



پیگیری و بهداشت روانی در بیماران 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 ملدکاری 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 دوبار)، کنترل همکاری در مصرف دارو، کنترل عوارض دارویی، تزریق آمپول فلوفنازین دکنویت 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 اختلالات 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 بوده اند (ولبرگ، ۱۹۸۸؛ اکین و بروس، ۱۹۸۹). مؤسسه زدایی^(۱) تأکید "روانپزشکی اجتماعی" را از بستری کردن های طولانی مدت به شیوه های درمانی سرپایی تغییر داده است. بانزدیک شدن قرن بیست و یکم، روانپزشکی اجتماعی کوشش نموده است به تراژدی بیماران روانی بی خانمان پایان بخشد. این جنبش بر فراهم آوردن و تداوم ارائه خدمات یکپارچه در حوزه هایی که محدودیتها و شکافهای مالی سبب رها شدن بیماران در جامعه می گردد، تأکید دارد. بیشتر بیماران بی خانمان از بیماری اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و بسیاری از آنها از بیماریهای دوگانه نظیر بیماری روانی و اعتیاد رنج می برند. درمان مؤثر برای بیماران بی خانمان تهیه سرپناه و غذا، مراکز سیار، تماس های 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 می کند.

از سوی دیگر فشارهای اقتصادی و مشکلات مالی ممکن است بیماران روانی مزمن و خانواده های آنها را از ادامه درمان باز دارد. رایبن (۱۹۹۴) نشان داد که فشار اقتصادی بر خانواده هایی که دارای بیماران مبتلا به بیماری دوگانه جسمی و روانی هستند، بطور معنی داری بیشتر از خانواده هایی است که چنین بیمارانی را ندارند. او پیشنهاد می کند که حمایت مالی از این خانواده ها 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 هزینه ها بحث کرده اند.

با توجه به یافته های پژوهشی در زمینه پیگیری بیماران روانی مزمن در زمینه های مختلف (دارویی، مالی، روانی و اجتماعی)، ضرورت اجرای الگوی دوم و سوم پیشگیری، در سطحی گسترده احساس می شود. 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 خانواده های آنان، درمان سرپایی، پیگیری و درمان در خانه توسط تیم درمانی و پیگیری بود.

رئییسی (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 ضرورت های 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 آمدن 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 نیز 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

1-Fluphenazine decanoate

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 اختلالات جسمی (N=۱۲۱).

متغیر	فراوانی	درصد
تشخیص		
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	۴	۳/۳
نورولوژیک		
عمل جراحی	۱	۰/۸۲
سایر بیماریها	۲۲	۱۸/۲

آزمودنیها را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود دست کم ۱۵ نفر (۱۲/۴٪) آنها به مواد افیونی معتاد بوده اند. 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 داشته اند. 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.

اسکیزوفرنیا بوده اند. بعضی از بیماران علاوه بر بیماری روانی، سابقه اختلالات جسمی نیز داشته اند.

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

متغیر	فراوانی	درصد
تحصیلات		
بیسواد	۴۹	۴۰/۵
ابتدایی	۳۲	۲۶/۴
راهنمایی	۸	۶/۶
دبیرستان	۱۷	۱۴/۱
دیپلم	۱۱	۹/۱
بالتر 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

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

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب وابستگی‌های 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

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

نوع استرس	پیشین زندگی		حین پیگیری	
	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
زندادان	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

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 داشته‌اند.

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 می‌دهد ($P < 0/01$) 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 می‌دهد ($p < 0/003$, $Z=2/98$). کسانی که در مصرف دارو همکاری خوبی داشته‌اند، بطور معنی داری کمتر بستری شده‌اند.

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

۵۷/۷٪ از بیماران پیش از شروع بیماری عملکرد اجتماعی و شغلی نسبتاً خوبی داشته‌اند. پس از آغاز بیماری و یکسال پیش از پیگیری، ۷۴/۴٪ بیماران عملکرد اجتماعی و شغلی ضعیفی داشته‌اند، در حالیکه پس از آغاز پیگیری ۱۰/۷٪ عملکرد خوب و ۲۷/۳٪ عملکرد متوسطی پیدا کرده‌اند. تحلیل یافته‌ها به کمک آزمون ویل کاکسون نشان می‌دهد که عملکرد شغلی - اجتماعی بیماران پس از پیگیری نسبت به یکسال پیش از پیگیری بطور معنی داری بهتر شده است ($Z=5/09$, $p < 0/001$). 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.

با وجود اینکه همکاری در مصرف دارو، عملکرد اجتماعی و شغلی 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 نمی دهد. همچنین آزمون ویل کاکسون بین میزان حمایت خانوادگی و عملکرد اجتماعی شغلی آزمودنی پیش از آغاز بیماری ارتباط معنی داری نشان نمی دهد. ولی در حین پیگیری، افزایش حمایت خانوادگی با بهتر شدن عملکرد اجتماعی شغلی ارتباط معنی داری نشان می دهد.

بحث در نتایج

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که:

- ۱- پیگیری سبب کاهش دفعات بستری شدن بیماران روانی می شود.
 - ۲- همکاری در مصرف دارو سبب کاهش دفعات بستری می شود.
 - ۳- همکاری در مصرف دارو پس از شروع پیگیری افزایش چشم گیری داشته است.
 - ۴- عملکرد اجتماعی - شغلی بیماران روانی با پیگیری بهتر شده است.
 - ۵- عملکرد اجتماعی - شغلی 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 شغلی آنها شده است.
- همچنانکه ملاحظه می شود، مهمترین نتیجه پیگیری (الگوی پیشگیری نوع دوم) کاهش دفعات بستری شدن بیماران روانی است. از سوی دیگر کاهش دفعات بستری بطور مستقیم بر کاهش هزینه ها تأثیر می گذارد. محاسبات نشان می دهد مجموع هزینه های 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، ۲/۵ 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 می بخشد، بلکه هزینه های عمومی درمان را نیز کاهش می دهد و این با یافته های رئیسی (۱۳۷۳) و گروه پیگیری مرکز روانپزشکی رازی (۱۳۶۳) همخوانی دارد. همان گونه که یافته ها نشان می دهند، کاهش تعداد بستری شدن با افزایش همکاری در مصرف دارو ارتباط معنی داری دارد ولی در مورد بهبود عملکرد اجتماعی - شغلی چنین نیست. یعنی با وجود این که عملاً عملکرد افراد بهتر شده، نمی توانیم آن را نتیجه مستقیم همکاری در مصرف دارو بدانیم. بنابراین به نظر می رسد بهبود در عملکرد اجتماعی - شغلی، در نتیجه تعامل مجموعه ای 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 علائم، 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 کمک های مالی در صورت نیاز بوده است. ظاهراً یکی از مؤثرترین عوامل در این مورد حمایت خانوادگی است، زیرا یافته ها نشان می دهند که افزایش حمایت خانوادگی پس از شروع بیماری و آسیب پذیر شدن فرد از شدت بیماری پیشگیری می کند. بنابراین راهنمایی خانواده در این مورد می تواند عملکرد اجتماعی - شغلی بیمار را بهبود بخشد. در مورد همکاری در مصرف دارو نیز، نتایج نشان می دهند که تنها ۲۰ بیمار (۱۶/۵٪) عوارض دارویی اکستراپیرامیدال را

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 (رئسی، ۱۳۷۳؛ لیبرمن و موسر، ۱۹۸۹) و توصیه‌های متخصصین (ولبرگ، ۱۹۸۹؛ کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴) همخوانی دارد. بنابراین به نظر می‌رسد ادایر 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 علائم 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 نارسائیهادر 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

بهداشت روانی در جامعه است. از میان برداشتن این نارسائیها 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.

رئسی، 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. I., 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, Grune & Stratton.

