

## بررسی مقایسه ایی تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع و برنامه های روان درمانی سنتی بر شدت علائم و مهارت های ارتباطی و تعاملی بیماران روانی مزمن

فرخنده جمشیدی<sup>۱</sup>، شهین توحیدی<sup>۲</sup>، آرزو شایان<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> مربی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
<sup>۲</sup> مربی، گروه داخلی پرستاری، دانشکده پرستاری و فوریت پزشکی پلدختر، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران  
<sup>۳</sup> مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
 \* نویسنده مسئول: آرزو شایان، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.  
 ایمیل: arezoo.shayan2012@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۱۵

### چکیده

**مقدمه:** نقائص در مهارت های اجتماعی و زندگی بیماران روانی مزمن و عدم رضایتمندی از داروهای موجود، یک دلیل منطقی را برای ایجاد مداخلات جدید بوجود آورده است. برنامه بازگشت به اجتماع یکی از چند برنامه مرتبط با مهارت های زندگی اجتماعی و مستقل است که اطلاعات و مهارت هایی را به بیماران روانی مزمن آموزش می دهد. هدف از این مطالعه، بررسی مقایسه ای شدت علائم و مهارت های ارتباطی و تعاملی بیماران روانی مزمن بعد از آموزش برنامه بازگشت به اجتماع و برنامه های روان درمانی سنتی مراکز روزانه شهر همدان انجام گرفت.

**روش کار:** مطالعه حاضر بصورت نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. به این منظور ۴۰ بیمار مبتلا به اختلالات روانی مزمن (اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی) مراجعه کننده به مراکز توانبخشی سرپایی شهر همدان بصورت در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه آموزش برنامه بازگشت به اجتماع (۲۰ مورد) و برنامه های روان درمانی سنتی (۲۰ مورد) قرار گرفتند. گروه آزمون برنامه بازگشت اجتماع را در ۱۶ جلسه آموزشی ۶۰-۹۰ دقیقه ای، بصورت ۲ روز در هفته به مدت دو ماه دریافت کردند و گروه روان درمانی سنتی هم در طی این مدت از خدمات کاردرمانی و مشاوره معمول مرکز استفاده می کردند. بیماران در هر دو گروه قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی توسط پرسشنامه مهارت های ارتباطی و تعاملی (ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skill) و مجموعه مقیاس علائم مثبت و منفی (PANSS: Positive And Negative Syndrome Scale) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل اختلاف میانگین ها در دو گروه از آزمون من- ویتنی استفاده شد.

**یافته ها:** بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با گروه روان درمانی سنتی پس از اجرای برنامه ها در ابعاد مبادله اطلاعات ( $P = 0/001$ )، روابط و مناسبات ( $P = 0/0001$ ) و نمره کل ( $P = 0/0001$ ) از پرسشنامه مهارت های ارتباطی و تعاملی و در بعد علائم مثبت ( $P = 0/01$ ) از پرسشنامه مجموعه مقیاس علائم مثبت و منفی، تغییر معناداری را نشان دادند.

**نتیجه گیری:** براساس یافته های پژوهش، اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با برنامه های روان درمانی معمول مراکز روزانه، نقش مهمی را در بهبود مهارت های ارتباطی، تعاملی و نیز کاهش علائم مثبت بیماران روانی مزمن در جامعه مورد مطالعه ایفا می کند، البته برای بررسی نتایج درازمدت برنامه در این بیماران نیاز به مطالعات پیگیری می باشد.

**کلیدواژه ها:** برنامه بازگشت به اجتماع، مهارت های ارتباطی و تعاملی، شدت علائم، بیماران روانی مزمن

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

و درمان مقدماتی اولیه و به موقع دوره حاد بیماری، نقش مهمی در کاهش معلولیت های بلندمدت دارد ولی توانبخشی روانی بر استمرار درمان اختلالات برای حفظ علائم کنترل شده و ممانعت از عود یا

افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی معلولیت های دراز مدت را به صورت نشانه های پایدار (مقاوم) یا عودهای مکرر بیماری تجربه می کنند، از این رو، نیازمند بازتوانی روانپزشکی هستند. هر چند معاینه

برنامه با برنامه‌های آموزش روانی نشان داد که تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر علائم روانپزشکی نسبت به گروه آموزش روانی بیشتر و پایدارتر بوده است و به صورت موفقیت آمیزی از مهارت‌های اجتماعی آموزش دیده در برنامه استفاده کردند و عملکرد اجتماعی آموخته شده را در جامعه حفظ و از آنها برای کسب و کار و شغل استفاده کردند (۱۰). با توجه به بررسی نتایج مطالعات مذکور مبنی بر تأثیرات پایدار برنامه بازگشت به اجتماع نسبت به سایر برنامه‌های روان درمانی معمول بر توانبخشی روانی اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیا و با توجه به کمبود مطالعات انجام شده در این زمینه بر سایر بیماران روانی مزمن بخصوص اختلالات خلقی و در مراکز روزانه، بر آن شدیم مهارت‌های ارتباطی و تعاملی و شدت علائم بیماران روانی مزمن مراجعه کننده به مراکز توانبخشی روزانه شهر همدان را بعد از دریافت نسخه ایرانی برنامه بازگشت به اجتماع و برنامه‌های درمانی معمول این مراکز را با هم مقایسه کنیم.

### روش کار

در این مطالعه که از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران روانی مزمن با تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی روزانه کوثر الوند و تابش شهر همدان تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با محاسبه  $(\alpha = 0/05, \beta = 0/26)$  و نیز مطالعات قبلی (۱۱) ۲۰ نفر برآورد شد. تعداد ۲۰ نفر (۱۰ مرد و ۱۰ زن) با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده در دو گروه برنامه بازگشت به اجتماع و برنامه‌های درمانی معمول قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی براساس معیارهای تشخیصی DSM-V و تأیید روانپزشک، قرار گرفتن در محدوده سنی ۶۵-۲۰ سال، گذشت حداقل ۲ سال از شروع بیماری، داشتن سابقه عود علائم بیماری، عدم بستری در بیمارستان و تغییر رژیم دارویی در ۲ ماه گذشته، اعلام رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه، دارا بودن سابقه یا ابتلا به هرگونه بیماری پزشکی حاد، صدمات نرولوژیک و عقب ماندگی ذهنی می‌باشد و همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عود بیماری و تغییر رژیم دارویی و نیز عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری در پژوهش بود. ابزارهای جمع آوری اطلاعات شامل مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی (PANSS: Positive And Negative Syndrome) و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی و تعاملی (ACIS: Scale Assessment of Communication and Interaction Skills) بودند. مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی (PANSS): این آزمون برای ارزیابی ابعادی و تیپ شناسی پدیده اسکیزوفرنیا ساخته شده است و نشانه‌های بیماری را در ۳ حیطه علائم مثبت، علائم منفی و آسیب شناسی روانی عمومی بررسی می‌کند و در مجموع دارای ۳۳ پرسش است که این علائم را بر پایه مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته ارزیابی می‌کند و توسط درمانگر از مراجعان بعمل می‌آید. هر پرسش در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای به روش لیکرت از نبود علامت تا بیش از حد بودن آن، پاسخ داده می‌شود (۱۲، ۱۳). هدف از ارزیابی بیمار با این مقیاس، شناسایی علائم و شدت آن و درمان‌های لازم برای آنها و ارزیابی آثار درمان‌های بالینی است (۱۳، ۱۴). پایایی و روایی این آزمون در ۱۰۱ نفر از بیماران ارزیابی شد و بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV

کاهش آن مؤثر است؛ همچنین عملکرد بیماران مزمن را در زمینه‌های اجتماعی، شغلی، تحصیلی و خانوادگی افزایش می‌دهد و بر بکارگیری حداقل حمایت‌های اجتماعی لازم از طریق حرفه‌های کمک کننده، تأکید دارد. علاوه بر این یکی از اهداف اساسی توانبخشی روانی، بهبود روانی فرد ناتوان، برای درگیر کردن فعالانه وی در تصمیمات درمانی و رسیدن به بالاترین حد کیفیت زندگی در جامعه است (۱، ۲). پیشرفت جدید در توانبخشی، ترکیب آموزش مهارت‌های اجتماعی با دوز پایین داروهای ضدروانپزیشی می‌باشد. بدین ترتیب آثار جانبی آرامبخشی به حداقل رسیده و بر عملکرد اجتماعی بیمار به نحوی اثر می‌گذارد که بیماران به دانش و مهارت‌های لازم جهت کنترل بیماری خود نائل گردند (۳). از آنجایی که بیماران روانی در عملکرد اجتماعی خود نقائص زیادی دارند، آموزش مهارت‌ها متداول است که در مدتی طولانی ارائه شوند، چرا که لازم است ارزشها، اهداف و توانایی‌های بیمار مورد پذیرش جامعه واقع شود. این آموزش‌ها و فعالیت‌ها می‌توانند در هزینه به بیمار کمک کنند (۴). زمانی که بیماران یاد می‌گیرند که از طریق مهارت‌های آموخته شده، علائم هشداردهنده عود بیماری را بشناسند و مداخلات اولیه مبارزه با عود را جستجو کنند. بدین ترتیب نتایج حاصله به نحو چشمگیری مفیدتر بوده و عودهای کمتر و عملکرد اجتماعی بهتری خواهد داشت (۵، ۶). مدل آموزش مهارت‌های اجتماعی، آتیه خوبی را برای آن دسته از بیمارانی که دارای ظرفیت و قابلیت شناختی لازم جهت آموزش این دسته از مهارت‌ها می‌باشند را نوید می‌دهد. در این مدل، هر طرح به ابعاد مجزایی از مهارت‌های مورد نیاز تقسیم می‌گردند. هر بعد شامل رفتارهای ویژه‌ای می‌باشد که برای نیل به مفید بودن و قابلیت فردی آموزش داده می‌شود. تجزیه و تحلیل بیش از ۳۰ مطالعه کنترل شده در مورد آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران اسکیزوفرنیا حاکی از اثرات قابل توجه بر روی علائم، عود و بستری مجدد است (۷).

"برنامه بازگشت به اجتماع" یکی از چند برنامه مربوط به مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل است که آن را مرکز تحقیقات اسکیزوفرنیا و باز توانی روانی دانشگاه لوس آنجلس کالیفرنیا طراحی کرده است. در این برنامه، نحوه مدیریت مصرف داروها، حل مسائل اجتماعی، مهارت‌های محاوره پایه، یافتن شغل، بهداشت فردی و شرکت در فعالیت‌های تفریحی را آموزش می‌دهند. "برنامه بازگشت به اجتماع" مطالب آموزشی نوین در مورد برنامه ریزی تریخی را با بخش‌های از مدیریت دارو، مدیریت علایم توسط خود و سازمان دهی اوقات فراقت ادغام می‌کند (۷). نتایج مطالعه‌ای در بخش حاد یک بیمارستان روان در ایالت متحده امریکا نشان داد، بیماران اسکیزوفرنیایی که آموزش این برنامه را به مدت دو بار در هفته دریافت کرده بودند در مقایسه با بیمارانی که از خدمات معمول کاردرمانی استفاده کرده بودند، میزان مشارکت آنها در برنامه‌های مراقبت بعد از ترخیص از بیمارستان تا دو برابر افزایش را نشان داده است (۸). نتایج کلی یک بررسی سیستماتیک اخیر در مورد تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر بیماران بستری روانپزشکی نشان داد که بطور معنی داری آگاهی و عملکرد بیماران با مهارت‌هایی که در جلسات برنامه به آنها آموزش داده می‌شود، بهبود یافته است، همچنین برنامه بازگشت به اجتماع در زمینه آموزش به بیماران درباره بیماری، علائمشان و نیز بهبود توانایی آنها برای ایجاد و حفظ ویزیت‌های درمانی مؤثر بوده است (۹). همچنین مقایسه این

درمانگر بعد از برقراری رابطه درمانی اولیه، پرسشنامه‌ها را برای آزمودنی‌ها توضیح داد در این راستا پژوهشگر نقش هدایت کننده، شرکت کننده در جلسه و یا مشاهده گر را داشت. ارزیابی به هر علتی می‌توانست توسط آزمودنی و یا آزمونگر متوقف شود و به روز دیگری موکول گردد. زمان کلی اجرای ارزیابی ۶۰-۲۰ دقیقه بود. موقعیت‌های قابل مشاهده شامل موقعیت طبیعی، موقعیت مشابه با نقش‌های زندگی و موقعیت بدون ارتباط با نقش‌های زندگی بودند که این موقعیتها در گروههای باز، فعالیت‌های موزی، مشارکتی و تک به تک مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند (۱۷).

در مرحله بعد، بیماران گروه مداخله (برنامه بازگشت به اجتماع) در ۲ گروه ۶ نفره و ۱ گروه ۸ نفره در ۱۶ جلسه آموزشی ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای، بصورت ۲ روز در هفته به مدت دو ماه در مراکز توانبخشی روزانه کوثرالوند و تابش شهر همدان شرکت کردند. طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای مربیان و کتاب کار برنامه بازگشت به اجتماع به همراه نوار ویدئویی بود (۱۸). طبق برنامه درمانی در طول هر جلسه این ۷ مرحله طی می‌شد: ۱. معرفی و مقدمه، ۲. بخش نوار ویدئویی برنامه هر جلسه و پرسش و پاسخ درباره آن، ۳. بازی نقش‌ها (استفاده از بازی نقش در سرتا سر برنامه، به شرکت کنندگان کمک می‌کند که مهارت‌ها و اطلاعات فرا گرفته در یک جو حمایتی از سرگرمی و یادگیری را تمرین کنند)، ۴. مدیریت منابع (شرکت کنندگان منابع لازم برای اجرای مهارت‌ها با توجه به گامهای لازم برای کسب منابع را شناسایی می‌کنند)، ۵. حل مشکلات نتایج (شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که مشکلات غیرقابل پیشی بینی را با شناسایی موانع احتمالی، ارائه راهلهای متناوب، ارزیابی آنها و انتخاب موثرترین راه حل برطرف کنند)، ۶. تمریناتی در محیط واقعی (درمانگر شرکت کنندگان را برای ارزیابی عملکرد مهارت‌ها و فراهم آوردن بازخورد اصلاحی در بافتار واقعی همراهی می‌کند) و ۷. تکالیف منزل (افراد تکالیف کاری منزل را در محیط زندگی واقعی تکمیل می‌کنند). 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. برنامه ریزی بازگشت به جامعه، ۵. برقراری ارتباط با جامعه، ۶. برخورد مناسب با استرس در جامعه، ۷. طراحی برنامه‌های 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 و ۱۶. طرح اورژانسی خود را به درون اجتماع ببرد (هدف از این جلسه این است که هر شرکت کننده، بتواند طرح اورژانسی خود را توضیح دهد، یک فرد حامی را شناسایی و با وی تماس بگیرد تا بتواند به او در عملیاتی کردن طرح اورژانسی در جامعه کمک کند و ضرورت تمرین کل مهارت‌های آموخته شده در برنامه بازگشت به اجتماع را بفهمد). (۱۶). در آخرین جلسه پس از آزمون، آزمونگر پرسشنامه‌های ACIS و PANSS را مجدداً در مورد هر دو گروه بیماران مورد ارزیابی قرار داد. لازم به ذکر است که بیماران گروه روان درمانی سنتی هم در طول پژوهش فقط از خدمات کاردرمانی و مشاوره معمول مراکز توانبخشی استفاده می‌کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار آماری SPSS و به

تشخیص داده شد که افراد به اسکیزوفرنیا مبتلا هستند (۱۲، ۱۳). ضرایب آلفا نشان دهنده پایایی بالا و همانندی در بین پرسش‌ها با ضریب رتبه بندی ۷۳ تا ۸۳ درصد برای هرکدام از میزان‌ها بود. شاخص‌های پایایی بازآزمایی برای زیرگروه‌های بیماران در یک پیگیری سه تا شش ماهه ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ برای علائم مثبت، علائم منفی، ترکیبی و میزان‌های آسیب شناسی روانی عمومی به دست آمد (۱۵).

پرسشنامه مهارتهای ارتباطی و تعاملی (ACIS): Forsyth در سال ۱۹۹۶ پرسشنامه استاندارد را برای اندازه گیری مهارتهای ارتباطی و تعاملی طراحی نمود. این آزمون شامل ۲۰ مهارت ارتباطی و تعاملی طبقه بندی شده در ۳ حوزه نظری است که شامل ویژگی‌های جسمانی (تماس، نگاه کردن، حرکات و اشارات، حرکات ماهرانه، جهت گیری، وضعیت فیزیکی)، مبادله اطلاعات (تلفظ کردن، ابراز وجود، درخواست کردن، شروع تعامل، ابراز احساسات، زیر و بم کردن صدا، پاسخ دادن، صحبت کردن، تداوم سخن) و روابط و مناسبات (تشریح مساعی، تطبیق دادن، تمرکز کردن، روابط، مراعات کردن) می‌باشد. دامنه امتیازات برای هر مهارت از عملکرد کامل (۴ امتیاز)، مبهم (۳ امتیاز)، غیرموثر (۲ امتیاز) تا عملکرد مختل (۱ امتیاز) می‌باشد (۱۶). با توجه به اینکه هر حوزه شامل تعداد متفاوتی از زیرمجموعه‌ها است و امتیاز بالا برای هر زیرمجموعه در هر حوزه ۴ است، در نهایت نمره هر حوزه از جمع زیرمجموعه‌ها بدست می‌آید، برای نمونه، برای حوزه ویژگیهای جسمانی با ۶ زیرمجموعه بالاترین نمره ۲۴ است و هر چه مجموع نمرات در این حوزه به ۲۴ نزدیک‌تر باشد عملکرد فرد در این حوزه بهتر است. ترجمه و روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط کیوانی و همکاران (۱۳۸۰) انجام شده است (۱۷). جهت تکمیل این پرسشنامه از ارزیابی مشاهده‌ای استفاده می‌شود. بعد از برقراری رابطه درمانی اولیه، درمانگر پرسشنامه را برای بیمار توضیح می‌دهد. زمان کلی اجرای ارزیابی ۲۰-۶۰ دقیقه است. موقعیت‌های قابل مشاهده عبارتند از: موقعیت طبیعی، موقعیت مشابه با نقش‌های زندگی، موقعیت‌های بدون ارتباط با نقش‌های زندگی که این موقعیتها در گروههای باز، فعالیت‌های موزی، مشارکتی و تک به تک مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. همبستگی (پایایی) بین موارد ویژگیهای جسمانی ۴۶ تا ۹۶ درصد، بین موارد مبادله اطلاعات ۵۳ تا ۹۶ درصد و بین موارد روابط و مناسبات ۲۵ تا ۹۲ درصد می‌باشد. اعتبار (روایی) بین موارد عبارتند از: ویژگیهای جسمانی ۸۱-۶۸٪، مبادله اطلاعات ۷۸-۵۳٪، روابط و مناسبات ۵۸-۴۹٪ بود (۱۷).

جهت انجام مطالعه، پژوهشگر پس از اخذ کلیه مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و ثبت کمیته اخلاق و ارائه آن به مراکز توانبخشی روزانه کوثرالوند و تابش شهر همدان تعداد ۴۰ نفر از بیماران مراکز مذکور با تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی را به روش مبتنی بر هدف انتخاب نمود و سپس مجدداً به روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله و شاهد قرار داد. بعد از انتخاب نمونه‌ها پژوهشگر توضیحات لازم و روشن در خصوص اهداف مطالعه، روش انجام آن و نیز حفظ محرمانه ماندن اطلاعات را ارائه نموده و رضایت نامه آگاهانه کتبی از آنها دریافت نمود. سپس پرسش نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، ACIS و PANSS بر اساس اطلاعات پرونده، مشاهده و مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل نمود؛ بدین صورت که

تأهل و اشتغال وجود نداشت. نتایج همچنین بیانگر آن بود که میانگین متغیرهای علائم بالینی در دو گروه مداخله و شاهد دارای توزیع غیر نرمال بودند لذا با استفاده از آزمون من ویتنی یو نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با گروه روان درمانی سنتی پس از اجرای برنامه‌ها در بعد علائم مثبت تغییر معناداری را نشان داد ( $P = 0/01$ ) ولی در ابعاد علائم منفی، آسیب شناسی روانی عمومی، و نمره کل از پرسشنامه مقیاس علائم مثبت و منفی تغییر معناداری را نشان ندادند ( $P < 0/01$ ) (جدول ۱).

کارگیری روش‌های آمار توصیفی و تحلیل با استفاده از آزمون تی مستقل، مجذورکای دو و به منظور بررسی اختلاف میانگین متغیرهای مورد بررسی از آزمون من-ویتنی استفاده شد.

### یافته‌ها

به منظور بررسی همگن بودن گروه‌ها، میانگین سن با استفاده از آزمون تی مستقل و وضعیت تأهل و اشتغال در دو گروه را با استفاده از آزمون مجذورکای دو با هم مقایسه شدند. نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین آزمودنی‌های گروه شاهد و مداخله بر حسب سن، وضعیت

جدول ۱: نتایج آزمون من-ویتنی در متغیرهای علائم بالینی، قبل و بعد از برنامه بازگشت به اجتماع و روان درمانی‌های سنتی بیماران روانی مزمن

علائم - گروه‌ها					
مقدار P	Z	U	میانگین رتبه	انحراف معیار اختلاف	میانگین اختلاف
0/01	-2/46	111/5			
<b>علائم مثبت</b>					
			24/92	1/53	1/6
			16/08	1/29	0/25
<b>علائم منفی</b>					
0/09	-1/66	139/5			
			23/52	1/98	1/45
			17/48	2/33	0/25
<b>آسیب شناسی روانی عمومی</b>					
0/30	-1/02	163/5			
			22/32	1/59	1/15
			18/68	1/35	0/40
<b>نمره کل</b>					
0/02	-2/25	117			
			24/65	3/78	4/3
			16/35	3/74	1/05

جدول ۲: نتایج آزمون من-ویتنی در متغیرهای عملکرد اجتماعی، قبل و بعد از برنامه بازگشت به اجتماع و روان درمانی سنتی بیماران روانی مزمن

مهارت‌های ارتباطی و تعاملی - گروه‌ها					
مقدار P	Z	U	میانگین رتبه	انحراف معیار اختلاف	میانگین اختلاف
0/07	-1/79	142/5			
<b>ویژگیهای جسمانی</b>					
			17/62	4/61	-1/8
			23/38	1/89	-0/7
<b>مبادله اطلاعات</b>					
0/001	-3/41	76			
			14/30	3/29	-3/6
			26/7	1/26	-0/35
<b>روابط و مناسبات</b>					
0/0001	-4/61	30			
			12	5/44	-8/2
			29	2/67	-0/1
<b>نمره کل</b>					
0/0001	-4/30	41			
			12/55	9/24	-13/45
			28/45	3/71	-1/15

معنادار نبود ولی در ابعاد مبادله اطلاعات ( $P = 0/001$ )، روابط و مناسبات ( $P = 0/0001$ ) و نمره کل ( $P = 0/0001$ ) از پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی و تعاملی تغییر معناداری را نشان دادند (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون مذکور به منظور بررسی اختلاف میانگین متغیرهای مهارت‌های ارتباطی و تعاملی در دو گروه نشان داد که بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با گروه روان درمانی سنتی پس از اجرای برنامه‌ها در بعد ویژگیهای جسمانی ( $P = 0/07$ ) تفاوت

درمانی و کاردرمانی می‌شود (۱۱). این مطالعه در جامعه پژوهش که در آن فقط بیماران بستری اسکیزوفرنیا مشارکت داشتند با مزاحه حاضر تفاوت دارد.

مطالعه شاهمیر و همکاران در راستای مطالعه حاضر بود آنها دریافتند که بیماران اسکیزوفرنیا بعد از آموزش برنامه‌ی بازگشت به اجتماع نسبت به گروه شاهد که فقط از درمان‌های معمول همچون دارو درمانی استفاده می‌کردند، افزایش مهارت‌های اجتماعی را نشان دادند؛ استفاده از بیماران مرد مبتلا به اسکیزوفرنیا، کاربرد مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و عدم بررسی علائم بالینی بیماران، نقطه تمایز مطالعه شاهمیر با مطالعه حاضر بود (۲۱). جمشیدی و همکاران نشان دادند که برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با برنامه‌های کاردرمانی روتین مراکز سرپایی، نقش مهمی در بهبود عملکرد اجتماعی بیماران روانی مزمن داشت (۲۲). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Sato و همکاران همسو بود. Sato و همکارانش نشان دادند که برنامه آمادگی ترخیص که اصلاح شده برنامه بازگشت به اجتماع بود در مقایسه با برنامه توانبخشی معمول تغییر زیادی در علائم روانی بیماران اسکیزوفرنیای بستری ایجاد نکرده است (۲۳). این مطالعه در این مورد که از برنامه آمادگی برای ترخیص و بیماران اسکیزوفرنیای بستری استفاده کرده بود، با مطالعه حاضر متفاوت بود. همواره کاربرد مهارت‌های برنامه بازگشت به اجتماع در زندگی روزمره بیماران با محدودیت‌هایی مواجهه بوده است که بعضی از این محدودیت‌ها در نتیجه علائم منفی، مثبت و نقائص عصب شناختی بیماران روانی مزمن ایجاد می‌شود که ذات این اختلالات است و از سایر محدودیت‌ها می‌توان به فقدان موقعیت‌های محیطی برای کاربرد مهارت‌های آموخته شده در یک مکان بالینی و فقدان تقویت و تشویق از طرف مراقبین و حمایت کنندگان جامعه اشاره نمود. علاوه بر این می‌توان به بررسی تأثیرات کوتاه مدت دو ماهه این برنامه اشاره کرد، به نظر می‌رسد تأثیرات بلندمدت و برنامه پیگیری بعد از گذشت یکسال از برنامه مشخص شود. همچنین می‌توان به عدم دسترسی به ابزار جامع‌تر برای ارزیابی عملکرد اجتماعی در این مطالعه اشاره کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود آموزش خانواده‌ها در کنار اجرای برنامه گنجانده شود و به آن‌ها آگاهی‌های لازم در این زمینه ارائه شود. همچنین تأثیرات دراز مدت این برنامه بعد از اجرای آن توسط ابزارهایی که به صورت جامع‌تری عملکرد اجتماعی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با گروه برنامه‌ی روان درمانی سنتی باعث کاهش معنی دار علائم مثبت بیماری شده است. همچنین نتایج بیانگر آن بود که این برنامه در مقایسه با گروه برنامه‌ی روان‌درمانی سنتی باعث بهبودی معنی داری در مبادله اطلاعات، روابط و مناسبات و نمره کل پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی و تعاملی شده است. برنامه بازگشت به اجتماع روش مناسبی برای بهبود عملکرد اجتماعی و تا حدی علائم بالینی بیماران روانی مزمن نسبت به دیگر روش‌های روان درمانی سنتی باشد. این برنامه بیمار را قادر می‌سازد که در روند درمان خود فعال باشد که این ویژگی علاوه بر اینکه تأثیرات بسیار مفیدی بر روند بهبودی بیماری دارد هزینه‌های درمانی را نیز کاهش می‌دهد. نسخه ایرانی این برنامه، برنامه‌ای نسبتاً مؤثر و ایمن برای بیماران روانی

با توجه به هدف مطالعه، نتایج و اطلاعات آماری حاصل از پژوهش حاضر گویای این مطلب بود که بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با گروه برنامه‌ی روان درمانی سنتی در قبل و بعد از اجرای برنامه، فقط در زمینه‌ی کاهش علائم مثبت از پرسشنامه مقیاس علائم مثبت و منفی تأثیر مشخصی را نشان داده‌اند، ولی در ابعاد علائم منفی، آسیب شناسی روانی عمومی و نمره کل مقیاس تأثیر محسوسی دیده نشد. این در حالی است که تفاسیل میانگین‌ها در برنامه بازگشت به اجتماع در همه متغیرهای پرسشنامه مذکور نسبت به برنامه‌ی روان درمانی سنتی کاهش یافته بود ولی در کل هر دو برنامه‌ی مذکور در کاهش علائم منفی و آسیب شناسی روانی عمومی، تفاوت معنی داری را نشان ندادند. همچنین نتایج آماری نشان داد که بیماران گروه برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با گروه برنامه‌ی روان درمانی سنتی در قبل و بعد از اجرای برنامه، در ابعاد مبادله اطلاعات، روابط و مناسبات و نمره کل پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی و تعاملی تأثیر بیشتری داشتند ولی با وجود اینکه تفاسیل میانگین در برنامه بازگشت به اجتماع در متغیر ویژگی‌های جسمانی از پرسشنامه مذکور نسبت به برنامه‌ی روان درمانی سنتی افزایش یافته بود ولی در کل هر دو برنامه‌ی مذکور در این بعد تفاوت معنی داری را نشان ندادند. نتایج مطالعه حاضر در راستای پژوهش Anzai و همکاران بود، نتایج آنها نشان داد که برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با برنامه‌های سنتی کاردرمانی پیشرفت قابل توجهی را بر مهارت‌های خودکنترلی بیماران اسکیزوفرنیا مخصوصاً در بخش مهارت‌های ارتباطی-کلامی مربوط به فعالیت‌های اجتماعی را نشان داد و همچنین علائم مثبت بیماران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بهبودی نسبی را نشان داد، اما هیچ تغییر مشخصی در آیت‌های دیگر مثل کیفیت زندگی عینی مشاهده نشد، این مطالعه با مطالعه حاضر در اینکه فقط از بیماران اسکیزوفرنیا استفاده شده بود و ضمناً بررسی کیفیت زندگی در مطالعه انزای، متفاوت بود (۱۹).

Xiang و همکاران به این نتیجه رسیدند که نمرات علائم مثبت، منفی و آسیب شناسی روانی عمومی و عملکرد اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیای گروه برنامه بازگشت به اجتماع نسبت به گروه شاهد که از برنامه‌های توانبخشی سنتی استفاده کردند، بهبودی معناداری را نشان داده است که نتایج آن در بعد علائم مثبت و عملکرد اجتماعی با مطالعه حاضر همسو بود. همچنین این مطالعه در بررسی بیماران اسکیزوفرنیا، مطالعه‌ی یکساله متغیرهای میزان عود، بستری مجدد و استخدام و ابزار ارزیابی عملکرد اجتماعی با مطالعه حاضر، متفاوت بود (۲۰). نتایج مطالعه Xiang و همکاران حاکی از این بود که نسخه چینی برنامه بازگشت به اجتماع در مقایسه با برنامه آموزش روانی پیشرفت قابل توجهی را در عملکرد اجتماعی و علائم روانی در بیماران اسکیزوفرنیا نشان دادند، ضمناً در این مطالعه زیانگ برنامه بازگشت به اجتماع را در یک دوره زمانی ۲۴ ماهه و بر متغیرهای بصیرت، برگشت مجدد به کار، میزان عود و بستری مجدد علاوه بر علائم روانی و عملکرد اجتماعی مورد بررسی قرار داد که این موارد با مطالعه حاضر متفاوت بود (۵، ۱۰). نتایج پژوهش حاضر با مطالعه محمدزاده و همکاران ناهمسو بود، آن‌ها نشان دادند که برنامه بازگشت به اجتماع باعث مهار و بهبود علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیا در مقایسه با برنامه‌های دارو

همچنین از مسئولین محترم دانشکده علوم توانبخشی همدان بخصوص 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 این مطالعه داشته‌اند و همچنین از تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

مزمین است که می‌تواند در بهبود عملکرد اجتماعی آنها در آمادگی برای ترخیص و برنامه ریزی ورود به جامعه مفید واقع شود.

## سپاس‌گزاری

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایت مالی این مطالعه در قالب طرح شماره ۹۳۰۸۲۰۴۳۰۸ و ثبت پژوهش در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با شماره

## References

1. Werner S. Needs assessment of individuals with serious mental illness: can it help in promoting recovery? *Community Ment Health J*. 2012;48(5):568-73. DOI: 10.1007/s10597-011-9478-6 PMID: 22138851
2. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatr Serv*. 1998;49(10):1313-6. DOI: 10.1176/ps.49.10.1313 PMID: 9779901
3. Bartels SJ, Forester B, Mueser KT, Miles KM, Dums AR, Pratt SI, et al. Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. *Community Ment Health J*. 2004;40(1):75-90. PMID: 15077730
4. Shahgholi A. The effect of sensory room intervention on perceptual-Cognitive performance psychiatric status of people with schizophrenia. Tehran: University of social welfare and rehabilitation; 2011.
5. Xiang Y, Weng Y, Li W, Gao L, Chen G, Xie L, et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module: a controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(6):464-9. DOI: 10.1007/s00127-006-0050-6 PMID: 16565915
6. Corrigan PW. Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1991;22(3):203-10. PMID: 1839539
7. Liberman RP, Silbert K. Community re-entry: development of life skills. *Psychiatry*. 2005;68(3):220-9. DOI: 10.1521/psyc.2005.68.3.220 PMID: 16253108
8. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1087-91. DOI: 10.1176/ajp.155.8.1087 PMID: 9699698
9. Melo-Dias C. Psychosocial rehabilitation for the Community Re-Entry Program (CREP) in psychiatric inpatient settings: Systematic Review. *Am J Nurs Sci Spec Issue Ment Health Care Aspects Challenges Perspect*. 2015;4(2-1):51-9.
10. Xiang YT, Weng YZ, Li WY, Gao L, Chen GL, Xie L, et al. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2007;190:49-56. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.023697 PMID: 17197656
11. Mohammadzadeh Nanehkaran S, Karbalaie Noori A, Hosseini S. [Effect of Community Re-entry Program(CRM) in Patients with Schizophrenia]. *J Rehabil*. 2013;14(2):22-8.
12. Bordbar F, Reza M, Abdollahian E, Hojjat K, Samarica A. [Effects of Selegiline on Negative Symptoms in Schizophrenia: A Double-Blind Clinical Trial]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol*. 2008;14(2):131-9.
13. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res*. 1988;23(1):99-110. PMID: 3363019
14. Amini H, Alimadadi Z, Nejatisafa A, Sharifi V, Ahmadi-Abhari S. [Quality of Life in a Group of Patients with Bipolar Disorder and Some of their Clinical Characteristics]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol*. 2009;15(2):175-82.
15. Montazeri E, Nejat C. [Standardization of the organization quality of life questionnaire(WHOQOL-BREF): translatin and psychometric properties of the Iranian]. *J Fac Health Med Res Instit*. 2007;1-12.
16. Jamshidi F, Akbarfahimi M, Taherkhani H, Khalaf Beigi M. Relationship between facial identity discrimination and socialfunction in schizophrenic patients. *J Mod Rehabil*. 2012;6(2):1-7.
17. Khoshabi K. The Assessment of communication and interaction skills in psychotic patients. *J Rehabil*. 2003;3(10):12-9.
18. Liberman R. [Community Re-entry Program (CRP) Instructor's Manual]. Tehran: Arjmand 2014.
19. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatr Serv*. 2002;53(5):545-7. DOI: 10.1176/appi.ps.53.5.545 PMID: 11986501
20. Xiang Y-t, Li W-y, Weng Y-z, 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. *Chin J Psychiatr*. 2004;37(1):37-40.
21. Shahmiri E, Talebzade M, Jafari Fard S. [The Effectiveness of the returning to society program in improving the social skills of schizophrenic patients]. *J Thought Behav Clin Psychol*. 2014;8(31):27-36.
22. 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 Med Mediterranea*. 2016;32:1311-6.

23. 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 Clin Neurosci*. 2012;66(6):474-81. DOI: [10.1111/j.1440-1819.2012.02393.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02393.x) PMID: 23066765

Archive of SID

# Comparison of the Effect of Community Re-entry Program (CRP) and Conventional Psychotherapy Programs on Symptoms Severity and Communication and Interaction skills of Persons With Severe Mental Disorders

Farkhondeh Jamshidi <sup>1</sup>, Shahin Tohidi <sup>2</sup>, Arezoo Shayan <sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> Instructor, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Instructor, Department of Nursing, Poldokhtar School of Nursing and Medical Emergencies, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran

<sup>3</sup> Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

\* **Corresponding author:** Arezoo Shayan, Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: arezoo.shayan2012@yahoo.com

Received: 06 Oct 2016

Accepted: 06 Jun 2017

## Abstract

**Introduction:** Deficits in social and living skills of chronic mental patients and the unsatisfactoriness of current drug, provide a strong rationale for developing new interventions. Community Re-Entry Program is one of the programs related to social and independent living skills that provides patients with chronic mental disorders with some information and skills. The aim of the present study was to compared symptoms severity and communication and interaction skills of outpatients with severe mental disorders after the Community Re-entry and conventional Psychotherapy programs.

**Methods:** This study was a quasi-experimental design with pre-test, post-test. To this end, 40 patients with severe mental disorders (schizophrenia and mood disorder) referring to daily rehabilitation centers of Hamadan and using simple randomization divided into an Community Re-entry Program (N = 20) and a Conventional Psychotherapy Programs (N = 20) group. The community rehabilitation program group received in 16 60-90-minute educational sessions held twice a week for two months. The conventional Psychotherapy group were used from psychotherapy and occupational therapy. Both groups were evaluated using Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) questionnaire and positive and negative symptom scales (PANSS) before and after the intervention. To analyze of Mean difference in the two groups, were used from U Mann-Witny test.

**Results:** The results showed that the two groups were the same in terms of age, marital status and employment levels. Patients who received Community Re-entry Program showed a significant change in information exchange (P = 0.001), relations (P = 0.0001) and total score of ACIS questionnaire (P = 0.0001) and in the positive symptoms (P = 0.01) of PANSS questionnaire compared to the conventional psychotherapy group.

**Conclusions:** The results showed that Community Re-Entry Program in compared with conventional psychotherapy daily centers played an important role in improving communication and interaction skills among patients with severe mental disorders in the study population. Yet, future studies are required to assess the long-term clinical effects of this program.

**Keywords:** Community Re-entry Program, Communication and Interaction Skills, Symptoms Severity, Patients with Chronic Mental Disorders