

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بسمه تعالی



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی

عنوان :

« بررسی تأثیر الگوی سیستمی مداخلات مددکاری اجتماعی بر کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرن در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در سال ۸۷-۱۳۸۸ »

استاد راهنما :

دکتر مصطفی اقلیما

استاد مشاور:

دکتر غنچه راهب

دکتر حمیدرضا خانکه

استاد مشاور آمار:

دکتر مسعود صالحی

دانشجو :

محمد عزیززی فهلپانی

تاریخ :

اردیبهشت ۱۳۸۸

شماره ثبت :

۷۰۰-۱۷۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
اللَّهُمَّ كُنْ لَوْلِيِّكَ الْحُجَّةِ بْنِ الْحَسَنِ
صَلَوَاتِكَ عَلَيْهِ وَعَلَى آبَائِهِ فِي هَذِهِ السَّاعَةِ
وَفِي كُلِّ سَاعَةٍ وَلِيًّا وَحَافِظًا وَقَائِدًا وَنَاصِرًا
وَدَلِيلًا وَعَيْنًا حَتَّى تُسْكِنَهُ أَرْضَكَ طَوْعًا
وَتُمَتِّعَهُ فِيهَا طَوِيلًا.

منت خدای را عز وجل که طاعتش موجب قربت است و به شکر اندرش مزید نعمت. سپاس او را که سلامتی، توفیق کسب علم و خدمت به بندگان را به این حقیر عطا نمود.

باتشکر و سپاس فراوان از :

جناب آقای دکتر اقلیما استاد راهنما که کلام ایشان همواره اطمینان بخش و دلگرم کننده و مشوق این حقیر بوده است.

جناب آقای **دکتر خانکه** و سرکار خانم **دکتر راهب** استادان مشاور که در تمام مراحل این پایان نامه با صبر و حوصله صمیمانه در کنارم بودند و فقر علمی اینجانب را تحمل نموده و با تجربیات خود نکات ارزنده‌ای در خصوص نقاط ضعف این پژوهش ابراز نمودند که بسیار رهنمود واقع گردید.

با تشکر از جناب آقای **دکتر صالحی** استاد مشاور آمار که با شکیبایی مرا ارشاد نمودند و نهایت کمک و مساعدت را مبذول فرمودند.

همچنین بر خود لازم می‌دانم که از جناب آقای دکتر صمدی، ریاست محترم مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی، و جناب آقای دکتر خدایی اردکانی که در زمینه اجرای این پژوهش در آن بیمارستان مساعدت فرمودند، تشکر و قدردانی نمایم.

تقدیم به :

ساحت مقدس امام زمان (عج)

تقدیم به:

دو روح بزرگ زندگیم ، پدر و مادرم . آنان که دریای محبتی هستند که خالصانه گوهر وجودشان را به پای فرزندانسان ریختند.

تقدیم به :

همسرم ، یاور مهربانی که همراهم بوده و بی شک در انجام این کار بسیار مؤثر واقع شدند.

تقدیم به :

همه درمانگران و کسانی که عاشقانه و خالصانه در راه خدمت به بیماران روانی و خانواده شان می کوشند.

همه بیماران روانی و خانوادهایشان که عمری در رنج و سختی ، صمیمانه پذیرای بیمارشان هستند.

چکیده

مقدمه: امروزه در رویکردهای ارائه خدمات به بیماران روانی به خصوص در زمینه مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا تغییرات عمده ای بوجود آمده است. عود و بستری های مکرر از خصوصیات بارز بیماران اسکیزوفرنیا می باشد. با توجه به این تغییرات و اینکه خانواده منبع اصلی و مهم حمایت و مراقبت از بیمار می باشد، توجه به نیازها و مشکلات خانواده از اهمیت و ضرورت ویژه ای برخوردار است. رفع مشکلات آموزشی و انجام پیگیریهای حمایتی برای این دسته از بیماران و خانواده هایشان می تواند از عود بیماری و دفعات بستری این بیماران بکاهد.

هدف: این پژوهش به منظور بررسی تأثیر الگوی سیستمی مداخلات مددکاری اجتماعی بر کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی انجام گردیده است.

روش: این مطالعه یک تحقیق کاربردی از نوع مطالعات شبه آزمایشی است. نمونه گیری به روش تمام شماری انجام شده است. بدین منظور بخش های فعال مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. مشخص گردید که در بخش های مورد مطالعه ۱۵۳ بیمار اسکیزوفرنیا بستری بودند که از میان آنها ۷۰ بیمار اسکیزوفرنیا شرایط ورود به پژوهش داشتند. سپس نمونه های دارای معیار ورود به پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۳۵ نفر) و گروه کنترل (۳۵ نفر) تقسیم شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل سه پرسشنامه بود. دو پرسشنامه محقق ساخته مربوط به اطلاعات اجتماعی - جمعیتی شناختی بیمار و مراقب بیمار بوده و پرسشنامه دیگر مربوط به سنجش کارکرد خانواده (FAD) بود. روایی این ابزار توسط محققان داخل کشور و خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است و اعتبار خرده مقیاس های آن نیز از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار بوده که مورد تأیید محققان داخل کشور قرار گرفته است. در ابتدا هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه های اطلاعات اجتماعی - جمعیتی شناختی بیمار، مراقب بیمار و پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده را تکمیل نموده و سپس برای گروه آزمایش مداخلات مددکاری شامل: آموزش روانی - اجتماعی به خانواده و حمایتگری و پیگیری پس از ترخیص که در ۴ جلسه انجام گردید در حالیکه برای گروه کنترل هیچگونه مداخله ای ارائه نشد. پس از پایان مداخلات هر دو گروه آزمون و کنترل پرسشنامه های اطلاعات اجتماعی - جمعیتی شناختی بیمار، مراقب بیمار و پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (FAD) را مجدداً تکمیل نمودند.

نتایج: ابتدا با استفاده از آزمون کولموگراف - اسمیرنوف نرمال بودن متغیرها مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از آزمون مجذور کای همسانی دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. سپس به منظور مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله قبل و بعد از مداخلات، از آزمون های مان ویتنی، ویل کاک سون و t استودنت مستقل و زوجی استفاده گردید. نتایج آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل پس از انجام مداخلات مددکاری اجتماعی در کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا، بهبود عملکرد خانواده بیماران اسکیزوفرنیا و طول مدت بازگشت بیماران تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). در گروه آزمایش در مرحله قبل و بعد از مداخلات در کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا و بهبود عملکرد خانواده بیماران اسکیزوفرنیا نیز تفاوت به صورت معناداری وجود داشت. ($p=0/001$) در گروه آزمایش پس از اجرای مداخلات تنها ۶ بیمار عود علائم منجر به بستری داشتند در صورتیکه در گروه کنترل همه بیماران در طول چهار ماه ۱ تا ۲ بار در مراکز درمانی بستری شدند.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان داد که بکارگیری الگوی سیستمی مداخلات مددکاری اجتماعی بر کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا، طول مدت بازگشت بیماران و بهبود کارکرد خانواده تأثیر گذار بوده و رابطه معناداری دارد.

واژگان کلیدی: مداخلات مددکاری اجتماعی، دفعات بستری، اسکیزوفرنیا

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول	
۱	..... مقدمه
۳	..... بیان مسأله
۱۴	..... اهداف پژوهش
۱۴	..... فرضیه پژوهش
۱۵	..... تعریف واژه ها
فصل دوم	
۱۸	..... ادبیات پژوهشی
۱۸	..... چهار چوب پنداشتی
۷۴	..... مروری بر مطالعات انجام شده
فصل سوم	
روش شناسی پژوهش	
۸۷	.....
۸۸	..... مقدمه
۸۸	..... روش پژوهش
۸۸	..... جامعه پژوهش
۸۸	..... نمونه پژوهش و روش نمونه گیری
۸۹	..... ویژگی واحدهای پژوهش
۸۹	..... ابزار پژوهش
۹۲	..... روش اجرای پژوهش
۹۴	..... روش تجزیه و تحلیل داده های پژوهش
فصل چهارم	
۹۶	..... یافته های پژوهش
فصل پنجم	
۱۳۳	..... مقدمه
۱۳۴	..... بررسی یافته های پژوهش
۱۳۵	..... بحث
۱۳۷	..... نتیجه گیری نهایی

۱۳۸	.....	کاربردها
۱۳۹	.....	پیشنهادات
۱۳۹	.....	محدودیت ها
۱۴۱	.....	ملاحظات اخلاقی
		منابع و مآخذ
		پیوست ها

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۱: برنامه مداخلات مددکاری اجتماعی و اهداف آنها.....	۱۳
جدول ۱-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد جنسی مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۹۷
جدول ۲-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد جنسی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۹۸
جدول ۳-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد سنی مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۹۹
جدول ۴-۴: میانگین و انحراف معیار سن مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۰
جدول ۵-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد سنی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۱
جدول ۶-۴: میانگین و انحراف معیار سنی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۲
جدول ۷-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد تأهل مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۳
جدول ۸-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد تأهل بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۴
جدول ۹-۴: توزیع فراوانی و درصد نسبت خانوادگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۵
جدول ۱۰-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد اشتغال مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۶
جدول ۱۱-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد اشتغال بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۷
جدول ۱۲-۴: توزیع فراوانی و درصد میزان درآمد مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل .	۱۰۸

- جدول ۱۳-۴: میانگین و انحراف معیار میزان درآمد مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۰۹
- جدول ۱۴-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد سطح تحصیلات مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۰
- جدول ۱۵-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد سطح تحصیلات بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۱
- جدول ۱۶-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد میزان تعداد بیمار روانی در خانواده مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۲
- جدول ۱۷-۴: توزیع متوسط ساعت مراقبت روزانه از بیمار توسط مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۳
- جدول ۱۸-۴: میانگین و انحراف معیار ساعت مراقبت روزانه از بیمار توسط مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۴
- جدول ۱۹-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد منابع حمایتی مورد استفاده مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۵
- جدول ۲۰-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد منابع حمایتی مورد استفاده بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۶
- جدول ۲۱-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد خدمات بیمه ای مورد استفاده بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۷
- جدول ۲۲-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد سابقه دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۸
- جدول ۲۳-۴: میانگین و انحراف معیار سابقه دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۱۹
- جدول ۲۴-۴: توزیع وضعیت فراوانی و درصد طول مدت بیماری، بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۲۰
- جدول ۲۵-۴: میانگین و انحراف معیار طول مدت ابتلا به بیماری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل. ۱۲۱

- جدول ۲۶ - ۴: بررسی نرمال بودن متغیر های دموگرافیک و جمعیت شناختی با آزمون کولموگراف - اسمیرنوف ۱۲۲
- جدول ۲۷ - ۴: ررسی نرمال بودن خرده مقیاس های ابزار سنجش کارکرد خانواده (FAD) با آزمون کولموگراف - اسمیرنوف ۱۲۳
- جدول ۲۸ - ۴: میانگین و انحراف معیار دفعات بستری دفعات بستری قبل و بعد از انجام مداخلات مددکاری اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل ۱۲۴
- جدول ۲۹ - ۴: مقایسه نمرات حاصل از خرده مقیاس های هفتگانه آزمون سنجش کارکرد خانواده (FAD) قبل و بعد از مداخلات مددکاری اجتماعی در گروه آزمایش..... ۱۲۶
- جدول ۳۰ - ۴: مقایسه نمرات حاصل از خرده مقیاس های هفتگانه آزمون سنجش کارکرد خانواده (FAD) قبل و بعد از مداخلات مددکاری اجتماعی در گروه کنترل..... ۱۲۷
- جدول ۳۱ - ۴: توزیع شاخص های آماری مربوط به خرده مقیاس های هفتگانه آزمون سنجش کارکرد خانواده (FAD) ۱۲۹
- جدول ۳۲ - ۴: میانگین و انحراف معیار طول مدت بازگشت بیماران اسکیزوفرن بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به تفکیک گروههای آزمون و کنترل ۱۳۱

فصل اول

- مقدمه
- بیان مسأله
- اهداف پژوهش
- فرضیه پژوهش
- تعریف واژه ها

مقدمه

بیماری‌های روانی از زمان‌های قدیم وجود داشته، بطوریکه بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماری روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. خوشبختانه نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، افکار غلط و خرافات در مورد این بیماری‌ها را کنار گذاشته و نشان داده که اولاً بیماری‌های روانی، قابل پیشگیری هستند و ثانياً در صورتی که مانند سایر بیماری‌ها به موقع تشخیص داده و تحت درمان قرار گیرند به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آنها کاسته خواهد شد. پیشرفت صنعت و تکنولوژی، قدرت و ثروت را افزایش داده است ولی امکان زندگی با آرامش، صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده است. در حقیقت در این نوع زندگی "کیفیت فدای کمیت" شده است و اعتدال و تناسب کنار رفته است و بیماری‌های عصبی - روانی و روان تی جانشین آن شده است، بطوریکه آمار نیز حکایت از افزایش شیوع بیماری‌های روانی دارد و علل مختلفی را برای این افزایش شیوع بر شمرده اند. بررسی‌ها نشان داده که در طول دو دهه آینده بیماری‌های روانی بعنوان اولویت عمده خطر آفرین در وضعیت بهداشتی کشورهای جهان خواهد بود. در کشور ایران از زمان محمدبن زکریای رازی و بعد، ابوعلی سینا به بیماران روانی (که در آن زمان دیوانگان خوانده می‌شدند) توجه داشتند و برای آنها از دستورات مختلف دارویی و روش‌های گوناگونی همچون تلقین استفاده می‌کردند و بطور رسمی در سال ۱۳۳۶ برنامه‌های روانشناسی و بهداشت روان از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداری وقت، تشکیل گردید. اگرچه از سال ۱۳۱۹ تدریس روانپزشکی در دانشگاه تهران آغاز شده بود با قبول استراتژی P. H. C توسط جمهوری اسلامی ایران و ایجاد شبکه‌های بهداشتی درمانی در کشور، موضوع بهداشت روان به منزله جزء نهم خدمات اولیه بهداشتی

شد و در حال حاضر نیز از موضوعات بسیار ضروری در کشور، مورد توجه پذیرفته قرار دارد. (۱)

در ۳۰ سال اخیر مراقبت از بیماران روانی با تحولات عمیقی همراه بوده است. راهبردهای درمانی گسترش یافته و بر حمایت‌های اجتماعی تأکید بیشتری شده است. تلاش می‌شود از شمار بیماران بستری بیمارستانهای روانی کاسته و به شرایط نامساعد بسیاری از مرخص شدگان از بیمارستانها که در اجتماع زندگی کرده‌اند توجه فزاینده‌ای شود. (۲)

در اکثر کشورهای توسعه یافته از خانواده به عنوان عضو ششم تیم درمان در مراکز روانپزشکی نام می‌برند و از آنجا که بیمار بیشترین زمان زندگی خود را با خانواده سپری می‌کند، خانواده از اهمیت خاصی در تیم درمان برخوردار است. (۳) در کشور ما خانواده نقش اساسی را در مراقبت و نگهداری بیمار اسکیزوفرنیا بر عهده دارد. (۴)

در بسیاری از کشورها از خانواده به عنوان منبع اصلی برای حمایت و مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا یاد شده که می‌تواند در کنترل عود علائم بیماری و کاهش دفعات بستری بیمار بسیار مؤثر باشند. اما این خانواده‌ها نیازها و مشکلاتی برای مراقبت از فرد بیمار خود دارند که باید مورد توجه و اهمیت قرار گیرد. (۵)

در این پژوهش سعی شده است ضمن توجه به نیازها و مشکلات خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرن، با انجام و پیگیری مداخلات مددکاری به خانواده دارای بیمار اسکیزوفرن کمک شود تا از بیمار خود بهتر مراقبت نموده و سازگاری بیشتری با بیمار و مسائل آن داشته باشند. مداخلات به خانواده کمک می‌کند تا بصیرت و آگاهی بیشتری در مورد بیمار و نوع علائم بیماریش کسب نمایند، کارکرد خانواده بهبود پیدا کند و در نهایت میزان دفعات بستری بیمار کاهش یابد.

بیان مسأله :

بشر در طول زمان همیشه سعی کرده راهی برای درمان بیماریهای جسمانی پیدا کند ولی در مورد بیماریهای روانی این طور نبوده و تنها در چند دهه اخیر بیماران مورد توجه و حمایت نسبی قرار گرفته‌اند و این بیماران اکثراً با طرد سازمانهای رفاهی و درمانی مواجه بوده‌اند. (۶)

بیماریهای روانی نیز مانند بیماریهای جسمی، از عوامل مهم مختل کننده سلامتی انسان شناخته شده است و صدمات روانی و اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را به همراه داشته است. امروزه در حالیکه میلیون‌ها نفر از بیماریهای روانی رنج می‌برند، تسهیلات بهداشت روانی که در دسترس آنها قرار دارد بسیار ناچیز است. (۷) برحسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵٪ مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی - عصبی - رفتاری هستند (به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد). ناتوانی و از کارافتادگی ناشی از بیماریهای روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. بطور کلی ۱۰/۶٪ بار کلی بیماریها مربوط به بیماریهای روانی است و با محاسبه سال های تقریبی ناتوانی در طول عمر این رقم به ۲۸٪ افزایش می‌یابد. (۱)

قاسمی، ۱۳۷۹ (به نقل از اسکلبرگ^۱، ۱۹۹۳) می‌نویسد بیماری روانی به عنوان یکی از مهمترین علل از کارافتادگی بوده که عملکرد اجتماعی شخص مبتلا را در ابعاد خانوادگی، شغلی و تحصیلی تحت الشعاع قرار می‌دهد. (۸) میزان شیوع اختلالات روانی در ایران در مناطق مختلف از ۹٪ تا ۳۶٪ متغیر است. طبق مطالعات، ۳٪ از بیماران روانی و ۱/۶٪ از جمعیت ۱۵ سال به بالا به نحو شدیدی، از لحاظ روانی بیمار بوده و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشته‌اند. ۱۵/۳٪ از این گروه سنی بیماریهای خفیف روانی و ۲۶/۶٪ مسائل عاطفی مختلف داشته‌اند. (۱)

مطابق نتایج تحقیقات وزارت بهداشت و درمان، ۶ درصد ایرانیان مبتلا به بیماریهای روانی هستند. (۹) براساس آمارهای ارائه شده، بیماران روانی مزمن شناخته شده در ایران که نیازمند مراقبت‌های ویژه هستند حداقل بیش از ۵۰۰ هزار نفر هستند. (۱۰) اختلالات روانی از شایعترین بیماریهای عصر حاضر بوده که در میان آنها اسکیزوفرنی از همه شایعتر و جدی ترین اثرات مخرب را داراست (۱۱) و در سراسر جهان درمان این دسته از بیماریها از دشوارترین درمانها بشمار می‌آید. (۷) مشخصه اسکیزوفرنی و اختلالات وابسته به آن، وجود علائم روانپریشی نظیر هذیانها و توهمها است. در این اختلال، بیمار از علائم روانپریشی و اختلال عملکردی رنج می‌برد. اسکیزوفرنی یک بیماری بسیار ناتوان کننده است، چون علی رغم اینکه سیر آن تا حدودی متغیر است، ولی اکثراً روند مزمن و عود کننده ای دارد. (۱۲)

¹ - Schlosberg

مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، زحمات و مشکلات فراوانی را برای تمام مراقبین، از خانواده بیمار گرفته تا مراکز خدمات بهداشتی و اجتماعی ایجاد می‌کند. هر چند که ممکن است پزشکان عمومی فقط تعداد انگشت شماری از بیماران اسکیزوفرن مزمن را در فهرست بیماران خود داشته باشند، ولی شدت مشکلات این بیماران و احتیاجات خانواده آنها به قدری است که اهمیت این بیماران را بسیار زیاد می‌سازد. (همان منبع) در ایالات متحده شیوع اسکیزوفرنی در طول عمر بطور متفاوت بین ۱ تا ۱/۵ درصد گزارش شده است؛ هماهنگ با همین طیف، مطالعه همه گیری شناختی که توسط انستیتو ملی بهداشت روانی^۱ به عمل آمده شیوع اسکیزوفرنیا را در طول عمر ۰/۶ تا ۱/۹ درصد گزارش نمود. در هر سال ۰/۲۵ درصد تا ۰/۰۵ درصد جمعیت کل آمریکا برای اسکیزوفرنی درمان می‌شود. دو سوم این بیماران درمان شده نیازمند بستری شدن هستند و علیرغم شدت این بیماران فقط نیمی از بیماران اسکیزوفرنیک درمان دریافت می‌کنند. (۱۳) اسکیزوفرنیا از شایعترین بیماری‌های روانی است و در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی شروع می‌شود و حدود ۹۰ درصد مردان و ۷۰ درصد زنان را در بر می‌گیرد که معمولاً شروع آن قبل از ۳۰ سالگی است. (۱۴) تقریباً ۱٪ از مردم در زمان زندگی شان، به اسکیزوفرنیا مبتلا می‌شوند. بروز سالیانه این اختلال ۰/۱-۰/۵ درصد در ۱۰۰۰ نفر است. تعداد کل بیماران اسکیزوفرن در جهان حدود ۴۵ میلیون نفر و در ایران حدود ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود. شیوع اسکیزوفرنیا در زنان و مردان یکسان است، حداکثر سن شروع در مردان در سنین ۲۵-۱۵ سالگی و در زنان در سنین ۳۵-۲۵ است. بطور کلی پیش آگهی بیماری در زنان بهتر از مردان است. (۱۱، ۱۲)

مایکل گلدر و همکاران (۲۰۰۵) عقیده دارند، میزان بروز سالیانه اسکیزوفرنیا بین ۱۰ تا ۲۰ مورد از هر ۱۰۰۰ نفر است. (۱۲) طبق بررسی و تحلیل آماری اطلاعات، در ایران نیز مانند سایر نقاط جهان بیماری روانی عموماً و اسکیزوفرنیا خصوصاً و مشکلات آن روبه ازدیاد است. با توجه به میزان شیوع اسکیزوفرنیا که معادل ۵/۵ نفر در هزار جمعیت است، احتمالاً در ایران در حدود ۳۳۰۰۰۰ بیمار اسکیزوفرنیا وجود دارد که مطابق آمار برای این تعداد حدود ۱۰ هزار تخت وجود دارد. با توجه به جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵ که ۷۰ میلیون نفر می‌باشد و با حداقل میزان شیوع اسکیزوفرنیا ۰/۵ درصد، این تعداد به حداقل ۳۵۰۰۰۰ نفر می‌رسد. در ایران حدود ۱۹ بیمارستان روانپزشکی با ۶۰۰۰ تخت برای بیماران وجود دارد که ۵۰ درصد تخت‌های این بیمارستانها توسط بیماران اسکیزوفرنیا اشغال شده است. (۷)

در کشورهای پیشرفته نسبت بالای تخت‌های روانپزشکی به منظور نگهداری بیماران مزمن روانی به کل تخت‌های بستری، هزینه سنگینی را بر بودجه بهداشتی - درمانی آنها تحمیل می‌کند. با کشف داروهای روان گردان و کنترل نسبی علائم روانپزشکی، سیاست‌گذاران بهداشتی - درمانی را به کاهش تخت‌های روانپزشکی و انتقال بیماران به جامعه و در نهایت ایجاد و گسترش خدمات مبتنی بر جامعه وادار نمود. بر اساس

^۱- National Alliance for the mentally ill. (NIMH)

آمارهای ارائه شده بیماریهای روانی، زیانهای زیادی برای خانواده، جامعه و دولت دارد که این زیانها می تواند در ابعاد زیر باشند:

(۱) اقتصادی (۲) اجتماعی (۳) فرهنگی (۴) عاطفی (۵) سیاسی (۶) خانوادگی ... (۱۵)

تخمین هزینه یک بیماری برای جامعه کار پیچیده ای است. حدود یک درصد درآمد ملی آمریکا صرف درمان بیماری روانی می گردد. اسکیزوفرنی ۲/۵ درصد تمام هزینه های بهداشتی را در برمی گیرد. هزینه درمان و سایر هزینه های غیر مستقیم برای جامعه سالانه بالغ بر ۵۰ میلیارد دلار می گردد. حدود ۷۵ درصد مبتلایان به اسکیزوفرنی قادر به کار کردن نبوده و شغلی ندارند. (۱۳)

مطابق آمارهای ارائه شده از سوی محققان، درمان، بستری و مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا بیشترین هزینه ها (حدود ۲/۵ درصد تمام هزینه های بهداشتی) را به خود اختصاص داده است بطوریکه بیشترین آمار اشغال تخت های بیمارستان های روانپزشکی به این بیماری اختصاص دارد. (۳، ۱۳) لذا مراقبت از این دسته از بیماران برای دولت و خانواده ها بسیار پر هزینه می باشد که همراه با این موضوع عود علائم بیماری و تعداد دفعات بستری شدن بیمار در بیمارستان ها بسیار اهمیت دارد. اسکیزوفرنیا بیماری پر هزینه ای است که علاوه بر بستری در بیمارستان هزینه های عمده درمانی دیگری نیز دارد. (۱۳) بیماری اسکیزوفرن بطور نامتناسبی هزینه های مستقیم و غیر مستقیمی ایجاد می کند، چراکه در اثر ابتلا به این بیماری افراد در سطح بالایی ناتوان شده، عموماً قادر به کار کردن و کسب درآمد نیستند و در ضمن در سنین پایین بروز می کند و مانع کارآیی آنها می شود. (۱۶) در طی چند سال اخیر خدمات گسترده ای برای درمان، پیشگیری و توانبخشی این گروه از بیماران در بطن جامعه به کار گرفته شد. مطالعات اثر بخشی اینگونه از خدمات درمانی - مراقبتی را نسبت به درمان سنتی نگهداری طولانی، به اثبات رسانیده است. گسترش این دسته از خدمات محیطی را میان خانواده ها از یک سو و بستری کوتاه مدت و میان مدت در مراکز روانپزشکی از سویی دیگر ایجاد نموده و ارتباط خانواده و بیمارستان را که از یکدیگر گسسته شده بود، پیوند می دهد. (۱۴) در کلیه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی روانپزشکی، نقش خانواده به عنوان مراقب اصلی بیمار انکار ناپذیر است. در جامعه ای که با کمبود سطح خدمات درمانی - مراقبتی برای بیماران روانی دارد، خانواده در ارائه و تأمین چنین خدماتی به افراد مبتلا به بیمار روانی، نقش محوری ایفاء می کند. (۵) برای پر کردن فاصله میان مراکز روانپزشکی و خانواده ها، نیازمند ایجاد و گسترش خدمات روانپزشکی مبتنی بر جامعه در مناطق شهری می باشیم. ایجاد و گسترش اینگونه خدمات نه به منظور کاهش تخت های روانی و بستن مراکز بزرگ نگهداری بیماران مزمن روانی، بلکه به علت کمبود تخت های لازم برای بستری کوتاه مدت، میان مدت و یا نگهداری بیماران است. در کشورهای صنعتی پیشرفته با وجود خدمات گسترده جامعه نگر، به خانواده به عنوان منبع مهم و اصلی برای حمایت،

درمان و توانبخشی بیماران نگاه می‌شود. خانواده با برخورداری از حمایت‌های مالی، عاطفی و معنوی منبع بسیار خوبی برای حفظ و ارتقاء توانمندیهای روانی بیمار است. تقویت منابع علمی، مادی و عاطفی خانواده‌ها می‌تواند چتر مناسبی برای بیمار به منظور تحقق اهداف درمانی و توانبخشی فراهم سازد. آموزش خانواده در خصوص بیماری، انتقال مهارت‌های لازم برای نحوه مدارا و مقابله با بیماری، توانائیهای بالقوه خانواده را افزایش می‌دهد و شاید بتواند تا حدودی کمبود خدمات سرپایی و بستری مراکز روانپزشکی موجود را جبران نماید. درمانهای مربوط به بیماری روانی طیف گسترده‌ای از مسئولیتها و نگرش‌های معطوف به اعضای خانواده را شامل می‌شود. اخیراً به عنوان جزئی از روند گسترده مشارکت جامعه در بهداشت روانی، خارج کردن بیماران از مراکز نگهداری، و رشد سیستم‌های درمانی وابسته به اجتماع، خانواده‌ها تشویق می‌شوند که به صورت فعال تری در مراقبت از عضو بیمارشان مشارکت داشته باشند. (۱۷) زمینه شغلی و روابط اجتماعی باعث مشکلات بیشتری برای بیمار می‌گردد. برای پیشگیری از انزوا و گوشه‌گیری، بازتوانی روانی برای بیمار ضروری است تا فعالیت‌های عادی زندگی بیمار کمتر مختل گردد. خانواده با انجام اقداماتی می‌تواند در سازگاری با بیمار و همچنین حفظ و ارتقاء توانمندی‌های روانی بیمار کمک کند. (۱۸) بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌توانند به خانه و نزد خانواده خود باز گردند، چرا که دوره بستری آنها بسیار کوتاه‌تر از گذشته است و از طرف دیگر نیاز آشکاری برای ایجاد تسهیلات بیشتر برای آنان در جامعه احساس می‌شود. (۱۹) در بسیاری از کشورهای اروپایی تلاش‌های قابل توجهی برای جلب همکاری خانواده در فرایند درمان، بازتوانی و توانبخشی بیماری‌های روانی صورت می‌گیرد. (۲) اما در کشور ما متأسفانه مشارکت خانواده‌ها در پیشگیری، درمان و بازتوانی بیماری‌های روانی بسیار ضعیف است. بی‌شک توجه به خانواده و پیگیری برای حل مشکلات آنان تأثیر بسیاری در کاهش علائم و میزان عود بیماری و در نتیجه کاهش دفعات بستری در مراکز درمانی خواهد شد. (۲۰)

در طی زمانهای مختلف چگونگی ارائه خدمات حمایتی و روانپزشکی به بیماران روانی نیازمند، معمولاً مشکلات و مسایل متعددی وجود داشته و هم‌اکنون نیز وجود دارند. البته این مشکلات در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران پیچیده‌تر است. (۱۰) در ۳۰ سال اخیر مراقبت از بیماران روانی با تحولات عمیقی همراه بوده است. راهبردهای درمانی گسترش یافته و بر حمایت‌های اجتماعی تأکید بیشتری شده است. تلاش می‌شود از شمار بیماران بستری بیمارستانهای روانی کاسته و به شرایط نامساعد بسیاری از مرخص شدگان از بیمارستانها که در اجتماع زندگی کرده‌اند توجه فزاینده‌ای شود. (۲)

خانواده به عنوان واحد اساسی جامعه در رشد شخصیت و سلامت روانی و هم‌در پیدایش، سیر و پیش‌آگهی اختلالات روانی و نیز کمبود خدمات درمانی - مراقبتی اعم از تخت‌های روانپزشکی و خدمات سرپایی، خانواده نقش کلیدی در مراقبت و درمان بیماران روانی به عهده دارد و از این رو پیش‌بینی می‌شود که فشار

زیادی را متحمل گردد فشار بالا، کمبود منابع و امکانات، عدم آگاهی و اطلاع از منابع حمایتی موجود در جامعه و مشکلات ناشی از وجود فرد معلول در خانواده، سلامت روانی خانواده علی‌الخصوص مراقبین اصلی بیمار روانی را به مخاطره انداخته و از توانایی آنها در مراقبت از بیمار کاسته و خطر افزایش میزان عود علائم بیماری، رها شدن بیمار و افزایش تعداد بیماران روانی بی‌خانمان را افزایش می‌دهد (۷) که رها شدن بیمار در خیابانها خود موجب افزایش جرائم در سطح جامعه می‌گردد.

جرم زایی علل مختلفی دارد و از مهمترین علل آن بیماریهای روانی است. بیماران روانی مذکر، بیماران مجرد، بیماران معتاد، بیمارانی که سابقه خودکشی داشته‌اند، بیمارانی که وضعیت نامناسب اقتصادی دارند و نیز بیمارانی که دارای ناهنجاری‌های خانوادگی هستند، بیشتر در معرض ارتکاب جرم قرار دارند. (۲۱) مطالعات نشان داده‌اند که شدت جرائم در بیماران اسکیزوفرنیا بیشتر بوده و جرائم خشونت بار بیشتری مرتکب شده بودند. عواملی چون مجرد بودن، بیکاری و جنسیت از عوامل مساعد کننده بودند و عمده جرائم در آنها به صورت تکانشی و علیه بستگان درجه یک اتفاق افتاده بود. جهت گیری جرائم در بیماران اسکیزوفرنیک به سمت بستگان نزدیک، لزوم حمایت خانواده‌ها و عدم طرد آنها را گوشزد نموده و بالا بودن درصد بیکاری در آنان نیز می‌تواند تأکیدی بر لزوم بازتوانی و تقویت توانایی‌های باقیمانده این بیماران برای کاهش جرم زایی مبتلایان باشد. (۲۲)

از وقتی که بیمارستانهای روانپزشکی فرایند مؤسسه زدایی را طی کردند، درمانگران و پژوهشگران خانواده و توانایی‌های بالقوه آنان را کشف نمودند و سعی کردند الگوهای خانوادگی معیوب را شناسایی نموده و آن را تغییر دهند. گرچه رابطه سبب شناختی بین خانواده آشفته در کودکی و بروز اسکیزوفرنیا در بزرگسالی مشخص نشده است، اما به نظر می‌رسد میان پیش‌آگهی بیماری اسکیزوفرنیا و محیط خانوادگی به خصوص عود بیماری و نیاز به بستری شدن مجدد، رابطه‌ای وجود دارد. (۲)

نگرش خانواده نقش تعیین کننده‌ای در عود بیماری دارد بخصوص آنچه که نگرشها و احساسات ابراز شده نسبت به بیمار و بیماری خوانده می‌شود، می‌تواند پیش‌بینی کننده عود بیماری باشد. ناظری، ۱۳۸۲ (به نقل از بیگل و همکاران، ۱۹۹۴) بیان می‌کند که خانواده در مراقبت و حمایت از بیماران روانی نقش محوری و کلیدی دارد و توجه به نیازهای حمایتی خانواده بیماران بسیار مهم است. (۱۵)

در کشور ما به دلیل فقدان یا کمبود خدمات مبتنی بر جامعه، اینگونه وظایف بر عهده خانواده یا مراقبان آنها گذاشته شده است، لذا تأمین حمایت‌های آموزشی، مشاوره‌ای، هیجانی و اجتماعی و نیز تشکیل شبکه‌های حمایتی از خانواده‌ها به صورت یک ضرورت مسلم و مهم مطرح می‌شود. (۲۳) تحقیقات نشان داده‌اند که تأمین حمایت‌های اجتماعی، آموزشی، مشاوره‌ای و هیجانی می‌تواند به کاهش دفعات و روزهای بستری، کاهش هزینه‌های درمان، کاهش فشار روانی خانواده، کاهش عود بیماری، حفظ سلامت روانی سایر اعضا

خانواده و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده آنها منجر می‌شود. (۲۰) لذا میزان عود و بستری مجدد در بیمارانی که کمتر از حمایت خانواده برخوردار بوده‌اند، بسیار بیشتر بوده است. (۲۴) طولانی بودن مدت بیماری و دفعات عود بیماری، موجب فرسایش منابع مادی و معنوی خانواده شده و ضرورت آموزش به خانواده جهت مقابله و سازگاری طولانی مدت و نحوه مراقبت از بیمار را تأکید می‌کند. با تأمین اقدامات حمایتی نظیر آموزشی، مشاوره‌ای و اجتماعی، خانواده می‌تواند بهترین منبع برای درمان و مراقبت از بیمار روانی مزمن باشد و به ارتقاء کیفیت زندگی و سلامتی بیمار در جامعه کمک نماید. (۲۳)

ناظری، ۱۳۸۲ (به نقل از بیگل و همکاران، ۱۹۹۴) بیان می‌کند پذیرش بالای بیماران روانی در بیمارستانها، عودهای مکرر علایم، بالا بودن هزینه‌های درمانی آنها، عدم وجود هماهنگی میان میزان ارایه خدمات بیمارستانی و میزان نیازهای جامعه، شدت فشارهای بیمارروانی به خانواده و نارضایتی بیماران و خانواده آنها از کیفیت خدمات موجود، ضرورت توجه بیشتر به این بیماران را الزامی می‌نماید. (۱۵) از آنجا که نگهداری بیماران روانی برای دولت بسیار هزینه‌بردار بوده‌اند و از طرف دیگر عدم توجه خانواده موجب رها شدن بیماران در جامعه می‌گردد (۱۰)، لذا توجه به نیازها و مشکلات بیماران و خانواده‌ها و حمایت آنها بسیار ضروری است. اکثر بیماران روانی از عهده پرداخت مخارج درمانی خود بر نمی‌آیند. گرچه ممکن است آنها در طی دوره‌ای از بیماری خود بیمه باشند اما معمولاً با گذشت زمان دیگر حائز شرایط بیمه نخواهند بود. در برخی مواقع بیماران روانی که به منظور دریافت خدمات روانی و روانپزشکی به مراکز دولتی مراجعه می‌کنند، خدمات بهتری دریافت می‌کنند. بسیاری از بیماران روانی برای پشت سر گذاشتن پیچ و خم خدمات مداخله در بحران و به منظور دریافت حق از کار افتادگی و نیز فرصت‌های آموزش حرفه‌ای به خدمات مددکاری اجتماعی نیاز دارند. (۵) مددکاران اجتماعی در مراکز روانپزشکی به عنوان یک پل ارتباطی میان خانواده و تیم درمان ایفای نقش می‌کنند و علاوه بر اینکه زمینه پذیرش مددجو را در کانون خانواده فراهم می‌سازند، سعی می‌کنند خانواده در تمام مراحل فرایند درمان مشارکت فعال داشته باشد. (۲۵) مددکاران اجتماعی روانپزشکی خدمات خود را هم بر اساس تخصص و تجارب خود و هم بر اساس نیاز بیماران و خانواده‌هایشان ارائه می‌کنند. امروزه مددکاران اجتماعی مداخلات خود را بر اساس نیاز بیماران و خانواده‌هایشان در طی فرایند طرح ترخیص ارائه می‌دهند.

بررسی‌های انجام شده نشان داده است خانواده‌ها خیلی تمایل ندارند از بیماران خود مراقبت نمایند و تنها تعداد محدودی از آنها راغب به مراقبت از بیماران خود در خانواده هستند. (۷) از آنجا که مددکاران اجتماعی یکی از اعضاء تیم درمان هستند، نقش مهمی در ترخیص بیمار و فراهم کردن زمینه ترخیص مددجو از بیمارستان ایفا می‌کنند. (۲۶) بیشتر اوقات تأخیر در ترخیص بیماران روانپزشکی مربوط به عدم دسترسی به منابع جامعه یا در بیزاری از بیمار یا عدم پذیرش ترخیص از طرف خانواده اش است. دریک مطالعه ۱۳۸ بیمار روانپزشکی