

دانش مراقبین بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی کرمان در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل

پژوهشگران: مهین نادم بوئینی^۱، طاهره رضانی^۲، دکتر علی اکبر حق دوست^۳

(۱) کارشناس ارشد روانپرستاری دانشکده علوم پزشکی گیلان

(۲) مربی روانپرستاری و عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی

(۳) استادیار دانشکده علوم پزشکی کرمان، دکترای اپیدمیولوژی و آمار حیاتی

چکیده:

مقدمه: بیش از ۷۰ درصد بیماران اسکیزوفرنیا توسط خانواده و در منازل تحت مراقبت قرار دارند. عدم دانش کافی مراقبین مشکل اساسی و عامل اصلی در عود علائم و نشانگان بیماری است.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین دانش مراقبین بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی کرمان در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی بر روی ۱۹۶ مراقب بیماران اسکیزوفرنی بیمارستان شهید بهشتی انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته و روش گردآوری داده ها مصاحبه بود. داده ها با آزمون آماری تی، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمرات دانش مراقبین ۱۰/۶۶ (از حداکثر ۲۰) و انحراف معیار ۲/۰۴ و بیشترین میانگین نمرات دانش مربوط به حیطه مراقبت جسمی ۴/۳۲ ± ۱۳/۹۷ و کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه مراقبت روانی ۱/۶۲ ± ۹/۱۱ بود. بین دانش مراقبین و سطح تحصیلات بیمار ارتباط معنی دار وجود داشت (P < ۰/۰۱).

نتیجه گیری: یافته های فوق نشان می دهد که مراقبین از دانش ضعیف برخوردار بودند که برنامه ریزی جهت افزایش سطح دانش آنها ضروری است.

کلید واژه ها: اسکیزوفرنیا، دانش، مراقبت

مقدمه:

طول عمرشان مبتلا می کند و در بیش از ۶۰ درصد آنها کاهش بارز فعالیت های روانی- اجتماعی را در بر دارد (۳). میزان شیوع اختلالات سایکوتیک در ایران ۰/۸۹ درصد گزارش شده است (۴). این در حالی است که هزینه های زیادی صرف درمان، توانبخشی و گاهی تنها، نگهداری بیماران مبتلا می شود (۵). در انگلستان هزینه های مستقیم و غیر مستقیم اسکیزوفرنیا ۲/۶ میلیارد دلار در سال تخمین زده می شود، البته این جدا از رنج های روحی و روانی است که بیمار و خانواده اش متحمل می شوند (۶). هر گونه اقدامی در مراقبت از این بیماران که در جهت رفع یا کاهش نشانه های متنوع این بیماری باشد، علاوه بر درمان به بهبود کیفیت زندگی می انجامد (۵). در ایتالیا و کشورهای غربی مراقبت های بهداشتی روانی به تدریج از بیمارستان به اجتماع و محیط زندگی بیمار واگذار

اسکیزوفرنیا، بیماری روانی همراه با اختلال در سیستم افکار، درک، هیجان، حرکات و رفتار می باشد. این بیماری اختلالی است که مرزی نمی شناسد و سن، جنس، نژاد، طبقه اجتماعی و... آن را محدود نمی کند. تا چند دهه پیش، بیشتر مردم از بیمار اسکیزوفرنیا وحشت داشتند و به این بیماری به عنوان یک اختلال غیر قابل کنترل که با تخریب کامل و طغیان شدید همراه بود، می نگریستند (۱). هم اکنون به علت سیر عموماً پیشرونده، نشانه های شدید و درمان طولانی بیماران مبتلا، ۵۰ درصد از تخت های بیمارستان روانی را اشغال نموده و ۱۶ درصد از کل بیماران روانپزشکی را که به اشکال مختلف تحت درمان قرار دارند، تشکیل می دهند (۲). اسکیزوفرنیا نزدیک به ۱/۵-۰/۶ درصد افراد بالای ۱۵ سال را در

فشارهایی را که خانواده‌ی این گونه بیماران تحمل می‌کنند، کمتر کند (۱۳). بررسی‌های انجام شده در ایران بیشتر به بررسی بیماران اسکیزوفرن پرداخته و به درستی مشخص نشده که مراقبین بیماران اسکیزوفرنی تا چه اندازه با علایم و نشانه‌های این بیماری آشنایی دارند و چه عواملی باعث می‌شود که بیمار بعد از تشخیص عودهای پی در پی داشته باشد؟ تا آنجا که هر بار عود علایم و نشانه‌های بیماری، افت توانمندیهای ذهنی و روانی را به همراه داشته و از کارآیی بیمار می‌کاهد. با توجه به کارکرد عمده خانواده این بیماران در کشور ما به عنوان مهم‌ترین چتر حمایتی این افراد، آموزش خانواده عامل بسیار مهمی در پیشگیری از عود بیماری است که می‌تواند شامل شناساندن مفهوم بیماری، علایم آن، شیوه‌های درمان و چگونگی بهبود و پیشگیری از عود بیماری باشد.

روش کار:

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۱۹۶ مراقب بیمار اسکیزوفرن مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کرمان (تنها بیمارستان روانپزشکی شهر) در فاصله زمانی خرداد تا اواخر مهر ۸۴ انجام شده است. اطلاعات در یک مرحله از مراقبینی که بیماران آنها تشخیص اسکیزوفرن داشتند و جهت ملاقات یا ویزیت بیمار خود به بیمارستان مراجعه کرده بودند به صورت مصاحبه جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها به روش آسان انتخاب شدند. منظور از مراقب در این تحقیق، والدین بیمار، همسر، فرزند، خواهر، برادر و یا دیگر وابستگان بالای ۱۵ سال بیمار بودند که به بیماری روانی شناخته شده مبتلا نبوده، با بیمار زندگی می‌کردند و بیشترین سهم را در مراقبت از بیمار خود در منزل بر عهده داشتند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد که مشتمل بر دو، بخش اطلاعات دموگرافیک بیمار (۶ سوال) و مراقب (۸ سوال) و بخش دوم شامل ۲۵ سوال ۳ گزینه‌ای (بلی، خیر، نمیدانم) مربوط به دانش در زمینه نحوه مراقبت در

شده است. مراقبین اسکیزوفرنی افراد خارج از بیمارستان هستند که در محیط زندگی بیمار، امر مراقبت و امنیت را برای بیمار فراهم می‌کنند (۶). شواهد نشان می‌دهد در مواردی که مراقبین درک روشنی نسبت به بیماری، علایم و حالتهای بیمار داشته باشند، فشار و پریشانی مراقبت شوندگان کاهش یافته و توانایی مقابله با مشکلات آنان افزایش می‌یابد (۷). تحقیقات نشان می‌دهد از جمله نیازهای مراقبین خانوادگی این بیماران کسب دانش، مهارت عملی برای سازگاری با بیمار و کمبود اطلاعات در مورد بیماری است (۸). اصولاً هرگاه افراد خانواده با بیماری مهلک و یا علیل کننده‌ای مواجه شوند، واکنشهایی از خود نشان می‌دهند که آگاهی از آنها در کمک به بیمارشان موثر است. این واکنشها در مواردی مثل بیماریهای روانی شدید، مشخص تر می‌باشد (۹). مراقبین به اطلاعاتی در زمینه علت بروز بیماری، نشانه‌های آن و شیوه برخورد با بیمار در هنگام پیروی نکردن از دستورات دارویی، کنترل رفتارهای پرخطرانه و یا مقابله با سوء مصرف مواد، نیاز دارند (۱۰). کمبود دانش در مورد علایمی که توسط بیمارشان نشان داده می‌شود از عوامل تنیدگی در خانواده بیماران روانی است که باعث ایجاد بحران در خانواده می‌گردد (۱۱). عدم اطلاع مراقبین در مورد چگونگی مراقبت از بیمار، سبب افزایش فشار مراقبان، کاهش سطح سلامت روانی آنها و افزایش احتمال بروز اختلالات روانی در آنها می‌گردد. در برخی مطالعات، مشکلات روانی در ۴۱ درصد از مراقبین این بیماران گزارش شده است (۸). بنابراین در حین درمان بیماری اسکیزوفرن، مراقبین بیمار نیز باید به اندازه بیمار مهم تلقی شوند. هنمن و کاردین اظهار می‌دارند، کسب اطلاعات مراقبین در مورد بیمارشان از راه‌های غیر موثر موجب سر درگمی و تنش آنها می‌گردد. بنابراین ترتیب دادن جلسات درمانی با حضور مراقب بیمار و تیم معالج در کسب اطلاعات موثر پیرامون بیمار و ایجاد حس همدردی، مفید است (۱۲). بالا بودن میزان آگاهی و شناخت مردم از این بیماری می‌تواند

فراوانی پاسخ صحیح (۹۱/۳٪) در حیطه مراقبت جسمی با عبارت، «تامین سلامت و امنیت بیمار اسکیزوفرن، یکی از اهداف مراقبتی است» داده شده بود. در حیطه مراقبت روانی بیشترین پاسخ صحیح (۹۴/۴٪) به عبارت «بی خوابی، اضطراب و کناره گیری، نشانه عود بیماری است» داده شده و در حیطه مراقبت اجتماعی بیشترین پاسخ صحیح (۸۸/۳٪) به عبارت «آشفته‌گی در محیط اجتماعی بیمار، موجب ظهور و یا پیشرفت بیماری می‌شود» داده شده بود. در حیطه مراقبت درمانی بیشترین پاسخ صحیح (۹۵/۴٪) به عبارت «داروهای ضد جنون بیمار باید طبق تجویز پزشک ادامه یابد.» ارائه شده بود (جدول شماره ۱). از لحاظ میانگین نمرات بدست آمده در چهار حیطه مورد پرسش بیشترین میانگین نمرات به حیطه مراقبت های جسمی تعلق گرفت (۱۳/۹۷±۴/۳۲) با توجه به نمره کل ۲۰ جهت هر یک از حیطه ها، میانگین نمره کل دانش مراقبین ۱۰/۶۶±۲۱/۰۴ محاسبه شد (جدول شماره ۲).

همچنین یافته های این تحقیق نشان داد که تنها بین سطح تحصیلات بیمار با دانش مراقبین ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0.05$). ولی بین میانگین نمره دانش مراقبین و سایر ویژگیهای دموگرافیک بیماران و مراقبین ارتباط آماری معنی دار وجود نداشته است.

حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی و درمانی از بیمار در منزل بود. جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. جهت محاسبه پایایی ابزار از روش آزمون مجدد با محاسبه میانگین کاپا استفاده گردید که میزان آن $I = 0.80$ بدست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون آماری تی و آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد.

نتایج

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش بیماران مرد (۷۱/۴٪)، بیکار (۷۱/۹٪)، متاهل (۴۹/۵٪)، با تحصیلات زیر دیپلم (۵۳/۶٪)، در فاصله سنی ۲۷-۳۷ سال (۳۵/۲٪) و با میانگین سنی $11/89 \pm 34/67$ سال بودند. بیشترین فراوانی مدت ابتلا به بیماری ۱۱ سال و بیشتر از آن (۳۶/۱٪) بود. در مورد ویژگیهای دموگرافیک مراقبین مورد پژوهش یافته ها موید آن بود که اکثریت مراقبین زن (۷۵٪)، شاغل (۴۲/۹٪)، والدین بیمار (۴۴/۹٪)، بیسواد (۴۶/۹٪) و بدون گذرانیدن دوره آموزشی مراقبت از بیمار روانی (۹۳/۹٪) بوده اند. اکثریت این مراقبین دارای وضعیت اقتصادی بد (۶۲/۲٪) و در فاصله سنی ۴۹ سال و بیشتر (۴۴/۸۲٪) قرار داشتند. بیشترین مدت مراقبت از بیمار (۲۹/۱٪) ۲ سال و کمتر از آن بود. در ارتباط با پاسخ به پرسش های مطرح شده در مورد دانش مراقبین، یافته ها نشان داد، بیشترین

جدول شماره ۱: توزیع پاسخ به سؤالات دانش مراقبین بیماران اسکیزوفرن در مورد نحوه مراقبت از بیمار در منزل

عبارات حیطه های مراقبت	پاسخ		درست		غلط		نمی دانم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مراقبت جسمی	۱۷۹	۹۱/۳	۱	۰/۵	۱۶	۸/۲	۲۴/۲	۱۲/۱
مراقبت روانی	۲۵	۱۲/۸	۹۲	۴۶/۹	۷۹	۴۰/۳	۲	۰/۱
مراقبت اجتماعی	۷۰	۳۵/۷	۴۱	۲۰/۹	۸۵	۴۳/۴	۶/۶	۳/۰
مراقبت درمانی	۱۸۷	۹۵/۴	۴	۲/۰	۵	۲/۶	۲۴	۱۲/۱

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کل دانش مراقبین بیماران اسکیزوفرن در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل

انحراف معیار	میانگین	میانگین نمره
۴/۳۲	۱۳/۹۷	مراقبت جسمی
۱/۶۲	۹/۱۱	مراقبت روانی
۴/۲۸	۱۰/۴۹	مراقبت اجتماعی
۲/۵۷	۹/۶۹	مراقبت درمانی
۲/۰۴	۱۰/۶۶	نمره کل

بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که اکثر مراقبین متاهل و زن بودند. قسمت اعظم مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را گروه زنان با شغل خانه داری تشکیل می دهند. در جامعه و فرهنگ ایرانی و نیز مطالعات غربی زنان (اغلب کمتر از ۶۰ سال) مراقبت کننده های اولیه بیماران در منزل می باشند که به دلیل امنیت اقتصادی و حس مسئولیت پذیری بیشتر از افراد مجرد، مراقبت از این بیماران را به عهده می گیرند (۱۴). در این مطالعه ۹۱/۳ درصد از مراقبین، تامین سلامت و امنیت بیمار اسکیزوفرن را یکی از اهداف مراقبتی انتخاب کرده بودند. نتایج تحقیقات چین و فونگ، لئونگ و همکاران نشان می دهد که در فرهنگ کشورهای آسیایی، مراقبین خصوصاً همسران و والدین بیمار احساس مسئولیت و اضطراب بیشتری در تامین بهترین شرایط مراقبتی جهت حفظ سلامت و احساس راحتی بیمار خود دارند (۷). مطالعه ویلیامز و داویس، تورنیکرافت و همکاران نیز یافته این پژوهش را تایید می کنند (۱۶ و ۱۵). ۹۴/۴ درصد از مراقبین در حیطه مراقبت روانی به عبارت «بی خوابی، اضطراب و کناره گیری، نشانه عود بیماری است» پاسخ صحیح داده بودند. تحقیقات چنگ و چان نشان می دهد، اکثر مراقبین با تجربه، اضطراب، کناره گیری، بی خوابی و کم توجهی به بهداشت فردی در بیمار اسکیزوفرنی را از علایم برگشت بیماری می دانند که نیاز فوری به درمان را می طلبد (۱۷).

۸۸/۳ درصد مراقبین در حیطه مراقبت اجتماعی به عبارت "آشفته گی در محیط اجتماعی بیمار، موجب ظهور و یا پیشرفت بیماری می شود" پاسخ صحیح داده بودند. کلتنر می نویسد، آشفته گی محیط زندگی بیماران و اطرافیان بیش از اندازه هیجانی، خشمگین و ایرادگیر بیمار، موجب ظهور و یا پیشرفت بیماری می شود (۱۸). تحقیقات لایس و همکاران نیز نشان می دهد که مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای ساکن در خانه های حمایتی بیان نمودند که بیماران در برابر فشارهای روانی و بگو مگوهای عادی بسیار حساس هستند که ممکن است به وخیم شدن بیماری آنها منجر گردد (۱۹). شاید یکی از دلایل پاسخ بیشتر مراقبین به این دو گزینه، تجارب شخصی آنها بوده باشد. زیرا آنها در طی مراقبت متوجه شروع دوره های عود بیماری و تاثیر فاکتورهای فوق بر شدت علایم رفتاری و روان شناختی بیمار بوده اند. ۹۵/۴ درصد مراقبین در حیطه مراقبت درمانی به گزینه "داروهای ضد جنون بیمار باید طبق تجویز پزشک ادامه یابد" پاسخ صحیح داده بودند. اسداللهی می نویسد، مهمترین وظیفه مراقبین خانوادگی بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان، نظارت بر مصرف دارو توسط بیمار است (۹). تحقیق کادری و همکاران نیز نشان داد ۷۰ درصد از مراقبین مصرف داروها را علت افزایش شدت بیماری در بیمار می دانستند (۲۰) احتمالاً تفاوت فرهنگی و محیطی، تجارب شخصی مراقب در مصرف و عدم مصرف دارو توسط بیمار، تذکر و تاکید زیاد افراد کادر درمانی از جمله روانپزشک و پرستاران

بخش در مصرف به موقع داروی تجویز شده در نتیجه فوق تاثیر داشته است. در این مطالعه، کمترین فراوانی پاسخ صحیح در حیطه مراقبت جسمی (۳۹/۳٪) به عبارت "در صورت تمایل ویا اقدام بیمار به خودکشی، بیمار باید توسط روانپزشک ویزیت شود" داده شده بود. ویلیامز و داویس می نویسند، مراقبین بیماران روانی به علت عدم آگاهی از علت فیزیولوژی و روانشناختی خودکشی و شدت افسردگی بیمار اسکیزوفرن به علت‌های دیگری مثل مشکلات اقتصادی یا آبروریزی به جای مراقبت اورژانسی و بردن بیمار نزد روانپزشک به مراقبت‌های جانبی می پردازند (۱۵). در این تحقیق نیز شاید عواملی مانند کتمان خودکشی به دلیل شرم و حفظ حیثیت اجتماعی خانواده یکی از دلایل این دانش کم باشد. در حیطه مراقبت روانی (۱۲/۸٪) مراقبین به عبارت "با هذیان‌ات بیمار اسکیزوفرن با آوردن دلیل و منطق باید مخالفت کرد" پاسخ صحیح داده بودند. کلتز می نویسد، بیماران جهت بدست آوردن آرامش عاطفی به هذیان‌ها پناه می برند که محتوای آن از مشکلات خصوصی و تمایلات و انگیزه‌های به بن بست رسیده آنان سرچشمه می گیرد. مراقبین نا آگاه نه تنها هذیان را علامت بیماری نمی دانند، بلکه آن را ناشی از لجبازی و نادانی بیمار دانسته و سعی می کنند با آوردن دلیل و منطق با هذیان بیمار برخورد مستقیم کنند (۱۸). مراقبین در حیطه مراقبت اجتماعی به عبارت "نوتوانی می تواند موجب بهبودی و سازگاری فرد اسکیزوفرن شود" کمترین پاسخ صحیح را داده بودند (۳۵/۷٪). شاید نگرش منفی مراقبین و مردم جامعه ما به این بیماری در کمتر صحیح جواب دادن به این گزینه نقش داشته باشد. تحقیقات فلورتس نشان داد که ۴۰ درصد مردم بیماران اسکیزوفرن راعقب مانده می دانند و ۵۴ درصد معتقد به عدم شرکت دادن این بیماران در هرگونه شغل یا امور اجتماعی هستند. وی معتقد است که علاوه بر دانش مراقبین، حمایت‌های اجتماعی نیز در نوتوانی بیمار اسکیزوفرن اهمیت دارد و بدون همکاری سیستم‌های اجتماعی در امر نوتوانی، آموزش مهارت

های اجتماعی تا حدی غیر ممکن است (۲۱). طبق یافته های تحقیق بیشترین میانگین نمرات دانش مربوط به حیطه مراقبت جسمی (۱۳/۹۷) و کمترین آن مربوط به حیطه مراقبت روانی (۹/۱۱) بوده است. شاید دلیل پایین بودن نمرات حیطه مراقبت روانی، ضعیف بودن گسترش بهداشت روان نسبت به بهداشت عمومی در کشور ما باشد. در تحقیق کادری و همکاران مشخص گردید که ۵۳/۵٪ از مراقبین معتقدند که آنها در مقابل مشکلات روانی بیماران از قبیل هذیان و توهم، رفتارهای تخریب کننده و... احساس عجز نموده و نمی دانند که چه برخوردی با آنها داشته باشند (۲۰). در مطالعه چنگ و چان نیز آمده است که برنامه های آموزش گروهی در مورد علایم روان شناختی بیماری و برخورد با آن برای مراقبین بیماران اسکیزوفرنی اهمیت دارد. زیرا مراقبین متوجه می شوند که تنها بیمار آنها این علایم را نداشته و از طرفی از ارائه بهترین مراقبت‌ها با خبر می شوند (۱۷). از طرفی تحقیقات نشان داده است که در کشورهای آسیایی، مراقبین در حیطه مراقبت جسمی از دانش بیشتری برخوردارند (۵). از یافته های دیگر جدول ۲ میانگین نمره کل دانش (۱۰/۶۶) بوده است (از حداکثر ۲۰) که نشان دهنده دانش و آگاهی کم مراقبین در مورد مراقبت از بیمار خود می باشد. تحقیقات مختلف به کمبود دانش مراقبین در امر مراقبت اشاره کرده است. در تحقیق کادری و همکاران، اکثریت مراقبین (۷۶٪) هیچ گونه دانشی در مورد نحوه مراقبت از بیمار اسکیزوفرن نداشته و هرگز اسم اسکیزوفرنی را نشنیده بودند (۲۰). تحقیق چنگ و چان و ملکوتی و همکاران نیز نشان می دهد، عدم دانش کافی مراقبین موجب عودهای پی در پی بیماری می شود (۸ و ۱۷). همچنین تحقیق لایس نشان می دهد، عدم دانش کافی در مورد بیماری و نحوه مراقبت، باعث می شود بین بیمار و مراقب، در مورد آن چه که برای بیمار بهترین می باشد، اختلاف وجود داشته باشد و آن چه را که از نظر مراقب، امنیت تلقی می شود بیمار محدودیت می داند (۱۹). همچنین نتایج نشان داد، بین دانش

باشند تا اداره بیمار و در کل آرامش خانواده در سایه بهترین عملکرد مراقبتی آنان میسر شود.

منابع:

- 1-Videbeck, Shila L. Psychiatric mental health nursing Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins 2003: 290-325.
- ۲- کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. جلد دوم. تهران: انتشارات ارجمند ۱۳۸۲، ۴۸-۱۳.
- ۳- ملکوئی، کاظم و همکاران. بررسی اثر فعالیت گروه مراقبت پیوسته در درمان بیماران سرپایی مزمن روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال چهارم، شماره ۳. زمستان ۱۳۷۷، ۱۳-۵.
- ۴- محمدی، محمدرضا و همکاران. همه گیر شناسی اختلالات روان پزشکی در ایران. مجله پژوهشی حکیم. دوره ششم، بهار ۱۳۸۲، شماره ۱، ۶۴-۶۰.
- ۵- فدایی، فرید. جم نژاد، مینا. مزینانی، ربابه. بررسی مهارتهای ارتباطی و تعاملی در بیماران روان پریش. مجله توانبخشی. ۱۳۸۱، شماره ۱۰، ۱۸-۱۲.
- 6- Kelly, M. Newstead, L. Family intervention in routine practice: it is possible! Journal of psychiatric and mental Health Nursing, 2004: (11): 64-72.
- 7- chien, w. T. Norman, I. Thomposon, D. R. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia international of nursing studies. 2004: (41):637-649.
- ۸- ملکوئی، کاظم و همکاران. فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان. مجله پژوهشی حکیم. دوره ششم، تابستان ۱۳۸۲ (شماره ۲)، ۹-۲.
- ۹- اسداللهی، قربانعلی. عباسعلی زاده، علی. کتاب راهنما برای خانواده های بیماران مبتلا به اسکیزوفرن. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۷۲.
- ۱۰- نوری قاسم آبادی، ربابه. بیان زاده، اکبر. روشهای مداخله در شبکه اجتماعی بیماران مزمن روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم. تابستان و پاییز ۱۳۷۶، شماره ۱۰۲: ۶۶-۶۰.
- 11- Meisel, mary. Psychosocial implication in care of the critically ill patient and family Philadelphia: Daris company. 1999: 20-24
- 12- Henneman, Elizabetha. Cardin, suzette. need for information intervention for practice. critical care nursing clinics of north America 1998. 4(4): 615-632.
- ۱۳- ایرانی نژاد، خدیجه. اسکیزوفرنیا و اطلاعات مورد نیاز خانواده ها. ناشر: انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز همکاریهای مشترک سازمان جهانی بهداشت روان. ۱۳۸۲.
- ۱۴- لیتنر، برنندا. زندگی با اسکیزوفرنیا. ترجمه مهشید فروغان. چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشه اور. ۱۳۸۴.
- 15- Williams, Christine L. Davis, Carol M. the therapeutic interaction in nursing. slack incorporated. 2004: 97-103.
- 16- Thornicroft, Graham. And etal. The personal impact of schizophrenia in Europe. Schizophrenia Research, 2004(69): 125-132.
- 17- Cheng, Lia- Yu. Chan, Sally. Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. Western Journal of Nursing Research 2005, 27(5): 583-599.

مراقبین با سطح تحصیلات بیمار ارتباط معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). بدین ترتیب که میانگین نمرات دانش مراقبین بیماران بالاتر از دیپلم ۱۱/۴۴ و مراقبین بیماران بیسواد ۹/۹۲ بوده است. محسنی می نویسد، بیسوادی به دنبال خود کم اطلاعی و جهل عمومی را خواهد داشت که با ایجاد زمینه ذهنی نامناسب برای دیگران، احساس عدم مسئولیت و عدم رعایت امور بهداشتی و درمانی را موجب می شود (۲۲) خوشابی و کیوانی می نویسند، بین تحصیلات و مهارت های ارتباطی و تعاملی بیمار رابطه ای مستقیم و معنی دار وجود دارد (۲۳). شاید دلیل احتمالی آن باشد که سطح تحصیلات بیمار در افزایش آگاهی بیمار نسبت به بیماری تاثیر مثبت دارد و بیماران با سواد تر، از درک و توقعات منطقی تر همراه با مهارت ها و تعاملات عمومی بهتر برخوردارند و کمتر از پرخشگری استفاده می نمایند. بنابراین نزاعها، اختلافات و کشمکش های خانوادگی این بیماران کمتر می باشد و در نتیجه میل و نگرش خانواده نسبت به آگاهی درمورد بیمار مثبت تر می شود.

در صورت ایجاد بیماری روانی، اولین چیزی که هر مراقب اسکیزوفرنیا باید بداند، این است که مراقبت از این بیماران به تنهایی از دست او بر نمی آید. مراقب و بیمار وی باید پیوسته توسط تیم روان پزشکی نظارت شوند و ارتباط سه گانه دائم بین بیمار، مراقب و تیم درمانی وجود داشته باشد. اعضاء تیم درمانی (از جمله پرستاران) باید به مراقبین خانوادگی یاد دهند که بیمار چگونه از آنان کمک می خواهد؟ چگونه ارتباط کلامی و غیر کلامی مناسب را جهت حفظ سلامت بیمار برقرار نمایند؟ چگونه الگوهای مراقبتی مختلف را در مورد درد، بستری، ترخیص، علائم مثبت و منفی و شناختی بیماری اسکیزوفرنی انجام دهند و چگونه پدیده هایی مثل لمس، گیجی، ابهام، بی خوابی، بیقراری، تنهایی، ناکامی، ناامیدی ... را درک نمایند. به دیگر کلام، مهارت و توانایی کشف و تفسیر علائم و نشانه های غیر عادی بیماری را داشته

- 18- Keltner, Norman L. schwecke, Lee Ailyard. Bostrom, Carole /E. psychiatric nursing. 4ed. ST Louis: Mosby Inc. 2003: 139-140,, 213- 232, 255, 261, 310-339 .
- 19- Leiß, matthias. Kallert, Thomas w. Normative needs for community based psychiatric care of patients with schizopfhrenia in different residential settings. psychiatry research. vol. 2003. 118 (3): 223-233.
- 20- Kadri, Nadia. Manoudi, Fatiha. Berrada, Soumia. Moussoui, Driss. Stigma impact on Moroccan Families of patients with schizopfhrenia. Can J psychiatry, 2004 49, (9): 625-629.
- 21- Flórez, Julio Arboleda. Considerations on the stigma of mental illness. Can J psychiatry, 2003, 48(10): 645-650.
۲۲. محسنی، منوچهر. مبانی آموزش بهداشت. چاپ سوم. تهران: انتشارات طهوری. ۱۳۸۲.
۲۳. خوشابی، کتایون. کیوانی، سیرا. بررسی مهارت های ارتباطی و تعاملی در بیماران روان پریش. مجله توانبخشی، ۱۳۸۱، شماره دهم، ۹-۱۲.

Survey knowledge of caregivers of patients of schizophrenia about home care in Patients referring to Shahid Beheshti Hospital in Kerman

By: Nadem, M, MSN. Ramzani, T, MSN. Haghdoost, A, PhD.

Abstract

Introduction: More than 70% of patients with schizophrenia are cared by family at home. Knowledge deficit of caregivers is basically the basic and fundamental problem regarding the signs and symptoms of disease.

Objective: This study was to assess the knowledge level of schizophrenic patients' caregivers referring to Shahid Beheshti hospital in Kerman city regarding home care.

Method: This descriptive study was conducted on 196 caregivers of schizophrenic patients in Shahid Beheshti hospital. The data collection tool consisted of a researcher made questionnaire and information was obtained through face to face interview. The data were analyzed using SPSS, t-test, ANOVA, and Spearman rank correlation.

Results: The mean knowledge score of caregivers and standard deviation were 10.66 and SD=2.04 respectively. The maximum knowledge was observed in physical area (X=13.96, SD=4.32) and the minimum knowledge was in psychological area (X=9.11, SD=1.62). There was a significant association between knowledge and the level of education in patients ($p<0.01$).

Conclusion: Our findings showed that caregivers had poor knowledge level. Programs for promoting the knowledge of caregivers are necessary.

Key words: schizophrenia, knowledge, caregiver