

February-March 2022, Volume 9, Issue 6

The Effect of Community Re-entry Program on Therapeutic Compliance, Relapse and Rehospitalization of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders

Davood Arab Ghahestany^{1*}, Faramarz Sohrabi², Ahmad Borjali³, Ali Delavar⁴, Omid Rezaei⁵, Atefeh Abbasi⁶, Ladan Fattah Moghaddam⁷, Mohammad Khorrami⁸

1- Ph. D in Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3- Professor of General Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

4- Professor of Assessment and Measurement, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

5- Associate Professor of Psychiatry, Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

6- Ph. D in Psychology, Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

7- Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

8- Ph. D in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Science & Research Branch (Isfahan), Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Davood A. Ghahestany, Ph. D in Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: a_ghahestany@yahoo.com

Received: 9 Jan 2022

Accepted: 14 Feb 2022

Abstract

Introduction: Conventional psychiatric treatments have weaknesses in the treatment of schizophrenia spectrum disorders and have little effect on skill-training and community-based areas. Therefore, the present study aimed to investigate the role of the Community Re-entry Program as a community-based complementary therapy in increasing therapeutic compliance and reduction of relapse and rehospitalization in patients with schizophrenia spectrum disorders.

Methods: The present study was performed by quantitative method with repeated measures and using randomized clinical trial (RCT) research design. The statistical population of the study included all patients who were admitted to the acute wards of Raazi Psychiatric Hospital between January 20 and March 20, 2017, with a diagnosis of at least one of the schizophrenia spectrum disorders. A total of 80 patients with inclusion criteria were selected by simple random sampling and randomly assigned to the intervention (40 patients) and control (40 patients) groups using a random number table. The Intervention method was the "Community Re-entry Program" which was performed in 16 group sessions with a frequency of 4 sessions per week, in combination with conventional psychiatric treatment in the experimental group, while the patients in the control group received only conventional psychiatric treatment. The only tool used in the present study was a demographic questionnaire and the variables of therapeutic compliance and reduction of relapse and rehospitalization were also evaluated at intervals of 1, 3, and 6 months after discharge through telephone interviews with patients' families. The use of drugs, relapse of the symptoms, and rehospitalization of patients were evaluated in the mentioned time periods. Collected information and data were analyzed using SPSS-16.

Results: The results showed that the implementation of community re-entry program in combination with conventional psychiatric treatment had an effect on increasing therapeutic compliance ($= 40/145$, $P= 0/001$) and reduction of relapse ($= 45/54$, $P= 0/001$) and rehospitalization rates ($= 40/75$, $P= 0/001$) in patients.

Conclusions: The Community Re-entry Program, as an adjunct to conventional psychiatric treatment, is one of the effective interventions to increase therapeutic compliance and reduce the rate of relapse and rehospitalization. In order to compensate for the weakness of conventional psychiatric treatment in increasing therapeutic compliance and reducing the relapse and rehospitalization rate of patients with schizophrenia spectrum disorders, non-pharmacological complementary therapies such as Community Re-entry Programs can be used.

Keywords: Schizophrenia, Community Re-entry Program, Therapeutic Compliance, Relapse, Rehospitalization.

تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر متابعت درمانی، عود و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا

داود عرب قهستانی^{۱*}، فرامرز سهرابی^۲، احمد برجعلی^۳، علی دلاور^۴، امید رضائی^۵، عاطفه عباسی^۶، لادن فتاح مقدم^۷، محمد خرمی^۸

- ۱- دانش آموخته دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- ۲- استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- ۳- استاد روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- ۴- استاد سنجش و اندازه‌گیری، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- ۵- دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
- ۶- دانش آموخته دکتری تخصصی روانشناسی، مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
- ۷- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۸- دانش آموخته دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران (اصفهان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: داود عرب قهستانی، دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
ایمیل: a_ghahestany@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۹

چکیده

مقدمه: درمان‌های روانپزشکی متعارف در درمان اختلالات طیف اسکیزوفرنیا با ضعف‌هایی مواجه‌اند و بر حیطه‌های مهارت‌آموزی و جامعه محور تأثیر چندانی ندارند، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی "برنامه بازگشت به اجتماع" به عنوان یک روش مکمل درمانی جامعه محور در افزایش متابعت درمانی، کاهش عود و بستری مجدد در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا صورت گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر با روش کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT) با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به دست کم یکی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا بود که در سه ماهه پایانی سال ۱۳۹۶ در بیمارستان رازی بستری شدند که با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۸۰ نفر از بیماران واجد ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در گروه‌های مداخله (۴۰ بیمار) و کنترل (۴۰ بیمار) گمارش شدند. روش مداخله‌ای مورد استفاده در این پژوهش "برنامه بازگشت به اجتماع" بود که در قالب ۱۶ جلسه با تواتر ۴ جلسه در هفته به صورت گروهی در کنار درمان روانپزشکی متعارف در گروه آزمایش اجرا شد در حالی که بیماران گروه کنترل صرفاً تحت درمان روانپزشکی متعارف قرار گرفتند. تنها ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه جمعیت شناختی بوده و متغیرهای متابعت درمانی و کاهش عود و بستری مجدد نیز در فواصل ۱، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص از طریق مصاحبه تلفنی با خانواده بیماران ارزیابی شدند، بدین صورت که مصرف داروها، عود علائم بیماری، و بستری شدن بیماران، در بازه‌های زمانی مذکور مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۶ تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های حاصل نشان داد که اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در ترکیب با درمان روانپزشکی متعارف بر افزایش متابعت درمانی ($\chi^2=40/145, p=0/001$) و کاهش میزان عود ($\chi^2=45/54, p=0/001$) و بستری مجدد ($\chi^2=40/75, p=0/001$) بیماران تأثیرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری: برنامه بازگشت به اجتماع، در کنار درمان روان پزشکی متعارف از مداخلات موثر بر افزایش متابعت درمانی و کاهش میزان عود و بستری مجدد است. به منظور جبران نقطه ضعف درمان روانپزشکی متعارف در افزایش متابعت درمانی و کاهش میزان عود و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا می‌توان از درمان‌های مکمل غیردارویی از جمله برنامه بازگشت به اجتماع بهره گرفت.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنیا، برنامه بازگشت به اجتماع، متابعت درمانی، عود، بستری مجدد.

در عملکرد و پاسخ ضعیف به درمان (۲۱،۲۲) و خودکشی (۲۳) را افزایش دهد. از این رو، پیشگیری از عود در افراد مبتلا به این اختلالات یکی از اولویت‌های مراقبت و درمان موثر است، که امروزه نیز همچنان به عنوان یک چالش باقی مانده است (۲۴). عود در طیف اختلالات اسکیزوفرنیا اغلب با بستری شدن مجدد در بیمارستان‌های روانپزشکی، که جزو گرانترین عناصر در مراقبت‌های بهداشتی هستند همراه است که سبب افزایش بیش از پیش بار بیماری می‌شود (۲۵). به همین دلیل است که طیف اختلالات اسکیزوفرنیا علت اصلی ناتوانی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در جهان به شمار می‌رود (۲۶)، یعنی هزینه‌ای بیش از ۱۰۲ میلیارد دلار در سراسر جهان (۲۷). معمولاً قبل از عود افزایش علائم کوچکتر از علائم مشاهده می‌شود (مانند هذیان، توهم، شک، اضطراب) که قبل از عود کامل قابل تشخیص است (۲۸). در مطالعه‌ای به روش فراتحلیل، متوسط میزان عود علائم مثبت در مبتلایان به اسکیزوفرنیا در پیگیری‌های ۱، ۱/۵، و ۳ ساله به ترتیب حدود ۲۸، ۴۳، و ۵۴ درصد گزارش شد (۲۹).

اگرچه اسکیزوفرنیا چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است، اما علت اصلی این اختلال هنوز مشخص نیست و درمان‌های روانپزشکی متعارف نمی‌توانند پس از ترخیص بهبود چشمگیری را برای بیشتر مبتلایان به همراه داشته باشند (۳۰) و در نتیجه، بیمارستان‌ها با افزایش بستری مجدد مواجه می‌شوند. به طوری که، در سراسر اتحادیه اروپا حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از بستری‌های اجباری ناشی از اسکیزوفرنیا و مشکلات روان پریشی مرتبط است (۳۱). در مطالعه دیگری در تایوان این میزان بسیار بالاتر بود و ۷۲ درصد از بستری‌های اجباری ناشی از اختلالات روان پریشی بودند (۳۲). شواهد جدیدتر نرخ پذیرش مجدد بیماران اسکیزوفرنی در بازه‌های زمانی ۳ ماهه و یک ساله را به ترتیب ۱۵/۲ و ۳۳/۳ درصد گزارش کرده اند (۳۳). شایان ذکر است که این میزان در ایران نیز بسیار بالاست هرچند آمار منسجمی در این خصوص ارائه نشده است. از این رو، عود و بستری مجدد هزینه‌های شخصی متناهی را جهت مراقبت از بیماران به دنبال دارد، ضمن آنکه می‌تواند بر عملکرد اجتماعی بیماران تأثیری بسیار منفی برجای بگذارد و کیفیت زندگی آنها را کاهش دهد (۳۴).

به رغم پیشرفت درمان‌های متعارف روانپزشکی، مشکلاتی همچون تعدد بستری مجدد، کاهش ماندگاری در درمان،

بر اساس مطالعات سال‌های اخیر، اختلالات روانپزشکی سهم عمده‌ای در بار درمانی مراکز بستری بیمارستانی دارند (۱،۲). در این بین، اختلالات طیف اسکیزوفرنیا از جمله بیماری‌هایی هستند که دربرگیرنده طیف وسیعی از آسیب‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی می‌باشند و اختلالات کارکردی چشمگیری را برای بیماران به همراه دارند و بار مالی قابل توجهی را به اقتصاد درمان تحمیل می‌کنند (۳). این اختلالات به شدت بر مهارت‌های اجتماعی، شناخت و هوش و متغیرهای رفتاری مبتلایان تأثیر گذاشته و افت شدیدی را در این حوزه‌ها سبب می‌شوند که در نتیجه بیماران مبتلا قادر به حفظ عملکرد اجتماعی خود و برقراری روابط معنادار اجتماعی نبوده و به تدریج از اجتماع طرد می‌شوند (۴، ۵). در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اغلب عدم متابعت درمانی مشاهده می‌شود که این میزان ۲۰ تا ۷۲ درصد گزارش شده است (۶). عدم پایبندی به درمان و مراقبت‌های پیگیرانه سرپایی از مشکلات قابل توجه در درمان بیماران مبتلا به این اختلال است و بعضاً چالش برانگیزترین جنبه درمان این بیماران به شمار می‌رود (۷). برآوردهای صورت گرفته حکایت از آن دارند که حدود ۶۰ درصد از بیماران مصرف دارو را پس از ۲ تا ۳ ماه و ۸۰ درصد پس از ۲ سال قطع می‌کنند (۸). قطع مصرف دارو خطر عود بیماری را پنج برابر افزایش می‌دهد (۹). متابعت درمانی ضعیف و نگرش منفی به درمان از مشکلات رایج در روند درمان اختلالات روان پریشی به شمار می‌رود (۱۰). بررسی پژوهش‌های اخیر نشان داد که نگرش منفی نسبت به دارو دلیل اصلی عدم پایبندی به درمان است (۱۱). عدم متابعت درمانی بیماران ممکن است به دلایلی همچون ضعف بینایی (۱۲، ۱۳)، سوء مصرف مواد (۱۴)، نگرش منفی نسبت به دارو (۱۲) فراموش کردن مصرف دارو (۱۵، ۱۶)، انگیزش پایین (۱۷) و عوارض جانبی داروها (۱۴، ۱۸) مربوط باشد. در نتیجه عدم پایبندی به درمان، مدت زمان سلامتی بیمار کوتاه و عود و بستری مجدد اجتناب ناپذیر می‌شود (۱۹).

عود در افراد مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی بسیار ویرانگر است و علی‌رغم استفاده گسترده از داروهای ضدروان پریشی، میزان آن در این افراد همچنان بالا است (۲۰). هر رویداد عود علاوه بر اختلال در زندگی افراد، می‌تواند به طور تجمعی احتمال عودهای بعدی (۱۴)، اختلال

(۴۸،۴۹). از آنجایی که اختلال در عملکرد یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلات بیماران اسکیزوفرن به شمار می رود (۵۰) و اغلب یکی از ویژگی های مشخصه این بیماری تلقی می شود (۵۱) و در تمام اختلالات طیف اسکیزوفرنیا شایع است (۵۲-۵۴)، طبعاً برای موفقیت در درمان این بیماران یکی از نکاتی که باید به طور حتم در نظر گرفته شود افزایش توانایی و عملکرد است که در حال حاضر از جمله محورهای روانپزشکی و روان شناسی جامعه نگر به شمار می رود. در یک مرور سیستماتیک مشخص شد اثربخشی مداخلات جامعه محور در بهبود بیماران مبتلابه اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۵۵).

یکی از مداخلات درمانی اصلی در این زمینه، برنامه بازگشت به اجتماع است (۴۷، ۴، ۴۵)، برنامه ای کاملاً کاربردی و مؤثر که حاصل چند دهه تلاش و تجربه لیبرمن و همکارانش در دانشگاه UCLA می باشد و در عین سادگی، بسیاری از ظرائف کاربردی را در خود دارد که این مسأله سبب برتری آن بر سایر رویکردها، خصوصاً در کار با بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا و دیگر اختلالات شدید روانپزشکی می شود (۵۶). از یک سو مهارت هایی که در این برنامه به بیماران آموزش داده می شود مستقیماً متمرکز بر نقاط ضعفی است که مبتلایان به اختلالات شدید روانپزشکی با آن ها مواجه اند و از سوی دیگر این مطالب آموزشی به شیوه ای ساده و با استفاده از روش چند رسانه ای (شامل نمایش فیلم، پرسش و پاسخ، سخنرانی، ارائه و پیگیری تکالیف کلاسی و خارج کلاسی و ایفای نقش، ضمن رعایت متغیرهای انگیزشی با لحاظ کردن سناریوهای مرتبط با زندگی روزمره بیماران به پیشنهاد خودشان) به بیماران آموزش داده می شوند که کاملاً با ماهیت ضعف های شناختی این بیماران که در نتیجه ابتلا به اسکیزوفرنیا ایجاد می شود متناسب و سازگار است و سبب می شود این برنامه برای بیماران جذاب و به راحتی قابل فراگیری باشد. علاقه به این روش درمانی ناشی از مشاهده این نکته است که علت کیفیت پایین زندگی و انزوای اجتماعی افراد مبتلابه اسکیزوفرنیا، عمدتاً اختلالات عملکردی است (۵۷) و نتایج مطالعات متعدد بیانگر اثرگذاری این برنامه بر ارتقای عملکرد و بهبود زندگی این بیماران می باشد (۴۵، ۵۸-۶۰). با این وجود، در جستجوی ادبیات پژوهشی مربوطه تا

ناسازگاری با درمان و کاهش سلامت عمومی و تاب آوری همچنان از مشکلات جدی در بین افراد مبتلابه اختلالات طیف اسکیزوفرنیا به شمار می روند. بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا پس از ترخیص اغلب به دلیل نقص در مهارت های اجتماعی حتی در ادامه زندگی روزمره خود نیز با مشکل مواجه می شوند (۳۷). لذا، با توجه به آنچه گفته شد و با عنایت به اینکه بهبود بخشیدن سلامت روان، از جمله مهمترین هدف های روان درمانی در عصر حاضر است (۳۸-۴۰) و همچنین با عنایت به نقش خطیر مطالعات بیمارستانی در حفظ و بازگشت سلامت افراد جامعه، بویژه مبتلایان به بیماری های حاد و مزمن (۴۱،۴۲)، آموزش و درمان های ساختارمند و سیستماتیک مهارت های اجتماعی و زندگی مستقل برای غلبه بر این موانع دارای اهمیت می باشد. در حالی که، در موارد معدودی به ندرت نقش و تاثیر مهارت های روانی- اجتماعی و عملکرد روزمره در افزایش متابعت درمانی (۴۳-۴۵) و به تبع آن کاهش عود و بستری مجدد بیماران اسکیزوفرن (۴۶) در بیمارستان ها مورد مطالعه قرار گرفته است که این نکته استفاده از درمان های مکمل را ضرورت می بخشد.

از این رو، از گذشته دغدغه ای برای تدوین و توسعه مداخلات غیردارویی وجود داشته است که بتوانند به عنوان درمانی مکمل در کنار درمان های روانپزشکی، خلاء عملکردی این درمان ها را در حیطه های مهارت آموزی و کمک به بیماران در جهت بازگشت به زندگی اجتماعی قبل از بیماری و بازیافتن عملکرد خود در حوزه های میان فردی و اجتماعی و ارتقای تاب آوری بعنوان یکی از مولفه های روانشناختی مهم در افزایش سازواری (۴۰) پر کنند و در نتیجه میزان عود این اختلالات و بستری مجدد ناشی از آن را کاهش دهند (۴۷، ۴۵، ۱۰). چرا که عود و بستری مجدد از جمله عواملی هستند که سبب بروز تنش و اضطراب شدید در بیماران و خانواده های آنها می شوند که عدم رسیدگی و مدیریت این اضطراب می تواند آسیب های روانشناختی و هیجانی بیشتری را در پی داشته باشد (۳۹،۴۲) و شرایط را بغرنج تر سازد ضمن آنکه بستری شدن در بیمارستان خصوصاً در سنین بالاتر با افزایش مخاطرات جسمانی و بروز مشکلاتی چون سوء تغذیه در بیماران نیز همراه است (۲،۴۱). رویکردهای مختلف روان درمانی عوامل مشترکی را در خود دارند که به عنوان عناصر بنیادی درمان توسط درمانگران به کار بسته می شوند و اثربخشی جریان درمان را تعیین می کنند

از طرح بود. کلیه روش های انجام شده در این مطالعه که شامل شرکت کنندگان انسانی می شد مطابق با استانداردهای اخلاقی کمیته تحقیق و کمیته اخلاق بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران بود و پس از دریافت کد اخلاق (IR.USWR.REC.1396.150) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20180103038207N1) انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه بستری از بدو شروع بیماری، سابقه بیماری روانپزشکی در خانواده، دفعات بستری از بدو شروع بیماری، حمایت اجتماعی خانواده و سابقه دریافت درمان‌های غیردارویی از آغاز بیماری تدوین و به روش مصاحبه با بیماران و خانواده های آنها مورد استفاده قرار گرفت.

متابعت درمانی بیماران ۱، ۳، و ۶ ماه پس از خروج از بیمارستان از طریق تماس تلفنی با خانواده آنها ارزیابی شد. بدین صورت که مصرف یا عدم مصرف داروها توسط بیماران، در بازه‌های زمانی مذکور مورد ارزیابی قرار گرفت. متابعت درمانی بیماران که قبل از هربار پیگیری بستری شده بودند در یافته‌های آن مرحله لحاظ نشد و داده‌های ذکر شده در هر یک از مراحل پیگیری صرفاً مربوط به بیماران است که در آن مرحله هنوز بستری مجدد نشده بودند.

متغیرهای عود و بستری مجدد نیز در بازه‌های زمانی ۱، ۳، و ۶ ماه پس از خروج بیماران از بیمارستان از طریق تماس تلفنی با خانواده بیماران و پرسش از آنها در مورد عود یا عدم عود علائم بیماری و بستری شدن یا نشدن بیماران مورد بررسی قرار گرفت، بعبارت دیگر عود یا عدم عود علائم بیماری، و بستری شدن یا نشدن بیماران، در بازه‌های زمانی مذکور از طریق مصاحبه تلفنی با خانواده های آنها بررسی شد.

ضمن رعایت ملاحظات اخلاقی، جلسات گروهی پژوهش حاضر متشکل از حداکثر ۸ بیمار (جمعا ۵ گروه) به همراه یک مربی و یک کمک‌مربی انجام پذیرفت. این برنامه با تواتر چهار جلسه در هفته برگزار شد و در مدت چهار هفته به پایان رسید تا با توجه به مدت اقامت بیماران در مرکز روانپزشکی رازی که حدود یک ماه است ضمن عدم تداخل در برنامه درمان روانپزشکی متعارف، تمام جلسات آن در مدت اقامت آنها در بیمارستان برگزار و تکمیل شود. عناوین

آنجا که برای پژوهشگران مقدور بود هیچ مطالعه‌ای که در آن اثربخشی «برنامه بازگشت به اجتماع» بر افزایش متابعت درمانی و کاهش عود و بستری مجدد، در ایران مورد بررسی قرار گرفته باشد یافت نشد. چنین به نظر می‌رسد که اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در ترکیب با دارودرمانی می‌تواند ضمن تقویت اثربخشی دارودرمانی (۱۰) در افزایش متابعت درمانی و کاهش عود و بستری مجدد در مبتلایان به اسکیزوفرنیا نیز مؤثر واقع شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی «برنامه بازگشت به اجتماع» به عنوان یک روش مکمل درمانی جامعه محور در افزایش متابعت درمانی، کاهش عود و بستری مجدد در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا صورت گرفت.

روش کار

این پژوهش با استفاده از طرح پژوهشی کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT) اندازه‌گیری مکرر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مرد و زنی بود که به‌طور مستمر طی ۳ ماه پایانی سال ۱۳۹۶ با تشخیص حداقل یکی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در بخش‌های حاد مرکز آموزشی، درمانی روانپزشکی رازی بستری شدند. پس از محاسبه حجم نمونه براساس فرمول، از بین این بیماران نمونه‌ای متشکل از ۸۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و سپس بصورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در ۲ گروه مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ابتلا به حداقل یکی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا (شامل اختلال هذیانی، اختلال روانپریشی گذرا، اختلال اسکیزوفرنیفرم، اسکیزوفرنیا و اختلال اسکیزوافکتیو) بر اساس تشخیص مندرج در پرونده پزشکی، عدم وجود علائم حاد بیماری نظیر پرخاشگری، توهمات، هذیان‌ها، یا مشکلات شناختی شدید (نظیر توجه و تمرکز مختل)، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال سن، برخوردار بودن از خانواده، عدم ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های شخصیتی یا اختلال‌های مرتبط با مواد و اعتیادآورها، عدم ابتلا به مشکلات جسمانی نیازمند مراقبت‌های پزشکی خاص و عدم برخورداری از مهارت‌های خودگردانی لازم برای مدیریت دارویی و مدیریت علائم، بر اساس مستندات پرونده بیمار بود. ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به مشکلات جسمانی حاد در طی جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات و درخواست خود فرد جهت خروج

جلسات شانزده‌گانه برنامه بازگشت به اجتماع و فعالیت‌های یادگیری مورد استفاده در برنامه مذکور عبارت بودند از:

جدول ۱: «برنامه بازگشت به اجتماع» لیبرمن و همکاران (۵۵)

محتوا	جلسات
معرفی برنامه بازگشت به اجتماع	جلسه اول
علائم و نشانه‌های اختلالات طیف اسکیزوفرنیا به تناسب اختلالات بیماران شرکت‌کننده توضیح داده شد (بیماران باید فهرست داروهای مصرفی خود را به همراه داشته باشند).	جلسه دوم
آمادگی بیماران برای ترخیص انجام شد.	جلسه سوم
طرح‌ریزی برنامه بازگشت به اجتماع انجام شد.	جلسه چهارم
آموزش ارتباط برقرار کردن با اجتماع انجام شد.	جلسه پنجم
آموزش مقابله با تنش در اجتماع انجام شد.	جلسه ششم
آموزش طرح‌ریزی یک برنامه روزانه انجام شد.	جلسه هفتم
قرار ملاقات گذاشتن (ویزیت) و اجرای آن تمرین شد	جلسه هشتم
چگونگی جلوگیری داروها از عود آموزش داده شد.	جلسه نهم
ارزیابی تأثیر داروها بررسی شد.	جلسه دهم
حل مشکلات دارویی بررسی شد.	جلسه یازدهم
حل مشکلات مربوط به اثرات جانبی داروها بررسی شد.	جلسه دوازدهم
علائم هشداردهنده عود تعیین شد.	جلسه سیزدهم
علائم هشداردهنده عود پیگیری شد.	جلسه چهاردهم
پیشبرد طرح اورژانس انجام شد.	جلسه پانزدهم
طرح خود را به درون اجتماع ببرید	جلسه شانزدهم

یافته‌ها

از ۴۰ شرکت‌کننده گروه آزمایشی، ۴ تن (۱۰ درصد) به علت ترخیص توسط روانپزشک معالج پیش از پایان یافتن برنامه بازگشت به اجتماع و از ۴۰ شرکت‌کننده گروه کنترل ۷ تن (۱۷/۵ درصد) به علت ترخیص با رضایت شخصی یا ترخیص توسط روانپزشک معالج پیش از پایان یافتن برنامه بازگشت به اجتماع، از پژوهش خارج شدند. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان گروه مداخله خواستار خروج از مطالعه پیش از پایان یافتن برنامه بازگشت به اجتماع نشدند. در ادامه به ذکر خلاصه یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی در گروه‌های آزمایش و کنترل در قالب (جدول ۲) خواهیم پرداخت.

پس از شروع پژوهش و تکمیل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، برنامه بازگشت به اجتماع به صورت گروهی بر روی بیماران گروه مداخله که در عین حال درمان روانپزشکی متعارف را نیز دریافت می‌کردند با تواتر چهار جلسه حداقل ۶۰ دقیقه‌ای در هفته اجرا شد، حال آن‌که گروه کنترل به روال معمول صرفاً درمان روانپزشکی متعارف را دریافت کردند و برنامه بازگشت به اجتماع روی آن‌ها اجرا نشد. پس از پایان برنامه و انجام مصاحبه‌های پیگیرانه جهت ارزیابی متغیرها، اطلاعات و داده‌های جمع‌آوری شده به دو صورت توصیفی و استنباطی به کمک آزمون‌های خی‌دوی پیرسون، جداول توافقی و آزمون کیوکوران و با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داود عرب قهستانی و همکاران

جدول ۲: اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	فراوانی		درصد	
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل
جنسیت	مرد	۲۳	۶۳/۹	۶۹/۷
	زن	۱۳	۳۶/۱	۳۰/۳
	جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۳	۸/۳	۹/۱
	بی‌کار	۳۳	۹۱/۷	۹۰/۹
	جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰
وضعیت درآمد	دارد	۵	۱۳/۹	۱۸/۲
	ندارد	۳۱	۸۶/۱	۸۱/۸
	جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	متاهل	۸	۲۲/۲	۲۷/۳
	متارکه	۸	۲۲/۲	۱۲/۱
	مطلقه	۶	۱۶/۷	۱۵/۲
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۳	۸/۳	۳/۰
	زیردیپلم	۲۳	۶۳/۹	۸۱/۸
	دانشگاهی	۱۰	۲۷/۸	۱۵/۲
سابقه بستری	دارد	۳۲	۸۸/۹	۸۷/۹
	ندارد	۴	۱۱/۱	۱۲/۱
	جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰
سابقه بیماری روانپزشکی در خانواده	دارد	۲۴	۶۶/۷	۶۹/۷
	ندارد	۱۲	۳۳/۳	۳۰/۳
	جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰
دفعات بستری	۱ بار	۴۴	۱۱/۱	۶/۱
	۲ بار	۵	۱۳/۹	۶/۱
	۳ بار	۴	۱۱/۱	۱۵/۲
حمایت خانوادگی	۴ بار	۳	۸/۳	۹/۱
	۵ بار	۱	۲/۸	۰/۰
	بیش از ۵ بار	۱۵	۴۱/۷	۵۱/۵
سابقه دریافت درمان‌های غیردارویی	جمع	۳۲	۸۸/۹	۸۸
	دارد	۲۴	۶۶/۷	۶۶/۷
	ندارد	۱۲	۳۳/۳	۳۳/۳
	جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰
	دارد	۵	۱۳/۹	۱۸/۲
	ندارد	۳۱	۸۶/۱	۸۱/۸
جمع	۳۶	۱۰۰	۱۰۰	۳۳

به منظور بررسی معناداری اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع بر افزایش متابعت درمانی، کاهش عود و بستری مجدد و با هدف کنترل اثر پیش‌آزمون و با رعایت مفروضه های پژوهش، از آزمون خی دو استفاده شد.

جدول ۳: جدول توافقی فراوانی و درصد متابعت درمانی در سه زمان مختلف به تفکیک گروه مداخله و کنترل

گروه	متابعت درمانی یک ماه پس از ترخیص	متابعت درمانی سه ماه پس از ترخیص	متابعت درمانی ۶ ماه پس از ترخیص	جمع ردیف
مداخله	دارد	دارد	ندارد	۳۶ ۱۰۰/۰۰
	دارد	ندارد	ندارد	۲۴ ۶۶/۶۶
	ندارد	دارد	ندارد	۰ ۰/۰۰
	دارد	ندارد	ندارد	۰ ۰/۰۰
	دارد	دارد	ندارد	۳ ۹/۰۹
	دارد	ندارد	ندارد	۶ ۱۸/۱۸
کنترل	دارد	دارد	ندارد	۰ ۰/۰۰
	دارد	ندارد	ندارد	۱ ۷۲/۷۲
	جمع ستون	۹/۶۸	۹ ۹۰/۳۳	۹۳
		df=۱۱, p=۰/۰۰۰۰۸۳		خی دوی پیرسون = ۳۷/۸۴۴۶

با توجه به معناداری تفاوت نسبت‌های مشاهده شده میان دو گروه ($p < ۰/۰۰۱$)، تحلیل کیو کوکران برای بررسی تفاوت بین متابعت درمانی گروه‌های مداخله و کنترل ۱، ۳، و ۶ ماه پس از ترخیص انجام شد که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۴: نتایج آزمون کوکران و خی دوی پیرسون برای بررسی معناداری تفاوت بین متابعت درمانی گروه‌های مداخله و کنترل در ۳ زمان مختلف

گروه	متابعت درمانی	مجموع	درصد صفرها (ندارد)	درصد یک‌ها (دارد)	
مداخله	یک ماه پس از ترخیص	۳۶	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	
	سه ماه پس از ترخیص	۳۶	۳۸/۸۹	۶۱/۱۱	
	شش ماه پس از ترخیص	۳۶	۰/۷۵	۰/۲۵	
		۲ = df	Q=۴۰/۵۲		
کنترل	یک ماه پس از ترخیص	۳۳	۷۲/۷۲	۲۷/۲۸	
	۳ ماه پس از ترخیص	۳۳	۹۰/۹۰	۹/۱۰	
	۶ ماه پس از ترخیص	۳۳	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	
			df = ۲	Q=۱۴/۰۰	
		p < ۰/۰۰۱		p < ۰/۰۰۱	

داود عرب قهستانی و همکاران

۶۵/۲۲	۳۴/۷۸	۶۹	یک ماه پس از ترخیص	کل
۳۶/۲۳	۶۳/۷۷	۶۹	۳ ماه پس از ترخیص	
۱۳/۰۵	۸۶/۹۵	۶۹	۶ ماه پس از ترخیص	
Q=۵۴/۲۲		df=۲	p < ۰/۰۰۱	
آزمون خی دوی پیرسون				
متابعت درمانی شش ماه پس از ترخیص	متابعت درمانی سه ماه پس از ترخیص	متابعت درمانی یک ماه پس از ترخیص	گروه	
ندارد	دارد	ندارد	دارد	
۲۷	۹	۱۴	۲۲	۰
۰/۷۵	۲۵/۰۰	۳۸/۹۰	۶۱/۱۰	۰/۰۰
۳۳	۰	۳۰	۳	۲۴
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۹۰/۹۰	۹/۱۰	۷۲/۷۰
۶۰	۹	۴۴	۲۵	۲۴
۸۷/۰۰	۱۳/۰۰	۶۳/۸۰	۳۶/۲۰	۳۴/۸۰
=۹/۴۸۸	=۲۰/۱۶۶	=۴۰/۱۴۵		
df=۱	df=۱	df=۱		
p=۰/۰۰۲	p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۱		

شرکت کنندگان گروه‌های مداخله و کنترل در هر سه زمان (۱، ۳ و ۶ ماه پس از خروج از بیمارستان) معنادار بوده است و می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه بازگشت به اجتماع توانسته به طرز موفقیت‌آمیزی متابعت درمانی را افزایش داده و کاهش آن را نیز به تعویق اندازد ($p < ۰/۰۰۱$).
به منظور آزمون متغیر درمانی فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا عود بیماری، در بیماران گروه مداخله در مقایسه با بیماران گروه کنترل از آزمون ناپارامتری خی دوی پیرسون استفاده شد:

همانگونه که مشاهده می‌شود تفاوت متابعت درمانی در سه زمان مختلف (۱، ۳ و ۶ ماه پس از خروج از بیمارستان) در گروه مداخله، در گروه کنترل، و برای کل دو گروه معنادار بوده است. بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود که نسبت‌ها حداقل در دو متغیر (دو زمان) به طور معناداری متفاوت از همدیگر هستند ($p < ۰/۰۰۱$), لذا برای مقایسه تفاوت متابعت درمانی در سه زمان مختلف (۱، ۳ و ۶ ماه پس از خروج از بیمارستان) میان گروه‌های مداخله و کنترل از آزمون خی دوی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول فوق درج شده است. نتایج این آزمون نشان داد که تفاوت متابعت درمانی در

جدول ۵: جدول معناداری توافق گروه (مداخله / کنترل) و فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا عود بیماری

گروه	عود کمتر از یک ماه	عود بین یک تا سه ماه	عود بین سه تا شش ماه	عود بیش از شش ماه	جمع
آزمایش	۱	۹	۲۱	۵	۳۶
درصد	۱/۴۵	۱۳/۰۴	۳۰/۴۳	۷/۲۵	۵۲/۱۷
کنترل	۲۵	۷	۱	۰	۳۳
درصد	۳۶/۲۳	۱۰/۱۴	۱/۴۵	۰/۰۰	۴۷/۸۳
کل	۲۶	۱۶	۲۲	۵	۶۹
درصد کل	۳۷/۶۸	۲۳/۱۹	۳۱/۸۸	۷/۲۵	
خی دوی پیرسون = ۴۵/۵۴, df=۳, p=۰/۰۰۱					

این نتیجه بدین معناست که بر اساس شواهد و داده‌های جمع‌آوری شده موجود، برنامه بازگشت به اجتماع توانسته است به طور معناداری فاصله عود بیماری پس از خروج

با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می‌شود که تفاوت "فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا عود بیماری" در گروه مداخله و کنترل در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است.

به اجتماع در افزایش فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا بستری مجدد می پردازیم:

از بیمارستان را برای گروه مداخله (نسبت به گروه کنترل) افزایش دهد. در ادامه، به بررسی اثربخشی برنامه بازگشت

جدول ۶: جدول معناداری توافق گروه (مداخله / کنترل) و فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا بستری مجدد

گروه	بستری کمتر از یک ماه	بستری بین یک تا سه ماه	بستری بین سه تا شش ماه	بستری بیش از شش ماه	جمع
مداخله	۰	۵	۱۱	۲۰	۳۶
درصد	۰/۰۰	۷/۲۵	۱۵/۹۴	۲۸/۹۹	۵۲/۱۷
کنترل	۱۵	۱۳	۵	۰	۳۳
درصد	۲۱/۷۴	۱۸/۸۴	۷/۲۵	۰/۰۰	۴۷/۸۳
کل	۱۵	۱۸	۱۶	۲۰	۶۹
درصد	۲۱/۷۴	۲۶/۲۹	۲۳/۱۹	۲۸/۹۹	

خی دوی پیرسون = ۴۰/۷۵، p = ۰/۰۰۰، df = ۳

درمانی در بهبود بیماری و جلوگیری از عود آن در نتیجه مشارکت در برنامه بازگشت به اجتماع دانست. همچنین یافته های این پژوهش آشکار ساخت که برنامه بازگشت به اجتماع، بر دیگر متغیر وابسته یعنی فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا عود بیماری، تأثیری مثبت و معنادار داشته است. این یافته با یافته های حاصل از مطالعات پیشین (۶۲، ۶۳، ۷، ۵۹) مبنی بر نقش مداخلات روانی- اجتماعی در کاهش عود، و یافته های ژیانگ و همکاران (۶۱) مبنی بر اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع در کاهش این متغیر مطابقت داشت. این یافته نیز منطقی ناشی از افزایش متابعت درمانی بیماران بوده است که نقش بسزایی در به تعویق افتادن عود بیماری دارد. متغیر درمانی بستری مجدد نیز، در بیماران گروه آزمایش در مقایسه با بیماران گروه کنترل، کاهش بیشتری نشان داد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات گذشته (۷، ۵۹) مبنی بر نقش مداخلات روانی- اجتماعی در کاهش بستری مجدد، و یافته های ژیانگ و همکاران (۵۹) و وبرشینگ و همکاران (۶۱) مبنی بر اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع در کاهش این متغیر مطابقت داشت. حصول این نتیجه نیز ناشی از اثربخشی برنامه مداخله بر افزایش متابعت درمانی و به تبع آن به تعویق افتادن عود علائم و افزایش سازواری بیماران در جامعه بوده است.

عدم امکان پیگیری درازمدت پیامدهای درمانی و تبعاً عدم تعیین دقیق مانایی این پیامدها و نیز محدود بودن جامعه آماری به بیماران بستری در مرکز روانپزشکی رازی از محدودیت های پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می شود

با توجه به نتایج، می توان نتیجه گرفت که تفاوت «فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا بستری مجدد» در گروه آزمایش و کنترل در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. این نتیجه بدین معناست که براساس شواهد و داده های جمع آوری شده موجود، برنامه بازگشت به اجتماع توانسته است به طور معناداری فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا بستری مجدد را برای گروه مداخله (نسبت به گروه کنترل) افزایش دهد.

بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بیمارانی که علاوه بر درمان روانپزشکی متعارف در برنامه بازگشت به اجتماع نیز شرکت داشتند نسبت به بیمارانی که صرفاً درمان روانپزشکی متعارف دریافت کردند، متابعت درمانی بسیار بیش تری پس از ترخیص از بیمارستان نشان دادند و میزان متابعت درمانی شان به مرور زمان کاهش کمتری نسبت به گروه کنترل نشان داد. این بخش از یافته ها با نتایج مطالعات پیشین (۵۸، ۵۹، ۶۱) مبنی بر تأثیر مثبت برنامه بازگشت به اجتماع بر افزایش متابعت درمانی، و یافته های سایر پژوهش ها (۴۳، ۴۴) مبنی بر اثربخشی مداخلات روانی- اجتماعی در این زمینه همخوانی دارد؛ اما در رابطه با بخش دوم این یافته یعنی کاهش کمتر متابعت درمانی به مرور زمان در گروه برنامه بازگشت به اجتماع یافته ای در ادبیات پژوهش مشاهده نشد؛ و به عبارتی، این بخش از پژوهش جنبه نوآورانه داشته است که می توان این تأثیر را ناشی از افزایش آگاهی بیماران از ضرورت تبعیت از دستورات

روش مکمل درمانی جامعه محور موثر در افزایش متابعت درمانی و کاهش فاصله زمانی خروج از بیمارستان تا عود بیماری و بستری مجدد در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در تدوین برنامه‌های درمانی این بیماران، جهت بهبود مهارت های اجتماعی از دست رفته آنها، اقدام نمایند.

سیاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی انجام شده است، بدینوسیله از کلیه مسئولین محترم دانشگاه که امکان اجراء این طرح را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر می گردد. همچنین پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی اشخاص حقیقی و حقوقی و بیماران مرکز روان پزشکی رازی که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند که تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

References

- 1- Haghbin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Golmakani H, Kaviyani F, et al. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents of north khorasan province, Iran. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2018; 10:117-127. (1) <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1424-en.html>
- 2- Rezaei O, Fattah Moghaddam L, Banihashem SS, Arab Ghahestany D, Akhavan Zanjani H, Mansouri P, et al. Relationship of health status and micronutrients level with nutritional status of the elderly with psychological disorders in raazi psychiatric hospital. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2021. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.3154.2>.
- 3- American Psychiatric Association. The american psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Pub. 2020. [https://appi.org/Products/APA-Practice-Guidelines/American-Psychiatric-Association-Practice-Guid-\(7\)?sku=2469](https://appi.org/Products/APA-Practice-Guidelines/American-Psychiatric-Association-Practice-Guid-(7)?sku=2469).
- 4- Arab Ghahestany D, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A, Rezaei O, Abbasi A, et al. The role of community re-entry program in strengthening the effectiveness of conventional psychiatric treatment on therapeutic outcomes during hospitalization, in patients with schizophrenia spectrum disorders: A randomized clinical trial.

پژوهشهای آتی در این زمینه با دوره پیگیری طولانی تر و با استفاده از نمونه‌های آماری وسیع تر صورت گیرند.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر به صراحت نشان می دهند که با اجرای رویکردهای درمانی غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع می توان اثربخشی درمان روانپزشکی متعارف را در زمینه افزایش متابعت درمانی و کاهش عود و بستری مجدد افزایش داد. از این رو، پیشنهاد می شود به منظور جبران نقطه ضعف درمان روانپزشکی متعارف در افزایش پیامدهای درمانی بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، از درمان های مکمل غیردارویی از جمله برنامه بازگشت به اجتماع بهره گرفته شود. از آنجایی که درمان های روان پزشکی متعارف در درمان اختلالات طیف اسکیزوفرنیا دارای ضعف در حیطه های مهارت آموزی و جامعه محور می باشند، نیاز به انجام اقدامات روان درمانی مکمل وجود دارد. در این راستا تیم درمان باید با لحاظ کردن برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) به عنوان یک

- International Journal of Mental Health Systems, 2021; (Preprint). <https://europepmc.org/article/ppr/ppr336641>
- 5- Noroozi M, Alibeigi N, Armoon B, Rezaei O, Sayadnasiri M, Nejati S, et al. Patterns of relapse risks and related factors among patients with schizophrenia in raazi hospital, Iran: A latent class analysis. Polish Psychological Bulletin. 2018; 49(3). p355-359. 5p. <https://journals.pan.pl/dlibra/show-content?id=103973>.
- 6- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry. 2002; 63(10): 892-909. <https://www.psychiatrist.com/jcp/schizophrenia/prevalence-risk-factors-medication-nonadherence-patients/>
- 7- Ngwa E, Winkfield D, Okunji P. Factors affecting the readmission rates and health care costs of patients hospitalized with schizophrenia: Non-adherence to treatment and increased relapses. Journal of National Black Nurses' Association. 2020; 31(2), 67-70. <https://europepmc.org/article/med/33617710>.
- 8- Kemmler G, Hummer M, Widschwendter C, Fleischhacker WW. Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(12):1305-12. <https://>

- jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/209094
- 9- Shalchi B, Parnian Khooy M, Alivandi Vafa M. The problems of people discharged from addiction treatment centers and factors associated with relapse of substance use. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 7(3), 1-9. URL: <http://jhpm.ir/article-1-816-en.html>
 - 10- Arab Ghahestany D, Sohrabi F, Borjali A, Delavar A, Rezaee O. A qualitative study on attitude toward hospitalization in schizophrenics and the community re-entry program effectiveness on it: An interpretative phenomenological analysis. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018; 4 (4):59-71. <http://ijrn.ir/article-1-382-fa.html>
 - 11- Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference Adherence*. 2017; 11:449–68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344423/>
 - 12- Brain C, Allerby K, Sameby B, Quinlan P, Joas E, Karilampi U, et al. Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic monitoring (MEMS((R)) in the Swedish COAST-study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013; 2362–1754 : (12) . <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.09.001>.
 - 13- Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15:189 015–0560-4. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0560-4>.
 - 14- Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Salkever D, Slade EP, Peng X, et al. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:2. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-10-2>.
 - 15- Moritz S, Favrod J, Andreou C, Morrison AP, Bohn F, Veckenstedt R, et al. Beyond the usual suspects: positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophr Bull*. 2013; 39(4):917–22. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs005>.
 - 16- Rabinovitch M, Bechard-Evans L, Schmitz N, Joober R, Malla A. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Can J Psychiatr*. 2009; 54(1):28–35. <https://doi.org/10.1177/070674370905400106>.
 - 17- Moraveji M, Hatami M, Ahadi M, Seyrafi M, & Chiti H. The effect of group motivational interview on therapeutic satisfaction and therapeutic adherence of patients with type 1 diabetes. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8(6), 39-47. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1121-en.html>.
 - 18- Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:20 244X-12-20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-20>.
 - 19- Davarinejad O, Mohammadi Majd T, Golmohammadi F, Mohammadi P, Radmehr F, Alikhani, M, et al. Identification of risk factors to predict the occurrences of relapses in individuals with schizophrenia spectrum disorder in Iran. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18 (2), 546. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020546>.
 - 20- Xu Y.M, Li F, Liu X.B, Zhong B.L. Depressive symptoms in Chinese male inpatients with schizophrenia: Prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Research*. 2018; 264, 380– 384. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.016>.
 - 21- Takeuchi H, Siu C, Remington G, Fervaha G, Zipursky RB, Foussias G, et al. Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first- vs. second-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2019; 44: 1036–42. <https://www.nature.com/articles/s41386-018-0278-3>
 - 22- Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. (2013) 8:50. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-50>.
 - 23- Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74:694–702. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2629522>.
 - 24- Henson, P., D’Mello, R., Vaidyam, A., Keshavan, M., Torous, J. (2021). Anomaly detection to predict relapse risk in schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 11(1), 1-6. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01123-7>.
 - 25- Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. (1995) 21:419–29. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.3.419>
 - 26- Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with

- disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet*. 2016; 388: 1545-602. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/fulltext).
- 27- Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: A population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophrenia bulletin*. 2016; 42:476-83. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv141>
- 28- Wang D, Gopal S, Baker S, Narayan VA. Trajectories and changes in individual items of positive and negative syndrome scale among schizophrenia patients prior to impending relapse. *NPJ Schizophr*. 2018; 4:10. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0056-6>.
- 29- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick S. E, Bendall S, Killackey E, Parker A. G. et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*. 2012; 139, 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>.
- 30- Insel T. R. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010; 468(7321), 187-193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>.
- 31- Preti A, Rucci P, Santone G, Picardi A, Miglio R, Bracco R, et al. Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*. 2009; 39(3):485-96. pmid:18578893. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003607>
- 32- Wang JP, Chiu CC, Yang TH, Liu TH, Wu CY, Chou P. The Low Proportion and Associated Factors of Involuntary Admission in the Psychiatric Emergency Service in Taiwan. *PloS one*. 2015; 10(6):e0129204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129204> pmid:26046529; Central PMCID: PMC4457903
- 33- Hung Y. Y, Chan H. Y, Pan Y. J. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS One*. 2017; 12(10), e0186768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186768>.
- 34- Wang X. Q, Petrini M. A, Morisky D. E. Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nursing & health sciences*. 2017; 19(2), 142-148. <https://doi.org/10.1111/nhs.12286>.
- 35- Tsang H. W. H, Li D, Tsui M. C. M, Chung R. C. K, Wong A. H. H, Li S. M. Y, et al. The perceived rehabilitation needs of people with schizophrenia in Hong Kong: Perspectives from consumers and care-givers. *Administration and Policy in Mental Health*. 2013; 40(3), 179-189. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0394-4>.
- 36- Khorrami M, Atashpour S. H, Arefi M. Analyzing the path between positive psychological functions among mothers of children cerebral palsy. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2019; 10(4), 28-39. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1660-en.html&sw=Analyzing+the+Path+Between+Posit>.
- 37- Abbasi A, Aghaei Jeshvaghani A, Ebrahimi moghasam H. Effectiveness of metacognition therapy on the anxiety and psychological wellbeing of the patients with generalized anxiety. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021; 63(4), 2745- 2756. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.17348>.
- 38- Abbasi A, Aghaei Jeshvaghani A, Ebrahimi Moghasam H. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of Psychological Science*. 2019; 18 (78): 691-698. https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=356&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1.
- 39- Rezaei O, Akhavan Zanjani H, Banihashem SSH, Mansouri P, Arab Ghahestany D, Rezaie F, et al. Nutritional status and related factors in the elderly hospitalized in a psychiatric hospital. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2021; 7(3): 30-40. doi: [10.29252/ijrn-07034](https://doi.org/10.29252/ijrn-07034).
- 40- Rezaei O, Bayani A, Mokhayeri Y, Waye K, Sadat Y, Haroni J, et al. Applying psychoeducational program on general health and communication skills in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *The European Journal of Psychiatry*. 2018; 32(4): 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.04.001>.
- 41- Sedgwick O, Hardy A, Newbery K, Cella M. A systematic review of adherence to group interventions in psychosis: Do people attend? *Psychological Medicine*, 2021; 51(5), 707-715. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000404>
- 42- Kızılırmak Tatu, M, Demir S. Effect of group psychoeducation on treatment adherence, quality of life and well-being of patients diagnosed with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020; 42(3), 256-266. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793244>.
- 43- Arab Ghahestany D, Borjali A, Sohrabi F, Rezaei O, Delavar A, Abbasi A, et al. The effectiveness of Community Re-entry Program (CRP) on increasing preparedness for discharge and post-discharge coping in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. forthcoming 2021.
- 44- Ngwa E, Winkfield D, Okunji P. Factors affecting the readmission rates and health care costs of patients hospitalized with schizophrenia: Non-

- Adherence to treatment and increased relapses. *Journal of National Black Nurses' Association*. 2020; 31(2), 67-70. PMID: [33617710](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617710/)
- 45- Sadock B. J, Sadock V. A, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11th ed. Vol. 1. New York: Wolters Kluwer. 2015. <https://www.amazon.com/Kaplan-Sadocks-Synopsis-Psychiatry-Behavioral/dp/1609139712>.
- 46- Khorrami M, Atashpour S. H, Arefi M. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on psychological well-being, mental vitality and resilience among mothers of children with cerebral palsy. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020; 12(1), 63-72. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-2012-en.html&sw=Mental+Vitality+and+Resilience>.
- 47- Ghahremanlou H, Khorrami M, seedy shokhmzar, S, Ashrafifard S. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on attachment styles and coping strategies among mothers of children with mental retardation and motor disability. *Journal of Clinical Psychology*. 2021; 13(3). https://jcp.semnan.ac.ir/article_5496.html?lang=en
- 48- Mueser K. T, Bellack A. S, Douglas M. S, Morrison R. L. Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1991; 5(2), 167-176. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(91\)90044-R](https://doi.org/10.1016/0920-9964(91)90044-R).
- 49- Corrigan P. W, Phelan S. M. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*. 2004; 40(6), 513-523. PMID: [15672690](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15672690/) <https://doi.org/10.1007/s10597-004-6125-5>.
- 50- Griffiths S. L, Wood S. J, Fowler D, Freeman-tle N, Hodgekins J, Jones P. B. Improved social functioning following social recovery therapy in first episode psychosis: Do social cognition and neurocognition change following therapy, and do they predict treatment response?. *Schizophrenia Research*. 2021; 228, 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.023>.
- 51- Murphy T. K, Haigh S. M, Coffman B. A, Salisbury D. F. Mismatch negativity and impaired social functioning in long-term and in first episode schizophrenia spectrum psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11, 544. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00544>
- 52- Wang W, Mirjafari S, Harari G, Ben-Zeev, D, Brian R, Choudhury T, et al. Social sensing: assessing social functioning of patients living with schizophrenia using mobile phone sensing. In *Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. 2020; 1-15. <https://doi.org/10.1145/3313831.3376855>.
- 53- Kim S. J, Jung D. U, Moon J. J, Jeon D. W, Seo Y. S, Jung S. S, et al. Relationship between disability self-awareness and cognitive and daily living function in schizophrenia. *Schizophrenia Research Cognition*. 2021; 23, 100192. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100192>.
- 54- Liberman R. P, Wallace C. J, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro J. V, 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](https://doi.org/10.1176/ajp.155.8.1087)
- 55- Bellack A. S, Morrison R. L, Wixted J. T, Mueser K. T. An analysis of social competence in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1990; 156 (6), 809-818. PMID: [2207511](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2207511/) doi: [10.1192/bjp.156.6.809](https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.809)
- 56- Okanli A, Karakas S. A, Altun O. S, Selvi Y. The effect of the social and independent living skills, the community re-entry program application for patients with schizophrenia on their functional remission and drug adherence. *Studies on Ethno-Medicine*. 2017; 11(3), 233-238. <https://doi.org/10.1080/09735070.2017.1305229>.
- 57- Armijo J, Mendez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, et al. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychiatric disorders: A literature review. *Front Psychiatry*. 2013; 4, 116. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00116>
- 58- 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. doi: [10.1192/bjp.bp.106.023697](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023697).
- 59- Wirshing D. A, Guzik L. H, Zorick T. S, Pierre J. M, Resnick S. A, Goldstein D, et al. Community re-entry program training module for schizophrenic inpatients improves treatment outcomes. *Schizophrenia Research*. 2006; 87, 338-339. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.030>.
- 60- Browne J, Wright A. C, Berry K., Mueser K. T, Cather C, Penn, D. L, et al. The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2021; 231, 154-163. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.002>.
- 61- Wright A, Browne J, Mueser K. T, Cather C. Evidence-based psychosocial treatment for individuals with early psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2020; 29(1), 211-223. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.013>.