

مقایسه اثربخشی دو روش مداخله مدیریت مورد (کارشناسان بهداشت  
و اعضاء خانواده بیماران) بر سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی  
خانواده بیماران اسکیزوفرنیا

**The Effectiveness of two Case Management Methods on Mental  
Health, Knowledge, and Burden of Schizophrenics,  
Family Member**

*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

*L. Panaghi, Ph.D.*

دکتر لیلی پناغی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

*Z. Ahmad Abadi, M. A.*

زهره احمدآبادی

کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی

*M. Nojomi, Ph.D.*

دکتر مرضیه نجومی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

**Abstract**

Case management is one of the most effective services for schizophrenic patients and their families. This study

**چکیده:**

سیستم «مدیر مورد» یکی از اثربخش‌ترین روش‌های مداخله بیماران اسکیزوفرنی و خانواده‌های آنان است. مطالعه حاضر با هدف استفاده از خدمات

✉Corresponding author: Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.  
Tel: +9821-22431814  
Fax: +9821-29902368  
Email: nchimeh@yahoo.com

نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - پژوهشکده خانواده

تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴ دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۸  
پست الکترونیکی: email: nchimeh@yahoo.com

conducted by a non-randomized and double blind interventional method to compare two models of case management. One hundred and seventeen schizophrenic patients received home-visit services by two trained groups of case managers: mental health workers as case manager and consumers' family members as case manager.

The instruments were "General Health Questionnaire-28" (GHQ-28), "Family Experience Interview Schedule" (FEIS), and "Caregivers Knowledge Questionnaire" to assess caregiver mental health, burden and knowledge before and after intervention.

There was no significant difference between the two groups and they were both effective so we can use non-professional and trained case manager to develop mental health services for schizophrenic patients.

**Keywords:** Schizophrenia, Mental health, Burden, Case Management, Consumer.

مدیریت مورد توسط مصرف‌کنندگان خدمات روان‌پزشکی و اعضاء خانواده بیماران اسکیزوفرنی و مقایسه اثربخشی آن با گروه کارشناسان بهداشت انجام شده است.

روش این مطالعه از نوع مداخله‌ای و دو سر کور بود. اعضاء خانواده ۱۱۷ بیمار اسکیزوفرنی پرسشنامه‌های «سلامت روانی GHQ-28»، «پرسشنامه آگاهی‌سنجی خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنیا»، فرم کوتاه آزمون برنامه مصاحبه تجارب خانواده‌های بیماران روانی را قبل و بعد از ارائه خدمات در منزل توسط دو گروه مدیر مورد کارشناسان بهداشت روان و اعضاء خانواده بیماران تکمیل کردند. نتایج نشان داد که اثربخشی مداخله توسط گروه اعضاء خانواده با اثربخشی مداخله توسط کارشناسان گروه بهداشت، یکسان بوده است و آگاهی و فرسودگی خانواده‌های بیماران تنها در اثر مداخله، بدون در نظر گرفتن گروه مداخله‌گر افزایش معناداری یافته است. استفاده از افراد غیر متخصص در مدیریت مورد امکان استفاده بیشتر و گسترده‌تر خانواده‌های بیماران را از خدمات بهداشت روانی فراهم می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** اسکیزوفرنی، سلامت روانی، فرسودگی، مدیریت - مورد

## مقدمه

اسکیزوفرنی اختلالی مزمن، عودکننده و ناتوان‌کننده است که منجر به بستری در بیمارستان، اشغال تخت و ایجاد ناتوانی (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵)، تحمیل هزینه‌های درمانی (ناپ و کاواناگ، ۱۹۹۷)، روان‌شناختی و اجتماعی بسیار سنگینی بر فرد بیمار و خانواده او می‌شود (آکیونگ، ۲۰۰۶). مشخصه این بیماری جداسدن از واقعیت، اختلال در سنجش واقعیت، سایکوز و برخی نقایص شناختی است که مستلزم انجام انواع مداخلات و مراقبت‌های طبی است (موزر و مک‌گورک، ۲۰۰۴). دشواری زندگی با بیمار اسکیزوفرنی، استیگمای مرتبط با بیماری روانی، تضادهای خانوادگی، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی، کمبود حمایت اجتماعی از تجربیات متداول در بین خانواده‌های

دارای بیمار اسکیزوفرنی است (تسچینسکی، ۲۰۰۰) که در کنار کمبود آموزش، مهارت‌ها و یا منابع، علاوه بر تأثیرات نامطلوب بر سلامت روانی و جسمی اعضای خانواده ممکن است ناخواسته به غفلت از عضو بیمار خانواده نیز منجر شود (بارتول، مون و لینتون، ۱۹۹۴). تحقیقات نشان داده که بسیاری از بستگان افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، نشانه‌هایی از بیماری روان‌شناختی و جسمی را دارا بوده، (فالون، گراهام - هول و وودرف، ۱۹۹۳) همچنین مسئولیت مداوم خانواده‌ها در مراقبت‌های روان‌شناختی و سلامتی یک عضو ناتوان، به کاهش قابل ملاحظه در کیفیت زندگی مراقبان می‌انجامد (وینفیلد، ۲۰۰۰). نشانه‌های بیماری، رفتارها و ناتوانی‌های بیمار و ضعف در مقابله با بیماری، فاکتورهای محیطی استرس‌زا است (شن، ۱۹۹۰) که پریشانی و نارضایتی از فقدان‌های ادراک‌شده در زندگی فردی (از دست دادن فرصت‌ها به خاطر مراقبت از بیمار) و استرس‌ورهای محیطی تجربه‌شده توسط مراقب شامل استیگما (دینوس، استوانز، سرفاتی، ویچ و کینگ، ۲۰۰۴)، مشکلات مالی و دیگر موضوعات خانوادگی را به دنبال دارد (گوتیرز - مالدونادو، کاکوی - اوریزار و کاواناگ، ۲۰۰۵).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش به مراقبان می‌تواند از استرس و فشار آن‌ها بکاهد، بدین صورت که ترس مراقبت را با برطرف کردن افسانه‌ها و کج‌فهمی‌ها از بیماری کاهش می‌دهد، رفتارهای دردآور بیمار را با قابل فهم کردن نشانه‌های بیماری پیش‌بینی‌پذیر، تحمل بیشتر و گرایش‌پذیرنده‌تر را نسبت به بیمار تشویق و به مراقب کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر موقعیت داشته باشد و از این طریق بر احساس ناامیدی و بدبینی غلبه کند (بیرچوود، اسمیت و کوکران، ۱۹۹۲).

اطلاعات، مهارت‌های مقابله با استرس بیماری، حمایت اجتماعی، رویارویی با استیگمای اجتماعی بیماری، منابع مالی برای پرداخت هزینه درمان‌های روان‌پزشکی، مهم‌ترین نیازها و تقاضاهای خانواده بیماران اسکیزوفرنی است (سولومون، ۲۰۰۰؛ برلانگ، اولف و ادمن، ۲۰۰۳) که برنامه‌های مداخله در خانواده با شناسایی فاکتورهای ایجادکننده فرسودگی نزدیکان بیمار مثل اطلاعات درست درباره بیماری، بهبود راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و رفع اضطراب، می‌توانند به رفع فرسودگی مراقبان کمک کنند (گوتیرز - مالدونادو و کاکوی - اوریزار، ۲۰۰۷).

با این حال پژوهش‌های اندکی اثربخشی مداخلات را در کاهش فرسودگی خانواده‌های بیماران بررسی کرده‌اند (همان). برخی مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات خانواده، روش مؤثری برای بهبود رفاه روان‌شناختی مراقبان است (گوتیرز - مالدونادو و همکاران، ۲۰۰۵؛ گانجو، ۲۰۰۳).

یکی از اثربخش‌ترین روش‌های مداخله در حفظ و بهبودی سلامت روانی بیماران، کاهش دفعات عود بیماری، هزینه درمان، رضایت و ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان، سیستم «مدیر مورد» است (اشمیت - پوسنر و چرل، ۱۹۹۸؛ کونو و آسوکای، ۲۰۰۰؛ مارکز، کونولی و

مویجن، ۱۹۹۴؛ ساراوانامتا و پایک، ۲۰۰۳). مدیر مورد، اتصالی انسانی بین بیمار و اجتماع به‌خصوص سازمان‌ها و فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی است (پسکوسولیدو، رایت و سالیوان، ۱۹۹۵؛ ۴۰).

اسوک و کانتوس (۱۹۹۵) دو نوع مدیریت مورد را مورد مقایسه قرار دادند: نوع ACT<sup>۱</sup> و نوع مدیر مورد. وجوه مشترک هر دو نوع، انجام خدمات مدیریت بحران، مشاوره با کنترل دارودرمانی، ارتقاء مهارت زندگی، حمایت، سکنی، اشتغال‌ورزی، توان‌بخشی روانی - اجتماعی، مراقبت بیمارستانی بود. در اولی روان‌پزشک و روان‌پرستار با تیم ارتباط داشتند و در دومی مدیران دارای تحصیلات دانشگاهی، تحت نظر مدیر برنامه با مدرک فوق‌لیسانس مددکاری به انجام خدمات می‌پرداختند. در نوع ACT، بیمار با تیم درمان و در نوع مدیر مورد بیمار با یک نفر مدیر ارتباط دارد. در ACT هر مدیر مسئولیت ۷ - ۵ بیمار و در مدیر مورد، هر مدیر مسئولیت ۳۰ - ۲۵ بیمار را به عهده دارد.

ماکیاس، کینی، فارلی (۱۹۹۴) نشان دادند که سیستم مدیریت مورد در مقایسه با گروه کنترل که تنها تحت خدمات توان‌بخشی قرار داشتند طی ۱ سال بررسی، از نظر وضعیت روانی و جسمانی، توانایی زندگی روزمره، گزارش خانواده از علائم روانی بیمار، فرسودگی مراقب و عملکرد کلی، وضعیت بهتری داشتند. گروه مدیریت مورد دفعات بستری کمتری داشته و علی‌رغم کاهش دفعات بستری و حضور بیشتر در منزل، فرسودگی مراقب کمتر از گروه کنترل بود.

طبق پژوهش‌های انجام شده در ایران، عود و بستری مجدد بیماران روانی، پدیده‌ای شایع است که با تحمیل هزینه‌های گزاف بر سیستم بهداشتی و درمانی، به افت کیفیت خدمت‌رسانی به این بیماران نیز منجر می‌شود (فدایی، ۱۳۶۹؛ ملکوتی و همکاران، ۱۳۷۳ و ۱۳۷۷). از این رو می‌توان مدیریت مورد را به‌عنوان ابزاری برای کاهش دادن یا محدود کردن استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌های درمانی مورد استفاده قرار داد. پیگیری بیماران در منزل با توجه به روش پیگیری و جمعیت هدف علاوه بر این که باعث کاهش موارد بستری مجدد به میزان ۹۰-۳۰ درصد می‌شود، هزینه‌های درمانی و مراقبتی را ۲/۵ تا ۷/۵ برابر کاهش می‌دهد (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۳). نتایج برخی مطالعات در سطح جهان نیز نشان می‌دهند که زندگی بیمار در محیط خانواده هزینه‌های مرتبط با بیماری را کاهش می‌دهد (وازکوئز - پولو، نگرین، کاباسز، سانچز و همکاران، ۲۰۰۵).

علاوه بر این، تحقیقات در ایران نشان داده که می‌توان با ارائه خدمات درمانی و بهداشت عمومی و روان‌پزشکی توسط افراد غیرمتخصص آموزش‌دیده (به‌وزر) در چارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) (شادپور، ۲۰۰۰؛ یاسمی، شاه‌محمدی، باقری‌یزدی، بوالهروی، رزاقی، بینا و محیط، ۲۰۰۱) هم‌چون مصرف‌کنندگان خدمات روان‌پزشکی و اعضاء خانواده بیماران اسکیزوفرنی، به کاهش بیشتر هزینه‌ها در عین حفظ کیفیت مراقبت دست یافت.

مطالعات متعددی به اثربخشی استفاده از افراد غیرمتخصص در ارائه خدمات توان‌بخشی، آموزشی و شغلی به بیماران روانی اشاره داشته‌اند (کرایگ، گارتی و پاور، ۲۰۰۴؛ سولومون، درین و دلانی،

۱۹۹۵؛ برنز، فیوریتی، هالووی، مالم و روزلر، ۲۰۰۱؛ سالرز، ۲۰۰۲، چین من، روزنپک و لم، ۲۰۰۰) که در آن‌ها تفاوتی بین اثربخشی استفاده از خدمات روان‌پزشکی افراد غیرمتخصص به‌عنوان مدیر مورد و کارشناسان دیده نشده است. اما تاکنون در هیچ مطالعه‌ای از افراد مصرف‌کننده خدمات یا خانواده‌های آنان به‌عنوان مدیر مورد در مداخله با خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی استفاده نشده است.

از آن‌جا که در کشور ما خانواده‌های بیماران، حمایت کمی از سوی سرویس‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنند و به دلیل آن که تحقیقات اندکی در زمینه‌های مختلف مرتبط با مداخلاتی هم‌چون سیستم مورد در خانواده و استفاده از افراد غیرمتخصص در این سیستم انجام شده است، در این تحقیق از دو گروه کارشناسان و خانواده‌های مصرف‌کننده خدمات به‌عنوان مدیر مورد استفاده شده، اثربخشی آن‌ها در بهبود وضعیت سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی مراقبان مورد ارزیابی قرار گرفته است.

## روش

در این مطالعه میزان آگاهی، فشار روانی و سلامت روانی خانواده‌های بیماران، قبل و بعد از ارائه خدمات در منزل توسط دو گروه مدیر مورد - کارشناسان بهداشت روان و اعضاء خانواده بیماران مورد مقایسه قرار گرفت. از این‌رو روش این مطالعه از نوع مداخله‌ای و دو سر کور بود.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، بیماران عضو و مددجوی انجمن احبا، بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مراکز خصوصی بودند که از آن میان ۱۷۶ بیمار مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا در تحقیق شرکت نمودند. این تعداد برحسب محل سکونت مدیران مورد تقسیم شدند، به طوری که ۹۸ بیمار در گروه اعضاء خانواده و ۷۸ مورد در گروه کارشناس قرار گرفتند. اجراء پروژه از اول مهرماه سال ۸۴ تا پایان آذر ۸۵ ادامه یافت. در این مدت هر بیمار به مدت یکسال تحت خدمات ویزیت در منزل قرار داشت. در نهایت ۱۱۷ نفر مورد تحلیل نهایی قرار گرفتند.

برای انتخاب مدیران مورد، ۳۰ کارشناس روان‌شناسی و ۴۵ عضو خانواده بیمار با سطح تحصیلات اغلب در حد دیپلم، انتخاب شد که دوره آموزش نظری و عملی به مدت ۳۰ ساعت برای کارشناسان و ۶۰ ساعت برای اعضاء خانواده را به مدت یک‌ماه سپری نمودند. پس از پایان دوره، با ارزیابی در سه مرحله به صورت شفاهی و کتبی برای هر یک از گروه‌ها ۳ نفر به عنوان مدیر مورد انتخاب شدند.

## ابزارهای پژوهش

ابزارهای این پژوهش شامل: «مقیاس اندازه‌گیری دانش مراقبین»، «برنامه مصاحبه تجارب خانواده‌های بیماران روانی» و «سلامت روانی - ۲۸» بود. در مطالعه مقدماتی روایی و پایایی مطلوبی برای ابزارهای فوق بدست آمد:

**پرسشنامه آگاهی‌سنجی خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنیا:** در این مطالعه، پرسشنامه ۲۵ سؤالی خزائیلی (۱۳۷۲) که علائم، درمان و طرز رفتار خانواده با بیمار بوده و آگاهی‌های خانواده در مسائل مذکور را ارزیابی می‌کند، با نظر متخصصین امر توسعه داده شد. پرسشنامه حاضر ۳۱ سؤال دارد که پاسخ‌هایی به صورت انتخاب یکی از گزینه درست یا غلط را شامل می‌شود. پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی بررسی شد و همبستگی آزمون و بازآزمون به فاصله یک هفته ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ بدست آمد.

**فرم کوتاه آزمون برنامه مصاحبه تجارب خانواده‌های بیماران روانی<sup>۲</sup>:** FEIS برای مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک و خلقی است که در جامعه زندگی می‌کنند و ۱۸-۶۴ سال دارند و جهت مطالعات اکتشافی، توصیفی، ارزشیابی برنامه‌های مداخله‌ای و کارآزمایی‌های تصادفی بالینی کاربرد دارد. تعداد سؤالات در نسخه اصلی پرسشنامه ۱۸۰ سؤال است و محدود به ۳۰ روز گذشته است. در این مطالعه به دلیل طولانی بودن FEIS، تغییراتی در پرسشنامه داده شد و ۴۲ سؤال در قالب ۷ خرده‌مقیاس: بازخورد خانوادگی (۴ سؤال)، امور مالی (۲ سؤال)، کمک در فعالیت‌های روزانه (۷ سؤال)، نظارت (۳ سؤال)، تأثیر بر نظم زندگی روزانه (۴ سؤال)، نگرانی خانواده نسبت به بیمار (۷ سؤال)، هیجانات مراقب نسبت به بیمار (۸ گویه) و برچسب‌های اجتماعی (۷ سؤال) گنجانده شد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۹۰، ۰/۶۰، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ بدست آمد. برای تعیین اعتبار محتوایی و ظاهری پرسشنامه با نظر سه روان‌پزشک و روان‌شناس، سؤالات از نظر دربرگرفتن تمام جنبه‌های فشار روانی مراقبین مورد بررسی قرار گرفت. پایایی آن به روش آزمون - بازآزمون انجام شد که ضرایب همبستگی بدست آمده از ۰/۷۲ تا ۰/۹۸ پایایی پرسشنامه را تأیید می‌کند.

**پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ (GHQ-28):** این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شده و پرسش‌های آن بر پایه روش تحلیل عاملی از فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده است که دربرگیرنده چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. بررسی‌های انجام شده در زمینه اعتباریابی پرسشنامه، اعتبار و پایایی بالای آن را برای سرند اختلال‌های روانی در جامعه تأیید می‌کنند. ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای

کرونباخ برابر ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (یعقوبی، نصرافهانی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴).

توضیح طرح 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 و تکمیل رضایت‌نامه از نکات اخلاقی رعایت شده در این طرح است. داده‌ها با استفاده از روش‌های توصیفی، کای دو، تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

براساس 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 اعضاء خانواده و کارشناسان بهداشت

آزمون آماری	گروه کارشناسان بهداشت	گروه اعضاء خانواده	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$\chi^2=0.062$	جنس		
	۲۰ (۳۱/۳)	۱۹ (۲۹/۲)	زن
	۴۴ (۶۸/۸)	۴۶ (۷۰/۸)	مرد
$\chi^2=3.912$	وضعیت تأهل		
	۴۸ (۷۵)	۴۳ (۶۷/۲)	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

در جدول ۲ میانگین‌ها و انحراف معیارهای مربوط به دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله‌گر اعضای خانواده بیماران و گروه کارشناسان بهداشت آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در دو گروه مورد مطالعه

مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		
گروه اعضای خانواده	گروه کارشناسان بهداشت	گروه اعضای خانواده	گروه کارشناسان بهداشت	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۲۲/۲۴ (۱۲/۴)	۲۲/۳۴ (۱۰/۳)	۲۲/۵۵ (۱۴/۰)	۲۴ (۱۳/۰)	سلامت روانی
۲۳/۱۲ (۳/۱)	۲۲/۸۸ (۳/۸)	۲۴/۲۳ (۲/۹)	۲۵/۱۳ (۲/۷)	آگاهی
۸۷/۹۳ (۲۷/۱)	۸۵/۲۹ (۳۰/۲)	۷۰/۰ (۲۷/۷)	۶۶/۳۹ (۲۵/۸)	فرسودگی

براساس جدول ۳، در مقیاس آگاهی و فرسودگی خانواده‌های بیماران، اثر مداخله بدون در نظر گرفتن گروه مداخله‌گر، معنادار است. به عبارت دیگر مداخلات انجام‌شده در بهبود آگاهی و فرسودگی خانواده‌ها مؤثر بوده است. با این حال اثر مداخلات بین گروه‌های اعضای خانواده و کارشناسان بهداشت در هیچ یک از مقیاس‌های مورد مطالعه معنادار نشده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر مقیاس‌های سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی‌داری
سلامت روانی	اثر گروه	۰/۰۲۱	۰/۸۸۴
	اثر زمان	۰/۱۲۲	۰/۷۲۸
	تعامل گروه و زمان	۰/۷۰۹	۰/۴۰۲
آگاهی	اثر گروه	۰/۵۶۸	۰/۴۵۳
	اثر زمان	۱۹/۸۶۱	۰/۰۰۰
	تعامل گروه و زمان	۲/۲۷۹	۰/۱۳۴
فرسودگی	اثر گروه	۰/۵۲۸	۰/۴۶۹
	اثر زمان	۶۱/۰۸۹	۰/۰۰۰
	تعامل گروه و زمان	۰/۰۴۹	۰/۸۲۵



## بحث

این تحقیق با هدف ارزیابی مداخله دو گروه کارشناسان و خانواده‌های مصرف‌کننده خدمات به عنوان مدیر مورد در بهبود وضعیت سلامت روانی، آگاهی و فرسودگی مراقبان انجام شده است. نتایج نشان می‌دهند که خدمات مدیریت مورد در هر دو گروه اعضاء خانواده و گروه کارشناسان بهداشت روان، منجر به کاهش معنادار فرسودگی و افزایش آگاهی خانواده‌های دارای بیماران مزمن مبتلا به اسکیزوفرنی شده است.

پژوهش‌های فراوانی از دهه ۱۹۶۰ در جوامع مختلف انجام شده که کارآیی گروه پیگیری و درمان در جامعه را تأیید نموده‌اند (بورلند، مک‌رای و لیکان، ۱۹۸۹؛ مارکز، کونولی، مویجن و همکاران، ۱۹۹۴). پژوهش‌های موجود در ایران به یافته‌های بسیاری از این پژوهش‌ها نزدیک است (فدایی، ۱۳۶۹؛ خزائیلی، ۱۳۷۲؛ ده‌بزرگی، ۱۳۷۲؛ ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۳؛ بیان‌زاده و کربلایی-نوری، ۱۳۷۷). نتایج برخی بررسی‌ها نشان داده که خدمات حمایتی - اجتماعی، توان‌بخشی و مداخلات بالینی می‌تواند بر ارتقاء کیفیت زندگی، مؤثر باشد، یا دست کم نتایج مثبتی به بار آورد (بیان‌زاده، ۱۹۹۱؛ بیکر، جودی و اینتاگلیاتا، ۱۹۹۲؛ گلدمن، اسکودل، تامارا و لیو، ۱۹۹۲). 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 کربلایی‌نوری، ۱۳۷۷).

تحقیقات (نپ، مانگالور و سیمون، ۲۰۰۴؛ کلینگر، باچکرمر، هول و همکاران، ۱۹۹۹) به اثربندی مداخلات خانواده در کاهش فرسودگی اشاره کرده‌اند. در یک متاآنالیز با بررسی ۱۶ مطالعه، اثربخشی مداخلات در خانواده‌های بیماران بر میزان فرسودگی اطرافیان بیمار، افسردگی روانی ناشی از بیماری و روابط بیمار با سایر افراد خانواده و کارکرد خانواده مشخص شد (کوئیچیرز، ۱۹۹۹). نتایج مطالعه بروکر، فالون، باترورث، گلدبرگ و همکاران (۱۹۹۴) که به‌صورت یک مطالعه آینده‌نگر و پس از ۱۲ ماه مداخله در خانواده‌های بیماران انجام شده، نشان داد که با انجام مداخله، مشکلات روانی خانواده‌ها کاهش و دانش خانواده‌ها افزایش داشته است. کانپو، سانز، فوئنتنبرو، وازکوئز، کوالز و همکاران (۱۹۹۶) فرسودگی خانواده را شش‌ماه قبل و بعد از مداخلات روان‌شناختی - آموزشی چندگانه در خانواده‌ها در اسپانیا اندازه گرفتند و نشان دادند که والدین به سطح معناداری از آگاهی در مورد بیماری دست یافتند.

هم‌چنین نتایج جدول ۲ نشان داد، تغییرات معنادار در آگاهی و فرسودگی خانواده‌های بیماران تنها در اثر مداخله، بدون در نظر گرفتن گروه مداخله‌گر (گروه اعضاء خانواده و گروه کارشناسان بهداشت) بوده است و اثر مداخلات بین دو گروه نتوانسته است معنادار باشد. به‌عبارت دیگر اثربخشی

مداخله توسط گروه اعضاء خانواده با اثربخشی مداخله توسط کارشناسان گروه بهداشت، یکسان بوده است. لازم به ذکر است که طبق جدول ۱ مشخصات آزمودنی‌ها در هر دو گروه یکسان بوده است.

کرایگ و همکاران (۲۰۰۴) با استفاده از 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. 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.

سولومون و همکاران (۱۹۹۵) نشان داده‌اند که مدیران مورد که خود مصرف‌کننده خدمات بودند مانند غیرمصرف‌کنندگان خدمات قادر به برقراری ارتباط درمانی بودند، ضمن این که از نظر خستگی و فرسودگی شغلی و اعتماد به نفس تفاوتی با مدیران مورد غیرمصرف‌کننده خدمات نداشته‌اند.

نتایج مطالعه پاولسون، هندریکس، دملر و همکاران (۱۹۹۹) مشخص کرد که اجراء 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 حالی که گروه غیرمصرف‌کننده، متمرکز به اجراء وظایف هستند. این نتایج می‌تواند به پژوهش حاضر قابل تعمیم باشد، بدین معنی که عضو خانواده علی‌رغم این که از نظر دانش تخصصی نسبت به کارشناسان در ابتدای مطالعه در سطح پایین‌تری قرار دارد ولی با یک دوره آموزش نظری و عملی می‌تواند به دانش و مهارت‌های لازم دست پیدا کند و به دلیل ارتباط تنگاتنگی که با بیمار اسکیزوفرنی دارد، قادر به برقراری ارتباط مؤثر از جمله مهارت همدلی با بیمار و خانواده او خواهد بود. هم‌چنین این گروه چون به‌طور غیرمستقیم درگیر مشکلات و بار روانی عضو بیمار بر خانواده بوده‌اند، وظایف محوله را با دقت و جدیت و نه فقط به‌عنوان 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 و 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 اعضاء 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 این که 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 اعضاء خانواده بیماران با سطح تحصیل دیپلم نیز اعتماد کرد و ارائه این‌گونه خدمات را با هزینه کمتر انجام داد.

## یادداشت‌ها

1. Assertive Community Tram
2. Family Experience Interview Schedule Narrative

## منابع

- بیان‌زاده، س. 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، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.
- ده بزرگی، غ. ر. (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در سازگاری بیماران اسکیزوفرنیک مزمن / ایرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.
- فدایی، ف. (۱۳۶۹). پیگیری درمان بیماران روانی مزمن. مجله دانشکده پزشکی، ۵۴، ۵۱-۶۷، ۸۵-۹۲.
- ملکوتی، س. ک.، نوری قاسم آبادی، 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، س. ک.، و نوروزی، م. (۱۳۷۴). پیگیری و بهداشت روانی در بیماران روانی مزمن اندیشه و رفتار، ۱۲ (۱ و ۲)، ۴۱-۴۷.
- یاسمی، م. ت.، شریفی، و.، امین اسماعیلی، م.، و باقری یزدی، ع. (۱۳۸۳). طرح تأسیس مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در مناطق شهری اداره سلامت روان، دفتر سلامت جوانان و مدارس. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ویرایش دوم، ۱۵-۱۳.
- یعقوبی، ن.، نصر اصفهانی، م.، و شاه‌محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا-گیلان. اندیشه و رفتار، ۱ (۴)، ۵۵-۶۶.

- 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.
- Bartol, G. M., Moon, E., & Linton, M. (1994). Nursing assistance for families of patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(12), 27-29.
- Bayanzadeh, S. A. (1991). *Quality of life services for people with long-term mental health problems in hospital and community seffys: A comparative study: Monograph*.

- Great Britain: North Staffordshire Health Authority & University of Keele.
- Berlung, N., Olof, J., & Edman, A. (2003). Family intervention in schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 116–121.
- Birchwood, M., Smith, J., & Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: A comparison of three methods. *British Journal of Psychiatry*, 160, 806–814.
- Borland, A., McRae, J., & Lycan, C. (1989). Outcomes of 5 years of continuous intensive case management. *Hospital Community Psychiatry*, 41, 647–649.
- Brooker, C., Falloon, I., Butterworth, A., Goldberg, D., Graham-Hole, V., & Hillier, V. (1994). The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry*, 165, 222–230.
- 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.
- Canive, J. M., Sanz-Fuentenebro, J., Vazquez, C., Qualls, C., Fuentenebro, F., Perez, I. G., & Tuason, V. B. (1996). Family psychoeducational support groups in Spain: Parents' distress and burden at nine-month follow up. *Annals of Clinical Psychiatry*, 8, 71–79.
- 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.
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomized controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067.
- Cuijpers, P. (1999). The effects of family intervention on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 8, 275–285.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004) Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176–181.
- Falloon, I. R. H., Graham-Hole, V., & Woodroffe, R. (1993). Stress and health of informal carers of people with chronic mental disorders. *Journal of Mental Health*, 2, 165–174.
- Ganju, V. (2003). Implementation of evidence-based practices in state mental health system: Implication for research and effectiveness studies. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 125–131.
- 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.
- Gutiérrez-Maldonado, J., & Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739–747.
- Gutiérrez-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.

- Kaplan, H., & Sadok, B. (1995). *Synopsis of psychiatry* (6th ed.). Baltimore: William & Wilkins co.
- Klingberg, S., Buchkremer, G., & Holle, R., Schulze Mönking, H., & Horenung, W. P. (1999). Differential therapy effects of psycho-educational psychotherapy for schizophrenic patients: Results of a 2-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 66–72.
- Knapp, M., & Kavanagh, S. (1997). Economic outcomes and costs in the treatment of schizophrenia. *Clinical Therapeutics*, 19(1), 128-138.
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global cost of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 279–293.
- 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.
- Lalonde, P. (1995). Individualizing psychiatric rehabilitation in schizophrenia. In C. L. Shriqui & H. A. Nasrallah (Eds.), *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia* (pp. 785–798). Washington: American Psychiatric Press.
- Macias, C., Kinney, R., Farley, O. W., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). The role of case management within a community support system. *Community Mental Health Journal*, 30, 323-38.
- Marks, I. M., Connolly, L., & Muijen, M. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
- Mueser, K.T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, Jun 19, 363 (9426), 2063-2072.
- Paulson, R., Hendrix, 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. Albrecht (Ed.), *Advances in medical sociology: Case and care management* (pp. 37-79). Greenwich, CT: JAI Press Inc.
- 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.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289–297.
- Schmidh-Posner, J., & Jerrell, J. M. (1998). Qualitative analysis of three case management programmes. *Community Mental Health Journal*, 34, 381-393.
- Shadpour, K. (2000). Primary health care network in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6, 822-825.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia: Maximizing outcomes for their relatives. *Disease Management & Health Outcomes*, 8 (4), 211-221.
- 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.
- Teschinsky, U. (2000). Living with schizophrenia: The family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 387-396.
- Ukpong, D. I. (2006). Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: A study from south-western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 54-59.
- Vazquez-Polo, F. J., Negrin, M., Cabases, J.M., Sanchez, E., Haro, J. M., & Salvador-Carulla, L. (2005). An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: A hierarchical Bayesian approach. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 153-165.
- Winefield, H. R. (2000). Stress reduction for family caregivers in chronic mental illness: Implications of a work stress management perspective. *International Journal of Stress Management*, 7 (3), 193-207.
- 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 need. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 371-391.