

گزارش بازدید از یک خانه اسکان حمایتی بیماران روانی (اسفند 1388)

دکتر نوشین زارعی¹، دکتر مسعود احمدزاداصل²، دکتر جعفر بوالهری³

[دریافت مقاله: 1389/5/10؛ پذیرش مقاله: 1389/6/15]

مقدمه

سرپناه‌های ایمن و رضایت‌بخش بازمی‌دارد، عبارتند از: نارسایی در مهارت‌های زندگی مستقل و اجتماعی، نشانه‌های شدید و اختلال‌های شناختی، عوامل اجتماعی مانند انگ، فقر، تبعیض و نیز نارسایی‌های سامانه خدماتی. پیامدهای این بی‌توجهی مواردی مانند استفاده نامناسب از خدمات بیمارستان‌های عمومی و روان‌پزشکی، ایجاد بار برای خانواده و درگیری بیشتر بیماران با سامانه قانونی و کیفری است (کاپلاویز و همکاران، 2009). یکی از اصلی‌ترین نیازهای بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روان‌پزشکی، کمک به آن‌ها برای بازگشت از بیمارستان به خانه است. ترخیص از بیمارستان یا اماکن اقامتی بازتوانی در صورتی که به‌خوبی انجام نشود، می‌تواند بر کل زندگی آینده بیماران تأثیر منفی بگذارد (سالتر⁸ و ترنر⁹، 2008). در این مورد کارهای گوناگونی انجام شده است؛ در ابتدا تلاش شد تا با به‌کارگیری محیط‌های زندگی انتقالی، بیماران از محیط‌های با نظارت زیاد به محیط‌های با نظارت کم منتقل شوند. مشکل محیط‌های انتقالی این بود که به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شده بودند که منجر به اقامت به مدت ثابت در هر مرحله از مراحل اسکان می‌شد و بیماران بیشتر برپایه نیازهای سامانه از مرحله‌ای به مرحله دیگر انتقال می‌یافتند، نه برپایه نیازهای متغیر خودشان و تغییرهای به‌وجودآمده در توانایی‌های شخصی‌شان. چیزی که در این سامانه وجود نداشت، توجه به تمایل شخصی بیمار برای اسکان بود، سامانه‌ای که به‌صورت فعال خواسته‌های بیماران

خدمات حمایتی نمونه نوعی مداخله بهبودی‌محور¹ است که هدف آن، قرار دادن بیمار در محیطی رقابتی (مانند شغل، آموزش یا اسکان) و دلخواه بیمار است تا در صورت لزوم خدماتی برای افزایش موفقیت او ارایه شود. این برنامه نقطه مقابل خدماتی است که بیمار را در کارهای غیررقابتی به کار می‌گمارد و یا در برنامه‌ها و محیط‌های مخصوص بیماران روانی قرار می‌دهد، محیط‌هایی که پیشرفت چندانی دربر نداشته، رضایت‌مندی کمتری به همراه دارد. در مداخله‌های بهبودی‌محور افزون بر اشتغال، آموزش و اسکان، اجتماعی کردن حمایتی² نیز مورد توجه قرار گرفته است (کاپلاویز³، لیبرمن⁴ و سیلورستین⁵، 2009). هر انسانی به محلی برای زندگی نیاز دارد (شپرد⁶ و مورای⁷، 2001). اسکان ایمن و قابل قبول یک جز اساسی در مجموعه خدمات پیچیده و پایه‌ای لازم برای نگهداری بیماران مبتلا به بیماری شدید و ناتوان‌کننده روانی در جامعه است (کاپلاویز و همکاران، 2009)، این امر کانون تلاش سیستم‌های مراقبت جامعه‌محور است (شپرد و مورای، 2001) که بدون آن درمان‌ها به شکست خواهد انجامید (کاپلاویز و همکاران، 2009). نکته درخور توجه و تعجب‌برانگیز این است که خدمات بهداشت روان و نیز متخصصان بهداشت روان علاقه کمی به موضوع اسکان نشان داده‌اند (شپرد و مورای، 2001). موانعی که بیماران روانی را از داشتن

¹ دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: 021-66506853 (نویسنده مسئول) E-mail: noushin_zarei@yahoo.com؛ ² دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ³ روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران.

1- recovery oriented interventions

2- supported socialization

3- Kopelowicz

4- Liberman

5- Silverstein

6- Shepherd

7- Murray

8- Salter

9- Turner

ادامه می‌یابد تا به موفقیت و ثبات فرد در خانه انتخاب شده بیانجامد. همچنین حمایت اجتماعی، مداخله در بحران، آموزش مهارت‌ها در خانه و مشاوره روان‌پزشکی در دسترس، به صورت سازگار با نیازهای متغیر بیمار در اختیار است. کمک‌های مالی نیز به وسیله اداره مسکن و شهرسازی ایالات متحده فراهم می‌شود (کاپلاویز و همکاران، 2009). در این فرایند باید با بیمار در مورد آنچه پس از ترخیص می‌تواند یا نمی‌تواند داشته باشد و این که چه نوع اسکانی برایش امکان‌پذیر است، صحبت شود. این امر باید با بررسی امکانات متفاوت بیماران در مورد محل زندگی مورد توجه قرار گیرد؛ بعضی بیماران خانه‌هایی دارند که زندگی با خانواده، به تنهایی، یا به صورت متناوب با خانواده و به تنهایی را امکان‌پذیر می‌سازد، برخی اصلاً خانه‌ای ندارند که پس از ترخیص از بیمارستان به آنجا بروند. برای این افراد گزینه‌های احتمالی شامل زندگی کردن مستقل، اسکان حمایتی و یا مواردی مانند زندگی با دوستان، زندگی در محل اسکان افراد بی‌خانمان در شهرها یا ماندن در خیابان‌هاست (سالتر و ترنر، 2008).

از نظر پژوهشی، با وجود یافت شدن 139 مقاله در مورد اسکان حمایتی، در هیچ‌یک از آن‌ها کارآزمایی‌های تصادفی یا نیمه تجربی به کار برده نشده بود. بنابراین هر چند اسکان حمایتی یک مداخله هنرمندانه تلقی شده است، می‌تواند همزمان اثرهای متناقضی مانند تشویق وابستگی به درمانگران را نیز در بر داشته باشد، که بررسی این امر نیازمند به کارگیری گروه کنترل است. همچنین باید در نظر داشت افزون بر یافته‌های مثبت پژوهش‌های بدون شاهد، سیاست بلندپروازانه و جاه‌طلبانه اسکان مستقل، بدون در نظر گرفتن عواملی مانند سوء مصرف مواد، شبکه اجتماعی فرد، فقر، کیفیت اسکان، فعالیت‌های جنایتکارانه موجود در همسایگی و میزان و کیفیت حمایت‌ها و کمک‌های گروه‌های بهداشت روان مبتنی بر جامعه، نمی‌تواند اقامت پایداری را فراهم آورد (کاپلاویز و همکاران، 2009).

گزارش بازدید از یک خانه حمایتی

با آگاهی از نقاط قوت و ضعف موجود در مستندات و شواهد علمی و شرایط موجود اجتماعی، گروهی دربرگیرنده دستیاران روان‌پزشکی نخستین دوره روان‌پزشکی جامعه‌نگر

را مدنظر قرار دهد و مهارت‌های مورد نیاز برای یافتن اسکان مستقل را به آنان بیاموزد. یکی از پیشرفت‌های سال‌های اخیر، تأکید بر اسکان حمایتی است (کارلینگ¹، 1993)، که در آن میزان حمایت انجام شده برپایه نیازهای بیماران است. موضوع اصلی در مراقبت اقامتی، حرکت از مراقبت بیمارستانی تک‌مراقبی² به سوی ارابه‌دهندگان گوناگون انتفاعی و غیرانتفاعی در جامعه بود. در سال 1955 بیش از 155000 تخت بیمارستانی طولانی مدت در انگلیس و ولز وجود داشت که تا سال 1988 به 36000 مورد کاهش یافت. در این سال‌ها به تدریج نقش بخش خصوصی و عمومی و داوطلبان در ارائه خدمات اقامت به افراد زیر 65 سال (غیر از مراکز نگهداری سالمندان) افزایش یافت (شپرد و مورای، 2001). در سال‌های اخیر مشارکت سامانه بهداشت روان و نهادهای اسکان عمومی بیشتر شده است، برای نمونه نهادهای ارابه‌دهنده درمان‌های جرأت‌مدار اجتماعی³ به صورت تزایدی یک جزء اقامتی را به عنوان جایگزین بستری در بیمارستان، در برنامه‌های خود گنجانده‌اند. در برخی نواحی ایالات متحده آمریکا مشارکت میان ارابه‌دهندگان خدمات اسکان و مراکز خدمات بهداشت روان دانشگاهی، به تربیت و آموزش نیروهای اسکان در مورد روش‌های مؤثر آموزش مهارت‌ها و مقابله با رفتارها منجر شده است. هدف این طرح‌ها استمرار بیشتر خدمات و انجام مداخله‌های مؤثر برای بیماران، میان بیمارستان و جامعه محل زندگی بیماران است. در ایتالیا یافته‌های موفقی از تعاونی‌های انسان‌دوستانه⁴ گزارش شده است که یک برنامه تلفیق محیط‌های اقامتی شبه‌خانواده با روش‌های بازتوانی روان‌پزشکی مبتنی بر شواهد است.

در سال‌های اخیر اسکان حمایتی بیشتر به کار برده شده است. نکته مهم در کاربرد اسکان حمایتی، حرکت از محیط‌های اقامتی - درمانی دانشگاهی و محیط‌های تخصصی متمرکز بر درمان و بازتوانی به خانه‌ای ایمن، مطمئن و متعلق به خود فرد، به عنوان پایه‌ای برای زندگی پایدار در جامعه است. در این دیدگاه جدید متخصصان محیط اقامت یا روش اقامتی بهتر برای بیمار را انتخاب نمی‌کنند، حتی بیماران را برپایه سامانه اقامتی با تخت‌های آزاد اسکان نمی‌دهند، به جای آن برپایه فلسفه بهبودی محور، به فرد کمک می‌شود تا شرایط زندگی مناسب خود را برپایه ملاک‌ها، اولویت‌ها، منابع و نیازهای خود انتخاب کند. بنابراین برای بیمار نقش مستأجر، صاحب‌خانه، همسایه و... در نظر گرفته می‌شود که با اهداف متقابل توافق شده با دیگران تمرین می‌شود. این امر تا آنجا

1- Carling

2- single provider hospital care

3- assertive community treatment

4- cooperativa humanitas

در دانشگاه علوم پزشکی ایران به همراه اساتید مشاور این دوره، بدون اطلاع پیشین در اسفند ماه سال 1388 از یک خانه اسکان حمایتی بازدید کردند.

این خانه حمایتی در منطقه 22 تهران قرار دارد که در اواخر سال 1387 برپا شده است. از نظر ویژگی‌های فیزیکی، این خانه یک ساختمان استیجاری دوطبقه شمالی با یک حیاط کوچک و سرسبز است. هر طبقه شامل سه اتاق دو تخته با پنجره‌های بدون نرده و وسایل و امکانات مبتنی بر نیازهای افراد، آشپزخانه با امکانات مورد نیاز (گاز، یخچال و وسایل آشپزی)، سالن پذیرایی مبله‌شده و تلویزیون برای زمان‌های فراغت است. در این مرکز فرد می‌تواند تخت و اتاق خود را انتخاب کند، همچنین برای بیمار مناسب‌ترین سبک زندگی روزمره شامل تمرین منظم، فعالیت‌های تفریحی، کارهای متداول روزانه، مصرف غذای متعادل و خودداری از مصرف الکل و مواد مخدر است که در این مرکز سعی می‌شود مورد توجه قرار گیرد.

هشت بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا با سابقه بیش از 10 سال بیماری و عود و بستری شدن‌های مکرر، که نشانه‌های مثبت و منفی و اختلال بارز عملکردی در تمامی زمینه‌ها داشتند، در این خانه زندگی می‌کردند. این بیماران به دلیل پشت‌سر گذاشتن دوره‌های آموزشی زمان بستری و ادامه این آموزش‌ها در این مرکز، با نشانه‌های بیماری خود، نام بیماری، پیامدهای رفتار روان‌پریش و نشانه‌های هشدار پیش از بستری به‌طور کامل آشنا بودند، داروها و اثر آن‌ها را تا حدی می‌شناختند و پذیرش مناسب داشتند. آن‌ها به اهمیت درمان دارویی و غیردارویی پی برده، تنظیم دُز دارو را به‌طور کامل به پزشک خود سپرده بودند.

در این خانه تمرکز بر توانایی‌های فرد و علاقه او برای انتخاب کارهای منزل بود. همچنین تلاش می‌شد حرفه و دانش آموخته‌شده پیشین فرد به کار گرفته شود. برای مثال فردی که تحصیلات ریاضی داشت، در پرداخت قبض‌ها و مدیریت پول منزل همکاری می‌کرد و فردی که به کارهای عملی علاقه‌مند بود، خریدها و تمیز کردن منزل را عهده‌دار می‌شد. به‌طور کلی کارها به‌شيوه‌ای انجام می‌شد که همکاری گروهی، حمایت متقابل و احساس رضایت‌مندی در افراد را برآورده سازد. برخی قوانین و مقررات خاص این خانه عبارت بودند از: 1- افراد نباید صبح‌ها در منزل بمانند و باید برای شرکت در کلاس‌های آموزشی به یک مرکز توان‌بخشی

روانی همکار بروند، 2- افراد موظف به انجام وظایف روزانه خود هستند، 3- همگی باید به دستورهای شهردار خانه عمل کنند، 4- هر تصمیم جدید (برای مثال خرید آکواریوم برای منزل) باید با رضایت همه افراد باشد، 5- افراد اجازه خروج از خانه را دارند، البته باید پس از باخبر کردن شهردار، مکان مراجعه را به روان‌پزشک یا مددکار مرکز اطلاع دهند، 6- افراد باید تلاش کنند مشکل‌های ارتباطی میان خودشان را با کمک شهردار حل کنند و در صورت احساس نیاز و تمایل، برای حل مسأله به روان‌پزشک خود مراجعه کنند، 7- باید همگی در انجام امور منزل مشارکت داشته باشند.

نکته قابل توجه دیگر همدلی کردن افراد نسبت به یکدیگر بود، که با درک نشانه‌ها و رفتارهای یکدیگر، برای انتقال آموخته‌های خود به دیگری تلاش کرده، یکدیگر را به مصرف منظم داروها، پرهیز از گوشه‌گیری و حضور در کلاس‌های آموزشی روزانه تشویق می‌کردند. افراد ساکن در این خانه، بدون حضور مستقیم افراد متخصص و حرفه‌ای، با توافق همدیگر و هماهنگی با اولویت‌ها و علایق خودشان برای ایجاد احساس رضایت‌مندی بیشتر - که خود جزئی از کاردرمانی بیماران است - نقش‌های مشخصی را در انجام کارهای روزانه برعهده می‌گرفتند. برای مثال یک نفر نقش همیار روان‌پزشک و شهردار خانه را برعهده می‌گرفت، این فرد که مورد تأیید مرکز و دیگر ساکنان خانه بود، کارها را به‌شيوه‌ای که مورد علاقه افراد دیگر است، تقسیم می‌کرد، برای مثال خرید نیازمندی‌های روزمره، پرداخت قبض‌ها، تهیه صبحانه و شام و... البته تأمین مالی قبض‌ها و سایر هزینه‌ها برپایه دریافت هزینه ماهانه از خانواده بیماران، برعهده مرکز توان‌بخشی روانی همکار بود، اما مدیریت انجام و پرداخت آن توسط افراد خانه انجام می‌شد. روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی، مددکار اجتماعی و مسئول امور اداری و تدارکات مرکز نیز عملکرد فردی، اجتماعی و کاری افراد را بررسی می‌کردند. این بررسی یا در دوره‌های آموزشی داخل مرکز انجام می‌شد و یا در بازدیدهای تصادفی از خانه. در این بررسی‌ها مهارت‌های روزانه زندگی، مشارکت با سایر افراد خانه و چگونگی ارتباط‌های میان‌فردی مورد ارزشیابی قرار می‌گرفت. در نهایت روان‌پزشک همراه با تیم بازتوانی و مشارکت همیار و نظرخواهی از یک‌یک افراد، یک برآورد کلی از کارکرد بیمار، با توجه به چگونگی مدیریت ارتباط‌های میان‌فردی، مهارت‌های اجتماعی زندگی (پرداخت

سیاسکزاری

بدین وسیله از آقای دکتر حمید طاهرخانی صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- Carling, P. J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry*, 19, 439- 449.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Silverstein, S. M. (2009). Psychiatric rehabilitation. In: B. Sadock, V. Sadock & P. Ruis (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salter, M., & Turner, T. (2008). *Community mental health care: A practical guide to outdoor psychiatry*. China: Churchill Livingstone.
- Shepherd, G., & Murray, A. (2001). Residential care. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry*. New York: Oxford University Press.

قبوض و خرید و...)، مهارت‌های روزانه زندگی (آشپزی، بودجه‌بندی و...)، مشارکت با افراد دیگر و شیوه رویارویی با رفتار دیگران انجام می‌داد. روان‌پزشک مرکز در زمان‌های مورد نیاز مداخله در بحران را نیز انجام می‌داد. با این روش امکان نیاز به بستری شدن این افراد به نحو چشم‌گیری کاهش می‌یافت.

برنامه یک روز معمولی در این خانه به این شرح است: صبح پس از بیدار شدن از خواب سر ساعت مشخص، فرد مسئول، صبحانه را برای افراد خانه آماده کرده، پس از خوردن صبحانه و داروها، همه افراد به مرکز توان‌بخشی روانی همکار رفته، موظف به شرکت در کلاس‌های صبح (شامل گروه‌درمانی، کاردرمانی و...) هستند. پس از خوردن ناهار، حدود ساعت دو بعدازظهر افراد به خانه برمی‌گردند و بعدازظهر را به کارهای مورد علاقه و تفریح (مانند رفتن به پارک، خرید یا دیدار با خانواده) می‌پردازند. گاهی خانواده‌ها به دیدن آن‌ها می‌آیند و با این کار در واقع در درمان و فرایند بهبودی شرکت می‌کنند. تمرکز بر خانواده و برگزاری کلاس‌های آموزشی مداخله خانواده در روند بهبود بیماری بسیار بااهمیت است. شب‌ها افراد خانه خودشان مسئول تهیه شام هستند. گاهی نیز پزشک مرکز سرزده و دوستانه به دیدن افراد خانه می‌آید.