

## اثربخشی برنامه ترخیص بر آگاهی، نشانه‌های بالینی و دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیای بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران

فر حدخت رنجبر<sup>۱</sup>، بهروز قنبری<sup>۲</sup>، شیوا خالقی پرست<sup>۳</sup>، دکتر هومان منوچهری<sup>۴</sup>، دکتر نویده نصیری<sup>۵</sup>

### The Effects of Discharge Planning on Insight, Symptoms and Hospitalization of Schizophrenia Patients at Iran University of Medical Sciences Hospitals

Farahdokht Ranjbar<sup>۱</sup>, Behrouz Ghanbari<sup>۲</sup>, Shiva Khaleghparast<sup>۳</sup>,  
Houman Manouchehri<sup>۴</sup>, Navideh Nasiri<sup>۵</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The present study was carried out to assess the efficacy of discharge planning on insight, clinical symptoms and frequency of hospitalization in patients with schizophrenia. **Method:** In this clinical experiment, 46 inpatients with schizophrenia at hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences, were selected according to inclusion criteria, and were assigned to two experimental and control groups. Discharge planning for the experimental group was designed based upon nursing process, and was carried out for six sessions at the hospital and six sessions at the patients' residence (for three months after discharge). Data were gathered using demographic questionnaire, patient discharge list, and measurement of insight. Data were analyzed using Friedman tests, independent t-test,  $\chi^2$ , Mann Whitney U, and McNemar test. **Results:** The experimental group's insight was higher than the control group at discharge ( $t=-9.63$ ,  $p<0.001$ ) and three months after discharge ( $t=-9.63$ ,  $p<0.001$ ). With regard to clinical symptoms, the experimental group was better compared to the control group at discharge ( $t=-7.34$ ,  $p<0.001$ ) and three months after discharge ( $t=-14.67$ ,  $p<0.001$ ). Also, regarding hospitalization, there was significant difference in the experimental group between before and three months after hospitalization; however, the difference was not significant in the control group. **Conclusion:** A more favourable insight, decrease in clinical symptoms, and a decrease in the frequency of hospitalization are among the benefits of discharge program, which deserve special attention, regarding high rate of relapse and re-admission of patients with schizophrenia, and the high budget allocated to the care and treatment of these patients.

**Key words:** schizophrenia; discharge program; insight; clinical symptoms; frequency of hospitalization

[Received: 8 September 2009; Accepted: 21 June 2010]

#### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه ترخیص بر آگاهی، نشانه‌های بالینی و دفعات بستری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد. **روش:** در این کار آزمایی بالینی، ۴۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران با در نظر گرفتن معیارهای ورود، در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. برای گروه آزمایش برنامه ترخیص که بر پایه الگوی فرآیند پرستاری طراحی شده بود، به مدت شش جلسه در بیمارستان و شش جلسه در منزل بیمار (تا سه ماه پس از ترخیص از بیمارستان) اجرا شد. برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی، فهرست ترخیص و سنجش آگاهی و برای تجزیه و تحلیل آنها آزمون‌های فریدمن، T مستقل، U من وینسلی و مک‌نمار به کار رفت. **یافته‌ها:** میزان آگاهی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل هنگام ترخیص ( $t=-9.63$ ,  $p\leq 0.001$ ) و سه ماه پس از ترخیص ( $t=-9.63$ ,  $p\leq 0.001$ ) بالاتر بود. از نظر نشانه‌های بالینی هنگام ترخیص ( $t=-7.34$ ,  $p\leq 0.001$ ) و سه ماه پس از ترخیص ( $t=-14.67$ ,  $p\leq 0.001$ ) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در وضعیت بهتری بود. از نظر میزان بستری شدن نیز میان پیش و سه ماه پس از اجرای برنامه در گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، ولی در گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار بود ( $t=-3.78$ ,  $p\leq 0.001$ ). نتیجه‌گیری: زیاده‌شدن آگاهی بیماران، اکت نشانه‌های بالینی و کم شدن دفعات بستری از مزایای برنامه ترخیص است، که با توجه به میزان بالای برگشت و بستری شدن دوباره بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و هزینه‌های کلان مراقبتی و درمانی ایشان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

**کلیدواژه:** اسکیزوفرنیا؛ برنامه ترخیص؛ آگاهی؛ نشانه‌های بالینی؛ دفعات بستری

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۳۱]

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان‌پرستاری، مربی روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی؛ <sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، مجتمع آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، دورنگار: ۰۲۱۶۶۵۵۷۵۵۵ (نویسنده مسئول) <sup>۳</sup> E-mail: g.behrooz@gmail.com؛ <sup>۴</sup> کارشناس ارشد روان‌پرستاری، کارشناس مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی؛ <sup>۵</sup> دکترای زبان انگلیسی، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی؛ <sup>۶</sup> دکترای آمار زیستی، استادیار دانشکده پیراپزشکی شهید بهشتی.

\* Corresponding author: Masters in Psychiatric Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Hazrat-e-Rasool Akram Training-medical Center, Niayesh St., Sattarkhan Ave., Tehran, Iran, IR. Fax: +982166557555, E-mail: g.behrooz@gmail.com; <sup>a</sup> Masters in Psychiatric Nursing, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery; <sup>b</sup> Masters in Psychiatric Nursing, Shaheed Rajaei Cardiovascular Medical and Research Center; <sup>c</sup> Assistant Prof. of Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery; <sup>d</sup> PhD. in Biologic Statistic, Assistant Prof. of Shahid Beheshti.

## مقدمه

بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (WHO)، اختلال‌های روانی در کشورهای در حال گسترش نه تنها بیمار، بلکه خانواده او را نیز گرفتار مشکل اقتصادی، اجتماعی و زیستی می‌کند (تمیزی، ۲۰۰۷). اسکیزوفرنیا که به دلیل پیامدهای ناگواری مانند خودکشی، طلاق و پایین آمدن شدید کارایی فردی و اجتماعی مورد تأکید WHO است (فلاین<sup>۲</sup> و آدامز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳)، دربرگیرنده مواردی است که معمولاً بعد روان‌پریشی دارند و با آشفتگی‌های خاص تکلم، ارتباط، تفکر، ادراک، عاطفه و رفتار- که بیش از شش ماه ادامه دارد- همراهند. تعداد افراد مبتلا به این بیماری درخور توجه است، به طوری که حدود ۱/۳ درصد از کل جمعیت ایالات متحده آمریکا (بیش از سه میلیون نفر) به آن مبتلا هستند (بوید<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به این بیماری نه تنها به وسیله مردم عادی، بلکه به وسیله جامعه پزشکی نیز درک نمی‌شوند (وارکارولیس<sup>۵</sup> و کارسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). اسکیزوفرنیا افزون بر درگیری فرد، بر خانواده بیمار نیز اثر گذاشته، ساختار، عملکرد و وظایف خانواده را مختل می‌کند. میزان بازگشت<sup>۷</sup> اسکیزوفرنیا در حالت عادی ۶۷ درصد است. پژوهش‌ها نشان داده است ویژگی‌های بالینی بیماری مانند شدت نشانه‌ها و مدت زمان بستری با سطح کارایی و دفعات بستری در ارتباط است (گلان‌وایل<sup>۸</sup> و دیکسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). ویژگی‌های بالینی (مانند شدت نشانه‌های روان‌پریشی، نشانه‌های مثبت و منفی بیماری، مدت زمان بستری، بستری شدن دوباره، مدت زمان ابتلا به بیماری و سطح پایین کارایی اجتماعی) هم چنین با میزان فشار به خانواده بیمار نیز ارتباط دارد.

درمان‌های جسمی (بیشتر درمان دارویی) هر چند در بیشتر موارد بهبود چشم‌گیر بیمار را به دنبال دارد، نمی‌تواند همه نیازهای آنان را برآورده کند. برای درمان و توان بخشی روانی- اجتماعی این بیماران روش‌های بسیاری مانند روان‌درمانی فردی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی، توان بخشی و آموزش مهارت‌های اجتماعی پیشنهاد شده است، ولی هر روش درمانی به یک برنامه‌ریزی دقیق نیاز دارد تا بتواند هم برای درمان و ترخیص بیماران از بیمارستان و هم در بهبود کیفیت زندگی آنان مفید باشد. روش درمانی مرسوم اسکیزوفرنیا در ایران، در بیشتر موارد دربرگیرنده بستری، دارودرمانی و شوک‌درمانی است، به گونه‌ای که بیمار پس از

بهبود نسبی ترخیص می‌شود. در حالی که شواهد نشان داده است بیمار مدتی پس از ترخیص، به دلیل آگاهی نداشتن به بیماری خود، مصرف داروها را قطع و بنابراین بیماری بازگشت می‌کند و به بستری شدن دوباره می‌انجامد. به نظر می‌رسد این بازگشت‌ها به دلیل اجرا نکردن یک برنامه مناسب پیش از ترخیص است (فلاحی خشکناز، ۲۰۰۱).

موفقیت هر سامانه به برنامه‌ریزی دقیق و همه‌جانبه بستگی دارد، سامانه بهداشت و درمان نیز از این امر مستثنی نیست؛ تا زمانی که بیمار در بیمارستان بستری است، بیمارستان یک محیط امن به حساب می‌آید، ولی هنگامی که بیمار بهبود می‌یابد و دیگر نیازی به خدمات بیمارستانی ندارد، باید مرخص شود. اما مرخص شدن در بیشتر موارد برای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده او تهدیدکننده و ترس‌برانگیز است. این در حالی است که ترخیص باید با لذت همراه بودن با خانواده و رسیدن به سلامت همراه باشد. بررسی‌ها نشان داده است بروز چنین احساس‌هایی تا حدودی به دلیل آگاهی نداشتن به چگونگی مراقبت از خود پس از ترخیص است (خانکه، ۲۰۰۳a).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند برنامه آموزش خودمراقبتی در قالب برنامه ترخیص، مدت زمان بستری، بستری شدن دوباره و نیاز به مراقبت پزشکی را کاهش می‌دهد، به طوری که هزینه به ازای هر بیمار حدود پنج درصد کاهش می‌یابد (کوئلینگ<sup>۱۰</sup>، جانسون<sup>۱۱</sup> و کودی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵). یافته‌های پژوهشی روی بیماری‌های مختلف نشان داده است برنامه ترخیص به کم شدن هزینه‌های بستری (به دلیل کاهش دفعات بستری، افزایش کیفیت زندگی، تقویت ساختار بهداشتی و حمایت روانی بیماران) می‌انجامد (واتس<sup>۱۳</sup>، پیرسون<sup>۱۴</sup> و گاردنر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛ ریدمن<sup>۱۶</sup> و تورنک‌ویست<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶؛ لین<sup>۱۸</sup> و یاتونوی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵؛ کوئلینگ و همکاران، ۲۰۰۵).

تا آن‌جا که بررسی انجام شد، پژوهش‌های انجام شده در ایران در مورد برنامه ترخیص به دو پایان‌نامه دانشجویی دانشگاه تربیت مدرس روی بیماران قلبی (خزائلی، ۱۹۹۸؛

- |                              |              |
|------------------------------|--------------|
| 1- Worth Health Organization | 2- Flynn     |
| 3- Adams                     | 4- Boyd      |
| 5- Varcarolis                | 6- Carson    |
| 7- relapse                   | 8- Glanville |
| 9- Dixon                     | 10- Kuelling |
| 11- Johnson                  | 12- Cody     |
| 13- Watts                    | 14- Pierson  |
| 15- Gardner                  | 16- Rydeman  |
| 17- Tornkvist                | 18- Lin      |
| 19- Iannettoni               |              |

نشانه‌های منفی به صورت وارونه نمره داده می‌شود). نمره نهایی به صورت سطوح خیلی شدید (نمره ۳۵-۲۰)، شدید (نمره ۵۰-۳۶)، متوسط (نمره ۶۱-۵۱) و خفیف (نمره ۸۰-۶۲) طبقه‌بندی می‌شود، به طوری که نمره پایین نشان‌گر شدت بیشتر نشانه‌هاست.

**پرسش‌نامه سنجش آگاهی** که شامل ۱۹ گویه در مورد بیماری (نشانه‌ها، علت، تشخیص و پیامدها) و درمان [دارویی (مانند خوددرمانی و پیامدها) و غیردارویی] است و به صورت درست (نمره یک) / نادرست (نمره صفر) پاسخ داده می‌شود. نمره نهایی به صورت سطوح ضعیف (نمره ۴-۰)، متوسط (نمره ۹-۵)، خوب (نمره ۱۴-۱۰) و خیلی خوب (نمره ۱۹-۱۵) طبقه‌بندی می‌شود.

برای تعیین اعتبار محتوا<sup>۲</sup>، دو پرسش‌نامه فهرست ترخیص و سنجش آگاهی در اختیار ۱۲ عضو هیأت علمی دو دانشکده پرستاری دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی قرار گرفت تا «مربوط بودن»، «روشن بودن» و «ساده بودن» گویه‌ها با کمک شاخص اعتبار محتوی والتس و باسل<sup>۳</sup> (یغمایی، ۲۰۰۳) مشخص شود. پرسش‌نامه سنجش آگاهی در اختیار ۱۳ نفر از بیماران بستری در بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز قرار گرفت؛ در این جا فقط «روشن بودن» گویه‌ها بررسی شد. یافته‌های به‌دست آمده از اعضای هیأت علمی در مورد کمینه و بیشینه اعتبار محتوای کل پرسش‌نامه و بخش‌های «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» به ترتیب در مورد پرسش‌نامه سنجش آگاهی ۸۱/۸-۹۱، ۸۱/۸-۹۱، ۷۷-۹۱ و ۷۹/۵-۹۱ درصد و در مورد فهرست ترخیص ۸۹-۱۰۰، ۹۷-۱۰۰، ۱۰۰-۹۷ و ۱۰۰ درصد بود. کمینه و بیشینه اعتبار محتوای بخش «واضح بودن» فهرست ترخیص از سوی بیماران نیز ۷۱-۹۱ درصد به‌دست آمد.

برای تعیین اعتبار صوری<sup>۴</sup> نیز از همان افرادی که در مرحله اعتبار محتوا حضور داشتند، نظرخواهی شد و پس از گردآوری نظرها تغییرهای نگارشی و ویرایشی برای بهبود گویه‌ها انجام شد.

فلاحی خشک‌ناب، ۲۰۰۱) و دو بررسی به‌وسیله خانکه (۲۰۰۳) a و b) در دانشگاه علوم بهزیستی خلاصه می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر با این فرض که اجرای برنامه ترخیص بر افزایش میزان آگاهی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و در نتیجه کاهش دفعات بستری مؤثر است، انجام شد. به بیان دیگر هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه ترخیص بر میزان آگاهی، نشانه‌های بالینی و دفعات بستری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا است تا بتوان با ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن و برنامه‌ریزی‌های مناسب در جامعه، به افت نشانه‌های بالینی و دفعات بستری این بیماران کمک کرد.

## روش

در این پژوهش که از نوع کارآزمایی بالینی است و با کد IRCT201108207385N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده، ۴۶ بیمار بستری در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران (مجتمع رسول اکرم (ص) و بیمارستان روانپزشکی ایران) مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به برنامه عبارت بود از: ۱- تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا به‌وسیله روانپزشک بر پایه معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی<sup>۱</sup> (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، ۲- داشتن قیّم درجه یک (پدر، مادر، همسر، فرزند)، ۳- موافقت قیّم با اجرای برنامه، ۴- فارسی‌زبان بودن، ۵- گذشت دست کم سه سال از آغاز بیماری، ۶- بین ۲۰ تا ۵۰ ساله بودن، ۷- نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، ۸- اقامت دائم در تهران و ۹- دست کم سواد خواندن و نوشتن. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شدند:

**پرسش‌نامه گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی** شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، وضعیت مسکن، داشتن مراقب، سابقه بستری، مدت زمان بیماری، دفعات بستری، عضویت در انجمن‌های حمایتی و ویژگی‌های همسر شامل سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال او.

**فهرست ترخیص** که شامل ۲۰ گویه است، نشانه‌های مثبت و منفی بیماری را می‌سنجد و روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای [همیشه (روزانه و مدام) = ۱ تا به ندرت (نبود گزارش در یک هفته) = ۴] پاسخ داده می‌شود (به گویه‌های مربوط به

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup>ed.)  
2- content validity  
3- Waltz & Bausell Content Validity Index  
4- face validity

برای تعیین پایایی<sup>۱</sup> به روش هم‌سانی درونی، پرسش‌نامه‌های پر شده به وسیله ۱۳ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مورد تحلیل قرار گرفت؛ ضریب آلفای کرونباخ کل و دو خرده‌مقیاس بیماری و درمان پرسش‌نامه سنجش آگاهی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ درصد، و ضریب آلفای کرونباخ فهرست ترخیص ۰/۸۴ به دست آمد. هم‌چنین خرده‌مقیاس‌های فهرست ترخیص با یکدیگر و با نمره کل، همبستگی مثبت داشتند.

در روند پژوهش و در خلال ۲۴ ساعت نخست پذیرش، پرسش‌نامه گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی با بیماران و خانواده آنان و پس از آن دو پرسش‌نامه سنجش آگاهی و فهرست ترخیص به وسیله بیماران تکمیل شد. این روند تا زمان تکمیل شدن تعداد نمونه در مورد بیماران دارای شرایط ورود، ادامه یافت. سپس آزمودنی‌ها بر پایه جنسیت و با توجه به زمان پذیرش، یک در میان در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. با کاربرد آزمون آماری، هم‌سانی دو گروه از نظر سن و تحصیلات تأیید شد.

پس از پایان مرحله حاد بیماری، برنامه ترخیص در بخش و در مورد گروه آزمایش اجرا شد و تا سه ماه پس از ترخیص بیمار از بیمارستان، در منزل ادامه یافت. این برنامه بر پایه الگوی فرآیند پرستاری<sup>۲</sup>، در چهار مرحله طراحی شد؛ مرحله نخست: بررسی و شناخت (با داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه‌ها)، مرحله دوم: تعیین توانایی‌ها و مشکل‌های بیماران گروه آزمایش، مرحله سوم: برنامه‌ریزی برنامه ترخیص، و مرحله چهارم: اجرای برنامه ترخیص. برنامه‌ریزی شامل دو نوع مداخله هنگام بستری و پس از ترخیص در منزل بود؛ مداخله هنگام بستری دربرگیرنده مراقبت‌های پرستاری تدوین شده بر پایه الگوی فرآیند پرستاری و هم‌چنین شش جلسه یک ساعته آموزش حضوری به بیمار بود. در هر جلسه آموزشی، نخست بر پایه اهداف تدوین شده برای هر جلسه، مطالب به صورت سخنرانی در ۳۰ دقیقه ارائه و در ۳۰ دقیقه بعدی با بیان پرسش درباره مطالب بیان شده، تلاش شد با درگیر کردن فرد، تجربه‌های احساسی و اطلاعاتی فرد بیان شود. این آموزش بر بالین بیمار یا اتاق کنفرانس بخش به صورت فردی و چهره‌به‌چهره و در حضور یکی از اعضای علاقه‌مند و فعال خانواده انجام شد. در این جلسه‌ها مهارت‌های لازم (نخستین دیدار با افراد، برنامه‌ریزی اوقات فراغت، برنامه‌ریزی برای

چگونگی خرج منابع مالی، استقلال در زمینه سلامتی و تندرستی مانند مراقبت از دندان‌ها، پوست و...، مهارت‌های کاری، مهارت‌های امنیتی، مهارت‌های اداره منزل، پوشیدن لباس، مصرف مواد غذایی و آراستگی و بهداشت فردی) نیز تمرین شد. مداخله پس از ترخیص عبارت بود از ویزیت یک ساعته در منزل، هر ۱۵ روز یک‌بار به مدت سه ماه. اقدامات انجام شده در منزل شامل مرور مهارت‌های اجتماعی آموزش داده شده به بیمار در حضور خانواده، کنترل مصرف داروها و مشاوره بود. در آخرین ویزیت، دوباره بیماران فهرست ترخیص و پرسش‌نامه سنجش آگاهی را پر کردند. در این مرحله تمامی جزوه‌های آموزشی دوره در اختیار گروه آزمایش و خانواده آنان قرار گرفت. گروه کنترل نیز در پایان ماه سوم این دو پرسش‌نامه را پر کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده در سه مرحله (زمان پذیرش، ترخیص و سه ماه پس از ترخیص) به کمک SPSS-14<sup>۳</sup> و به روش آزمون فریدمن<sup>۴</sup>، آزمون t مستقل<sup>۵</sup>، آزمون  $\chi^2$ ، آزمون U من‌ویتنی<sup>۶</sup> و آزمون مک‌نمار<sup>۷</sup> انجام شد.

## یافته‌ها

در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل به طور مساوی ۱۴ (۶۰/۹٪) مرد و ۹ زن (۳۹/۱٪) شرکت داشتند. ۳۲/۶٪، ۳۹/۱٪ و ۲۸/۳٪ آزمودنی‌ها به ترتیب در گروه‌های سنی ۲۰-۳۰، ۳۱-۴۰ و ۴۱-۵۰ سال قرار داشتند. ۸۲/۶٪ مجرد، ۱۵/۲٪ متأهل و ۲/۲٪ مطلقه و ۴۷/۸٪، ۱۹/۶٪، ۱۷/۴٪ و ۱۵/۲٪ آزمودنی‌ها به ترتیب بیش از نه، بین هفت تا هشت، پنج تا شش و سه تا چهار سال بیمار و ۵۰٪ بی‌کار، ۳۴/۸٪ خانه‌دار، ۸/۷٪ شاغل و ۶/۵٪ از کارافتاده بودند. ۶/۵٪ و ۱۷/۴٪، ۲۶/۱٪ به ترتیب تحصیلات دانشگاهی، دبیرستانی و ابتدایی - راهنمایی و ۷۶٪، ۱۷/۴٪ و ۶/۵٪ به ترتیب مسکن شخصی، اجاره‌ای - رهنی و سازمانی داشتند. مراقب آزمودنی‌ها به ترتیب در ۶۷/۶٪، ۱۸/۹٪، ۵/۴٪ و ۲/۷٪ موارد به ترتیب مادر، پدر، همسر - برادر - خواهر و فرزند بود و هیچ‌یک از آنها عضو انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنیا نبودند.

1- reliability  
2- nursing process model  
3- Statistical Package for the Social Science- version 14  
4- Friedman test  
5- independent t test  
6- U Mann Whitney  
7- McNemar test

**جدول ۱- کاربرد آزمون U من ویتنی برای بررسی یکسان بودن متغیرهای آگاهی، نشانه‌های بالینی، سن و مدت زمان بیماری در دو گروه**

P	U	میانگین رتبه‌ای		
		گروه کنترل	گروه آزمایش	
۰/۲۵۲	۲۱۳/۰۰۰	۲۵/۷۴	۲۱/۲۶	آگاهی
۰/۱۳۹	۱۹۷/۵۰۰	۲۶/۴۱	۲۰/۵۹	نشانه‌های بالینی
۰/۸۰۰	۲۵۳/۰۰۰	۲۴/۰۰	۲۳/۰۰	سن
۰/۵۲۲	۲۳۵/۵۰۰	۲۴/۷۶	۲۲/۲۴	مدت زمان بیماری

تفاوت معنی‌دار نشان داد ( $t=-۷/۳۴$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ )، به طوری که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در وضعیت بهتری بود. میانگین (و انحراف معیار) نمره نشانه‌های بالینی در پایان برنامه (سه ماه پس از ترخیص)، در گروه‌های کنترل و آزمایش به ترتیب  $۲۹/۷۰$  ( $۴/۳۰$ ) و  $۵۴/۸۷$  ( $۷/۰۲$ ) بود. کاربرد آزمون  $t$  مستقل (با فرض نرمال بودن توزیع احتمال متغیر در دو گروه) میان دو گروه تفاوت معنی‌دار نشان داد ( $p\leq ۰/۰۰۱$ )، به طوری که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در وضعیت بهتری بود.

میانگین (و انحراف معیار) نمره نشانه‌های بالینی در گروه آزمایش در سه مرحله بدو پذیرش، هنگام ترخیص و سه ماه پس از ترخیص به ترتیب  $۲۴/۴۳$  ( $۳/۹۵$ )،  $۵۲/۳۵$  ( $۷/۰۰$ ) و  $۵۴/۸۷$  ( $۷/۰۲$ ) و کاربرد آزمون  $\chi^2$  نشان‌گر تفاوت معنی‌دار این سه مرحله بود ( $\chi^2=۴۴/۲۷$ ,  $df=۲$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ ).

از ۲۳ فرد گروه کنترل، پیش و سه ماه پس از اجرای برنامه به ترتیب هفت و پنج نفر یک بار بستری شدند، در حالی که از ۲۳ فرد گروه آزمایش ۱۵ نفر پیش از اجرای برنامه یک‌بار بستری بودند و پس از اجرای برنامه فردی از این گروه بستری نشد. کاربرد آزمون مک‌نمار نشان داد میزان بستری شدن سه ماه پس از اجرای برنامه در گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نداشت، ولی در گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار بود ( $t=-۳/۸۷$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ ).

### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد برنامه ترخیص در قالب یک فرآیند پرستاری در بیمارستان و پی‌گیری در منزل، پیامدهای مفیدی دارد: ۱- کم‌شدن دفعات بستری؛ به طوری که در پژوهش حاضر ۱۰۰ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش تا سه ماه پس از ترخیص دوباره بستری نشدند، ولی  $۲۱/۷$  درصد آزمودنی‌های گروه کنترل تا سه ماه پس از ترخیص

جدول ۱ نشان می‌دهد دو گروه در متغیرهای آگاهی (در بدو ورود)، نشانه‌های بالینی، سن و مدت زمان بیماری تفاوت معنی‌دار نداشتند (به روش آزمون U من ویتنی).

میزان آگاهی ضعیف، متوسط، خوب و خیلی خوب در هنگام ترخیص به ترتیب در  $۲۱/۷$ ٪،  $۶۹/۶$ ٪،  $۸/۷$ ٪ و صفر درصد گروه کنترل و  $۴/۳$ ٪،  $۳۹/۱$ ٪،  $۵۲/۳$ ٪ و  $۴/۳$ ٪ گروه آزمایش به دست آمد. کاربرد آزمون  $t$  مستقل نشان داد این تفاوت‌ها معنی‌دار است ( $t=-۹/۶۳$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ ) و با توجه به بالاتر بودن میانگین آگاهی گروه آزمایش ( $۹/۲۱$ ) نسبت به گروه کنترل ( $۶/۰۸$ )، می‌توان گفت هنگام ترخیص گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از آگاهی بالاتری برخوردار بود.

میزان آگاهی ضعیف، متوسط، خوب و خیلی خوب در پایان برنامه (سه ماه پس از ترخیص) به ترتیب در  $۳۹/۱$ ٪،  $۵۶/۵$ ٪،  $۴/۳$ ٪ و صفر درصد گروه کنترل و صفر درصد،  $۱۷/۴$ ٪،  $۶۰/۹$ ٪ و  $۲۱/۷$ ٪ گروه آزمایش به دست آمد. کاربرد آزمون  $t$  مستقل نشان داد این تفاوت‌ها معنی‌دار است ( $t=-۱۵/۲۱$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ ) و با توجه به بالاتر بودن میانگین آگاهی گروه آزمایش ( $۱۲/۳۴$ ) نسبت به گروه کنترل ( $۵/۲۱$ )، می‌توان گفت سه ماه پس از ترخیص، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از آگاهی بالاتری برخوردار بود.

میانگین (و انحراف معیار) نمره آگاهی در گروه آزمایش در سه مرحله بدو پذیرش، هنگام ترخیص و سه ماه پس از ترخیص به ترتیب  $۴/۰۴$  ( $۲/۱۸$ )،  $۹/۲۲$  ( $۳/۲۳$ ) و  $۱۲/۳۵$  ( $۲/۹۲$ ) و کاربرد آزمون  $\chi^2$  نشان‌گر تفاوت معنی‌دار این سه مرحله بود ( $\chi^2=۴۵/۰۰$ ,  $df=۲$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ ).

میانگین (و انحراف معیار) نمره نشانه‌های بالینی در هنگام ترخیص در گروه‌های کنترل و آزمایش به ترتیب  $۴۰/۴۸$  ( $۳/۳۴$ ) و  $۵۲/۳۵$  ( $۷/۰۰$ ) بود. کاربرد آزمون  $t$  مستقل (با فرض نرمال بودن توزیع احتمال متغیر در دو گروه) میان دو گروه

شمس‌الدین کهانی و دکتر سید کاظم ملکوتی صمیمانه قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

### منابع

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice* (3<sup>rd</sup>ed.). Philadelphia: Lippincott Company.
- Cox, C. (1996). Outcomes of hospitalization: Factors influencing the discharges of African American and white dementia patients. *Social Work in Health Care*, 23, 23-38.
- Derstine, J., Hargrove, B., & Shirlee, D. (2001). *Comprehensive rehabilitation nursing*. Philadelphia: Saunders Company.
- Erwin, J. (1999). *A simple plan: Discharge planning improves the odds*. August 29, 2003, <http://www.NurseWeek.com/features/996/discharge.html>.
- Flynn, K., & Adams, E. (2003). Via technology assessment program short report outcomes measurement in schizophrenia. *American Journal of Medical Quality*, 18, 15-20.
- Fallahi-khoshknab, M. (2001). *Design and evaluation of the multidimensional model of nursing care of patients with schizophrenia*. Ph.D. Thesis, Nursing Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Persian)
- Glanville, D. N., & Dixon, L. (2005). Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 42, 15-22.
- Haber, J., Krainovich-Miller, B., Leach-McMahon, A., & Price-Hoskins, P. (1997). *Comprehensive psychiatric nursing* (5<sup>th</sup>ed.). New York: Mosby Company.
- Khazaeli, F. (1998). *The effects of discharge planning on the physical outcomes of patients after uncomplicated*

یک بار بستری شدند. کم شدن مدت بستری (کوکس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶) و کم شدن دفعات بستری (اروین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ کوکس، ۱۹۹۶) در اثر برنامه ترخیص در دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده شده است. ۲- افزایش آگاهی بیماران در مورد بیماری، علت، درمان‌ها، عوارض و اقدامات لازم در هنگام بروز عوارض؛ این یافته با پژوهش یربی، جزایری، پورشهباز و دولتشاهی (۲۰۰۹) هم‌سو است. ۳- افت نشانه‌های بیماری؛ خانکه (۲۰۰۳) (b) نشان داد اجرای برنامه‌های خودمراقبتی و آموزشی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا به افت نشانه‌های بیماری و افزایش بهبودی می‌انجامد. دیگر پژوهش‌ها نیز نشان دادند برنامه ترخیص در بیماران روانی باعث بازگشت موفق به جامعه (درستین<sup>۳</sup>، هرگراو<sup>۴</sup> و شیرلی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱)، کسب استقلال مددجویان، افت هزینه‌ها و کاهش میزان بازگشت و بستری شدن دوباره (اروین، ۱۹۹۹؛ هابر<sup>۶</sup>، کراینویچ-میلر<sup>۷</sup>، لیچ-مک‌مهان<sup>۸</sup> و پرایس-هاسکینز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷) می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر و بررسی‌های مشابه نشان داد یکی از بزرگ‌ترین مشکل‌های بیماران روانی به اجرا درنیامدن برنامه ترخیص و ادامه نیافتن مراقبت و درمان پس از ترخیص است. طراحی خوب ترخیص در زمان بستری و پی‌گیری و مراقبت در منزل، افزون بر افزایش آگاهی بیماران، به کاهش دفعات بستری و افزایش احتمال استقلال بیمار برای ادامه زندگی در جامعه می‌انجامد. هم‌چنین بار مالی ناشی از بستری‌شدن‌های مکرر را از دوش مراکز بهداشتی-درمانی و خانواده برمی‌دارد. این امر به‌ویژه با توجه به آمار بالای بازگشت و بستری‌شدن دوباره افراد دچار اسکیزوفرنیا و هزینه‌های کلان مراقبتی و درمانی ایشان، هم‌چنین کمبود تخت‌های بیمارستانی اهمیت بیشتری می‌یابد.

تعداد افراد خانواده بیمار که در برنامه درمانی شرکت می‌کنند، ویژگی‌ها و خصوصیات خانوادگی-اجتماعی آزمودنی‌ها، میزان آگاهی و همکاری خانواده‌ها، هم‌چنین امکان دریافت آموزش از دیگر منابع به‌طور هم‌زمان در مدت سه ماه پی‌گیری در نتیجه نهایی مؤثر است که در پژوهش حاضر مورد کنترل قرار نگرفت.

### سپاسگزاری

از رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران، سرپرستاران بخش‌های روانپزشکی این دانشگاه و جناب آقایان

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1- Cox               | 2- Erwin         |
| 3- Derstine          | 4- Hargrove      |
| 5- Shirlee           | 6- Haber         |
| 7- Krainovich-Miller | 8- Leach-McMahon |
| 9- Price-Hoskins     |                  |

- first myocardial infarction in hospitals Ahwaz University of Medical Sciences*. MA Thesis, Nursing Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Persian)
- Khankeh, H. R. (2003a). *Effect of training and follow up on signs and Hospitalizations in Clients with chronic schizophrenia in Razi Psychiatric Center*. Research project of University of Social Welfare and Rehabilitation Science. (Persian)
- Khankeh, H. R. (2003b). *The effect on local health services for patients with chronic mental disorders on hospitalizations, the ability to self care and intensity symptoms of moderate*. Research project of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. (Persian)
- Kuelling, T., Johnson, M., & Cody, R. (2005). *Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure*, 111, 85-179.
- Lin, J., & Iannettoni, M. D. (2005). Fast-tracking: Eliminating roadblocks to successful early discharge. *Journal of Thoracic Surgery Clinics*, 15, 221-228.
- Rydeman, I., & Tornkvist, L. (2006). The patient's vulnerability, dependence and exposed in the discharge process: Experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1299-1307.
- Tamizi, Z. (2007). *Assessment of relationship between quality of life and coping strategies in schizophrenia patients in refer to psychiatry clinics of hospital relative to medical science and health service of Tehran*. MA Thesis, Nursing Education, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (Persian)
- Varcarolis, E. M., & Carson, B. (2006) *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach* (5<sup>th</sup>ed.). Philadelphia: Saunders Company.
- Watts, R., Pierson, J., & Gardner, H. (2007). Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 194-202
- Yaghmaie, F. (2003). Content validation and its estimation. *Journal of Medical Education*, 3, 25-27.
- Yasrebi, K., Jazayeri, A. R., Pourshahbaz, A., & Dolatshahi, B. (2009). The effectiveness of psychosocial rehabilitation in reducing negative symptoms and improving social skills of chronic schizophrenia patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14 (4), 363-370. (Persian)