



پیگیری و بهداشت روانی در بیماران روانی مزمن

دکتر کاظم ملکوتی*، مهناز نوروزی**

چکیده

بهداشت روانی از حوزه‌های مهم پژوهشی و اجرایی است. یکی از الگوهای بهداشت روانی، پیگیری نوع سوم است. هدف این پیگیری توان بخشی بیماران روانی در جهت سازگاری با محیط است. مراکز همچون مراکز نیمه وقت، واحدهای پیگیری و مداخله برای تحقق این هدف تلاش می‌کنند.

در واحد پیگیری بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان که برای پیگیری وضعیت بیماران روانی مراجعه کننده به درمانگاه یا بستری شده در بیمارستان در بهمن ماه سال ۱۳۷۲ راه اندازی شد، خدمات زیر ارائه می‌شود:

بررسی مرتب سیر بیماری (دست کم ماهی دو بار)، کنترل همکاری در مصرف دارو، کنترل عوارض دارویی، تزریق آمپول فلوفنازین دکونیت برای بیماران اسکیزوفرنیک مزمن، معرفی جهت بستری شدن در صورت لزوم، مشاوره با بیمار و خانواده او در جهت ترغیب ادامه درمان و انجام فعالیت‌های اجتماعی - شغلی و معرفی به کمیته امداد امام برای دریافت کمک‌های نقدی و غیر نقدی در صورت نیاز. نتایج بدست آمده در مدت یکسال و چهار ماه پیگیری ۱۲۱ بیمار روانی (۲۰ زن و ۱۰۱ مرد، با میانگین سنی ۳۵/۵۳ سال) که بیشتر آنها مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند، حاکی از کاهش معنی دار تعداد دفعات بستری، افزایش همکاری در مصرف دارو و بهبود عملکرد اجتماعی - شغلی پس از شروع پیگیری است. به نظر می‌رسد وجود واحدهای پیگیری در بیمارستانها سطح بهداشت روانی را در جامعه ارتقاء می‌بخشد.

کلید واژه: بهداشت روانی، بیماران مزمن روانی، پیگیری نوع سوم، پیگیری، زاهدان

کاهش بیماریهای روانی از طریق پیگیری، توان بخشی و مراقبت‌های درمانی هدف "روانپزشکی جامعه" یا "روانپزشکی اجتماعی" است. مدل پیگیری بهداشت عمومی بطور کلی شامل سه الگوی پیگیری نوع اول (اولیه)، پیگیری نوع

- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، میدان انقلاب، اول جمال زاده جنوبی، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی.
- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز. تهران، خیابان انقلاب، نبش فلسطین، دانشگاه آزاد اسلامی، طبقه ششم، معاونت پژوهشی.

دوم (ثانویه) و پیشگیری نوع سوم است. در پیشگیری نوع اول تلاشها در جهت تغییر و اصلاح محیط و تقویت عناصر سازنده موجود در افراد است تا به تواناییهای سازگاری آنها کمک شده و بروز اختلالات روانی را کاهش دهد. در پیشگیری نوع دوم، هدف، تشخیص و درمان بیماران مبتلا به اختلالهای روانی در جهت کاهش شدت و مدت بیماری است. در پیشگیری نوع سوم، توان بخشی افراد مبتلا به مشکلات روانی مورد نظر است تا توانایی نسبی سازگاری با محیط خود را بیابند. اگر این واقعیت را بپذیریم که پیشگیری نوع اول هنوز یک رویا است، بسیاری از عملیات انجام شده در زمینه بهداشت روانی در جهت گسترش خدمات پیشگیری نوع دوم و سوم موفق بوده‌اند (ولبرگ، ۱۹۸۸؛ اکین و بروس، ۱۹۸۹).
مؤسسه زدایی^(۱) تأکید "روانپزشکی اجتماعی" را از بستری کردن‌های طولانی مدت به شیوه‌های درمانی سرپایی تغییر داده است. بانزدیک شدن قرن بیست و یکم، روانپزشکی اجتماعی کوشش نموده است به تراژدی بیماران روانی بی‌خانمان پایان بخشد. این جنبش بر فراهم آوردن و تداوم ارائه خدمات یکپارچه در حوزه‌هایی که محدودیتها و شکافهای مالی سبب رها شدن بیماران در جامعه می‌گردد، تأکید دارد. بیشتر بیماران بی‌خانمان از بیماری اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و بسیاری از آنها از بیماریهای دوگانه نظیر بیماری روانی و اعتیاد رنج می‌برند. درمان مؤثر برای بیماران بی‌خانمان تهیه سرپناه و غذا، مراکز سیار، تماس‌های کوتاه مدت به منظور ارائه خدمات مناسب و ایجاد همکاری بین مراکز بهداشت روانی و دیگر مراکز جامعه است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴).
در اختلالاتی مانند اسکیزوفرنیا که زیر بنای بیولوژیک دارند، تلفیق دارو و درمانهای روانی - اجتماعی^(۲) برای بسیاری از بیماران اهمیت دارد. شواهد پژوهشی گویای آن است که درمان روانی - اجتماعی با طرح ریزی مناسب، هنگامی که با داروهای آنتی سایکوتیک تجویز شده، همراه شود، نسبت به درمان دارویی تنها، احتمال عود بیماری را کمتر نموده، سازگاری اجتماعی فرد را بیشتر می‌کند.

از سوی دیگر فشارهای اقتصادی و مشکلات مالی ممکن است بیماران روانی مزمن و خانواده‌های آنها را از ادامه درمان باز دارد. رابین (۱۹۹۴) نشان داد که فشار اقتصادی بر خانواده‌هایی که دارای بیماران مبتلا به بیماری دوگانه جسمی و روانی هستند، بطور معنی داری بیشتر از خانواده‌هایی است که چنین بیمارانی را ندارند. او پیشنهاد می‌کند که حمایت مالی از این خانواده‌ها باید در برنامه ریزیها و تصمیمات درمانی منظور شود.

همچنین هادلو و همکاران (۱۹۸۹) در مورد نظرات گوناگون در مورد افزایش انعطاف پذیری خدمات و صرفه جویی بیشتر در هزینه‌ها بحث کرده‌اند.

با توجه به یافته‌های پژوهشی در زمینه پیگیری بیماران روانی مزمن در زمینه‌های مختلف (دارویی، مالی، روانی و اجتماعی)، ضرورت اجرای الگوی دوم و سوم پیشگیری، در سطحی گسترده احساس می‌شود. متأسفانه تاکنون اقدامات محدودی در این زمینه در جوامع شهری در ایران صورت گرفته است.

نخستین بررسی در این مورد توسط گروه پیگیری مرکز روانپزشکی رازی (۱۳۶۳) در مورد ۲۴ بیمار روانی مزمن انجام گرفت که اثرات مثبت معنی داری را در کاهش دفعات عود و بستری بیماران، افزایش توانایی شغلی و روابط اجتماعی و خانوادگی و بهبودی همکاری با مصرف دارو نشان داد.

برنامه پیگیری شامل پیگیری تلفنی، آموزش انفرادی و گروهی بیماران و خانواده‌های آنان، درمان سرپایی، پیگیری و درمان در خانه توسط تیم درمانی و پیگیری بود.

رئیس (۱۳۷۳) در پژوهشی بر روی چهل بیمار اسکیزوفرنیای مزمن، اثرات پیگیری درمان راپس از ترخیص، در بهبود همکاری با درمان و نیز کاهش عود بیماری نشان داد.

با توجه به ضرورت‌های یاد شده در امر پیگیری بیماران روانی در سطحی گسترده و مداوم، در بهمن ماه سال ۱۳۷۲

واحد پیگیری در بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان راه اندازی شد. هدف این واحد، پیگیری بیماران مزمن یادارای مشکلات اقتصادی - اجتماعی پس از ترخیص از بیمارستان یا در حین درمان سرپایی در درمانگاه، نظارت بر سیر بیماری، بررسی و بازبینی وضعیت بیمار و کنترل عوارض دارویی، نظارت بر همکاری در مصرف دارو، اقدام برای بستری بیمار در صورت نیاز، مشاوره با بیمار و خانواده او در جهت دادن آگاهی‌های لازم در مورد بیماری به آنان، افزایش حمایت‌های اجتماعی و در صورت لزوم معرفی به کمیته امداد امام برای دریافت کمک‌های مالی و بستری بیمار در صورت تشدید علائم بیماری و نیاز به بستری بود.

روش

از بهمن ماه سال ۱۳۷۲ بیماران مراجعه کننده به بیمارستان (بستری و سرپایی) با نظر روانپزشک به واحد پیگیری معرفی می شدند. ملاک انتخاب برای پیگیری:

۱- بیماری مزمن

۲- وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین

۳- احتمال عدم همکاری در مصرف دارو بود

واحد پیگیری با تشکیل پرونده و ثبت مشخصات و آدرس بیمار در دفتر، همان روز، برای تعیین دقیق محل زندگی و شرایط زندگی بیمار همراه او به منزلش مراجعه می کرد. واحد پیگیری متشکل از یک روان شناس بالینی (لیسانس)، یک پرستار (لیسانس) و گاهی یک بهیار و در اغلب موارد روانپزشک بود. روانپزشک تاریخ بعدی ویزیت و تاریخ بعدی مراجعه واحد پیگیری را تعیین می کرد. فواصل پیگیری معمولاً یک هفته یا ده روز بود. در این ملاقات‌ها چه در بیمارستان و چه در منزل بیمار، ضمن تهیه شرح حال مختصر از آخرین دیدار، بررسی علائم، کنترل شیوه مصرف دارو و بررسی عوارض دارویی، با بیمار و خانواده وی مشورت می شد و آگاهی‌های لازم در زمینه مصرف دارو، مراجعه مرتب برای ویزیت، تلاش برای فعالیت شغلی و اجتماعی بیشتر و بهبود روابط متقابل، به آنها داده می شد. بطور معمول

برای بیماران اسکیزوفرنیک مزمن آمپول فلوفنازین دکنویت^(۱) در منزل یا درمانگاه تزریق و در صورت لزوم ترتیب بستری بیمار در بیمارستان داده می شد. بعضی از بیماران که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری داشتند و خانواده از عهده مخارج آنها بر نمی آمد نیز به کمیته امداد امام معرفی می شدند.

میزان کمک‌های این کمیته در حدود ماهیانه بیست هزار ریال و عمدتاً کمک‌های غیر نقدی مانند مواد غذایی بود. داروهای ضروری در صورت نیاز بیمار به صورت رایگان در اختیار او قرار می گرفت و در صورت همکاری بیمار با گروه پیگیری رایگان ویزیت می شد. این مطالعه فعالیت‌های انجام شده از بهمن سال ۱۳۷۲ تا اردیبهشت ۱۳۷۴ را در این واحد در بر می گیرد.

داده‌ها در برنامه کامپیوتری SPSS تحلیل گردید. متغیرهای کیفی (میزان شیوه عملکرد شغلی، میزان حمایت خانوادگی و میزان همکاری در مصرف دارو) بصورت خوب، متوسط، ضعیف تعریف و کدگذاری شده‌اند.

نتایج

در مجموع ۱۲۱ بیمار تحت پیگیری قرار گرفتند. سن آنان ۶۷-۱۶ سال (با میانگین ۳۵/۵۳ و انحراف معیار ۱۱/۳۲ سال) بود. ۲۰ نفر از این تعداد (۱۶/۵٪) زن و ۱۰۱ نفر (۸۳/۵٪) مرد، ۶۹ نفر (۵۷٪) متأهل، ۴۱ نفر (۳۳/۹٪) مجرد، ۷ نفر (۵/۸٪) مطلقه و ۴ نفر (۳/۳٪) بیوه بودند. از نظر وضعیت اجتماعی - اقتصادی، ۶۲ نفر (۵۱/۲٪) بسیار پایین، ۴۱ نفر (۳۳/۹٪) پایین و ۱۷ نفر (۱۴٪) متوسط گزارش شده‌اند.

بیشتر آزمودنیها بیسواد یا در سطح تحصیلات ابتدایی، بیکار و مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا بوده‌اند، مشخصات آزمودنیها در جدول ۱ ارائه گردیده است.

بیشترین افراد مورد بررسی (۷۷/۷٪) دچار بیماری

دایر کردن واحدهای پیگیری برای گسترش بهداشت روانی (الگوی نوع دوم پیشگیری) در بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی در کاهش عود بیماری، کاهش دفعات بستری، تخفیف علایم بیماری و بهبود عملکرد اجتماعی - شغلی بیماران روانی مؤثر است

جدول ۲ - توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب تشخیص بیماری و سابقه ابتلا به بیماریهای جسمی (N=۱۲۱).

| متغیر تشخیص | فراوانی | درصد |
|----------------------------|---------|------|
| اسکیزوفرنیای مزمن | ۹۴ | ۷۷/۷ |
| اسکیزوافکتیو | ۶ | ۵ |
| اختلال خلقی دو قطبی | ۱۶ | ۱۳/۲ |
| پسیکوز حاد | ۳ | ۲/۵ |
| سایر | ۲ | ۱/۶ |
| سابقه اختلالات جسمی | | |
| صرع | ۵ | ۴/۱ |
| ضربه مغزی | ۸ | ۶/۶ |
| اختلالات خفیف نورولوژیک | ۴ | ۳/۳ |
| عمل جراحی | ۱ | ۰/۸۲ |
| سایر بیماریها | ۲۲ | ۱۸/۲ |

اسکیزوفرنیا بوده‌اند. بعضی از بیماران علاوه بر بیماری روانی، سابقه اختلالات جسمی نیز داشته‌اند.

جدول ۱ - مشخصات آزمودنیهای مورد بررسی بر حسب وضعیت تحصیلی و شغلی (N=۱۲۱).

| متغیر تحصیلات | فراوانی | درصد |
|------------------|---------|------|
| بیسواد | ۴۹ | ۴۰/۵ |
| ابتدایی | ۳۲ | ۲۶/۴ |
| راهنمایی | ۸ | ۶/۶ |
| دبیرستان | ۱۷ | ۱۴/۱ |
| دیپلم | ۱۱ | ۹/۱ |
| بالا تر از دیپلم | ۴ | ۳/۳ |
| شغل | | |
| بیکار | ۶۹ | ۵۷/۱ |
| کارگر | ۱۲ | ۹/۹ |
| کارمند | ۹ | ۷/۴ |
| شغل آزاد | ۳ | ۲/۵ |
| بازنشسته | ۷ | ۵/۸ |
| خانه دار | ۱۶ | ۱۳/۲ |
| سایر | ۵ | ۴/۱ |

آزمودنیها را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود دست کم ۱۵ نفر (۱۲/۴٪) آنها به مواد افیونی معتاد بوده‌اند. از نظر سابقه خانوادگی، ۱۶ بیمار (۱۳/۲٪) اقوام درجه اول پسیکوتیک، ۴ بیمار (۳/۳٪) اقوام درجه دوم پسیکوتیک و ۱ بیمار اقوام درجه اول نوروتیک داشته‌اند. از سابقه بیماری در خانواده ۲۴ بیمار (۱۹/۸٪) اطلاع دقیقی بدست نیامد. استرسهای مزمن پیشین و استرسهای موجود در حین پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب تشخیص و سابقه اختلالات جسمی در جدول ۲ ارائه گردیده است. جدول شماره ۳ وابستگی‌های دارویی و اعتیادات

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب وابستگی های دارویی و اعتیادها.

| ماده مورد مصرف | تعداد | درصد |
|----------------------------------|-------|------|
| سیگار | ۱۴ | ۱۱/۶ |
| تریاک | ۱۲ | ۹/۹ |
| هروئین | ۳ | ۲/۵ |
| حشیش | ۴ | ۳/۳ |
| ناس | ۵ | ۴/۱ |
| مصرف بیش از یک ماده غیر از سیگار | ۱۴ | ۱۱/۶ |
| نامعلوم | ۲۱ | ۱۷/۴ |
| هیچکدام | ۴۸ | ۳۹/۶ |
| جمع | ۱۲۱ | ۱۰۰ |

میانگین سن شروع بیماری در افراد مورد بررسی ۲۶/۷۲ سال با انحراف معیار ۹/۹۳ بوده است. متوسط تعداد بستری تا یکسال پیش از پیگیری ۲/۴ بار (۸-۰ بار)، یکسال پیش از پیگیری ۱ بار (۵-۰ بار) و در زمان پیگیری ۰/۳ بار (صفر تا سه بار) بوده است. ۱۶/۵٪ بیماران از عوارض ناخوشایند دارویی شکایت داشته اند.

تعداد بستری شدن در زمان پیگیری (که برای بیماران از ۸ ماه تا ۱۶ ماه) بوده است، نسبت به یکسال پیش از آغاز پیگیری کاهش معنی داری را نشان می دهد ($P < 0/01$) و $t=6/66$.

آزمون مان ویتنی^(۱) بین تعداد بستری شدن در زمان پیگیری و میزان همکاری در مصرف دارو ارتباط معنی داری نشان می دهد ($p < 0/003$, $Z = -2/98$). کسانی که در مصرف دارو همکاری خوبی داشته اند، بطور معنی داری کمتر بستری شده اند.

تحلیل یافته ها از طریق آزمون ویل کاکسون^(۲) نشان می دهد که همکاری در مصرف دارو پس از پیگیری نسبت به پیش از پیگیری بطور معنی داری افزایش یافته است ($p < 0/001$, $Z = 6/87$).

۵۷/۷٪ از بیماران پیش از شروع بیماری عملکرد اجتماعی و شغلی نسبتاً خوبی داشته اند. پس از آغاز بیماری و یکسال پیش از پیگیری، ۷۴/۴٪ بیماران عملکرد اجتماعی و شغلی ضعیفی داشته اند، در حالیکه پس از آغاز پیگیری ۱۰/۷٪ عملکرد خوب و ۲۷/۳٪ عملکرد متوسطی پیدا کرده اند. تحلیل یافته ها به کمک آزمون ویل کاکسون نشان می دهد که عملکرد شغلی - اجتماعی بیماران پس از پیگیری نسبت به یکسال پیش از پیگیری بطور معنی داری بهتر شده است ($p < 0/001$, $Z = 5/09$). توضیح اینکه داشتن نمرات ۳، ۲ و ۱ به صورت عملکرد شغلی اجتماعی خوب - متوسط - بد نشان داده شده و میانگین آنها مقایسه و تحلیل شده است.

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب وجود استرس های پیشین و استرس های زمان پیگیری.

| نوع استرس | پیشین زندگی | | حین پیگیری | |
|--------------------|-------------|------------|------------|------------|
| | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| طلاق | ۳ | ۲/۵ | ۱ | ۰/۸ |
| مرگ یکی از نزدیکان | ۴ | ۳/۳ | ۱ | ۰/۸ |
| مشکلات خانوادگی | ۱۲ | ۹/۹ | ۴ | ۳/۳ |
| مشکلات کاری و شغلی | ۱۲ | ۹/۹ | ۱ | ۰/۸ |
| زندان | ۲ | ۱/۷ | ۱ | ۰/۸ |
| مهاجرت | ۱ | ۰/۸ | - | - |
| خدمت نظام | ۲۵ | ۲۰/۷ | - | - |
| بلاهای طبیعی | ۴ | ۳/۳ | ۱ | ۰/۸ |
| نامعلوم | ۳۳ | ۲۷/۳ | ۲ | ۱/۷ |
| جمع | ۹۶ | ۷۹/۴ | ۱۱ | ۹ |

با وجود اینکه همکاری در مصرف دارو، عملکرد اجتماعی و شفلی را بهتر کرده است ولی این تغییر معنی دار نیست. آزمون مان ویتنی بین میزان حمایت خانوادگی و تعداد بستری شدن در گذشته، یکسال پیش از پیگیری و در زمان پیگیری ارتباط معنی داری نشان نمی‌دهد. همچنین آزمون ویل کاکسون بین میزان حمایت خانوادگی و عملکرد اجتماعی شفلی آزمودنی پیش از آغاز بیماری ارتباط معنی داری نشان نمی‌دهد. ولی در حین پیگیری، افزایش حمایت خانوادگی با بهتر شدن عملکرد اجتماعی شفلی ارتباط معنی داری نشان می‌دهد.

بحث در نتایج

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که:

- ۱- پیگیری سبب کاهش دفعات بستری شدن بیماران روانی می‌شود.
 - ۲- همکاری در مصرف دارو سبب کاهش دفعات بستری می‌شود.
 - ۳- همکاری در مصرف دارو پس از شروع پیگیری افزایش چشم‌گیری داشته است.
 - ۴- عملکرد اجتماعی - شفلی بیماران روانی با پیگیری بهتر شده است.
 - ۵- عملکرد اجتماعی - شفلی بیماران با افزایش همکاری در مصرف دارو تا حدودی بهتر شده است ولی این بهبودی از نظر آماری معنی دار نیست.
 - ۶- افزایش حمایت خانوادگی از بیماران روانی، در زمان پیگیری، سبب بهبودی عملکرد اجتماعی شفلی آنها شده است.
- همچنانکه ملاحظه می‌شود، مهمترین نتیجه پیگیری (الگوی پیگیری نوع دوم) کاهش دفعات بستری شدن بیماران روانی است. از سوی دیگر کاهش دفعات بستری بطور مستقیم بر کاهش هزینه‌ها تأثیر می‌گذارد. محاسبات نشان می‌دهد مجموع هزینه‌های بستری ۱۲۱ بیمار مورد بررسی یکسال

پیش از آغاز پیگیری یک میلیون و هفتصد و پنجاه هزار (۱۷۵۰۰۰۰) تومان بوده، در حالی که هزینه بستری و پیگیری همین افراد (با داروی رایگان، آمد و شد و سایر خدمات) در مدت پیگیری که نزدیک یک سال به طول انجامید، تنها هفتصد هزار (۷۰۰۰۰۰) تومان بوده است، $\frac{2}{5}$ برابر کمتر. از آنجا که بیشتر بیماران مذکور از نظر مالی فقیرند، عمده هزینه بستری شدن آنها از طریق مددکاری کاهش یافته و بر عهده بیمارستان است. بدین ترتیب پیگیری نه تنها بهداشت روانی را بهبود می‌بخشد، بلکه هزینه‌های عمومی درمان را نیز کاهش می‌دهد و این با یسافته‌های رئیسی (۱۳۷۳) و گروه پیگیری مرکز روانپزشکی رازی (۱۳۶۳) همخوانی دارد. همان گونه که یافته‌ها نشان می‌دهند، کاهش تعداد بستری شدن با افزایش همکاری در مصرف دارو ارتباط معنی داری دارد ولی در مورد بهبود عملکرد اجتماعی - شفلی چنین نیست. یعنی با وجود این که عملاً عملکرد افراد بهتر شده، نمی‌توانیم آن را نتیجه مستقیم همکاری در مصرف دارو بدانیم. بنابراین به نظر می‌رسد بهبود در عملکرد اجتماعی - شفلی، در نتیجه تعامل مجموعه‌ای از عوامل مانند افزایش همکاری در مصرف دارو، رسیدگی به موقع جهت کنترل وضعیت بیمار و عوارض ناشی از مصرف داروها و جلوگیری از پیشرفت علایم، افزایش حمایت خانوادگی از طریق مشاوره با خانواده و راهنمایی و ترغیب آنها برای کمک به بیمار، دلگرم کردن بیمار از طریق نشان دادن توجه به او و بالاخره معرفی جهت دریافت کمک‌های مالی در صورت نیاز بوده است. ظاهراً یکی از مؤثرترین عوامل در این مورد حمایت خانوادگی است، زیرا یافته‌ها نشان می‌دهند که افزایش حمایت خانوادگی پس از شروع بیماری و آسیب پذیر شدن فرد از شدت بیماری پیشگیری می‌کند. بنابراین راهنمایی خانواده در این مورد می‌تواند عملکرد اجتماعی - شفلی بیمار را بهبود بخشد. در مورد همکاری در مصرف دارو نیز، نتایج نشان می‌دهند که تنها ۲۰ بیمار ($\frac{16}{5}$ ٪) عوارض دارویی اکسترایر امیدال را

بهداشت روانی در جامعه است. از میان برداشتن این نارسائیه‌ها و فراگیر کردن دامنه فعالیت‌ها و حوزه‌های تحت پوشش آن، می‌تواند گامی بزرگتر و مؤثرتر باشد.

منابع

- گروه پیگیری درمان بیماران روانی (۱۳۶۳): پیگیری درمان بیماران روانی (طرح پژوهشی در مورد بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان)، مرکز روانپزشکی رازی.
- رئیس، حسن (۱۳۷۳). مقایسه برنامه درمانی سرپایی بیماران اسکیزوفرنیای مزمن با پیگیری و بدون پیگیری. پایان نامه برای دریافت درجه تخصصی در رشته روانپزشکی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- Clark, R. E. (1994). Family costs associated with severe mental illness and substance use. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 808-13.
- Haldlev, T. P., Schinnar, A. P., Rothbard, A. B. & Kinoshian M.S. (1989). Capitation financing of public mental health services for the chronically mentally ill, *Administration policy in Mental Health*, 16, 201-13.
- Kaplan, H. L., Sadock, B. J. & Grebb, A. J. (1994). *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed., Baltimore: William & Wilkins.
- Liberman, R. P. & Musser, K. T. (1989). Schizophrenia: Psychosocial Treatment. In Harold, I. Kaplan & Benjamin J. Sadock. *Comprehensive Textbook of psychiatry* (5th ed.), Baltimore: William & Wilkins.
- Okin, R. L. & Borus, J. F. (1989). Primary, Secondary and Tertiary prevention of Mental Disorders. In Harold I. Kaplan & Benjamin J. Sadock, *Comprehensive Textbook of psychiatry* (5th ed.). Baltimore: William & Wilkins.
- Wolberg, L. R. (1988). *The Technique of Psychotherapy*, 4th ed. Grune & Stratton, Philadelphia.

گزارش نموده‌اند و ۱۰۱ بیمار (۸۳/۵٪) عارضه دارویی نداشته‌اند. در حالی که تعداد بستری شدن بیماران با افزایش همکاری در مصرف دارو بطور معنی داری کاهش یافته است. این نتایج گویای آن است که عوارض ناخوشایند دارویی اثرات منفی کمتری دارد تا عواقب ناشی از عدم همکاری در مصرف مرتب دارو.

یافته‌های بالا با بررسی‌های مشابه (رئیس، ۱۳۷۳؛ لیبرمن و موسر، ۱۹۸۹) و توصیه‌های متخصصین (ولبرگ، ۱۹۸۹؛ کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴) همخوانی دارد. بنابراین به نظر می‌رسد ادراک کردن واحدهای پیگیری برای گسترش بهداشت روانی (الگوی نوع دوم پیشگیری) در بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی در کاهش عود بیماری، کاهش دفعات بستری، تخفیف علایم بیماری و بهبود عملکرد اجتماعی - شغلی بیماران روانی مؤثر است. همچنین ایجاد چنین واحدهایی سبب کاهش هزینه‌های درمانی و پیشگیری از هدر رفتن نیروهای درمانی است.

واحد پیگیری بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان یکی از محدود واحدهای پیگیری در ایران است که به دلیل نداشتن بودجه اختصاصی و امکانات مورد نیاز، در ماههای اخیر با مشکلاتی روبرو بوده است. با تأمین نیازهای این واحد که احتیاج به بودجه بسیار کمی دارد، خواهد توانست به فعالیت خود ادامه دهد. زیرا سایر خدمات مانند تأمین کارکنان مورد نیاز از طرف بیمارستان قابل تأمین است. از طرف دیگر مراکز پیگیری مکان مناسبی برای گردآوری اطلاعات در مورد بیماران روانی به ویژه بیماران مزمن و بی سرپرست است که برای بررسی‌های توصیفی و سایر پژوهشها منبع با ارزشی به شمار می‌آید.

بررسی کنونی علیرغم وجود نارسائیه‌ها در زمینه گردآوری اطلاعات، از دست دادن بعضی اطلاعات مورد نیاز و عینی نبودن ابزارهای سنجش در مورد متغیرهای کیفی (حمایت خانوادگی، عملکرد شغلی و اجتماعی)، همچنین نارسایی در ارائه خدمات کاملتر (مانند ایجاد اشتغال و تسهیلات اجتماعی، گامی هر چند کوچک به سوی اعتلای سطح

