

بررسی نیازهای درمانی و مراقبتی خانواده بیماران روانی پس از ترخیص از مرکز روانپزشکی فرشچیان شهر همدان

دکتر فاطمه چراغی*، فرشید شمسانی**، هدیه ریاضی***

دریافت: ۸۹/۸/۲۱، پذیرش: ۸۹/۱۲/۱۵

چکیده:

مقدمه و هدف: نیازهای بیماران روانی و خانواده های آنان متعدد و متنوع و بر حسب مراحل مختلفی متفاوت هستند. برای فراهم آوردن مراقبت همه جانبه برای برخی از بیماران روانی، طیف وسیعی از خدمات مورد نیاز است. هدف از این مطالعه تعیین نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۸۹ می باشد.

روش کار: این پژوهش مطالعه ای توصیفی - مقطعی است. در این مطالعه ۲۰۰ خانواده بیمار که با تشخیص اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی اولیه و اختلال وسواس-اجباری بستری و تحت درمان های روانپزشکی قرار داشتند یک ماه پس از ترخیص مورد ارزیابی قرار گرفتند. روش نمونه گیری بصورت در دسترس بود و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و شامل دو بخش بود: الف- سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک ب- سوالات در رابطه با ارزیابی نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران پس از ترخیص

نتایج: از نظر مشخصات دموگرافیک، میانگین سنی بیماران ۳۸/۵ سال و ۶۸ درصد مرد و ۳۲ درصد زن بودند. تشخیص های بیماری شامل ۳۵/۵ درصد اسکیزوفرنی؛ ۲۱/۵ درصد افسردگی؛ ۳۱/۵ درصد اختلال دوقطبی تیپ I؛ ۵/۵ درصد اختلال وسواس- اجبار و ۶ درصد تشخیص نامشخصی داشتند. میانگین طول مدت بیماری ۴/۳ سال بود. اکثریت خانواده های بیماران روانی نیازهایی مانند مشاوره منظم توسط متخصص، ارائه مراقبت در جامعه، پیگیری درمان پس از ترخیص، آموزش به بیمار و خانواده، بازتوانی روانی و اجتماعی را مهم می دانستند.

نتیجه نهایی: خدمات روانپزشکی و سلامت روان در جامعه باید طیفی وسیعی از تسهیلات را برای رسیدگی به نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران تامین کنند که این خدمات شامل مراقبت سرپایی، ایجاد مراکز مبتنی بر جامعه، مراقبتهای حمایتی، مراکز نگهداری از بیماران، حمایتهای شغلی، حرفه ای و بازتوانی و تامین نیازهای اساسی از قبیل پناهگاه و لباس می باشد

کلید واژه ها: ترخیص / خانواده بیماران روانی / نیازهای درمانی / نیازهای مراقبتی /

مقدمه:

یا رفتاری هستند و تنها اقلیتی از آنها حتی ابتدایی ترین درمانها را دریافت می کنند. اختلالات روانی و رفتاری از نظر اقتصادی برجوامع و کیفیت زندگی افراد و خانواده ها تاثیر مگذار دارد. در یک چهارم خانواده ها حداقل یک فرد مبتلا به اختلال روانی یا رفتاری وجود دارد، این خانواده ها علاوه بر حمایت جسمی و عاطفی از فرد مبتلا؛ اثرات منفی ناشی از انزوا و جدایی از اجتماع را نیز متحمل

عدم سازش و وجود اختلالات روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود و فراوان است. در همه کشورها، در زنان و مردان، در همه مراحل زندگی، ثروتمند و فقیر خطر ابتلا به ناراحتیهای روانی وجود دارد. به عبارت دیگر هیچ انسانی در برابر امراض روانی مصونیت ندارد (۱،۲). امروزه در سراسر دنیا حدود ۴۵۰ میلیون نفر دچار اختلال روانی

* استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات مراقبت از مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی همدان (f_cheraghi@yahoo.com)

** عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

می شوند (۳،۴).

مطالعات انجام شده در سال ۱۳۷۸ در مورد وضعیت سلامت روانی در استانهای مختلف کشور نشان داده است که در استان همدان ۴۵/۱ درصد زنان، ۲۲/۵ درصد مردان از بیماری های روانی رنج می برند (۵).

همچنین در بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان همدان در سال ۱۳۸۰ که توسط محمدی و همکاران انجام گرفت نتایج بررسی نشان داد شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان ۱۱/۲۸ درصد می باشد که این شیوع در زنان ۱۷/۲ در مردان ۵/۸ درصد بوده است و اختلالات اضطرابی و خلقی شایعترین اختلالات روانپزشکی در استان بودند (۶).

در برنامه های ارائه خدمات روانپزشکی به بیماران روانی بررسی نیازهای بیماران و خانواده های آنان از اهمیت بسیاری برخوردار می باشد. زیرا بیماران روانی دارای نیازهای درمانی و مراقبتی متعددی می باشند که در فرایند درمان و کنترل بیماری نقش موثری ایفا می نماید.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در بسیاری از کشورها موسسات بزرگ ارایه کننده مراقبتهای حاد و طولانی مدت که در سطح سوم مراقبت جای می گیرند، همچنان ابزار غالب ارایه درمان و مراقبت بشمار می روند (۳) و داده ها نشانگر آنست که خدمات مبتنی بر جامعه در ۳۸٪ کشورها در دسترس نیستند (۵). به منظور برنامه ریزی مناسب در اکثر کشورها خدمات مربوط به سلامت روان؛ نیاز به سنجش، ارزیابی مجدد و اصلاح دارند تا بتوانند بهترین درمان و مراقبتهای در دسترس را ارایه کنند (۳). هدف از نیاز سنجی تولید اطلاعات درباره نیازهای مردم، سازمانها و جامعه است تا از این طریق، مشارکت مسئولانه کاربران (مصرف کنندگان) در طراحی، ایجاد و استقرار و تداوم نظامها تأمین شود. نیازسنجی را از ملزومات اولیه جامعه‌ای که به مشارکت مردم در اداره نظام به عنوان یک اصل جدی نظر دارد، به شمار آورده‌اند (۷).

هدف نهایی، درمان و مراقبت مبتنی بر جامعه است که این امر مستلزم پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و ادامه درمان و مراقبت در محل زندگی آنان می باشد. برای

دستیابی به این هدف خدمات سلامت روان در جامعه باید گسترش یابد و درمانها و مراقبتهای جامع و محلی را برای بیماران و خانواده های آنان ارایه نمایند. به نحوی که بتوانند طیفی از تسهیلات را برای گروههای خاص بیماران تأمین کنند. به صورت مطلوب این خدمات شامل تغذیه، بستری کردن موارد حاد، مراقبت سرپایی، مراقبتهای حمایتی، مراکز نگهداری ازبیماران، حمایتهای شغلی و حرفه ای، کمکهای مشاوره ای می باشد (۸).

خانواده بیمار روانی که از بیمار خود مراقبت می کند دارای نیازهای متعددی می باشند که پرستاران با شناسایی این نیازها و اولویت بندی آنها میتوانند با برنامه ریزی مناسب و بکارگیری فرایند پرستاری در تأمین و رفع نیازها به خانواده کمک کنند. حمایت از خانواده بیماران روانی و رفع نیازهای آنان، وظیفه همه اعضای تیم مراقبت می باشد. اما پرستاران در این مورد، در جایگاهی ویژه قرار دارند و در واقع تکیه گاه اصلی اعضای خانواده در بیمارستان هستند (۹). با این حال مطالعات نشان داده اند که درشرایط بحرانی، دانش پرستاری به مراقبت از بیمار اختصاص می یابد، در حالی که لازم است به نیازهای خانواده نیز تأکید شود. مطالعات متعددی، عدم حمایت مراقبت کنندگان خانوادگی و عدم توجه به نیازهای آنان را گزارش می کنند (۱۰-۱۲). شواهد نشان می دهند که پرستاران عادت کرده اند از دریچه دیدگاه حرفه ای به دنیا بنگرند و این موضوع باعث محدودیت در تفکر، قضاوت و در نهایت عملکرد آنان خواهد شد. برای عملکرد مطلوب، لازم است دنیا از دریچه چشم مددجویان دیده شود (۱۳). این امر در آموزش پرستاری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زیرا آموزش پرستاران بر اساس دیدگاه مددجویان، آنان را در جهت پاسخ گویی به نیازهای مددجویان و ارائه مراقبت مددجومحور توانمند می سازد.

هدف از این مطالعه بررسی نیازهای درمانی و مراقبتی خانواده های بیماران روانی پس از ترخیص از مرکز روانپزشکی فرشچیان شهر همدان می باشد.

روش کار:

این پژوهش، مطالعه ایست توصیفی - مقطعی و محیط مطالعه مرکز روانپزشکی فرشچیان شهر همدان بود. جامعه پژوهش را خانواده بیماران روانی بستری در مرکز روانپزشکی فرشچیان تشکیل داده اند. در این مطالعه خانواده بیمارانی که با تشخیص اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی اولیه و اختلال وسواس-اجباری بستری و تحت درمان های روانپزشکی قرار داشتند در مطالعه شرکت کردند. روش نمونه گیری بصورت در دسترس بود که به مدت ۳ ماه نمونه گیری انجام شد و بیمارانی که در این مدت ترخیص شدند وارد مطالعه گردیدند که در حدود ۲۰۰ نمونه جمع آوری شد.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه شامل دو بخش: الف- سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک ب- سوالات در رابطه با ارزیابی نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران بوده است. پرسشنامه براساس بررسی متون و نظرات صاحب نظران تدوین گردید. پرسشنامه ها با مصاحبه سازمان یافته توسط پرسشگر تکمیل شد و بیماران روانی که پس از طی دوره درمان در بیمارستان ترخیص می شدند، یک نفر از اعضای خانواده آنان که در اجرای دستورات درمانی و مراقبتی پس از ترخیص همکاری داشته نمونه های شرکت کننده در پژوهش را تشکیل دادند و مصاحبه با آنان بطور جداگانه انجام شد. به منظور برقراری ارتباط بهتر با خانواده برنامه آموزشی برای آنان در نظر گرفته شد. مصاحبه کننده ها شامل ۴ نفر کارشناس پرستاری

(۲ نفر زن و ۲ نفر مرد) بودند که پس از برگزاری کلاس آموزشی برای آنان با اهداف تحقیق آشنا شدند و در مورد نحوه مصاحبه و سوالات پرسشنامه آموزش های لازم به آنان داده شد. و مصاحبه کنندگان از نظر سن و سابقه کار همگن انتخاب گردیدند. ویژگی های ورود به مطالعه:

- خانواده با بیماران روانی که حداقل یک سال سابقه بیماری روانی داشته باشند و تحت درمان بوده اند.
- بیماران در بخشهای روانپزشکی زنان و مردان مرکز مرکز روانپزشکی فرشچیان بستری بوده اند.
- ویژگیهای خروج از مطالعه: خانواده بیمارانی که برای اولین بار بستری شده بودند از مطالعه خارج شدند.
- ملاحظات اخلاقی: پژوهشگر در مورد اهداف تحقیق اطلاعات لازم را در اختیار شرکت کننده های در مطالعه گذاشت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات صرفا جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد. و نیز اطلاعات مربوط به بیماران مانند نام و نام خانوادگی و بیماری آنان و نیز پاسخ های آنان و کلیه اطلاعات پرسشنامه کاملا محرمانه باقی خواهد ماند.

نتایج:

نتایج پژوهش در رابطه با اهداف بیانگر آن بود که بیشترین نیازهای مشاوره ای و آموزشی خانواده بیماران روانی نیاز به آموزش در مورد داروهای مصرفی بیماران، آموزش حرفه ای و شغلی و آموزش در جامعه برای کاهش برچسب و انگ ناشی از بیماری روانی بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی خانواده بیماران شرکت کننده در پژوهش بر حسب پاسخگویی به سوالات نیازهای مشاوره ای و آموزشی

| سئوال | کم | تاحدی | زیاد | خیلی زیاد | جمع |
|--|----------|----------|------------|-------------|-----|
| نیاز به انجام مشاوره روانی توسط فرد متخصص (مانند روانشناس و...) | ۱ (۰/۵٪) | ۱۹ (۵۹٪) | ۷۶ (۳۸٪) | ۱۰۴ (۵۲٪) | ۲۰۰ |
| نیاز به انجام مشاوره خانوادگی توسط روانشناس | ۳ (۱/۵٪) | ۱۰ (۵٪) | ۹۱ (۴۵/۵٪) | ۹۶ (۴۸٪) | ۲۰۰ |
| آموزش به خانواده بیمار به منظور بالا بردن سطح دانش و آگاهی | ۲ (۱٪) | ۱۶ (۸٪) | ۷۳ (۳۶/۵٪) | ۱۰۹ (۵۴/۵٪) | ۲۰۰ |
| نیاز به آموزش و افزایش آگاهی عموم جامعه به منظور کاهش انگ و تبعیض اجتماعی ناشی از بیماری روانی | ۵ (۲/۵٪) | ۲۲ (۱۱٪) | ۶۳ (۳۱/۵٪) | ۱۱۰ (۵۵٪) | ۲۰۰ |
| نیاز به آموزش گروهی بیماران در مورد ماهیت بیماری خود | ۱۴ (۷٪) | ۳۶ (۱۸٪) | ۷۹ (۳۹/۵٪) | ۷۱ (۳۵/۵٪) | ۲۰۰ |
| نیاز به آموزش در مورد داروهای مصرفی (نحوه مصرف، عوارض) | ۰ (۰٪) | ۰ (۰٪) | ۵۴ (۲۷٪) | ۱۴۶ (۷۳٪) | ۲۰۰ |
| نیاز به آموزشهای حرفه ای و شغلی | ۲ (۱٪) | ۱۸ (۹٪) | ۶۱ (۳۰/۵٪) | ۱۱۹ (۵۹/۵٪) | ۲۰۰ |
| نیاز به آموزش مهارتهای اجتماعی | ۹ (۴/۵٪) | ۳۰ (۱۵٪) | ۷۳ (۳۶/۵٪) | ۸۸ (۴۴٪) | ۲۰۰ |

در ارتباط با نیازهای مراقبتی و پرستاری، نیاز به پیگیری درمان پس از ترخیص، نیاز به مراقبت پرستاری در منزل و رعایت حقوق بیماران بوده است (جدول ۳).

و در رابطه با نیازهای درمانی و دارویی، نیاز به پوشش بیشتر خدمات بیمه درمانی، دسترسی آسان و بیشتر به خدمات بهداشت روان و کمک به کاهش هزینه های درمان بود (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی خانواده بیماران شرکت کننده در پژوهش بر حسب پاسخگویی به سوالات نیازهای درمانی و دارویی

| سوال | کم | تاحدی | زیاد | خیلی زیاد | جمع |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|-----|
| ۱ نیاز به دسترسی آسان به خدمات بهداشت روانی نزدیک محل سکونت | ۱ (۰/۵) | ۹ (۴/۵) | ۷۱ (۳۵/۵) | ۱۱۹ (۵۹/۵) | ۲۰۰ |
| ۲ امکان دسترسی به بهترین داروهای موجود روانپزشکی | ۱۲ (۶) | ۱۹ (۹/۵) | ۹۶ (۴۸) | ۷۱ (۳۵/۵) | ۲۰۰ |
| ۳ نیاز به متخصصین برای ارائه خدمات سلامت روان | ۸ (۴) | ۲۶ (۱۳) | ۸۴ (۴۲) | ۸۲ (۴۱) | ۲۰۰ |
| ۴ ارائه داروهای جدیدتر با قیمت مناسب | ۲۱ (۱۰/۵) | ۳۴ (۱۷) | ۷۶ (۳۸) | ۶۹ (۳۴/۵) | ۲۰۰ |
| ۵ کمک در جهت کاهش هزینه های درمانی | ۰ | ۱۳ (۶/۵) | ۷۱ (۳۵/۵) | ۱۱۶ (۵۸) | ۲۰۰ |
| ۶ نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی | ۵ (۲/۵) | ۳۴ (۱۷) | ۹۶ (۴۸) | ۶۵ (۳۲/۵) | ۲۰۰ |
| ۷ گسترش خدمات بیمه درمانی برای پوشش خدمات درمانی و مراقبتی | ۰ | ۱۰ (۵) | ۶۴ (۳۲) | ۱۲۶ (۶۳) | ۲۰۰ |
| ۸ نیاز به ویزیت ماهانه توسط روانپزشک | ۹ (۴/۵) | ۱۸ (۹) | ۸۲ (۴۱) | ۹۱ (۴۵/۵) | ۲۰۰ |
| ۹ نیاز به مداخله فوری در هنگام بروز بحران (مانند عود بیماری و...) | ۲ (۱) | ۳۴ (۱۷) | ۹۶ (۴۸) | ۶۸ (۳۴) | ۲۰۰ |
| ۱۰ نیاز به استفاده از روشهای درمانی غیر دارویی توأم با دارو درمانی | ۹ (۴/۵) | ۲۹ (۱۴/۵) | ۹۵ (۴۷/۵) | ۶۷ (۳۳/۵) | ۲۰۰ |

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی خانواده بیماران شرکت کننده در پژوهش بر حسب پاسخگویی به سوالات نیازهای مراقبتی و پرستاری

| سوال | کم | تاحدی | زیاد | خیلی زیاد | جمع |
|--|----------|---------|------------|------------|-----|
| ۱ نیاز به پیگیری بیمار که از بخش روانپزشکی ترخیص می شود. | ۰ | ۰ | ۶۹ (۳۴/۵) | ۱۳۱ (۶۵/۵) | ۲۰۰ |
| ۲ نیاز به بازتوانی شغلی و استخدام | ۸ (۴) | ۱۶ (۸) | ۹۴ (۴۷) | ۸۲ (۴۱) | ۲۰۰ |
| ۳ نیاز به برنامه های تفریحی و سرگرم کننده | ۲ (۱) | ۱۰ (۵) | ۱۰۲ (۵۱) | ۸۶ (۴۳) | ۲۰۰ |
| ۴ نیاز به رعایت حقوق بیماران روانی | ۰ | ۴ (۲) | ۸۲ (۴۱) | ۱۱۴ (۵۷) | ۲۰۰ |
| ۵ نیاز به داشتن مکان و مسکن امن | ۷ (۳/۵) | ۴ (۲) | ۹۶ (۴۸) | ۹۳ (۴۶/۵) | ۲۰۰ |
| ۶ نیاز به احترام و برخورد های انسانی | ۱۱ (۵/۵) | ۹ (۴/۵) | ۷۶ (۳۸) | ۱۰۴ (۵۲) | ۲۰۰ |
| ۷ نیاز به ارائه مراقبت در جامعه | ۰ | ۷ (۳/۵) | ۱۱۱ (۵۵/۵) | ۸۲ (۴۱) | ۲۰۰ |
| ۸ ایجاد مراکز و موسسات حمایت از بیماران روانی | ۱ (۰/۵) | ۶ (۳) | ۱۰۵ (۵۲/۵) | ۸۸ (۴۴) | ۲۰۰ |
| ۹ نیاز به ادامه مراقبتهای پرستاری در منزل توسط پرستاران ماهر | ۰ | ۲ (۱) | ۱۵ (۴۰/۵) | ۱۱۷ (۵۸/۵) | ۲۰۰ |

بحث:

نیازهای خانواده های بیماران روانی متعدد و متنوع و بر حسب مراحل مختلف بیماری متفاوت هستند. برای فراهم آوردن مراقبت همه جانبه برای برخی از بیماران روانی، طیف وسیعی از خدمات مورد نیاز است. بیمارانی که بهبود میابند برای کسب مجدد مهارتها و ایفای نقش دوباره در جامعه به کمک نیاز دارند. بعضی از بیماران به خصوص در کشورهای در حال توسعه، که بهره ای کمتر از حد مطلوب از خدمات مراقبتی داشته اند، از برنامه های بازتوانی سود خواهند برد. در چارچوب این برنامه ها، ممکن است تجویز دارو یا عرضه خدمات خاص بازتوانی، مسکن، کمک غذایی یا سایر خدمات حمایتی اقتصادی-اجتماعی صورت گیرد. کارکنان متخصص، مثل روانپرستاران، روانشناسان بالینی، مددکاران اجتماعی، کار درمانگران و نیز نیروهای داوطلب، همگی ارزش خود را به عنوان عناصر تفکیک ناپذیر گروههای انعطاف پذیر ارائه کننده مراقبت یه اثبات رسانده اند. گروههای چند تخصصی در کاردرمان اختلالات روانی تاثیر ویژه ای دارند، زیرا نیازهای پیچیده بیماران و خانواده های آنها در مقاطع مختلف بیماری، وجود چنین گروههایی را ایجاب می کند(۳).

بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان نیاز به پیگیری خدمات درمانی و مراقبتی دارند و این طول مدت بستری را کاهش داده، رفاه و آسایش بیماران را بالا می برد و از سوی دیگر اثر بخشی اقدامات درمانی بیشتر شده و احتمال عود بیماری را کاهش می دهد. یافته های این پژوهش نشان داد که از نظر تعیین نیازهای مشاوره ای و آموزشی پس از ترخیص، خانواده بیماران نیازهایی مانند نیاز به مشاوره فردی و خانوادگی توسط افراد متخصص و آموزش به خانواده، آموزش در مورد داروهای مصرفی و آموزش مهارتهای اجتماعی، حرفه ای و شغلی و نیز آموزش به منظور افزایش آگاهی جامعه و کاهش انگ و تبعیض اجتماعی را تا حد زیاد و خیلی زیاد بیان کرده اند. کسانیکه نیاز به خدمات سلامت روان دارند بیشتر روی مقولاتی تاکید دارند که شامل نیاز به اطلاعات درباره

داروها و سایر درمان ها، پایان دادن به انگ زدن و تبعیض، بهتر شدن قوانین و دیدگاههای عمومی، رفع موانع جهت بازگشت بیماران به جامعه، نیاز به خدمات جایگزین و پایان دادن به نگهداری از بیماران در موسسات اختصاصی بزرگ که اغلب مجبور می شوند تمام عمر را در آن بمانند (۱۴).

ساتوریس می نویسد: مهمترین مانع بر سر راه موفقیت افراد مبتلا به اختلالات روانی و رفتاری در جامعه انگ زدن و تبعیض های همراه با آن است که برای مبارزه با آن به برنامه های اطلاع رسانی عمومی برای آموزش و آگاهی دادن به جامعه در مورد ماهیت و شدت و تاثیر اختلالات روانی نیاز خواهد بود و نگرش و رفتارهای مثبت تری باید جایگزین گردد (۱۴). با آموزش های حرفه ای و شغلی بیماران روانی نه تنها جذب جامعه خود می شوند بلکه فعالیتهای مفید و به لحاظ اقتصادی مهمی دارند و تجربه بسیاری از کشورها نشان دهنده موفقیت در این امر بوده است (۱۵). در رابطه با نقش بازتوانی شغلی و حرفه ای در کشورهایی مانند آرژانتین، برزیل، چین، ساحل عاج، آلمان، هلن، ایتالیا و اسپانیا، بیماران روانی و کارکنان بخش سلامت روان و مددکاران اجتماعی سازمانهای کار را سازماندهی کرده اند. هدف از تشکیل این سازمان ها به وجود آوردن یک محیط حفاظت شده مصنوعی نیست، بلکه در آنها بیماران روانی آموخته های حرفه ای فرا می گیرند تا بتوانند در فعالیتهای کارآمد به لحاظ اقتصادی شرکت جویند (۳).

بهترین نتیجه در برگرداندن سلامت روان به افراد بیمار زمانی حاصل می شود که اقدامات دارو درمانی همراه با توجه به نیازهای روان درمانی و بازتوانی تواما صورت گیرد و آموزش مهارتهای اجتماعی به بیماران آنها را برای برقراری روابط اجتماعی آماده می کند (۱۶).

گلدنر و همکاران در رابطه با نیازهای بیماران روانی می نویسند: مراقبت تخصصی اختلال روانی نیاز به تیمهای مراقبت در جامعه دارد که باید توسط مراکز سرپایی، مراقبت روزانه و مراقبت در خانه مورد حمایت قرار گیرند. مراقبت در خانه ارزیابی و درمان بیماران در خانه آنهاست

دیدگاه بهداشت عمومی برای کاهش بار اختلالات روانی اقدامات زیادی باید صورت گیرد مانند:

تضمین دسترسی جامع به خدمات مناسب و هزینه اثربخش، تامین مراقبت کافی و محافظت از حقوق انسانی برای بیماران، حمایت از زندگی متعادل خانوادگی و همبستگی اجتماعی است. (۳) یکی از نیازهای بیماران اقدامات بازتوانی روانی- اجتماعی است که فرایندی است تا بیماران فرصت می یابند به مطلوبترین سطح عملکرد مستقل در جامعه دست پیدا کنند. بازتوانی روانی- اجتماعی بسیاری از بیماران را قادر می سازد تا مهارتهای عملی مورد نیاز برای جذب در جامعه را مجدداً بدست آورند. بازتوانی شامل کمک به کسب مهارتهای اجتماعی، علایق و فعالیتهای تفریحی است که همگی موجب به وجود آمدن احساس تعلق و ارزش داشتن می شود (۳).

احتیاجات بیماران و خانواده های آنها پیچیده و مرتب در حال تغییر است بنابراین تداوم مراقبت از این جهت اهمیت دارد. این امر مستلزم انجام تغییرات در نحوه سازماندهی کنونی مراقبت است. برخی اقدامات برای اطمینان یافتن از تداوم مراقبت عبارتند از: ایجاد درمانگاه های خاص برای گروه های بیماران مبتلا به یک نوع بیماری یا مشکلات یکسان، ارائه خدمات به بیماران و خانواده آنها، آموزش گروهی بیماران و خانواده آنها، و تمرکز زدایی خدمات است (۳). اعتقادات، دیدگاهها و پاسخ های جامعه سرنوشت بسیاری از جنبه های مراقبت از سلامت روان را رقم می زنند. بیماران روانی جزئی از جامعه هستند و محیط اجتماعی عامل تعیین کننده مهمی در پیامد بیماری آنها بشمار می رود. اگر محیط اجتماعی مناسب باشد، بهبود، بازگشت و جذب مجدد بیمار در جامعه بهتر صورت می گیرد، اما اگر محیط نامناسب باشد، انگ اجتماعی و تبعیض قوت می آیند. تغییر الگوی ارائه خدمات از بیمارستانهای روانپزشکی به جامعه، به بیماران روانی کمک می کند تا زندگی بهتری داشته باشند.

کاهش خدمات هزینه های درمانی را کاهش و نیاز به بستری شدن را کم می کند (۱۷). شمسائی و همکاران در مطالعه ای با عنوان بررسی تاثیر مراقبت پرستاری در منزل بر درمان بیماران اسکیزوفرنیک گزارش کردند که خدمات پرستاری در منزل پس از ترخیص دفعات عود بیماری و بستری شدن را کاهش می دهد (۱۸). بیمارانی که از بیمارستان مرخص می شوند نیاز به مسکن و امنیت دارند که باید تامین شود، همچنین بعضی از بیماران روانی می توانند شغل داشته باشند که گاهی بصورت ایجاد شرایط کار حمایت شده برای آنان فراهم می گردد (۱۷). رمزی و همکاران در رابطه با نیازهای زنان مبتلا به اختلال روانی می نویسند: احتیاج به مسکن، تهیه یک نقش شغلی، حمایت مالی، درمان مستمر، برنامه ریزی مراقبت در جامعه، تامین هزینه های درمانی، نیازهایی هستند که اکثر بیماران از آن بهره نمی برند و از سوی بیماران و خانواده ها مورد توجه قرار گرفته است (۱۹). سازمان بهداشت جهانی می گوید دولتها وظیفه دارند سلامت روان را در صدر برنامه های خود قرار دهند و توصیه های نهایی در این گزارش عبارتند از: تامین امکانات برای درمان اختلالات روانی در سطح جامعه، تضمین دسترسی به داروهای روانپزشکی، ایجاد مراکز مراقبت در جامعه، حمایت در منزل، تدوین سیاستها، برنامه ها و قوانین ملی و آموزش کارکنان بخش سلامت روان است. همچنین سازمان بهداشت جهانی در فهرست داروهای ضروری خود مجموعه ای از داروهای ضروری را برای درمان و کنترل اختلالات روانی و رفتاری توصیه میکند که لازم است برای خرید و توزیع این داروها در سطوح مختلف مراقبت اطمینان حاصل گردد (۳). تامینکرافت و همکاران می نویسند: خدمات روانپزشکی و سلامت روان در جامعه باید طیفی وسیعی از تسهیلات را برای رسیدگی به نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران تامین کنند که این خدمات شامل مراقبت سرپایی، ایجاد مراکز مبتنی بر جامعه، مراقبتهای حمایتی، مراکز نگهداری از بیماران، حمایتهای شغلی، حرفه ای و بازتوانی و تامین نیازهای اساسی از قبیل پناهگاه و لباس می باشد (۹). از

منابع:

1. Shamlu S. [Textbook of psychopathology]. Tehran; Roshd, 2002. (Persian)
2. World Health Organization. Integrating mental health into primary health care: a global perspective. Geneva: WHO, 2008: 34-65.
3. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2001: 30-130.
4. Prince M, Patel V, Saxena S. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370:859-877.
5. Ministry of Health and Medical Education. [Health aspects]. Tehran: Tabalvor, 2002:4:45-50. (Persian)
6. Mohammadi MR, Baghri Yazdi SA, Rahgozar M, Mesgarpour B, & et al. [An epidemiological study of psychiatric disorders in Hamedan province, 2001]. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & health services* 2004; 11(3): 28-35. (Persian)
7. Summers Gene F, et al. Needs Assessment. Iowa State University Press, 1987.
8. Thomicroft G, Tansella Balancing community-based and mental health care: the new agenda. Geneva: WHO, 2000.
9. Astedt-Kurki P, Lehti K, Paunonen M, Paavilainen. Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family. *Int J Nurs Practice* 1999; 5(3): 155-63.
10. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2002; 11(2): 140-8.
11. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 456-66.
12. Appleyard ME, Gavaghan SR, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll DL. Nurse coached intervention for the families of patients in critical care units. *Critical Care Nurs* 2000; 20(3): 40-8.
13. Honson SMH. Family health care nursing: theory, practice and research. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis, 2000.
14. Satorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new world psychiatric association education programmed. *Br J Psychiatr* 2000; 170: 297
15. Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: WHO, 2000.
16. Shahidi S. [Mental health basic]. Tehran: Samt, 2003. (Persian)
17. Gelder M, Mayo R, Geddes G. *Psychiatry* (Oxford Medical Publications). Translated by Pourafkari N, Shahrab, Tehran, 2004. (Persian)
18. Shamsaei F, Cheraghi F, Ghaleiha A. [Assess the effects of home psychiatric nursing care in patients with schizophrenic disorders after being discharged]. *Ilam University of Medical Sciences Journal* 2008; 2(12):32-39. (Persian)
19. Ramsay R, Welchs S, Youard E. Needs of women patients with mental illness. *Advances in psychiatric treatment* 2001:85-92.