

## تأثیر مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از بیمارستان سینا همدان

حمیدرضا خانکه<sup>۱</sup>، وحید انجمنیان<sup>۲</sup>، فضل الله احمدی<sup>۳</sup>، مسعود فلاحی خشکناب<sup>۴</sup>، مهدی رهگذر<sup>۵</sup>، مریم رنجبر<sup>۶</sup>

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به ماهیت مزمن بیماری اسکیزوفرنی و ناکامی برنامه‌های موجود، وجود یک الگوی مراقبتی پیگیر و مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران لازم است. یکی از راه‌های ارتقای کیفیت زندگی، استفاده از مدل مراقبت پرستاری پیگیر است. که با پیگیری مستمر بیمار بر اساس یک برنامه منظم، بر کیفیت زندگی او تأثیر می‌گذارد.

**روش:** این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی با هدف بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک در شهر همدان ۱۳۸۶ انجام شد. از ۸۹ بیماری که در بایگانی بیمارستان سینا دارای تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا بودند، ۳۶ بیمار دارای معیارهای ورود، به صورت تمام شماری انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۸ نفری شاهد و مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی هاینریچ و چک لیست خود کنترلی بود. مدل مراقبت پیگیر، در گروه آزمون در قالب مراحل آشناسازی و حساس‌سازی (۶ جلسه آموزش هفته‌ای دو بار به مدت سه هفته) در بیمارستان و سپس کنترل و ارزشیابی (۶ جلسه ویزیت دو هفته یک بار به مدت سه ماه) در منزل بیماران به اجرا درآمد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل، زوجی و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** یافته نشان داد که بین میانگین‌های امتیاز کل کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ). پس از اجرای مدل در گروه مداخله بین میانگین‌های امتیاز کیفیت زندگی در بعد روابط بین فردی اختلاف معنادار آماری مشاهده شد ( $p = 0.03$ ) اما با وجود افزایش امتیاز کل کیفیت زندگی و سایر ابعاد آن در گروه مداخله آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنادار آماری را نشان نداد ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای مدل مراقبت پیگیر بر بعد روابط بین فردی تأثیر داشته است. از آنجایی که مهم‌ترین هدف مراقبتی در بیماران مزمن روانی بهبود روابط بین فردی است و تأثیرگذاری این بعد بر ابعاد دیگر کیفیت زندگی در صورت تداوم مراقبت بر اساس این مدل می‌توان انتظار داشت روی کیفیت زندگی کل و سایر ابعاد آن نیز تأثیرگذار باشد. در حقیقت نتایج این تحقیق و سایر مطالعات مشابه معرف لزوم پیگیری خدمات پرستاری پس از ترخیص در بیماران مزمن روانی است. این امر می‌تواند ضمن نتایج مفید بر کیفیت زندگی مددجویان میزان عود و بستری را نیز کاهش دهد.

**واژه‌های کلیدی:** مدل مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی، اسکیزوفرنیا

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱/۲۴

۱ - استادیار، مدیر گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: hrkhankeh@hotmail.com

۲ - کارشناسی ارشد روان پرستاری

۳ - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

۴ - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۵ - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۶ - کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی

## مقدمه

اختلالات روانی از معضلات بهداشتی و اقتصادی پیش روی جوامع بشری از جمله جامعه ما می‌باشد. چگونگی ارائه خدمات روان‌پزشکی به خیل عظیم بیماران روانی نیازمند، با مشکلات و مسایل متعددی رو به رو است و این مسایل در کشورهای در حال رشد از جمله ایران پیچیده‌تر و از ابعاد مختلف قابل بررسی و تعمق است.

در میان بیماری‌های روانی، سایکوزها و در رأس آن‌ها اسکیزوفرنیا از اهمیت بیشتری برخوردار است. اسکیزوفرنیا، یکی از ناتوان‌کننده و شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از مهم‌ترین مشکلات بهداشت روانی در جهان است (۱). این بیماری یک اختلال مغزی است که موجب آسیب به عملکرد اجتماعی و روان‌شناختی فرد می‌شود و به همین دلیل به ایزوله شدن، زندگی فقیرانه با درآمد پایین، سطح تحصیل و آموزش پایین و اختلال در مهارت‌های اجتماعی و تفریحات و لذت در این افراد منجر می‌شود (۲). شیوع مادام‌العمر اسکیزوفرنیا بین ۱ تا ۱/۵٪ است. هر ساله دو میلیون بیمار جدید در جهان ظاهر می‌شوند. شایع‌ترین سن شروع اسکیزوفرنیا در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی (بین ۱۵ تا ۳۵ سالگی) است. در ۹۰٪ مردان و ۷۰٪ زنان شروع قبل از ۳۰ سالگی است (۳و۴). اسکیزوفرنها حدود ۵۰٪ کل تخت‌های بیمارستان روانی را اشغال می‌کنند و ۱۶٪ از کل بیماران روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهند (۵) بیماران روانی در ایران که نیاز به مراقبت ویژه دارند، بر حسب محافظه کارانه‌ترین آمارها بیش از ۵۰۰,۰۰۰ نفر هستند که نزدیک به یک درصد کل جمعیت ایران است (۶) که بر اساس آمار برای آن‌ها تنها ۱۰,۰۰۰ تخت بستری داریم (۷). جمع هزینه‌های درمانی و هزینه‌های غیرمستقیم اختلال اسکیزوفرنیا (نظیر مرگ و میر و کاهش بهره‌وری) در ایالات متحده آمریکا به حدود پنجاه میلیارد دلار در سال می‌رسد. حدود هفتاد و پنج درصد از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی شدید از کار افتاده و بیکارند (۸).

از سال ۱۹۵۰ اساس درمان بر داروهای آنتی‌سایکوتیک گذاشته شده است ولی با وجود پیشرفت در درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در مورد این بیماری در حال حاضر هنوز درمان قطعی وجود ندارد. داروهای آنتی‌سایکوتیک تا حدود ۸۰-۷۰٪ بر بهبود علائم بیماری

تأثیر دارند اما در ایجاد رضایت از کیفیت زندگی ناتوان هستند (۹) بنابراین رویکرد کنونی برای درمان اسکیزوفرنی شامل ترکیبی از مداخلات چندجانبه است زیرا این امر منجر به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد فرد در زمینه‌های مختلف می‌شود (۴). هدف از مداخلات نگهدارنده، کاهش ناتوانی، پیشگیری از عود، پیشبرد رضایت و خشنودی در مورد عملکرد زندگی است (۷). شولتز و وینستد فرای<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) معتقدند کیفیت زندگی یک درک کاملاً ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی است که هدف آن ارتقا یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت ممکن علی‌رغم وجود بیماری می‌باشد (۱۰). لذا امروزه قضاوت درباره شیوه درمان و تأثیرات آن با نگرش بر کیفیت زندگی بیمار انجام می‌شود و کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای ارزیابی نتایج درمان است (۱۱). پرستاران توانبخشی نقش کلیدی و مهمی در سازمان‌های ویژه توانبخشی ایفا می‌کنند و با ارائه مدل‌های مراقبتی مناسب می‌توانند کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهند (۲) از این رو در اکثر کشورهای جهان به مسأله افزایش کیفیت در مراقبت‌های پرستاری تأکید ویژه‌ای می‌شود و سعی بر این است که با افزایش کیفیت مراقبت‌ها، تأثیر بیشتری بر سلامت و کیفیت زندگی افراد بگذارند (۱۲).

مراقبت مؤثر زمانی میسر است که رابطه پرستار، بیمار و خانواده تداوم داشته باشد و هدف همه افراد یکسان بوده و درک یکسان و مشترکی از قضا یا داشته باشند (۱۳). تحقیقات نشان می‌دهند که مشارکت خانواده در سرویس‌های بهداشت روانی، پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده و توانایی سازگاری و کیفیت زندگی اعضای خانواده را ارتقا می‌دهد (۱۴و۱۵). آموزش وابستگان بیمار می‌تواند نگرش آن‌ها را به اختلال اسکیزوفرنیا خوش‌بینانه‌تر سازد و مواجهه صحیح‌تری را هنگام گرفتاری و مشکلات به آن‌ها بیاموزد (۱۶). چون بخشی از زمینه‌های مقدماتی که موجب بروز رفتارهای غیرطبیعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود در محیط وجود دارد لذا اصلاح محیط و استفاده از حمایت‌های خانواده می‌تواند در کاهش رفتارهای بیمارگونه مبتلایان مؤثر باشد (۱۷)

بنابراین جایگاه مراقبت تنها در بیمارستان نیست و امر مراقبت تنها مختص فرد بیمار نیست و در همه سطوح جامعه ضروری است. اگر قرار باشد که جمعیت نیازمند به خدمات بهداشتی، به نحو شایسته‌ای از آن بهره‌مند شوند، و ارایه آن به صورت مستمر و با کیفیت مطلوب ادامه یابد، لازم است تغییرات بنیادی در روش‌های جاری مراقبت‌های بهداشتی تحقق یابد و از مدل‌های ارزشمند و معتبرتری در حل مشکلات بهداشتی درمانی جوامع به عنوان الگوهای عملی استفاده گردد. مدل مراقبت پیگیر یا مستمر، عبارت است از فرآیندی منظم و مستمر شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی جهت برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر بین مددجو و خانواده او که پرستار به عنوان عامل مراقبت پیگیر و ارایه‌دهنده خدمات به منظور شناخت نیازها و مشکلات بیمار و حساس کردن مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقای سلامتی آنها، کاهش و به حداقل رسانیدن عوارض بیماری و افزایش میزان رضایت و کیفیت زندگی بیماران فعالیت می‌کند (۱۳).

با توجه به ماهیت مزمن بیماری اسکیزوفرنی و اینکه برنامه‌های موجود تاکنون در کنترل کامل عوارض و مشکلات گوناگون و فراوانی که به دنبال این بیماری مزمن پدید می‌آیند، مفید واقع نشده‌اند لزوم وجود یک الگوی مراقبتی پیگیر و مؤثر بر کیفیت زندگی این بیماران به خوبی احساس می‌شود. نظر به اینکه تأثیر به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر تنها در مورد بیماران مزمن کرونری و دیابتیک ارزیابی گردیده و تأثیر آن بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران چشمگیر بوده ولی تأثیر آن تاکنون بر بیماران اسکیزوفرنیک یا سایر بیماری‌های مزمن روانی بررسی نشده است لذا پژوهشگران در این مطالعه بر آن شدند که کاربرد مدل مراقبت پیگیر را در زمینه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک بیازمایند، چه بسا نتایج آن معیاری مؤثر در ارزیابی طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌های آتی مراقبت و درمان این بیماران باشد.

## روش مطالعه

این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی است که به روش تمام شماری و به منظور بررسی تأثیر به‌کارگیری

مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک بر روی تمام ۳۶ بیمار اسکیزوفرنی که سابقه بستری حداکثر در عرض یک سال گذشته در بخش اعصاب و روان مرکز آموزشی درمانی سینا همدان داشته و معیارهای ورود پژوهش یعنی تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا ثبت شده در پرونده بیمار، تمایل به همکاری در پژوهش، سکونت در شهر همدان، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، همراه با خانواده یا دارای محل سکونت دائمی، نداشتن مشکل جسمی یا معلولیت، قادر به تکلم فارسی و پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و عدم اعتیاد به مواد مخدر به جز سیگار را داشته‌اند، انجام شد. در حین اجرای پژوهش یکی از نمونه‌های گروه آزمون به دلیل بروز وضعیت حاد و بستری در بیمارستان از مطالعه حذف شد. روایی محتوا با استفاده از نظر متخصصین و پایایی پرسشنامه‌های دموگرافیک، چک لیست مراقبتی ( $\alpha=0/92$ ) و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک هاینریچ<sup>۱</sup> با برآورد آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/81$ ) تعیین گردید. داده‌های این پژوهش از ۳۵ بیمار از طریق انجام مصاحبه با بیمار و خانواده وی و با استفاده از پرسشنامه قبل، حین و بعد از اجرای مدل مراقبت پیگیر گردآوری شد. مرحله آشناسازی که به صورت یک جلسه مصاحبه حضوری در محل بیمارستان شامل معرفی پرستار مجری طرح به بیمار و خانواده، اخذ رضایت‌نامه کتبی از بیمار و خانواده برای شرکت در طرح، تکمیل فرم‌های پرسشنامه و ملاحظات اخلاقی پس از انتخاب و پذیرش بیماران، شناخت و تبیین وضعیت بیمار و خانواده وی برای همه نمونه‌های پژوهش به طور یکسان به مدت دو هفته اجرا شد و سپس بیماران به دو گروه ۱۸ نفره آزمون و شاهد به طور تصادفی ساده تقسیم شدند. مرحله حساس‌سازی شامل ۶ جلسه آموزش گروهی بر اساس بسته آموزشی استاندارد شده به بیمار و خانواده وی و مشاوره‌های مراقبتی طی سه هفته برای گروه مداخله انجام شد. اقدامات این مرحله شامل: بررسی وضعیت و تبیین نیازهای آموزشی و مهارتی بیمار و خانواده، توضیح در مورد بیماری و عوارض حاصله (موجود و احتمالی)، بررسی نیازهای اساسی در خصوص رژیم دارویی و توجیه ضرورت توجه به مصرف منظم داروها، تبیین مشکلات ناشی از عدم توجه، کنترل عملکرد و تبیین الگوهای

رضایت‌نامه کتبی از بیمار و خانواده مبنی بر شرکت آگاهانه در تحقیق، تضمین محرمانه ماندن کلیه اطلاعات خصوصی کسب شده از واحدهای پژوهش، ارسال نتایج تحقیق برای مراکز علمی و اجرایی ذیربط و اجرای مدل در صورت مؤثر بودن نتایج تحقیق برای گروه کنترل رعایت گردید.

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش مرد (۶۰٪)، متأهل (۴۸/۶٪)، دارای تحصیلات ابتدایی (۳۷٪)، بیکار (۴۵/۶٪)، دارای وضعیت اقتصادی متوسط (۵۷/۱٪) و مسکن خصوصی (۶۸/۶٪) بوده‌اند. از مجموع کل واحدهای پژوهش (۴۵/۷٪) بیمه تأمین اجتماعی داشته‌اند و از نظر نوع حمایت بیمه و سایر اطلاعات دموگرافیک بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد (جدول شماره ۱). از مجموع کل واحدهای پژوهش ۴۸/۶٪ با والدین یا خانواده و اقوام خود زندگی می‌کردند و در ۴۲/۹٪ از نمونه‌های این پژوهش سرپرستی خانواده را پدر به عهده داشته است. از نظر روابط خانوادگی با پدر، ۴۲/۹٪ واحدهای پژوهش پدرشان فوت کرده بود، ۲۸/۵٪ رابطه معمولی و ۲۲/۹٪ رابطه سرد با پدرشان داشته‌اند. رابطه ۵۱/۴٪ نمونه‌ها با مادرشان معمولی و تنها ۵/۷٪ رابطه همراه با نزاع داشته‌اند. میانگین سن در گروه کنترل (۴۰/۳ سال)، تعداد اعضای خانواده (۵/۶۱ نفر)، دفعات بستری (۳/۸۹ بار) و طول مدت بیماری (۱۳/۱۱ سال) بوده و میانگین سن در گروه آزمون (۳۸/۶۵ سال)، تعداد اعضای خانواده (۵/۴۷ نفر)، دفعات بستری (۳/۷۶ بار) و طول مدت بیماری (۱۲/۱۸ سال) بوده است.

توزیع متغیرهای سن، تعداد افراد خانواده، دفعات بستری، طول بیماری، کیفیت زندگی کل و ابعاد آن شامل روابط بین فردی، عملکرد شغلی، وضعیت روان‌شناختی و فعالیت عمومی در واحدهای پژوهش نرمال بوده و بین گروه مداخله و کنترل از نظر توزیع متغیرهای فوق‌الذکر قبل از شروع مداخله در ابتدای پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $p > 0.05$ ). یافته‌های این پژوهش نشانگر این است بین متغیر کیفیت زندگی با سن ( $p = 0.002$ ) و طول مدت بیماری ( $p = 0.044$ ) ارتباط

ارتباطی می‌باشد. سپس مرحله کنترل شامل ۶ جلسه ویزیت در طول سه ماه با هدف نهادینه کردن و استمرار بخشی رفتارهای مناسب درمانی در جهت ارتقای سلامتی انجام شد که در این جلسات ۶ چک لیست کنترلی تکمیل گردیده و اقدامات این مرحله که عبارت بودند از: کنترل مصرف دارو، بازبینی و ارزیابی غیر مستقیم مهارت‌های کسب شده، بررسی رفتارهای بهداشتی، بررسی نیازهای جدید با توجه به مشکلات جدید و حساس سازی مجدد در خصوص حل مشکل، تقویت رفتارهای بهداشتی و توجیه اثرات مفید اقدامات، کنترل شاخص‌های مورد مطالعه، تبادل نظر در خصوص موفقیت و عدم موفقیت اقدامات و در نهایت تبیین راه حل پیشنهادی جهت حل مشکلات و بهبود مراقبت‌ها با کمک بیمار و خانواده در جهت پیگیری روند درمان، آموزش و انجام مشاوره‌های لازم جهت حل مشکلات و در صورت لزوم ارجاع به متخصصین دیگر صورت گرفت. مرحله ارزشیابی به عنوان گام نهایی الگو مطرح شده اما در تمامی مراحل مورد توجه و جاری می‌باشد چرا که هر ۱۵ روز کنترل و ارزیابی شاخص‌های مورد نظر به وسیله تکمیل پرسشنامه‌ها و چک لیست‌های کنترلی، تحلیل تغییرات با توجه به ماهیت بیماری، مرور موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها و توجه به پیشنهادها طرفین صورت می‌گیرد.

سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS از آمار توصیفی، آزمون کولموگروف اسمیرنوف و کای‌اسکوئر برای تعیین توزیع نرمال، برای مقایسه میانگین‌های کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای مدل مراقبتی در هر گروه از آزمون تی زوجی و برای مقایسه آن‌ها میان دو گروه از آزمون تی مستقل و جهت تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. لازم به توضیح است که کلیه آموزش‌ها جهت بیماران توسط خود پژوهشگر و جهت خانواده‌ها توسط روان‌پرستاران مجرب آموزش دیده بیمارستان سینا همدان انجام گرفته و کلیه ملاحظات اخلاقی بر اساس دستورالعمل اخلاقی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی شامل کسب معرفی‌نامه از دانشگاه جهت بیمارستان سینا همدان، کسب مجوز از ریاست، مدیریت بیمارستان سینا و حراست دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت استفاده از بایگانی و بخش‌های اعصاب و روان بیمارستان سینا، اخذ

با مطالعه جدول ۴ مشاهده می‌شود که بین متغیرهای کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت پیگیر اختلاف معناداری وجود نداشته ( $p > 0/05$ ) اما در بعد روابط بین فردی گروه مداخله اختلاف معنادار بوده است ( $p = 0/005$ ) در حالی که در سایر ابعاد کیفیت زندگی و امتیاز کل آن در گروه مداخله نیز قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت پیگیر، اختلاف آماری معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ) (جدول شماره ۴).

از مقایسه دو گروه کنترل و مداخله در جدول شماره ۵ نیز در می‌یابیم که قبل از اجرای مدل در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی یا میانگین نمره کل آن بین دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود ولی پس از اجرای مدل مراقبت پیگیر در بعد روابط بین فردی اختلاف معنادار آماری در گروه مداخله وجود دارد و با توجه به افزایش میانگین می‌توان اظهار نمود که در اثر اجرای مدل مراقبتی، روابط بین فردی در گروه مداخله بهبود یافته است (جدول شماره ۵).

معنادار و منطقی معکوس وجود دارد (جدول شماره ۲) یعنی با افزایش این دو متغیر، کیفیت زندگی کل کاهش می‌یابد در صورتی که بین کیفیت زندگی و تعداد اعضای خانواده، دفعات بستری و جنسیت ارتباط معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). میانگین کیفیت زندگی کل بیماران ساکن واحدهای شخصی و استیجاری و اشتراکی اختلاف معناداری نشان نداد ( $p = 0/405$ ) اما میانگین کیفیت زندگی بیماران مطلقه به طور معناداری از افراد متأهل و مجرد پایین‌تر ( $p = 0/029$ ) بود. اختلاف میانگین از نظر سطح تحصیلات هم معنادار بوده است ( $p = 0/023$ ) به طوری که بیشترین امتیاز کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات عالی و کمترین امتیاز به افراد بیسواد تعلق گرفت. وضعیت اقتصادی بیماران اسکیزوفرنیک هم در میانگین کیفیت زندگی آنان تأثیر داشت ( $p = 0/003$ ) یعنی بیشترین امتیاز در افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند و بیشترین امتیاز در افراد با وضعیت اقتصادی خوب مشاهده شد (جدول شماره ۳).

**جدول ۱:** مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از بیمارستان سینا همدان به تفکیک دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه		مداخله		کنترل		مقایسه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	sig	اختلاف معنادار
جنسیت	مرد	۱۲	۷۰/۶	۹	۵۰	۰/۱۸۵	ندارد	
	زن	۵	۲۹/۴	۹	۵۰			
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۳۵/۳	۵	۲۷/۸	۰/۶۹۲	ندارد	
	متاهل	۷	۴۱/۲	۱۰	۵۵/۶			
	متارکه	۴	۲۲/۵	۳	۱۶/۷			
میزان تحصیلات	بیسواد	۲	۱۱/۸	۶	۳۲/۳	۰/۱۶۸	ندارد	
	ابتدایی	۶	۳۵/۳	۷	۳۸/۹			
	سیکل	۶	۳۵/۳	۴	۲۲/۲			
	دیپلم	۳	۱۷/۶	۰	۰			
	عالی	۰	۰	۱	۵/۶			
شغل	کارگر	۰	۰	۱	۵/۶	۰/۰۵۲	ندارد	
	کارمند	۰	۰	۱	۵/۶			
	شغل آزاد	۶	۳۵/۳	۱	۵/۶			
	بیکار	۹	۵۲/۹	۷	۳۸/۹			
	خانه دار	۲	۱۱/۸	۸	۴۴/۴			
نحوه اقامت	با والدین	۱۰	۵۸/۸	۷	۳۸/۹	۰/۳۶۲	ندارد	
	با خانواده	۷	۴۱/۲	۱۰	۵۵/۶			
	با اقوام	۰	۰	۱	۵/۶			
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱	۵/۹	۴	۲۲/۲	۰/۳۷۳	ندارد	
	متوسط	۱۱	۶۴/۷	۹	۵۰			
	خوب	۵	۲۹/۴	۵	۲۷/۸			

**جدول ۲:** بررسی همبستگی متغیرهای سن، تعداد اعضای خانواده، دفعات بستری و طول مدت بیماری با امتیاز کیفیت زندگی کل در بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از بیمارستان سینا همدان

متغیر	کیفیت زندگی کل			گروه آماره
	تعداد	مقدار $r$	سطح معناداری	
سن	۳۵	-۰/۴۹۶	۰/۰۰۲	
تعداد اعضای خانواده	۳۵	-۰/۱۲۷	۰/۴۶۶	
دفعات بستری	۳۵	-۰/۲۷۲	۰/۱۱۳	
طول بیماری	۳۵	-۰/۳۴۵	۰/۰۴۴	

**جدول ۳:** مقایسه میانگین کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از بیمارستان سینا همدان به تفکیک وضعیت مسکن، تاهل، تحصیلات و وضعیت اقتصادی خانواده

متغیر	منابع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربع انحرافات	میانگین مربع انحرافات	مقدار $F$	سطح اطمینان ( $p$ .value)
وضعیت مسکن	بین گروهی	۲	۱۷۴/۰۶۱	۸۷/۰۳	۰/۹۳۱	۰/۵۰۴
	درون گروهی	۳۲	۲۹۹۲/۳۳۹	۹۳/۵۱۱		
	کل	۳۴	۳۱۶۶/۴			
وضعیت تاهل	بین گروهی	۲	۶۲۶/۳۴۵	۳۱۳/۱۷۲	۳/۹۴۵	۰/۰۲۹
	درون گروهی	۳۲	۲۵۴۰/۰۵۵	۷۹/۳۷۷		
	کل	۳۴	۳۱۶۶/۴			
میزان تحصیلات	بین گروهی	۴	۱۳۰۴/۰۶۶	۳۲۶/۰۱۷	۵/۲۵۲	۰/۰۲۳
	درون گروهی	۳۰	۱۸۲۶/۲۳۴	۶۲/۰۷۸		
	کل	۳۴	۳۱۶۶/۴			
وضعیت اقتصادی خانواده	بین گروهی	۲	۹۶۹/۳	۴۸۴/۶۵	۷/۵۹	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۳۲	۲۱۹۷/۱	۶۸/۶۵۹		
	کل	۳۴	۳۱۶۶/۴			

**جدول ۴:** مقایسه میانگین کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از بیمارستان سینا به تفکیک گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت پیگیر

متغیر	آماره	مداخله						کنترل					
		قبل			بعد			قبل			بعد		
		تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین
روابط بین فردی	۱۷	۱۶/۱۸	۳/۵۲	۱۷/۵۹	۴/۰۹	-۳/۲۸۹	۱۸	۱۴/۴۴	۴/۳۸	۱۴/۳۵	۴/۳۷	۰/۶۲۲	۰/۵۴۲
عملکرد و نقش شغلی	۱۷	۷/۲۹	۱/۳۱	۷/۱۸	۱/۴۷	۱	۱۸	۶/۴۴	۱/۹۲	۶/۱۷	۱/۶۲	۱/۳۱۷	۰/۲۰۵
وضعیت روان شناختی	۱۷	۱۶/۷۱	۳/۴۲	۱۷/۳۵	۴/۴۹	-۱/۶۴۹	۱۸	۱۶/۳۳	۳/۸۰	۱۶/۷۱	۳/۵	۱/۴۵۸	۰/۱۶۳
فعالیت عمومی	۱۷	۴/۷۱	۱/۳۶	۵/۰۶	۱/۸۲	۲/۰۷۳	۱۸	۴/۸۹	۱/۴۵	۴/۷۸	۱/۴	۰/۸۰۹	۰/۴۳۰
کیفیت زندگی کل	۱۷	۴۴/۹۴	۸/۸۸	۴۶/۶۵	۱۰/۲۸	۱/۵۵۹	۱۸	۴۱/۹۴	۱۰/۳۷	۴۱/۶۷	۱۰	۱/۴۲۶	۰/۱۷۲

**جدول ۵:** مقایسه میانگین کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از بیمارستان سینا بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت پیگیر

متغیر	گروه	قبل از اجرای مدل									بعد از اجرای مدل														
		مداخله			کنترل			مجموع			مداخله			کنترل			مجموع								
		تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین	تعداد	SD	میانگین			
روابط بین فردی	۱۷	۱۶/۱۸	۳/۵۲	۱۸	۱۴/۴۴	۴/۳۸	۱۷	۱۷/۵۹	۴/۰۹	۱۸	۱۴/۳۵	۴/۳۷	۳۳	۴/۳۷	۱۴/۳۵	۱۸	۴/۰۹	۱۷/۵۹	۱۷	۴/۳۸	۱۴/۴۴	۱۸	۳/۲۷۲	۰/۰۳	
عملکرد و نقش شغلی	۱۷	۷/۲۹	۱/۳۱	۱۸	۶/۴۴	۱/۹۲	۱۷	۷/۱۸	۱/۴۷	۱۸	۶/۱۷	۱/۶۲	۳۳	۱/۶۲	۶/۱۷	۱۸	۱/۴۷	۷/۱۸	۱۷	۱/۴۷	۶/۴۴	۱۸	۱/۹۳۰	۰/۰۶۲	
وضعیت روان شناختی	۱۷	۱۶/۷۱	۳/۴۲	۱۸	۱۶/۳۳	۳/۸۰	۱۷	۱۷/۳۵	۴/۴۹	۱۸	۱۶/۷۱	۳/۵	۳۳	۳/۵	۱۶/۷۱	۱۸	۴/۴۹	۱۷/۳۵	۱۷	۴/۴۹	۱۶/۳۳	۱۸	۰/۹۱۷	۰/۳۶۶	
فعالیت عمومی	۱۷	۴/۷۱	۱/۳۶	۱۸	۴/۸۹	۱/۴۵	۱۷	۵/۰۶	۱/۸۲	۱۸	۴/۷۸	۱/۴	۳۳	۱/۴	۴/۷۸	۱۸	۱/۸۲	۵/۰۶	۱۷	۱/۸۲	۵/۰۶	۱۷	۰/۵۱۵	۰/۱۶۱	
کیفیت زندگی کل	۱۷	۴۴/۹۴	۸/۸۸	۱۸	۴۶/۶۵	۱۰/۳۷	۱۷	۴۱/۹۴	۱۰/۲۸	۱۸	۴۱/۶۷	۱۰	۳۳	۴۱/۶۷	۱۰	۴۱/۶۷	۱۰	۱۰/۳۷	۴۶/۶۵	۱۷	۴۶/۶۵	۱۰/۳۷	۳۳	۱/۴۵۳	۰/۱۵۶

## بحث

نتایج پژوهش حاضر تأییدکننده این واقعیت است که بیماران اسکیزوفرنیک به دلیل داشتن ماهیت مزمن پس از ترخیص از بیمارستان نیاز به پیگیری درمان دارند. در حقیقت اسکیزوفرنی یک بیماری پیچیده با نشانه‌های مختلف روان‌شناختی است که موجب بروز ناتوانی و مشکلات عدیده‌ای در جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی می‌گردد و اغلب بیماران ممکن است تا پایان عمر نیاز به درمان و مراقبت داشته باشند (۱۸). مراقبت‌های پرستاری در منزل از بیماران اسکیزوفرنی باعث می‌شود که فرآیند درمان، مراقبت و بازتوانی بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به شکلی منظم، دقیق و علمی ادامه یابد، ارتباط بین تیم بهداشتی درمانی با خانواده و بیمار را حفظ نموده و امکان دسترسی آسان بیماران اسکیزوفرن را به خدمات بهداشتی و درمانی فراهم نماید (۱۴ و ۱۹).

نتایج این پژوهش نشان داد قبل از اجرای مداخله به طور کلی اکثر بیماران حاضر در این پژوهش کمتر از نیمی از مجموع ۱۲۶ امتیاز کیفیت زندگی کل را کسب نموده‌اند که نشان‌دهنده پایین بودن کیفیت زندگی آن‌هاست. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر و ارائه خدمات پرستاری در منزل می‌تواند به طور محسوسی کیفیت زندگی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن را در تمامی ابعاد خصوصاً روابط بین فردی بهبود بخشد. علاوه بر این کیفیت زندگی واحدهای این پژوهش با افزایش سن و افزایش طول مدت بیماری کاهش معنادار آماری یافته است. سار‌توریس هم معتقد است که اسکیزوفرنی زندگی فرد مبتلا و خانواده وی را مختل می‌کند و بیماران از نگرانی، ناتوانی، کاهش عملکرد و کیفیت زندگی پایین رنج می‌برند (۲۰) افزایش سطح تحصیلات در واحدهای این پژوهش با افزایش معنادار کیفیت زندگی همراه بوده و کیفیت زندگی بیمارانی که از وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری برخوردار بوده‌اند به طور قابل توجهی بالاتر از بیمارانی بوده است که وضعیت اقتصادی خوبی داشته‌اند.

اکثر واحدهای این پژوهش متأهل بوده و با خانواده یا والدین خود زندگی می‌کرده‌اند و میانگین کیفیت زندگی بیماران مطلقه به طور معناداری از بیماران مجرد و متأهل پایین‌تر بوده است. لائکون و تامی در تحقیقی نشان دادند

که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیکی که با افراد خانواده و همسرشان در منزل زندگی می‌کردند بهتر بود (۲۱). بیکر<sup>۱</sup> بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به ویژه مردان تمایل به ازدواج ندارند و دو سوم آن‌ها بعد از اولین حمله در کنار خانواده می‌مانند و بار عظیم مشکلات آنان بر خانواده سنگینی می‌کند (۲۲). در این پژوهش نیز درصد بالایی از بیماران، مجرد یا مطلقه بوده‌اند.

از مشکلات عمده در اسکیزوفرنیا، عود بیماری و ازکارافتادگی است (۲۳). حدود هفتاد و پنج درصد از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی شدید از کار افتاده و بیکارند (۸). میانگین دفعات بستری واحدهای این پژوهش نیز نشان‌دهنده سوابق عود بیماری و بستری‌های مکرر در بیمارستان قبل از اجرای مدل مراقبت پیگیر بوده است. علاوه بر این بررسی توزیع شغل در این تحقیق نشان داد که درصد بالایی از واحدهای پژوهش بیکار بودند و سرپرستی خانواده به عهده پدر یا همسرشان بوده اما میانگین کیفیت زندگی بیماران با دفعات بستری و عملکرد شغلی آنان در این پژوهش ارتباط معنادار آماری نشان نداده است.

البته شایان ذکر است که در طول دوره سه ماهه اجرای مدل مراقبت پیگیر هم تنها یکی از بیماران گروه مداخله به دلیل بروز وضعیت حاد نیاز به بستری در بیمارستان پیدا نموده و از روند پژوهش خارج گردید. برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر لازم است این مدل به مدت طولانی‌تری ارزیابی و نتایج آن بر میزان عود و دفعات بستری بررسی شود. همچنان که چن و یانگ<sup>۲</sup> در پژوهشی که روی ۵۷ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام دادند دریافتند که بین علایم مثبت بیماری و شاخص خوب بودن مراقبت‌کنندگان ارتباط معناداری وجود دارد و کیفیت زندگی فرد مبتلا تحت تأثیر دانش و آگاهی مراقبت‌کنندگان در مورد اسکیزوفرنیا و عقاید آنان در مورد علل بیماری قرار دارد و پیشنهاد کردند که ارزیابی‌کنندگان خدمات بهداشتی باید در مورد وضعیت روانی بیماران به مراقبت‌کنندگان آنان آموزش دهند تا از اثرات منفی آن بر بیمار و مراقبت‌دهنده کاسته شود (۲۴). بویر<sup>۳</sup> نیز معتقد

1 - Baker

2 - Chen & Yang

3 - Boyer

مراقبت پیگیر به مدت سه ماه بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر مثبت داشته است (۲۸). بنابر این می‌توان به این نتیجه رسید که اجرای مدل مراقبت پیگیر در بیماران روانی مزمن خصوصاً اسکیزوفرنیا نسبت به بیماری‌های جسمی مزمن دیرتر پاسخ می‌دهد و برای رسیدن به نتیجه مطلوب باید زمان اجرای مدل طولانی‌تر باشد. همچنان که در تحقیق خانکه و همکاران تأثیر آموزش و پیگیری بر توان خودمراقبتی، شدت علائم و طول مدت بستری مددجویان اسکیزوفرنیک مزمن بر روی ۳۰ بیمار به مدت شش ماه بررسی گردید و نتیجه گرفته شد که اجرای طرح ترخیص و پیگیری بیماران اسکیزوفرنیک مزمن به مدت طولانی بر دفعات عود، شدت علائم، توان خودمراقبتی و مدت بستری بیماران مؤثر است (۵) و ویرسما<sup>۲</sup> و همکارانش نیز که در پژوهش خود تأثیر درمان‌های ترکیبی را با تأثیر درمان‌های رایج بر کیفیت زندگی و نقش و عملکرد ۶۳ بیمار اسکیزوفرنیک را پس از نه ماه مداخله بررسی نمودند، گزارش کرده‌اند که کیفیت زندگی به خصوص در بعد عملکرد اجتماعی در گروهی که تحت درمان ترکیبی بوده‌اند، بهبود قابل توجهی داشته است. (۲۹) اشمیت<sup>۳</sup> و همکارانش نیز معتقدند کیفیت مراقبت‌های فردی و وضعیت روان‌شناختی بیشترین و مهم‌ترین تأثیر را بر ارزیابی کیفیت زندگی دارد (۳۰) که با نتایج به دست آمده این مطالعه تأیید می‌کنیم که با افزایش کیفیت مراقبت و استمرار آن در منزل و جامعه می‌توان تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک گذاشت.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه و سایر مطالعات مشابه بیانگر این است که مراقبت پیگیر پرستاری در منزل پس از ترخیص می‌تواند ضمن بهبود کیفیت زندگی بیماران روانی مزمن زمینه را برای کاهش دفعات بستری ایشان نیز فراهم آورد. مطالعه حاضر نشان داد اجرای الگوی مراقبت پیگیر در مدت زمان سه ماهه این پژوهش، می‌تواند کیفیت زندگی کل در بیماران اسکیزوفرنیک را بهبود بخشد. هر چند این افزایش از نظر آماری نبوده ولی به هیچ عنوان از فواید و

است که عدم اتصال مددجویان به خدمات درمانی و پیگیری درمان باعث افزایش عود و بستری به میزان ۲۲ تا ۹۰٪ می‌شود (۲۵) اسدی نوقابی نیز احتمال بستری شدن مجدد را ضمن دو سال پس از ترخیص متعاقب اولین دوره بستری شدن را ۶۰-۴۰٪ عنوان کرده است (۲۶). احمدی تأثیر مدل مراقبت پیگیر را در کنترل بیماران مزمن عروق کرونری بررسی نموده و نتیجه گرفته است که به‌کارگیری این مدل در مدت سه ماه پیگیری بر شاخص‌های متعددی چون دفعات بستری، روند فعالیت ویزیت پزشک معالج، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص نیتروگلیسرین زیرزبانی و کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است (۱۳). یافته‌های به دست آمده از تحقیق حاضر به نوعی نشان دهنده تفاوت تأثیر این مدل بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک در مدت سه ماه پیگیری می‌باشد چرا که کیفیت زندگی کل پس از سه ماه پیگیری در بیماران اسکیزوفرنیک شرکت‌کننده در این پژوهش افزایش معنادار آماری نداشته است در حالی که بعد روابط بین فردی که یکی از ابعاد اصلی پرسشنامه کیفیت زندگی هاینریچ می‌باشد، افزایش معنادار آماری نشان می‌دهد که در مقایسه با نتایج تحقیق رودنیک<sup>۱</sup> و همکاران روی ۵۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا که در منزل مراقبت می‌شدند که نشان داده بود بین علائم منفی با ابعاد کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزانه ارتباط معکوس وجود دارد ولی حمایت‌های اجتماعی تأثیری در کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه آنان نداشته است (۲۶)، در بعد روابط بین فردی کیفیت زندگی هم‌خوانی ندارد و علی‌رغم اینکه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کل و امتیازات سه بعد از ابعاد چهارگانه مورد نظر این مطالعه بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار آماری نشان نداده است اما میانگین و انحراف معیار امتیازات مربوط به عملکرد و نقش شغلی، وضعیت روان‌شناختی و فعالیت عمومی به طور واضحی پس از انجام مداخله در گروه آزمون افزایش یافته‌اند در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی در امتیازات کسب شده قبل و بعد از اجرای مدل مشاهده نمی‌شود.

قوامی تأثیر مدل مراقبت پیگیر را بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی بررسی کرد و نتیجه گرفت که اجرای مدل

2 - Wiersma

3 - Schmidt

1 - Rudnick



توانبخشی روان برنامه پیگیری و ارائه خدمات پیگیر پس از ترخیص بر اساس مدل مذکور اجرا گردد. از طرفی از آنجایی که خدمات پیگیر منجر به بهبود کیفیت زندگی مددجویان شده است پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه با پیگیری طولانی‌تر از ۳ ماه طراحی و اجرا گردد.

### تشریح و قدردانی

محققین برخورد لازم می‌دانند از مشارکت بیماران، خانواده‌ها، پرسنل و مسؤولین بیمارستان سینا همدان تشکر نمایند. همچنین از همکاری و حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی سپاسگزارند.

محاسن این مدل نمی‌کاهد و تنها نشان‌دهنده تفاوت تأثیر آن در بیماران مزمن جسمی با روانی است. با توجه به این که مدل مراقبت پیگیر در این مطالعه بر بعد روابط بین فردی در گروه آزمون تأثیر معنادار داشته، مدت اجرا فقط سه ماه بوده و اجرای مدل در میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تأثیر داشته (هر چند این تأثیر در سطح معناداری نبوده است) می‌توان انتظار داشت که در صورت تداوم اجرای آن به مدت طولانی‌تر، نتایج مناسب‌تری در بیماران اسکیزوفرنیک حاصل شود.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و سایر تحقیقات مشابه پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی

### منابع

- 1 - Carson R C. et al. Abnormal Psychology and model Life. 10<sup>th</sup> edition. Longman Co. 1998, pp: 444-483.
- 2 - Seyed Bagher Maddah S. The basic new viopointsand theories hn rehabilitation nursing.2003;153.
- 3 - Kaplan H , Saddock V, Dars Azmoon Ravanpezeshki, tarjome: Mohsenifar, Setareh & Farhoudian, Ali. Entesharat Baraye Farda. 20011. PP:95-109.
- 4 - Gee L, Pearce E and Jackson M. Quality of Life in Schizophrenia: A grounded Theory Approach, health and quality of life outcomes, nursing psychiatry. 2003.;161:223-231.
- 5 - Khankeh, H.R. Effect of education and follow up (discharge planning) on self care ability, symptoms and hospital stay of chronic Schizophrenics in Razy hospital, Tehran. Rehabilitation / Welfare University. 2007.
- 6 - Nourbala A.A, Bagheri Yazdi M.K. Seyyed Abbas et al. Appearance of Iranian mental healt. Tehran. Moallef Co. 2000.
- 7 - Nazeri S. Effect of discharge planning on treatment on Schizophrenic patients Razy hospital Tehran. [Dissertation] Rehabilitation / Welfare University. 2001.
- 8 - Kaplan Harold A va Saddock Benyamin G va Virginia, Dastnameh Jibi Ravanpezeshki Balini. Entesharat Arjmand. Tehran. 2007.
- 9 - Herbert Y, Meltzer MD, Douglas D, Bond PR. Quality of life in Schizophrenia: Importance for psychopharmacology research and practice. Quality of life newsletter. 2002;29:8-9.
- 10 - Schultzer A A , Winstead Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. Cancer Nursing. 2001; 24(1): 12-19 .
- 11 - Hesam zadeh A. Comparative survey of quality of life in elder of house resident and shahr Tehran. [Thesis] Rehabilitation / Welfare University 2002. PP:2-10.
- 12 - Shahandeh, H. Survey of quality of life in patients of spinal cord injury. [Thesis] Rehabilitation / Welfare University Tehran. 2001.
- 13 - Ahmadi, F. Designing of Follow up care model for patients of coronary artery disease [Dissertation] Tarbiat Modarres university, Tehran. 2001.
- 14 - Mohr WK. Psychiatric mental health nursing. Loppincott-Williams and Wilkins. 1<sup>st</sup> pub. 2005:116-213-656 .
- 15 - Sherli, M Glinn Partnership of family in mental health services translated by: Arasteh Modabber, Malakooti Seyyed Kazem. Rehabilitation / Welfare University, Tehran. 2001.
- 16 - Dalvandi A. Rehabilitation in patient of schizophrenic in family. Rehabilitation / Welfare University. Tehran. 2001.
- 17 - Asadollahi G.A. Abbasalizadeh A. Guideline for family have a schizophrenia patient. Esfahan Rehabilitation / Welfare University. 1991. P. 183-193.
- 18 - Gozaresh behdasht jahani salamat raven darki no omidi no. Tarjome: Fattah zadeh Amir va digaran. Moassese farhangi Ebn sina. 2001. P. 96-99.

- 19 - Carson VB , Arnold EN. Mental Health Nursing: The Nurse – Patient Journey. Saunders. 2000; 521-523&1151-59.
- 20 - Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new world Psychiatric Association education programme. British journal of psychiatry. 1997; 170-297.
- 21 - Lancon C, Toumi M, Launois R, Auquier P, et al. Evaluation of quality of life of schizophrenic patients: validation of the brief version of the quality of life interview. Research article. 2000; 26(4): 11-16.
- 22 - Baker C. The development of the self care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Arch. Psychiatric Nursing. Oct 1995; 9(5): 261-268.
- 23 - Fadaee, F. The need of rehabilitation clinics for chronic mental patients and mental health nurses. Rehabilitation / Welfare University. 2001.
- 24 - Chen PS, Yang YK, Liao YC, Lee YD. et al. The Psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci. 2004; 58(6): 600-5.
- 25 - Boyer CA. et al. Identifying risk factor and key strategies in linkage to out patient psychiatric care. The American journal of psychiatry. 2000; 157(10).
- 26 - Asadi noghabi Ahmad, Keyghobadi Seyfollah. Ravanparastari behdasht raven 2. Entesharat Boshra. Tehran. 2000. P. 67-72.
- 27 - Rudnick A, Psych M, Kavetz SH. The relation of social support seeking to quality of life in schizophrenia. Journal of Nervous & Mental Disease. 2001; 189(4): 258-262.
- 28 - Ghavami, H. Effect of follow up care model on quality of life of diabetic patients [Thesis] Tarbiat Modarres University, Tehran. 2004. P. 22-25.
- 29 - Wiersma D, Jenner JA, Nienhuis FJ, Willige G. Hallucination focused interactive treatment improves quality of life in schizophrenia patients. Acta Psychiatrica Scandinavia. 2004; 109(3): 194-201.
- 30 - Schmidt K, Staupendah A, Vollmceller W. Quality of life of Schizophrenic psychiatric outpatients as a criterion for treatment planning in psychiatric institutions. Int J Soc Psychiatry. 2004;50(3):265-73.

## Evaluating the effect of Continuous Care on quality of life in discharged schizophrenic patients from Sina educational and medical center, Hamedan

Khankeh<sup>1</sup> HR (Ph.D) - Anjomaniyan<sup>2</sup> V (MSc.) - Ahmadi<sup>3</sup> F (Ph.D) - Fallahi Khoshknab<sup>4</sup> M (Ph.D) - Rahghozar<sup>5</sup> M (Ph.D) - Ranjbar<sup>6</sup> M (MA.).

**Introduction:** Considering chronic nature of schizophrenia and failure of current plans, developing an effective continuous care model is needed. One of the methods to promote quality of life is applying continues care nursing model. The present study aimed at evaluating the effects of continuous care model on quality of life of schizophrenic patients in Hamadan.

**Methods:** All 36 patients have been selected based on inclusion criteria (census), and divided randomly in two similar control and interventional groups of research. The data gathered from demographic, (QLS:  $\alpha=0.81$ ) questionnaires and control check list ( $\alpha=0.92$ ). The orientation and sensitivization phases of the model applied on the interventional group in the hospital (6 sessions of education, A quasi-experimental study was conducted with a sample of 36 schizophrenic patients. They have been drawn from Sina Hospital, among 89 patients who fulfilled the inclusion criteria. The participants were allocated to two groups of control and intervention through simple random allocation. Data were collected using questionnaires of Heinrich Quality of Life and self-control check list. Continuous care model was applied for intervention group through orientation and sensitivization (six educational sessions: two times a week) in hospitals, then control and evaluation (6 home visits: two times a week) at their home. Data were analyzed using independent T-test, paired T-test and analysis of variance.

**Results:** There was no significant difference between quality of life mean scores of two groups prior to the intervention ( $P>0.05$ ). After the intervention, mean score of quality of life in interpersonal relationship was significantly different ( $P=0.03$ ) but Independent T-test didn't show any significant differences between groups in spite of increased scores of quality of life and its dimensions in intervention group ( $P>0.05$ ).

**Conclusion:** The study demonstrated the effect of continuous care model on interpersonal relationship. Since improving interpersonal relationship is the most important aim of care for chronic patients, and it could consequently have an effect on other dimensions of quality of life, using the model could improve total quality of life and other dimensions. Results of present study and similar studies illustrate the necessity of providing nursing care after discharge for chronically ill patients. It could decrease the relapse rate and hospitalization, besides valuable impact on their quality of life.

**Key words:** Continuous care model, Quality of Life, Schizophrenia

1 - Corresponding Author: Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran

e-mail: hrkhankeh@hotmail

2 - MSc. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

3 - Associate Professor, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4 - Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

5 - Assistant Professor, Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

6 - MSc. Psychology Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences