

بررسی مشکلات و میزان تمایل خانواده جهت پذیرش و نگهداری بیماران روانی در منزل پس از ترخیص از بیمارستان های روان پزشکی شهرستان مشهد

*نوشین پیمان^۱، منیژه بهرامی^۲، یوسف ستایش^۳، محمد واحدیان^۴

^۱دانشجوی دکتری آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس و عضو هیئت علمی دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت،

^۲کارشناس پرستاری، ^۳عضو هیئت علمی دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت (مشاور آمار)

خلاصه

مقدمه: بررسی اسناد به جای مانده نشان می دهد که پدیده بیمار روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و نگرش و برخورد جامعه با آن همواره در حال تحول و دگرگونی بوده است. شروع مشکلات روانی و اثرات سوء آن در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی با رشد جمعیت و شهرنشینی رو به افزایش بوده و هیچ قوم و ملتی از ابتلاء به این اختلالات در امان نمی باشد. با توجه به این که مشارکت خانواده ها در مراقبت و توانبخشی بیماران روانی به عنوان یک عامل کلیدی در درمان موفقیت آمیز آنان در تمام دنیا امری پذیرفته شده است، این پژوهش طراحی شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به منظور تعیین مشکلات و میزان تمایل خانواده جهت پذیرش و نگهداری بیماران روانی در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در بیمارستان های روانی شهرستان مشهد طی سال های ۸۲-۱۳۸۰ انجام شده است. ۶۵۸ بیمار ترخیص شده از بیمارستان به روش نمونه گیری تصادفی ساده، انتخاب شدند و خانواده های آن ها با استفاده از پرسشنامه از پیش ساخته شده، مورد مصاحبه قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری آنالیز واریانس و مجذور کای استفاده شد ($P=0/000$).

نتایج: یافته های حاصل از پژوهش نشان داد ۲۳/۹ درصد خانواده ها تمایل "زیاد"، ۵۳/۸ درصد تمایلی در حد "متوسط" و ۲۲/۳ درصد خانواده ها نیز هیچ تمایلی به پذیرش بیمار نداشتند. همچنین در خانواده هایی که آگاهی بیشتری در مورد نحوه برخورد با بیمار و رضایت بیشتری در مورد برآورده شدن نیازهایشان توسط دولت و بیمارستان وجود داشته است ($P=0/02$)، میزان تمایل آن ها به پذیرش بیمار در خانواده بیشتر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که بین نوع سرپرستی، ارتباط بیمار با اعضای خانواده، علائم بیماری، میزان توانایی بیمار در انجام امور مربوطه به خود و خانواده، نوع واکنش خانواده به علائم با میزان تمایل خانواده به پذیرش ارتباط معنی داری وجود دارد.

بحث: با توجه به این که وجود مسائل و مشکلات در خانواده می تواند تأثیر جدی بر میزان پذیرش بیماران در خانواده و نهایتاً تأثیر بر بهداشت روانی جامعه داشته باشد. پیشنهاد می شود، در هنگام درمان و بازتوانی بیماران، آسیب شناسی خانواده ها نیز دقیقاً مورد ارزیابی قرار گیرد. به علاوه به منظور افزایش امنیت و پذیرش بیمار در خانواده، ایجاد امکانات و مشاوره های بهداشت روانی در جامعه لازم و ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: بیمار روانی، مشکلات خانوادگی - اجتماعی و درمانی بیمار روانی، میزان تمایل خانواده بیماران روانی به پذیرش بیمار

مقدمه

بررسی اسناد به جای مانده نشان می دهد که پدیده بیماری روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و نگرش و برخورد جامعه با آن همواره در حال تحول و دگرگونی بوده است (۱).

* مشهد - فلکه ملک آباد - دانشکده پیراپزشکی

تلفن تماس: ۵۱۱-۷۶۲۸۰۸۸

تاریخ وصول: ۸۳/۵/۱۱ تاریخ تایید: ۸۴/۱۱/۱۱

انجمن کالج پزشکان عمومی انگلستان بر این عقیده است که شکایت ۳۰٪ از بیمارانی که به اطبای عمومی مراجعه می نمایند، جنبه روانی دارند (۲).

این شاید به دلیل شناخت ناقصی باشد که درباره بیمار روانی و بیماری روانی وجود دارد، هر چند از سال ۱۷۹۳ فیلیپ پی نل مداوای انسانی بیماران روانی را آغاز نمود و بعدها نیز در اثر تلاش عده‌ای دیگر از جمله کلیفردیزر و آدولف میرز، تحولاتی در این امر صورت گرفت (۳،۴).

در ایران نیز در سال ۱۳۱۰ اولین متخصص اعصاب و روان در بیمارستان مشغول به کار گردید و در سال ۱۳۱۹ به تدریج تربیت و آموزش متخصص در بیماری های روانی آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشتی تشکیل شد و به تدریج مطالعه و پژوهش در زمینه مسائل روانی مورد توجه دست اندرکاران بهداشت روان قرار گرفت (۱).

مطالعات همه گیرشناسی در ایران که از سه دهه گذشته آغاز شده، دامنه شیوع اختلالات روانی را بین ۱۱/۷ تا ۴۳/۲ درصد در نوسان می داند و پیش بینی می شود که شیوع مشکلات روانی و اثرات سوء آنها در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی با رشد جمعیت و شهرنشینی رو به افزایش باشد (۱).

نوربالا و همکارانش در سال ۱۳۸۱ شیوع اختلالات روانی در کل کشور را ۲۱ درصد در افراد ۱۵ سال و بالاتر تخمین زده اند (۵). براساس تحقیقات انجام شده، حمایت های موجود در محیط می تواند در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی بیماران روانی نقش مؤثری داشته باشد و از بستری شدن های طولی المدت بیماران و هزینه های وارده بکاهد، از آن جمله تحقیقی است که توسط میدلبو^۱ در کپنهاک بر روی بیمارانی که طی پنج سال گذشته، سابقه بستری شدن طولانی در بیمارستان داشتند، انجام شد. در این پژوهش ۴۷ بیمار روانی در خانه های گروهی کوچک که دارای جوی بر اساس حمایت خانوادگی بود، مورد بررسی قرار گرفتند.

در شروع تحقیق نحوه برخورد آن ها با مسائل روزمره، علائم بیماری و نیز کیفیت زندگی آنان از طریق مصاحبه های سازمان یافته بررسی شد. عملکرد اجتماعی آنان نیز از طریق مصاحبه با کارکنان بررسی و ثبت گردید. بعد از گذشت ۱/۱ سال، مجدداً کلیه موارد بررسی، و نتایج مقایسه گردید. نتایج حاصله بیانگر این بود که ۸۳٪ بیماران ساکن در این مراکز، طی سال اول، بهبودی قابل توجهی را در کیفیت زندگی شخصی و تکامل اجتماعی و علائم بیماری در اثر تماس های حمایتی نشان داده بودند و با تداوم برنامه های حمایتی، کاهش علائم بیماری و بهبود تعاملات اجتماعی هر چه بیشتر دیده می شد (۶).

در اقدامی دیگر در همین زمینه، در سریلانکا بیش از ۵۰۰ بیمار که برای مدت طولانی در بیمارستان روانی بستری بودند، با استفاده از آموزش اجتماعی و درگیر کردن خانواده در امر مراقبت از آن ها، مورد بازتوانی قرار گرفتند (۱). در تحقیق بووی و مانتین^۲ بر روی بیماران مبتلا به دمانس نیز دیده شد که برخی جنبه های محیطی می تواند ایجاد کننده الگوهای رفتاری خاص باشد و شبکه اجتماعی که بیمار با آن در تماس است، می تواند در چگونگی رفتار وی موثر باشد (۷).

در اهمیت تأمین نیازهای اجتماعی خانوادگی بیماران تحقیقات دیگری نیز صورت گرفته، از آن جمله تحقیقی است که توسط موزر^۳ و همکارانش (۱۹۹۸) بر روی مدل های مراقبت اجتماعی در بخش روانپزشکی دانشکده پزشکی در هانور آمریکا انجام شد. مدل های مختلف مراقبت اجتماعی از اشخاص دارای بیماری روانی شدید مورد بررسی قرار گرفت و بر روی روش های مدیریتی اجرایی این مدل ها مطالعاتی صورت گرفت و نتایج ۷۵ مطالعه مرور شد. اغلب تحقیقات موفقیت هایی را در مورد دو مدل درمان اجتماعی مثبت (ACT) و مدیریت موردی ویژه (ICM)^۴ که با توجه به نیازیابی و احتیاجات خاص هر بیمار انجام می شود نشان دادند،

^۲- Bowie-P, Mountain-G ^۳-Mueser & et al ^۴Assertive community Treatment & Intensive case management

^۱- Middelboe-T

بودند که زمان ترخیص آن‌ها فرا رسیده بود. زیرا با بررسی چگونگی ارتباط و طرز تفکر افراد خانواده نسبت به یکدیگر، بهتری توان به وجود مشکلات در خانواده پی برد (۱۴).

در این پژوهش بعد از کسب اطلاع از تعداد بیماران ترخیص شده در سال ۷۹، با ضریب اطمینان ۹۵٪ ($\alpha = 0.05$) و توان آزمون ۹۰٪، حجم نمونه ۶۵۸ نفر برآورد گردید که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، از بین بیماران ترخیص شده انتخاب گردیدند و با خانواده‌های آنها با استفاده از پرسشنامه از پیش ساخته شده، مصاحبه به عمل آمد. محیط پژوهش شامل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود که بیماران روانی در آن بستری و پس از مدتی ترخیص می‌گردیدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه از پیش ساخته‌ای بود که به روش علمی تهیه و شامل مشخصات دموگرافیک، سؤالات مربوط به میزان تمایل خانواده بیماران روانی در مورد پذیرش و نگهداری آنان، مشکلات خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی خانواده‌های بیماران روانی و مشکلات درمانی آنان در نگهداری از بیمارانشان پس از ترخیص بود، که از طریق مصاحبه حضوری با خانواده بیماران که در حال ترخیص بودند و با بیمار در یک منزل زندگی می‌کردند، تکمیل شد. در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین اعتماد (پایایی) ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت دستیابی به نتایج و یافته‌های پژوهش ابتدا پرسشنامه‌ها کدگذاری شده و سپس داده‌های جمع‌آوری شده با برنامه نرم‌افزاری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و از آمار استنباطی برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی استفاده گردید.

به طوری که کاربردی بیماران با استفاده از این مدل‌ها، باعث می‌شود مدت اقامت در بیمارستان کاهش یافته و ثبات خانوادگی فرد ارتقاء یابد.

مخصوصاً در بیمارانی که از این خدمات به میزان زیادی استفاده کرده بودند، موفقیت بیشتری گزارش شد. همچنین این دو مدل اثراتی را نیز در بهبود علائم بیماری، کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی بیماران نشان داده‌اند (۹، ۱۰).

به طور کلی یک سیستم حمایتی قوی، می‌تواند آسیب‌پذیری در برابر بیماری روانی را کاهش داده و شانس بهبود را در صورت ابتلا افزایش دهد (۱۱).

به هر حال هر چند نوآوری در بهداشت روان در حال وقوع است، ولی هنوز اختلالات روانی مسئله‌ای نگران‌کننده هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه می‌باشد و هیچ قوم و ملتی از ابتلاء به اختلالات روانی در امان نیستند و از آن‌جا که مشارکت خانواده‌ها در مراقبت و توانبخشی بیماران روانی به عنوان یک عامل کلیدی در درمان موفقیت‌آمیز آنان در تمام دنیا امری پذیرفته شده است، بنابراین لازم است در همه کشورهای، ارائه خدمات بیشتر برای خانواده بیماران ایجاد و تقویت شود. و این نکته ضروری، که خانواده به عنوان نظام اصلی حمایتی بیمار، نیازمند حمایت و کمک می‌باشد، مورد توجه قرار گیرد (۱۲، ۱). فرانسین و گریباخ^۱ نیز فراهم نمودن سرویس‌هایی برای خانواده‌ها را به منظور مقابله با استرس‌های اضافی که در اثر مراقبت از بیمار دارای اختلال روانی ایجاد شده را ضروری دانسته‌اند (۱۳).

مواد و روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به منظور تعیین مشکلات و میزان تمایل خانواده جهت پذیرش و نگهداری بیماران روانی در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در بیمارستان‌های روانی شهرستان مشهد انجام شده است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل خانواده بیماران

^۱Friesen, Joanne. Griesbach, H

چگونگی واکنش خانواده به علائم مشکل زای بیمار ($P=0/006$)، همچنین نوع احساس خانواده در مورد ترخیص بیمار ($p=0/000$) و توانایی بیمار در انجام امور خانه ($p=0/000$) با میزان پذیرش بیمار توسط خانواده ارتباط معنی داری وجود داشته است.

در مورد مشکلات اجتماعی، اقتصادی خانواده‌های بیماران روانی و ارتباط آن با میزان پذیرش بیمار توسط خانواده آزمون آماری مجذور کای ارتباط معنی داری را بین سطح تحصیلات سرپرست خانواده و میزان پذیرش بیمار نشان داد ($P=0/000$). به طوری که کمترین میزان پذیرش مربوط به مواردی بوده است که سرپرست خانواده «بیسواد» بوده است (۴۴/۳۱ درصد)، در حالی که با افزایش سطح سواد سرپرست خانواده، میزان پذیرش نیز افزایش یافته است. همچنین این مسئله در مورد تحصیلات بیمار و میزان پذیرش او توسط خانواده‌ها نیز صادق بود، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات بیمار نیز میزان پذیرش آن‌ها توسط خانواده افزایش می‌یافت ($p=0/000$)، بین میزان درآمد ($p=0/005$) و شغل بیمار ($p=0/031$) نیز با میزان پذیرش او توسط خانواده ارتباط معنی داری دیده شد.

عامل مهم دیگری که نقش زیادی در میزان پذیرش بیمار توسط خانواده داشت، میزان رضایتی بود که توسط خانواده از نحوه عملکرد بیمارستان و دوایر دولتی در حمایت از بیمار ابراز می‌شد، به طوری که هر چه این میزان رضایت بیشتر گزارش شده بود، میزان پذیرش نیز بالاتر بود و ارتباط معنی داری بین این دو متغیر دیده شد ($p=0/026$).

در بررسی مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان پذیرش بیمار توسط خانواده برحسب طول مدت آخرین بستری، یافته‌ها نشان داد بین میانگین پذیرش بیماران پس از ترخیص با میانگین طول مدت آخرین بستری آن‌ها ارتباط معنی داری وجود دارد ($F=1/31$ و $P=0/000$) یعنی هر چه طول مدت آخرین بستری بیماران بیشتر باشد، پذیرش بیماران پس از ترخیص در منزل کمتر است.

به این ترتیب برای ارتباط بین میزان پذیرش و حمایت خانواده پس از ترخیص بیمار برحسب سرپرست خانواده، نوع رابطه بین بیمار و اعضای خانواده، علت مشکل بیمار با اعضای خانواده، علائم بیماری، چگونگی واکنش خانواده نسبت به علائم مشکل زای بیمار، علائم بیمار، علائم بیمار در آخرین بستری، احساس خانواده در مورد ترخیص بیمار، محل زندگی بیمار پس از ترخیص، توانایی بیمار در انجام امور خانه، میزان توجه به نظرات بیمار در تصمیم‌گیری‌های فامیلی، تحصیلات و شغل سرپرست بیمار، میزان تحصیلات، درآمد، شغل بیمار و توانایی در انجام کار خارج از خانه، مشکلات مالی خانواده و... از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد.

همچنین برای تعیین ارتباط بین طول مدت آخرین بستری بیمار و میزان پذیرش بیمار توسط خانواده از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش با خانواده ۶۵۸ بیمار مصاحبه به عمل آمد که از بین این بیماران، ۲۲۸ نفر زن (۳۴/۸ درصد) و ۴۳۰ نفر (۶۵/۲ درصد) مرد بوده‌اند، سن این بیماران بین ۱۵-۶۹ سال با میانگین سنی ۳۴/۵ سال می‌باشد. از نظر وضعیت تأهل ۳۶/۹ درصد مجرد، ۵۰/۶ درصد متأهل، ۱۰/۶ درصد مطلقه و ۱/۸ درصد یتیم بودند. بیشترین میزان تحصیلات آن‌ها در سطح ابتدایی و نهضتی (۳۳/۶ درصد) و کمترین میزان در سطح تحصیلات عالی (۵/۳ درصد) بود. ۴۸/۴ درصد با خانواده خود و ۴۵/۲ درصد با همسر و فقط درصد کمی با فرزندان و سایر خویشاوندان زندگی می‌کردند. خانواده بیشترین عامل مؤثر در عود مجدد علائم بیماری را عدم مصرف دارو توسط بیمار ذکر نموده است (۷۴/۴ درصد). بررسی یافته‌های پژوهش در مورد ارتباط برخی از متغیرهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی با میزان پذیرش بیمار توسط خانواده، گویای این بود که بین نوع سرپرستی ($p=0/00012$)، نحوه برقراری رابطه بیمار با اعضای خانواده ($p=0/000$)، عدم مصرف دارو توسط بیمار ($P=0/000$)، نوع علائم بیماری ($p=0/005$) و

بحث و بررسی یافته ها

کاپلان و همکاران عنوان نموده اند که پیدایش بیماری در یک عضو خانواده، سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. چون این امر مستلزم انطباق خود بیمار و سایر اعضای خانواده است. فرد بیمار غالباً ناگزیر از مدارا با فقدان کم و بیش خود مختاری، افزایش احساس آسیب پذیری و گاهی پذیرش رژیم های درمانی توان فرسا می باشد، وجود بیماری در خانواده معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره گیری آنان از یکدیگر می شود. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که بیشترین عاملی که در کاهش پذیرش بیمار توسط خانواده نقش داشته، مربوط به بروز و شدت علائم بیماری بوده است، به طوری که در مواردی که بیمار داروی خود را مصرف نکرده است، به دلیل بروز علائم بیماری، خانواده کمترین تمایل را به پذیرش او نشان داده است (۹/۸ درصد) و آزمون آماری مجذور کای نیز ارتباط معنی داری را در این باره نشان داده است ($P=0/000$) زیرا دارو می تواند شدت علائم بیماری را کاهش دهد و بسیاری از بیماران با استفاده از دارو به درجه ای از ثبات نایل می شوند که می توانند روابط خود را با خانواده و دیگران حفظ کرده و به کار ادامه دهند (۱۵). در تحقیق دیگری نیز که در زمینه ارتباط بین بینش و آگاهی با رفتار های اجتماعی در بیماران سرپایی با اختلالات شدید صورت گرفت، نشان داده شد که هر چه بینش و آگاهی بیمار بیشتر بوده است، مهارت های اجتماعی و خود آشکار سازی بیشتر شده، بیگانگی و در خود فرو رفتگی کمتر و شدت علائم و نشانه های بیماری کاهش می یابد (۱۶).

در بررسی ارتباط بین میزان توانایی بیمار در انجام کار خارج از منزل و میزان پذیرش او توسط خانواده نیز نتایج نشان داد، بیشترین میزان پذیرش زمانی صورت گرفته که خانواده میزان توانایی بیمار را «خوب» توصیف کرده است، آزمون آماری مجذور کای نیز ارتباط معنی داری را در این مورد نشان داده است ($P=0/000$)، کاپلان و سادوک نیز توانبخشی شغلی

را از نکات درمانی و حمایتی مهم قلمداد کرده و عنوان نموده اند مشاوره انفرادی یا گروهی شغلی، سبب بهبود روابط شخصی فرد، افزایش عزت نفس و یادگیری مهارت های شغلی جدید می شود. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می توانند از کارگاه های حمایت شده ای سود ببرند که در آن ها به کاری پردازند که متناسب با میزان کار آیی شان باشد (۱۷).

در زمینه کمک به اشتغال بیماران روانی کرودر^۱ و همکارانش تحقیقی را با هدف کمک به اشتغال بیماران با اختلال روانی شدید در سال ۲۰۰۱ انجام دادند، که نتایج تحقیق نشان داد فراهم کردن حمایت های شغلی برای بیماران می تواند موثرتر از آموزش های قبل از اشتغال در جهت ترغیب و آماده کردن آن ها برای ورود به رقابت های شغلی باشد (۱۸).

در بررسی نتایج میزان مشکلات مالی خانواده و ارتباط آن با نگهداری بیمار در منزل و میزان پذیرش او پس از ترخیص، یافته ها نشان دهنده این بوده است که هر چند خانواده مشکلات مالی بیشتری داشته است، تمایل کمتری به پذیرش بیمار نشان داده است، آزمون آماری مجذور کای نیز ارتباط معنی داری را در این مورد نشان داده است ($P=0/000$).

ساراستو و باربویی^۲ (۱۹۹۷) رابطه فقر و بیماری روانی را از طریق جمع آوری اطلاعات اپیدمیولوژیکی مقالات بین المللی که مسئله فقر را به عنوان یک عامل خطر برای رشد بیماری روانی و یک فاکتور پیش بینی کننده در نتیجه بیماری های روانی و یک فاکتور پیش بینی کننده در نتیجه بیماری های روانی مطرح کرده بودند، مورد بررسی قرار دادند، نتایج این بررسی نشان داد که عنصر فقر یک عامل خطر در بین افراد در رابطه با وضعیت روانی بیمار می باشد و نتایج منفی به همراه دارد، به همین جهت به کارگیری دانش و تکنولوژی مناسب در این مورد، ضروری به نظر می رسد (۱۹)، از آن جا که به منظور ارائه خدمات مناسب به این بیماران و ارتقاء سطح زندگی آنان، نیازمند شناخت هر چه بیشتر هنجارهای فرهنگی

^۱Ruth E Crowther

^۲Saracento-B; Barbui-C

اجتماعی، انتظارات، تضادهای اجتماعی و محرومیت های آنان می باشیم، همکاری متخصصین رشته های مختلف در انجام تحقیقات کمی و کیفی، می تواند در این امر رهگشا باشد (۲۰). در بررسی نظرات خانواده در مورد امکانات مورد نیاز جهت بیمار پس از ترخیص از بیمارستان، بیشترین درصد یعنی ۹۴/۱٪، خواستار دسترسی مرتب به روانپزشک و مراکز درمانی و دارو پس از ترخیص از بیمارستان بودند. درمان سرپایی اجباری با دسترسی کامل به امکانات درمانی، به بیماران برای داشتن یک زندگی مناسب و داشتن کارکرد در محله و اجتماع و پیشگیری از عود بیماری کمک کرده و از بستری شدن های مجدد جلوگیری کرده و نیز عدم پذیرش توسط خانواده را به کمترین میزان تقلیل می دهد (۲۱). در تحقیق آیودینی و همکارانش^۱ نیز نشان داده شد بیمارانی که در منزل و در بین خویشاوندان خویش بسر برده و درمان ها را به طور سرپایی ادامه داده بودند، رضایت بیشتری را نسبت به بیمارانی که در خارج از منزل مورد مراقبت قرار گرفته بودند، ابراز داشته اند (۲۲). و بالاخره یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش و ارتقاء آگاهی خانواده ها می تواند نقش مهمی در میزان پذیرش بیمار توسط خانواده داشته باشد، به طوری که هر چه آگاهی افراد از بیماری روانی و نحوه برخورد و واکنش به علائم بیماری بهتر بوده است،

میزان پذیرش و تمایل بیشتری به نگهداری بیمار نشان داده اند ($P = ۰/۰۰۷$). در تحقیق ویلی^۲ نیز نشان داده شد در اقوام و نژادهایی که اطرافیان بیمار آگاهی بیشتری از علائم بیماری روانی و طرز برخورد با آن ها داشتند،

پذیرش بیمار بهتر صورت گرفته است و این امر نتیجه افزایش تماس، آموزش و آگاهی آنان از بیماری روانی بوده است (۲۳)، البته آموزش و در ابعاد گسترده تری سطح اطلاعات و آگاهی های عمومی از عوامل توسعه و ارتقاء سلامت عمومی جامعه نیز محسوب می گردد و بر این اساس می توان در مورد چگونگی وضعیت بهداشتی درمانی جامعه نیز به قضاوت پرداخت (۲۴)، از آن جا که کارکنان بهداشت عمومی، پرستاران و پزشکان اولین کسانی هستند که مورد مشورت قرار می گیرند، با ارائه آموزش مناسب و نظارت صحیح می توانند در این مورد مفید باشند. با توجه به اهمیت مسئله برنامه کشوری بهداشت روانی نیز استراتژی های موثری را ارائه نموده است (۲۵).

تقدیر و تشکر

این پژوهش با تصویب شورای پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با اعتبارات مالی این حوزه انجام شده است.

منابع

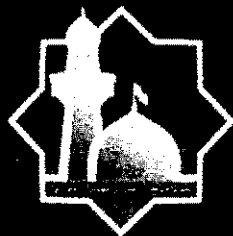
۱. اسداللهی، قربانعلی و گروه نویسندگان. روانپزشکی اجتماعی. چاپ اول: نشر پژوهش؛ ۱۳۷۸.
۲. ایزدی، سیروس. روانپزشکی برای دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی: انتشارات سهامی چهار. چاپ اول؛ ۱۳۶۴.
۳. سازمان جهانی بهداشت. بهداشت روان، گرداگرد جهان. مترجم: دکتر داود شاه محمدی. روز جهانی بهداشت سال ۲۰۰۱.
۴. فیش فرانک جی. روانپزشکی، ترجمه: دکتر نصرت ا... پور افکاری. چاپ دوم: انتشارات رسالت؛ ۱۳۷۰.
۵. نوربالا و همکاران. سیمای سلامت روان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۰.

¹-Audini B & et al

²-Whaley.AL

6. Middel T. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. BrJ. psychiatry 1997 Sep: 251-5.
7. Bowie p, Mountain G. The relationship between patient behavior and environmental quality for dementing. Int. J. Geriatric psychiatry 1 997 Jul: 718-23.
8. Dekker J, peen J, Goris A. Social deprivation and psychiatric admission rates in Amsterdam. Sociopsychiatry Psychiatric epidemiology 1997 Nov: 485-92.
9. Mueser K, Bond G, Drake R, Resnick S. Models of community care for sever mental illness: a Review of research on case management. Schizophrenic Bull 1998; 24 (1): 37-74.
10. Oberleitner L. Aversivness of traditional psychiatric patient restriction. Arch. psychiatric nursing 1998; 14(2): 93-7.
۱۱. کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روانپزشکی، ترجمه: دکتر نصرت الله پور افکاری انتشارات شهر آب؛ ۱۳۷۵.
۱۲. برگسن آن، لازار آرون. روان پرستاری در جامعه و بیمارستان. ترجمه: دکتر محمد حسین فرجاد. رقیه گلاب. هما بهروش چاپ اول: انتشارات امیر کبیر؛ ۱۳۷۰.
13. Friesen J, Griesbach JH. et al Improving Services for families: Children Today.DHHS Publications. July August 1998; 17(4): 18-22.
۱۴. فتاحی ا: نهادهای اصلی اجتماعی. چاپ سوم. تهران انتشارات امیر کبیر. ۱۳۷۵.
۱۵. کاپلان ها، سادوک ب، گرب ج: خلاصه روانپزشکی، جلد دوم. ترجمه دکتر نصرت الله پور افکاری چاپ اول. ناشر: شهر آب؛ ۱۳۷۵.
16. Francis F, Jeninifer L, David L. The Relationship between Insight and Social Skill in persons with Severe Mental Illness. Journal of Nervius and Mental Disease 2001; 189 (12): 822-829.
۱۷. کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روانپزشکی. ۱۹۹۸ علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. جلد سوم. ترجمه: دکتر حسن رفیعی، فرزین رضاعی. دکتر مرسته سمیعی چاپ اول: انتشارات سالمی؛ ۱۳۷۹.
18. Ruth E, Ceowther M, Marshall G. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ 2001; 322: 204-208.
19. Saracento B, Barbui C. poverty and mental illeness. canadian Journal of psychiatry 1997; 42(3): 285-290.
20. Hohmann, Ann A, Shear M. Community-Based Intervention Research: Coping with the "Noise" of Real Life in Study Design. Am J psychiatry 2002; 159: 201-207.
۲۱. کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روانپزشکی. ۱۹۹۸ علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. جلد اول. ترجمه: دکتر حسن رفیعی، فرزین رضاعی. دکتر مرسته سمیعی چاپ اول: انتشارات سالمی؛ ۱۳۷۹.
22. Audini B, Marks M, Lawrence R, Connolly J, Watts V. Home-based versus out patient/in patient care for people with serious mental illness: phase II of a controlled study. The British Journal of psychiatry 1999; 165: 204-210.
23. Whaley A. Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. psychiatric- service 1997, 48(10), p:1328-30.
۲۴. محسنی م. جامعه شناسی پزشکی. چاپ پنجم. تهران: چاپ گلشن؛ ۱۳۸۰.
۲۵. بوالهروی ج. بهداشت روان برای کاردان های بهداشتی. چاپ سوم. نشر بشری؛ ۱۳۷۶.

دین و اخلاق ، روح دانش پزشکی است.
مقام معظم رهبری



کنکره کشوری

اخلاق پزشکی کاربردی

اخلاق پزشکی و موازین سرعی و حقوقی
جایگاه اقتصاد در اخلاق پزشکی
ارتباط گروه پزشکی و بیمار

اخلاق در آموزش و پژوهش های پزشکی
پزشکی نوین و اخلاق پزشکی
کلیات اخلاق پزشکی

شهرداری مشهد
استان قدس رضوی
سازمان پزشکی قانونی
سازمان جهاد دانشگاهی مشهد
صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی خراسان
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
بیمارستان امام حسین (ع) بهداری نیروی مقاومت بسیج

جهت اطلاع
معاونت بهداری ناجا
سازمان نظام پزشکی
سازمان نظام پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی ارتش
بهداری نیروهای پنج گانه سپاه
دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (م) سپاه
موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)
مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی کشور



۱۳-۱۴ اردیبهشت ماه ۸۵
دارای اعتبار آموزشی مداوم

مشهد - خیابان امام خمینی (ره)
ساختمان شماره ۲ صدا و سیما



تلفن: ۸۵۴۱۰۶۹-۸۵۴۳۰۳۰ (۰۵۱۱)
www.mums.ac.ir/basijmedkh

نمابر: ۸۵۱۶۷۰۹-۸۵۹۹۲۲۶ (۰۵۱۱)
Email: Basij-ms-kh@mums.ac.ir