

مقایسه تأثیر دو نوع مداخله مدیریت مورد (کارشناسان بهداشت و
اعضای خانواده بیماران) بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا

Comparing Effect of two type of case Management Intervention
(Health Worker and Family Member of Patient) in Quality of Life
of Schizophrenic Patients

L. Panaghi, Ph.D.

دکتر لیلی پناغی ✉

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

S. K. Malakoti, Ph.D.

دکتر سید کاظم ملکوتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

N. Chimeh, Ph.D.

دکتر نرگس چیمه

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

Z. Ahmadabadi

زهره احمدآبادی

کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی

A. Nori Karbalaii, Ph.D.

دکتر اشرف نوری کربلایی

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۸۸/۴/۲۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۰/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۲۷

چکیده:

Abstract

Objective: The present research aims to examine the effectiveness of two kinds of case management intervention (a health worker and a family member of a Schizophrenic patient).

Method: The design of this study was quasi-experimental. 176 schizophrenic

این مطالعه به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر جامعه و مقایسه دو نوع مداخله مدیریت مورد (کارشناسان بهداشت و اعضای خانواده بیماران) بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی پرداخته است. این مطالعه از نوع شبه تجربی بود که در آن ۱۷۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا تحت دو نوع مداخله

✉Corresponding author: Family Research Ins-titute, Shahid Beheshti University, G. C., Tehran, Iran
Tel: +9821-22431814
Fax:+9821-29902368
Email: lpnaghi@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - پژوهشکده خانواده
تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴ - دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۸
پست الکترونیکی: lpnaghi@yahoo.com

patients received case management interventions in two groups: family members and health workers. Before and after the interventions, the Wisconsin Quality of Questionnaire was completed by the participants.

Results: No difference in the subscale of quality of life questionnaire was observed between the two groups. However, in some subscales, like symptoms of disease, economic status and satisfaction, the family member intervention showed a higher score. Community-based intervention and case management improves the quality of life in both groups.

Conclusion: Case management could be achieved successfully by family members of Schizophrenic patients who have a high-school diploma, which consequently may result in saving money and resources.

KeyWords: Family, Quality of Life, Schizophrenia, Case Management, Community-Based Intervention.

مدیریت مورد شرکت کردند که با آزمون کیفیت زندگی ویسکانسین قبل و بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان دادند که نه تنها در تمامی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی تفاوتی معنادار بین خدمات گروه کارشناسان و اعضای خانواده وجود نداشت، بلکه در بعضی از خرده‌مقیاس‌ها مانند وضعیت اقتصادی، رضایت و علائم بیماری، گروه اعضای خانواده میانگین بالاتری کسب کردند.

هم‌چنین مداخله مبتنی بر جامعه و مدیریت مورد، صرف‌نظر از گروه ارائه‌دهنده خدمات در منزل، به بهبود معنادار کیفیت زندگی انجامید. در نتیجه برای انجام مداخله مدیریت مورد می‌توان به اعضای خانواده بیماران با سطح تحصیل دیپلم نیز اعتماد کرد و ارائه این‌گونه خدمات را با هزینه کمتر انجام داد.

کلیدواژه‌ها: خانواده، کیفیت زندگی، اسکیزوفرنیا، مدیریت مورد، مداخله مبتنی بر جامعه

مقدمه

موضوع کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی یکی از نگرانی‌های عمده محققین و متخصصین بالینی است (آنتونس، استلا، سانتوس، بونو و دوملو، ۲۰۰۵). بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، نظام ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد است. این مفهوم گسترده سلامت، حالت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، عقاید فردی و ارتباط فرد را با محیط دربرمی‌گیرد. بر اساس این تعریف، کیفیت زندگی، چندبعدی، ذهنی و شامل دو سطح مثبت و منفی است (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸).

لمان (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را به منزله دیدگاه‌های بیماران در مورد این‌که «چه دارند، چگونه عمل می‌کنند و یا درباره شرایط زندگی چه احساسی دارند» (داشته‌ها، طرز عمل و احساسات

مربوط به زندگی) تعریف کرده است. به طور خلاصه، کیفیت زندگی، احساس فرد از رفاه را در برمی‌گیرد و اغلب شامل وضعیت عملکردی و دسترسی به منابع و فرصت‌ها می‌شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی نسبت به جمعیت عمومی پایین‌تر است و بهبود شاخص‌های سلامتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات ذهنی جدی مانند اسکیزوفرنی، می‌تواند باعث رفع پریشانی و ناتوانی در این بیماران گردد (هویت، ۲۰۰۷). در جریان بیمارستان‌زدایی^۱ در درمان بیماران اسکیزوفرنی، جهش پارادایمی مهمی از تقلیل علائم یا پیشگیری از عود^۲ به سمت تقویت کیفیت زندگی در روان‌پزشکی رخ داده است (کتسچینگ، ۱۹۹۷)؛ از این رو بسیاری از محققان تأکید می‌کنند که کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی نسبت به علائم بیماری، اهمیت بیشتری دارد و حفظ و توسعه آن یکی از ضروریات است و بایستی اساس کار سیستم‌های درمانی قرار گیرد (بچدولف، پاکروپ، کوهن، تچینکل، ویث و شالتز- لوتر، رارمن، گیر، پلمن و کلوسترکوتر، ۲۰۰۵؛ ریتسنر و گیبل، ۲۰۰۶).

به دنبال مؤسسه‌زدایی^۳ از درمان بیماران اسکیزوفرنی، نقش خانواده در فراهم کردن مراقبت و حمایت برای افراد با اختلالات روانی مورد توجه قرار گرفت (گوتیرز- مالدونادو، کاکوی- اوریزار و کاونانگ، ۲۰۰۵). عملکرد مطلوب خانواده بیماران اسکیزوفرنی و برقراری رابطه صمیمانه و حمایتی با آن‌ها، رضایت زندگی و رفاه روان‌شناختی بیماران را افزایش می‌دهد (گرینبرگ، کنادسن و اشبرنر، ۲۰۰۶؛ بنگستون، بیبلرز و رابرتز، ۲۰۰۲) و احساس گرما، نزدیکی، احساسات مثبت، و ابراز حمایت در خانواده به بهبود کیفیت زندگی بیماران منجر می‌شود (بیکر، جودری و اینتاگلیاتا، ۱۹۹۲؛ کارون، تمپیر، مرسیر و همکاران، ۱۹۹۸).

یکی از اثربخش‌ترین روش‌های مداخله در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، حفظ و بهبودی سلامت روانی آن‌ها، کاهش دفعات عود بیماری و هزینه درمان و افزایش رضایت بیماران و خانواده‌های آنان و سیستم مدیر - مورد^۴ است (اشمیت - پوسنر و جرل، ۱۹۹۸؛ ساراوانامتا و پایک، ۲۰۰۳؛ کونو و آسوکای، ۲۰۰۰؛ مارکز، کونولی و مویجن، ۱۹۹۴). مدیر مورد، اتصالی انسانی بین بیمار و اجتماع مخصوصاً سازمان‌ها و فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی است (پسکوسولیدو، رایت و سالیوان، ۱۹۹۵) و با همکاری فعالانه و پیگیرانه در درمان سلامت روانی بیماران از طریق کاهش تخریب^۵ روان‌پزشکی، آموزش بیماران در توانبخشی روانی - اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی برای افزایش کارآمدی روانی - اجتماعی و بهره‌گیری وسیع‌تری از منابع و فرصت‌های مالی، شغلی و اجتماعی، بر محدودیت‌های سیستم‌های درمانی و مراقبتی بیمارستان‌محور فائق می‌آید (جینت، ال‌گزنر و اولمن، ۲۰۰۱).

برنامه‌های مدیریت مورد در رابطه با دامنه وسیعی از پیامدها مانند بستری شدن، هزینه مراقبت، استفاده از خدمات بهداشت روانی و پیامدهای بیمار مثل علائم، عملکرد اجتماعی، شکایت از درمان

و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته است (اسکات و دیکسون، ۱۹۹۵؛ اِگرت، زیمر، هال و فریدمن، ۱۹۹۱؛ سولومون، ۱۹۹۲؛ هالووی، اولیور، کالینز و کارسون، ۱۹۹۵).

مطالعات متعددی به سودمندی مدیریت مورد در ارائه خدمات توانبخشی، آموزشی و شغلی به بیماران روانی اشاره کرده‌اند (برنز، فیوریتی، هالووی، مالم و روزلر، ۲۰۰۱؛ جینت و همکاران، ۲۰۰۱؛ چین من، روزنپک و لم، ۲۰۰۰؛ سولومون، درین و دلانی، ۱۹۹۵؛ سالزر، ۲۰۰۲؛ کرایگ، گارتی، پاور، راهمان، کلبرت، فوررنلز - آمبروجو و دان، ۲۰۰۴) که در آن‌ها تفاوتی بین اثربخشی استفاده از خدمات روان‌پزشکی افراد غیرمتخصص به‌عنوان مدیر مورد و کارشناسان دیده نشده است. هاکسلی، اوانز، برنز، فاهی و گرین (۲۰۰۱) بهبودی معنادار را در دو سال مدیریت مورد بین دو گروه مورد مطالعه (مدیریت مورد متمرکز و مراقبت استاندارد) مشاهده کردند. آدونل، پارکر، رابرتز، ماتیوز، فیشر، جانسون و هادزی-پاولویچ (۱۹۹۹) خدمات مشتری‌محور را در بیماران مبتنی بر جامعه و بیماران دوقطبی بررسی کردند و دریافتند که بین دو گروه در مقیاس‌های کمی کارآمدی، ناتوانی، کیفیت زندگی و رضایت از خدمات تفاوت معناداری بدست نیامد، اما در مقیاس کیفی رضایت از خدمات، تفاوت‌ها معنادار بود. جینت و همکاران (۲۰۰۱) در یک مطالعه طولی و با بررسی ۸۹۵ مشتری در فاصله سال‌های ۹۱ تا ۹۶ و پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی و خصوصیات روان‌پزشکی نشان دادند که درمان مدیریت مورد به بهبود کیفیت زندگی هم در بعد سلامت ذهنی و هم در بعد عینی منجر می‌گردد.

به دلیل شروع زودرس بیماری و ایجاد اختلال در همه عمر و نیاز به مراقبت پیگیر و پیوسته، این بیماری هزینه هنگفت و فزاینده‌ای را بر سامانه بهداشت روانی وارد می‌کند، به‌طوری که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همواره بیش از نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). تحقیقات در ایران نیز نشان داده که می‌توان با ارائه خدمات درمانی و بهداشت عمومی و روان‌پزشکی توسط افراد غیرمتخصص آموزش‌دیده هم‌چون مصرف‌کنندگان خدمات روان‌پزشکی و اعضای خانواده بیماران اسکیزوفرنی، به کاهش بیشتر هزینه‌ها در عین حفظ کیفیت مراقبت دست یافت (شادپور، ۲۰۰۰؛ یاسمی، شاه‌محمدی، باقری‌یزدی، بوالهروی، رزاقی، بیبا و محیط، ۲۰۰۱).

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر جامعه و مقایسه دو نوع مداخله مدیریت مورد (کارشناسان بهداشت و اعضای خانواده بیماران) بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی است.

روش

در این مطالعه میزان کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های آن، قبل و بعد از ارائه خدمات در منزل توسط دو گروه مدیر مورد - کارشناسان بهداشت روان و اعضای خانواده بیماران - مورد مقایسه قرار

گرفت. از این رو روش این مطالعه از نوع شبه تجربی^۶ بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، بیماران عضو و مددجوی احبا (انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی)، بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مراکز خصوصی بودند. برای جمع‌آوری تعداد آزمودنی‌های مورد نیاز، در عرض سه ماه با ۱۹۷ عضو انجمن احبا، ۸۶ بیمار معرفی شده از مرکز خصوصی و ۲۴ بیمار معرفی شده از بیمارستان‌های روان‌پزشکی تماس گرفته شد. از مجموع ۳۰۷ نفر، ۱۷۶ بیمار برای شرکت در طرح به دفتر انجمن برای تکمیل پرسشنامه مراجعه نمودند. این تعداد بر حسب محل سکونت مدیران مورد تقسیم شدند، به طوری که ۹۸ بیمار در گروه اعضای خانواده و ۷۸ مورد در گروه کارشناس قرار گرفتند. شرایط انتخاب نمونه عبارت بودند از: موافقت بیمار و مراقب اصلی وی برای مشارکت در طرح و امضای رضایت‌نامه توسط بیمار و مراقب اصلی؛ بیماری در مرحله حاد بیماری نبوده و حداقل سه ماه از مرحله حاد سپری شده باشد، بیمار در طیف سنی ۵۰-۱۵ سال باشد، معتاد نباشد، عقب‌ماندگی ذهنی نداشته باشد و همزمان از خدمات مشابه از سایر مراکز روان‌پزشکی برخوردار نباشد.

شیوه اجرا

اجرای پروژه از اول مهر ماه سال ۸۴ تا پایان آذر ۸۵ ادامه یافت. طبق پروتکل طرح، در جلسه اول ویزیت بیماران، در محل دفتر احبا انجام شد که در آن پرسشنامه‌های پژوهش تکمیل شد و مشاور با بیمار و خانواده وی برای آشنایی اولیه و تعیین قرار ملاقات در منزل، ملاقات کرد. پس از آن بیمار ماهی یک‌بار در منزل ویزیت گردید و در هر ویزیت خدماتی چون حضور در منزل بیمار به مدت یک ساعت، تکمیل چک لیست علائم بیمار و عوارض دارویی و آموزش به بیمار و خانواده بر حسب برنامه آموزشی تعیین شده برای هر یک از جلسات انجام شد. در سه ماه اول هر دو هفته یک‌بار و سپس ماهی یک‌بار با حضور دو تا سه تن از اعضای گروه تحقیق و نیز مدرسین، کلاس‌هایی به منظور رسیدگی به مشکلات مشاوران و ارائه راهنمایی‌های لازم به آنان برگزار گردید. طی تحقیق، جلسات آموزشی خودیاری در فرهنگ‌سراهای شهرداری‌ها به صورت ماهانه انجام شد. به منظور کنترل اجرای برنامه طبق پروتکل تدوین شده، دو نوع پایش در نظر گرفته شد که در آن هیأت مدیره انجمن احبا و افرادی خارج از سیستم اجرا، کار نظارت بر طرح را انجام دادند. از ۱۷۶ بیمار که در طرح شرکت نموده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، ۴۷ بیمار از ادامه همکاری با طرح انصراف دادند. این ۴۷ مورد شامل ۲۹ مورد انصراف از شرکت در طرح، ۲ مورد دارای زندگی مجردی (بدون خانواده)، ۵ مورد بستری در مراکز نگهداری، ۵ مورد فوت و ۶ مورد

انتقال محل سکونت به سایر شهرستان‌ها بوده است. در نهایت ۱۲۹ نفر مورد تحلیل نهایی قرار گرفتند. برای انتخاب مدیران مورد، ۳۰ کارشناس روان‌شناسی و ۴۵ عضو خانواده بیمار با سطح تحصیلات در حد دیپلم، انتخاب شده که دوره آموزش نظری و عملی یک ماهه را به مدت ۳۰ ساعت برای کارشناسان و ۶۰ ساعت برای اعضای خانواده سپری نمودند. پس از پایان دوره، با ارزیابی در سه مرحله به صورت شفاهی و کتبی برای هر یک از گروه‌ها (کارشناسان و خانواده‌ها)، ۳ نفر اصلی و ۳ نفر به عنوان ذخیره انتخاب شدند.

توضیح تحقیق به آزمودنی‌ها، عدم اصرار برای شرکت در این طرح، محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها با در نظر گرفتن کد به جای اسم و سایر مشخصات برای هر یک از آن‌ها، تکمیل رضایت‌نامه و نیز اخذ مجوز کمیته اخلاق انستیتو روان‌پزشکی از نکات اخلاقی رعایت شده در این طرح است. داده‌ها با استفاده از روش‌های توصیفی، کای دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر^۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

آزمون کیفیت زندگی ویسکانسین^۸ (WQoL): این پرسشنامه علاوه بر اطلاعات پایه و دموگرافیک، ابعاد مختلف زندگی از جمله فعالیت‌های شغلی، آسایش روانی، سلامت فیزیکی، ارتباطات اجتماعی، وضعیت اقتصادی، فعالیت‌های زندگی روزمره، اهداف، سطح رضایت عمومی از شاخص‌های عینی زندگی را بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط بکر، دیاموند و سینتفورت (۱۹۹۳) تهیه شد و در سال ۱۹۹۵ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. در تحقیق دیاز، مرسیر، هاچی، کارون و بویر (۱۹۹۹) آلفای کرونباخ این مقیاس در دو نمونه انگلیسی و فرانسوی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۰ بدست آمده است. در ایران بیان‌زاده و کربلایی نوری (۱۳۷۷) آن را در بین ۱۰۰ بیمار اسکیزوفرنیک اجرا کرده و بر حسب شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور بازنویسی کردند. در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با روش آزمون-بازآزمون بررسی شد که ضرایب همبستگی از ۰/۱۵ تا ۰/۸۶ بدست آمد. آلفای کرونباخ این مقیاس نیز معادل ۰/۷۳ محاسبه شد.

یافته‌ها

بر اساس جدول ۱، از نظر آماری هیچ تفاوتی بین دو گروه مدیر مورد در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران اسکیزوفرنی وجود ندارد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها در دو گروه اعضای خانواده و کارشناسان بهداشت

آزمون آماری	گروه کارشناسان بهداشت تعداد (درصد)	گروه اعضای خانواده تعداد (درصد)	
$\chi^2=10.62$	جنس		
	۲۰ (۳۱/۳)	۱۹ (۲۹/۲)	زن
	۴۴ (۶۸/۸)	۴۶ (۷۰/۸)	مرد
$\chi^2=3.912$	وضعیت تأهل		
	۴۸ (۷۵)	۴۳ (۶۷/۳)	مجرد
	۱۴ (۲۱/۹)	۱۳ (۲۰/۳)	متاهل
	۲ (۳/۱)	۸ (۱۲/۵)	مطلقه
$\chi^2=4.891$	وضعیت تحصیل		
	۲ (۳/۱)	۲ (۳/۱)	بی‌سواد
	۵ (۷/۸)	۳ (۴/۶)	ابتدایی
	۱۰ (۱۵/۶)	۹ (۱۳/۸)	راهنمایی
	۳۹ (۶۰/۹)	۳۳ (۵۰/۸)	دبیرستان
	۸ (۱۲/۵)	۱۸ (۲۷/۷)	دانشگاهی
$\chi^2=1.111$	سن		
	۵ (۷/۸)	۴ (۶/۲)	زیر ۲۰ سال
	۱۹ (۲۹/۷)	۱۵ (۲۳/۱)	بین ۲۰ تا ۳۰ سال
	۲۲ (۳۴/۴)	۲۷ (۴۱/۵)	بین ۳۰ تا ۴۰ سال
	۱۸ (۲۸/۱)	۱۹ (۲۹/۲)	بالای ۴۰ سال

به دلیل ریزش در دو گروه، پیش از شروع مطالعه مشخصات جمعیت‌شناختی و نمره کیفیت زندگی بین گروه ریزش‌یافته و گروه باقی‌مانده مقایسه‌ای صورت گرفت که تفاوت معناداری را نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های ریزش یافته ($n=47$) و باقی‌مانده ($n=129$) در طرح

P.	df	کای دو	گروه باقی‌مانده در مطالعه		گروه ریزش‌یافته				
			تعداد	درصد	تعداد	درصد			
NS	۱	۱/۸۷	۹۱	۷۰/۵	۳۸	۸۰/۹	مرد	جنس	
			۳۸	۲۹/۵	۹	۱۹/۱			زن
NS	۲	۳/۳	۸۴	۶۵/۱	۲۷	۵۷/۴	مجرد	وضعیت تأهل	
			۲۷	۲۰/۹	۸	۱۷			متاهل
			۱۸	۱۴	۱۲	۲۵/۵			غیره

ادامه جدول ۲

NS	۲	۰/۱۸۸	۹/۷	۱۲	۹/۳	۴	بی‌سواد و ابتدایی	وضعیت تحصیل
			۶۹/۴	۸۶	۶۲/۸	۲۷	راهنمایی و متوسطه	
			۲۱	۲۶	۲۷/۹	۱۲	دانشگاهی	
NS	۱	۰/۱۰۰۵	۳۷/۸	۴۵	۳۷/۲	۱۶	شخصی	منبع درآمد
			۶۲/۲	۷۴	۶۲/۸	۲۷	کمک	
P	df	t	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		کیفیت
NS	۱۵۹	۰/۳۳۱	۰/۸۲	۰/۴۶	۰/۹	۰/۵		زندگی

در جدول ۳ میانگین‌ها و انحراف معیارهای مربوط به دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله‌گر خانواده‌بیماران و گروه کارشناسان بهداشت آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بین دو گروه مورد مطالعه

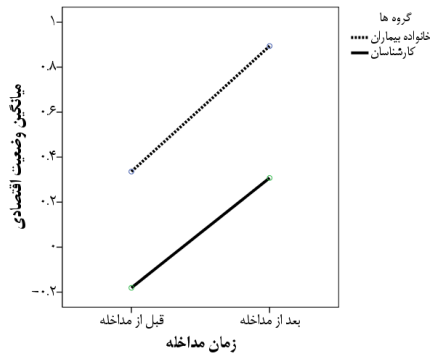
مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		کیفیت زندگی (نمره کل)
گروه کارشناسان بهداشت	گروه اعضای خانواده	گروه کارشناسان بهداشت	گروه اعضای خانواده	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۸۰ (۰/۶۷)	۰/۸۱ (۰/۸۲)	۰/۴۷ (۰/۷۷)	۰/۳۹ (۰/۸۹)	
۱/۰ (۰/۸۳)	۱/۲۳ (۱/۰۴)	۰/۹۳ (۱/۰۶)	۰/۷۱ (۱/۲۰)	رضایت
۰/۵۳ (۱/۷۲)	۰/۵۲ (۱/۷۲)	۰/۵۸ (۱/۶۷)	۰/۷۳ (۱/۷۲)	فعالیت شغلی
۰/۹۳ (۱/۱۱)	۰/۱۳ (۱/۱۶)	۰/۴۹ (۱/۱۸)	۰/۵۳ (۱/۱۹)	رفاه روان‌شناختی
۰/۹۵ (۰/۹۶)	۱/۱۲ (۰/۷۰)	۱/۰۸۸ (۰/۸۹)	۰/۵۶ (۰/۹۰)	علائم
۰/۵۴ (۱/۲۵)	۰/۴۱ (۱/۳۳)	۰/۱۶ (۱/۸۲)	۰/۷۴ (۱/۷۲)	رفاه جسمانی
۱/۹۸ (۰/۱۲)	۱/۹۶ (۰/۱۷)	۱/۸۵ (۰/۳۵)	۱/۹۰ (۰/۲۹)	سوء مصرف در ماه گذشته
۱/۵۵ (۱/۳۸)	۱/۴۳ (۱/۴۳)	۱/۱۱ (۱/۳۱)	۱/۰۳ (۱/۶۶)	حمایت اجتماعی
۰/۳۸ (۱/۶۵)	۰/۸۳ (۱/۵۰)	۰/۵۴ (۱/۸۵)	۰/۳۲ (۱/۷۲)	وضعیت اقتصادی
۱/۵۲ (۱/۱۵)	۱/۱۷ (۱/۱۵)	۱/۱۴ (۱/۱۳)	۰/۹۲ (۱/۳۲)	فعالیت روزمره

بر اساس جدول ۴، بین دو گروه کارشناسان بهداشتی و اعضای خانواده بیماران بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی و خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت معناداری وجود ندارد. فقط در خرده‌مقیاس وضعیت اقتصادی، میانگین گروه اعضای خانواده به‌طور معناداری بالاتر از گروه کارشناسان است (۰/۸۳ در مقابل ۰/۳۸). کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی پس از مداخله مدیریت مورد - صرف نظر از

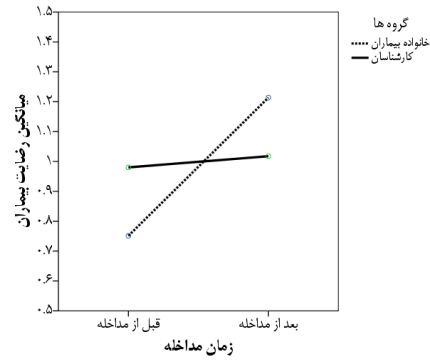
عضویت در گروه مداخله - بهبود معناداری یافته است، تنها در خرده‌مقیاس علائم بیماری، مداخله نتوانست تغییرات معناداری را موجب شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

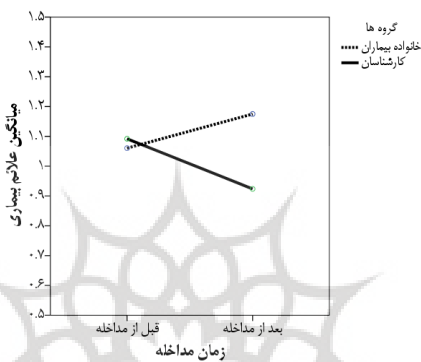
متغیر	منبع تغییرات	F	درجه آزادی (فرضیه و خطا)	سطح معناداری	قدرت مطالعه
کیفیت زندگی (نمره کل)	اثر گروه	۰/۰۲۴	(۱ و ۱۲۰)	۰/۷۸۶	۰/۰۵۳
	اثر زمان	۲۵/۳۶		۰/۰۰۰	۰/۹۹۹
	تعامل گروه و زمان	۰/۷۷۹		۰/۳۷۹	۰/۱۴۱
سطح رضایت از زندگی	اثر گروه	۰/۰۱۱	(۱ و ۱۱۸)	۰/۹۱۶	۰/۰۵۱
	اثر زمان	۵/۰۹۱		۰/۰۲۶	۰/۶۱۰
	تعامل گروه و زمان	۳/۶۸۱		۰/۰۵	۰/۴۷۷
فعالیت شغلی	اثر گروه	۰/۰۰۰	(۱ و ۱۱۸)	۰/۹۹۱	۰/۰۵۰
	اثر زمان	۴/۳۹۰		۰/۰۳۸	۰/۴۶۲
	تعامل گروه و زمان	۰/۱۱۰		۰/۷۴۱	۰/۰۵۸
رفاه روان‌شناختی	اثر گروه	۰/۰۰۷	(۱ و ۱۱۸)	۰/۹۳۳	۰/۰۵۱
	اثر زمان	۱۲/۷۳۶		۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
	تعامل گروه و زمان	۰/۱۸۱		۰/۶۷۲	۰/۰۷۱
علائم	اثر گروه	۰/۷۹۴	(۱ و ۱۱۹)	۰/۳۷۵	۰/۱۴۳
	اثر زمان	۰/۰۸۲		۰/۷۷۵	۰/۰۵۹
	تعامل گروه و زمان	۲/۲۹۴		۰/۱۳۳	۰/۳۳۴
سلامت جسمانی	اثر گروه	۰/۳۰۴	(۱ و ۱۱۸)	۰/۵۸۲	۰/۰۸۵
	اثر زمان	۳/۷۴۹		۰/۰۵	۰/۴۸۴
	تعامل گروه و زمان	۰/۰۱۶		۰/۹۰۰	۰/۰۵۲
سوء مصرف در ماه گذشته	اثر گروه	۰/۲۴۲	(۱ و ۱۱۲)	۰/۶۲۴	۰/۰۷۸
	اثر زمان	۱۰/۸۱۱		۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	تعامل گروه و زمان	۰/۴۳۲		۰/۵۱۲	۱/۰۰
حمایت اجتماعی	اثر گروه	۰/۰۰۴	(۱ و ۱۲۰)	۰/۹۵۲	۰/۰۵۰
	اثر زمان	۶/۷۱۳		۰/۰۱۱	۰/۷۲۹
	تعامل گروه و زمان	۰/۰۷۱		۰/۷۹۰	۰/۰۵۸
وضعیت اقتصادی	اثر گروه	۴/۱۵۹	(۱ و ۱۱۴)	۰/۰۴۴	۰/۵۲۵
	اثر زمان	۹/۹۰۸		۰/۰۰۲	۰/۸۷۷
	تعامل گروه و زمان	۰/۰۴۴		۰/۸۳۴	۰/۰۵۵
فعالیت زندگی روزمره	اثر گروه	۱/۴۷۶	(۱ و ۱۱۸)	۰/۲۲۷	۰/۲۲۶
	اثر زمان	۴/۳۹۹		۰/۰۳۸	۰/۵۴۸
	تعامل گروه و زمان	۰/۰۱۷		۰/۸۹۶	۰/۰۵۲



نمودار ۲: اثر تعاملی زمان و گروه بر وضعیت اقتصادی



نمودار ۱: اثر تعاملی زمان و گروه بر رضایت بیماران



نمودار ۳: اثر تعاملی زمان و گروه بر علائم بیماری

بررسی دقیق‌تر مشخص کرد که میانگین علائم که در پیش از مداخله در گروه اعضای خانواده پایین‌تر از گروه کارشناسان بود (۰/۰۵۶ در مقابل ۱/۰۸۸)، پس از مداخله بهبود پیدا کرده، در حالی که میانگین کارشناسان کاهش یافته است (۱/۱۲ در مقابل ۰/۹۵) که نتوانست از نظر آماری معنادار شود. اثر تعاملی گروه و زمان بر وضعیت اقتصادی و علائم بیماری معنادار نشد (نمودار ۲ و ۳). در حالی که رضایت بیماران از خدمات اعضای خانواده افزایش یافته (از ۰/۷۱ به ۱/۲۳)، بهبودی معناداری در رضایت از گروه کارشناسان مشاهده نشد (از ۰/۹۳ به ۱) (نمودار ۱).

بحث

این تحقیق با هدف مقایسه اثربخشی ارائه خدمات دو گروه مدیر مورد یعنی کارشناسان بهداشت و اعضای خانواده بیماران بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی انجام شد. سوال اصلی این تحقیق

آن بود که آیا می‌توان برای کاهش هزینه‌های مراقبت، از خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی کمک گرفت؟

در این تحقیق مشخص شد که مداخله مبتنی بر جامعه و مدیریت مورد، صرف‌نظر از گروه ارائه دهنده خدمات در منزل، به بهبود معنادار کیفیت زندگی می‌انجامد.

در تحقیقات متعددی کارآمدی مداخلات مبتنی بر جامعه و پیگیری در منزل و نقش خدمات حمایتی، توانبخشی و مداخلات بالینی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران تأیید شده است (آدونل و همکاران، ۱۹۹۹؛ مارکز، کونولی، مویجن، آیدینی، مک نامی و لارنس، ۱۹۹۴؛ بیان‌زاده، ۱۹۹۱؛ بیکر و همکاران، ۱۹۹۲؛ جینت و همکاران، ۲۰۰۱؛ گلدمن، اسکودل، تامارا و لیو، ۱۹۹۲). یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز به این نتایج نزدیک است (بیان‌زاده و کربلایی نوری، ۱۳۷۷؛ خزائیلی، ۱۳۷۲؛ ده‌بزرگی، ۱۳۷۲؛ ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۳). اما مارشال، گری، لاکوود و گرین (۱۹۹۶) بهبود کمی را در حالت روانی، عملکرد اجتماعی یا کیفیت زندگی بیماران تحت مدیریت مورد در مقایسه با بیماران تحت مراقبت‌های استاندارد، مشاهده کرده‌اند.

در تبیین ساز و کارهای تأثیرگذاری خدمات مدیریت مورد بر کیفیت زندگی بیماران، محققان اذعان کرده‌اند که خدمات مدیر مورد می‌تواند از طریق تسهیل دسترسی به منابع مورد نیاز، مساعدت در مبارزه با محدودیت‌های بوروکراتیک و در عبور از سیستم‌های فراهم‌کننده پیچیده اجتماعی و نیز تداوم مراقبت، به تقویت کیفیت زندگی بیماران کمک کند (بچارچ، ۱۹۹۳؛ بیگلو و یانگ، ۱۹۹۱؛ کوریگان و کایتون-وینبرگ، ۱۹۹۳؛ کوینلیوان، هوگ، کرول، بیچ، هوفستتر و کنورثی، ۱۹۹۵). مدیریت مورد هم‌چنین با کاهش تخریب، بهبود عملکرد و ارائه منابع به بیمار، به بهبود چندگانه کیفیت زندگی او مانند ارتباطات اجتماعی، دسترسی به فرصت‌های شغلی، سلامت جسمی و روانی و فرصت‌های مسکن می‌انجامد (جینت و همکاران، ۲۰۰۱). گروه پیگیری با مراقبت پیوسته و اقدامات چندگانه خود می‌تواند در ابعاد درمان دارویی، خانواده‌درمانی و درمان‌های متمرکز بر توانبخشی فعالیت‌های ذهنی - روانی، درمان بیماران را در خانواده و جامعه به‌طور سرپایی ادامه داده و در بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده آن‌ها مؤثر باشد (بیان‌زاده و کربلایی نوری، ۱۳۷۷).

در این مطالعه هم‌چنین نشان داده شد که نه تنها در تمامی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی تفاوتی معنادار بین خدمات گروه کارشناسان و اعضای خانواده وجود ندارد، بلکه در بعضی از خرده‌مقیاس‌ها مانند وضعیت اقتصادی، رضایت و علائم بیماری، گروه اعضای خانواده میانگین بالاتری کسب کرده‌اند.

کرایگ و همکاران (۲۰۰۴) با به‌کارگیری مصرف‌کنندگان خدمات روان‌پزشکی در سیستم مدیر مورد نشان دادند که تفاوتی بین نتایج درمان این گروه با گروه کارشناسان وجود ندارد. سولومون و همکاران (۱۹۹۵) نیز پس از پیگیری دو ساله بیماران تحت مراقبت مدیران مورد مصرف‌کننده

خدمات و غیرمصرف‌کننده خدمات، تفاوت معناداری را در متغیرهای کیفیت زندگی، علائم روانی و دفعات مصرف خدمات گزارش نکردند با این حال در هر دو گروه در شاخص‌های فوق بهبودی دیده شده بود. مطالعه چین من و همکاران (۲۰۰۰) نیز نتایج مشابهی را در ارائه خدمات به بیماران بی‌خانمان توسط دو گروه مدیر مورد مصرف‌کنندگان خدمات و غیرمصرف‌کنندگان نشان داده‌اند. در توضیح عملکرد بهتر اعضای خانواده نسبت به کارشناسان، سولومون و همکاران (۱۹۹۵) به این نکته اشاره می‌کنند که مدیران موردی که خود مصرف‌کننده خدمات بودند مانند غیرمصرف‌کنندگان خدمات قادر به برقراری ارتباط درمانی بودند، ضمن این‌که از نظر خستگی و فرسودگی شغلی و اعتماد به نفس تفاوتی با مدیران مورد غیرمصرف‌کننده خدمات نداشته‌اند. نتایج مطالعه پاولسون، هرینکس، دملر، کلارک، کاتلر و بیرکری (۱۹۹۹) مشخص کرد که اجرای برنامه و مسائل مربوط به آن در هر دو گروه یکسان است اما نتایج مطالعه کیفی نشان داد که گروه مصرف‌کنندگان خدمات تمایل دارند بیشتر با بیمار باشند در حالی‌که گروه غیرمصرف‌کننده، متمرکز به اجرای وظایف است.

این نتایج می‌تواند به پژوهش حاضر قابل تعمیم باشد، بدین معنا که عضو خانواده برخلاف این‌که از نظر دانش تخصصی نسبت به کارشناسان در ابتدای مطالعه در سطح پایین‌تری قرار دارد ولی با یک دوره آموزش تئوری و عملی می‌تواند به دانش و مهارت‌های لازم دست پیدا کند و به دلیل ارتباط تنگاتنگی که با بیمار اسکیزوفرنی داشته است، قادر به برقراری ارتباط مؤثر از جمله مهارت همدلی با بیمار و خانواده او خواهد بود. هم‌چنین این گروه چون به طور غیرمستقیم درگیر مشکلات و بار روانی عضو بیمار بر خانواده بوده‌اند، وظایف محوله را با دقت و جدیت و نه فقط به عنوان وظیفه انجام داده‌اند. مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط سولومون و همکاران (۱۹۹۵) انجام شده، نشان داده که گروه مدیران مورد متشکل از مصرف‌کنندگان خدمت، بیشتر نگران پذیرفته شدن خدماتشان از سوی متخصصین بوده، کمتر با کارشناسان بهداشت روان ارتباط برقرار می‌کردند و بیشتر با بیماران خود ارتباط داشتند. گرچه سولومون و درین (۱۹۹۴) در یک مطالعه مداخله‌ای تصادفی توسط مدیران مورد مصرف‌کننده و غیرمصرف‌کننده خدمات نشان دادند که رضایت بیماران در گروه مدیر مورد اول کمتر است ولی این عدم رضایت را به مشخصات فردی مدیران مورد گروه مصرف‌کنندگان خدمات مرتبط دانسته‌اند تا به کل مدیر مورد.

با توجه به نتایج بدست آمده به نظر می‌رسد اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به دلیل زندگی طولانی با بیماران، با بسیاری از علائم و رفتارهای آنان آشنا شده‌اند و میزان آشنایی آنان با این علائم، حتی در حد کارشناسان، آنان را مستعد فراگیری آموزش‌های بیشتر و انجام ارائه خدمات مربوط به مدیر مورد می‌نماید. ضمن این‌که اعضای خانواده بیماران به دلیل رابطه تنگاتنگ با عضو بیمار قادر به برقراری ارتباط مؤثر با سایر بیماران و خانواده‌های آنها می‌باشند. بنابراین می‌توان به

اعضای خانواده بیماران با سطح تحصیل دیپلم نیز اعتماد کرد و ارائه این گونه خدمات را با هزینه کمتر انجام داد.

یادداشت‌ها

1. dehospitalization
2. Relapse
3. Deinstitutionalization
4. Case-management
5. Impairment
6. Quasi experimental
7. Repeated measure
8. Wisconsin Quality of Life

منابع

- بیان‌زاده، ا.، و کربلایی نوری، ا. (۱۳۷۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن، اندیشه و رفتار، ۴ (۱)، ۴-۱۳.
- خزائیلی، م. (۱۳۷۲). بررسی تأثیر آموزش گروهی از خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک پارانوئید مزمن بر سازگاری بیمار در عملکرد روزمره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران.
- ده‌بزرگی، غ. (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در سازگاری بیماران اسکیزوفرنیک مزمن ایرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.
- فدایی، ف. (۱۳۶۹). پیگیری درمان بیماران مزمن روانی، دانشکده پزشکی تهران، ۵۴، ۸۵-۹۲.
- ملکوتی، ک.، نوری قاسم‌آبادی، ر.، نصر اصفهانی، م.، و اثنی عشری، ر. (۱۳۷۷). بررسی اثر فعالیت گروه مراقبت پیوسته (پیگیری) در درمان سرپایی بیماران مزمن روانی. اندیشه و رفتار، ۴ (۳)، ۵-۱۳.
- ملکوتی، ک.، و نوروزی، م. (۱۳۷۳). اثربخشی تیم درمان و پیگیری در سیر بالینی بیماران مزمن روان‌پزشکی. مجله اندیشه و رفتار، شماره ۲ و ۱.
- یعقوبی، ن.، نصر اصفهانی، م.، و شاه محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا-گیلان. اندیشه و رفتار، ۱ (۴)، ۵۵-۶۶.

- Antunes, H. K., Stella, S. G., Santos, R. F., Bueno, O. F., & de Mello, M. T. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 266-71.
- Bachrach, L. (1993). Continuity of care in approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(50), 465-68.
- Baker, F., Jodrey, D., & Intagliata, J. (1992). Social support and quality of life of community support's clients. *Community Mental Health Journal*, 28, 397-411.
- Bechdolf, A., Pukrop, R., Kohn, D., Tschinkel, S., Veith, V., Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Geyer, C., Pohlmann, B., & Klosterkötter, J. (2005). Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: A comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 79, 137-143.

- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 239-251
- Bengtson, V. L., Biblarz, T. J., & Roberts, R. (2002). *How families still matter*. New York: Cambridge University Press.
- Bigelow, D., & Young, D. J. (1991). Effectiveness of a case management program. *Community Mental Health Journal*, 27(2), 115-23.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatry Services*, 52(5), 631-636.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, 34, 459-475.
- Chinman, M. J., Rosenheck, R., Lam, J. A. (2000). The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatry Services*, 51(9), 1142-1147.
- Corrigan, P., & Kayton-Weinberg, D. (1993). Aggressive and problem-focused models of case management for the severely mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 29(5), 449-58.
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N, Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067-1070.
- Diaz, P., Mercier, C., Hachey, R., Caron, J., & Boyer, G. (1999). An evaluation of psychometric properties of the client's questionnaire of the Wisconsin Quality of Life Index-Canadian version (CaW-QLI). *Quality of Life Research*, 8(6), 509-514.
- Eggert, G. M., Zimmer, J. G., Hall, W. J., & Friedman, B. (1991). Case management: A randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Services Research*, 26(4), 471-507.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., Tamara, R., & Lave, B. A. (1992). Revising axis V, for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.
- Greenberg, J. S., Knudsen, K. J., & Aschbrenner, K. A. (2006). Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatric*, 57(12), 1771-1776.
- Gutierrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. J (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 899-904.
- Hewitt, J. (2007). Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 2-14.
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E., & Carson, J. (1995). Case management: A critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10(2), 113-28.
- Huxley, P., Evans, S., Burns, T., Fahy, T., & Green, J. (2001). Quality of life outcome in a randomized controlled trial of case management. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 249-255.

- Jinnett, K., Alexander, J. A., & Ullman, E. (2001). Case management and quality of life: Assessing treatment and outcomes for clients with chronic and persistent mental illness. *Health Services Research, 36*(1), 61-90.
- Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3-16). Chichester: John Wiley and Son.
- Kuno, E., & Asukai, N. (2000). Efforts towards building a community-based mental health system in Japan. *International Journal of Law and Psychiatry, 23*, 361-373.
- Lehman, A. F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology, 31*, 78-88.
- Marks, I. M., Connolly, L., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry, 165*, 179-194.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1996). Case management for people with severe mental disorders. In C. Adams, J. Anderson, & J. De Jesus Mari (Eds.), *Schizophrenia module of the Cochrane database of systematic reviews*. London: The Cochrane Library.
- O'Donnell, M., Parker, G., Roberts, M., Matthews, R., Fisher, D., Johnson, B., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). A study of client-focused case management and consumer advocacy: The Community and Consumer Service Project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*, 684-693
- Paulson, R., Herinckx, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutler, D., & Birecree, E. (1999). Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community Mental Health Journal, 35*(3), 251-270.
- Pescosolido, B. A., Wright, E., & Sullivan W. P. (1995). Communities of care: A theoretical perspective on case management model in mental health. In G. L. Albercht (Ed), *Advances in medical sociology: Case and care management* (pp.37-79). Greenwich, CT: JAI Press Inc.
- Quinlivan, R., Hough, R., Crowell, A., Beach, C., Hofstetter, R., & Kenworthy, K. (1995). Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an Intensive Case Management Program. *Psychiatric Services, 46*(4), 365-71.
- Ritsner, M. S., & Gibel, A. (2006). The effectiveness and predictors of response to antipsychotic agents to treat impaired quality of life in schizophrenia: A 12-month naturalistic follow-up study with implications for confounding factors, antidepressants, anxiolytics, and mood stabilizers. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30*(8), 1442-52.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th. Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salzar, M. S. (2002). Identifying consumer-provide benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*, 281-289.
- Saravanametta, R., & Pyke, I. (2003). Case managers and social skills teaching. *Psychiatric Rehabilitation, 27*, 79-83.
- Schmidh-Posner, J., & Jerrell, J. M. (1998). Qualitative analysis of three case management programmes. *Community Mental Health Journal, 34*, 381-393.
- Scott, J. E., & L. Dixon, B. (1995). Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophrenia Bulltin, 21*(4), 657-68.

- Shadpour, K. (2000). Primary health care network in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6, 822-825.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 29(3), 163-80.
- Solomon, P., & Draine, J. (1994). Family perceptions of consumers as case managers. *Community Mental Health Journal*, 30, 165-190.
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. (1995). The working alliance and consumer case management. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 126-134.
- The WHOQoL Group (1998) The WHO Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585
- Yasami, M. T., Shahmohammadi, D., Bagheri Yazdi, S. A., Layeghi, H., Bolhari, J., Razzaghi, E. M., Bina, M., & Mohit, A. (2001). Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of needs. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 371-391.

