

مدل مراقبتی پایداری تطابقی: رویکردی نو برای کاهش بستری مجدد بیماران افسرده

ناصر عیسی‌زاده^۱، مولود رادفر^۲، حمیدرضا خلخالی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی یکی از بیماری‌های شایع روانی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود. یکی از مشکلات در درمان بیماران افسرده بستری‌های مکرر می‌باشد. هدف از این پژوهش تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبتی بر اساس مدل مراقبتی پایداری تطابقی بر بستری مجدد بیماران افسرده مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تجربی از نوع بعد از مداخله می‌باشد که در آن ۱۰۰ نفر از بیماران افسرده به‌صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۵۰ نفر) و آزمون (۵۰ نفر) تخصیص داده شدند. برای گروه آزمون مدل پایداری تطابقی در ۴ مرحله بررسی وضعیت دموگرافیک خانواده، حساسیت‌زدایی، تشریک‌مساعی و پیش‌مستمر در طول ۶ ماه و برای گروه کنترل مداخلات معمول اجرا شد. دو گروه در طول ۶ ماه از نظر بستری مجدد مقایسه شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تی مستقل و آزمون مجذور کای استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در طول ۶ ماه اجرای مدل پایداری تطابقی در گروه آزمون تعداد بستری مجدد ۵ نفر از ۴۷ بیمار و در گروه کنترل ۱۳ نفر از ۴۷ بیمار بود ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای برنامه مراقبتی مدل پایداری تطابقی تأثیر مثبت در کاهش بستری مجدد بیماران افسرده داشت. لذا پیشنهاد می‌شود ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با اجرای برنامه مراقبتی بر اساس مدل‌های مراقبتی موجب کاهش بستری مجدد در بیماران افسرده شوند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، مدل، پایداری تطابقی، بستری مجدد، مراقبت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۸۲، مرداد ۱۳۹۵، ص ۴۲۵-۴۱۷

آدرس مکاتبه: ارومیه - کیلومتر ۱۱ جاده سرو- پردیس نازلو- دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۶۶۱۹۰

Email: mradfar1343@gmail.com

مقدمه

درصد بوده که از آن به‌عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌کنند. در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می‌شود (۲).

بر اساس آمار اعلام‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی^۵ (WHO) ۳۴۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند علاوه بر آن در سال ۲۰۱۰ "اختلال افسردگی اساسی" دومین علت سال‌های زندگی با معلولیت^۶ در جهان را به خود اختصاص داده بود در ایران بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری پس از حوادث عمدی

یکی از مسائل و مشکلات جامعه متمدن امروزی اختلالات روانی می‌باشد به‌طوری‌که سال ۲۰۰۱ از سوی سازمان جهانی بهداشت به نام سال بهداشت روانی نام‌گذاری و شعار آن تحت عنوان: «غفلت بس است، مراقبت کنیم» بود. افسردگی^۴ یکی از بیماری‌های شایع روانی است که با دوره‌های طولانی‌مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است (۱). شیوع بیماری در جمعیت عمومی تا ۲۵ درصد و میزان عود بیش از ۵۰

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استاد یار گروه پرستاری، دکترای آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ Depression

^۵ World health organization

^۶ Disability Adjusted Life Years DALYs

بر اساس تعاریف فوق، سهم بستری مجدد در بخش‌های روان‌پزشکی در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است و نسبتی در حدود ۱۴ درصد در طی ۱۳ ماه (۱۶)، ۱۶ درصد در طی ۶ ماه (۱۵)، ۲۰-۳۰ درصد در طی ۳ سال (۱۳)، ۴۵-۵۳ درصد در طی ۲/۵ سال (۸) کل موارد بستری روان‌پزشکی را به خود اختصاص داده است.

مراجعات مجدد بیماران و بستری مجدد این بیماران سبب اشغال تخت‌های بیمارستانی شده و هزینه‌های بیمارستانی را برای بیمارستان‌ها و بیماران افزایش می‌دهد (۱۷). هزینه‌های ناشی از خدمات روان‌پزشکی را می‌توان از راه‌های کاهش موارد بستری مجدد به علت عود و کاهش طول مدت بستری در هر نوبت کاهش داد. حدود نیمی از موارد بستری در بخش‌های روان‌پزشکی را بستری‌های مجدد تشکیل می‌دهد. بیشتر بستری مجدد‌های قابل‌پیشگیری در ماه اول پس از ترخیص اتفاق می‌افتد (۸، ۱۸).

احتمال بستری مجدد افرادی که پس از ترخیص از بیمارستان جهت ویزیت مراجعه نمی‌کنند، ۲ برابر بیمارانی ذکر شده است که توسط روان‌پزشکان به‌صورت سرپایی ویزیت می‌شوند (۱۹). قطع درمان یکی از مشکلات اساسی در این بیماران است که باعث عود مکرر، بستری مجدد و افت عملکرد آن‌ها می‌شود (۷). رعایت منظم دستورات جهت کاستن از دفعات عود علائم و نشانه‌های این اختلال تحت تأثیر متغیرهایی از جمله خانواده به‌عنوان یکی از متغیرهای بسیار مهم قرار دارد (۲۰). سیستم حمایتی خانواده می‌تواند در سراسر روند درمان مفید و در شناخت علائم عود و جلوگیری از بروز افسردگی کمک‌کننده باشد (۲۱) در این راستا آگاهی خانواده در زمینه روند درمان مهم خواهد بود (۲۰).

خانواده آگاه می‌تواند فعالانه درگیر برنامه ترخیص و تنظیم اهداف پیگیری درمان شود. از طرفی نگرش خانواده‌های بیماران روانی در ارتباط با درمان، نقش محوری در تصمیم‌گیری و پیگیری درمان دارد (۲۰) چراکه نگرش شالوده دانش افراد را در تعامل با دیگران فراهم می‌سازد (۲۲) به‌بیان دیگر آگاهی و نگرش مناسب خانواده نسبت به درمان می‌تواند به مداخله‌های مثبت خانواده کمک نموده و از طریق آن از شمار پذیرش، طول مدت بستری و شدت علائم بیماری کاسته و سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار را افزایش دهد (۲۳). مراقبت بر اساس یک مدل پرستاری موجب کمک به بررسی وضعیت بیماران، برقراری ارتباط مفید و معنی‌دار بین بیماران و پرستاران، تعیین اهداف مراقبتی، بهبود کیفیت مراقبت، راهنمایی و شفاف‌سازی فعالیت‌ها می‌شود (۱۳).

و غیرعمدی از لحاظ شاخص سال‌های تعدیل‌شده عمر در اثر ناتوانی^۱ بزرگ‌ترین، مشکل سلامت در ایران است (۳). در جهان طبق برآوردهای انجام‌شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان تبدیل شود (۲، ۴). علاوه بر این، بر اساس پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰ میلادی «اختلال افسردگی اساسی»، رتبه نخست بار بیماری‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و رتبه دوم در کشورهای درحال توسعه را پس از بیماری ایدز از آن خود خواهد کرد (۴).

در کشور ایران شیوع افسردگی در میان جمعیت‌های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد، متغیر بوده و در مقایسه، میزان شیوع افسردگی در ایران نسبت به سایر کشورهای جهان با این میزان بالاست (۴، ۵). اختلال افسردگی اساسی یک بیماری عودکننده بوده، به‌طوری که ۶۰-۴۰ درصد افرادی که بار اول مبتلا شده‌اند، در معرض ابتلا مجدد قرار دارند. میزان عود پس از هر دوره افسردگی بعد از یک سال بهبودی ۶۵-۱۹ درصد است و به‌طور متوسط هر بیمار افسرده ۳ تا ۴ دوره افسردگی را در طول عمر خود تجربه می‌کند (۶). اختلال افسردگی اساسی عمدتاً مزمن بوده و بیماران خیلی از اوقات دچار عود می‌شوند. حدود ۲۵ درصد از بیماران در عرض شش ماه پس از ترخیص از بیمارستان دچار عود می‌شوند به‌طوری که این عود در حدود سی تا ۵۰ درصد از آن‌ها در عرض دو سال اول و حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد از آن‌ها در عرض پنج سال اول پس از ترخیص از بیمارستان اتفاق می‌افتد (۱).

عود بیماری افسردگی برای بیمار و خانواده بسیار پرتنش بوده و هزینه‌های بسیار زیادی جهت درمان دارویی، از کارافتادگی و یا بستری بیماران ایجاد می‌کند و منجر به بستری مجدد بیماران می‌شود (۷). بیمارانی که بستری مجدد می‌شوند، نسبت به دیگر بیماران مدت‌زمان بیشتری در بیمارستان اقامت خواهند داشت (۸). بستری مجدد زمانی رخ می‌دهد که نشانه‌های بیماری فرد در منزل با شکست روبرو شود (۹). بستری مجدد در بخش‌های روان‌پزشکی برای خود بیماران و خانواده‌هایشان ناخوشایند است و باعث تحمیل آزار بیشتر به بستگان بیماران می‌گردد (۱۰).

بستری مجدد^۲ به معنی بستری شدن در همان موسسه درمانی با همان تشخیص اولیه در طی یک دوره زمانی نامشخص است (۱۱). بستری مجدد در مطالعات مختلف تعاریف متفاوتی داشته است بستری بیش از یک‌بار در طی ۹۰ روز (۱۲) بستری بیش از یک‌بار طی ۳ سال (۱۳)، بستری ۳ بار یا بیشتر در طی ۳۰ ماه (۱۴) بستری بیش از یک‌بار در طی ۶ ماه (۱۵) بستری ۳ بار یا بیشتر در طی ۲/۵ سال (۸) همگی به‌عنوان بستری مجدد تعریف شده‌اند.

²Readmission¹ Disability Adjusted Life Years DALYs

مدل مراقبتی "پایداری تطابقی"^۱ مدلی است که توسط رادفر و همکاران طی ۲ سال طراحی و ابداع شده است که در بیماران با اختلالات افسردگی موردبررسی و ارزیابی قرار گرفت. هدف نهایی این مدل، کمک به خانواده بیماران افسرده جهت پایداری تطابقی و رسیدن به حداکثر سازگاری با کمترین آسیب به بیمار و خانواده می‌باشد.

این مدل دارای چهار مرحله کشف موقعیت خانواده، حساسیت‌زدایی، تشریک‌مسابی و پایش مستمر است. در این مدل خانواده مددجو به‌عنوان عامل مدل پایداری تطابقی بوده و با تغییر در نگرش خانواده و ایجاد انگیزه، مراقبت و انجام مداخلات شناختی- رفتاری- حمایتی- عاطفی وابسته به فرهنگ توسط خانواده و روان پرستار خانواده و پایش مستمر می‌توان میزان سازگاری خانواده با بیمار و بیماری افسردگی را افزایش داد (۲۴).

با توجه به میزان بالای بستری مجدد این بیماران، تأثیرات منفی اقتصادی، اجتماعی و انسانی بستری آن‌ها بر خانواده بیماران، بیمارستان‌ها، جامعه و دولت لزوم به‌کارگیری مدلی متناسب با وضعیت این بیماران کاملاً محسوس و ضروری به نظر می‌رسد. در این مطالعه تأثیر مدل مراقبتی پایداری تطابقی بر بستری مجدد بیماران افسرده مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی ارومیه در سال ۹۴-۹۳ موردبررسی قرار گرفت.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع تجربی بوده است که باهدف تعیین تأثیر مدل پایداری تطابقی بر بستری مجدد بیماران افسرده انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ بودند. معیارهای ورود شامل سابقه بستری یک بار، تمایل به همکاری در پژوهش، تشخیص قطعی افسردگی ثبت‌شده در پرونده بیمار، سکونت در شهر ارومیه و شهرستان، سن ۲۰ تا ۵۵ سال، مراجعه به مرکز روان‌پزشکی همراه با مراقب خانگی، نداشتن مشکل جسمی یا معلولیت، آشنایی به زبان ترکی و فارسی و عدم اعتیاد به مواد مخدر به‌جز سیگار بود و معیارهای خروج شامل اعتیاد به مواد مخدر و الکل بعد از ورود به مطالعه و اختلال شناختی بود.

بیمارانی که دارای معیارهای ورد بودند به‌طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل جای گرفتند، مجموع نمونه‌های پژوهش در دو گروه شامل ۱۰۰ بیمار افسرده بود، که تعداد ۶ نفر از آن‌ها به علت عدم رضایت خانواده برای ادامه شرکت در پژوهش کنار گذاشته

شدند و در مجموع ۹۴ بیمار بررسی شدند که به‌طور تصادفی ۴۷ نفر در گروه آزمون و ۴۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

مدل پایداری تطابقی که مدل مراقبتی بومی ایرانی است، مراحل مختلفی دارد که با پیوستگی برای بیماران گروه آزمون به اجرا درآمد:

۱- کشف موقعیت خانواده: در این مرحله بر طبق مدل پایداری تطابقی، توسط پژوهشگر با حضور خانواده بیمار آشناسازی و تبیین مراحل مدل پایداری تطابقی و بیان انتظارات یکدیگر و ترغیب به ادامه ماندن در مطالعه بر روی خانواده برگزار شد. بررسی وضعیت دموگرافیک خانواده و استرسورهای خانواده طی یک پرسشنامه دموگرافیک گردآوری شد که شامل دو قسمت بود قسمت اول این بخش پرسشنامه دارای ۱۱ سؤال در مورد مشخصات جمعیت شناختی واحد پژوهش (شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، محل درآمد، وضعیت پوشش بیمه‌ای (دارد، ندارد)، محل سکونت (شخصی، خانواده)، تشخیص بیماری (افسردگی، افسردگی اساسی)، نوع خانواده (هسته‌ای، گسترده) و شغل بود. بخش دوم شامل پرسشنامه متشکل از ۴ سؤال شامل مشارکت خانواده در مراقبت (مشارکت کامل، متوسط و عدم مشارکت)، تعداد روزهای بستری بیمار در بخش بستری، هزینه بستری مجدد، بستری در طول ۶ ماه و تاریخ بستری مجدد می‌باشد. در این مرحله اطلاعات خانواده در مورد بیماری افسردگی بررسی و روش‌های درمان این بیماری ازجمله دارودرمانی و الکتروشوک به‌عنوان یکی از کوتاه‌ترین و مطمئن‌ترین روش‌های درمانی توضیح داده شد این جلسه ۶۰-۳۰ دقیقه طول کشید و در پایان جلسه پژوهشگر شماره تلفن خود را جهت برقراری ارتباط در اختیار خانواده بیمار قرار داد.

۲- در مرحله حساسیت‌زدایی بر طبق مدل پایداری تطابقی در خانواده با تغییر در نگرش خانواده نسبت به بیمار و بیماری افسردگی و ایجاد انگیزه کافی برای ادامه و رعایت رژیم درمان تلاش می‌شود که شامل سه مرحله است.

الف- ذوب کردن: در این مرحله محقق با آگاهی دادن به خانواده باورهای قبلی آن‌ها در مورد افسردگی و نحوه درمان را از حالت اصول و قوانین ثابت به‌صورت شناور درآورده و خانواده را آماده‌ی دریافت نگرش‌های جدید می‌نمود. توضیح و توجیه ماهیت بیماری افسردگی در حد درک خانواده بیماران که این بیماری قابل‌درمان و کنترل است به‌شرط این‌که مشارکت سازنده در درمان بیماری افسردگی داشته باشید.

¹ Adaptive Sustainability

می‌شد و ضمن برقراری ارتباط با بیمار از وضعیت بیمار سؤال می‌شد و در مورد عوارض دارویی و تعامل با خانواده صحبت می‌شد. در طول ۶ ماه بعد از مداخله فراوانی بستری مجدد بیماران مورد بررسی قرار گرفت برای گروه کنترل مداخلات روتین از جمله تأکید بر انجام ویزیت‌های ماهانه انجام شد. معیارهای ارزیابی جهت تأثیر پایداری تطابقی شامل دفعات بستری شدن در بیمارستان و دفعات عود بیماری بوده است. همچنین ارزیابی گروه کنترل همانند گروه آزمون انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تی مستقل و کای دو استفاده شد ملاحظاتی اخلاقی صورت گرفته در این پژوهش شامل: اخذ مجوز از مسئولین بیمارستان، اخذ رضایت‌نامه کتبی از خانواده و خود بیمار در صورت تأیید روان‌پزشک به‌طور مجزا بوده است. ضمناً کدهای ۲۶ گانه کمیته اخلاق در پژوهش کشوری رعایت گردید (UMSU.rec.1394/47) در ضمن خانواده‌ها و مددجویان این آزادی را داشتند که هر موقع تمایل داشتند از تحقیق خارج شوند به‌طوری‌که از ۱۰۰ نمونه بررسی‌شده ۶ مورد به همین علت از پژوهش خارج شدند و تحقیق با ۹۴ نمونه ادامه یافت.

یافته‌ها

مهم‌ترین یافته‌های پژوهش به شرح ذیل می‌باشد: میانگین سن مددجویان در دو گروه ۳۵ سال بود، آزمون تی، بین میانگین‌های سنی مددجویان دو گروه رابطه معنی‌دار آماری نشان نداد بدین معنی که دو گروه از این جهت همسان می‌باشند ($p=0/224$).

از نظر وضعیت تأهل ۲۹ (۶۱/۷) نفر از بیماران گروه کنترل متأهل و ۱۸ (۳۸/۳) نفر مجرد و ۲۶ (۵۵/۳) نفر از بیماران گروه آزمون متأهل و ۲۱ (۴۴/۷) نفر مجرد بودند بر اساس نتایج آزمون کای دو از نظر وضعیت تأهل بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نگردید ($p=0/094$).

با توجه به جدول شماره ۱ میانگین مدت اقامت بیماران در بیمارستان در گروه آزمون برابر با $(21/55 \pm 8/113)$ و در گروه کنترل $(13/129 \pm 28/89)$ می‌باشد، نتایج آزمون تی مستقل گروه‌های آزمون و کنترل نشان می‌دهد که مدت‌زمان بستری بیماران در بیمارستان بر بستری مجدد بیماران تأثیر دارد ($p=0/002$) (جدول ۱).

در این مطالعه خطر بستری مجدد برای گروه آزمون ۱۰/۶ درصد و برای گروه کنترل ۲۵/۵ درصد می‌باشد. خطر نسبی بستری مجدد در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل $R.R = \frac{10/6}{27/7} = 0/38$ و با حدود اطمینان ۰/۹۵ و ۰/۹۹ (۰/۱۵) که ارتباط آماری معنی‌دار را نشان می‌دهد ($P=0/036$). به‌طوری‌که کاهش معنی‌داری در نرخ بستری مجدد در گروه آزمون مشاهده گردید به‌عبارت‌دیگر اجرای

ب- مرحله تغییر: در این مرحله نگرش خانواده‌ها اصلاح‌شده و به این باور می‌رسند که می‌توانند خود را با موقعیت پیش‌آمده تطبیق داده و نظم جدیدی در زندگی خود ایجاد کنند که به خانواده‌ها توضیح داده شد درمان بیماران خود را پیگیری نمایند.

ج- مرحله انجماد: در این مرحله خانواده نگرش جدید به ماهیت بیماری افسردگی پیدا کرده و این نگرش منجمد می‌شود تا به جزئی از شخصیت اعضای خانواده تبدیل شود خانواده این بیماری را یک انگ اجتماعی نمی‌داند و نگرش خانواده نسبت به بیماری عوض شده است و ویزیت‌های منظم ماهانه انجام می‌شود و در رعایت رژیم دارویی بیمار همکاری وجود دارد.

جهت رسیدن به اهداف این مرحله و اصلاح نگرش خانواده، ابتدا در یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مورد بیماری افسردگی، ماهیت آن و قابل‌کنترل بودن بیماری در صورت رعایت رژیم‌درمانی به خانواده بیماران توضیح داده شد و سپس به سؤالات طرح‌شده توسط خانواده پاسخ داده شد. این روند و ایجاد نگرش مطلوب به بیماری در طول مطالعه برحسب نیاز ادامه پیدا کرد.

۳- تشریک‌مساعی: در مرحله سوم در راستای جلب مشارکت خانواده در امر مراقبت از بیمار اقدام شد محقق خانواده را جهت مراقبت از بیمار بعد از ترخیص آماده کرد برای این منظور محقق از زمان پذیرش بیمار در بیمارستان و تمام جلسات برگزارشده به مدت طرح اشاره می‌کرد و به خانواده بیمار در خصوص نحوه برقراری ارتباط با بیمار، نحوه مراقبت از بیمار در منزل برحسب چهار مرحله بحران، حاد، حفظ سلامتی، ارتقای سلامتی مشاوره می‌داد و معیار تشخیص هر مرحله (بحران، حاد، حفظ سلامتی و ارتقای سلامتی)، مراحل درمان، هدف، مداخلات و نتایج قابل‌انتظار به خانواده توضیح و آموزش داده شد. ضمن این‌که به خانواده یادآوری گردید که در تمام مراحل طبق توافق قبلی در صورت نیاز به کمک، از طریق شماره تلفنی که قبلاً در اختیار آن‌ها گذاشته شده بود با محقق تماس بگیرد.

۴- در مرحله چهارم که به‌عنوان گام نهایی مطرح است خانواده به‌طور مستمر مورد پایش قرار گرفت برای این منظور محقق در ماه اول بعد از ترخیص هفته‌ای یک بار به‌طور تلفنی با خانواده ارتباط برقرار کرد و در جریان مراقبت از بیمار قرار گرفت در صورتی‌که از وقت مراجعه روان‌پزشک گذشته شده بود جهت حضور در درمانگاه همکاری شد. در این ارتباطات تبعیت از رژیم‌درمانی، مراجعه منظم به روان‌پزشک و مشکلات احتمالی موجود مورد پایش و در صورت لزوم مورد مداخله قرار گرفت تماس با خانواده بیمار از ماه دوم به بعد دو هفته یک بار صورت گرفت در ضمن، ملاقات حضوری نیز هرمه‌ها هنگام مراجعه ماهانه به درمانگاه اعصاب در بیمارستان انجام

مدل پایداری تطابقی بر کاهش بستری مجدد بیماران افسرده مؤثر است. (جدول ۲).

جدول (۱): مقایسه میانگین مدت اقامت بیماران در بیمارستان در دو گروه آزمون و کنترل

p-value	خطای انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	متغیر
				گروه‌ها
۰/۰۰۲	۱/۱۸۳	۸/۱۱۳	۲۱/۵۵	گروه آزمون
	۱/۹۱۵	۱۳/۱۲۹	۲۸/۸۹	گروه کنترل

جدول (۲): مقایسه میانگین بستری مجدد در دو گروه آزمون و کنترل بعد از اجرای الگوی مراقبتی پایداری تطابقی

فاصله اطمینان ۹۵٪	Relative Risk	p-value	کای دو	جمع سطری	تعداد و بستری مجدد در طول ۶ ماه				گروه‌ها	
					دارد	درصد	ندارد	درصد		
کران بالا	کران پایین									
۰/۱۴۹	۰/۹۹۳	۰/۳۸۵	۰/۰۳۶	۴/۳۹۸	۱۰۰	۸۹/۴	۴۲	۱۰/۶	۵	گروه آزمون
					۱۰۰	۷۲/۳	۳۴	۲۷/۷	۱۳	گروه کنترل

بحث

باشد احتمال بستری مجدد این بیماران بیشتر است ($p=0/002$) (جدول شماره ۱). همچنین در این پژوهش از مجموع ۱۸ نفری که بستری مجدد شده بودند تعداد ۴ نفر از بیماران در ماه اول بستری شده بودند و بقیه در ماه‌های بعد بستری شده‌اند و این مورد نیز منطبق بر نتایج مطالعات محمد عرب و همکاران در مورد بررسی علل بستری مجدد بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که در این مطالعه بر تأثیر مدت اقامت بیماران بر بستری مجدد اشاره شده بود (۱۷).

در این زمینه آقای اندرسن^۲ معتقد است که رابطه نزدیکی بین طول اقامت بیماران در نوبت‌های قبلی و مراجعه مجدد بیماران وجود دارد و هرچه طول اقامت در نوبت اول و نوبت‌های بعدی بیشتر باشد عامل خطری برای بستری مجدد می‌باشد بیمارانی که در بستری‌های قبلی خود طول اقامت بیشتری نسبت به حد نرمال داشته‌اند در معرض بستری مجدد بوده و این مسئله در طی ماه اول پس از ترخیص درصد بالایی را نشان می‌دهد (۱۷).

بررسی عوامل مؤثر بر بستری مجدد در بیماران افسرده حاکی از این بود که عدم مشارکت خانواده در روند درمان، پیگیری و بعد از ترخیص می‌تواند از عوامل اثرگذار بر بستری مجدد باشد که این مورد ناشی از عدم نگرش مثبت خانواده‌ها نسبت به بیماری افسردگی می‌باشد. نگرش خانواده‌های بیماران روانی در ارتباط با درمان، نقش محوری در تصمیم‌گیری و پیگیری درمان دارد. چراکه نگرش شالوده دانش افراد را در تعامل با دیگران فراهم می‌سازد

افسردگی^۱ یکی از بیماری‌های شایع روانی است که با دوره‌های طولانی مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است (۱) اختلال افسردگی اساسی در زمینه بالینی از بیماری‌های عود کننده است، به طوری که ۶۰-۴۰ درصد افرادی که یک دوره را پشت سر گذاشته‌اند در معرض ابتلا مجدد قرار دارند. میزان عود پس از هر دوره افسردگی بعد از یک سال بهبودی ۶۵-۱۹ درصد است و به طور متوسط هر بیمار افسرده ۳ تا ۴ دوره افسردگی را در طول عمر خود تجربه می‌کند (۶).

این مطالعه به منظور تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبتی بر اساس مدل مراقبتی پایداری تطابقی بر بستری مجدد بیماران افسرده مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه انجام گرفت و همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد فرضیه پژوهش تأیید گردید بدین معنی که مدل مراقبتی پایداری تطابقی می‌تواند از عود و بستری مجدد بیماران افسرده پیشگیری نماید لذا سازگاری خانواده با بیمار و بیماری افسردگی، حساسیت‌زدایی نسبت به بیماری، مشارکت خانواده در مراقبت‌ها و استمرار این مراقبت‌ها پس از ترخیص از بیمارستان نکات کلیدی در کاهش بستری مجدد بیماران افسرده می‌باشد.

یکی از دلایل بستری مجدد مدت‌زمان بستری بیمار در بیمارستان می‌باشد در این مطالعه میانگین اقامت بیماران در گروه آزمون ۲۱/۵۵ و در گروه کنترل برابر ۲۸/۲۶ بود در واقع نتایج این پژوهش نشان داد هرچه مدت بستری بیماران در بیمارستان بیشتر

² Anderson¹ Depression

به بیان دیگر آگاهی و نگرش مناسب خانواده نسبت به درمان می تواند به مداخله های مثبت خانواده کمک نموده و از طریق آن از شمار پذیرش، طول مدت بستری و شدت علائم بیماری کاسته و سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار را افزایش دهد.

تشخیص مرحله درمان و مراقبت خانواده همراه با جلب مشارکت آن ها در هر یک از مراحل درمان می تواند نقش به سزایی در فرایند درمان بیماران داشته باشد. مشارکت خانواده ها در چهار مرحله درمان (بحران، حاد، حفظ سلامتی، ارتقای سلامتی) در پیشگیری از عود و بستری مجدد مؤثر است.

مشارکت خانواده در شرایط بحرانی بیمار که با حملات تهاجمی در بیمار افسرده و تنش در خانواده مشخص می شود و هدف در این مرحله آرام نمودن بیمار افسرده و ایجاد ثبات در خانواده است مهار بیمار، مدیریت محیط و اطمینان دادن به اعضای خانواده از مداخلات روان پرستار و خانواده در این مرحله می باشد که نتیجه قابل انتظار آن آرامش خانواده و بیمار بدون صدمه بود.

در مرحله حاد بروز علائم و انحراف خانواده از نظم عادی زندگی معیار تشخیص می باشد و هدف در این مرحله تخفیف علائم افسردگی و ادامه روند عادی زندگی می باشد مداخلات روان پرستار انجام روش های درمان و آموزش خانواده می باشد و ارجاع بیمار افسرده به مراکز درمانی از طریق ۱۱۵ و اورژانس ۱۲۳ از مداخلات خانواده می باشد که در نهایت منجر به تخفیف علائم و برگشت خانواده به زندگی عادی می باشد.

در مرحله حفظ سلامتی که علائم بیماری تخفیف یافته است هدف بهبودی و پیشگیری از عود بیماری می باشد و نقش روان پرستار آموزش به خانواده بوده و نقش خانواده نیز رفتار مناسب و درمانی با بیمار و تعادل در مدیریت بیمار با سایر اعضای خانواده می باشد.

در مرحله ارتقای سلامتی که نقطه مطلوب مرحله درمان است، خانواده به نظم جدید زندگی رسیده است و هدف در این مرحله رسیدن به بهترین حد سلامتی در بیمار و خانواده است و روان پرستار برای آموزش خانواده مداخله می کند و خانواده نیز باید از تمام منابع موجود و در دسترس استفاده کند تا به بهترین حد کیفیت زندگی برسد.

در تمام چهار مرحله فوق اعضای خانواده مشارکت حضوری داشتند و این مشارکت در نهایت منجر به کاهش بستری مجدد بیمار در مرکز درمانی می شود. استفاده از الگوی پایداری تطابقی میزان مشارکت خانواده ها را در مراقبت ها افزایش داده است که نتایج این مطالعه منطبق بر نتایج پژوهش سید علی طبائی و همکاران مبنی بر تأثیر آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مورد پیگیری درمان بود (۲۰).

در این مطالعه همچنین وقتی در جلساتی که با خانواده و سایر همراهان برگزار می شد و خانواده با بیماری، نحوه درمان و لزوم پیگیری درمان بعد از ترخیص با استفاده از الگوی مراقبتی پایداری تطابقی آشنا می شدند نگرش خانواده نسبت به بیماری و بیمار تغییر می کرد. با وجود مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار در گروه آزمون یک نمونه عود بیماری و بستری مجدد داشت که علت آن طلاق همسر بیمار بود چون بیمار دچار شکست عاطفی در ابراز علاقه به فرد مورد نظر خود شده بود. آزمون مجذور کای دو این تفاوت را از نظر آماری معنی دار نشان داد ($P=0/045$).

در این مطالعه همچنین نوع خانواده در میزان بستری مجدد تأثیری داشت به طوری که میزان بستری مجدد در خانواده های گسترده کم تر از خانواده های هسته ای است که این ناشی از تعداد افراد کم در خانواده های هسته ای است و با توجه به این که امروزه ترکیب جمعیتی خانواده ها از نوع هسته ای است زندگی خانواده های دارای بیماران روانی در یک ساختمان با طبقات مجزا جهت مراقبت از این بیماران و شرکت در برنامه های درمان می تواند عود و بستری مجدد بیماران افسرده را کاهش دهد و در خانواده های گسترده وجود تعداد مراقب بیشتر می تواند دلیل این مورد باشد ($P=0/007$).

در این مطالعه مدل پایداری تطابقی منطبق بر مراحل درمان بیماران در بیمارستان ارائه گردید که لازم است توضیح کوتاه داده شود. اجرای مدل پایداری تطابقی می تواند از لحظه بستری بیمار در بیمارستان شروع شده و نهایتاً با ترخیص از بیمارستان قطع نشده بلکه می تواند ادامه یابد که مرحله پیش مستمر می تواند از طریق سازمان بهزیستی و دفاتر مشاوره و خدمات پرستاری در منزل و یا خود بیمارستان روان پزشکی ادامه یابد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده الگوی مراقبتی پایداری تطابقی در کاهش بستری مجدد بیماران افسرده مراجعه کننده به مرکز رازی مؤثر بوده است، لذا با توجه به افزایش روزافزون تعداد مبتلایان به بیماری افسرده در سال های آینده با توجه به پیش بینی سازمان بهداشت جهانی و افزایش دفعات عود و بستری مجدد این بیماران، الگوی مراقبتی پایداری تطابقی می تواند به عنوان یک روش غیر دارویی به پرسنل درمانی و مراقبان بیمار آموزش داده شود تا بتوانند به عنوان یک الگوی مراقبتی برای افزایش مشارکت خانواده بیماران در درمان و پیگیری بعد از ترخیص استفاده کنند تا بدین وسیله از تحمیل هزینه های بستری مجدد به خانواده بیماران افسرده و سیستم درمانی جلوگیری کنند زیرا با شناسایی استرسورها و بررسی وضعیت دموگرافیک خانواده ها می توان برای حساسیت زدایی در خانواده بیماران اقداماتی انجام داد و مشارکت

از محدودیت و مشکلات این پژوهش عدم توافق اعضای خانواده برای شرکت در این پژوهش بود به طوری که وقتی با یکی از اعضای خانواده در موقع بستری جهت شرکت در طرح توافق می‌شد اعضای دیگر خانواده مایل به ادامه همکاری نبودند و از پژوهش انصراف می‌دادند و این کار باعث طولانی شدن نمونه‌گیری می‌شد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این طرح در مورد سایر بیماری‌ها انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. پژوهشگران بر خود وظیفه می‌دانند که از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مسؤولین و پرسنل محترم مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی و خانواده‌های بیماران که بدون همکاری و مساعدت آن‌ها انجام این تحقیق ممکن نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی بنمایند.

آن‌ها را برای شرکت در مراحل درمان این بیماران با آموزش مراحل درمان افزایش داده و با پیگیری‌های انجام‌شده، خانواده را نسبت به ادامه همکاری با پرسنل درمانی ترغیب نمود لذا پیشنهاد می‌گردد با توجه به کمبود تخت روان در کشور و تحمیل هزینه سنگین بستری مجدد بر خانواده و سیستم درمانی و تکراری بودن بستری‌ها با اجرای مدل پایداری تطابقی در بیمارستان‌ها با محوریت واحدهای آموزش سلامت تا حدی مشکل کمبود تخت را حل نمایند. یکی از مشکلات طرح وابسته شدن بیمار و خانواده به پژوهشگر که در بیماران روانی شایع است برای حل این مشکل از روز اول به بیمار و خانواده گفته شد که این یک طرح شش‌ماهه است تا خانواده و بیمار به محقق وابسته نشوند. از دیگر محدودیت‌های طرح بی‌سواد یا کم‌سواد بودن تعدادی از شرکت‌کنندگان بود، برای غلبه بر این موضوع محقق خود با نظارت کامل پرسشنامه دموگرافیک را از طریق مصاحبه تکمیل نمود.

References:

- Kaplan, & Sadock. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 12th Ed. 2015.
- Amiriy Barmakohi A. Training life skills for decreasing depression. J Iran Psychol 2009;5(20): 297-306.
- Naghavi M, Lakeh MM, Jafari N, Vaseghi S. The burden of disease and injury in Iran. Population Health Metrics 2009;7(1): 9.
- Noorbala AA, Damari B, Riazi S. Lifestyle modifications in the prevention of common mental disorders, especially depressive disorders. Daneshvar Med 2014;22(113): 1-12.
- Montazeri A, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression In Iran: A Systematic Review of The Literature (2000-2010). Payesh 2014;12(6): 567-94.
- Tamanaei-Far S, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A. Relationship between Comorbidity of Cluster Personality Disorders with Major Depression Disorder and Depression Relapse. J Rehabil 2008;9(3,4): 57-62.
- SHamsaei F, Cheraghi F, Galeiha A. Effects of home psychiatric nursing care in treatment of schizophrenic patients. J Ilam Univ Med Sci 2007;15(2): 8-32.
- Fisher S, Stevens R. subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. Psychiatric Ser 1999;50(2): 244-7.
- Timms J, Parker VG, Fallat E, Johnson W. Documentation of Characteristics of Early Hospital Readmission of Elderly Patients: A Challenge for Inservice Educator. J Nurs Staff Develop 2002;18(3): 136-43.
- Osteman M. Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. J Psychiatric Mental Health Nurs 2004;11(5): 608-13.
- Hekmatpou D, Ahmadi F, Arefi S. Barriers of readmission control among patients with congestive heart failure: A qualitative study. J Arak Univ Med Sci 2009;11(4): 49-58.
- Lana F, Martin M, Vinu J. variability in psychiatric medical practice evaluated by studying short-term psychiatric rehospitalization. Actas Espanolas de Psiquiatria 2003;32(6): 340-5.

13. Rothbard S, Aileen B, Kuno E, Arie P, Trevor R, Roland T. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999;156(6): 920-7.
14. Heider K, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer M. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patient. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2004;39(9): 51.
15. Neighbors H, Trierweiler S, Munday C, Thompson E, Jackson J, Binion V, et al. Psychiatric diagnosis of African Americans: diagnostic divergence in clinician-structured and semistructured interviewing conditions. *J National Med Assoc* 1999;91(11): 601.
16. Bobo W, Hoge C, Messina M, Pavlovic F, Levandowski D, Grieger T. Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital. *Military Med* 2004;169(8): 648-53.
17. Arab M, Eskandari Z, Rahimi A, Pour Reza A, Dargahi H. Reasons for patients' readmission in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *J Hospital* 2011;34(1,2): 43-55.
18. Benbassat J, Taragin M. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care Advantages and Limitations. *Jama Int Med* 2000;160(8): 1074-81.
19. Pages K, Russo J, Wingerson D, Ries R, Roy-Byrne P, Cowley D. Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatric Serv* 1998;49(9): 1187-92.
20. Tabaei A, Mahmoudi H, Baghaei M, Kazemnejad E. Knowledge and attitude of families with major depression patient referring to SHafa hospital in Rasht regarding treatment follow up. *J Nur Midwifery Fac Guilan Med Univ* 2011;230(64): 40-6.
21. Brain P, Kennedy W, Bollard K. *Psychiatric Mental Health Nursing. An Introduction To Theory And Practice*. Boston: Jonet And Bartle; 2008.
22. Derakhshan Nia F. Survey of peoples attitudes to guardianship of runaway girls. *J Soc Work* 2004;12,13(3): 10-23.
23. Namdar H, Ebrahimi H, Yazdani M, Safaeian A. Non-compliance with Medication Regimens in Patients with Schizophrenia. *Iran Psychiatry Clin Psychol* 2006;11(4): 463-6.
24. Radfar M. Exploration the process of adaptation in the family of depressed patients and presenting the caring model for family. Tehran: Tarbiat Modares University; 2013.

"ADAPTIVE SUSTAINABILITY" MODEL: A NEW APPROACH TO REDUCE READMISSION IN DEPRESSED PATIENTS

Esazadeh Naser¹, Radfar Moulud*², KHalhali Hamidreza³

Received: 17 Apr, 2016; Accepted: 26 June, 2016

Abstract

Background & Aims: Depression is a common disorder with symptoms like reduced energy and interest, feelings of guilt, difficulty in concentrating, loss of appetite, and thoughts of death and suicide. A problem in the treatment of depressed patients is re-admission. The goal of this study is to evaluate the effect of "adaptive sustainability" as a caring model on the readmission of depressed patients referred to Razi Academic Hospital in Urmia 2015.

Materials & Methods: This experimental study, after the intervention, was conducted on 100 of the depressed patients whom were randomly divided into two groups: control (n = 50) and intervention (n=50). For the intervention group, 4 staged adaptive model of sustainability-demographic status of the family, desensitization, collaboration and continuous monitoring- was conducted during 6 months while standard care was carried out for the control group. The two groups were compared based on readmissions within 6 months. To analyze the data, independent t test and chi-square tests were used.

Results: The results showed that during the 6 months implementation of sustainability model, 5 out of 47 patients in the intervention group readmitted while 13 out of 47 patients readmitted in the control group (p<0/05).

Conclusion: Implementation of adaptive sustainability model of care of depressed patients had a positive impact on reducing readmissions. Therefore, we recommend that this model should be implemented by health care providers to reduce readmissions of depressed patients.

Keywords: Depression, Model, Adaptive sustainability, Re-admission, Care

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Nazloo Campus, Serow Road

Tell: +989144466190

Email: mradfar1343@gmail.

¹ Nursing MSc student, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Nursing Department, PhD of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, school of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran