



## بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن

دکتر سید اکبر بیان زاده<sup>\*</sup>، اشرف کربلایی نوری<sup>\*\*</sup>، دکتر حسن عشایری<sup>\*\*\*</sup>، دکتر فیروز آزردهگان<sup>\*\*\*\*</sup>

### چکیده

کیفیت زندگی ۱۰۰ بیمار (۲۴ زن و ۷۶ مرد) مبتلا به اسکیزوفرنیا که بطور تصادفی انتخاب شدند با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی ویسکانسین در مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی در مرداد ماه سال ۱۳۷۵ مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی که از نوع بررسیهای زمینه‌یابی - مقطعی بوده است، ارتباط خدمات پیگیری این مرکز بر کیفیت زندگی بیماران نیز بررسی شد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری خی دو و آزمون "من ویتنی" تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی دو سوم بیماران در حد متوسط می‌باشد. تقریباً نیمی از بیماران در زمینه‌های گوناگون زندگی از جمله فعالیتهای اشتغالی، رضایت عمومی، روابط اجتماعی، آسایش روانی و سلامت جسمانی در سطح متوسط و در زمینه‌های علایم، و فعالیتهای روزمره زندگی در سطح بالایی قرار داشتند. بیش از یک‌سوم بیماران از لحاظ سلامت روانی و فیزیکی در سطح پایینی بودند و در ضمن هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه معنی داری را نشان نداد. مقایسه بین دو گروه مشمول و غیر مشمول طرح پیگیری، نشان‌دهنده آن بود که این دو گروه از نظر سطح کیفیت زندگی بطور کلی و در زمینه‌های آسایش روانی، علایم و سلامت جسمی تفاوت معنی‌داری داشتند، اما در زمینه‌های رضایت عمومی، فعالیتهای روزمره زندگی، فعالیت اشتغالی، وضعیت اقتصادی، و یا روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد.

Andeeshch  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۴

### کلید واژه: اسکیزوفرنیای مزمن، روانپزشکی جامعه‌نگر، کیفیت زندگی

- \* دکترای تخصصی در توان بخشی روانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- \*\* کارشناس ارشد کار درمانی روانی، تهران، شهرک قدس، مرکز خیریه رعد
- \*\*\* متخصص مغز و اعصاب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم توانبخشی تهران، خیابان میرداماد، میدان محسنی، خیابان شهید شادنظری.
- \*\*\*\* متخصص آمار و روش تحقیق، استاد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، تهران، خیابان ۱۶ آذر.

امروزه با توجه به تغییرات اجتماعی و اقتصادی، افزایش انتظارات عمومی، نبود امکانات پیشگیری و نارسایی برنامه‌های بهداشت روانی در جامعه، بر مشکلات خدمات توان بخشی و حمایتی بیماران مزمن روانی افزوده شده است. بیماری اسکیزوفرنیا به دلیل سیر ازمان بیماری غالباً با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری مجدد همراه است و در پی آن مهارتها، تواناییها و فرصتهای بیماران محدود شده و به تصویر فرد از خود آسیب می‌زند. با توجه به آنکه شرایط عینی زندگی این بیماران در سطح پایینی قرار می‌گیرد، کیفیت زندگی آنان<sup>(۱)</sup> آسیب می‌بیند. بنابراین امروزه پرداختن به کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب و شناخت اثرات بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی بر اساس نیازهای انفرادی آنان ضروری به نظر می‌رسد.

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی<sup>(۲)</sup> و ذهنی<sup>(۳)</sup> است و ارزیابی فرد در مورد رفاه و آسایش (رضایت یا نارضایتی) در جنبه‌های مهم زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد. بطور کلی دو نگرش برای تعریف و اندازه‌گیری کیفیت زندگی وجود دارد:

- ۱) الگوی رضایت از زندگی
- ۲) الگوی کارکرد انطباقی

خدمات حمایتی مبتنی بر جامعه به عنوان یک مداخله درمانی، شامل فراهم ساختن شرایط، امکانات، تسهیلات آسایش و رفاه ذهنی بواسطه اقدامات حمایتی، توان بخشی و شبکه‌های اجتماعی در جامعه می‌باشد. این گونه تصور می‌شود که شبکه اجتماعی بیماران در پیوند با شبکه خدمات حمایتی می‌تواند به بیماران مزمن روانی برای انطباق با زندگی در جامعه کمک کند (بیگل<sup>(۴)</sup> و همکاران، ۱۹۹۴).

تاریخچه پژوهش در مورد کیفیت زندگی به پژوهشهای جامعه‌شناختی بر می‌گردد و در زمینه بهداشت روانی از دهه ۱۹۶۰ به دنبال نهضت مؤسسه‌زدایی<sup>(۵)</sup> آغاز گردیده است. در دهه ۱۹۸۰ انستیتو ملی برنامه‌های

بهداشت روانی<sup>(۶)</sup> در ایالات متحده کیفیت زندگی را به عنوان یک متغیر حمایتی در زمینه ارزشیابی خدمات موجود در جامعه برای بیماران مزمن روانی معرفی کرد. کیفیت زندگی یک ترکیب چندبعدی و کلی است و مفهومی بیش از رضایت از زندگی و نبود احساس لذت دارد (بیکر<sup>(۷)</sup> و ایستاگلیاتا<sup>(۸)</sup>، ۱۹۸۲؛ لهمن<sup>(۹)</sup>، ۱۹۸۳؛ مالم<sup>(۱۰)</sup> و همکاران، ۱۹۸۱؛ کوریگان<sup>(۱۱)</sup> و بویکان<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۹۵).

در زمینه ارزیابی کیفیت زندگی، برخی بر این باورند که شاخص‌های ذهنی در مقایسه با شاخص‌های عینی بهتر می‌توانند آسایش و رفاه بیماران را تعیین نمایند (تاپا<sup>(۱۳)</sup>، رولاند<sup>(۱۴)</sup>، ۱۹۸۹). اما این نکته نیز حائز اهمیت است که بیماران روانی ارزیابی ذهنی نسبتاً بالایی از کیفیت زندگی خود دارند و با وجود آنکه شرایط عینی زندگی آنان نامطلوب می‌باشد، این بیماران از بیشتر حیطه‌های زندگی خود راضی هستند (لهمن، ۱۹۸۲، ۱۹۸۶؛ سولیوان<sup>(۱۵)</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ بسودسون<sup>(۱۶)</sup>، ۱۹۷۳؛ لمب<sup>(۱۷)</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از سولیوان و همکاران، ۱۹۹۲).

چنانکه از پژوهشهای انجام شده برمی‌آید عدم رضایت از زندگی بیشتر به وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، روابط اجتماعی و روابط با خانواده یا دوستان مربوط می‌باشد (لهمن، ۱۹۸۲، ۱۹۸۳؛ سولیوان و همکاران، ۱۹۹۲؛ بیکر و ایستاگلیاتا، ۱۹۸۲؛ ماریون<sup>(۱۸)</sup>، ۱۹۷۹؛ بیگلو<sup>(۱۹)</sup> و همکاران، ۱۹۸۰؛ مالم و همکاران، ۱۹۸۱؛ اسکانتز<sup>(۲۰)</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). همچنین گزارش شده است که عدم رضایت از موقعیت مالی و

1-quality of life	2-objective
3-subjective	4-Biegel
5-deinstitutionalization	
6-National Institute of Mental Health	
7-Baker	8-Intagliata
9-Lehman	10-Malm
11-Corrigan	12-Buican
13-Thapa	14-Rowland
15-Sullivan	16-Budson
17-Lamb	18-Marion
19-Biglow	20-Skantz

وضعیت سلامت عمومی با کیفیت زندگی پایین تر و رضایت از زندگی زناشویی و فعالیتهای اوقات فراغت با کیفیت زندگی بالاتر بستگی دارد (کمپبل<sup>(۱)</sup>، ۱۹۷۶؛ هدی<sup>(۲)</sup> و همکاران، ۱۹۸۴، ۱۹۸۵، به نقل از کورتن<sup>(۳)</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). از سوی دیگر هرچه کارکرد روابط بین فردی بیماران بهتر باشد کیفیت زندگی آنان بالاتر است (کورینگان و بویکان، ۱۹۹۲؛ سولیوان و همکاران، ۱۹۹۲). از این رو هر چه شبکه‌های حمایت اجتماعی موفق‌تر و بزرگتر باشد کیفیت زندگی بالاتر گزارش می‌شود (لهمن، ۱۹۸۲، ۱۹۸۶؛ لویت<sup>(۴)</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ سیمپسون<sup>(۵)</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ کورینگان و بویکان، ۱۹۹۲). بررسی‌های اخیر نشانگر آنست که خدمات حمایتی اجتماعی، توان بخشی و مداخلات بالینی می‌تواند بر ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر واقع شود، یا دست‌کم نتایج مثبتی به بار آورد، (بیان زاده، ۱۹۹۱؛ سولیوان و همکاران، ۱۹۹۲؛ بیکر و همکاران، ۱۹۹۲؛ گلدمن<sup>(۶)</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). در بررسی انجام شده توسط کازارین<sup>(۷)</sup> و جوزف<sup>(۸)</sup> (۱۹۹۴) بر روی بیماران سرپایی مشخص شد که دو گروه بیماران جوان مذکر مبتلا به دو تشخیص اسکیزوفرنیا و سوء مصرف مواد و گروه بیماران مسن و مؤنث مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشترین نیاز را به خدمات اجتماعی دارند. این پژوهشگران از نتایج پژوهش مروبری<sup>(۹)</sup> و همکارانش (۱۹۹۲) چنین گزارش می‌نمایند که این گروهها نیاز به مداخلات توان بخشی روانی گوناگونی دارند.

## روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای زمینه‌یابی<sup>(۱۰)</sup> بوده و بصورت مقطعی<sup>(۱۱)</sup> صورت گرفته است. نمونه‌های مورد بررسی را ۱۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن مراجعه کننده به درمانگاه مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی تشکیل داده‌اند. نمونه‌های مورد بررسی از میان مراجعه کنندگانی که معیارهای مورد نظر پژوهش حاضر را

دارا بوده‌اند در دو گروه، به صورت تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. دو گروه مورد مقایسه در این پژوهش عبارتند از:  
۱- بیماران سرپایی که فقط از خدمات دارو درمانی استفاده می‌کردند.

۲- بیماران سرپایی که مشمول طرح پیگیری بودند و از خدمات روانشناسی و مددکاری نیز برخوردار بودند.  
معیار اصلی انتخاب بیماران، موافقت و اعلام آمادگی آنان برای پاسخ به پرسشنامه بوده است. افزون بر آن قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن و نداشتن عقب ماندگی ذهنی از ملاکهای انتخاب بیماران بود.

هدف اصلی این پژوهش ارزیابی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن که در جامعه زندگی می‌کنند بوده است. با توجه به ابعاد مختلف زندگی در داخل جامعه و معیارهای موفقیت در توان بخشی بیماران مانند اشتغال، آسایش روانی، سلامت فیزیکی و روابط اجتماعی، نتایج چنین بررسیهایی می‌تواند به تعیین نیازهای این بیماران و نوع خدمات مورد نیاز آنها کمک نماید.

در این پژوهش برای ارزیابی ارتباط بین کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیتی از آزمون خی دو و جهت مقایسه دو گروه مورد بررسی (مشمول طرح پیگیری و غیر پیگیری) از لحاظ سطح کیفیت زندگی و سایر جنبه‌های زندگی از آزمون من ویتنی<sup>(۱۲)</sup> استفاده شده است.

ابستزار پس‌پژوهش: پس‌پرسشنامه کیفیت زندگی ویسکانسین<sup>(۱۳)</sup> که توسط بکر<sup>(۱۴)</sup> و همکارانش در سال ۱۹۹۳ تهیه شد و در سال ۱۹۹۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت، پس از ترجمه و انجام تغییرات مختصری از نظر

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1-Campbell                                 | 2-Heady         |
| 3-Corten                                   | 4-Levitt        |
| 5-Simpson                                  | 6-Goldman       |
| 7-Kazarin                                  | 8-Joseph        |
| 9-Mrubrey                                  | 10-survey       |
| 11-cross sectional                         | 12-Mann-Whitney |
| 13-Wisconsin-Quality of Life Index (W-QLI) |                 |
| 14-Becker                                  |                 |

تطابق فرهنگی (توسط بیان‌زاده و نوری) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه در ۹ زمینه شامل: فعالیت‌های اشتغالی، آسایش روانی، سلامت فیزیکی، ارتباطات اجتماعی، وضعیت اقتصادی، فعالیتهای روزمره زندگی، علائم، اهداف و سطح رضایت عمومی پرسشهایی را مطرح نموده است. اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی از طریق مصاحبه سازمان یافته با بیماران و استفاده از پرسشنامه یادشده، گردآوری گردید. اطلاعات جمعیت‌شناختی از طریق مراجعه به پرونده بیماران و در گفتگو با خود آنان تکمیل شده است.

یکصد نفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن که بعنوان نمونه این بررسی انتخاب شدند، ۷۶٪ مرد و بقیه زن بودند. از این گروه ۵۵٪ مجرد، ۲۸٪ متأهل، ۱۳٪ مطلقه، ۲٪ متارکه کرده و ۲٪ بیوه بودند. ۷۸٪ از بیماران در سنین ۴۰-۲۰ سال قرار داشتند و سن متوسط آنان ۳۵ سال بود. بیشتر بیماران (۹۲٪) اولین حمله بیماری‌شان پیش از ۳۰ سالگی بوده است و سابقه بستری در بیمارستان بین ۵-۱ بار داشته‌اند. متوسط طول مدت بیماری در این گروه ۱۲ سال و بیشتر از نیمی از این بیماران بیش از ده سال از شروع بیماری‌شان می‌گذشته است. نیمی از بیماران تحصیلات مقطع متوسطه و شمار اندکی (۷٪) از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بوده‌اند. تقریباً  $\frac{1}{3}$  بیماران زندگی مستقل داشته و بقیه آنان با خانواده‌هایشان (شامل همسر، والدین یا فرزندان) زندگی می‌کرده‌اند. از این گروه ۳۹٪ مشمول طرح پیگیری مرکز بوده و از خدمات روانشناسی و مددکاری اجتماعی برخوردار بوده‌اند.

### یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها نشانگر آن بود که: بیشتر بیماران خواهان زندگی با افراد خانواده بوده و تنها ۱۰٪ تمایل به زندگی بصورت تنها را بعنوان روش دلخواه زندگی اظهار نموده‌اند.

از نظر اشتغال ۷۱٪ بیکار بوده و بیشتر آنان اظهار تمایل به داشتن شغل نموده‌اند. شایان توجه است که بیشتر کسانی که شاغل هستند (۶۶٪) از فعالیتهای اشتغالی خود رضایت دارند و غالباً سطح فعالیتهای اشتغالی خود را در حد متوسطی گزارش نموده‌اند. از لحاظ نوع کار بیشتر کارگر (۴۴/۸٪) و کارمند (۳۴/۵٪) بوده و حدود ۲۰٪ به فروشنده اشتغال داشته‌اند.

از نظر ساعت کار نزدیک سه چهارم از شاغلین (۷۳٪) بین ۷ تا ۱۰ ساعت در روز کار می‌کرده‌اند. قابل توجه اینکه در بین جنبه‌های مختلف زندگی بیشترین نارضایتی (۴۰٪) مربوط به نحوه گذراندن وقت بود.

فعالیت‌های دیگری بجز شغل که بیماران بدان می‌پردازند در جدول ۱ بطور خلاصه نمایش داده شده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود بیشترین فعالیت این افراد را تماشای تلویزیون و قدم زدن تشکیل می‌دهد، فقط یک چهارم از افراد ورزش و رفتن به مسجد را نیز در برنامه‌های خود دارند، تعداد بسیار اندکی در سایر جدول ۱- توزیع فراوانی انواع فعالیتهای غیرشغلی بیماران اسکیزوفرنیک سریایی

انواع فعالیتهای	پاسخها	آری	خیر
تماشای تلویزیون	۸۲	۱۸	
قدم زدن	۷۸	۲۲	
گوش دادن به رادیو	۶۷	۳۳	
خواندن روزنامه/مجله	۳۸	۶۲	
مسجد رفتن	۲۷	۷۳	
فعالیتهای ورزشی	۲۴	۷۶	
بازی شطرنج	۱۸	۸۲	
سینما/تئاتر رفتن	۱۱	۸۹	
کتابخانه رفتن	۵	۹۵	
پیوستن به گروههای اجتماعی	۵	۹۵	

فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌نمایند.

اما همسو با انتظاری که معمولاً از بیماران مزمن روانی وجود دارد، ۸۴٪ از این بیماران سطح روابط اجتماعی خود را در حد متوسط و بالا ارزیابی نموده‌اند. این در حالی است که تعداد زیادی از بیماران اهمیت زیادی برای روابط با دیگران قائل هستند و ۷۵٪ روابط با خانواده را خیلی با اهمیت تلقی نموده (جدول ۲) و از رابطه با خانواده اظهار رضایت کرده‌اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی میزان اهمیت روابط اجتماعی برای بیماران اسکیزوفرنیک سرپایی

روابط اجتماعی	میزان اهمیت	اصلاً	مقداری	خیلی
داشتن دوست	۲۰	۳۵	۴۵	
رابطه با دوستان	۱۸	۳۱	۵۱	
رابطه با خانواده	۴	۲۱	۷۵	
رابطه با مردم	۱۵	۲۳	۶۲	

جدول ۳- توزیع فراوانی عواطف مثبت و منفی بیماران

اسکیزوفرنیک سرپایی

عواطف مثبت و منفی	فراوانی پاسخها	آری	خیر
احساس خشنودی	۵۱	۴۹	
احساس تنهایی	۴۶	۵۴	
کسالت	۵۸	۴۲	
بر وفق بودن زندگی	۴۱	۵۹	
بیقراری	۴۶	۵۴	
احساس غرور	۵۱	۴۹	
پیشانی از انتقاد	۴۲	۵۸	
به هیجان آمدن	۳۴	۶۶	
افسردگی	۳۹	۶۱	
اوج رضایت از زندگی	۲۰	۸۰	

از سوی دیگر این یافته دارای اهمیت است که ۱۱٪ از بیماران سابقه سوء مصرف مواد داشته‌اند. جالب توجه آنکه ۹۳٪ بیماران مصرف مواد مخدر را مضر و آتراً مشکل بزرگی به شمار آورده‌اند.

این بررسی نشان داد که سطح آسایش روانی نیمی (۵۱٪) از بیماران در حد متوسط و ۴۱٪ در حد پائین است. از این رو بسیاری از بیماران همچنانکه در جدول ۳ مشخص است از احساس تنهایی، بیقراری و افسردگی رنج می‌برند و تنها ۲۰٪ از بیماران بیان داشته‌اند که در نهایت رضایت از زندگی قرار دارند.

این بررسی همچنین نشان داد که سطح سلامت جسمانی ۷۳٪ از بیماران در حد پائین و متوسط می‌باشد اما تا آن جا که به درمانهای روانپزشکی ارتباط دارد، ۶۶٪ از آنان از مصرف داروهای روانپزشکی اظهار رضایت کرده‌اند. بیشتر این افراد (۶۹٪) هدف از درمان را کاهش علائم مثبت دانسته‌اند؛ اما در حدود یک سوم از بیماران انتظار از درمان را نیل به توانایی کارکردن و اعمال کنترل بر امور زندگی عنوان نموده‌اند.

این بررسی نشان داد که سطح آسایش روانی نیمی (۵۱٪) از بیماران در حد پائین و متوسط و ۴۱٪ در حد پائین است. از این رو بسیاری از بیماران همچنانکه در جدول ۳ مشخص است از احساس تنهایی، بیقراری و افسردگی رنج می‌برند و تنها ۲۰٪ از بیماران بیان داشته‌اند که در نهایت رضایت از زندگی قرار دارند.

در بیشتر جوامع بیکاری از مشکلات عمده بیماران اسکیزوفرنیک مزمن است و بیشتر افراد (۶۶٪) در این بررسی نیز بیکار هستند.

سطح کیفیت مطلوب زندگی امیدوار می‌باشند. این بیماران در سطح بندی عوامل تعیین کننده در کیفیت زندگی به علامت بیماری، کار و فعالیتهای تحصیلی، سلامت جسمانی، خانواده و دوستان اهمیت زیادی داده‌اند (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی میزان اهمیت عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی از دیدگاه بیماران اسکیزوفرنیک سرپایی

عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی	میزان اهمیت	اصلاً	مقداری	خیلی زیاد
کار و تحصیل	۱۵	۳۰	۵۵	
احساس فرد نسبت به خود	۱۰	۳۶	۵۴	
سلامت جسمانی	۳	۲۲	۷۵	
دوستان و خانواده	۲	۳۴	۶۴	
پول کافی	۷	۳۳	۶۰	
مراقبت از خود	۴	۲۹	۶۷	
علامت روانی	۲	۲۴	۷۴	

انجام آزمونهای آماری بین هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه معنی داری را بدست نداد.

در خور توجه آنکه مقایسه کیفیت زندگی دو گروه بیماران (مشمول و غیرمشمول طرح پیگیری) آشکار نمود که این دو گروه، همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، از نظر سطح کلی کیفیت زندگی و حیطه‌های آسایش روانی، علامت و سلامت جسمانی تفاوت معنی داری دارند. اما بررسی‌های آماری بین دو گروه از نظر سطح فعالیتهای زندگی روزمره، فعالیت‌های اشتغالی، وضعیت اقتصادی و روابط اجتماعی تفاوتی را گزارش نمودند.

جدول ۵- مقایسه سطح کلی و حیطه‌های کیفیت زندگی (در پرسشنامه کیفیت زندگی ویسکانسین) بین دو گروه زیر پوشش خدمات پیگیری (N=۳۹) و بدون خدمات پیگیری (N=۶۱)

کیفیت زندگی و حیطه‌های آن	ارزش U	سطح معنی داری
سطح کلی کیفیت زندگی	۷۸۳/۵	$P < 0.004$
رضایت عمومی	۹۲۴/۵	NS
آسایش روانی	۷۱۵/۵	$P < 0.0008$
علامت بیماری	۶۸۴	$P < 0.0003$
سلامت جسمانی	۸۸۳/۵	$P < 0.0295$
روابط اجتماعی	۱۱۱۲	NS
فعالیت‌های زندگی روزمره	۱۱۲۰/۵	NS
وضعیت مالی	۹۸۰	NS
فعالیت‌های اشتغالی	۹۲۱/۵	NS

#### بحث دریافته‌ها

ویژگیهای جمعیت‌شناختی بیماران در این پژوهش مشابه سایر بررسیها در خصوص بیماران اسکیزوفرنیک سرپایی است (سولیوان و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسکاتتز و همکاران، ۱۹۹۲؛ موزر<sup>(۱)</sup> و همکاران، ۱۹۹۰ به نقل از اسکاتتز و همکاران، ۱۹۹۲). اما اینکه هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه معنی داری را نشان نداد، با نتایج سایر بررسیها همخوانی ندارد، بطوریکه بررسیهای دیگر به رابطه معنی دار بین سن و کیفیت زندگی (اسکاتتز و همکاران، ۱۹۹۲)، بین جنس و کیفیت زندگی (کوریکان و بویکان، ۱۹۹۵؛ لهمن، ۱۹۸۳) بین تأهل و کیفیت زندگی (لهمن، ۱۹۸۳؛ کوریکان و بویکان، ۱۹۹۵) و نیز بین دفعات بستری و سطح رفاه (لویت و همکاران، ۱۹۹۰) اشاره می‌نماید. شاید بتوان این تفاوتها را با عواملی چون تفاوت‌های فرهنگی، تشخیص بیماری، نوع امکانات و خدمات داخل

## در بررسی حاضر تنها ۳۳٪ افراد از سطح روابط اجتماعی خود ناراضی هستند و نیمی از آنها بر این باورند که حمایت‌های خانوادگی کافی می‌باشد.

جامعه مرتبط دانست.

در بیشتر جوامع بیکاری از مشکلات عمده بیماران اسکیزوفرنیک مزمن است و بیشتر افراد (۶۶٪) در این بررسی نیز بیکار هستند. ۳۶٪ بیماران یکی از اهداف خود را از درمان، دستیابی به توانایی کارکردن عنوان نموده‌اند. همچنین ۸۵٪ از بیماران کار را در تعیین کیفیت زندگی خود دارای اهمیت دانسته‌اند. این یافته‌ها اهمیت اشتغال را برای بیماران یادآور می‌شوند. در پژوهش‌های انجام شده نیز به عدم رضایت از بیکاری در این گروه‌ها اشاره شده است (بیکر وایتا گلیاتا، ۱۹۸۲؛ لهمن، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶؛ ماریون، ۱۹۷۹، به نقل از بیگلو و همکاران، ۱۹۹۱). در این بررسی نیز ۳۳٪ از بیماران از فعالیتهای اشتغالی (که ۶۰٪ این فعالیتهای سازمان نیافته است) ناراضی می‌باشند. اما ارتباط معنی‌داری بین اشتغال و کیفیت زندگی ملاحظه نشد. همچنین مشخص گردید که ۶۶٪ بیماران از حمایت‌های مالی خانواده برخوردارند و نیمی از آنان سطح وضعیت مالی خود را در حد متوسطی گزارش داده‌اند. شاید بتوان بخشی از دلیل پایین بودن نسبی سطح نارضایتی از بیکاری را وجود نظام حمایتی قوی در خانواده (به ویژه حمایت مالی) و وابستگی بیماران به خانواده دانست.

ناخشنودی از سلامت بدنی که در پژوهش‌های زیادی (نظیر لهمن، ۱۹۸۳؛ لهمن و همکاران، ۱۹۸۶؛ بیگلو و همکاران، ۱۹۹۱، به نقل از بیکر و ایتا گلیاتا، ۱۹۹۲) بدان اشاره شده، در بررسی حاضر نیز توسط ۳۳٪ از بیماران ابراز شده است.

میزان علائم بیماری در بیشتر افراد مورد بررسی در حد متوسط و بالایی بوده است. عواطف منفی ابراز شده بیش از عواطف مثبت بوده و عموماً نیمی از بیماران سطح

آسایش روانی خود را در حد متوسطی گزارش نموده‌اند. کاهش فعالیتهای زندگی روزمره معمولاً نشان دهنده میزان تأثیر علائم بر کارکرد بیماران است. در این بررسی بیش از نیمی از بیماران در سطح بالایی دارای فعالیتهای روزمره بوده‌اند. این یافته با سطح علائم همخوانی دارد، که می‌تواند مرتبط با کنترل مناسب علائم با دارو درمانی باشد.

اختلال در کارکرد روابط اجتماعی ویژگی بارز اسکیزوفرنیا است و با کیفیت زندگی رابطه دارد (کورینگان و همکاران، ۱۹۹۵؛ سولیوان و همکاران، ۱۹۹۲؛ لویت و همکاران، ۱۹۹۰). در بررسی حاضر تنها ۳۳٪ افراد از سطح روابط اجتماعی خود ناراضی هستند و نیمی از آنها بر این باورند که حمایت‌های خانوادگی کافی می‌باشد. بیشتر بیماران سطح روابط اجتماعی خود را متوسط و بالا ارزیابی نموده‌اند، که این امر می‌تواند از یک سو مرتبط با سطح بالای حمایت‌های خانوادگی و زندگی در جامعه باشد و از سوی دیگر به دلیل تمایل کم بیماران به داشتن روابط اجتماعی تلقی گردد. این یافته با پژوهش‌های دیگر همسویی ندارد و شاید عوامل یاد شده بخشی از علت این تفاوت را توضیح دهد (لهمن، ۱۹۸۳؛ لهمن و همکاران، ۱۹۸۶؛ لمب، ۱۹۷۹؛ بودسون، ۱۹۷۳، به نقل از سولیوان و همکاران، ۱۹۹۲).

ارزیابی عینی از کیفیت زندگی بیماران جدا از ارزیابی ذهنی خود آنان از کیفیت زندگی است. چرا که ارزیابی ذهنی به پویایی درونی آنان وابسته است تا برخورداری از شرایط عینی زندگی (اسکاتتز و همکاران، ۱۹۹۲). ارزیابی ذهنی نسبتاً بالا از کیفیت زندگی می‌تواند به دلیل وجود علائم منفی بیماری، پایین بودن سطح انتظارات، وجود نظام حمایتی خانواده، وابستگی یا رابطه نزدیک

بیماران به خانواده و جامعه و زندگی در آن سوی دیگر اظهار نارضایتی در فرهنگ ما نوعی ناسپاسی و کفران نعمت تلقی می‌گردد که می‌تواند در اظهارات بیماران تأثیرگذار باشد. بنابراین در این بررسی نیز ۷۴٪ از بیماران کیفیت زندگی خود را در حد متوسط و بالا گزارش نموده‌اند.

همچنین مقایسه بیمارانی که از خدمات پیگیری استفاده کرده‌اند با بیمارانی که صرفاً دارودرمانی داشته‌اند، نشان داده است که برخورداری از خدمات پیگیری بر کیفیت زندگی، سطح آسایش روانی و علائم و سلامت جسمانی بیماران مؤثر بوده است. بیگلو و همکاران (۱۹۹۰) نیز در تحقیقات خود بدین نتیجه رسیده‌اند که خدمات متمرکز در جامعه بر کیفیت زندگی و ارتقاء آن مؤثر است. تفاوت‌های یاد شده در دو گروه مورد مقایسه در زمینه کیفیت زندگی مرتبط به نوع خدمات و عواملی چون حمایت وسیله‌ای و یا عاطفی است. نبود تفاوت در زمینه‌های وضعیت مالی، فعالیتهای زندگی روزمره، و روابط اجتماعی نشان‌دهنده نبودن خدمات لازم در این زمینه‌ها در خدمات پیگیری ناحیه مورد بررسی است.

با توجه به نتایج این پژوهش بهتر است که خدمات حمایتی جامع و متعادل بوده و متناسب با نیازهای انفرادی بیماران ارائه گردد. افزون بر آن ضمن تأکید بر بهداشت روانی خانواده در حد امکان باید از نظام حمایتی طبیعی برای بیماران استفاده گردد. همچنین با توجه به سطح بالای امیدواری به ارتقاء کیفیت زندگی که توسط بیماران ابراز شده است و نیز انتظاری که در نیل به این هدف از مصرف دارو دارند بایستی توجه ویژه‌ای بر روابط اجتماعی و فعالیتهای زندگی روزمره، فعالیتهای اشتغالی و توان بخشی حرفه‌ای این افراد مبذول گردد. در اینجا لزوم ارائه انواع خدمات توان بخشی مبتنی بر جامعه که موارد یاد شده را پوشش می‌دهند آشکار می‌گردد.

همچنین تکرار و ادامه ارزیابی کیفیت زندگی و مقایسه آن در موقعیتهای درمانی مختلف و به عنوان یکی از

روشهای کنترل کیفی در برنامه‌های توان بخشی بیماران مزمن از دیدگاههای متفاوت سودمند است.

برای تأمین چنین منظوری با توجه به چشمداشتهای نسبتاً پایین بیماران شایسته است در اینگونه پژوهشها افزون بر استفاده از نقطه نظرهای بیماران، (استفاده کنندگان از خدمات)، دیدگاههای کارکنان بهداشت روانی (یعنی ارائه کنندگان خدمات) نیز در نظر گرفته شود.

از آنجا که این پژوهش یک بررسی مقطعی است قابل تعمیم به سایر گروههای تشخیصی در موقعیتهای درمانی دیگر نمی‌باشد.

#### منابع

- Bayanzadeh, S. A. (1991). *Quality of life/services for people with long-term mental health problems in hospital and community settings: A comparative study. Monograph*. Great Britain: North Staffordshire Health Authority & University of Keele.
- Baker, F., Jodrey, D., & Intagliata, J. (1992). Social support and quality of life of community support clients. *Community Mental Health Journal*, 28, 397-411.
- 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.
- Bigelow, D., Mcfarland, B., Gareau, M., & Young, D. (1991). Implementation and effectiveness of a bed reduction project. *Community Mental Health Journal*, 27, 125-133.
- Bigelow, D. A., Mcfarland, B.H., & Olson, M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.



- Biegel, D., Tracy, E., & Corvo, K. (1994). Strengthening social networks: intervention strategies for mental health case managers. *Health & Social Work*, 19, 206-215.
- Brown, R. (1988). *Quality of life for handicapped people*. Croom Helm. London.
- Brewin, C. R., & Wing, J.K. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally-ill: The MRC needs for care assessment *Psychological Medicine*, 17, 971-851.
- Byrn, C., & Sebastian, L. (1994). The defining characteristics of support. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32, 33-37.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*. Feb. 117-124.
- Corrigan, P., & Buican, B. (1995). The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 183: 281-285.
- Corten, P., Mercier, C., & Pelc, I. (1994). "Subjective quality of life": Clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 178-183.
- Dencker, S., & Dencker, K. (1994). Does community care reduce the need for psychiatric beds for schizophrenic patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement, 382, 74-79.
- Eliek, D. (1991). The evolution of fairness in mental health policy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45, 947-951.
- Englertjs, A. B., Gebhardt, R., Killefoth, M., Saupe, R., Stieglitz, R., & Unnowehr, S. (1994). Implications of the concepts of coping and quality of life for criteria of course and outcome. *Pharmacopsychiatry*, 27, 34-36.
- Fabian, F. (1990). Quality of life: A Review of theory and practice implications for individuals with long-term mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 35, 161-169.
- Goldman, H., Morrissey, J., & Ridgely, M. (1994). Evaluation the Robert Wood Johnson Foundation Program on chronic mental illness. *Milbank Q.* 72: 37-47.
- Huxley, P., & Warner, R. (1992). Case management. Quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 799-802.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1992). Synopsis of psychiatry behavioural sciences clinical psychiatry. 6th Edition: Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kazarian, S. S., & Joseph, L. (1994). A brief scale to help identify outpatients level of need for community support services. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 935-937.
- Lehman, A. (1983). The well-being of chronic mental patients. *Archieve of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lehman, A., Ward, N.C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- Lehman, A., Possidents, S., & Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 901-907.
- Levitt, A., Hogan, T. P., & Sucusky, C. (1990). Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. *Psychological Medicine*, 20, 703-710.

Malm, U., May, P., & Dencker, S. J. (1981). Evaluation of quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 477-487.

Sartorius, N. (1995). Rehabilitation and quality of life. *International Journal of Mental Health*, 24, 7-13.

Simpson, C. J., Hyde, C. E., & Farghe, E. B. (1989). The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 154, 77-82.

Skantz, K., Malm, U., & Dencker, S. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.

Sullivan, G., Wells, K.B., & Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 794-798.

Sullivan, G., Wells, K.B., & Leake, B. (1991). Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 752-765.

Thapa, K., & Rowland, L.A. (1989). Quality of life perspectives in long term care: Staff and patient perceptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 267-271.