. اعضای تیم درمان و توانبخشی (روانپزشک، روانپرستار، کاردرمانگر روانی، روانشناس، مددکار اجتماعی).
- ج - متغیر اصلی در نا کار آمدی درمان و توانبخشی بیماران روانی اسکیزوفرنیک
- با توجه به اطلاعات حاصله از مصاحبه ها، کدبندی ها و مفاهیم بدست آمده و توسعه مفاهیم، نتیجه گرفته شد که متغیر اصلی Core variable در توان بخشی بیماران اسکیزوفرنیا فراگیر نبودن (عدم توجه به تمام ابعاد) و یا عدم فراگیری می باشد که این عدم فراگیری در جنبه های زیر است:
- ۱- عدم فراگیر بودن مداخلات درمانی: بدین معنی که از درمانهای دارویی و شوک استفاده می شود و سایر درمانهای غیرارگانیک تقریباً مورد استفاده قرار نمی گیرد.
 - ۲- عدم فراگیر بودن بخشی: توانبخشی در بعضی جنبه ها انجام و در اکثر جنبه ها مانند توانبخشی در مهارتهای ارتباطی، مهارتهای اجتماعی، مراقبت از خود، فعالیت های روزمره زندگی انجام نمی گردد.

شوندگان شامل: ۳ روانپزشک، ۲ مددکار اجتماعی، ۲ کاردرمانگر، ۲ نفر روانشناس بالینی، چهار نفر پرستار و روان پرستار و یک نفر بیمار اسکیزوفرن و خانواده های آنها بوده اند.

یافته های پژوهش

به منظور جمع آوری داده ها در هنگام مصاحبه با شرکت کنندگان کلیه مطالب روی نوار ضبطی می گردید و در مرحله بعد کلیه نوارها بصورت مکتوب نوشته شد سپس چندین بار مصاحبه های مکتوب بازخوانی شد تا در مرحله مفهوم سازی Concept formation آشنایی کامل و جامع با داده ها کسب گردد. سپس اقدام به کد گذاری داده ها شد (ذکر همه آن کدها در این مقاله امکان پذیر نمی باشد. در مرحله دوم کدهای استخراج شده مرحله اول دسته بندی شده و به ۱۶ گروه مفهوم اصلی تقسیم بندی گردید به گونه ای که هر چند کد از ۱۸۱ کد در یکی از این دسته ها قرار گرفت و نهایتاً برای بار دیگر تا آنجا که مقدور بود در هم ادغام گردید و به سه دسته اصلی به شرح ذیل تبدیل گردیدند:

۱. موارد ضروری و مورد نیاز جهت توانبخشی بیماران اسکیزوفرنیک (دارو، درمان، طرح درمان، توانبخشی، شکل، حرفه، آموزش و ...).
۲. عناصر، افراد و نیروی انسانی و روش کار آنها جهت توانبخشی بیماران (تیم درمان، تیم توانبخشی، اعضای تیم پرستار، خانواده، جامعه، قانون، ارتباط اعضای تیم و ...).
۳. مسائل و مشکلات موجود جهت توانبخشی بیماران اسکیزوفرنی (عود بیماری، مزمن شدن، ناتوانی، مارک خوردن، طرد، مؤسسه زدگی، عدم تمکین درمان، قطع درمان، مشکلات اقتصادی، مسکن، تحصیل، شغل و ...). در گام بعدی مفاهیم بدست آمده توسعه داده شد و دو دسته مفاهیم اصلی مورد توجه قرار گرفت.

الف - مفاهیم کاری و عملکردی

هشت مفهوم اصلی که از نتایج حاصل گردید شامل موارد زیر است:

۱. توجه به تمام ابعاد وجودی مددجو (چند بعدی کار کردن)

۳- عدم فراگیر بودن وعدم انسجام طرح درمانی:

در روش موجود (سنتی)، طرح درمانی وجود ندارد بلکه هر یک از درمانگران بنا به تخصص خود اهدافی در نظر گرفته و عمل می نمایند.

۴- عدم فراگیر بودن مراقبت ها: مراقبت ها بیشتر در جنبه جسمی (داروئی، عوارض داروها) و تاحدی روانی انجام می گردد. و بعد اجتماعی و معنوی در مراقبت ها در نظر گرفته نمی شود.

بکار می رود (نمودار ۱) دارای ویژگیهایی به شرح زیر است:

محور کار: بیماری مددجو

شیوه کار: فردی

هدف: کاهش در علائم بالینی و بهبودی نسبی

روش طراحی اهداف: فردی و بعضاً به شکل روتین عمل می شود.

۵- عدم فراگیر بودن در استمرار مراقبت: مراقبت ها در بیمارستان و مراکز انجام می گردد و بعد از ترخیص، مراقبت ها در منزل و جامعه پیگیری نمی شود، لذا استمرار ندارد.

ارتباط اعضا: بسیار ضعیف و یا در حد لزوم و به شکل ارتباطات

۶- عدم فراگیر بودن فعالیت های اعضای گروه درمان و ارتباط آنها با یکدیگر: اعضای تیم درمان با یکدیگر ارتباط نداشته و در جهت توانبخشی با یکدیگر همکاری و فعالیت تیمی ندارند بلکه هر کدام در راستای شرح وظایف بطور مجزا کار می کنند، ارتباطات در حد گزارش دهی، ثبت در پرونده و یادخواست مشاوره و غیره می باشد.

نمودار ۱: مدل مراقبت از بیماران اسکیزوفرن در وضعیت فعلی (روش سنتی)

رسمی بوده و بعضاً هم ارتباطی وجود ندارد

طرح درمان توانبخشی: وجود ندارد

اقدامات درمانی و توانبخشی: محدود بوده و بیشتر شامل

درمانهای داروئی می باشد.

تکیه: بر درمان می باشد و کمتر به توانبخشی توجه می گردد. با استفاده از مفاهیم دریافت شده از طریق توسعه مفاهیم و مفاهیم مربوط به اجزای مراقبت، توانبخشی و افراد دخیل مدلی تحت عنوان: «مدل مراقبتی پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی» طراحی گردید که اختصاصات و ویژگیهای آن به شرح ذیل است:

۷- عدم فراگیر بودن آموزش: آموزش خانواده و مددجو حداکثر در حد نحوه خوردن دارو می باشد و لذا فراگیری در آموزش های لازم وجود ندارد.

۸- عدم فراگیر بودن و استفاده از مشارکت خانواده و خود مددجو: در توان بخشی موجود خانواده و مددجو نقش منفعلی داشته و مشارکت سازمان یافته و مؤثر ندارند.

۹- فراگیر نبودن هدف درمان و توانبخشی: در مدل جاری هدف درمان و توانبخشی بهبودی نسبی علائم می باشد نه استقلال و خود کفائی بیمار و اداره نمودن خود، لذا هدف هم فراگیر نمی باشد.

با توجه به شناخته شدن متغیر اصلی «عدم فراگیر بودن» در جنبه های ۹ گانه فوق، به بیان اختصاصات مدل مراقبتی موجود در درمان و توانبخشی بیماران اسکیزوفرنی تحت عنوان روش جاری (سنتی) می پردازیم.

۳- مدل‌های متکی بر نوع و تعداد فراهم کنندگان و ارائه کنندگان خدمت Providers centered models (نیروی انسانی)
 ۴- مدل‌های متکی بر فعالیتهای گروهی و تیمی Collaborative efforts and team models
 هومن (۱۹۹۶) مدل‌های متکی بر فعالیتهای تیمی و گروهی را به سه مدل تقسیم می نماید:

اختصاصات مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی (فراگیر) در مراقبت از مددجویان اسکیزوفرنی

در مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی (فراگیر) اختصاصات زیر موجود است: (نمودار ۲)

محور کار: مددجو و خانواده مددجو
شیوه کار: گروهی (تیمی)

هدف: خودکفا نمودن بیمار در کلیه جنبه ها و ابعاد وجودی (فردی، اجتماعی، ارتباطی، رفتاری، مراقبت از خود، فعالیتهای روزمره و...) همراه با آموزش، حمایت و درگیر کردن خانواده در امر مشارکت در مراقبت از مددجو.

روش طراحی اهداف: بصورت جلسات تیمی و با حضور کلیه اعضای تیم

ارتباط اعضا: بسیار قوی و در جریان دقیق پیشرفت‌ها و همچنین مشکلات مددجو هستند.

طرح درمان و توانبخشی: از ابتدا طراحی می شود و تا پس از ترخیص استمرار می یابد.

اقدامات درمانی و توانبخشی: کلیه درمانها و روشهای درمانی

و توانبخشی ارگانیک و غیر ارگانیک و آموزش مددجو + آموزش به خانواده مددجو + بازدید منزل و ارائه خدمات در منزل و....

انسجام روش ها: بطور کامل وجود دارد، و هماهنگی با نقش فعال پرستار بعنوان هماهنگ کننده تیم

تکیه: بر مددجو و خانواده مددجو با هدف استقلال و خودکفائی مددجو در امور روزمره زندگی

نمودار ۲: مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی (فراگیر) در مراقبت از مددجویان اسکیزوفرنی

۱- مدل‌های چند بخشی: Multidisciplinary models: در این مدلها اعضای تیم با یکدیگر در جهت بهبود مددجو تلاش می نمایند این اعضا با یکدیگر ارتباط دارند و کلید اصلی این مدل ارتباط اعضا با یکدیگر است^(۳).

۲- مدل‌های درون بخشی Interdisciplinary models: در این مدلها اعضای تیم علاوه بر اینکه با هم ارتباط دارند بطور مشترک با یکدیگر طرح درمان و توانبخشی را برای بیمار طراحی می نمایند با یکدیگر همکاری نزدیک داشته و همگی اعضا علاوه بر ارتباط، اهداف مشترک که در جلسات گروهی تعیین می شود، دارند و در جهت نیل به آنها حرکت می کنند. کلید اصلی این نوع مدلها داشتن همکاری و اهداف مشترک علاوه بر ارتباط نزدیک می باشد.

بحث و نتیجه گیری

مدل‌های مراقبت در پرستاری توانبخشی Rehabilitation nursing care Models به طور کلی به چهار دسته تقسیم می شود:

۱- مدل‌های متکی بر نیازهای مددجو Client centered models

۲- مدل‌های متکی بر موقعیت های مکانی و فضا Setting centered models

در مدل طراحی شده شیوه کار گروهی بوده، اهداف درمان و توانبخشی، و طرح درمان و توانبخشی در جلسات تیمی با مشارکت خانواده و مددجو و اعضای تیم طراحی می گردد. در صورتی که در مدل سنتی فعلی هریک از اعضای تیم جداگانه برای خود اهدافی را در نظر گرفته و طرحی برای درمان می ریزند و معمولاً سایرین از فعالیت آنها باخبر نمی باشند. از این نظر مدل طراحی شده با مدل بین بخشی هومن تشابه دارد. در مدل طراحی شده ارتباط و همکاری بین اعضای تیم وجود دارد و همپوشانی وظایف بین پرستار، عنوان نیروی فعال ۲۴ ساعته که بیشترین اوقات را با بیمار سپری می نماید و سایر اعضای تیم در نظر گرفته شده است. در صورتیکه در مدل سنتی موارد فوق الذکر بسیار ضعیف می باشد، در مقایسه با مدل‌های هومن حالتی بین مدل بین بخشی و میان بخشی می باشد زیرا در مدل بین بخشی همپوشانی وظایف وجود نداشته و در مدل میان بخشی همپوشانی وظایف بین اعضای تیم موجود است. در مدل طراحی شده فقط بین پرستار و اعضای تیم همپوشانی وظایف وجود داشته و سایر اعضای تیم (بجز پرستار) با یکدیگر همپوشانی در وظایف ندارند. در این مدل جدید مداخلات ارائه شده، همه جانبه بوده و شامل کلیه مداخلات درمانی و توانبخشی ارگانیک و غیر ارگانیک می باشد و آموزش مددجو و خانواده به شیوه های فردی و گروهی و در جلسات مشترک با حضور مددجو و خانواده مددجو در منزل و بیمارستان و مراکز روزانه از اهمیت والایی برخوردار است، و تاکید بر روی آموزش مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی، مراقبت از خود و سایر فعالیت‌های روزمره زندگی وجود دارد، در صورتیکه در مدل سنتی فعلی تاکید بر درمان دارویی و سایر درمان‌های ارگانیک مثل تشنج درمانی الکتریکی و... می باشد. در مدل‌های پیشنهادی هومن با توجه به اینکه مخصوص دسته خاصی از بیماران نمی باشد در این مورد توضیحی داده نشده است.

در مدل مراقبتی توانبخشی روانی فراگیر (چند بعدی)، مداخلات از بدو اولین تماس و برخورد با مددجو آغاز شده و تا بعد از ترخیص مددجو از بیمارستان یعنی در منزل و جامعه استمرار می یابد لذا در این بعد هم فراگیر می باشد در صورتیکه در مدل

۳- مدل‌های میان بخشی Transdisciplinary models: مدل‌هایی هستند که اعضای تیم علاوه بر ارتباط و همکاری و داشتن اهداف مشترک در درمان و توانبخشی با یکدیگر همپوشانی overlap در وظایف دارند تا از تکرار های بیهوده جلوگیری شود^(۳).

اطلاعات بدست آمده در تحقیق نشان می دهد که در مدل فعلی (جاری) درمان و توانبخشی مددجویان اسکیزوفرن در هیچ یک از سه مدل تیمی ذکر شده نمی گنجد و فقط کمی شبیه به مدل چند بخشی است با این تفاوت که کلید اصلی مدل فوق ارتباط می باشد در صورتیکه در مدل فعلی حتی اعضای تیم ارتباط چندانی با هم ندارند، تنها بین بیمار و اعضای تیم رابطه آنهم به هنگام ضرورت وجود دارد و اعضای تیم با یکدیگر ارتباط چندانی ندارند و فقط ارتباط ضعیفی بین «روانشناس با روانپزشک»، «پرستار با روانپزشک»، «پرستار با کاردرمان و مددکار» بصورت رسمی و گاهی غیر رسمی و البته نه در رابطه با طرح درمان و توانبخشی مددجویان وجود دارد و بهرمرغه ارتباطات اعضای تیم با یکدیگر در حد رفع امورات روزمره می باشد.

در مدل طراحی شده تاکید بر روی استقلال و خودکفایی بیمار در امور روزمره زندگی و افزایش و ارتقای توانایی هایش می باشد در صورتیکه در مدل سنتی موجود تاکید فقط بر بهبود علائم نسبی می باشد، و در مدل‌های پیشنهادی «هومن» با توجه به اینکه خاص بیماران اسکیزوفرنیک نمی باشد در این مورد توضیحی داده نشده است.

در مدل طراحی شده مساله فراگیری ارائه خدمات درمانی و توانبخشی کلیه ابعاد را دربر می گیرد در صورتیکه در مدل سنتی موجود ارائه خدمات بر پایه خدمات بیمارستانی می باشد. در مدل‌های هومن با توجه به اینکه به اعضای مختلف اشاره شده است لذا مساله چند بعدی بودن لحاظ گردیده است، گرچه اشاره ای به مشاور حقوقی و یا روحانی بعنوان اعضای تیم نگردیده است.

در مدل طراحی شده محور کار مددجو و خانواده مددجو می باشد، در صورتیکه در مدل سنتی موجود محور کار بیماری مددجو می باشد. در مدل‌های پیشنهادی هومن هم محور کار مددجو و خانواده او می باشند.

سنتی فعلی فقط خدمات در بیمارستان و مراکز ارائه می‌گردد و ارائه خدمات منوط به مراجعه مددجو به کلینیک‌ها و بیمارستانها می‌باشد.

نتیجه گیری

اینکه مدل طراحی شده با توجه به اطلاعات بدست آمده از متخصصین رشته های مختلف (کلیه اعضای تیم) و با در نظر گرفتن نیاز خانواده ها و مددجویان که همگی متعلق به این مرز و بوم هستند و اعتقادات و فرهنگ آنها که بر روی نحوه درمان و توانبخشی تأثیر می‌گذارد طراحی شده است و انتظار می‌رود کارآئی زیادی در پیشگیری از عود بیماری، توانبخشی و استقلال مددجویان، مشارکت و سهیم کردن مددجو، خانواده و جامعه داشته باشد که نیاز است این مدل در یک مطالعه کمی از نوع تجربی با گزیدن یک گروه آزمون، با مدل طراحی شده با آنها کار شود و همچنین با گزینش یک گروه شاهد که با مدل سنتی در آن فعالیت ادامه دارد. به بوتله آزمایش گذاشته شود و این دو مدل از نظر عواملی مثل: عود بیماری، تکرار بستری ها، میزان توانایی در مراقبت از خود، رضایت خانواده ها و مددجو، رضایت تیم در مان و توانبخشی با یکدیگر مقایسه گردند.

References

- 1- Burns N, Groove S.K. *Understandig nursing research*. 2th edit . Philadelphia. W.B. Sanders Co, 1999. -310.
- 2- Carson VB, Arnold EN: *Mental health nursing*. W.B. Sanders Co, Philadelphia, 1996: P-571.
- 3- Homan & et al. *Rehabilitation nursing*. 2th edit. Mosby Co. 1996: 28-33.
- 4- Haber Jet al : *Comrehensive psychiatric nursing*. 5th edit. C.V. Mosby Co. 1997: 570.
- 5- Kaplan H, Sadok B. *Synopsis of psychiatry*. 6th edit . William & Wilkins Co. 1994: 181-182.
- 6- Kaplan H, Sadok B: *Comrehensive text book of psychiatry*. 6th edition. William & Wilkins Co, 1995: 130 -133.
- 7- Keltner. L. Norman & et al: *Pychiatric nursing*. 3th edit. Baltimore Mosby year book Co. 1999.
- 8- Nieswiadomy RM: *Fundamental of nursing research*. 3th edit. Stamphord. Appelton & Lang Co, 1998.: 272.
- 9-AI – Adsani . A , Memon . A , Peneva . A, Baidas . G: Clinical epidemiology of acute myocardial infarction in Kuwait, *Acta Cardiology* 2000 , 55 (1) : 16-23

- ۱۰- پیش نویس پیشنهادی برنامه کشوری ساماندهی بیماران روانی، تهران. دبیرخانه ستاد ساماندهی بیماران روانی کشور. سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. آبان ۱۳۷۸. ص ۱۰
- ۱۱- نشریه سازمان جهانی بهداشت. *بهداشت روان گردآگرد جهان*. ترجمه شاه محمدی، داود. چاپ اول. تهران، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها. مرکز نشر صدا، ۱۳۸۰. ص ۳.
- ۱۲- ابل . جودی - راهنمای پژوهشی کیفی ملک افضلی حسینی چاپ اول تهران ۱۳۷۸ ، ص ۶۹