Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN) Original Article

Summer 2018, Volume 4, Issue 4 DOI: 10.21859/ijrn-04048

A Qualitative Study on Attitude toward Hospitalization in Schizophrenics and the Community Re-entry Program Effectiveness on It: An Interpretative Phenomenological Analysis

Davood Arab Ghahestany [1], Faramarz Sohrabi [2,*], Ahmad Borjali [3], Ali Delavar [4], Omid Rezaei [5]

[1] PhD Student in Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

[2] Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

[3] Associate Professor of Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

[4] Professor of Assessment and Measurement, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

[5] Associate Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*** Corresponding author:** Faramarz Sohrabi, Professor, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: sohrabi@atu.ac.ir

Received: 12 Jun 2018 **Accepted:** 26 Aug 2018

Abstract

Introduction: Since non-compliance is one of the challenges faced by clinicians working with schizophrenics, and given that the attitude toward treatment is one of critical factors responsible for this non-compliance, it is essential to study this phenomenon and its possible contributing factors. For this reason, this research was designed and conducted to investigate attitude toward hospitalization in these patients.

Methods: This was a qualitative research conducted using Interpretational Phenomenological Analysis (IPA). The sample was selected using purposive sampling method and all schizophrenic patients who were admitted in acute units of Tehran's Raazi Psychiatric Center during year 2018 1st quarter and had participated in a research that examined the effectiveness of the Community Re-entry Program were selected for semi-structured interviews. The sample was comprised of two groups. The validity and reliability of this qualitative research was based on three axes of applicability, stability, and reality basing.

Results: The findings from the analysis of the content of patient interviews were summarized in 13 thematic clusters and 5 main themes including "environmental factors, unawareness, knowledge, factors related to self-esteem, and quality of life of patients during hospitalization" in the conventional psychiatric treatment group and 15 thematic clusters and 6 main themes including the above mentioned main themes along with another main theme called "treatment plans" in the Community Re-entry Program.

Conclusions: The factors such as environmental restrictions, individual knowledge and nonawareness, self-esteem threats, quality of life during hospitalization, and quality and quantity of treatment plans influenced patients attitude toward hospitalization experience. There was a qualitative difference between patients attitude in the two groups, while the attitude toward hospitalization in the Community Re-entry Program was more positive in general.

Keywords: Hospitalization, Schizophrenia, Attitude, Phenomenological Experience

© 2018 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
تابستان ۱۳۹۷، دوره ۴، شماره ۴
DOI: 10.21859/ijrn-04048

نگرش به بستری شدن در مبتلایان به اسکیزوفرنیا و بررسی کیفی تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر آن: مطالعه ای به روش تحلیل پدیدارشناختی تفسیری

داود عرب قهستانی [۱]، فرامز سهرابی [۲*]، احمد برجعلی [۳]، علی دلاور [۴]، امید رضائی [۵]

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[۲] استاد، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[۳] دانشیار، روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[۴] استاد، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[۵] دانشیار، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
* **نویسنده مسئول**: فرامز سهرابی، استاد، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل: sohrabi@atu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۲۲ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۰۶/۰۴

چکیده

مقدمه: از آنجا که عدم متابعت درمانی یکی از معضلات پیش روی متخصصان بالینی در درمان مبتلایان به اسکیزوفرنیا است و نظر به این که نگرش به درمان در شکل گیری این معضل نقشی محوری دارد، پرداختن به نگرش نسبت به درمان و عوامل احتمالی دخیل در آن ضروری به نظر می رسد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش به بستری شدن در مبتلایان به اسکیزوفرنیا انجام شد.

روش کار: این پژوهش به شیوه کیفی و با روش تحلیل پدیدارشناختی تفسیری انجام گرفت. نمونه پژوهش به روش هدفمند انتخاب شد و تمامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیایی که در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ در بخش های حاد مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی شهر تهران بستری شدند و در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع شرکت داشتند برای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انتخاب شدند که مشتمل بر دو گروه بودند. اعتبار و پایایی پژوهش کیفی حاضر بر سه محور کاربردی بودن، ثبات، و مبتنی بودن بر واقعیت، استوار بود.

یافته‌ها: یافته های حاصل از تحلیل محتوای مصاحبه های بیماران در گروه درمان روانپزشکی متعارف در قالب ۱۳ خوشه موضوعی و ۵ موضوع محوری شامل "عوامل محیطی، ناآگاهی ها، آگاهی ها، عوامل مرتبط با عزت نفس، و کیفیت زندگی بیماران در مدت اقامت در بیمارستان" و درگروه برنامه بازگشت به اجتماع در قالب ۱۵ خوشه موضوعی و ۶ موضوع محوری شامل موارد محوری فوق الذکر به انضمام یک موضوع محوری دیگر با عنوان "برنامه های درمانی" دسته بندی شد.

نتیجه گیری: این یافته‌ها که از پایان نامه می باشد نشان می دهد که عواملی نظیر محدودیت های محیطی، آگاهی ها و ناآگاهی های فردی، عوامل تهدید کننده عزت نفس، کیفیت زندگی در مدت اقامت در بیمارستان، و کمیت و کیفیت برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به تجربه بستری شدن تأثیرگذار بودند. میان نگرش بیماران در دو گروه مورد بررسی تفاوت کیفی وجود داشت ضمن آنکه نگرش نسبت به بستری شدن در بیماران گروه بازگشت به اجتماع در مجموع مثبت تر بود.

کلیدواژه‌ها: بستری شدن، اسکیزوفرنیا، نگرش، تجربه پدیدارشناختی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلالات طیف اسکیزوفرنیا از جمله اختلالات شدید روان پزشکی به شمار می روند که ماهیتی بسیار ناتوان کننده دارند. در این میان اسکیزوفرنیا شدیدترین اختلال این مجموعه است که بیشترین تخریب عملکردی و شناختی را در میان مبتلایان به همراه دارد و سایر اختلالات را می توان شکل خفیف تری از این اختلال تلقی کرد. اختلالات زیرمجموعه این طبقه تشخیصی خصوصاً اسکیزوفرنیا غالباً سبب می شوند مبتلایان بخش اعظم عمر خود را در بیمارستان های روان پزشکی سپری کنند یا به طور دائم در مراکز نگهداری بستری شوند [۱-۳]. این اختلالات به شدت بر مهارت های اجتماعی، شناخت و هوش، و مؤلفه های رفتاری مبتلایان تاثیر گذاشته و افت شدیدی را در این حوزه ها سبب می شوند که در نتیجه بیماران مبتلا قادر به حفظ عملکرد اجتماعی خود و برقراری روابط معنادار اجتماعی نبوده و به تدریج از اجتماع طرد می شوند ضمن آنکه قادر نیستند امورات فردی و پیگیری روند درمان خود را بدون نظارت و حمایتْ مدیریت کنند و همین مساله سبب تشدید انگ اجتماعی این اختلالات و طرد شدن هرچه بیشتر مبتلایان از جامعه می شود و در حقیقت چرخهٔ باطلی را شکل می دهد که روز به روز بر وخامت وضعیت بیمار می افزاید و بار بیشتری را بر دوش مراقبان، خانواده ها، و نهادهای متولی ارائه خدمات درمانی و حمایتی در جامعه قرار می دهد. قرار گرفتن این فشار مضاعف بر دوش کارکنان درمانی و مراقبان به تدریج سبب فرسودگی آنها و بروز تعاملات منفی میان آنها و بیماران می شود [۲, ۳] و همین نکته سبب می گردد این بیماران که به خودی خود فاقد بینش کافی در زمینه شناخت بیماری و ضرورت درمان هستند [۱] در مقام دفاع از عزت نفس خود برآمده و تمام تلاش شان را به عمل آورند که به دیگران ثابت کنند بیمار نیستند ضمن آنکه با این روش زمینه اجتناب از درمان نیز برایشان فراهم می گردد که به نوبه خود آنها را از برخوردهای منفی و بعضاً نامناسب کارکنان درمانی مصون می دارد. در این مسیر، نگرشی منفی نسبت به درمان به طور اعم و بستری شدن در بیمارستان که با انگ اجتماعی شدید و پذیرش نقش بیمار همراه است به طور اخص در بیماران شکل می گیرد که در کنار فقدان یا ضعف بینش، به عنوان مانع بزرگی در مسیر کنترل علائم و نشانه های بیماری عمل می کند و چرخه معیوبی را شکل می دهد که سبب وخامت بیماری و افزایش انگ اجتماعی بیماران می‌شود.

از سویی دیگر نگرش بیماران به درمان یکی از عوامل عمده تأثیرگذار بر میزان تبعیت درمانی آنهاست [۴, ۵] که نقش اصلی را در درمان این بیماران ایفا می کند و لازمه اثربخشی درمان و تداوم پیامدهای درمانی مثبت در این بیماران است. مبتلایان به اسکیزوفرنیا معمولاً از تبعیت درمانی ضعیفی برخوردارند [۲] و این یکی از معضلات درمان آنهاست. یکی از عوامل اصلی تأثیرگذار بر عدم متابعت درمانی این بیماران نگرش منفی آنها نسبت به درمان به طور عام [۵]و بستری شدن به طور خاص است؛ بنابراین، اگر بتوان این نگرش را تغییر داد گامی مهم در جهت ارتقای روند درمان برداشته شده است که زمینه را برای پذیرش ضرورت تحت درمان قرار گرفتن و در صورت لزوم، بستری شدن و نیز اعتماد به کادر درمانی و مراقبان مهیا می سازد که همگی از پیش نیازهای ضروری درمان بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی به شمار می روند. برای آنکه بتوان نگرش منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به بستری شدن را تغییر داد نخست باید وضعیت کلی و عوامل احتمالی تأثیرگذار بر آن را شناسایی و بررسی کرد.

با توجه به اینکه بر اساس بررسی های به عمل آمده از سوی پژوهشگران، تاکنون در ایران پژوهشی در زمینه بررسی تجربیات زیسته بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در رابطه با بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی صورت نگرفته است و در ادبیات پژوهشی موجود پژوهش‌ها بر نگرش خانواده های این بیماران و کارکنان درمانی و نه خود آنها متمرکز بوده است [۶, ۷] و نظر به اینکه تجربه پانزده ساله دو تن از پژوهشگران مطالعه حاضر در کار با این دسته از بیماران حکایت از آن داشت که هر گونه تعامل مثبت با آنها نگرش پدیدارشناختی شان را نسبت به مجموعه بیمارستان روانپزشکی و فرایندهای درمانی جاری در آن بهبود می بخشد و از اصرار ایشان برای ترخیص شدن زودهنگام می کاهد، لذا در این پژوهش پژوهشگران بر آن شدند که تجربیات زیسته یا به عبارتی نگرش پدیدارشناختی درباره بستری شدن را در دو گروه از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که یکی از آنها علاوه بر درمان روانپزشکی متعارف (که مجموعه‌ای از مداخلات درمانی مشتمل بر دارودرمانی برای کلیه بیماران، برخی درمان‌های غیردارویی برای معدودی از بیماران، و درمان‌های فیزیولوژیک نظیر درمان از طریق تشنج الکتریکی برای طیف به نسبت گسترده‌تری از بیماران را در برمی‌گیرد) در جلسات برنامه بازگشت به اجتماع (Community Reentry Program) نیز شرکت کرده بودند و دیگری فقط تحت درمان روانپزشکی متعارف قرار گرفته بودند به روش تحلیل پدیدارشناختی تفسیری (IPA: Interpretational Phenomenological Analysis) بررسی کنند.

روش کار

با توجه به اهمیت ادراکات و برداشت های پدیدارشناختی و ذهنی در شکل گیری نگرش پیرامون یک موضوع، این پژوهش به روش IPA انجام گرفت، روشی که هدف آن کنکاش دقیق و موشکافانه تجربیات شخصی و تجارب زیسته افراد و بررسی این نکته است که آنها چگونه به دنیای شخصی و اجتماعی خود معنا می بخشند [۸-۱۰]. پژوهشگر پیرو این رویکرد بر این باور است که در تجربیات زندگی جوهره هایی وجود دارد که می توان آنها را بررسی کرد و فهمید و به همین دلیل به بررسی پدیده‌های ذهنی می پردازد که جوهره واقعیت در آنها نهفته است [۱۱].

شرکت کنندگان پژوهش حاضر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و شامل تمامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیایی بودند که در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ در بخش های حاد مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی واقع در شهر تهران بستری شدند و در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع شرکت کردند. معیار ورود آنها به پژوهش مذکور ابتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، عدم ابتلای همزمان به اختلال های شخصیتی یا اختلال‌های مرتبط با مواد و اعتیاد آورها، و عدم ابتلا به مشکلات جسمانی نیازمند مراقبت های پزشکی

خاص بود. شرکت کنندگان در طول مدت اجرای پژوهش می توانستند در صورت عدم تمایل به همکاری از پژوهش خارج شوند.

برای جمع آوری داده ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد که رایج ترین روش برای انجام مطالعات کیفی پدیدارشناختی است [۸, ۹] و به شرکت کنندگان امکان می دهد تجارب پدیدارشناختی خود را در رابطه با موضوع مورد بررسی به طور کامل شرح دهند. انعطاف‌پذیری این روش و عمق بررسی هایی که به واسطه به کارگیری آن امکان پذیر می شود مصاحبه نیمه ساختاریافته را مناسب پژوهش های کیفی از این دست می کند [۱۲].

در پژوهش حاضر با عنایت به اینکه شرکت کنندگان در زمره گروه های آسیب پذیر طبقه بندی می شدند و به واسطه قوانین جاری بیمارستان در رابطه با انجام پژوهش روی این بیماران امکان ضبط محتوای مصاحبه های صورت گرفته با آنها میسر نشد و لذا گفته های بیماران در طول مصاحبه عیناً یادداشت و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد. طول مدت مصاحبه های انجام شده با توجه به شرایط خاص بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۲۰ تا ۳۰ (با میانگین۲۷) دقیقه بود که در صورت عدم کفایت زمان مصاحبه ادامه آن به جلسات بعدی موکول می شد. اشباع پس از مصاحبه با ۲۷ بیمار در گروه برنامه بازگشت به اجتماع و ۲۴ بیمار در گروه درمان روانپزشکی متعارف حاصل شد اما روند مصاحبه پس از اشباع متوقف نشد و تمامی بیماران در هر دو گروه مورد مصاحبه قرار گرفتند.

پس از پایان یافتن مصاحبه ها تحلیل متن آنها در چهار مرحله به شرح ذیل صورت گرفت: مرحله اول، مطالعه دقیق متن مصاحبه ها و یادداشت برداری اولیه؛ مرحله دوم، شناسایی و نامگذاری موضوعات؛ مرحله سوم، پیوند دادن موضوعات و شناسایی خوشه های موضوعی؛ و مرحله چهارم، تدوین جدول خلاصه موضوعات اصلی [۸].

اعتبار و پایایی پژوهش کیفی حاضر بر سه محور کاربردی بودن، ثبات، و مبتنی بودن بر واقعیت، استوار بود [۱۳]. کاربردی بودن یا همان قابلیت اجرا به قابلیت کاربست نتایج حاصل به گروههای دیگر اشاره دارد که در این مورد با توجه به انتخاب نمونه از میان بیماران مرکز روانپزشکی رازی که از نظر متغیرهای جامعه شناختی گوناگون نظیر سن، سوابق فرهنگی، موقعیت اقتصادی-اجتماعی، و ... طیف به نسبت گسترده ای را در بر می گیرند و علاوه بر آن غالباً پیش از بستری شدن در این مرکز تجربه بستری شدن در مراکز روانپزشکی دیگر را نیز دارا هستند این مؤلفه تا حدود زیادی محقق شد. مؤلفه دوم یا همان ثبات نیز با توجه به اینکه شرکت کنندگان به سؤالات مشابهی که در قالب های مختلف مطرح شده بودند پاسخ های همسان و به دور از تناقض دادند محقق شد. مؤلفه سوم یا همان مبتنی بودن بر واقعیت نیز زمانی حاصل می شود که پژوهشگران در فرایند پژوهش از تعصب و سوگیری به دور باشند که در این مورد هم پژوهشگران در طول پژوهش تمام تلاش خود را به خرج دادند که از تعصب و سوگیری درباره موضوع مورد بررسی به دور باشند.

یافته ها

در هر یک از دو گروه ۲۳ نفر از شرکت کنندگان مرد بودند در حالی که ۱۳ نفر از شرکت کنندگان گروه بازگشت به اجتماع و ۱۰ نفر از شرکت کنندگان گروه درمان روانپزشکی متعارف را زنان تشکیل می دادند؛ که از این تعداد در گروه اول و دوم به ترتیب ۳ و ۱ نفر بی‌سواد، ۲۳ و ۲۷ نفر دیپلمه و پایین تر، و ۱۰ و ۵ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه برنامه بازگشت به اجتماع ۹/۳۷۴ ± ۳۸ سال و در گروه درمان روانپزشکی متعارف ۱۰/۷۱۶ ± ۳۹ سال بود. داده های به دست آمده از تحلیل متن مصاحبه های صورت گرفته پیرامون نگرش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به بستری شدن، درگروه برنامه بازگشت به اجتماع در قالب ۱۵ خوشه موضوعی و ۶ موضوع محوری (عوامل محیطی‌ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، آگاهی‌هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، ناآگاهی‌هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به بستری شدن تأثیرگذارند. عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیرگذارند، و کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است) و در گروه درمان روانپزشکی متعارف در قالب ۱۳ خوشه موضوعی و ۵ موضوع محوری (عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، ناآگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیرگذارند، و کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است) دسته بندی شد. خلاصه نتایج تحلیل فوق الذکر در جدول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند

این موضوع محوری نشان دهنده شرایط و عوامل ساختاری و فرایندی ناخوشایندی بود که وجودشان در بیمارستان های روانپزشکی سبب می شود بیماران دیدگاهی منفی نسبت به تجربه بستری شدن پیدا کنند و حاضر به بستری شدن در این بیمارستان ها نباشند و حتی در مواردی همکاری شان در فرایند درمان نیز کاهش پیدا کند.

این موضوع محوری مشتمل بر سه خوشه موضوعی "محدودیت و یکنواختی، محدودیت های خروج از بخش، و وضعیت نامناسب خورد و خوراک بیماران" بود.

عدم وجود تنوع در ساختار و فرایندهای حاکم بر بخش های بستری و محیط عمومی بیمارستان و نبود برنامه های متنوعی که بیماران با شرکت در آنها بتوانند خود را سرگرم کنند و دچار احساس کسالت نشوند. اِعمال محدودیت های شدید در زمینه خروج بیماران از بخش ها در طول مدت بستری که باعث می شود بیماران احساس زندانی بودن کنند، و کیفیت نامناسب خورد و خوراک بیماران در مدت بستری خصوصاً در وعده شام سبب می گردد دوران بستری به تجربه ای بسیار ناخوشایند برای بیماران بدل شود که از یک سو آنها را به ترخیص پیش از موعد ترغیب می کند و سبب کامل نشدن دوره درمان می شود و از سوی دیگر باعث می شود در صورت ضرورت یافتن بستری در دوره های بعدی بیماری حاضر به همکاری برای بستری شدن نباشند و در نتیجه بیماری شان وخامت بیشتری پیدا کند. در زمینه این موضوع

محوری و خوشه های موضوعی زیربنایی آن تفاوتی میان شرکت کنندگان دو گروه مشاهده نشد. تعدادی از شرکت کنندگان تجارب خود را در این رابطه چنین بیان کردند:

گروه برنامه بازگشت به اجتماع

" باید محیط بخش و بیمارستان را از این یکنواختی درش بیارن و با مریضا بهتر برخورد کنن. سر بیمارا را هم گرم کنن توی بخش که حوصلشون سر نره خیلی خوب میشه."

" واقعاً برام مثل قفس می مونه. اصلاً دوست ندارم بستریم کنن. آدم حتی تا توی حیات هم نمیتونه بره."

" باید یه کاری کنن مثل زندان نباشه. وقتی نمیذارن از بخش بیرون بری یا بری هواخوری معلومه کسی دلش نمیخواد بیاد اینجا. ..."

" بیمارستانا تقریباً هیچ برنامه مشخصی برای مریضا ندارن و واقعاً حوصله آدم سر میره. دقیقاً اینجا آدم مثل زندانیا میمونه نمیذارن از بخش بره بیرون. ..."

گروه درمان روانپزشکی متعارف

" خُب محیط بیمارستانا خیلی محدوده و آدم کارای زیادی برای انجام دادن نداره و حوصلش سر میره."

" (بیمارستان روانپزشکی) مثل قفسه که یه مرغ را توش زندانی کنن. اینجا که دیگه حتی یه هواخوری هم نمیذارن بری. ..."

" فکر نمی کنم از این مسخره ترم چیزی وجود داشته باشه که آدمو یه ماه یه جا زندانی کنن به اسم اینکه میخوان حالشو خوب کنن."

" مثل اینه که یه جا گیر انداخته باشنت نذارن تکون بخوری."

جدول ۱: موضوعات محوری و خوشه های موضوعی در گروه برنامه بازگشت به اجتماع

موضوعات محوری و خوشه های موضوعی
عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند
محدودیت و یکنواختی محیط بیمارستان
محدودیت های خروج از بخش و زندان مانند بودن بیمارستان
وضعیت نامناسب خورد و خوراک
آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند
پذیرش بستری و عجله نکردن برای ترخیص
درک ماهیت بیماری، ضرورت درمان، و لزوم بستری شدن بواسطه آموزش دیدن در این زمینه
نا آگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند
عدم بینش درباره ضرورت و فواید بستری شدن
اعتماد نداشتن به پزشکان معالج
سوء برداشت درباره بستری شدن
برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به بستری شدن تأثیرگذارند
تنوع و کارآمدی مداخلات درمانی
اجرای برنامه بازگشت به اجتماع
عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیرگذارند
ارتباط نامناسب کارکنان بیمارستان با بیماران
انگ بستری شدن
مشارکت در درمان
کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است
تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن
رفع نیازهای بیماران و بهبود بیماری

آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند

به طور کلی این موضوع محوری نشانگر دانش و اطلاعاتی بود که بیماران در صورت برخورداری از آن همکاری بهتری در درمان از خود نشان خواهند داد و این بهبود سطح همکاری سبب می شود که بستری شدن را به عنوان بخشی بعضاً ضروری از فرایند درمان شان بپذیرند و در برابر آن مقاومت نکنند و ضمناً زمانی که در بیمارستان روانپزشکی بستری می شوند برای مرخص شدن عجله نداشته باشند و تا هروقت پزشک معالج صلاح دید در بیمارستان بمانند. پر واضح است که کسب این دانش و اطلاعات از سوی بیماران مستلزم آموزش و بازآموزی آنها از طریق برگزاری جلسات فردی و گروهی آموزش روانشناختی است و در مجموع نگرش آنها را به بستری شدن بهبود می‌بخشد. این موضوع محوری در گروه برنامه بازگشت به اجتماع مشتمل بر دو خوشه موضوعی "پذیرش بستری شدن و عجله نکردن برای ترخیص و درک ماهیت بیماری، ضرورت درمان، و لزوم بستری شدن بواسطه آموزش دیدن در این زمینه" و در گروه درمان روانپزشکی متعارف مشتمل بر فقط یک خوشه موضوعی با عنوان "درک ضرورت بستری شدن" بود. تحلیل مصاحبه ها در زمینه این موضوع محوری و خوشه های موضوعی زیرمجموعه آن نشان دهنده وجود تفاوتی چشمگیر میان شرکت کنندگان دو گروه بود به نحوی که شرکت کنندگان گروه برنامه بازگشت به اجتماع به دفعات به رابطه دانش و آگاهی پیرامون ماهیت بیماری و ضرورت درمان با نگرش مثبت تر و پذیرش بهتر بستری شدن اشاره کردند حال آنکه فقط یکی از بیماران گروه درمان متعارف

روانپزشکی در گفته هایش به این موضوع اشاره داشت. بعضی از بیماران تجارب خود را در این زمینه چنین بیان کردند:

گروه برنامه بازگشت به اجتماع

" توی این مدتی که بیمار بودم فهمیدم که بهتره آدم صبر کنه تا مرخصش کنن. ایندفه هم که اینجا بستری بودم باز یه آموزشایی برامون گذاشتن و دوباره فایده های این کارو برامون توضیح دادن."

" دوست دارم زودتر مرخص بشم ولی خب میدونم برای درمانم لازمه تا وقتی لازم باشه تو بیمارستان بمونم."

" ... باید قانعشون کنن که مریضن. ..."

" احساس خوبی (به بستری شدن) ندارم ولی خُب چون به نفع خودمه ایرادی نداره."

گروه درمان روانپزشکی متعارف

" ... اگه بستری نشم ممکنه حالم بدتر بشه و اونوقت مجبورم مدت بیشتری را بستری بمونم."

جدول ۲: موضوعات محوری و خوشه های موضوعی در گروه درمان روانپزشکی متعارف

خوشه های موضوعی و موضوعات محوری
عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند
محدودیت و یکنواختی محیط بیمارستان
محدودیت های خروج از بخش و زندان مانند بودن بیمارستان
وضعیت نامناسب خورد و خوراک بیماران
نا آگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند
عدم بینش درباره ضرورت و فواید بستری شدن
اعتماد نداشتن به پزشکان معالج و کارکنان بیمارستان
سوء برداشت درباره بستری شدن
آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند
درک ضرورت بستری شدن
عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیر گذارند
ارتباط نامناسب کارکنان بیمارستان با بیماران
انگ بستری شدن
مشارکت در درمان
نقض حریم شخصی
کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است
تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن
رفع نیازهای شخصی

ناآگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند

این موضوع محوری درست در نقطه مقابل موضوع محوری قبلی قرار می گرفت و نشان دهنده آن دسته از نقصان های اطلاعاتی بیماران بود که همکاری آنها را در فرایند درمان کاهش می دهد و سبب می شود نگرش مثبتی به بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی نداشته باشند و حاضر به بستری شدن نبوده یا در صورت بستری شدن اصرار به ترخیص داشته باشند. این موضوع محوری در هر دو گروه مشتمل بر سه خوشه موضوعی "عدم بینش درباره ضرورت و فواید بستری شدن، اعتماد نداشتن به پزشکان معالج، و سوء برداشت درباره بستری شدن" بود. دو خوشه موضوعی اعتماد نداشتن به پزشکان معالج و سوء برداشت درباره بستری شدن به ویژه جالب توجه بودند و به شدت بر نگرش بیماران به تجربه بستری شدن تأثیر داشتند.

در این موضوع محوری نیز خصوصاً در دو خوشه موضوعی عدم بینش درباره ضرورت و فواید بستری شدن و سوءبرداشت درباره بستری شدن تفاوت میان دو گروه چشمگیر بود به نحوی که شرکت کنندگان گروه درمان روانپزشکی متعارف در گفته هایشان سوءبرداشت های متعددی را در رابطه با بستری شدن و عدم بینش درباره ضرورت و فواید بستری شدن نشان دادند که بر نگرش منفی نسبت به بستری شدن به شدت تأثیر گذار بودند. تفاوتی جزئی نیز در خوشه موضوعی عدم اعتماد مشاهده شد که نشان می داد عدم اعتماد شرکت کنندگان گروه درمان روانپزشکی متعارف تعمیم یافته تر از بی اعتمادی شرکت کنندگان گروه برنامه بازگشت به اجتماع است و علاوه بر پزشکان معالج سایر کارکنان بیمارستان را نیز در بر می گیرد. در ادامه گفته های بعضی از شرکت کنندگان در این رابطه نقل می شود:

گروه برنامه بازگشت به اجتماع

" اصلاً نیازی به نظر پزشک ندارم خودم می دونم که مشکلی ندارم وقتی هم که مشکلی ندارم نیازی نیست بستری باشم باید مرخص بشم."

" کلاً بستری شدنو دوست ندارم و فکر میکنم احتیاجی هم بهش ندارم."

" من ترجیح میدم زودتر مرخص بشم برم از این دیوونه خونه."

" (بستری شدن) مثل یه تنبیهه برای کارایی که کردی یا نکردی. مثلاً تنبیه برای دارو نخوردن."

گروه درمان روانپزشکی متعارف

" من نیازی به پزشک ندارم. پزشک برای مریضاس. منو زودتر مرخص کنین برم."

" معلومه که حاضر نیستم (دوباره بستری بشم). اصلاً لازم نیست که بستری بشم ایندفعه هم بیخود آوردنم."

" مشکلی ندارم که بخاطرش بخوام درمان بشم . اگه به من کاری نداشته باشن منم به کسی کاری ندارم نیازیم نیست بستری بشم."

" من اصلاً چیزیم نیست که بخوام هر جوری درمان بشم."

برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به بستری شدن تأثیرگذارند

این موضوع محوری که فقط در تحلیل گفته های شرکت کنندگان گروه برنامه بازگشت به اجتماع به دست آمد نشانگر تأثیری است که کیفیت مداخلات و برنامه های درمانی بر دیدگاه و نگرش بیماران نسبت به تجربه بستری شدن دارد. دو خوشه موضوعی زیرمجموعه این موضوع محوری، یعنی "تنوع و کارآمدی مداخلات درمانی و اجرای برنامه بازگشت به اجتماع" به خوبی مبین آنند که اگر مداخلات درمانی ارائه شده به بیماران متنوع و گوناگون باشند و در آنها صرفاً بر مصرف داروها تأکید نشود بیماران دیدگاه بهتری نسبت به درمان خواهند داشت و مدت زمانی را که به خاطر دریافت این درمان ها در بیمارستان روانپزشکی بستری اند بهتر تحمل می کنند ضمن آنکه هرچه این مداخلات بهتر از عهده کنترل علائم بیماری برآیند و طول مدت بستری و ضرورت بستری شدن مجدد را بیشترکاهش دهند نگرش منفی بیماران به بستری شدن بیشتر کاهش می یابد و نکته آخر اینکه اجرای برنامه بازگشت به اجتماع با اندک تنوعی که در برنامه درمانی معمول بیماران ایجاد کرده بود و به واسطه مهارت ها و اطلاعاتی که در اختیار بیماران قرار داده بود به عنوان یک خوشه موضوعی مجزا با تأثیری مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن، از تحلیل گفته های بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع به دست آمد، حال آنکه در گفته های بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف هیچ اثری نه تنها از این خوشه موضوعی که از کل این موضوع محوری مشاهده نشد. گفته های بعضی از بیماران درباره این موضوع محوری به شرح ذیل است:

گروه برنامه بازگشت به اجتماع

" ... البته ایندفعه اینجا خیلی خوب بود خیلی باهامون صحبت شد و خیلی چیزا را برامون توضیح دادن."

" باید یه کاری کنن طول مدت بستری کمتر بشه ..."

" ... درمانم اگه فقط قرص و دارو نباشه خیلی بهتره."

" باید برنامه هایی مثل ایندفه ای اجرا کنن براشون."

عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیرگذارند

این موضوع محوری در محتوای گفته های بیماران در هر دو گروه به شدت با نگرش آنها به بستری شدن در ارتباط بود و اساساً به مسائلی مربوط است که شخصیت و شأن و منزلت شخصی بیماران را زیر سؤال می برند یا تقویت می کنند و به تبع آن یکی از پیامدهایشان این است که نگرش بیماران را به اقامت در بیمارستان مثبت تر یا منفی تر می سازند و از این طریق هیجانات و رفتارهای آنها را پیرامون بستری شدن تحت تأثیر قرار می دهند. طبیعی است بیماری که به هردلیل شأن و منزلتش در مدت بستری مورد تهدید قرار گیرد اگر بار دیگر به سبب شرایط بیماری اش نیاز به بستری شدن پیدا کند مقاومت نشان خواهد داد و حاضر به بستری شدن نخواهد بود و متقابلاً اگر شأن و منزلت بیماران در مدت بستری حفظ شود، دفعات بعد در برابر این تجربه کمتر مقاومت می کند.

در این محور در هر دو گروه مورد بررسی سه خوشه موضوعی مشترک به دست آمد که عبارت بودند از "ارتباط نامناسب کارکنان بیمارستان با بیماران، انگ بستری شدن، مشارکت در درمان". اما در گروه درمان روانپزشکی متعارف یک خوشه موضوعی دیگر با عنوان "نقض حریم شخصی" نیز از تحلیل متن مصاحبه ها به دست آمد. علاوه بر این تفاوت، تفاوت ظریف دیگری نیز میان دو گروه مشاهده شد با این توضیح که در خوشه موضوعی مشارکت در درمان، بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع به مبحث تأثیر مشارکت بیماران در فرایند درمان بر بهبود نگرش و همکاری آنها در این فرایند پرداختند که این نکته در گفته های بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف مشاهده نشد. تعدادی از بیماران در این رابطه چنین گفتند:

گروه برنامه بازگشت به اجتماع

" باید باهاشون مثل انسان رفتار کنن. با مریضای روانی خیلی بد برخورد میشه توی بیمارستان. فکر میکنن اونا هیچی نمی فهمن. ..."

" ... اینجارم به خاطر اون اسمش که گفتم دوست ندارم بیام."

" ... درست و حسابی هم که به آدم جواب نمیدن. دکترا هم برای مریضا خیلی وقت نمیذارن."

" ... باهاشون مثل کسایی که هیچی حالیشون نیست رفتار نکنن. به خدا ما هم دل داریم وقتی اینطوری باهامون رفتار میشه خیلی اذیت میشیم."

گروه درمان روانپزشکی متعارف

" ... پرسنل هم که زیاد با آدم حرف نمی زنن. برخوردشونم خیلی خوب نیست."

" اینجا اسمشم واویلاست."

" باید باهاشون مهربون باشن و بهشون رسیدگی کنن ولی اینجا با من مهربون نیستن."

"باید با بیمارا مهربون بود و اذیتشون نکرد. فرقی نمیکنه تو این بیمارستان یا بیمارستانای دیگه."

کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است

این موضوع محوری به عوامل و مسائلی اشاره داشت که در طول مدت بستری با تأثیر گذاری بر آسایش و رفاه جسمانی و روانی بیماران نگرش آنها نسبت به بستری شدن را تحت تأثیر قرار می دهند و از این طریق میزان همکاری آنها در فرایند درمان را تعیین می کنند. این موضوع محوری در گروه برنامه بازگشت به اجتماع مشتمل بر دو خوشه موضوعی "تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن و رفع نیازها و بهبود بیماری" و در گروه درمان روانپزشکی متعارف مشتمل بر دو خوشه موضوعی "تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن و رفع

نیازهای شخصی" بود. باز هم مشاهده می شود که بین دو گروه در این موضوع محوری نیز تفاوت وجود داشته است. بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع بر توانایی مجموعه بیمارستان در ارائه درمان مناسبی که به بهبود علائم و نشانه های بیماری منجر شود به عنوان عاملی تأثیرگذار بر نگرش نسبت به بستری شدن تأکید داشتند حال آنکه چنین تأکیدی در بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف دیده نشد و تفاوت دیگر اینکه وزن خوشه موضوعی "تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن" در گفته های بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف بسیار بیشتر از گروه برنامه بازگشت به اجتماع بود که نشان می دهد بیماران این گروه هیجانات منفی بیشتری را در مدت بستری متحمل می شوند و این هیجانات منفی بر نگرش آنها به بستری شدن به شدت تأثیرگذار است. نمونه هایی از گفته های بیماران در این محور موضوعی به شرح ذیل است:

گروه برنامه بازگشت به اجتماع

" اگه یه کاری کنن خونواده مریضا بهشون بیشتر سر بزنن بهتر میشه. ..."

" باید طوری با مریضا رفتار بشه که اونا به بیمارستان اعتماد داشته باشن نه اینکه ازش فراری باشن. و در ضمن به مشکلاتشونم رسیدگی بشه."

" باید یه کاری کنن که مدت بستری اینقدر برای مریضا عذاب آور نباشه. باید ببینن مریضا از چی اذیت میشن که مشکلشون را برطرف کنن."

" (بستری شدن) خیلی ناراحت کنندس تحملش برام خیلی سخته. "

گروه درمان روانپزشکی متعارف

" ... آدم (در مدت بستری) از خونوادشم دوره و به دلایل مختلف نمیتونه ببیندشون."

" (بستری شدن) برام خیلی سخته آخه از بچه هام دور میشم. اینجا که بستری میشم چون راهش دوره کمتر میتونم بچه هامو ببینم."

" باید یه کاری کنن خونواده مریضا بیشتر بهشون سر بزنن."

" (بستری شدن) اصلاً خوب نیست. آدمو از هستی ساقط می کنه."

بحث

پژوهش کیفی حاضر با هدف بررسی تجارب زیسته و نگرش پدیدار شناختی در دوگروه از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در بخش‌های حاد مرکز روانپزشکی رازی پیرامون تجربه بستری شدن در بیمارستان، به روش IPA انجام شد. یک گروه از بیماران مورد بررسی صرفاً تحت درمان روانپزشکی متعارف قرار گرفته و گروه دیگر علاوه بر درمان روانپزشکی متعارف در جلسات برنامه بازگشت به اجتماع نیز شرکت کرده بودند.

یافته های این پژوهش در شش موضوع محوری شامل " عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، ناآگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به بستری شدن تأثیرگذارند، عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیرگذارند، کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است" طبقه بندی شد.

با توجه به متن مصاحبه های بیماران این دو گروه به طور کلی می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در مجموع نگرش مثبتی به تجربه بستری شدن ندارند هرچند که این تجربه در گروه بیماران شرکت کننده در برنامه بازگشت به اجتماع مثبت تر از بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف بود، ضمن آنکه نوع نگرشی که بیماران این دو گروه نسبت به بستری شدن داشتند هم به لحاظ کیفی متفاوت بود که در ادامه به تبیین این تفاوت های کیفی پرداخته خواهد شد. اما پیش از آن ذکر این نکته ضرورت دارد که با توجه به آنکه بر اساس بررسی های به عمل آمده از سوی پژوهشگران، تاکنون در ایران پژوهشی در زمینه بررسی تجربیات زیسته یا نگرش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در رابطه با بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی صورت نگرفته است و در ادبیات پژوهشی کشورهای دیگر نیز پژوهش ها بر نگرش خانواده های این بیماران و کارکنان درمانی و نه خود آنها متمرکز بوده است لذا در این بخش از مقاله یافته های چندانی برای مقایسه با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر وجود نداشته و پژوهشگران عمدتاً به تبیین نتایج به دست آمده پرداخته اند و صرفاً در موارد مقدور یافته های خود را با یافته های حاصل از پژوهش های مرتبط مقایسه کرده اند، و به طور کلی می توان گفت که یافته های پژوهش حاضر بیشتر ماهیت اکتشافی داشته اند.

در باب موضوع محوری اول یعنی "عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند" با توجه به خوشه های موضوعی زیر مجموعه آن، نکته واضح و مبرهن این است که محدودیت و یکنواختی بخش های روانپزشکی و محیط عمومی بیمارستان، عدم رضایت از وضعیت کمی و کیفی وعده ها و میان وعده های غذایی، و در نهایت سلب آزادی و وضعیت شبه زندانی بیماران از جمله عواملی هستند که بستری شدن در بیمارستان های روانپزشکی را به تجربه ای بسیار ناخوشایند برای بیماران روانپزشکی بدل می سازد و سبب می گردد آنها به هر طریق به دنبال ترخیص پیش از موعد از بیمارستان باشند و پس از ترخیص نیز به هیچ عنوان حاضر نباشند مجدداً در بیمارستان بستری شوند. اما این عوامل از کجا نشأت می گیرند؟

محدودیت و یکنواختی محیط های بیمارستانی نکته ای است که میان همه بیمارستان ها مشترک است و هر کس که تجربه بستری شدن در بیمارستان را داشته باشد به خوبی با آن آشناست. اما این مسأله در بیمارستان های روانپزشکی به چند دلیل حادتر از بیمارستان های دیگر است: اول اینکه محیط بیمارستان های روانپزشکی از سایر بیمارستان ها محدودتر و یکنواخت تر است و می توان گفت که در این بیمارستان ها معمولاً برنامه سازمان یافته ای برای افزایش غنای ساعاتی که بیماران در بیمارستان سپری می کنند وجود ندارد، دوم اینکه مدت اقامت بیماران روانپزشکی در بیمارستان غالباً از مدت اقامت بیماران غیر روانپزشکی بسیار طولانی تر است و این مسأله تحمل یکنواختی و محدودیت بیمارستان روانپزشکی را برای این بیماران بسیار دشوارتر می سازد، و سوم اینکه بیماران روانپزشکی بر خلاف بیماران غیر روانپزشکی عمدتاً از سلامت جسمانی برخوردارند و همین نکته سبب می شود محدود به تخت نباشند و چون از تحرک فیزیکی مناسبی برخوردارند تحمل یکنواختی و محدودیت محیط بخش و بیمارستان روانپزشکی برایشان دشوارتر است. برای تصور این وضعیت ناخوشایند کافی است بیماری را در نظر بگیریم که اقامتش در بخش وابسته به

تخت نیست و مجبور است روزی دست کم ۱۲ تا ۱۴ ساعت را بدون هیچگونه برنامه مشخصی در محیط بسته بخش سپری کند و تنها امکانی که دارد قدم زدن در راهروهای بخش است، شکی نیست که وضعیت عذاب آوری است.

سلب آزادی بیماران و شبه زندان بودن محیط بخش ها و بیمارستان های روانپزشکی نکته دیگری است که به عنوان یک خوشه موضوعی در گفته های بیماران کاملاً بارز و مورد تأکید بود و به عنوان یکی از عوامل منفی تأثیرگذار بر نگرش بیماران نسبت به بستری شدن مطرح شد. آزادی های فردی به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت روان، در بیمارستان های روانپزشکی تقریباً به طور کامل سلب می شود تا حدی که بعضاً اگر بیماری در طول مدت بستری کسی به ملاقاتش نیاید حتی یک بار برای هواخوری نیز نمی تواند از بخش خارج شود یا آنکه هیچگونه آزادی عملی حتی در شخصی ترین امورات خود نیز ندارد و این برای آنها احساس بسیار ناخوشایندی در پی دارد به نحوی که خواسته بسیاری از این بیماران در مدت بستری در بیمارستان هواخوری است. به همین دلیل دور از انتظار نیست که بیماران تا این حد در این رابطه دغدغه داشته باشند و نامناسب بودن وضعیت در این زمینه دیدگاه آنها را به بستری شدن منفی سازد.

آخرین خوشه موضوعی در این محور، نامناسب بودن وضعیت خورد و خوراک به لحاظ کمی و کیفی است که اگرچه در بسیاری از بیمارستان ها مشکل ساز است اما در بیمارستان های روانپزشکی به سبب طولانی تر بودن مدت اقامت به یک معضل برای بیماران بدل می شود ضمن آنکه معمولاً این بیماران نسبت به بیماران غیر روانپزشکی کمتر به حقوق خود آشنایی دارند و بیمارستان ها و کارکنان آنها حق اعتراض کمتری برای آنها قائلند و همین باعث می شود فشار روانی مضاعفی از رهگذر این مسأله به عنوان یک نیاز سرخورده به بیماران وارد شود و تجربه بستری شدن را برایشان ناخوشایند تر و نگرش شان به این تجربه را منفی تر سازد.

با نگاهی به مجموعه این عوامل می توان زیربنای آنها را در دیدگاه نامناسبی که از دیرباز نسبت به این بیماران وجود داشته و آنها را دیوانه می پنداشتند و معتقد بودند متوجه بسیاری از مسائلی که برای انسان های عادی ناخوشایند هستند نمی شوند ردگیری کرد که به رغم جنبشهای شکل گرفته در تضاد با این دیدگاه، همچنان در نحوه برخورد با این بیماران به وضوح قابل مشاهده است.

آخرین نکته ای که در رابطه با این موضوع محوری باید مد نظر قرار گیرد این است که بین بیماران دو گروه تفاوتی از این نظر وجود نداشت و این نکته حکایت از آن دارد که مشکلات محیطی در بیمارستان های روانپزشکی به حدی است که اجرای مداخلات آموزشی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع نیز کمترین تأثیری بر پیامدهای نگرشی آن نداشته است.

موضوع محوری دوم با عنوان "آگاهی هایی که تأثیر مثبتی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند" به تأثیر مثبت برخورداری بیماران از دانش و اطلاعاتی خاص بر نگرش آنها به بستری شدن می پرداخت که اساس آن مبتنی بر این واقعیت است که اگر بیماران به ضرورت مداخله ای درمانی واقف باشند کمتر در برابر آن مقاومت می کنند و بهتر آن را می پذیرند [۲, ۳, ۵]. گفته های بیماران در چارچوب این موضوع محوری نشان می داد که اگر فواید بستری شدن به آنها آموزش داده شود و مهم تر از آن اگر در زمینه لزوم بستری شدن قانع شوند و مخاطرات بستری نشدن در مواقع لزوم برایشان تشریح شود و به واسطه آموزش با رابطه بستری شدن و ماهیت بیماری اسکیزوفرنیا و مداخلات درمانی مرتبط با آن آشنا شوند آنگاه به بستری شدن به چشم مداخله ای غیرضروری و بی فایده نگاه نخواهند کرد و پذیرش دشواری های آن برایشان آسان تر خواهد بود و نگرش شان به بستری شدن بهتر می شود یعنی همان نقشی که برخورداری از بینش برای بیماران ایفا می کند و تأثیر مثبت آن در مطالعات مختلف بر افزایش متابعت درمانی به اثبات رسیده است [۵, ۱۴].

اما در این محور موضوعی نکته قابل تأمل دیگری نیز در گفته های بیماران مشاهده شد، اینکه بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع به ضرورت دریافت آموزش هایی در زمینه ماهیت بیماری، اهمیت درمان و لزوم بستری شدن واقف بودند و به اهمیت برخورداری از این اطلاعات در بهبود نگرش شان به بستری شدن اذعان داشتند و برنامه بازگشت به اجتماع را محملی برای دریافت این آموزش ها تلقی می‌کردند، یافته ای که با مطالعات صورت گرفته در این زمینه نیز همسو است [۱۵, ۱۶] و جالب اینکه این محور موضوعی در مصاحبه های بیمارانی که صرفاً درمان روانپزشکی متعارف را تجربه کرده بودند چندان برجسته نبود چرا که در درمان روانپزشکی متعارف، محوریت با دارودرمانی است و برنامه های آموزش روانشناختی جایگاه چندانی در آن ندارند، حال آنکه گفته های بیماران در چارچوب این محور موضوعی به خوبی نشان دهنده اثرگذاری مثبت برنامه های آموزش روانشناختی بر نگرش بیماران به بستری شدن بود.

موضوع محوری سوم با عنوان "ناآگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند" با موضوع محوری دوم ارتباطی تنگاتنگ دارد و در واقع می توان آنها را دو قطب یک پیوستار تلقی کرد. با این مقدمه می توان این محور موضوعی را که مشتمل بر سه خوشه موضوعی عدم بینش درباره ضرورت و فواید بستری شدن، سوءبرداشت درباره بستری شدن، و اعتماد نداشتن به پزشکان و کارکنان درمانی است را نشان دهنده ناآگاهی ها و تعبیرهای نادرستی تلقی کرد که بیماران به واسطه آنها بستری شدن را بی فایده و غیرضروری تلقی می کنند و علت آن را عواملی می دانند که در واقع ارتباطی به بستری شدن ندارند، ضمن آنکه همین ناآگاهی ها در کنار مشکلات تعاملی کارکنان درمانی با بیماران و رفتارهای بعضاً غیرحرفه ای آنها زمینه ساز بی اعتمادی بیماران به کارکنان درمانی و در نتیجه عدم تبعیت شان از توصیه های درمانی آنها می شود. نکته ای که در پژوهش هنریکسن و پارناس نیز بر آن تأکید شده است [۴].

اما نکته ای که در این موضوع محوری شایان توجه است این که وزن آن در گفته های بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع در قیاس با بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف بسیار کمتر است که این نکته را در تلفیق با آنچه در مبحث موضوع محوری دوم بیان شد می توان نشان دهنده تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر افزایش آگاهی و به تبع آن کاهش ناآگاهی بیماران پیرامون بستری شدن و ضرورت آن تلقی کرد که به نوبه خود با توجه به محتوای مصاحبه های بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع و مقایسه آنها با گفته های بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف، بر مثبت تر شدن نگرش به بستری شدن تأثیرگذار بوده است، چرا که حجم زیاد کدهای اولیه مربوط به این

محور موضوعی در تحلیل محتوای مصاحبه های بیماران گروه دوم حاکی از سیطره این ناآگاهی ها بر ساختار شناختی این بیماران و تأثیر چشمگیر آن بر منفی بودن نگرش آنها به بستری شدن بود، نکته ای که با یافته های مطالعه مک ایووی و همکارانش مبنی بر بی تأثیر بودن دارو درمانی بر افزایش بینش نسبت به بیماری و بهبود نگرش به درمان همسو بود [۱۷].

در ادامه، با نگاهی به موضوع محوری چهارم با عنوان "برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به بستری شدن تأثیر مثبتی دارد" که خود مشتمل بر دو خوشه موضوعی تنوع و کارآمدی مداخلات درمانی و اجرای برنامه بازگشت به اجتماع بود مشخص می شود که مؤلفه هایی چون متنوع بودن مداخلات درمانی و توانایی آنها در کاهش دادن طول مدت بستری شدن و به تعویق انداختن فاصله ترخیص تا بستری مجدد، از نظر بیماران بر خوشایند و قابل تحمل تر شدن تجربه بستری و به تبع آن مثبت تر شدن نگرش شان به این تجربه تأثیرگذار بوده است. اینکه بیماران تمایل داشتند برنامه های درمانی شان متنوع باشد و صرفاً تحت دارودرمانی قرار نگیرند با یافته های حاصل از مطالعاتی که نشان دهنده نگرش منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به دارودرمانی و تأثیر آن بر عدم متابعت درمانی آنها بوده اند همسو است [۵, ۱۸] و اقبال بیماران به برنامه بازگشت به اجتماع در پژوهش جاری که در محتوای مصاحبه های گروه برنامه بازگشت به اجتماع به خوبی مشهود بود نیز گواه دیگری بر این موضوع است.

با توجه به این که موضوع محوری مورد بحث فقط در تحلیل مصاحبه های صورت گرفته با بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع به دست آمد می توان چنین نتیجه گرفت که آموزش بیماران در قالب برنامه مذکور سبب شده آنها رابطه موجود میان سه مؤلفه کیفیت برنامه های درمانی، نگرش نسبت به درمان، و متابعت درمانی را بهتر درک کنند؛ نکته ای که در محتوای مصاحبه های بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف مشاهده نشد. این یافته با یافته های حاصل از مطالعات لیبرمن و همکارانش که شرکت در این برنامه را در افزایش آگاهی بیماران در رابطه با برنامه های درمانی و افزایش متابعت درمانی آنها مؤثر یافتند [۱۶, ۱۹] و نیز یافته های حاصل از مطالعه پیچل- والز و همکارانش مبنی بر تأثیر مثبت برنامه های آموزشی بر افزایش متابعت درمانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا [۲۰] مطابقت داشت.

اما در موضوع محوری پنجم با عنوان "عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیر گذارند" که در گروه برنامه بازگشت به اجتماع مشتمل بر سه خوشه موضوعی ارتباط نامناسب کارکنان بیمارستان با بیماران، انگ بستری شدن، و مشارکت در درمان و در گروه درمان روانپزشکی متعارف علاوه بر سه خوشه موضوعی فوق خوشه موضوعی "نقض حریم شخصی" را نیز در بر می‌گرفت، مشخص شد که بیماران هر دو گروه بر ارتباط نامناسب میان کارکنان و بیماران به عنوان یک عامل تأثیرگذار منفی بر نگرش به بستری شدن تأکید داشتند و از این نظر تفاوت قابل توجهی میان اظهارات آنها وجود نداشت. این یافته با یافته های حاصل از مطالعات صورت گرفته توسط گیلبرت و همکاران و کوریگان و همکاران مبنی بر اینکه ارتباط میان کارکنان و بیماران در شکل گیری اعتماد و دید مثبت به خدمات درمانی اهمیت محوری دارد همسو بود [۲۱, ۲۲].

موضوع ارتباط میان کارکنان و بیماران در بیمارستان های روانپزشکی مسأله ای بغرنج است چرا که از یک سو این بیماران بسیاری از مهارت های اجتماعی خود را به واسطه بیماری از دست داده اند، به واسطه انگ بیماری اهمیت چندانی به آنها داده نمی شود، و برخلاف بیماران غیرروانپزشکی که غالباً از حمایت جدی خانواده هایشان برخوردارند خانواده های این بیماران چندان حمایت شان نمی کنند و به واسطه این عوامل بیشتر در خطر سوء رفتار از جانب کارکنان بیمارستان قرار دارند و از سوی دیگر با توجه به طولانی بودن زمان اقامت شان در بیمارستان به ارتباط و تعامل مناسب با کارکنان بیمارستان بیشتر نیاز دارند و نداشتن چنین ارتباطی تحمل اقامت در بیمارستان را برایشان دشوار می سازد و تبعات آن را می توان به خوبی در برآورده نشدن نیاز های درمانی این بیماران و دریافت خدمات درمانی نامناسب شاهد بود که علتش بی توجهی به گفته های این بیماران و جدی نگرفتن اظهاراتشان از سوی کارکنان درمانی است؛ چرا که این اظهارات راهنمای بسیار خوبی برای هدایت فرایند درمان و رفع نواقص احتمالی آن از سوی پزشکان معالج و کارکنان درمانی به شمار می رود.

اما نکته جالب توجه دیگر در این محور موضوعی تمایل بیماران به مشارکت داشتن در برنامه ریزی فرایند درمان شان است که در محتوای مصاحبه بیماران هر دو گروه مورد تأکید قرار داشت در این راستا بیماران عواملی چون مشارکت نداشتن بیماران در طرح ریزی برنامه های درمانی، اجباری بودن برنامه های درمانی و بستری، دارودرمانی اجباری به رغم آنکه این رویه امروزه در بسیاری از کشورهای توسعه یافته مورد پذیرش نیست [۱۷]، و کنترل نداشتن بر فرایند درمان را از جمله عوامل منفی تأثیرگذار بر نگرش منفی به بستری شدن و عدم متابعت درمانی تلقی کردند، یافته ای که در مطالعه یوهانس و همکارانش نیز به تأیید رسید [۲۳, ۲۴].

نکته آخر در مورد این موضوع محوری این که از تحلیل محتوای مصاحبه بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف خوشه موضوعی ای با عنوان "نقض حریم شخصی" به دست آمد که نشان می داد این بیماران قواعد و مقررات جاری بخش روانپزشکی را به نوعی مداخله در امورات شخصی خود تلقی می کردند و این نکته تأثیری منفی بر نگرش آنها به بستری شدن داشت. اما حاصل نشدن این خوشه موضوعی در گروه برنامه بازگشت به اجتماع نشان داد که آموزش بیماران در این خصوص احتمالاً به برطرف شدن این برداشت ذهنی در آنها می‌انجامد و یکی از دلایل نگرش منفی به بستری شدن را از بین می برد یا کمرنگ می کند، هرچند در این زمینه راهکارهای دیگری نیز وجود دارد که در بخش نتیجه گیری به آنها پرداخته خواهد شد.

در موضوع محوری آخر با عنوان "کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است" که مشتمل بر دو خوشه موضوعی تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن و رفع نیازها و بهبود بیماری بود تفاوت چشمگیری میان دو گروه مشاهده شد. این موضوع محوری نشان دهنده هیجانات منفی ای که با بستری شدن همراهند یا عواملی که مانع از برآورده شدن نیازها یا برطرف شدن مشکلات بیماران در مدت بستری می شوند و بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیری منفی دارند بود. عمده تفاوت بیماران دو گروه در خوشه موضوعی تجربه هیجانات منفی در رابطه با بستری شدن بود. اگرچه در این خوشه موضوعی بیماران گروه برنامه بازگشت

به اجتماع نیز هیجانات منفی را از جمله عوامل منفی تأثیرگذار بر نگرش تلقی کردند اما تأکید بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف بر این خوشه موضوعی بسیار بیشتر و دامنه هیجانات منفی و کدهای اولیه مربوطه در اظهارات آنها بسیار گسترده تر بود. تأکید بسیار کمتر بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع بر این خوشه موضوعی نشانگر تأثیر احتمالی مشارکت در این برنامه بر کاهش تجارب هیجانی منفی مرتبط با بستری شدن بود.

اما در خوشه موضوعی رفع نیازها و بهبود بیماری تفاوتی کیفی میان بیماران دو گروه مشاهده شد. در حالی که بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف فقط بر عدم توجه به نیازها و خواسته هایشان به صورت عام تأکید داشتند بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع علاوه بر رفع نیازها و مشکلات عمومی، بر رفع مشکلات و عوارض ناشی از بیماری به عنوان پایه و اساس اعتماد به مجموعه بیمارستان و کارکنان درمانی تأکید داشتند و شکل گیری این اعتماد را بر مثبت تر شدن نگرش به بستری شدن مؤثر می دانستند.

با توجه به اینکه قوانین بیمارستان اجازه ضبط صوتی محتوای مصاحبه ها را نمی داد، ممکن است با وجود تمام تلاش هایی که در جهت ثبت نوشتاری محتوای مصاحبه ها صورت گرفت باز هم نکته ای از قلم افتاده باشد. با توجه به اینکه نمونه گیری پژوهش حاضر به صورت هدفمند انتخاب شد امکان بررسی نگرش نسبت به بستری شدن در بیمارانی که به صورت کامل فاقد حمایت خانوادگی بودند میسر نشد. ضمن آنکه احتمالاً جنسیت و میزان تحصیلات نیز در این زمینه تأثیرگذارند که باید تأثیر آنها در پژوهش های آتی بررسی شود و در این پژوهش امکان آن میسر نشد.

پیشنهاد می شود با توجه به ضعف ادبیات پژوهشی در زمینه بررسی نگرش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به تجربه بستری شدن و با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر پیرامون عوامل مرتبط با نگرش این بیماران به بستری شدن که در حقیقت جنبه اکتشافی داشته است، علاقه مندان به این حوزه اقدام به طراحی و اجرای پژوهش های کمی و کیفی جامع تر با هدف بررسی دقیق تر جزئیات این یافته ها کنند. ضمن آنکه بررسی نقش نگرش به بستری شدن و درمان به عنوان متغیری واسطه‌ای و تعدیل کننده میان مؤلفه های درمانی و متغیرهای مربوط به پیامد درمان در کنار مداخلاتی که در اصلاح این نگرش مؤثرند نیز ارزشمند خواهد بود.

برای اصلاح شرایطی که نتایج حاصل از پژوهش حاضر به تصویر کشیده است می توان اقداماتی اصلاحی‌ای به شرح زیر نیز پیشنهاد کرد:

۱) برنامه ریزی جهت افزایش غنای برنامه های اقامتی بیماران روانپزشکی با هدف از بین بردن یکنواختی محیط بخش‌ها و بیمارستان‌های محل بستری آنها که برای این منظور می توان از مداخلات روانشناختی و کاردرمانی به خوبی بهره گرفت.

۲) ایجاد تنوع ساختاری در بخش ها و محیط بیمارستان های روانپزشکی با رعایت مؤلفه های زیبایی شناختی و استفاده از محرک های جلب توجه مثبت در ساختار فیزیکی بخش ها و بیمارستان.

۳) انجام اقداماتی در جهت شبیه ساختن هر چه بیشتر محیط بیمارستان و بخش روانپزشکی به محیطی برای زندگی و دور ساختن آن از فضای بیمارستانی.

۴) بهبود کیفیت وعده ها و میان وعده های غذایی با نظرخواهی از بیماران و مشارکت دادن آنها در تنظیم برنامه غذایی

۵) بازطراحی پروتکل درمانی بیماران با مشارکت کلیه اعضای تیم درمان و لحاظ کردن مداخلات چند تخصصی در فرایند درمان و با تأکید ویژه بر آموزش و بازآموزی روانشناختی بیماران به کمک ابزارهای آموزشی چند رسانه ای و برنامه هایی نظیر بازگشت به اجتماع که با همین هدف طراحی شده اند، و نظارت بر حسن اجرای آن.

۶) استفاده از گایدلاین های درمانی موجود و پایش مستمر پیامدهای درمانی حاصل از آنها با هدف اِعمال اصلاحات لازم و بومی سازی گایدلاین های مذکور.

۷) برگزاری دوره های آموزش و بازآموزی شیوه تعامل مؤثر با بیماران روانپزشکی برای پزشکان معالج و کارکنان درمانی این بیمارستان ها با هدف بهبود تعامل میان کارکنان و بیماران و استفاده از ابزارهای نظارتی جهت پیشگیری از بدرفتاری های عامدانه با بیماران.

۸) شناسایی مشکلات و نیازهای بیماران در مدت اقامت در بیمارستان و پیگیری مستمر جهت رفع آنها.

۹) مشارکت دادن بیماران در برنامه ریزی و اجرای مداخلات درمانی و توجه دقیق به بازخوردهای آنها پیرامون فرایند درمان شان و رفع مشکلات احتمالی.

۱۰) اصلاح قواعد حاکم بر اداره بخش های روانپزشکی به گونه ای که بیماران در مدت اقامت خود در این بخش ها از آزادی های فردی بیشتری برخوردار باشند و در حد امکان بتوانند در امورات شخصی خود نظیر نوع پوشش، حفظ حریم شخصی، و ... اِعمال نظر کنند.

۱۱) باز گذاشتن زمان ملاقات با بیماران تا حد امکان و برنامه ریزی و فراهم آوردن تسهیلاتی جهت تشویق خانواده های بیماران به مراجعه جهت ملاقات با آنها.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف توصیف و تبیین کیفی نگرش به بستری شدن و عوامل مرتبط با آن در دو گروه از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (گروهی که صرفاً تحت درمان روانپزشکی متعارف قرار گرفته بودند و گروهی که علاوه بر درمان متعارف در برنامه بازگشت به اجتماع نیز شرکت داشتند) و به روش تحلیل پدیدار شناختی تفسیری انجام شد. از تحلیل متن مصاحبه های بیماران گروه درمان روانپزشکی متعارف پنج موضوع محوری با عناوین "عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، ناآگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن تأثیرگذارند، و کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است" و از تحلیل متن مصاحبه های بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع شش موضوع محوری با عناوین "عوامل محیطی ای که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، آگاهی هایی که تأثیر مثبت بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، ناآگاهی هایی که تأثیر منفی بر نگرش بیماران به بستری شدن دارند، برنامه های درمانی بر نگرش بیماران به بستری شدن تأثیر مثبتی دارد، عواملی که با عزت نفس بیماران در ارتباطند بر نگرش آنها به بستری شدن

تأثیرگذارند، و کیفیت زندگی بیماران در طول مدت بستری شدن در بیمارستان بر نگرش آنها در این باره تأثیرگذار است" به دست آمد.

با توجه به اینکه یکی از مشکلات عمده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نگرش منفی ای است که نسبت به درمان دارند [۳] و این نگرش منفی سبب عدم متابعت درمانی این بیماران می شود [۴, ۵] و با توجه به مطالبی که در بخش بحث بیان شد می توان چنین نتیجه گرفت که عدم آگاهی کافی پیرامون ماهیت بیماری، ضرورت درمان، و لزوم بستری شدن؛ اعتماد نداشتن به پزشکان معالج، کارکنان درمانی، و مجموعه بیمارستان؛ کمیت و کیفیت برنامه های درمانی؛ وجود عوامل تهدید کننده عزت نفس در فرایند ارائه خدمات درمانی؛ و کیفیت نه چندان مطلوب زندگی بیماران در طول مدت اقامت شان در بیمارستان های روانپزشکی؛ و عوامل محیطی ناخوشایند در این بیمارستان ها از جمله عواملی هستند که به نحوی سبب ساز یا تشدید کننده مشکل نگرش منفی نسبت به بستری شدن و درمان به شمار می روند و متولیان امر باید به نحوی در صدد اصلاح آنها برآیند تا زمینه مثبت تر شدن نگرش بیماران به فرایند درمان فراهم گردد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با رعایت کلیه اصول اخلاقی پژوهش روی بیماران روان‌پزشکی و کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی با کد IR.USWR.REC.1396.150 و با همکاری مرکز تحقیقات سایکوز و هماهنگی معاونت پژوهش مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی انجام گرفت که پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی اشخاص حقیقی و حقوقی و بیماران مرکز روان‌پزشکی رازی که صمیمانه در انجام این تحقیق همکاری نمودند اعلام می دارند. ضمناً شایان ذکر است که این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله، در رشته روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی می‌باشد.

References

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2015.
3. Barlow D, Durand V. Abnormal Psychology: An Integrative Approach. 7th ed. Stanford: Cengage Learning; 2015.
4. Henriksen MG, Parnas J. Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. Schizophr Bull. 2014;40(3):542-7. doi: 10.1093/schbul/sbt087 pmid: 23798710
5. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. Br J Psychiatry. 1996;169(4):444-50. pmid: 8894195
6. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Hosseinzadeh M. The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia, 2014. J Caring Sci. 2015;4(3):243-51. doi: 10.15171/jcs.2015.025 pmid: 26464841
7. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophr Bull. 2006;32(4):709-14. doi: 10.1093/schbul/sbj065 pmid: 16510695
8. Lyons E, Coyle A. Analysing Qualitative Data in Psychology. 2nd ed. London: SAGE; 2016.
9. Coolican H. Research Methods and Statistics in Psychology. 5th ed. London: Hodder Education; 2009.
10. Burns N, Grove S. The Practice of Nursing Research. 4th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2003.
11. Nambisan P, Kreps GL, Polit S. Understanding electronic medical record adoption in the United States: communication and sociocultural perspectives. Interact J Med Res. 2013;2(1):e5. doi: 10.2196/ijmr.2437 pmid: 23612390
12. Speziale H, Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 2013.
14. Smith CM, Barzman D, Pristach CA. Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients. J Clin Pharmacol. 1997;37(2):147-54. pmid: 9055141
15. Liberman R. [Social and independent living skills: Cognitive Re-entry Program]. 1st ed. Tehran: Arjmand; 2012.
16. Liberman R, Wallace C, Blackwell G, Eckman T, Vaccaro J, Knebnel T. The UCLA social and independent living skills modules. Innov Res. 1993;2:43-9.
17. McEvoy JP, Aland J, Jr., Wilson WH, Guy W, Hawkins L. Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness and treatment. Hosp Community Psychiatry. 1981;32(12):856-8. pmid: 7309012
18. Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Kemmler G, Weiss EM, et al. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. J Clin Psychiatry. 2004;65(9):1211-8. pmid: 15367047
19. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. Psychiatr Serv. 1998;49(10):1313-6. doi: 10.1176/ps.49.10.1313 pmid: 9779901
20. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results

of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry. 2006;67(3):443-52. pmid: 16649832
21. Gilburt H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. BMC Health Serv Res. 2008;8:92. doi: 10.1186/1472-6963-8-92 pmid: 18439254
22. Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Hosp Community Psychiatry. 1990;41(11):1203-11. pmid: 1979044
23. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2006;114(4):265-73. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x pmid: 16968364
24. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? Am J Psychiatry. 2005;162(12):2382-4. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2382 pmid: 16330606