

بررسی تأثیر خدمات روانپرستاری مراقبت در منزل بر وضعیت

روانی بیماران اسکیزوفرنیک

دکتر مسعود فلاحی خشکناب

چکیده

هدف: افزایش هزینه‌های بستری در بیمارستان، دوری از خانواده و خطر ابتلا به عفونتهای بیمارستانی منجر گردیده است تا روز به روز خدمات مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرار گیرد. از طرفی در بیماریهای روانی طولانی مدت از جمله اسکیزوفرنیا به دلیل اینکه بهبودی در آینده نزدیک متصور نمی‌باشد لذا ادامه مراقبت‌ها باید در منزل انجام پذیرد. هدف این پژوهش بررسی تأثیر مراقبت در منزل بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک با سیر طولانی مدت بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع تجربی بوده است که در آن ۴۸ نفر مددجوی اسکیزوفرنیک بطور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل جای گرفتند (هر گروه ۲۴ نفر). مداخله پژوهش برای گروه آزمون پس از ترخیص از بیمارستان شامل مراقبت‌های پرستاری در منزل بود و برای گروه کنترل این مداخله انجام نگردید و روش جاری شامل مراجعه مددجو به درمانگاه روانی جهت ادامه درمانها انجام شد. دو گروه برای بررسی وضعیت روانی در هنگام بستری، هنگام ترخیص و سه ماه پس از ترخیص با پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس مختصر روانپزشکی BPRS مقایسه شدند. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون آماری تی مستقل و آزمون مجذور کای در سطح معنی داری ۹۵ درصد استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که وضعیت روانی مددجویانیکه خدمات مراقبت در منزل دریافت می‌کردند بهتر از گروهی بود که این مراقبت را دریافت نمودند و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P = ۰/۰۰۷$). نتیجه‌گیری: خدمات مراقبت پرستاری در منزل برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مؤثر می‌باشد و می‌تواند به بهبود وضعیت روانی آنها منجر گردد.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا / پرستاری / مراقبت در منزل / عود

دکترای آموزش پرستاری، «توانبخشی روانی و روانپرستاری»، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۳/۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۵/۱۷

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۶

* E-mail: msflir@yahoo.com



مقدمه

اختلالات روانی یکی از معضلات جوامع بشری می باشد که روز بروز در حال افزایش است. شیوع کلی این اختلالات را ۲۰ درصد در جمعیت عادی تخمین زده اند. بندرت در آمریکا خانواده‌ای یافت می شود که با بیمار روانی سر و کار نداشته باشد (در بعضی از مواقع زندگی). از هر سه نفر امریکایی بالغ یک نفر دارای تشخیص اختلالات روانی هستند و بطور کلی در هر زمان ۲۰ درصد مبتلا به بیماریهای روانی هستند (۱).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۹ آمار مبتلایان به اختلالات روانی عمده را ۸۱۳ تا ۸۲۳ میلیون نفر عنوان کرده که حدود ۱۴ درصد جمعیت جهان می باشد (۲). همین سازمان در سال ۲۰۰۱ اعلام می کند که از هر ۴ نفر یک نفر در مقطعی از زندگی خود به اختلالات روانی و عصب شناختی دچار می گردد (۳).

شمس علیزاده و همکاران (۱۳۸۰) در زمینه آمار بیماریهای روانی در سطح جهان به نقل از کاپلان و سادوک تعداد بیماران اسکیزوفرنیک را حدود ۶۰ میلیون نفر در جهان تخمین می زند (۴).

در ایران بر اساس مطالعه همه گیری شناسی بیماریهای روانی در سطح کلیه استانها که توسط بوالهروی و همکاران در سال ۱۳۷۶ انجام گردید، میزان شیوع بیماریهای روانی در سطح کشور ۱۲/۶ درصد گزارش شد (۵).

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 درصد افراد مورد مطالعه مشکوک به بیماری روانی گزارش شدند (۶).

در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۰) در زمینه همه گیری شناسی اختلالات روانپریشکی در ایران که با هدف برآورد شیوع اختلالات روانپریشکی در جمعیت بالای ۱۸ سال انجام گرفت و در آن ۲۵۱۸۰ نفر با پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) توسط ۲۵۶ کارشناس و کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ارزیابی شدند، میزان شیوع اختلالات روانپریشکی ۱۷/۱ درصد گزارش گردید (۷).

آمار فوق مؤید این مسئله است که این معضل نیاز به تحقیق دارد. تمام بیماریهای روانی از جمله اختلالات اضطرابی، وسواس، افسردگی ها، اختلالات شخصیت و بالاخص سایکوزها و در این بین اسکیزوفرنیا، ماهیت طولانی شونده داشته و نیاز به مراقبت و توانبخشی طولانی مدت دارند. بیماریهای روانی بالاخص سایکوزها و اسکیزوفرنیا دارای خصایصی از جمله عود، ازمان و ایجاد ناتوانی در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، تحصیلی و ... می باشند.

هر سه خصوصیت فوق منجر می گردد که توجه بیشتری به پیشگیری سطح سوم و یا توانبخشی این بیماران بنماییم. وقتی صحبت از ادامه درمان و توانبخشی می شود نقش پرستاران در این امر قابل توجه می گردد. بیماریهای روانی طولانی مدت نیاز به مراقبت طولانی مدت بطور سریایی، بستری و یا حالاتی مابین این دو دارد. اکثر این بیماران بدلیل سیر ازمان بیماری دچار فقر اقتصادی و پدیده بی خانمانی می شوند، بطوریکه در گوشه و کنار خیابانها، پارکها و معابر عمومی بیتوته می نمایند (۸).

بیماریهای روانی علاوه بر درگیری فرد، خانواده مددجو را نیز تحت تأثیر قرارداد و حتی ساختار، عملکرد و وظایف خانواده را مختل نموده و در بسیاری موارد منجر به جدایی و طلاق می گردد. میزان عود بیماریهای روانی در حالت عادی ۶۷ درصد می باشد، بطوریکه 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 می باشد و بیمار پس از بهبود نسبی ترخیص می گردد. معمولاً بیماران اسکیزوفرنیک مدتی پس از ترخیص داروهای خود را قطع نموده و لذا بیماری عود می کند و منجر به بستری مجدد می گردد. بنظر می رسد این عودها بعلت عدم پیگیری بیمار و عدم استمرار مراقبت ها پس از ترخیص، از جمله خدمات مراقبت در منزل باشد (۸).

استوارت و سان دین (۱۹۹۵) می نویسند در سالهای اخیر نیاز خاصی به حضور سرویسهای بهداشتی روانی در منزل دیده می شود. افزایش هزینه های مراقبتی بهداشتی از یکسو و تغییر نگرش مبتنی بر جامعه نگر شدن خدمات بهداشتی از سوی دیگر در ایجاد و پرورش این فلسفه نقش مهمی دارند (۹).

لوگو (۱۹۹۶) ذکر می کند: خدمات مراقبتیهای روانی در منزل، استراتژی فراتر از حد درمان بیماران روانی می باشد. وی بنقل از بوکوالتر در این خصوص می گوید: مراقبت روانی در منزل جهت انتقال راحت از بیمارستان به جامعه بمنظور ارتقاء سطح عملکرد فرد در جامعه و کاهش بار اقتصادی و هزینه های ملی طراحی می شود (۱۰).

هومن (۱۹۹۶) معتقد است: طیف وسیعی از کادر بهداشتی درمانی خدمات خود را در منزل ارائه می دهند، ولی پرستاران ستون اصلی سیستم ارائه دهنده این خدمات را تشکیل می دهند و نقش عمده هماهنگی و ارائه خدمات بهداشتی در منزل را ایفا می کنند. ارائه خدمات مراقبت پرستاری در منزل که در حال حاضر در بسیاری از کشورها در حال اجرا می باشد، می تواند با توجه به پیشرفت تکنولوژی،



که تعداد ۸ نفر از آنها بعلت مسائلی مانند تشخیص اولیه نادرست (۲) مورد در بررسی مجدد توسط روانپزشک تشخیص اسکیزوفرنیا قطعی (نشد) و عدم همکاری خانواده‌ها برای ادامه تحقیق (۶ مورد در انجام برنامه بازدید منزل و... همکاری لازم را علی‌رغم تمایل اولیه نداشتند) کنار گذاشته شدند و ۴۸ بیمار باقی به روش تمام شمار وارد تحقیق شده و بررسی شدند که بطور تصادفی ۲۴ نفر در گروه آزمون و ۲۴ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند.

مداخله پژوهش: برای گروه آزمون پس از ترخیص از بیمارستان، مراقبت‌های پرستاری در منزل هر ۱۵ روز یکبار بمدت سه ماه انجام گردید. مراقبت‌های پرستاری ارائه شده در منزل شامل: ارزیابی وضعیت جسمی و روانی مددجو، آموزش به مددجو و خانواده مددجو در مورد بیماری و علائم آن و نیز داروهای مربوطه، مداخله در محیط، بررسی داروها و عوارض آن، مشاوره با خانواده، ارجاع به روانپزشک و سایر اقدامات مراقبتی بود. 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 وضعیت روانی مقایسه شدند.

ابزار پژوهش: شامل پرسشنامه دموگرافیک، و معیار مختصر روانپزشکی (BPRS) بود این ابزار در سال ۱۹۶۲ توسط اورال و گرهام ساخته شد و هدف سازندگان آن این بوده است تا وسیله‌ای عینی بسازند که ضمن سهولت کاربرد، جامعیت لازم در ارزیابی علائم بیماریها و مشکلات روانی را دارا باشد. از آن پس در بیشتر تحقیقات که به بررسی علائم آسیب‌شناسی روانی پرداخته‌اند و به ویژه در تحقیقات مربوط به اسکیزوفرنیا و علائم آن مقیاس مذکور استفاده شده است (۱۲).

این مقیاس در طی سالهای متمادی در ارزیابی روانی استفاده شده است و اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف از جمله فلمبان وزیمرمان، کاپلان و سادوک ۱۹۹۵، اورال و همکاران ۱۹۶۷، اورال و کلت ۱۹۷۲، دادس و اورال ۱۹۸۸ و میلر و فاستمن ۱۹۹۶ اثبات شده است (۱۳).

در ایران این معیار حداقل سه بار در تحقیقات بکاررفته است: یک مورد در تحقیق بررسی علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا توسط براتی سده در سال ۱۳۷۷، و یکبار توسط فرهادی و همکاران در تحقیق بررسی تأثیر کلوزاپین بر بهبود کیفیت اسکیزوفرنیا در سال ۱۳۷۸ و یک نوبت در تحقیق فلاحي و همکاران (۱۳۸۰) و اعتبار و پایایی آن اثبات گردیده است. در مطالعه فرهادی و همکاران ضریب توافق بین نمره‌گذاری مختلف بروی یک نمونه از بیماران روانپزشکی $r=0.72$ و ضریب پایایی در مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ $r=0.8$ برآورد شد. (۱۳-۱۵).

رشد روزافزون جمعیت و افزایش هزینه‌های درمانی و توانبخشی به عنوان راه حل مناسبی بمنظور کمک به آن دسته از مددجویانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه و خاص دارند مورد استفاده قرار گیرد. پرستاران در ارائه خدمات مراقبت پرستاری در منزل با شناخت همه جانبه‌ای که از مشکلات و مسائل مددجویان دارند، می‌توانند ضمن همراهی با بیمار و خانواده او در جهت گسترش برنامه‌های مراقبتی، درمانی، آموزشی و توانبخشی نقش مهمی را ایفا نمایند (۱۱).

امروزه افزایش هزینه‌های بستری در بیمارستان دوری از خانواده و خطر ابتلا به عفونتهای بیمارستانی منجر گردیده است تا روزبه‌روز خدمات پرستاری مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرارگیرد. از طرفی در بیماریهای طولانی مدت به دلیل اینکه بهبودی درآینده نزدیک متصور نمی‌باشد ادامه مراقبت‌ها در منزل مورد توجه قرار گرفته است. بیماریهای روانی طولانی مدت از جمله اسکیزوفرنیا نیز از این قضیه مستثنی نیست، بخصوص اسکیزوفرنیا باتوجه به اینکه ماهیت عودکننده و ناتوان‌کننده دارد، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد. بطوریکه همانطور که ذکر آن رفت، پس از ترخیص در صورت عدم پیگیری میزان عود ۶۷ درصد می‌باشد لذا اهمیت پیگیری بیماران بصورت استمرار مراقبت‌ها در منزل، در پیگیری و توانبخشی بیماران روانی طولانی مدت بالاخص اسکیزوفرنیا مشخص می‌گردد.

لذا این پژوهش، با طراحی تحقیقی در صدد بررسی تأثیر مراقبت پرستاری در منزل بر وضعیت روانی و عود بیماران اسکیزوفرنیک طولانی مدت در ایران می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع تجربی بوده و جامعه پژوهش شامل مددجویان روانی بستری شده در بخش‌های فعال (بخش‌هایی که بیماران پس از بهبود نسبی ترخیص می‌شوند) مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی بود. روش نمونه‌گیری: مددجویانیکه معیارهای ورود به پژوهش را بشرح ذیل داشتند:

۱- تشخیص اسکیزوفرنیا با توجه به تشخیص درج شده در پرونده توسط روانپزشک با توجه به معیارهای طبقه‌بندی چهارمین کتابچه تشخیصی آماری انجمن روانپزشکان آمریکا.

۲- داشتن خانواده

۳- سن ۲۰-۴۵ سال

۴- فقدان عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات همراه از جمله اعتیاد، صرع و... مجموع بیمارانیکه در بخشهای فعال بستری بودند و تمام معیارهای ورود به پژوهش را داشتند شامل ۵۶ نفر مددجوی اسکیزوفرنیک بودند،



یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات وضعیت روانی مددجویان که با آزمون معیار مختصر روانپزشکی (BPRS) انجام شد، در هنگام بستری در گروه آزمون ۵۰/۲۷ و در گروه شاهد ۴۹/۲۹ بوده است که آزمون تی بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معنی‌دار نشان نداد بدین معنی که در هنگام بستری دو گروه با هم مشابه بوده‌اند ($p=0/726$) (جدول ۴).

گروه	تعداد	میانگین نمره	T-val	DF	SIG
آزمون	۲۴	۵۰/۳۷			
شاهد	۲۴	۴۹/۲۹	۰/۳۵۲	۴۶	۰/۷۲۶

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در هنگام ترخیص که مجدداً وضعیت روانی مددجویان ارزیابی گردید، میانگین نمرات گروه آزمون ۳۰/۶۴ و میانگین نمرات گروه شاهد به ۳۴/۰۸ کاهش یافته است. این کاهش در گروه آزمون حدود ۲۰ نمره و گروه شاهد حدود ۱۵ نمره است. برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمون تی انجام گردید که با بیش از ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار بود ($P=0/041$) (جدول ۵).

گروه	تعداد	میانگین نمره	T-val	DF	SIG
آزمون	۲۴	۳۰/۴۶			
شاهد	۲۴	۳۴/۰۸	۲/۱۰۳	۴۶	۰/۰۴۱

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که سه ماه پس از ترخیص که مجدداً مددجویان دو گروه ارزیابی شدند، میانگین نمرات گروه آزمون ۳۰/۸۳ و گروه شاهد ۴۱/۳۳ تعیین گردید. مقایسه این میانگین‌ها با نمرات میانگین‌های هنگام ترخیص نشان می‌دهد که در گروه آزمون نمره هنگام ترخیص ۳۰۹/۰۶۴ بانمره سه ماه بعد از ترخیص ۳۰/۰۸۴ تقریباً مشابه می‌باشد و وضعیت روانی در این گروه ثابت باقی مانده و بهبودی استمرار یافته است و در گروه شاهد میانگین نمرات وضعیت روانی ۴۱/۳۳ می‌باشد که نسبت به زمان ترخیص افزایش ۶ نمره‌ای داشته است که نشانگر پسرقت مددجو از نظر روانی می‌باشد. آزمون تی برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه در ارزیابی سه ماه پس از ترخیص انجام گردید که با بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار بود ($p=0/007$) (جدول ۶).

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین برای بررسی روابط متغیرها آزمون آماری تی مستقل (T.TEST Independent)، تی زوج (Paired T.TEST) و آزمون مجذور کای (Chi-Squire) در سطح معنی‌داری ۹۵ درصد استفاده گردید.

یافته‌ها

مهمترین یافته‌های پژوهش به شرح ذیل می‌باشد:

میانگین سن مددجویان در دو گروه ۲۹ سال بود. آزمون تی، بین میانگین‌های سنی مددجویان دو گروه رابطه معنی‌دار آماری نشان نداد، بدین معنی که دو گروه از این جهت با هم مشابه (جور) می‌باشند (جدول ۱).

متغیر سن	تعداد	میانگین	T- val	DF	SIG
آزمون	۲۴	۲۹/۸۸			
شاهد	۲۴	۲۹/۹۶	-۰/۰۵۰	۴۶	۰/۹۶۱

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 معنی‌دار آماری نشان نداد و از این جهت دو گروه مشابه می‌باشند ($P= 1/000$) (جدول ۲).

گروه	مجرد	متأهل	جمع
گروه آزمون	۲۲ (۹۱/۷٪)	۲ (۸/۳٪)	۲۴ (۱۰۰٪)
گروه شاهد	۲۲ (۹۱/۷٪)	۲ (۸/۳٪)	۲۴ (۱۰۰٪)
جمع	۴۴ (۹۱/۷٪)	۴ (۸/۳٪)	۴۸ (۱۰۰٪)

از نظر سابقه بستری قبلی کلیه ۲۴ مددجوی گروه آزمون سابقه بستری قبلی داشته‌اند (۱۰۰٪). در گروه شاهد ۲۲ نفر (۹۱/۷٪) سابقه بستری قبلی داشته و ۲ نفر قبلاً بستری نشده بودند. آزمون مجذور کای بین دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P= 0/916$) (جدول ۳).

گروه	سابقه بستری	سابقه بستری منفی	جمع
گروه آزمون	۲۴ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۲۴ (۱۰۰٪)
گروه شاهد	۲۲ (۹۱/۷٪)	۲ (۸/۳٪)	۲۴ (۱۰۰٪)
جمع	۴۶ (۹۵/۸٪)	۲ (۴/۲٪)	۴۸ (۱۰۰٪)



در این شیوه واحدی زیر نظر واحد پرستاری در بیمارستان تشکیل می‌گردد، پرونده مددجویان پس از ترخیص به این واحد ارجاع می‌گردد و پرستاران براساس روتین بیمارستان و یا بنا به تجویزی که در برگه خلاصه ترخیص آمده است خدمات را برای بیمار برقرار می‌نمایند. خدمات مراقبت پرستاری مبتنی بر جامعه (Home Care Services) (Community Based).

در این روش مددجو به مؤسسات خصوصی، مانند دفاتر مشاوره و خدمات پرستاری در منزل و سایر مراکزی که خدمات پرستاری در منزل را انجام می‌دهند شامل درمانگاهها، کلینیکها، مراکز بهداشتی، پایگاههای بهداشتی و 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).

نتیجه‌گیری

نتیجه کلی اینکه با برقراری خدمات مراقبتی پس از ترخیص از جمله مراقبتهای پرستاری در منزل می‌توان تا حد زیادی به مددجویان و خانواده‌های آنها کمک نمود تا علائم بیماری را کنترل نموده و در جهت بهبود وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک گامهای مؤثری برداشت.

قدردانی و تشکر

از کلیه مسئولین محترم مرکز روانپزشکی رازی، همکاران محترم روانپزشک، روانپرستار، روانشناس، مددکار اجتماعی، نقلیه، مددجویان محترم و خانواده‌های آنان که بدون همکاری و مساعدت آنها انجام این تحقیق ممکن نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

- 1- 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.
- 2- WHO. WHO and European commission in the field of mental health. WHO press, 217, 1999: p 3.
- 3- سازمان جهانی بهداشت. گزارش بهداشت جهان. اندیشه و رفتار، ۷. ضمیمه ۴. ۱۳۸۱. ۸۳-۸۲.
- 4- شمس علیزاده، ن. بوالهروی، ج. شاه محمدی، د. بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در یک روستای استان تهران. اندیشه و رفتار، ۷(۱۰۲). ۱۳۸۰، ۲۶-۱۹.
- 5- احسان منش، م. همه‌گیری شناسی بیماریهای روانی در ایران: با زنگری برخی بررسی‌های انجام شده. اندیشه و رفتار، ۶(۴). ۱۳۸۰، ۵۹-۴۵.
- 6- نوربالا، ا. محمد، ک. باقری یزدی، ع. یاسمی، م. بررسی سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پژوهشی حکیم، ۱(۱۵). ۱۳۸۱، ۱۰-۱.
- 7- محمدی، م. و همکاران. همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. مجله علمی پژوهشی حکیم، ۱(۱). ۱۳۸۲، ۶۴-۵۵.
- 8- فلاحي خشکتاب، م. طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیک. تهران. دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۰. (رساله دکتری تخصصی)

جدول ۶ جدول توزیع فراوانی و مقایسه میانگین‌های وضعیت روانی مددجویان					
سه ماه پس از ترخیص					
گروه	تعداد	میانگین نمره	T-val	DF	SIG
آزمون	۲۴	۳۰/۸۳			
شاهد	۲۴	۴۱/۳۳	۲/۴۸۰	۴۶	۰/۰۰۷

بحث

همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد، خدمات مراقبت پرستاری در منزل می‌تواند منجر به بهبودی وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک گردد، لذا پیگیری مددجویان اسکیزوفرنیک پس از ترخیص و استمرار مراقبت‌ها در منزل یک نکته کلیدی در کنترل 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 در منزل دریافت کرده بودند را 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 معنی دار 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 طولانی مدت مؤثر است، همخوانی دارد (۱۶).

خدمات مراقبت پرستاری در منزل به شیوه‌های گوناگون قابل ارائه می‌باشد که مهمترین شیوه‌ها به شرح ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد: خدمات مراقبت پرستاری در منزل بر پایه بیمارستان (Care Services) (Hospital Based Home).

منابع

- 9- Stuart GW, Laraia M.T. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 7th edition. c.v. mosby co.2001. p 843-68.
- 10- Lego S. Psychiatric Nursing: A Comprehensive Approach. J.B. Lippincott co.1996.
- 11- Homan, et al. Rehabilitation nursing.2th edition. Mosby Co.1996.p-145-78.
- 12- Kaplan H, Sadok B. Comprehensive text book of Psychiatry.6th edition. William& Wilkins Co, 1995. P130-133.
- ۱۳- براتی سده، ف. بررسی علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی در افراد اسکیزوفرنیایی و رابطه آنها با یکدیگر، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۷۷. (پایان نامه کارشناسی ارشد)
- ۱۴- فرهادی، ی. و همکاران. بررسی تأثیر کلوزاپین بر بهبود بیماران اسکیزوفرنیک. تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۷۶ (طرح پژوهشی)
- ۱۵- فلاحي خشکتاب، مسعود تأثیر کاربرد مدل توانبخشی چند بعدی بر میزان عود بیماران اسکیزوفرنیک طولانی مدت، مجله علمی پژوهشی دانشگاه شهید صدوقی یزد، پاییز ۱۳۸۱.
- 16- 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.