



بررسی اثر فعالیت گروه مراقبت پیوسته (پیگیری) در درمان سرپایی بیماران مزمن روانی

دکتر سید کاظم ملکوتی*، ربابه نوری قاسم آبادی**

دکتر مهدی نصر اصفهانی***، ربابه اثنی عشری****

چکیده

گروه مراقبت پیوسته (گروه پیگیری) نقش مؤثری در درمان بیماران مزمن روانی در جامعه داشته و از این رو جایگاه ویژه‌ای در ارائه خدمات بهداشت روانی دارد. این پژوهش درباره ۵۵ بیمار عضو گروه پیگیری مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی با ساختار گذشته نگر انجام گردید. نتایج نشان داد که در مدت ۳ سال پیگیری در مقایسه با ۳ سال پیش از آن، دفعات عود و روزهای بستری ۹۰٪ و هزینه درمان ۸۵٪ کاهش، اما وضعیت شغلی ۶۰٪ افزایش یافته است. یافته‌های این پژوهش در کنار یافته‌های دیگر پژوهش‌های انجام شده اثر بخشی گروه مراقبت پیوسته را در ارائه خدمات بهداشتی تأیید نموده و تحکیم جایگاه آن در نظام بهداشت روانی را با توجه به اینکه امکانات بستری تنها ۱/۵ نیاز کشور را تأمین می‌کند، ضروری نشان داده است.

کلیدواژه: بیماری مزمن روانی، گروه مراقبت پیوسته، اسکیزوفرنیا، بهداشت روانی

بیماری اسکیزوفرنیا یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روانی است. این بیماری نزدیک به ۱/۵-۰/۶٪ افراد بالاتر از ۱۵ سال را در طول عمر مبتلا نموده و در بیش از ۶۰٪ آنها کاهش بارز فعالیت‌های روانی-

- * روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان جمالزاده جنوبی، مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی شهید اسماعیلی.
- ** دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.
- *** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان جمالزاده جنوبی، مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی شهید اسماعیلی.
- **** کارشناس روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان جمالزاده جنوبی، مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی شهید اسماعیلی.

اجتماعی را در پی دارد (کارنو^(۱)، و نورکوئیست^(۲)، ۱۹۹۵). در سیر بیماری، فرد مبتلا با عودهای پی در پی روبرو می‌شود تا آنجا که با هربار عود، توانایی ذهنی و روانی بیشتری را از دست می‌دهد. در این رابطه عوامل چندی را مؤثر دانسته‌اند:

قطع دارو: از مهمترین عوامل عود بیماری بوده و احتمال عود را ۲ تا ۴ برابر افزایش می‌دهد. از این رو درمان دارویی نگهدارنده نقش عمده‌ای در پیشگیری از عود داشته و آستانه آسیب‌پذیری را بالا می‌برد. (کاپلان^(۳) و سادوک^(۴)، ۱۹۹۴؛ لاف^(۵) و وان^(۶)، ۱۹۸۱).

استرس و رویدادهای زندگی: بررسیها نشان می‌دهند مبتلایان به بیماری اسکیزوفرنیا نسبت به استرس آستانه تحمل پایین‌تری داشته و به هنگام رویارویی با استرسهای روانی - اجتماعی زودتر بیماریشان عود می‌کند و یا شدت می‌یابد (ببینگتون^(۷)، ۱۹۹۳؛ ونچورا^(۸)، نویجترلین^(۹)، ۱۹۹۲؛ نورمن^(۱۰) و مالا^(۱۱)، ۱۹۹۵).

هیجانهای ابراز شده: خانواده‌های با سطح هیجانهای ابراز شده بالا که با ویژگیهای انتقاد زیاد از بیمار، دخالت بیش از حد، دشمنی با بیمار، صمیمیت و گفته‌های مثبت اندک شناخته می‌شوند؛ عامل دیگری در عود بیماری به شمار می‌آیند (لاف، ۱۹۸۷). بررسیها نشان داده‌اند که هیجانهای ابراز شده زیاد میزان عود را به ۵۰٪ در طول ۹ ماه پس از ترخیص از بیمارستان افزایش می‌دهد در حالیکه این میزان در خانواده‌های با سطح هیجانها ابراز شده پایین، ۱۵٪ بوده است (لاف و همکاران، ۱۹۸۹). بیماران درمان نشده و یا آنهایی که درمان ناکافی دریافت نموده‌اند می‌توانند فشار روانی و مالی قابل توجهی را به خانواده تحمیل نموده و منابع روانی و مادی آن را نابود نمایند. هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم این بیماری نه تنها خانواده بلکه جامعه را نیز با فشار مالی چشمگیری روبرو می‌نماید. بررسی انجام شده در سال ۱۹۹۱ در ایالات متحده هزینه مستقیم و غیر مستقیم این بیماری را با شیوع ۱/۵٪ در تمام طول عمر، ۶۵ میلیارد دلار برآورد نموده که

۴۶ میلیارد آن به هزینه‌های غیر مستقیم مانند بیکاری و نداشتن درآمد و ۱۹ میلیارد آن به هزینه‌های مستقیم درمان بیماران مانند دارو، بستری و مانند آن مربوط می‌شود (ویت^(۱۲)، ۱۹۹۵).

ناآگاهی بیمار نسبت به بیماری خود و یا انکار آن به منظور گریز از برجسب "روانی" و نیز نگرش منفی خانواده و بستگان به مصرف دارو و ناآگاهی خانواده نسبت به بیماری، عودهای پی در پی و افت توانمندیهای روانی - ذهنی بیمار را به دنبال دارد و فشار بیشتری بر نظام بهداشتی - درمانی جامعه وارد می‌کند (بیگل^(۱۳)، میلیگان^(۱۴)، پوتنام^(۱۵) و سانگ^(۱۶)، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴).

گروه پیگیری و یا مراقبت پیوسته با اقدامات چندگانه خود می‌تواند در ابعاد درمان دارویی، خانواده درمانی و درمانهای متمرکز بر توانبخشی فعالیت‌های ذهنی - روانی، درمان بیماران را در خانواده و جامعه بطور سرپایی ادامه داده و در بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنها مؤثر باشد (بیان زاده و کربلایی نوری، ۱۳۷۷). پژوهشهای فراوانی از دهه ۱۹۶۰ در جوامع مختلف انجام شده و کارآیی گروه پیگیری و درمان در جامعه را تأیید نموده است (بورلند^(۱۷) و همکاران، ۱۹۸۹؛ لرنر^(۱۸) و همکاران، ۱۹۹۵؛ مارکز^(۱۹) و همکاران، ۱۹۹۴؛ مزینا^(۲۰) و ویدونی^(۲۱)، ۱۹۹۵). پژوهش‌های مشابهی نیز در ایران انجام گرفته که به یافته‌های بسیاری از پژوهشهای پیشین نزدیک است (فدایی، ۱۳۶۹، خزائیلی، ۱۳۷۲، ده

- | | |
|----------------|-------------|
| 1-Karno | 2-Norquist |
| 3-Kaplan | 4-Sadock |
| 5-Leff | 6-Vaughn |
| 7-Bebbington | 8-Ventura |
| 9-Nuechterlein | 10-Norman |
| 11-Malia | 12-Wyatt |
| 13-Biegel | 14-Milligan |
| 15-Putnam | 16-Song |
| 17-Borland | 18-Lerner |
| 19-Marks | 20-Mezzina |
| 21-Vidoni | |

این بررسی نشان داد که به دنبال مراقبت‌های پیگیری ۹۲٪ از روزهای بستری کاسته شده است (۱۲ برابر) که با یافته‌های بورلند و همکاران (۱۹۸۹)، رید و همکاران (۱۹۹۴) همسویی دارد. بهره‌گیری از مداخله‌های درمانی گروه پیگیری حتی در صورت عود بیماری، موجب شدت کمتر بیماری شده و بیمار در مدت کوتاهی به جامعه باز می‌گردد.

بزرگی، ۱۳۷۲؛ ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۴؛ بیان زاده و کربلایی نوری، ۱۳۷۷). یافته‌های پژوهش‌های یاد شده در کنار کمبود تخت‌های روانپزشکی در کشور و نیز سیاست مؤسسه زدایی، همگی بر ضرورت تشکیل و گسترش فعالیتهای درمانی گروه‌های مراقبت پیوسته تأکید نموده و پژوهش حاضر نیز تجربه دوباره‌ای است که کارآیی گروه مراقبت پیوسته را مورد آزمون قرار می‌دهد.

روش

این بررسی از نوع پس رویدادی بوده و بر روی اطلاعات موجود در پرونده بیماران و انجام مصاحبه با خانواده ایشان انجام گرفته است. فرضیه‌های پژوهشی و متغیرهای مربوطه (دفعات عود، روزهای بستری، هزینه درمان، تعداد افراد شاغل) ۳ سال پیش از اجرای پژوهش (۱۳۷۱-۱۳۶۹) و سه سال پس از آغاز پژوهش و پیگیری (۱۳۷۴-۱۳۷۲) مورد مقایسه قرار گرفتند. آزمودنیهای پژوهش را ۵۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا که عضو گروه پیگیری مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی بوده و بر پایه نمونه‌گیری در دسترس از میان بیمارانی که از سال ۱۳۷۲ تحت پیگیری و درمان سرپایی قرار داشتند، تشکیل داده‌اند.

یک دستیار ثابت روانپزشکی، یک نفر مددکار، یک نفر روانشناس گروه پیگیری را تشکیل داده‌اند. ملاکهای انتخاب بیماران معرفی شده به شرح زیر بوده است:

الف) استفاده از نورولپتیک‌های دارای اثر دراز مدت،
ب) نداشتن اعتیاد (به استثنای سیگار)،
ج) نزدیکی محل زندگی به درمانگاه شهید اسماعیلی،

د) سپری شدن مرحله حاد بیماری و داشتن پرونده پیگیری. پس از پذیرش و اعلام همکاری از سوی بیماران، بیمار و خانواده وی بطور فردی یا گروهی در ۳ جلسه ۱/۵ ساعته آموزشهای لازم از جمله آشنایی با مرکز پیگیری و وظایف آن، نشانه‌های بیماری، داروها و عوارض جانبی آنها، درمان بیماری و چگونگی رفتار با بیمار را در محیط خانواده فراگرفتند و بطور متوسط هر ۴ هفته یکبار روانپزشک گروه آنان را دیده است. در صورت عدم مراجعه بیمار به درمانگاه، روانشناس یا مددکار طی تماس تلفنی از آنان، خواسته است که به درمانگاه مراجعه نمایند و یا همراه سایر اعضاء گروه در منزل بیمار حضور یافته و داروی بیمار را تزریق نموده است. در موارد شدیدتر با کمک خانواده، بیمار در مرکز فوریتهای درمانگاه بطور موقت (۱ تا ۲ روز) بستری و دوباره بطور سرپایی پیگیری گردیده و یا در صورت لزوم جهت بستری به بیمارستان معرفی شده‌اند. دخالت در بحران، برگزاری نشستهای مشاوره و آموزش خانواده از سایر خدمات درمانی گروه پیگیری بوده است که در مواقع ضروری و بروز مشکل در خانواده یا محیط کار بکار گرفته شده‌اند. جلب حمایت‌های اجتماعی همانند عضویت بیماران دارای شرایط در کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی از سایر اقدامات مددکاری گروه بوده است.

گردآوری داده‌های پژوهش به کمک فرمهای مشخصات و پرسشنامه انجام گردیده است. در پرسشنامه مشخصات، اطلاعاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی و شغلی، تعداد دفعات عود منجر به بستری در بیمارستان و عود خفیف (سرپایی)، هزینه

درمان و روزهای بستری (به کمک پرونده بیماران موجود در بخش مدارک پزشکی بیمارستان) گردآوری گردید. دفعات عود منجر به بستری و عود خفیف توسط پرستار گروه پس از آموزش لازم از طریق پرونده پزشکی بیماران استخراج گردید. هر بار بستری در بیمارستان یکبار عود منجر به بستری و هر ویزیت که با افزایش قابل توجه دوز نورولپتیک همراه بوده و یا در بخش فوریتها بستری کوتاه مدت (۱ تا ۲ روز) داشته عود خفیف شمرده شد. روزهای بستری نیز از پرونده پزشکی بیماران و هزینه درمان (بستری و سرپایی) بر پایه تعرفه دولتی شامل مدت بستری، داروهای مصرفی، تلفن، بستری در بخش فوریتها و ویزیت سرپایی به کمک حسابداری و از روی پرونده پزشکی بیماران محاسبه شد. با احتمال بستری هر یک از بیماران عضو گروه پیگیری در سایر مراکز روانپزشکی دولتی یا خصوصی با مراجعه مسئول مدارک پزشکی مرکز به کلیه مراکز روانپزشکی تهران موارد عود منجر به بستری یا عود خفیف (سرپایی) استخراج و به اطلاعات موجود افزوده شد. اطلاعات مربوط به وضعیت شغلی، صرف نظر از کیفیت آن، توسط مددکار و روانشناس از راه مصاحبه با بیمار و خانواده در مورد شاغل بودن یا نبودن در ۳ سال پیش و پس از پیگیری گردآوری گردید. داده‌های گردآوری شده به کمک آزمون t وابسته و آزمون ویلکاکسون^(۱) تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این بررسی ۵۵ بیمار ۳۳-۵۵ ساله (با میانگین ۳۷/۹ و انحراف استاندارد ۷/۱۶ سال) مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات جمعیت شناختی بیماران مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌شود بیشتر بیماران، مرد (۷۰/۹٪)، مجرد (۴۳/۶٪) و دیپلمه (۳۶/۴٪) هستند.

جدول ۱ - توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلی

متغیرها	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۳۹ / ۷۰/۹
	زن	۱۶ / ۲۹/۱
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲ / ۴۳/۶
	متاهل	۱۳ / ۲۳/۶
	مطلقه	۱۸ / ۳۲/۷
وضعیت تحصیلی	بیسواد	۴ / ۷/۳
	ابتدایی	۱۳ / ۲۳/۶
	راهنمایی	۱۵ / ۲۷/۳
	دیپلمه	۲۰ / ۳۶/۴
	دانشگاهی	۳ / ۵/۵

نتایج آزمون فرضیه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است. عود منجر به بستری پیش از پیگیری ($\bar{X}=2/29$ ، $SD=1/1$) در مقایسه با پس از پیگیری ($\bar{X}=0/2$ ، $SD=0/4$) کاهش معنی داری داشته است ($t=3/38$ ، $P<0/01$). مقایسه دفعات عود منجر به بستری پیش از پیگیری با مجموع دفعات عود منجر به بستری با عودهای خفیف ($\bar{X}=0/55$ ، $SD=0/6$) کاهش معنی داری را نشان می‌دهد ($t=10/74$ ، $P<0/01$).

روزهای بستری پس از پیگیری ($\bar{X}=101/86$ ، $SD=52/72$) در مقایسه با روزهای بستری پس از آن ($\bar{X}=8/35$ ، $SD=20/24$) تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد ($t=12/55$ ، $P<0/01$). مقایسه هزینه درمان پیش از پیگیری ($\bar{X}=3267527/2$ ریال) نسبت به پس از آن ($\bar{X}=436210/9$ ریال) تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد ($t=11/92$ ، $P<0/01$).

در مورد وضعیت شغلی بیماران در طرح پیگیری، اطلاعات بدست آمده نشان داد که پیش از پیگیری ۲۲

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی و نمونه ادر مرحله پیش از پیگیری و پس از آن

متغیرها	پس از پیگیری		پیش از پیگیری		میانگین	انحراف معیار
	دامنه نمره‌ها	بیشترین کمترین	دامنه نمره‌ها	بیشترین کمترین		
دفعات هود بستری	۰/۰۱	۵۴	۱۳/۳۸	۰	۱/۱	۲/۲۹
دفعات هود سرپایی و بستری*	۰/۰۱	۵۴	۱۰/۷۴	۰	-	-
روزهای بستری	۰/۰۱	۵۴	۱۲/۵۵	۰	۵۲/۷۲	۱۰۱/۸۶
هزینه درمان**	۰/۰۱	۵۴	۱۱/۹۲	-	۱۶۸۸۹۵۲/۷۳	۳۲۶۷۵۲۷/۲۷
صلکود بیماراران	۰/۰۱	۵۴	-۹/۸۴	۲۵	۲۸/۸۷	۳۷/۸۴

* مجموع دفعات هود منجر به بستری و خفیف فقط برای ۳ سال پس از پیگیری محاسبه شده است.

** هزینه‌ها به ریال است. میزان هزینه پیش از پیگیری ۲۲۰۰۰۰ تا حداکثر ۸۵۴۴۰۰۰ و پس از پیگیری حداقل ۶۵۲۰۰ تا حداکثر ۲۸۸۰۰۰۰ است.

بیمار (۴۰٪) شاغل و ۳۳ نفر (۶۰٪) بیکار بوده و در پایان ۳ سال پیگیری ۳۵ نفر (۶۳/۶٪) شاغل و ۲۰ نفر (۳۶/۴٪) بیکار بوده‌اند. مقایسه وضعیت اشتغال پیش از پیگیری و پس از آن ($\bar{X}=0/4$, $SD=0/49$) و ($\bar{X}=0/64$, $SD=0/48$) تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد ($Z=-2/95$, $P<0/01$). فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نمره Z بیماران شاغل پیش از پیگیری و پس از آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نمره Z بیماران مورد بررسی بر حسب داشتن شغل در مرحله پیش از پیگیری و پس از آن

گروهها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نمره Z	سطح معنی داری
بیماران شاغل پیش از پیگیری	۲۲	۰/۴	۰/۴۹		
بیماران شاغل پس از پیگیری	۳۵	۰/۶۴	۰/۴۸	-۲/۹۵	$P<0/01$

بحث در یافته‌ها

در این پژوهش میزان تأثیر همکاری گروه مراقبت پیوسته در دفعات عود، مدت زمان بستری، هزینه درمان، وضعیت شغلی آنها طی ۳ سال پیش از پیگیری و پس از آن مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته و نتایج نشان داد که عود بیماری طی مدت پیگیری ۹۱٪ (۱۱/۵ برابر) کاهش یافته است.

مقایسه شمار عودهای منجر به بستری در مدت ۳ سال پیگیری با عودهای منجر به بستری در مدت زمان پیش از آن کاهش عود بیماری را در سطح ۷۶٪ (۴/۲ برابر) نشان می‌دهد ($P<0/01$). این یافته‌ها به یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های انجام شده نزدیک است (فدایی، ۱۳۶۹؛ ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۴؛ ویدونی، ۱۹۹۵؛ کول^(۱) و همکاران، ۱۹۹۴؛ رید^(۲) و همکاران، ۱۹۹۴؛ بورلند و

همکاران، ۱۹۸۹؛ فنتون و همکاران، ۱۳۷۲؛ مویجن^(۳)، ۱۹۹۱، به نقل از مویجن، ۱۹۹۲). یافته‌های بررسی انجام شده در زاهدان نشان داد که دفعات عود بستری با مداخله‌های درمانی گروه پیگیری ۳۰٪ کاهش یافته است (ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۴).

این بررسی نشان داد که به دنبال مراقبتهای پیگیری ۹۲٪ از روزهای بستری کاسته شده است (۱۲ برابر) که با یافته‌های بورلند و همکاران (۱۹۸۹)، رید و همکاران (۱۹۹۴) همسویی دارد. بهره‌گیری از مداخله‌های درمانی گروه پیگیری حتی در صورت عود بیماری، موجب شدت کمتر بیماری شده و بیمار در مدت کوتاهی به جامعه باز می‌گردد. بدین ترتیب با ادامه درمان دارویی نگهدارنده می‌توان استحکام بیشتری به دستگاه عصبی - زیستی بیمار داده و با مداخله‌های درمانی، آستانه آسیب پذیری دستگاه عصبی بیمار را نسبت به فشارهای روانی محیطی افزایش داده و از عود بیماری کاست.

هزینه درمان بیماران در مدت پیگیری ۸۷٪ (۷/۵ برابر) کاهش یافت که در مقایسه با هزینه درمان در مدت ۳ سال پیش از پیگیری تفاوت معنی داری دارد ($P<0/01$). این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش لانگرلی^(۴) (۱۹۷۵ به نقل از بورلند و همکاران، ۱۹۸۹) نشان داد که هزینه درمان در جامعه ۱/۶ درمان سنتی است، همسویی دارد. نتایج پژوهش انجام شده در زاهدان (ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۴) نشان داد که هزینه درمان با گروه پیگیری ۲/۵ برابر کمتر از هزینه درمان سنتی و بستری دراز مدت است. تفاوت هزینه درمان در این پژوهش با پژوهش زاهدان می‌تواند به علت به کارگیری گسترده‌تر درمانهای غیر دارویی در پژوهش حاضر باشد که خانواده درمانی، مداخله در بحران، نشست‌های آموزشی گروهی و افزایش حمایت اجتماعی از آن

هزینه درمان بیماران در مدت پیگیری ۸۷٪ (۷/۵ برابر) کاهش یافت که در مقایسه با هزینه درمان در مدت ۳ سال پیش از پیگیری تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/01$).

جمله‌اند. از سوی دیگر با نتایج دیگر پژوهش‌ها که هزینه درمان در جامعه را بیشتر از درمان سنتی گزارش نمودند مغایر می‌باشد. (بورلند و همکاران، ۱۹۸۹ و رید و همکاران، ۱۹۹۴). این تفاوت می‌تواند به علت به کارگیری گونه‌های دیگر خدمات سرپایی باشد که پرهزینه‌تر از درمانهای سنتی می‌باشند. در این پژوهش از بکارگیری روشهای پرهزینه پرهیز شده، برخی از خدمات پیگیری مانند اعزام پرستار و پزشک به منزل بیمار جزء وظایف روزمره کارکنان بیمارستان تلقی گردیده و رایگان انجام شد. این بررسی نشان داد که درصد اشتغال بیماران، افزایش معنی داری داشته است ($P < 0/01$). این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های مشابه (مزینا و ویدونی، ۱۹۹۵؛ مارکز و همکاران، ۱۹۹۴؛ فدایی، ۱۳۶۹؛ ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۴) همسو؛ و با نتایج برخی پژوهش‌ها (کول و همکاران، ۱۹۹۴) مغایرت دارد. در این زمینه نتایج به دست آمده از پژوهش انجام شده در مرکز روانپزشکی رازی (فدایی، ۱۳۶۹) نشان داد که ۸۰٪ بیماران کارکرد شغلی بهتری نسبت به پیش از پیگیری پیدا کرده‌اند. کاهش معنی دار عود بیماری و هزینه مربوطه از یک سو و بهبود وضعیت شغلی از سوی دیگر می‌تواند نشان دهنده آن باشد که گروههای پیگیری با هزینه‌های کمتر و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی بهتر توانایی دستیابی به هدف درمان یا حفظ و ارتقاء وضعیت شغلی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران را دارند.

گفتنی است که در دسترس نبودن پرسشنامه معتبر و پایا برای ارزیابی کارکرد اجتماعی، از محدودیتهای پژوهش بوده است. از آنجا که ساختار پژوهش حاضر پس رویدادی بوده پیشنهاد می‌شود در بررسیهای بعدی

پژوهشهای آینده نگر به کار گرفته شود. در پایان پیشنهاد می‌شود مراقبتهای پیگیری، سایر جنبه‌های درمان در بیمارستان و جامعه را نیز بررسی نماید تا کارآمدی آنها را در ابعاد گوناگون از جمله فشار خانواده، شناسایی نماید.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران انجام یافته است.

از آقای دکتر جعفر بوالهروی ریاست وقت مرکز شهید اسماعیلی که در زمان ریاست ایشان مرکز پیگیری مجدداً دایر و تقویت گردید و نیز سایر همکاران، خانم ایرانی نژاد، خانم کنوزی، آقای بهرامی و خانم صدیقه موسوی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

منابع

خزائلی، مهناز (۱۳۷۲). بررسی تأثیر آموزش گروهی از خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک پارانوئید مزمن بر سازگاری بیمار در عملکرد روزمره. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

ده بزرگی، غلامرضا (۱۳۷۲). بررسی اثر بخشی آموزش مساهرت‌های اجتماعی در سازگاری بیماران اسکیزوفرنیک مزمن ایرانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

فدایی، فرید (۱۳۶۹). پیگیری درمان بیماران روانی مزمن. مجله دانشکده پزشکی، خرداد و تیرماه، صص ۹۲-۸۵.

فتون، فرد؛ لیزتی، سیر؛ استروئینک، ای. ل.؛ اسمیت، فرانک؛ و

Bebbington, P. (1993). Life events and psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.

Biegel, D. E., Milligan, S. E., Putnam, P. L., & Song, L. Y. (1992). *The role of race in family caregiving with persons with mental illness, burden, support systems and use of self-help, final report of office for programme evaluation and research*, Ohio: Department of Mental Health Center for Practice Innovations, Mandel School of Applied Social Sciences.

Biegel, D. E., Milligan, S. E., Putnam, P. L., & Song, L. Y. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 473-494.

Borland, A., Mcrae, J., & Lycan, C. (1989). Outcomes of five years of continuous intensive case management. *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 369-377.

Cole, R. E., Reed, S., Babigian, H. M., Brown, S. W., Fray, J. (1995). A mental health capitation program: I. Patient outcomes. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1090-1096.

Kaplan, H., & Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Karno, M., & Norquist, G. S. (1995). Schizophrenia, epidemiology (6th ed.). In H. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Leff, J., & Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: A Two year follow up, *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.

نبوت، کانستنس (۱۳۷۲). *درمان روانپزشکی در خانه و بیمارستان*. ترجمه: عصمت دانش. تهران: چاپ و نشر بنیاد.

ملکوتی، کاظم؛ نوروزی، مهناز (۱۳۷۴). پیگیری و بهداشت روانی در بیماران روانی مزمن. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ۲، شماره ۱ و ۲. صص ۴۷-۴۱.

بیان زاده، سیداکبر؛ کربلایی نوری، اشرف (۱۳۷۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن. *نشریه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۱، صص ۱۳-۴.

Leff, J. (1987). A model of schizophrenic vulnerability to environmental factors. In H. Hafner, W. F. Gattaz, and W. Janzarik (Eds.). *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, A., & Strachan, A. (1989). A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 571-577.

Lerner, V., Fotyanov, M., Liberman, M., Shifman, M., & Bar, E. Y. (1995). Maintenance medication for schizophrenia and schizoaffective patients. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 693-201.

Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, M., Audini, B., & McNamee, G. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 162, 179-194.

Mezzina, R., Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital; Crisis intervention and continuity of care in Trieste. a four year follow up study in community

- mental health center. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 1-20.
- Muijen, M. (1992). The balance & care. In M. Birchwood, N. Tarrrier (Eds.). *Innovation in psychological management of schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons.
- Norman, M. G., & Malla, A. K. (1995). Stressful life events and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 163, 161-166.
- Oldrige, M. L., & Hughes, I. C. (1992). Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *British Journal of Psychiatry*, 160, 249-251.
- Reed, S. K., Hennesy, K. D., Michell, O. S., & Babigian, H. M. (1994). A mental health capitation program: II. Cost benefit analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1097-1103.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Hardesty, J., & Gitlin, M. (1992). Life events and schizophrenia relapse after withdrawal of medication, *British Journal of Psychiatry*, 160, 615-620.
- Wyatt, R. J. (1995). An economic evaluation of schizophrenia, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 196-205.

آنتی ژن D8/17 و کره سیدنهایم، و سواس و توره

کره سیدنهایم به عنوان یک الگوی زیست شناختی برای OCD و اختلالاتی مرتبط با آن، مانند توره مورد بررسی قرار گرفته است. آنتی بادی منوکلونال D8/17، نوعی آنتی ژن لنفوسیت‌های B را شناسایی می‌کند که تقریباً در تمام بیماران دچار تب روماتیسمی، دیده می‌شود. آنتی ژن، D8/17 می‌تواند نشان دهنده میزان آسیب‌پذیری در برابر عفونت استرپتوکوکی باشد. در این بررسی ۳۱ بیمار دچار OCD توره و تیک مزمن که از کودکی دچار این بیماریها شده بودند، بررسی شدند. هیچ یک از آنان سابقه تب روماتیسمی یا کره سیدنهایم نداشتند. میزان این آنتی ژن در بیماران (۲۲ درصد) خیلی بالاتر از گروه گواه (۹ درصد) بود. در طبقه بندی طیفی، تمام بیماران و تنها یک فرد از گروه گواه، D8/17 مثبت بودند. نتیجه اینکه D8/17 می‌تواند شاخصی برای آسیب‌پذیری به برخی از اشکال OCD کودکان، توره، تب روماتیسمی و کره سیدنهایم باشد.

American Journal of Psychiatry, 1997.