

Effect of Community Re-Entry Program on the Mental State in Chronic Mental Illnesses Daily Rehabilitation Centers in Hamadan

Farkhondeh Jamshidi¹, Shahin Tohidi², Arezoo Shayan^{*3}

1. MSc of Occupational Therapy, Lecturer, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Instructor, Department of Nursing, Poldokhtar School of Nursing and Medical Emergencies, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran
3. MSc of Midwifery, Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Received: 2016.August.13 Revised: 2016.August.29 Accepted: 2016.September.10

Abstract

Background and Aim: Community Re-Entry Program (CRP) is one of the new programs that equips participants with the skills and information necessary to enable them to meet the requirements of hospital stay, to live independently in their community. The present study aimed to assess the effect of Community Re-Entry Program (CRP) on the mental state of patients with chronic mental disorders.

Materials and Methods: In the present study, 40 patients with chronic mental disorders referring to outpatient rehabilitation centers of Hamadan, Iran, were randomly divided into two intervention (N=20) and control (N=20) groups. The intervention group received CRP in 16 educational sessions, each lasting for 60-90-minutes, held twice a week for two months. The control group, on the other hand, took part in the routine occupational therapy of the rehabilitation center. Both groups were evaluated using the Positive and Negative Symptoms Scales (PANSS) questionnaire before and after the intervention.

Results: The results showed a significant change in negative symptoms ($P=0.04$), general psychopathology ($P=0.01$), and total score of PANSS questionnaire ($P=0.02$) in the intervention group compared with those of the control group, after the intervention. However, no significant difference was found between the two groups concerning positive symptoms.

Conclusion: According the research findings, CRP could reduce negative symptoms, general psychopathology, and total scores of mental state in chronic mental patients, which reflects the impact of the program in improving mental state in these patients. Yet, future studies are required to assess the long-term clinical effects of this program.

Keywords: Community Re-Entry Program; Mental State; Patients; Chronic Mental Disorders; Skills training

Cite this article as: Farkhondeh Jamshidi, Shahin Tohidi, Arezoo Shayan. Effect of Community Re-Entry Program on the Mental State in Chronic Mental Illnesses Daily Rehabilitation Centers in Hamadan. *J Rehab Med.* 2017; 6(3): 60-67.

* **Corresponding Author:** Arezoo Shayan. MSc of Midwifery, Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Email: arezoo.shayan2012@yahoo.com

تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن مراکز توانبخشی روزانه شهر همدان

فرخنده جمشیدی^۱، شهین توحیدی^۲، آرزو شایان^{۳*}

۱. کارشناسی ارشد کاردرمانی، مربی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و فوریت پزشکی پلدختر، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران
۳. کارشناسی ارشد مامایی، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۵/۰۵/۲۳ بازنگری مقاله ۱۳۹۵/۰۶/۰۸ پذیرش مقاله ۱۳۹۵/۰۶/۲۰ *

چکیده

مقدمه و اهداف

برنامه بازگشت به اجتماع یکی از برنامه‌های جدید توانبخشی است که با تجهیز شرکت‌کنندگان به مهارت‌ها و اطلاعات لازم، آنها را قادر می‌سازد از شرایط بستری در بیمارستان به زندگی مستقل در جامعه وارد شوند. هدف از مطالعه حاضر، تعیین تاثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن بود.

مواد و روش‌ها

۴۰ بیمار مبتلا به اختلالات روانی مزمن مراجعه کننده به مراکز توانبخشی روزانه شهر همدان، به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۲۰ مورد) و کنترل (۲۰ مورد) قرار گرفتند. گروه آزمون برنامه بازگشت اجتماع را در ۱۶ جلسه آموزشی ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای، به صورت ۲ روز در هفته به مدت دو ماه دریافت کردند و گروه کنترل هم در طی این مدت از خدمات کاردرمانی معمول مرکز استفاده کردند. بیماران در هر دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی توسط مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی (PANSS) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها

یافته‌ها بیانگر این است که بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در ابعاد علائم منفی ($P=0/04$)، آسیب‌شناسی روانی عمومی ($P=0/01$) و نمره کل ($P=0/02$) از مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی تغییر معناداری را نشان دادند و در بعد علائم مثبت ارتباط بین دو گروه معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، برنامه بازگشت به اجتماع باعث مهار و بهبود علائم منفی، آسیب‌شناسی روانی عمومی و نمره کل وضعیت روانی بیماران روانی مزمن شد، این حاکی از تاثیر برنامه در بهبود وضعیت روانی این بیماران بود. البته برای بررسی نتایج درازمدت برنامه در این بیماران نیاز به مطالعات پیگیری می‌باشد.

واژگان کلیدی

برنامه بازگشت به اجتماع؛ وضعیت روانی؛ بیماران روانی مزمن؛ آموزش مهارت‌ها

نویسنده مسئول: آرزو شایان، کارشناسی ارشد مامایی، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

آدرس الکترونیکی: arezoo.shayan2012@yahoo.com

مقدمه و اهداف

بیماران روانی مزمن اغلب با علائم مداوم در کشمکش هستند که با عملکرد روزانه آنها در جامعه مداخله می‌کند. اولین روزها و هفته‌ها بعد از درمان بستری ممکن است زمان مهمی برای بیماران باشد که با برنامه‌های سرپایی در اجتماع ارتباط برقرار کنند. علائم باقیمانده ممکن است با توانایی آنها برای دسترسی و بهره‌مندی از این برنامه‌ها برای برخورد با نیازهایشان مداخله کند. برای بسیاری از بیماران علائم باقیمانده، به طور نامطلوبی با توانایی آنها برای تطابق با زندگی روزمره در جامعه تاثیر می‌گذارد.^[۱] عود علائم و پذیرش مجدد درمان بستری از ویژگی‌های مهم سیر بیماری در بیماران روانی مزمن هستند. میزان عود ممکن است از ۴۰ تا ۸۰ درصد در اولین سال بعد از ترخیص رخ دهد.^[۲] فاز درمان فوری بعد از ترخیص ممکن است برای تطابق طولانی‌مدت با جامعه مهم باشد.^[۳] دلایل این عود بسیار سریع مشخص نیست، اما ممکن است با عوامل استرس‌زای مرتبط با بازگشت مجدد به اجتماع بعد از درمان در مرحله حاد در ارتباط باشد.^[۱]

تاثیر داروهای نرولپتیک در کنترل علائم مثبت سایکوز، بسیاری از بیماران را قادر می‌سازد که در جامعه زندگی کنند، با این وجود، ترخیص از بیمارستان با کیفیت ضعیف زندگی در جامعه و بستری مجدد برای افراد مبتلا به اشکال راجعه و مزمن اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا همراه بوده است.^[۴] و این واقعیت که داروها نمی‌توانند به بیماران مهارت‌های تطابقی موردنیاز برای باقی ماندن در جامعه را آموزش دهند^[۵]، همچنین نقایص مستند شده در مهارت‌های اجتماعی و زندگی بیماران روانی مزمن، با عدم رضایتمندی از داروهای موجود و درمان‌های روانی اجتماعی برای این جمعیت، یک دلیل منطقی قوی را برای ایجاد مداخلات جدید به وجود آورده است.^[۶] از روش‌های خلاقانه برای مداخلات روانی اجتماعی بیماران روانی مزمن، آموزش مهارت‌ها است که برای درمان مشکلاتی در حوزه‌های نقش‌های ابزاری، روابط خانوادگی، کار، روابط دوستانه و حمایت‌های هم‌تایان به وجود آمده است.^[۷] بیش از ۲ دهه، آموزش مهارت‌ها به عنوان یک راهکار اصلی مداخله روانی اجتماعی برای افراد مبتلا به بیماران روانی مزمن مورد توجه بوده است، اگرچه بیشتر بررسی‌ها به طور خاص بر آموزش مهارت‌های اجتماعی یا جرات‌ورزی تاکید کرده‌اند و تعداد کمی از آنها به بررسی آموزش انواع مهارت‌های موردنیاز برای فعالیت‌های زندگی روزمره، استخدام و زندگی مستقل پرداخته‌اند. بدون استثنا نتایج مطالعات نشان‌دهنده این است که آموزش مهارت‌ها با استفاده از روش‌های رفتاری در آموزش انواع مهارت‌های زندگی و اجتماعی به افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و افسردگی مزمن، موثر بوده‌اند.^[۸] بررسی‌های گذشته، آموزش مهارت‌های اجتماعی را به عنوان یک روش موثر در پیشرفت کیفیت زندگی و عملکرد روانی-اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیا مطرح نموده‌اند.^[۹،۱۰] بیشترین موارد مطالعه شده در بین رویکردهای متنوع آموزش مهارت‌های اجتماعی، برنامه مهارت‌های زندگی مستقل و اجتماعی^۱ UCL^۲ است.^[۱۱] برنامه بازگشت به اجتماع^۳ یکی از چند برنامه مرتبط با مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل است که لیبرمن و همکارانش در مرکز تحقیقات اسکیزوفرنیا و بازتوانی روانی دانشگاه (UCLA) طراحی کرده‌اند، این برنامه با تجهیز شرکت‌کنندگان به مهارت‌ها و اطلاعات لازم، آنها را قادر می‌سازد از شرایط بستری در بیمارستان یا تحت نظر مستقیم پزشک، به زندگی مستقل در جامعه وارد شوند تا بتوان برنامه بازتوانی روانی-اجتماعی طولانی‌تر را برای آنها اجرایی کرد. در واقع این برنامه مهارت‌ها و اطلاعاتی را آموزش می‌دهد که انتقال از بیمارستان روانپزشکی به مراقبت‌های سطح جامعه را تسهیل می‌کند.^[۱۲] زمانی که بیماران یاد می‌گیرند که از طریق مهارت‌های آموخته شده، علائم هشداردهنده عود بیماری را بشناسند و مداخلات اولیه مبارزه با عود را پیگیری کنند، بدین ترتیب میزان عود کمتر و عملکرد اجتماعی بهتری خواهند داشت.^[۱۳،۱۴] بررسی‌های طولی اخیر هم کارایی برنامه بازگشت به اجتماع را بر وضعیت روانشناختی بیماران اسکیزوفرنیا نشان دادند.^[۱۴-۱۸]

با توجه به پژوهش‌های انجام شده در مورد کارایی این برنامه در بیماران اسکیزوفرنیا بر آن شدیم که تاثیر نسخه فارسی برنامه بازگشت به اجتماع را بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی روزانه شهر همدان را بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر که از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی با نمونه در دسترس بود. پس از اخذ کلیه مجوزهای لازم و ثبت کمیته اخلاق، پژوهش در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT2016051424468N2 ثبت گردید. سپس با هماهنگی لازم با مراکز توانبخشی روزانه شهر همدان و با مطالعه پرونده پزشکی و توجه به معیارهای ورود و خروج نمونه، تعداد ۴۰ بیمار (۲۰ مرد و ۲۰ زن) انتخاب شدند که با محاسبه معلومات $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/26$ فرمول حجم نمونه تعداد ۲۰ نفر (۱۰ مرد و ۱۰ زن) به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بودند: (۱) دارا بودن اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی بر اساس

¹ UCLA Social and Independent Living Skills Program

² University of California, Los Angeles (UCLA)

³ Community Re-entry Program (CRP)

معیارهای تشخیصی DSM-V و تأیید روانپزشک (۲) محدوده سنی ۶۵-۲۰ سال (۳) حداقل ۲ سال از شروع بیماری گذشته باشد و سابقه عود علائم، بستری و تغییر رژیم دارویی در ۲ ماه گذشته را نداشته باشد. (۴) اعلام رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه، (۵) سابقه یا ابتلا به هر گونه بیماری پزشکی حاد، صدمات نرولوژیک و عقب ماندگی ذهنی را نداشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بودند: (۱) عود بیماری و تغییر دارو (۲) عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری.

از مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی (PANSS)^۴ در پژوهش حاضر استفاده شد. این آزمون برای ارزیابی ابعادی و تیپ‌شناسی پدیده اسکیزوفرنیا ساخته شده است و نشانه‌های بیماری را در ۳ حیطه بررسی می‌کند: علائم مثبت و علائم منفی و آسیب‌شناسی روانی عمومی. در مجموع دارای ۳۳ پرسش است که این علائم را بر پایه مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته ارزیابی می‌کند. هر پرسش در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای به روش لیکرت از نبود علامت تا بیش از حد بودن آن، پاسخ داده می‌شود.^[۲۰، ۱۹] هدف از ارزیابی بیمار با این مقیاس، شناسایی علائم و شدت آن و تدارک ملاحظات و درمان‌های لازم برای آنها و ارزیابی آثار درمان‌های بالینی است.^[۲۱] پایایی و روایی این آزمون برای ۱۰۱ نفر ارزیابی شد و بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-V تشخیص داده شد که افراد به اسکیزوفرنیا مبتلا هستند.^[۲۱، ۲۰] ضرایب آلفا نشان‌دهنده پایایی بالا و همانندی در بین پرسش‌ها با ضریب رتبه‌بندی ۷۳ تا ۸۳ درصد برای هر کدام از میزان‌ها بود. شاخص‌های پایایی بازآزمایی برای زیرگروه‌های بیماران در یک پیگیری سه تا شش ماهه، ۸۹ درصد، ۸۲ درصد، ۸۱ درصد و ۷۷ درصد برای علائم مثبت، علائم منفی، ترکیبی و میزان‌های آسیب‌شناسی روانی عمومی به دست آمد.^[۲۲]

پس از نمونه‌گیری، کاردرمانگر متخصص در زمینه روان غیر از فرد اجرا کننده‌ی برنامه، قبل از شروع برنامه بازگشت به اجتماع، مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی (PANSS) را در مورد هر دو گروه بیماران تکمیل کردند. در مرحله بعد، بیماران گروه آزمون در ۲ گروه ۶ نفره و ۱ گروه ۸ نفره در ۱۶ جلسه آموزشی ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای، به صورت ۲ روز در هفته به مدت دو ماه شرکت کردند. طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای مربیان و کتاب کار برنامه بازگشت به اجتماع به همراه نوار ویدئویی بود.^[۲۳] محتوای برنامه بازگشت به اجتماع شامل موارد زیر بود: ۱. معرفی برنامه بازگشت به جامعه و معارفه، ۲. علائم بیماری‌های روانی، ۳. تعیین آمادگی برای ترخیص، ۴. برنامه‌ریزی بازگشت به جامعه، ۵. برقراری ارتباط با جامعه، ۶. برخورد مناسب با استرس در جامعه، ۷. طراحی برنامه‌ای روزانه، ۸. قرار گذاشتن و پایبندی به آن، ۹. نقش داروها در پیشگیری از عود بیماری، ۱۰. ارزیابی آثار مفید داروها، ۱۱. حل و فصل معضلات دارویی، ۱۲. حل و مسائل مرتبط با عوارض جانبی داروها، ۱۳. شناسایی علائم هشداردهنده عود بیماری، ۱۴. اطلاع از علائم هشداردهنده بیماری، ۱۵. ارائه طرحی برای پیشگیری از عود اورژانسی، ۱۶. آوردن طرح اورژانسی خود به جامعه. جلسات به مدت ۲ ماه و به صورت ۲ بار در هفته (هر بار ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) در مراکز توانبخشی برگزار شد. طبق برنامه زمانی در طول هر جلسه این ۷ مرحله طی می‌شد: ۱. معرفی و مقدمه، ۲. پخش نوار ویدئویی برنامه هر جلسه و پرسش و پاسخ درباره آن، ۳. بازی نقش‌ها، ۴. مدیریت منابع، ۵. مشکلات نتایج، ۶. تمرینات روشن و واضح، ۷. تکالیف منزل. در آخرین جلسه پس‌آزمون، همان آزمونگر قبل از مداخله، مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی (PANSS) را مجدداً در مورد هر دو گروه بیماران گروه آزمون و کنترل آزمون. بیماران گروه کنترل در طول پژوهش فقط از درمان‌های معمول (کاردرمانی، روان‌درمانی و دارودرمانی) مراکز توانبخشی سرپایی استفاده می‌کردند. پس از اتمام مراحل اجرای کار و تکمیل ارزیابی‌ها، داده‌ها برای تحلیل با رایانه کدگذاری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها

ابتدا به منظور بررسی همگن بودن گروه‌ها، میانگین سن با استفاده از آزمون t مستقل و وضعیت تاهل و سطح اشتغال در دو گروه را با استفاده از آزمون مجذور کای دو (χ^2) با هم مقایسه شدند. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر سن وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱: نتایج آمار توصیفی و آزمون t مستقل مرتبط با میانگین سنی بیماران روانی مزمن در دو گروه مورد مطالعه (n=۴۰)

گروه	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	t	P-value
مداخله	۲۰	۲۴	۶۲	۳۷/۶۰۰	۹/۴۱۶	-۱/۰۹۱	۰/۲۸۲
کنترل	۲۰	۲۹	۵۰	۴۰/۴۰۰	۶/۵۶۴		

همچنین نتایج آزمون مجذور کای دو (χ^2) نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل به لحاظ متغیرهای وضعیت تاهل و سطح اشتغال همتا بودند (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج آزمون مجذور کای دو (χ^2) مرتبط با مقایسه فراوانی بیماران روانی مزمن در دو گروه مداخله و کنترل بر مبنای سطح اشتغال، وضعیت تأهل ($n=40$)

متغیر	گروه	فراوانی مشاهده شده	فراوانی موردانتظار	χ^2	P-value
سطح اشتغال	شاغل	۶	۶	۰/۵۳	۰/۴۶
	کنترل	۴	۴		
	کل	۱۰	۱۰		
	مداخله	۱۴	۱۴		
	کنترل	۱۶	۱۶		
	کل	۳۰	۳۰		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲	۱۱	۰/۵۳	۰/۴۶
	کنترل	۱۱	۱۱		
	کل	۲۳	۲۲		
	مداخله	۵	۷		
	متاهل	۸	۷		
	کنترل	۱۳	۱۴		
	کل	۳	۲		
	مطلقه	۱	۲		
	کنترل	۳	۲		
	کل	۴	۴		

نتایج آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف که برای تعیین توزیع نرمال داده‌ها استفاده شد، نشان داد که متغیرهای علائم مثبت و منفی از توزیع نرمال و متغیرهای آسیب‌شناسی روانی عمومی و نمره کل وضعیت روانی از توزیع غیرنرمال پیروی کردند، به این ترتیب نتایج آزمون t مستقل نشان داد که متغیر علائم مثبت در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری را نشان نداد و دو گروه به لحاظ این متغیر در قبل از اجرای برنامه هم‌تا بودند، ولی در مرحله پس‌آزمون و بعد از اجرای برنامه با وجود اینکه میانگین متغیر مذکور در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر شده بوده ولی در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/25$) و بیانگر این است که اجرای برنامه بر مهار علائم مثبت در گروه مداخله به طور معناداری موثر نبوده است. متغیر علائم منفی در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری را نشان نداد و دو گروه به لحاظ این متغیر در قبل از اجرای برنامه هم‌تا بودند، ولی در مرحله پس‌آزمون و بعد از اجرای برنامه در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/49$) و میانگین متغیر مذکور در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر شده بود که نشان داد اجرای برنامه بر مهار علائم منفی در گروه مداخله تأثیرگذار بوده است (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل متغیر علائم مثبت و منفی در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از برنامه ($n=40$)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون				
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	P-value	تعداد	میانگین	انحراف معیار
علائم مثبت	مداخله	۲۰	۱۴/۵۵	۷/۱۴	-۰/۵۷	۰/۵۷	۲۰	۱۲/۷۵	۵/۴۱
	کنترل	۲۰	۱۶/۲	۱۰/۷۳	-۰/۵۷	۰/۵۷	۲۰	۱۵/۵	۹/۱۹
علائم منفی	مداخله	۲۰	۱۹/۴۵	۶/۳۲	-۰/۳۸	۰/۷۰	۲۰	۱۵/۸۵	۶/۲۳
	کنترل	۲۰	۲۰/۲	۶/۱۶	-۰/۳۸	۰/۷۰	۲۰	۱۹/۸۵	۶/۲۱

نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد که متغیرهای آسیب‌شناسی روانی عمومی و نمره کل وضعیت روانی در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری نداشته و دو گروه به لحاظ این متغیرها در قبل از اجرای برنامه هم‌تا بودند، ولی در مرحله پس‌آزمون و بعد از اجرای برنامه متغیرهای آسیب‌شناسی روانی عمومی ($P=0/11$) و نمره کل وضعیت روانی ($P=0/23$) در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین متغیرهای مذکور در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کمتر شده بود که نشان داد اجرای برنامه بر این متغیرها در گروه مداخله تأثیرگذار بوده است (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون من- ویتنی متغیر آسیب شناسی روانی عمومی و نمره کل وضعیت روانی در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله (n=۴۰)

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		تعداد	میانگین رتبه ها	P-value	میانگین رتبه ها
آسیب شناسی روانی عمومی	مداخله	۲۰	۱۸/۸۸	۰/۳۷	۱۵/۷۸
	کنترل	۲۰	۲۲/۱۲		۲۵/۲۲
نمره کل	مداخله	۲۰	۱۹/۳۸	۰/۵۴	۱۶/۳۰
	کنترل	۲۰	۲۱/۶۲		۲۴/۷

بحث

با توجه به هدف مطالعه حاضر، نتایج و اطلاعات آماری حاصل از پژوهش حاضر گویای این مطلب بود که بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در ابعاد علائم منفی، آسیب شناسی روانی عمومی و نمره کل وضعیت روانی از پرسش نامه مقیاس علائم مثبت و منفی (PANSS) تغییر معناداری را نشان دادند. نتایج مطالعه حاکی از آن است که برنامه بازگشت به اجتماع سبب تغییر در علائم منفی، آسیب شناسی روانی عمومی و نمره کل وضعیت روانی بیماران روانی مزمن شده است، این تفاوت معنادار را در گروه مداخله می توان به اثربخشی اجرای برنامه بازگشت به اجتماع نسبت داد، اما علائم مثبت نسبت به گروه کنترل تغییری نکرده است. تاثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر علائم منفی همسو با مطالعات Xiang و همکاران در سال های (۲۰۰۲، ۲۰۰۴، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷) Liu و همکاران در سال ۲۰۰۹ و محمدزاده در سال ۲۰۱۳ و ناهمسو با مطالعات Sato و همکاران در سال ۲۰۱۲ بوده است. سرپایی به مدت ۳ ماه، یک سال و دو سال پیگیری، مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که برنامه بازگشت به اجتماع نقش مهمی در بهبود علائم منفی بیمار اسکیزوفرنیای سرپایی دارد و همچنین تاثیر این برنامه بر علائم روانپزشکی نسبت به گروه کنترل که آموزش روانی یا برنامه های توانبخشی سنتی را دریافت کرده بودند، بیشتر و پایدارتر بود [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷]. Liu و همکاران (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های بازگشت به اجتماع در کاهش علائم روانپزشکی می تواند موثر باشد، البته تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر در این بود که Liu بیشتر بر آموزش مهارت مدیریت علائم و دارو تاکید کرده بود و ضمناً تأثیرات برنامه را در بیماران برای دو سال پیگیری کرد [۱۸]. محمدزاده و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که برنامه بازگشت به اجتماع باعث مهار و بهبود علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیای در مقایسه با برنامه های دارو درمانی و کاردرمانی می شود [۱۴]. این مطالعه در این مسئله که فقط بیماران اسکیزوفرنیای و در شرایط بستری در بیمارستان را مورد بررسی قرار داده بود با مطالعه حاضر متفاوت بود. Sato و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که برنامه آمادگی برای ترخیص (که اصلاح شده برنامه بازگشت به اجتماع بود) تغییر زیادی در علائم روانی بیماران اسکیزوفرنیای بستری ایجاد نکرده بود [۱۹]. این مطالعه در این مورد که از برنامه آمادگی برای ترخیص و بیماران اسکیزوفرنیای بستری استفاده کرده بود، با مطالعه حاضر متفاوت بود.

همچنین عدم تاثیر برنامه بر کنترل علائم مثبت در این مطالعه با مطالعه محمدزاده و همکاران در سال ۲۰۱۳ [۲۴] و Xiang در سال ۲۰۰۲ [۱۵] همسو بود، ولی مغایر با نتایج مطالعات Smith و همکاران در سال ۱۹۹۷ [۲۶]، Anzai و همکاران در سال ۲۰۰۲ [۲۷] و Xiang و همکاران در سال های (۲۰۰۴، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷) بود [۱۴، ۱۶، ۱۷]. از جمله علت های بی تاثیر بودن برنامه بر کنترل علائم مثبت در مطالعه حاضر، در مقایسه با مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است، می توان به پایین بودن تعداد نمونه ها اشاره کرد که قدرت آماری تحقیق را پایین آورده است، همچنین می توان به عدم پیگیری نتایج درمان تا چند ماه بعد از اجرای برنامه اشاره کرد که در مطالعات تأثیرات بلندمدت برنامه بر کنترل علائم روانی و سایر متغیرهای تحقیق در نظر گرفته شده است، در حالی که در این پژوهش فقط به تأثیرات کوتاه مدت و آتی برنامه پرداخته شده است، به نظر می رسد پس از گذشت چند ماه از اجرای این برنامه تأثیرات بلندمدت آن مشخص گردد. در رابطه با تأثیرگذاری برنامه بازگشت به اجتماع بر آسیب شناسی روانی عمومی و نمره کل مقیاس وضعیت روانی در این مطالعه می توان گفت که هم راستای مطالعات Xiang در سال های (۲۰۰۲، ۲۰۰۴، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷) بود [۱۴، ۱۶، ۱۷] ولی با نتایج پژوهش محمدزاده و همکاران در سال ۲۰۱۳ مغایر بود [۲۴]. با توجه به اینکه تفاوت مطالعه حاضر با پژوهش های مذکور در بیماران مورد مطالعه بود به طوری

که در مستندات موجود فقط بیماران اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار گرفتند، ولی در مطالعه حاضر علاوه بر این بیماران، اختلالات خلقی هم بررسی شدند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که برنامه بازگشت به اجتماع می تواند روش مناسبی برای بهبود وضعیت روانی بیماران روانی مزمن می باشد، ولی برای تعمیم نتایج مطالعه حاضر در این زمینه نیاز به مطالعات پیگیری و نمونه های بیشتر می باشد. به رغم محدودیت های مذکور در مطالعه حاضر، در مجموع می توان نتیجه گرفت که برنامه بازگشت به اجتماع روش موثر و مناسبی برای بهبود وضعیت روانی بیماران روانی مزمن سرپایی و آموزش مهارت های اجتماعی به آنها است. با استناد به متون معتبر در این زمینه می توان نتیجه گرفت که در صورتی که تعداد حجم نمونه ها بیشتر شود و به آثار بلندمدت مداخله توجه شود، اجرای این برنامه نتایج بهتری خواهد داشت.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که برنامه بازگشت به اجتماع بر مهار علائم روانی بیماران روانی مزمن موثر می باشد. از طرفی حضور در این برنامه، بیماران را قادر می سازد در روند درمان خود کاملاً فعال باشند. این ویژگی علاوه بر اینکه تأثیرات بسیار مفیدی بر روند بهبودی بیماری دارد، می تواند سبب کاهش هزینه های درمانی و سبک تر شدن بار مسئولیت خانواده ها هم شود^[۲۸]. با وجود اینکه این برنامه در ابتدا برای بیماران بستری طراحی شده بود که به ترخیص سریع تر بیمار کمک کند نتایج گزارشاتی که در مطالعه مذکور از بررسی مطالعات انجام شده در سال های اخیر داده شد و نتیجه این مطالعه، اجرای چنین برنامه ای در جلسات درمانی بیماران سرپایی سبب ارتقا وضعیت سلامت، عملکرد اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا می شود^[۲۹، ۱۴]. نسخه ایرانی مدل، برنامه نسبتاً موثر و ایمنی برای بیماران روانی مزمن است و به منظور بهبود وضعیت روانی آنها در آمادگی برای ترخیص و برنامه ریزی بازگشت آنها به جامعه مفید است. مطالعه بیشتر در زمینه تأثیرات بالینی بلندمدت لازم است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایت مالی مطالعه حاضر در قالب طرح شماره ۹۳۰۸۲۰۴۳۰۸ تشکر و قدردانی می نمایند. همچنین از مسئولین محترم دانشکده علوم توانبخشی همدان به خصوص آقای طهماسبی مسئول محترم امور مالی، همچنین از آقای مهندس سوری رئیس سازمان بهزیستی استان همدان و کلیه پرسنل دلسوز مراکز توانبخشی تابش و کوثر الوند که نقش بسزایی در اجرای مطالعه حاضر داشته اند و همچنین از تمام شرکت کنندگان در مطالعه پیش رو تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: Patient and family views. Archives of psychiatric nursing. 2012;26(4):261-271.
2. Irmiter C, McCarthy JF, Barry K L, Soliman S, Blow F. Reinstitutionalization following psychiatric discharge among VA patients with serious mental illness: A national longitudinal study. Psychiatric Quarterly. 2007; 78: 279-286.
3. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged patients. Psychiatric Services. 2004; 55:685-690.
4. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. The American journal of psychiatry. 1982.
5. Schooler NR. The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia. Journal of clinical psychopharmacology. 1986;6(1):20S.
6. Anthony W. A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. Rehabilitation Counseling Bulletin. 1980;24(1):6-21.
7. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophrenia bulletin. 1986;12(4):631-47
8. Dilk MN, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. Journal of consulting and clinical psychology. 1996;64(6):1337.
9. Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. Behavior Therapy. 1995;26(3):433-449.
10. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(3):491
11. Liberman R, Wallace C, Blackwell G, Eckman T, Vaccaro J, Kuehnel T. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. Innovations and Research. 1993;2(2):43-59.
12. Smith TE, Hull JW, Mackain SJ, et al. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration Skills. Psychiatric Services. 1996;47(10): 1099-1103.

- 13.Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*.1998;49(10):1313-6.
- 14.Xiang YT, Weng YZ, Li WY, et al. Efficacy of the community re-entry module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. *The British journal of psychiatry*.2007;190(1):49-56.
- 15.Xiang Y, LI W, WENG Y. Relieving Symptoms and Improving Social Function of Outpatients with Schizophrenia by Community Re-entry Program. *Chinese Mental Health Journal*.2002;16(10):707-710.
- 16.Xiang Yt, Li Wy, Weng Yz, Hou Y, Gao L, Chen G. Improvements of symptom and social function in outpatients with schizophrenia receiving community re-entry program a 1-year follow-up study. *Chinese Journal of Psychiatry*.2004;37(1):37-40.
- 17.Xiang Y, Weng Y, Li W, et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*.2006;41(6):464-469.
- 18.LIU Gy, CHEN B, SONG JW. A Two-year Follow-up Study on Efficacy of Skills Training on Schizophrenia. *Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice*. 2009;10:023.
19. Shahgholi A, Noori AK, Hosseini SA, Sourtigi H. The Effect of Sensory Room Intervention on Perceptual-Cognitive Performance and the Psychiatric Status of Schizophrenics. *Editorial Board*. 2012;10(16):5.[In Persian]
- 20.Bordbar F, Reza M, Abdollahian E, Hojjat K, Samaric AA. Effects of Selegiline on Negative Symptoms in Schizophrenia: A Double-Blind Clinical Trial. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008;14(2):131-139.[In Persian]
- 21.Kay SR, Opler LA, Lindenmayer J-P. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry research*.1988;23(1):99-110.
- 22.Montazeri E, Nejat C. Standardization of the organization quality of life questionnaire(WHOQOL- BREF): translatin and psychometric properties of the Iranian. *Journal of the Faculty of Health and Medical Research Institute*.2007;1-12.[In Persian]
23. Liberman R.P. Community Re-entry Program (CRP) Instructor's Manual (Jalali Nedoshan AH, Taherkhani H,Trans).Arjmand Tehran.2014.[In Persian]
- 24.Mohammadzadeh nanekaran S, Karbalaie Noori A, Hosseini SA. Effect of Community Re-entry Program(CRM) in Patients with Schizophrenia. . *Journal of Rehabilitation*.2013; 14(2):22-28.[In Persian]
- 25.Sato S, Ikebuchi E, Anzai N, Inoue S. Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: Randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012; 66: 474–481.
- 26.Smith TE, Hull JW, Anthony DT, et al. Post-hospitalization treatment adherence of schizophrenic patients: gender differences in skill acquisition. *Psychiatry research*.1997;69(2):123-9.
- 27.Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Rehab Rounds: Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*.2002;53(5):545-7.
- 28.Liberman RP. Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health*.2007;16(5):595-623.
- 29.Jamshidi F,Shayan A,Forohari S, Taherkhani H,Sayedi M.The effect of Community Re-entry(CRP) on Social Function of patients with Chronic Mental Disorders. *Acta Medica Mediterranea* 2016: 32:950-955.