

# تأثیر برنامه بازورود به جامعه، بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیا

سولماز محمدزاده ننه‌کران<sup>۱</sup>، اشرف کربلایی‌نوری<sup>۲</sup>، \*سیدعلی حسینی<sup>۳</sup>

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر «برنامه بازورود به جامعه»<sup>۱</sup> بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه نیمه‌تجربی که نمونه‌گیری از جامعه به صورت در دسترس و غیراحتمالی انجام شد، ۲۴ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا انتخاب شدند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و در دو گروه مداخله (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه «مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی»<sup>۲</sup> و با روش مصاحبه جمع‌آوری شد. گروه مداخله به صورت عملی و نظری «برنامه بازورود به جامعه» را آموزش دیدند. برنامه شامل ۱۶ جلسه آموزشی بود که به صورت یک روز در میان و ۳ بار در هفته اجرا شد. بیماران گروه کنترل در طول اجرای برنامه فقط از درمان‌های معمول بیماران بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، شامل دارودرمانی و کاردرمانی، استفاده می‌کردند. داده‌های به دست آمده از پژوهش با استفاده از آزمون تی برای دو گروه مستقل تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها بیانگر این است که علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیای گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، پس از اجرای برنامه بازورود به جامعه، تغییر معناداری نشان می‌دهد ( $P < 0/05$ ). هرچند تغییر در میانگین کل و ابعاد دیگر آن مشهود بود، از نظر آماری تغییرات مربوط به این ابعاد شامل علائم مثبت و وضعیت روان‌شناسی عمومی و نمره کل، معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، برنامه بازورود به جامعه باعث مهار و بهبود علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیا می‌شود که می‌توان این تفاوت معنی‌دار را در گروه مداخله به تأثیرگذار بودن برنامه نسبت داد؛ در حالی که در گروه کنترل این تفاوت مشاهده نشد.

**کلیدواژه‌ها:** آسیب‌شناسی روانی عمومی، اسکیزوفرنیا، برنامه بازورود به جامعه، علائم مثبت، علائم منفی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
 ۲- دانشجوی دکتری کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
 ۳- دکتری کاردرمانی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۰۸/۰۸  
 پذیرش مقاله: ۹۲/۰۳/۲۹

## \* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی کاردرمانی  
 \* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۷ (۲۱) ۰۹۸  
 \* رایانامه:

a.hosseini@yahoo.com

1- Community Re-entry Program (CRM)

2- Positive And Negative Syndrome Scales (PANSS)



## مقدمه

بیماری را بشناسند و مداخلات اولیه مبارزه با آن را جست و جو کنند. بدین ترتیب، نتایج به دست آمده به نحو چشمگیری مفیدتر خواهد بود و بیماران، عودهای کمتر و عملکرد اجتماعی بهتری خواهند داشت (۶).

برنامه بازورود به جامعه یکی از چند برنامه مرتبط با مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل است که لیبرمن<sup>۲</sup> و همکارانش در مرکز تحقیقات اسکیزوفرنیا و بازتوانی روانی دانشگاه UCLA<sup>۳</sup> طراحی کرده‌اند. این برنامه برای آموزش بیماران اسکیزوفرنیا و اختلالات روانی بزرگ دیگر است. مطالب آموزشی نوین درباره برنامه‌ریزی ترخیص را با بخش‌هایی از مدیریت دارو، مدیریت علائم توسط خود<sup>۴</sup> و سامان‌دهی اوقات فراغت ادغام می‌کند و اطلاعات و مهارت‌هایی را به بیماران آموزش می‌دهد که برای زندگی در جامعه نیاز است (۷، ۵). هدف برنامه بازورود به جامعه، تجهیز شرکت‌کنندگان به مهارت‌ها و اطلاعاتی است که به آن‌ها نیاز دارند تا بتوانند از وضعیت بستری در بیمارستان یا قراردادن تحت نظر مستقیم پزشک به زندگی مستقل در جامعه وارد شوند و بتوان برنامه‌های بازتوانی روانی اجتماعی طولانی‌تر را برای آن‌ها عملی کرد (۷). در واقع، این برنامه مهارت‌ها و اطلاعاتی را آموزش می‌دهد که انتقال از بیمارستان روان‌پزشکی به مراقبت‌های سطح جامعه را تسهیل می‌کنند (۲). مطالعاتی که مستقیماً تأثیرات این برنامه را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارائه شده در این مدل، سبب ارتقای اطلاعات و عملکرد بیماران در زمان ترخیص و نیز چند ماه بعد از ترخیص می‌شود (۸). همچنین تجزیه و تحلیل بیش از سی مطالعه درباره آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران اسکیزوفرنیک، حاکی از تأثیرات چشمگیر برنامه بر علائم عود و بستری مجدد است (۴).

هدف ما از مطالعه حاضر این است که مشخص کنیم آیا مدل بازورود به جامعه برای بهبود وضعیت روانی بیماران ایرانی و بهبود روش‌های درمانی درمانگران و نظام سلامت روان مناسب است. در این راستا، از نسخه فارسی و ترجمه شده این مدل استفاده شده است تا بیماران برای ترخیص مناسب‌تر از بیمارستان آماده شوند.

## روش بررسی

مطالعه حاضر پژوهشی نیمه تجربی است. جامعه مطالعه شده بیماران اسکیزوفرنیای بیمارستان روان‌پزشکی رازی بودند. نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد و شرکت‌کنندگان

اغلب، بیماران اسکیزوفرنیا در نتیجه سیر بیماری و عود علائم آن نیاز پیدا می‌کنند که بارها در بیمارستان بستری شوند؛ اما ترک مکان‌های امن حمایت‌شده پیش‌بینی‌پذیر مثل بیمارستان روان‌پزشکی، برای چنین افرادی جابه‌جایی چالش‌برانگیزی است که آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از طرفی، این افراد در زمینه مهارت‌های اجتماعی و مقابله با مشکلات و عملکرد شناختی و تعدیل وضعیت عاطفی، ناتوانی‌های فراوانی دارند و قادر به انطباق با مشکلات موجود در جامعه نیستند. ایجاد چنین چرخه معیوبی، باعث عود علائم بیماری شده و در نتیجه، بیمار مجدداً به بیمارستان ارجاع داده می‌شود؛ بنابراین این افراد به‌کرات و به مدت‌زمان‌های طولانی در بیمارستان بستری می‌شوند (۱).

مشکلات این بیماران فقط به علت تشدید علائم بیماری نیست و قسمتی از آن ناشی از ناتوانی در کسب یا استفاده از منابع و امکانات لازم برای حفظ کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی مناسب است (۲). برای داشتن درمان مؤثر، تیم درمانی بیماران بستری نباید فقط بر مهار علائم حاد بیماری تمرکز کند؛ بلکه باید به عواملی نیز که سبب عود بیماری و بستری شدن مجدد بیمار می‌شود توجه لازم را داشته باشند و برنامه‌ریزی‌های مناسبی در این زمینه اعمال کنند (۳).

منابع موجود در جامعه برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به بیماران اسکیزوفرنیا محدود است و تأمین همه نیازهای بیمار در منزل مقدور نیست؛ بنابراین، افرادی که از بیمارستان مرخص می‌شوند، باید بتوانند به صورت مستقل از داروهایشان استفاده کنند، برنامه‌های مراقبتی بعد از ترخیص را دنبال کرده، از عود مجدد بیماری‌شان پیشگیری کنند یا در صورت بروز علائم هشداردهنده عود، برنامه‌های اورژانسی مناسبی طراحی و اجرا کنند (۴). رویکرد ترکیبی دارودرمانی و خدمات روانی اجتماعی برای افراد دچار بیماری‌های روانی جدی و مزمن به کار می‌رود، بر پیوستن به درمان دارویی و مشارکت در برنامه‌های روانی اجتماعی تأکید می‌کند و می‌کوشد عود بیماری و بستری شدن مجدد بیماران را به حداقل برساند (۵، ۲). در همین راستا، پیشرفت‌های جدید در توان‌بخشی، آموزش مهارت‌های اجتماعی را با دوز پایین داروهای ضدروان‌پریشی ترکیب کرده است تا آثار جانبی آرام‌بخشی<sup>۱</sup> داروها را به حداقل برساند و بر عملکرد اجتماعی بیمار به‌نحوی تأثیر بگذارد که بیماران به دانش و توان مهارتی بیشتری در مهار بیماری خود مجهز شوند. بیماران یاد می‌گیرند که از طریق مهارت‌های آموخته شده، علائم هشداردهنده عود



پرسش در مقیاسی هفت گزینه‌ای به‌روش لیکرت، از نبود علامت تا بیش‌از‌حدبودن آن، پاسخ داده می‌شود (۱۰، ۹). 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 (۱۱). پایایی و روایی این آزمون بر ۱۰۱ نفر ارزیابی شد و برپایه معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR تشخیص داده شد که افراد به اسکیزوفرنیا مبتلا هستند. ضرایب آلفا نشان‌دهنده پایایی بالا و همانندی در بین پرسش‌ها با ضریب رتبه‌بندی ۸۳-۷۳ درصد برای هریک از میزان‌ها بود. شاخص‌های پایایی بازآزمایی برای زیرگروه‌های بیماران در یک پیگیری ۳-۶ ماهه، ۸۹ درصد، ۸۲ درصد، ۸۱ درصد و ۷۷ درصد برای علائم مثبت، منفی، ترکیبی و میزان‌های آسیب‌شناسی روانی عمومی به‌دست آمد (۱۲، ۱۰). پس از نمونه‌گیری، کاردرمان متخصص در زمینه روان غیر از درمانگر، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کرد. در مرحله بعد، بیماران گروه آزمون در دو گروه مجزای ۸ و ۴ نفره در جلسات آموزشی شرکت کردند. محتوای برنامه بازورود به جامعه در جدول آورده شده است:

جدول ۱. عناوین جلسات برنامه بازورود به جامعه

جلسات برنامه بازورود به جامعه			
۱. معرفی برنامه بازورود به جامعه و معارفه	۵. برقراری ارتباط با جامعه	۱۰. ارزیابی آثار مفید داروها	۱۴. اطلاع از علائم هشداردهنده بیماری
۲. علائم بیماری‌های روانی	۷. طراحی برنامه‌های روزانه	۱۱. حل و فصل معضلات دارویی	۱۵. ارائه طرحی برای پیشگیری از عود اورژانسی
۳. تعیین آمادگی برای ترخیص	۸. قرارگذاشتن و پایبندی به آن	جانبی داروها	عود اورژانسی
۴. برنامه‌ریزی بازورود به جامعه	۹. نقش داروها در پیشگیری از عود	۱۳. شناسایی علائم هشداردهنده عود	۱۶. آوردن طرح اورژانسی خود به جامعه
بیماری	بیماری	بیماری	بیماری

و تکمیل ارزیابی‌ها، این داده‌ها برای تحلیل در رایانه کدگذاری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ ویندوز استفاده شد و با استفاده از آزمون تی برای دو گروه مستقل تحلیل شد.

### یافته‌ها

یافته‌های مطالعه، حاکی از ایجاد تغییرات در داده‌های پرسش‌نامه مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی، بعد از اجرای برنامه بازورود به جامعه بود. داده‌ها نشان می‌دهد که همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه مرد هستند و میانگین سنی آن‌ها ۳۰ سال است. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف هم نشان داد که تمام داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند.

برحسب همکاری بیمار و جامعه در دسترس، در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. حداقل تعداد حجم نمونه در هر گروه ۱۲ نفر است. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر است: ۱. تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا براساس DSM-IV و روان‌پزشک؛ ۲. محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال برای بیماران؛ ۳. اعلام رضایت شخصی برای شرکت در برنامه. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز موارد زیر بودند: ۱. به اختلالات روانی دیگر، کم‌توانی ذهنی، بیماری جسمی، تشنج کنترل‌نشده و سوء‌مصرف مواد مبتلا باشد؛ ۲. بیمار در فاز حاد بیماری نبوده یا شدت علائم در حدی باشد که در انجام دادن فعالیت‌ها ناتوان باشد؛ ۳. هریک از معیارهای ورود در روند انجام پژوهش از بین برود.

از مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی<sup>۱</sup> در این پژوهش استفاده شد. این آزمون برای ارزیابی ابعادی و تیپ‌شناسی پدیده اسکیزوفرنیا ساخته شده است و نشانه‌های بیماری را در سه حیطه بررسی می‌کند: علائم مثبت و علائم منفی و آسیب‌شناسی روانی عمومی. در مجموع، دارای ۳۳ پرسش است که این علائم را برپایه مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته ارزیابی می‌کند. هر

جلسات آموزشی را در بیمارستان، محقق در مدت تقریباً یک ماه برگزار کرد. در طول هر هفته، ۳ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای تشکیل شد. طبق برنامه درمانی 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 (۷). در آخرین جلسه پس از آزمون، همان آزمون‌گر برنامه بازورود به جامعه و مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی را مجدداً آزمود. در بیماران گروه شاهد پرسش‌نامه‌ها در دو نوبت و به فاصله یک ماه تکمیل شد. این بیماران در طول پژوهش، فقط از درمان‌های معمول بیماران بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی استفاده می‌کردند. پس از اتمام مراحل اجرای کار



جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون تی مرتبط با میانگین سنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	N	$\bar{X}$	S	T	مقدار احتمال
مداخله	۱۲	۳۰	۶/۳	۰/۰۳۱	۰/۹۷۶
کنترل	۱۲	۲۹/۹	۶/۹		

( $P < 0/05$ )

نتایج جدول نشان می‌دهد تی محاسبه شده (۰/۰۳۱) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ بنابراین فرض ۰ رد نمی‌شود و چنین نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین سنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای

دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنادار وجود ندارد و دو گروه به لحاظ سنی همتا هستند.

جدول ۳. نتایج آزمون مجذور کای مرتبط با مقایسه فراوانی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیای دو گروه مداخله و کنترل، بر مبنای سطح اشتغال و وضعیت تأهل و میزان تحصیلات

سطح اشتغال شاخص آماری گروه	شاغل		بیکار		کل		مجدور مخی	مقدار احتمال
	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار		
مداخله	۵	۵	۷	۷	۱۲	۱۲	۰/۰۰۰	-
کنترل	۵	۵	۷	۷	۱۲	۱۲		
کل	۱۰	۱۰	۱۴	۱۴	۲۴	۲۴		
وضعیت تأهل	مجرد		متاهل		کل			
مداخله	۷	۶/۵	۵	۵/۵	۱۲	۱۲	۰/۱۶۸	۰/۶۸۲
کنترل	۶	۶/۵	۶	۵/۵	۱۲	۱۲		
کل	۱۳	۱۳	۱۱	۱۱	۲۴	۲۴		
میزان تحصیلات	سیکل		دیپلم		کل			
مداخله	۸	۶/۵	۴	۵/۵	۱۲	۱۲	۱/۵۱	۰/۲۱۹
کنترل	۵	۶/۵	۷	۵/۵	۱۲	۱۲		
کل	۱۳	۱۳	۱۱	۱۱	۲۴	۲۴		

( $P > 0/05$ )

نتایج آزمون نشان می‌دهد چون مجذور کای محاسبه شده برای سطح اشتغال (۰/۰۰۰)، برای میزان تحصیلات (۱/۵۱) و برای وضعیت تأهل (۰/۱۶۸) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، فرض رد نمی‌شود و چنین نتیجه گرفته می‌شود که بین فراوانی بیماران

مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیای دو گروه مداخله و کنترل، بر مبنای سطح اشتغال و میزان تحصیلات و وضعیت تأهل، تفاوت معنادار وجود ندارد؛ بدین معنا که دو گروه به لحاظ متغیرهای بیان شده همتا هستند.

جدول ۴. مقایسه ابعاد مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی دو گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله

مراحل	پیش آزمون			پس آزمون			تفاضل پیش آزمون پس آزمون			شاخص آماری گروه
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
علائم مثبت	۱۲	۱۳/۹	۴/۷	۱۲	۱۰/۹	۴/۱	۱۲	۲/۰۰۴	۰/۰۵۸	۰/۷۵۸
کنترل	۱۲	۱۸/۴	۶/۲	۱۲	۱۶/۴	۵/۱	۱۲			۰/۴۵۷
مداخله	۱۲	۱۹/۲	۷/۷	۱۲	۱۴/۱	۵/۸	۱۲	۰/۹۲۱	۰/۱	۲/۲۶۳*
کنترل	۱۲	۱۹/۵	۸/۶	۱۲	۱۸/۹	۷/۸	۱۲			۰/۰۳۴
آسیب شناسی	۱۲	۳۵/۱	۸/۷	۱۲	۲۷/۹	۵	۱۲	۱/۴۸۹	۰/۱۵۱	۱/۱۷۱
روانی عمومی	۱۲	۴۰/۱	۷/۷	۱۲	۳۶	۵/۵	۱۲			۰/۲۵۴
کنترل	۱۲	۴۰/۱	۷/۷	۱۲	۳۶	۵/۵	۱۲			۰/۲۵۴
مداخله	۱۲	۶۸/۲	۱۶/۲	۱۲	۵۲/۹	۱۱/۸	۱۲	۱/۳۲	۰/۲۰۱	۱/۸۲۹
نمره کل	۱۲	۷۸	۲۰/۱	۱۲	۷۱/۳	۱۵/۱	۱۲			۰/۰۸۱
کنترل	۱۲	۷۸	۲۰/۱	۱۲	۷۱/۳	۱۵/۱	۱۲			۰/۰۸۱

( $P < 0/05$ )



همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، تی محاسبه‌شده بر علائم مثبت (۲/۰۰۴)، علائم منفی (۰/۱)، آسیب‌شناسی روانی عمومی (۱/۴۸۹) و کل (۱/۳۲۲) در مرحله پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ در نتیجه، میانگین نمرات بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنیا، در دو گروه مداخله و کنترل، در پرسش‌نامه ارزیابی علائم مثبت و منفی بیمار در پیش‌آزمون، تفاوت معنادار ندارد؛ بدین معنا که دو گروه به لحاظ مقیاس‌های بالا در پرسش‌نامه ارزیابی علائم مثبت و منفی بیمار و نیز در کل، هم‌تا هستند. از آنجاکه تی محاسبه‌شده برای علائم منفی (۲/۲۶۳) در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ نتیجه گرفته می‌شود بین میانگین تفاضل نمرات بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنیای دو گروه مداخله و کنترل، در مقیاس علائم منفی پرسش‌نامه ارزیابی علائم مثبت و منفی بیمار، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که آموزش برنامه بازورود به جامعه به کاهش علائم منفی بیماران دچار اسکیزوفرنیا در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل منجر شده است. در مقابل، چون تی محاسبه‌شده برای علائم مثبت (۰/۷۵۸)، آسیب‌شناسی روانی عمومی (۱/۱۷۱) و کل (۱/۸۲۹) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، فرض ۰ رد نمی‌شود و چنین نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین تفاضل نمرات در بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنیای دو گروه مداخله و کنترل، در مقیاس‌های علائم مثبت و منفی بیمار در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بدین معنا که دو گروه به لحاظ علائم مثبت و آسیب‌شناسی روانی و عملکرد کلی در پرسش‌نامه مذکور، از وضعیت تقریباً یکسانی برخوردارند.

### بحث

نتایج مطالعه حاکی از آن است که برنامه بازورود به جامعه سبب تغییر در کاهش و بهبود علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شده است. این تفاوت معنی‌دار را در گروه مداخله، می‌توان به اثربخشی اجرای برنامه بازورود به جامعه نسبت داد. در گروه کنترل این تفاوت مشاهده نشد ( $P < 0/05$ ). علائم مثبت و آسیب‌شناسی روانی عمومی و نمره کل مقیاس آن‌ها در مقایسه با قبل از درمان و نیز در مقایسه با گروه مقایسه تغییری نکرده است. هرچند تغییر در میانگین کل و ابعاد دیگر آن مشهود بود، تغییرات مربوط به این ابعاد از نظر آماری معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ ). یافته‌های این مطالعه در زمینه تأثیرگذاری برنامه بازورود به جامعه بر علائم منفی بیماران، با نتایج مطالعه زیانگ در سال ۲۰۰۶ هم‌راستا بود؛ اما مطالعات زیانگ در سال ۲۰۰۷ و اسمیت در سال ۱۹۹۷، با این نتایج مغایر است.

درباره اثرگذاری برنامه بر علائم مثبت بیمار، نتایج مطالعه زیانگ در سال ۲۰۰۷، در راستای یافته‌های مطالعه حاضر و مغایر با یافته‌های اسمیت در سال ۱۹۹۷ و نوبوی در سال ۲۰۰۲ است. در زمینه اثرگذاری برنامه بر آسیب‌شناسی روانی عمومی بیماران، نتایج مطالعه زیانگ در سال ۲۰۰۷ با آن هم‌راستا بوده و نتایج مطالعه زیانگ در سال ۲۰۰۶ هم‌راستا نیست. در رابطه با اثرگذاری برنامه بر نمره کل مقیاس بیماران، نتایج حاصل از تحقیقات نوبوی در سال ۲۰۰۲ در راستای یافته‌های این تحقیق است. از جمله علت‌های این تفاوت برای توجیه بی‌اثر بودن برنامه بر مهار علائم مثبت و تغییر آسیب‌شناسی روانی عمومی بیماران این مطالعه، در مقایسه با مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است، پایین بودن تعداد نمونه‌هاست که قدرت آماری تحقیق را پایین آورده است. همچنین، می‌توان به پیگیری‌نشدن نتایج درمان تا چند ماه بعد از اجرای برنامه اشاره کرد که در برخی مطالعات پیش‌گفته، تأثیرات بلندمدت برنامه بر مهار علائم روانی و سایر متغیرهای تحقیق در نظر گرفته شده است؛ در حالی که در این پژوهش فقط به تأثیرات کوتاه‌مدت و آنی برنامه پرداخته شده است. به نظر می‌رسد تأثیرات بلندمدت برنامه، پس از گذشت چند ماه از اجرای آن مشخص شود.

به‌رغم این محدودیت‌ها، در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه روش مؤثر و مناسبی برای بهبود وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیای سرپایی و آموزش مهارت‌های اجتماعی به آن‌هاست. این برنامه تأثیری قوی بر مهار علائم روانی بیماران و بهبود عملکرد اجتماعی آن‌ها دارد (۱۳). پژوهشگر با کمک تجربه خود در محیط پژوهش و با استناد به منابع و متون معتبر چنین نتیجه می‌گیرد که در صورتی که تعداد حجم نمونه‌ها زیاد باشد و به آثار بلندمدت مداخله توجه شود، اجرای این برنامه نتایج بهتری خواهد داشت.

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها، نتایج در راستای اهداف برنامه است. همان‌طور که یافته‌ها تأثیر مثبت برنامه را بر مهار علائم روانی بیماری نشان می‌دهد، به همان نسبت، هیچ تأثیر معکوسی در نتیجه برنامه دیده نمی‌شود. به‌رغم محدودیت‌هایی که در اجرای این برنامه وجود دارد، این نتیجه به‌دست آمد که اجرای این برنامه روش مناسبی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی برای بیماران سرپایی اسکیزوفرنیاست. افراد شرکت‌کننده در گروه برنامه بازورود به جامعه می‌توانند از مهارت‌هایی که آموخته‌اند، برای مدیریت برخی علائم روانی و عملکرد اجتماعی خود حداقل تا شش ماه



است. از این رو، با وجود اینکه این برنامه ابتدا برای بیماران بستری طراحی شده بود تا به ترخیص سریع‌تر بیمار کمک کند، مشاهده شد که اجرای چنین برنامه‌ای در جلسات درمانی بیماران سرپایی سبب ارتقای وضعیت سلامت و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها نیز می‌شود (۱۴). نسخه ایرانی مدل، برنامه‌ای مؤثر و نسبتاً ایمن برای بیماران دچار اختلالات اسکیزوفرنیاست و به منظور بهبود وضعیت روانی در آمادگی برای ترخیص و برنامه‌ریزی ورود مجدد به جامعه مفید است. مطالعه بیشتر در زمینه تأثیرات بالینی بلندمدت لازم است.

بعد از مداخله استفاده کنند (۱۴). از طرفی، این برنامه بیمار را قادر می‌کند که در روند درمانی خود کاملاً فعال باشد. این ویژگی علاوه بر اینکه تأثیرات بسیار مفیدی بر روند بهبودی بیماری دارد، سبب کاهش هزینه‌های درمانی هم می‌شود (۱۵). مزیت دیگر آن این است که هر متخصص سلامت روان آموزش دیده می‌تواند آن را به‌طور مؤثر اجرا کند. چارچوب کوتاه و ساختاریافته برنامه، نیروی انسانی و هزینه و زمان لازم را برای آموزش کاهش می‌دهد. این عوامل برای مراکز سلامت روانی اجتماعی، جاهایی که هنوز تعداد متخصصان در این زمینه کم است، مهم

## منابع

- 1-Liberman RP, Silbert K. Community re-entry: development of life skills. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2005;68(3):220-9.
- 2-Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, Wallace CJ, Rattenni LA, Goodman M, et al. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatr Serv*. 1996;47(10):1099-103.
- 3-Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, Wallace CJ, Rattenni LA, Goodman M, et al. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Age* 1996; 33: 9. 3.
- 4-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.
- 5-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.
- 6-Liberman RP, Hilty DM, Drake RE, Tsang HW. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*. 2001;52(10):1331-42.
- 7-Liberman RP. community re-entry program model. community re-entry program protogol 1998.
- 8-Draime J, Wolff N, Jacoby JE, Hartwell S, Duclos C. Understanding community re-entry of former prisoners with mental illness: a conceptual model to guide new research. *Behav Sci Law*. 2005;23(5):689-707.
- 9-Shahgholi A. [The effect of sensory room intervention on perceptual-cognitive performance psychiatric status of people with schizophrenia (Persian)]. Thesis for master of science Occupational therapy. Occupational therapy Department, University of Social Welfare and Rehabilitation; 2011.
- 10-Fayazi Bordbar MR, Abdollahian E, Hojjat K, Samaric AA. [effects of selegiline on negative symptoms in schizophrenia: a double-blind clinical trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychology and Clinical Psychology*. 2008; 14(2):131-9.
- 11-Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 12-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.
- 13-Xiang Y, Weng Y, Li W, Gao L, Chen G, Xie L, et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(6):464-9.
- 14-Xiang Y-T, Weng Y-Z, Li W-Y, Gao L, Chen G-L, Xie L, 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-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.

# Effect of Community Re-entry Program (CRM) in Patients with Schizophrenia

Mohammadzadeh nanekaran S.<sup>1</sup> (M.Sc.), Karbalaie Noori A.<sup>2</sup> (Ph.D.), \*Hosseini SA.<sup>3</sup> (Ph.D.)

## Abstract

**Objective:** The aim of the present study was to determine the effect of "Community Re-entry Program" (CRM) on psychological condition in the patients with schizophrenia.

**Materials & Methods:** In this quasi experimental design study that sampling was performed available and none randomized. 24 patients with schizophrenia who had the inclusion criteria selected and were placed into two intervention (n=12) and control groups (n=12). Data were collected using the Positive and Negative Symptoms Scales (PANSS) questionnaires and interviews. Then intervention group were instructed Community Re-entry Program (CRM). The program was contained 16 sessions, which was administered every other day, 3 times a week, during run program were used only routine treatment of patients in psychiatric hospitals (medication therapy and occupational therapy). The data from this study were analyzed through the t-test for independent groups.

**Results:** The findings indicated that the negative symptoms of schizophrenia patients in the intervention group, compared with the control group showed no significant change after the implementation of community re-entry program ( $P < 0.05$ ). Although it was evident that the change in the total average and other aspects but changes to the dimensions of (positive symptoms, general psychopathology and total score) were not significant ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** According the research findings community re-entry program could reduce negative symptoms in schizophrenia patients, this significant improvement can be attributed to the effect of the intervention, and the difference was not observed in the control group.

**Keywords:** Schizophrenia, Community Re-entry Program (CRM), Negative symptoms, Positive symptoms, General psychopathology

Receive date: 30/10/2012

Accept date: 19/06/2013

1-M.Sc. Student of Occupational Therapy, university of social welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2-Ph.D. Student of Occupational Therapy, university of social welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3-Ph.D. of Occupational Therapy, Associate Professor of university of social welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**\*Correspondent Author Address:**

Occupational Therapy Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv, Tehran. Iran.

\*Tel: +98 (21) 22180037

\*E-mail: a.hosseini@yahoo.com