



The Effectiveness of Community Re-entry Program (CRP) in Increasing Preparedness for Discharge and Post-discharge Coping in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders

Davood Arab Ghahestany ^{1*}, Ahmad Borjali ², Faramarz Sohrabi ³, Omid Rezaei ⁴, Ali Delavar ⁵, Atefeh Abbasi ⁶, Ladan Fattah Moghaddam ⁷, Mohammad Khorrami ⁸

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

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

⁴ Associate Professor of Psychiatry, Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ Professor of Assessment and Measurement, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, 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, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran **Email:** a_ghahestany@yahoo.com

Received: 6 June 2021 **Accepted:** 4 October 2021

Abstract

Introduction and Aim: Conventional psychiatric therapies have shortcomings in the treatment of schizophrenia spectrum disorders and have little effect on skills and community-based areas. Therefore, the present study aimed to investigate the role of community return program (CRP) as a community-based complementary therapy method in increasing readiness for discharge and post-discharge adjustment in patients with schizophrenia.

Methods: The statistical population in this randomized clinical trial (RCT) was all patients with schizophrenia spectrum disorders who were admitted to Razi Psychiatric Hospital in 2017. Eighty patients were selected by simple random sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The intervention method was CRP along with conventional psychiatric treatment in the experimental group, while patients in the control group received only conventional psychiatric treatment. The measurement tools included a demographic data form, CRP test, CRP daily Schedule, and World Health Organization Disability Assessment Schedule. The frequency of patients' aggression after discharge from the hospital was also determined and recorded at one, three, and six months after discharge from the hospital through telephone interviews with patients' families.

Results: Implementation of CRP along with conventional psychiatric treatment was more effective than control group on the components of discharge readiness (discharge readiness, and awareness of disease, relapse symptoms and medication information) ($p=0.01$) and coping capacity (increase ability and performance improvement, ability to daily scheduling, aggression rate ($p=0.01$)).

Conclusion: In order to compensate for the weakness of conventional psychiatric treatment in increasing preparedness for discharge and post-discharge coping of patients with schizophrenia, non-pharmacological complementary therapies such as CRP can be used.

Keywords: Schizophrenia, Community Re-entry Program, Non-pharmacological Treatments, Preparedness for Discharge, Coping.

اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع در افزایش آمادگی برای ترخیص و سازگاری پس از ترخیص در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا

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

^۱ دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۲ استاد، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۳ استاد، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
^۵ استاد، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۶ 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 دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران (اصفهان)، اصفهان، ایران

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

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۱۲

چکیده

مقدمه و هدف: درمان های روان پزشکی متعارف در درمان اختلالات طیف اسکیزوفرنیا با ضعف هایی مواجه اند و در حیطه های مهارت آموزی و جامعه محور تاثیر چندانی ندارند. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) به عنوان یک روش مکمل درمانی جامعه محور در افزایش آمادگی برای ترخیص و سازگاری پس از ترخیص در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا صورت گرفت.

روش کار: جامعه آماری کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT) حاضر شامل تمام بیماران اسکیزوفرنیا بستری در بیمارستان رازی در سال ۱۳۹۶ بود. تعداد ۸۰ نفر از بیماران به روش تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی و مساوی در گروه های آزمایش و کنترل گمارش شدند. روش مداخله ای مورد استفاده، برنامه بازگشت به اجتماع بود که به صورت گروهی در کنار درمان روان پزشکی متعارف در گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که بیماران گروه کنترل صرفاً تحت درمان روان پزشکی متعارف قرار گرفتند. ابزارهای اندازه گیری پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، آزمون برنامه بازگشت به اجتماع، جدول روزانه برنامه بازگشت به اجتماع، و جدول ارزیابی ناتوانی سازمان جهانی بهداشت بود. دفعات پرخاشگری بیماران پس از خروج از بیمارستان نیز در فواصل یک، سه، و شش ماه پس از خروج از بیمارستان از طریق مصاحبه تلفنی با خانواده بیماران تعیین و ثبت شد.

یافته ها: اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در ترکیب با درمان روان پزشکی متعارف بر مولفه های آمادگی برای ترخیص (شامل آمادگی برای ترخیص، و آگاهی در مورد بیماری، علائم عود و اطلاعات دارویی) ($p=0/01$) و سازگاری (شامل افزایش توانایی و ارتقای عملکرد، توانایی طرح ریزی برنامه روزانه، میزان پرخاشگری) ($p=0/01$) نسبت به گروه کنترل موثرتر بود.

نتیجه گیری: به منظور جبران نقطه ضعف درمان روان پزشکی متعارف در افزایش آمادگی برای ترخیص و سازگاری پس از ترخیص بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا می توان از درمان های مکمل غیردارویی از جمله برنامه بازگشت به اجتماع بهره گرفت.

کلیدواژه ها: اسکیزوفرنیا، برنامه بازگشت به اجتماع، درمان های غیردارویی، آمادگی برای ترخیص، سازگاری.

How to Cite this Article:

Arab Ghahestany D, Borjali A, Sohrabi F, Rezaei O, Delavar A, Abbasi A, et al. The Effectiveness of Community Re-entry Program (CRP) in Increasing Preparedness for Discharge and Post-discharge Coping in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2021;8(1):1-15.

مقدمه

نتایج پژوهش‌های صورت گرفته حکایت از آن است که اختلالات روانپزشکی سهم عمده‌ای در بار درمانی مراکز بستری بیمارستانی دارند [۱-۳]. در این بین، اختلالات طیف اسکیزوفرنیا از جمله بیماری‌هایی هستند که دربرگیرنده طیف وسیعی از آسیب‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی می‌باشند، اختلالات کارکردی جدی را برای بیمار به همراه دارند، و بار مالی قابل توجهی را به اقتصاد درمان تحمیل می‌کنند [۴]. این اختلالات به شدت بر مهارت‌های اجتماعی، شناختی و 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. اختلالات اسکیزوفرنیا از مهمترین دلایل ناتوانی و معلولیت مزمن در سراسر جهان نیز به شمار می‌روند [۵، ۶] و علیرغم آنکه درصد کمی از افراد جامعه را مبتلا می‌نمایند [۷]، خسارات هنگفتی به بار می‌آورند و در میان تمام بیماری‌های روانی، بالاترین هزینه‌های اقتصادی- اجتماعی را شامل می‌شوند [۸].

اگرچه اسکیزوفرنیا چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است، اما علت اصلی این اختلال هنوز مشخص نیست و درمان‌های روانپزشکی متعارف بهبود چشمگیری را برای بیشتر مبتلایان به همراه نداشته‌اند [۹]. علی‌رغم استفاده گسترده از داروهای ضدروانپریشی، میزان عود در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بالا است [۱۰]. در یک 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 [۱۱]. عود و بستری مکرر می‌تواند بر عملکرد اجتماعی بیماران تأثیری بسیار منفی بر جای بگذارد و کیفیت زندگی آنها را کاهش دهد [۱۲]، ضمن آنکه هزینه‌های شخصی متناهی را جهت مراقبت از بیماران به دنبال دارد [۱۳]. بنابراین، بررسی و شناسایی عوامل مرتبط با عود بیماران مبتلا و مداخلات موثر در حذف این عوامل از ضرورت بالایی برخوردار است. یکی از متغیرهایی که با عود اسکیزوفرنیا رابطه دارد سازگاری است [۱۴، ۱۵]. ریشه تحقیقات مرتبط با سازه مفهومی سازگاری را می‌توان در کارهای فروید در حیطه مکانیزم‌های دفاعی [۱۶] و بازتعریف دفاع‌های روانی توسط آدلر به عنوان عوامل محافظتی جهت مراقبت از خود در برابر تهدیدات محیطی بیرونی، جستجو کرد [۱۷]. در فرایند سازگاری، فرد از طریق ارزیابی اولیه، وضعیت را تهدیدآمیز ارزیابی می‌کند و سپس، از طریق ارزیابی ثانویه، تعیین می‌کند که آیا راهبردها و منابع لازم برای برآمدن از عهده آن را دارد یا خیر [۱۸] اما در نهایت هدف آنها کاهش حساسیت و باورهای وسواسی جهت کنار آمدن هرچه بیشتر با محیط پیرامون و به حداقل رساندن تنش می‌باشد [۱۹]. راهبردهای سازگاری می‌توانند مسئله محور یا هیجان محور باشند. اولی به راهبردهایی اشاره دارد که در آنها تأکید بر یافتن راه حل برای مسئله است، در

حالی که دومی به روش‌هایی اشاره دارد که در آن فرد به مسئله پاسخی احساسی می‌دهد [۲۰]. بیماران روانپریش ممکن است برای غلبه بر پریشانی خود از راهبردهای سازگاری ناکارآمد بیشتری استفاده کنند. تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که طیف بیماران روانپریش برای جلوگیری از استرس طرد شدن سعی بر پنهان کردن بیماری خود از افراد دیگر دارند [۲۱] و تعامل اجتماعی را به کسانی محدود می‌کنند که بیمار هستند و یا به طور کامل از تعامل با اجتماع اجتناب می‌کنند [۲۲]. راهبردهای سازگاری ناکارآمد مانند پنهان کاری و کناره‌گیری، می‌توانند با کاهش دامنه ارتباطات اجتماعی بیمار و تنگ کردن شبکه‌های اجتماعی، میزان عود و بستری مجدد را افزایش دهند [۱۵].

در مطالعه حاضر مولفه‌هایی چون توانایی و عملکرد، و قابلیت بیماران برای برنامه‌ریزی روزانه از جمله عوامل تأثیرگذار بر میزان سازگاری بیماران پس از ترخیص و میزان پرخاشگری به عنوان پیامدی از میزان سازگاری آنها در نظر گرفته شد. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است دچار ناتوانی در حوزه‌های مختلف روانشناختی و اجتماعی [۲۳] از قبیل افت در عملکرد اجتماعی و شغلی [۲۴، ۲۵] و مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری [۲۶] باشند. لی و همکاران [۲۷] مشخص کردند که اختلال در عملکرد اجتماعی و نقش با علائم منفی در بیماران اسکیزوفرنی همراه است. به طور جزئی‌تر، اختلال در عملکرد اجرایی [۲۸]، توانایی پایین در برنامه‌ریزی و انجام وظایف روزانه [۲۹] از رایج‌ترین ویژگی‌های بیماران اسکیزوفرنی است. بنابراین، در مطالعات قبلی از مداخلات روانی- اجتماعی برای بهبود عملکرد اجرایی برای زندگی روزمره مستقل [۳۰-۳۲] و کاهش خشونت [۳۳] بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شده است.

علاوه بر این، آمادگی برای ترخیص نیز از جمله عواملی است که تا حدود زیادی میزان عود بیماری و بستری مجدد را در بیماران مبتلا به روانپریشی تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر عملکرد آنها در جامعه نیز تأثیرگذار است [۳۴-۳۶]. آمادگی برای ترخیص به شناخت علائم و رفتارهای بیمار که باید پیش از ترخیص از بیمارستان روی آنها کار شود، اطلاق می‌گردد [۳۷]. دوره ترخیص یک دوره آشفته، استرس‌زا می‌باشد [۳۸]. این دوره به دلیل عدم تداوم مراقبت‌های بالینی، افراد را در معرض خطر بالای بستری مجدد قرار می‌دهد، به ویژه ۳۰ روز اول پس از ترخیص، برای افراد مبتلا به بیماری روانی بسیار آسیب‌پذیر است [۳۹، ۴۰]. کشور کانادا در سال ۲۰۱۶، نرخ بستری مجدد پس از ۳۰ روز ترخیص را برای بیماری‌های روانی به میزان ۱۲/۸ درصد گزارش کرده است [۴۱]. در این راستا، آگاهی بیماران روانپزشکی در مورد بیماری خود یکی از مولفه‌های آمادگی برای ترخیص است که پابندی به درمان را افزایش می‌دهد [۴۲]، و این در حالی است که، اکثر افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بینش کمی نسبت به بیماری خود دارند [۴۳، ۴۴]. به عبارت دیگر، اسکیزوفرنیا با توانایی کم در شناخت تجربه‌های روان

جامعه محور در افزایش آمادگی برای ترخیص و سازگاری پس از ترخیص در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا انجام شد.

روش کار

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناسی، آزمون توجه و تمرکز دیداری مربعات دنباله‌دار (دقت تولوز-پیرون) و ابزار توجه و تمرکز شنیداری (ویمن) بود. آزمون توجه و تمرکز دیداری (دقت تولوز و پیرون) تحت عنوان آزمون (خط زنی تولوز - پیرون) نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این آزمون ۸۰ مربع دنباله دار بدون ترتیب مشخص روی برگه کشیده شده است، به عبارتی از یک صفحه مربع دنباله دار تشکیل شده است، آزمون دهنده باید در زمان مشخص سه مربع مشخص شده در بالای صفحه را از بین مربعات موجود شناسایی کند و آن را خط بزند. این آزمون توسط محققین زیادی برای اندازه‌گیری توجه و دقت دیداری مورد استفاده قرار گرفته که از جمله می‌توان به محمد تقی براهنی اشاره کرد. اعتبار باز آزمایی تولوز-پیرون ۸۶ درصد گزارش شده است. روایی این آزمون از طریق همبستگی با آزمون دقت ویلسون گلریز ۷۹ درصد به دست آمده است [۲۸].

این پژوهش با روش کمی و با استفاده از طرح پژوهشی کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT) با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه بیماران مرد و زنی بود که به‌طور مستمر طی دو ماه پایانی سال ۱۳۹۶ با تشخیص حداقل یکی اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در بخش‌های حاد مرکز آموزشی، درمانی روان‌پزشکی رازی بستری شدند. از بین این بیماران نمونه‌ای متشکل از ۸۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) گمارش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به حداقل یکی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا 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، داشتن خانواده، عدم ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های شخصیتی یا اختلالات 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. پژوهش حاضر پس از دریافت کد اخلاق (IR.USWR.REC.1396.150) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20180103038207N1) انجام شد.

پیش از شروع برنامه بازگشت به اجتماع، ابزارهای پژوهش بر اساس اطلاعات پرونده پزشکی، مشاهده، و مصاحبه با بیماران، به‌عنوان پیش‌آزمون هم در مورد بیماران گروه آزمایش و هم در مورد بیماران گروه کنترل تکمیل شدند. پس از آن برنامه بازگشت به اجتماع به صورت گروهی بر روی بیماران گروه آزمایش که در

پریشی خود به عنوان تجارب آسیب، آگاهی از روند بیماری و خطر عود، و اذعان به متابعت از درمان همراه است [۴۵،۴۶]. عدم آگاهی و بینش ضعیف در این بیماران در نهایت منجر به عدم پایداری به درمان، عود بیشتر و بستری طولانی‌تر در بیمارستان می‌شود [۴۷] و همچنین با عملکرد عمومی پایین‌تر [۴۸]، تغییر در کیفیت زندگی [۴۹،۵۰]، و فرجام منفی‌تر همراه است [۲۱]. در نتیجه، در فرایند درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، بهبود آگاهی بیماران در مورد بیماری، علائم و عود و اطلاعات دارویی یک هدف مهم است، درحالی که رویکردهای درمانی متعارف نظیر دارودرمانی کمتر تاثیری در این زمینه دارند [۵۱] و این نکته، استفاده از درمان‌های مکمل را ضرورت می‌بخشد.

از این رو، از گذشته دغدغه‌ای برای تدوین و توسعه مداخلات غیردارویی‌ای برای بیماران طیف اسکیزوفرنیا وجود داشته است [۵۲]. رویکردهای مختلف روان‌درمانی عوامل مشترکی را در خود دارند که به‌عنوان عناصر بنیادی درمان توسط درمانگران به کار بسته می‌شوند و اثربخشی جریان درمان را تعیین می‌کنند [۵۳،۵۴]. یکی از مداخلات درمانی اصلی در این زمینه، برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) است [۵۵]، که حاصل چند دهه تلاش و تجربه پروفیسور لیبرمن و همکارانش در دانشگاه UCLA می‌باشد و در عین سادگی، بسیاری از ظرائف کاربردی را در خود دارد که این مسئله سبب برتری آن بر سایر رویکردها، خصوصاً در تعامل با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و دیگر اختلالات شدید روان‌پزشکی می‌شود [۵۶]. از یک سو مهارت‌هایی که در این برنامه به بیماران آموزش داده می‌شود مستقیماً متمرکز بر نقاط ضعفی است که مبتلایان به اختلالات شدید روان‌پزشکی با آنها مواجه‌اند و از سوی دیگر این مطالب آموزشی به شیوه‌ای ساده و با استفاده از روش چندرسانه‌ای (شامل نمایش فیلم، پرسش و پاسخ، سخنرانی، ارائه و پیگیری تکالیف کلاسی و خارج کلاسی و ایفای نقش، ضمن رعایت مؤلفه‌های انگیزشی با لحاظ کردن سناریوهای مرتبط با زندگی روزمره بیماران به پیشنهاد خودشان) به بیماران آموزش داده می‌شود که کاملاً با ماهیت ضعف‌های شناختی این بیماران که در نتیجه ابتلا به اسکیزوفرنیا ایجاد می‌شود متناسب و سازگار است و سبب می‌شود این برنامه برای بیماران جذاب و به راحتی قابل فراگیری باشد [۵۵]. علاقه به این روش درمانی ناشی از مشاهده این نکته است که علت کیفیت پایین زندگی و انزوای اجتماعی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، عمدتاً اختلالات عملکردی است و نتایج مطالعات متعدد بیانگر اثرگذاری این برنامه بر ارتقای عملکرد و بهبود زندگی این بیماران است [۵۷-۵۹].

با این وجود، در جستجوی ادبیات پژوهشی مربوطه هیچ مطالعه‌ای که در آن اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع یا مداخلات روانی-اجتماعی بر آمادگی برای ترخیص و سازگاری پس از آن یافت نشد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین نقش برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) به عنوان یک روش مکمل درمانی

عین حال درمان روان پزشکی متعارف را نیز دریافت می کردند با تواتر چهار جلسه حداقل ۶۰ دقیقه ای در هفته اجرا شد، حال آن که گروه کنترل به روال معمول صرفاً درمان روان پزشکی متعارف را دریافت کردند و برنامه بازگشت به اجتماع روی آنها اجرا نشد.

جلسات گروهی متشکل از حداکثر ۸ بیمار به همراه یک مربی و یک کمک مربی بودند. عناوین جلسات شانزده گانه برنامه بازگشت به اجتماع و فعالیت های یادگیری مورد استفاده در برنامه مذکور در جدول ۱- آمده است.

جدول-۱. "برنامه بازگشت به اجتماع" لیبرمن و همکاران [۵۶]

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

آن مرحله هنوز مجدداً بستری نشده بودند. برای جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی از یک پرسش نامه محقق ساخته استفاده شد. ابزارهای اندازه گیری پژوهش عبارت بودند از:

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: این فرم توسط پژوهشگر

با هدف دستیابی به اطلاعات جمعیت شناختی نمونه پژوهش و توصیف بهتر آنها تدوین شد، و شامل متغیرهای متعددی نظیر جنسیت، وضعیت اشتغال، تاریخ تولد، سن تقریبی شروع بیماری، وضعیت تأهل، وضعیت درآمد، سابقه مصرف مواد، عوامل سبب ساز بستری، سابقه درمان های قبلی و نگرش بیمار به آنها، و ... بود.

آزمون برنامه بازگشت به اجتماع (جهت سنجش

متغیرهای وابسته آگاهی در مورد ماهیت بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی؛ و آمادگی برای ترخیص): آزمون برنامه بازگشت به اجتماع بخشی از برنامه بازگشت به اجتماع است و هم زمان با شکل گیری این برنامه تدوین شده و توسعه یافته است. این آزمون از ۲۱ سؤال تشکیل شده که از برنامه بازگشت به اجتماع انتخاب شده اند و حوزه های مختلفی از جمله آگاهی در مورد ماهیت بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی؛ و آمادگی برای ترخیص را می سنجد. این آزمون هم می تواند به صورت مصاحبه با فرد و هم به صورت پاسخ کتبی به سؤالات توسط بیمار اجرا شود که در

برنامه مذکور 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 روان پزشکی رازی که حدود یک ماه است ضمن عدم تداخل در برنامه درمان روان پزشکی متعارف، تمام جلسات آن در مدت اقامت آنها در بیمارستان برگزار و تکمیل شود.

پس از اتمام برنامه بازگشت به اجتماع، ابزارهای پژوهشی مرحله پیش آزمون مجدداً در مورد بیماران هر دو گروه و دقیقاً به همان شیوه مرحله پیش آزمون تکمیل و داده های حاصل به عنوان پس آزمون ثبت شد. دفعات پرخاشگری پس از خروج از بیمارستان در هر دو گروه در فواصل یک، سه، و شش ماه پس از خروج از بیمارستان، از طریق مصاحبه تلفنی با خانواده بیماران تعیین و ثبت شد. نتایج حاصل از این مصاحبه ها بر مبنای فراوانی هفتگی دفعات پرخاشگری در قالب چهار مقوله "عدم پرخاشگری (پرخاشگری نکردن در طول هفته)، پرخاشگری اندک (۱ تا ۳ بار در هفته)، پرخاشگری متوسط (۳ تا ۶ بار در هفته)، و پرخاشگری زیاد (بیش از ۶ بار در هفته)" طبقه بندی شد. فراوانی دفعات پرخاشگری بیمارانی که قبل از هربار پیگیری بستری شده بودند در یافته های آن مرحله محاسبه و لحاظ نشد و داده های پرخاشگری ذکر شده در هر یک از مراحل پیگیری صرفاً مربوط به بیمارانی بود که در

اجتماع، از پژوهش خارج شدند. بیشتر بیماران در هر دو گروه مرد، بیکار، فاقد درآمد و مجرد بودند که تحصیلات زیردیلم داشتند. گزارش سایر موارد جمعیت شناختی در جدول ۲ آمده است.

در ادامه به منظور بررسی معناداری اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع بر متغیرهای وابسته و با هدف کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. با توجه به اینکه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت کردن برخی مفروضه‌های اساسی شامل نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب خطوط رگرسیون می‌باشد، از آزمون کلموگرو-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها (آمادگی برای ترخیص $Z=0/634$ و $p=0/817$ ، آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی، $Z=0/533$ و $p=0/939$ ، و توانایی و عملکرد، $Z=0/745$ و $p=0/636$ ؛ که با توجه به معنادار نبودن مقدار Z مربوط به این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها طبیعی است)، از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها (آمادگی برای ترخیص، $F=0/000$ و $F=0/988$ ، آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی، $F=0/667$ و $p=0/417$ ، و توانایی و عملکرد، $F=0/113$ و $p=0/738$ ؛ که با توجه به معنادار نبودن مقدار F مربوط به این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت مفروضه همگنی واریانس‌ها در مورد هر سه متغیر برقرار است) و از آزمون معناداری تک‌متغیری برای بررسی همگنی شیب‌ها (آمادگی برای ترخیص، $F=5/23$ و $p=0/025$ ، آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی، $F=21/81$ و $p=0/000$ ، و توانایی و عملکرد، $F=3/92$ و $p=0/052$ ؛ که با توجه به معنادار نبودن مقدار F مربوط به این آزمون در مورد متغیر توانایی و عملکرد، مفروضه همگنی شیب‌ها برقرار است) استفاده شد. در مورد متغیرهای آمادگی برای ترخیص و آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی نیز به رغم برقرار نبودن مفروضه همگنی شیب‌ها با توجه به برقراری سایر مفروضه‌ها، با احتیاط از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۳- مشاهده می‌شود نتیجه آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای مؤلفه آمادگی برای ترخیص، در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($p < 0/01$) معنادار بوده است ($\eta^2 = 0/937$) جزئی، $p=0/001$ ، $(F_{1,66}) = 974/81$ ، بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل، بین میزان آمادگی برای ترخیص دو گروه (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

مقدار مجذور ای‌تا ($0/937$) که نشان‌دهنده شدت ارتباط بین عامل آزمایش و متغیر وابسته است، بسیار بالا است و به نوعی نزدیک به ۹۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته (آمادگی برای ترخیص) با فرض ثابت ماندن میزان اولیه آن، به عامل آزمایش (برنامه بازگشت به اجتماع) برمی‌گردد. به عبارت دیگر، می‌توان عنوان کرد که برنامه مداخله‌ای بازگشت به اجتماع توانسته است

پژوهش حاضر از طریق مصاحبه با بیمار اجرا شد. سؤالات این آزمون باید طبق ترتیب ارائه شده پرسیده شوند و پاسخ بیماران کلمه به کلمه ثبت شود. به هر سؤال آزمون با توجه به جواب بیمار نمره صفر یا ۱ داده می‌شود. برای تفسیر، تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ملاک تعیین میزان پیشرفت بیمار تلقی شد. اعتبار و پایایی این آزمون به عنوان بخشی از برنامه بازگشت به اجتماع و در فرایند اعتباریابی برنامه مذکور به تأیید رسیده است [۳۷].

جدول روزانه برنامه بازگشت به اجتماع: "جدول

روزانه" برنامه بازگشت به اجتماع بخشی از این برنامه است که همزمان با شکل‌گیری آن تدوین شده و توسعه یافته است و از آن برای ارزیابی توانایی بیمار جهت برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه استفاده می‌شود و اعتبار و پایایی آن بعنوان بخشی از برنامه بازگشت به اجتماع و در فرایند اعتباریابی برنامه مذکور به تأیید رسیده است [۳۷].

جدول ارزیابی ناتوانی سازمان جهانی بهداشت

[WHODAS 2.0]: یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های مورد استفاده برای سنجش ناتوانی و از کار افتادگی است که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۱۰ تدوین شده است. این ابزار توسط خود فرد یا در صورت ناتوانی وی توسط فردی مطلع اجرا می‌شود و از کار افتادگی را در تعدادی از شاخص‌ها از جمله شناخت، روابط بین‌فردی، کار و تخریب شغلی می‌سنجد. این مقیاس که در DSM-5 جایگزین مقیاس سنجش عملکرد کلی (GAF) شده، دارای ۳۶ پرسش است که ناتوانی را در بزرگسالان ۱۸ ساله و بالاتر در شش حوزه درک کردن و برقراری ارتباط، جا به جا شدن و تحرک، مراقبت از خود، کنار آمدن با دیگران، فعالیت‌های مربوط به زندگی، و مشارکت در جامعه، بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای می‌سنجد. برای نمره‌گذاری، نمره‌های هریک از پرسش‌ها با هم جمع می‌شوند و تقسیم حاصل جمع نمرات پرسش‌ها بر تعداد آنها آماری به دست می‌دهد که برای توصیف درجه محدودیت‌های کارکردی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد [۶۰]. در بررسی‌های میدانی DSM-5 معلوم شده که نمره‌های متوسط هر حوزه و ناتوانی کلی اصولاً پایایی قابل قبولی دارند [۷]. اعتبار این مقیاس نیز از طریق برآورد همبستگی آن با پرسش‌نامه‌هایی نظیر SF-36، بالا گزارش شده است [۶۰].

یافته‌ها

در جدول ۲- داده‌های جمعیت شناختی گزارش شده است. از مجموع ۴۰ شرکت‌کننده گروه آزمایش، ۴ نفر (۱۰ درصد) به علت ترخیص توسط روان‌پزشک معالج پیش از پایان یافتن برنامه بازگشت به اجتماع و از مجموع ۴۰ شرکت‌کننده گروه کنترل ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) به علت ترخیص با رضایت شخصی یا ترخیص توسط روان‌پزشک معالج پیش از پایان یافتن برنامه بازگشت به

مشاهده می‌شود؛ البته مقدار مجذور ای‌تا (۰/۹۱۳) که نشان‌دهنده شدت ارتباط بین عامل آزمایش و متغیر وابسته است، بسیار بالا است و به نوعی کمی بیش از ۹۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته (آگاهی در مورد بیماری علائم عود، و اطلاعات دارویی) با فرض ثابت ماندن میزان اولیه آن، به عامل آزمایش (برنامه بازگشت به اجتماع) برمی‌گردد. به عبارت دیگر می‌توان عنوان کرد که برنامه بازگشت به اجتماع توانسته است به طور معناداری آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی افراد گروه آزمایش را تقویت کند.

به طور معناداری آمادگی برای ترخیص شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را افزایش دهد.

همچنین بر اساس داده‌های جدول-۳، نتیجه آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای مولفه آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($p < 0.01$) معنادار بوده است ($\eta^2 = 0.913$ جزئی، $p = 0.001$ ، $(F)_{1,66} = 696.52$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل، بین میزان آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی دو گروه (با تعدیل اثر پیش آزمون) تفاوت معناداری

جدول-۲. اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	فراوانی				درصد
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
جنسیت	مرد	۲۳	۲۳	۶۹/۷	
	زن	۱۳	۱۰	۳۶/۱	۳۰/۳
	جمع	۳۶	۳۳	۱۰۰	۱۰۰
وضعیت درآمد	دارد	۵	۶	۱۳/۹	۱۸/۲
	ندارد	۳۱	۲۷	۸۶/۱	۸۱/۸
	جمع	۳۶	۳۳	۱۰۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴	۱۵	۳۸/۹	۴۵/۵
	متاهل	۸	۹	۲۲/۲	۲۷/۳
	متارکه	۸	۴	۲۲/۲	۱۲/۱
	مطلقه	۶	۵	۱۶/۷	۱۵/۲
	جمع	۳۶	۳۳	۱۰۰	۱۰۰
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۳	۱	۸/۳	۳/۰
	زیردیپلم	۲۳	۲۷	۶۳/۹	۸۱/۸
	دانشگاهی	۱۰	۵	۲۷/۸	۱۵/۲
	جمع	۳۶	۳۳	۱۰۰	۱۰۰
سابقه بستری	دارد	۳۲	۸۸/۹	۲۹	۸۷/۹
	ندارد	۴	۱۱/۱	۴	۱۲/۱
	جمع	۳۶	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
سابقه بیماری روان‌پزشکی در خانواده	دارد	۲۴	۶۶/۷	۲۳	۶۹/۷
	ندارد	۱۲	۳۳/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع	۳۶	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
دفعات بستری	۱ بار	۴۴	۲	۱۱/۱	۶/۱
	۲ بار	۵	۲	۱۳/۹	۶/۱
	۳ بار	۴	۵	۱۱/۱	۱۵/۲
	۴ بار	۳	۳	۸/۳	۹/۱
	۵ بار	۱	۰/۰	۲/۸	۰/۰
	بیش از ۵ بار	۱۵	۱۷	۴۱/۷	۵۱/۵
	جمع	۳۲	۲۹	۸۸/۹	۸۸
	دارد	۵	۱۳/۹	۶	۱۸/۲
	ندارد	۳۱	۸۶/۱	۲۷	۸۱/۸
سابقه دریافت درمان‌های غیردارویی	دارد	۳۶	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
	جمع	۳۶	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

جدول-۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری متغیرهای درمانی آمادگی برای ترخیص؛ آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی و توانایی و عملکرد

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور η^2 جزئی
آمادگی برای ترخیص	ثابت	۱۲۳۵/۸۰	۱	۱۲۳۵/۸۰	۱۰۱۱/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳۹
	پیش آزمون آمادگی برای ترخیص	۴۸/۶۴	۱	۴۸/۶۴	۳۹/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۳۷۶
	گروه	۱۱۹۰/۹۱	۱	۱۱۹۰/۹۱	۹۷۴/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۳۷
	خطا	۸۰/۶۳	۶۶	۱/۲۲			
آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی	ثابت	۵۷۰/۰۱	۱	۵۷۰/۰۱	۸۷۰/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۹۳۰
	پیش آزمون آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی	۲۳/۳۲	۱	۲۳/۳۲	۳۵/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۳۵۰
	گروه	۴۵۶/۲۲	۱	۴۵۶/۲۲	۶۹۶/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۹۱۳
	خطا	۴۳/۲۳	۶۶	۰/۶۶			
توانایی و عملکرد	ثابت	۹۱/۱۱	۱	۹۱/۱۱	۴/۵۵۲	۰/۰۳۷	۰/۰۶۵
	پیش آزمون توانایی و عملکرد	۲۷۷۹/۱۴	۱	۲۷۷۹/۱۴	۱۳۸/۸۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷۸
	گروه	۲۳۹۴/۷۸	۱	۲۳۹۴/۷۸	۱۱۹/۶۳۷	۰/۰۰۰	۰/۶۴۴
	خطا	۱۳۲۱/۱۳	۶۶	۲۰/۰۱۷			

از تحلیل حذف می‌شوند. نتایج تحلیل آزمون فریدمن در جدول-۵ درج شده است.

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول-۵، تفاوت میزان پرخاشگری در سه زمان مختلف (یک، سه، و شش ماه پس از خروج از بیمارستان) در گروه آزمایش، در گروه کنترل و برای کل دو گروه معنادار بوده است. بنابراین فرض صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود که رتبه‌ها حداقل در دو متغیر (دو زمان) به طور معناداری متفاوت از همدیگر هستند. به عبارت دیگر، می‌توان نتیجه گرفت که هر چه زمان بیشتری از خروج از بیمارستان می‌گذرد میزان پرخاشگری افزایش نشان می‌دهد، البته میزان افزایش پرخاشگری در گروه کنترل نسبت به گروه آزمایش بیشتر است. به طوری که یک ماه پس از ترخیص در گروه آزمایش تقریباً پرخاشگری وجود ندارد ولی در گروه کنترل میزان پرخاشگری در حد بسیار کم است. همچنین پس از سه ماه از زمان ترخیص در گروه آزمایش، میزان پرخاشگری در حد کم گزارش شده ولی در گروه کنترل در حد متوسط بوده است. شش ماه پس از ترخیص نیز میزان پرخاشگری گروه آزمایش در حد کم است ولی در گروه کنترل در حد متوسط مشاهده شده است.

در نهایت، برای بررسی معناداری اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع بر توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه در بیماران گروه آزمایش در مقایسه با بیماران گروه کنترل، با توجه به این که داده‌های جمع‌آوری شده در رابطه با این متغیر به صورت ۰ و ۱ (دو ارزشی) بود، سعی شد با استفاده از تحلیل جداول توافقی میزان تفاوت فراوانی مشاهده شده و مورد انتظار بررسی شود. به‌طور کلی از تحلیل مک‌نمار در طرح‌های چندگروهی برای مقایسه تغییرات

داده‌های جدول-۳ همچنین نشان می‌دهند که نتیجه آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای مولفه توانایی و عملکرد در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($p < 0.01$) معنادار بوده است ($\eta^2 = 0.644$) جزئی، $p = 0.001$ ، $(F_{1,66}) = 119.64$. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان توانایی و عملکرد دو گروه) با تعدیل اثر پیش آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ البته مقدار مجذور ای‌تا (0.644) که نشان‌دهنده شدت ارتباط بین عامل آزمایش و متغیر وابسته است، بسیار بالا است و به نوعی نزدیک به ۶۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته (توانایی و عملکرد) با فرض ثابت ماندن میزان اولیه آن، به عامل آزمایش (برنامه بازگشت به اجتماع) برمی‌گردد. به عبارت دیگر، می‌توان عنوان کرد که برنامه بازگشت به اجتماع توانسته است به طور معناداری توانایی و عملکرد افراد گروه آزمایش را افزایش دهد.

در گام بعد، برای بررسی معناداری اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع بر میزان پرخاشگری، ابتدا جدول متقاطع (توافقی) میزان پرخاشگری پس از ترخیص در سه زمان ۱، ۳، و ۶ ماه پس از خروج از بیمارستان به تفکیک گروه کنترل و آزمایش تدوین شد (جدول-۴).

سپس با توجه به این که هدف، سنجش تفاوت معنادار میزان پرخاشگری در سه زمان مختلف (یک ماه پس از ترخیص، سه ماه پس از ترخیص، و شش ماه پس از ترخیص) بوده و داده‌ها ماهیت طبقه‌ای رتبه‌ای (ندارد، کم، متوسط، و زیاد) داشتند، از آزمون آنوای فریدمن استفاده شد. نکته حائز اهمیت آن که چون این آزمون برای نمونه‌های وابسته به کار می‌رود، آزمودنی‌هایی (پاسخ‌گویانی) که در یک یا چند موقعیت نمره ندارند و نمره برای آنها ثبت نشده است

پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل (یا بین دختر و پسر یا گروه‌های سنی مختلف) برای آزمون این فرضیه که تغییرات حاشیه‌ای در گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است یا خیر استفاده می‌شود. اولین گام، آزمون دو فرضیه با استفاده از تحلیل مک‌نمار به تفکیک هر گروه است تا از این طریق بتوان

سلول‌های ناسازگار و ناهمخوان را شناسایی کرد. در جدول-۶ با استفاده از آزمون مک‌نمار نتایج جدول توافقی توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه قبل و بعد از اعمال مداخله به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول-۴. جدول توافقی فراوانی پرخاشگری در سه زمان مختلف به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	پرخاشگری ۱ ماه بعد از ترخیص	پرخاشگری ۳ ماه بعد از ترخیص	پرخاشگری ۶ ماه بعد از ترخیص	پرخاشگری ۶ ماه بعد از ترخیص	پرخاشگری ۶ ماه بعد از ترخیص	جمع ردیف
			ندارد	کم	متوسط	زیاد
آزمایش	ندارد	ندارد	۱۱	۱۱	۰	۲۲
		کم	۰	۵	۴	۹
		متوسط	۰	۰	۰	۰
	کم	ندارد	۰	۰	۰	۰
		کم	۰	۰	۰	۰
		متوسط	۰	۰	۰	۰
	متوسط	ندارد	۰	۰	۰	۰
		کم	۰	۰	۰	۰
		متوسط	۰	۰	۰	۰
	زیاد	ندارد	۰	۰	۰	۰
		کم	۰	۰	۰	۰
		متوسط	۰	۰	۰	۰
کنترل	ندارد	ندارد	۰	۱	۰	۱
		کم	۰	۱	۱	۲
		متوسط	۰	۰	۰	۰
	کم	ندارد	۰	۰	۰	۰
		کم	۰	۰	۱	۱
		متوسط	۰	۰	۱	۱
	متوسط	ندارد	۰	۰	۰	۰
		کم	۰	۰	۰	۰
		متوسط	۰	۰	۰	۰
	زیاد	ندارد	۰	۰	۰	۰
		کم	۰	۰	۰	۰
		متوسط	۰	۰	۰	۰
جمع ستون			۱۱	۱۸	۵	۳۶

جدول-۵. نتایج آزمون فریدمن برای بررسی معناداری تفاوت بین پرخاشگری در سه زمان مختلف

گروه	پرخاشگری	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	یک ماه پس از ترخیص	۱/۵۳۲	۴۷/۵۰۰	۱/۰۰۰	۰/۴۵۱
	سه ماه پس از ترخیص	۱/۹۰۳	۵۹/۰۰۰	۱/۲۹۰	۰/۴۶۱
	شش ماه پس از ترخیص	۲/۵۶۵	۷۹/۵۰۰	۱/۷۷۴	۰/۶۶۹
	ضریب توافق = ۰/۵۳۰	ANOVA Chi Sqr. (N = ۳۱ df = ۲) = ۳۲/۸۴			
کنترل	یک ماه پس از ترخیص	۱/۲۰۰	۶/۵۰۰	۱/۴۰۰	۰/۵۴۸
	سه ماه پس از ترخیص	۱/۹۰۰	۹/۵۰۰	۲/۰۰۰	۰/۷۰۷

شش ماه پس از ترخیص	۲/۹۰۰	۱۴/۵۰۰	۳/۰۰۰	۱/۰۰۰
ضریب توافق = ۰/۸۵۹	p = ۰/۰۱۳	ANOVA Chi Sqr. (N = ۵, df = ۲) = ۸/۵۸		
یک ماه پس از ترخیص	۱/۴۸۶	۵۳/۵۰۰	۱/۰۵۶	۰/۲۳۲
سه ماه پس از ترخیص	۱/۹۰۳	۶۸/۵۰۰	۱/۳۸۹	۰/۵۴۹
شش ماه پس از ترخیص	۲/۶۱۱	۹۴/۰۰۰	۱/۹۴۴	۰/۸۲۶
ضریب توافق = ۰/۵۷۵	p = ۰/۰۱	ANOVA Chi Sqr. (N = ۳۶, df = ۲) = ۴۱/۴۱		

جدول-۶. نتایج جدول توافقی توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه قبل و بعد از اعمال مداخله به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه پیش از مداخله	دارد	ندارد	جمع ردیف	آزمون مک نمار
آزمایش	فراوانی	دارد	۵	۵	P = ۰/۰۱
	درصد		۷/۲۵	۷/۲۵	
	فراوانی	ندارد	۱	۳۱	
	درصد		۴۳/۴۸	۴۴/۹۳	
کنترل	فراوانی	دارد	۲	۲	P = ۰/۲۵
	درصد		۲/۹۰	۲/۹۰	
	فراوانی	ندارد	۲۹	۳۱	
	درصد		۲/۹۰	۴۴/۹۳	
کل	فراوانی	دارد	۳۹	۶۹	
	درصد	ندارد	۵۶/۵۲	۴۳/۴۸	

بحث

از آنجایی که ارتقاء سلامت روان یکی از اهداف مهم روان درمانی در قرن حاضر است [۶۳-۶۵] و همچنین با توجه به اهمیت بالای مطالعات بیمارستانی که در حفظ و بازگشت سلامت افراد جامعه، بویژه مبتلایان به بیماری‌های حاد و مزمن نقش برجسته‌ای دارند [۶۶-۶۷]، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) به عنوان یک روش مکمل درمانی جامعه محور در افزایش آمادگی برای ترخیص و افزایش سازگاری پس از ترخیص در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا انجام شد. 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، با توجه به تفاوت تعداد دفعات پرخاشگری‌شان در فواصل ۱، ۳، و ۶ ماه پس از خروج از بیمارستان، پرخاشگری بسیار کم‌تری پس از ترخیص از بیمارستان نشان دادند. در بررسی متون پژوهشی، هیچ مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد. در تبیین این یافته باید گفت، معضل پرخاشگری به دلایل مختلفی از جمله فقدان مهارت‌های میان‌فردی، خویش‌اندازی، و خودپایی؛ یا فقدان متابعت درمانی و مصرف نکردن داروها ایجاد می‌شود. مسلماً دارودرمانی قادر است فراوانی پرخاشگری را کاهش دهد و احتمال بروز آن را در آینده کمتر کند اما واقعیت‌های ملموس در بخش اورژانس روان‌پزشکی و نیز بخش‌های بستری این بیماران و نیز مصاحبه با

بر اساس نتایج آزمون مک‌نمار برای گروه آزمایش، توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه (۰ و ۱) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری نشان می‌دهد ولی در گروه کنترل این تفاوت معنادار دیده نشد. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه پژوهش در رابطه با تفاوت در گروه آزمایش و کنترل، مقادیر جفت‌های ناسازگار برای هر نمونه در یک جدول دیگر ترکیب شد و با استفاده از یک آزمون خی‌دوی پی‌رسون، آزمون برابری دو نسبت اجرا شد تا بتوان بررسی کرد که آیا احتمال تغییر (یا احتمال‌های حاشیه‌ای) در هر دو گروه یکسان هستند یا خیر [۶۱، ۶۲]. در جدول ۷ فراوانی جفت‌های ناسازگار در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

بر اساس نتایج آزمون جدول ۷ تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود. بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت برنامه مداخلاتی بازگشت به اجتماع توانسته است به طور موفقیت‌آمیزی توانایی برنامه‌ریزی روزانه را در گروه آزمایش افزایش دهد.

جدول-۷. جدول متقاطع ۲×۲ برای آزمون خی‌دوی پی‌رسون

گروه‌ها	جفت‌های ناسازگار	آزمایش	کنترل
پیش‌آزمون دارد و پس‌آزمون ندارد	۰	۰	۰
پیش‌آزمون ندارد و پس‌آزمون دارد	۳۰	۲	۲
$\chi^2 = 51/887$			
df=2			
p = ۰/۰۱			

دادن مهارت‌های شناختی، رفتاری، و ارتباطی در نتیجه ابتدا به اسکیزوفرنیا است که بی‌شک دارودرمانی از قابلیت توان‌بخشی بیماران در این زمینه برخوردار نیست. بنابراین، دستیابی به این مهم مستلزم به‌کارگیری رویکردهای درمانی غیردارویی گوناگون از جمله برنامه بازگشت به اجتماع است، و علت ارتقای بیشتر این مؤلفه درمانی در بیماران گروه آزمایش در قیاس با بیماران گروه کنترل نیز همین نکته است.

همچنین یافته‌های این پژوهش بیانگر اثرگذاری متغیر مستقل بر متغیر آمادگی برای ترخیص می‌باشند. با توجه به این‌که آمادگی برای ترخیص به شناخت نشانه‌ها و رفتارهایی که باید پیش از ترخیص روی آن‌ها کار شود [۵۲] تعریف می‌شود، افزایش آن سبب افزایش کارآمدی درمان و ماندگاری بیشتر بیماران در اجتماع پس از خروج از بیمارستان می‌شود. از آن‌جا که درمان روان‌پزشکی متعارف مشتمل بر مداخلات آموزشی جامع در زمینه آگاه‌سازی بیماران درخصوص این نشانه‌ها و رفتارها نیست و معمولاً پزشکان معالج زمانی برای آموزش بیماران در این خصوص اختصاص نمی‌دهند، به خوبی می‌توان انتظار داشت بیمارانی که علاوه بر این درمان در مداخلات غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع یا مداخلات مبتنی بر آموزش روان‌شناختی نیز شرکت می‌کنند در قیاس با بیمارانی که صرفاً تحت درمان روان‌پزشکی متعارف قرار می‌گیرند آمادگی بیش‌تری برای وارد شدن به اجتماع داشته باشند و بتوانند از عواملی که سبب عود زود هنگام بیماری‌شان می‌شود اجتناب کنند [۶۸]. لذا این یافته به خوبی نشان می‌دهد که با استفاده از برنامه بازگشت به اجتماع در کنار درمان روان‌پزشکی متعارف می‌توان پیامد درمانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را تا حد زیادی بهبود بخشید و احتمال عود و بستری مجدد را در آن‌ها کاهش داد که نکته‌ای بسیار مهم و از جمله اهداف مهم درمانی است و به خوبی بر ضرورت تکمیل درمان روان‌پزشکی متعارف با اجرای مداخلات غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع که آمادگی بیماران را برای ترخیص افزایش می‌دهد تأکید دارد.

در خصوص متغیر وابسته آگاهی در مورد بیماری، علائم عود، و اطلاعات دارویی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که CRP بر این متغیرها، تأثیری مثبت و معنادار داشته است. نکته‌ای که با یافته‌های مطالعات قبلی [۶۹-۷۲] مطابقت دارد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت آشنایی با مسائلی نظیر ماهیت دوره‌ای بیماری و علائم آن، عواملی که سبب تشدید علائم می‌شوند، منافع داروها و عوارض جانبی آنها، نشانه‌های عود و نحوه مدیریت آن‌ها [۳۷]، افزایش آن سبب افزایش کارآمدی درمان، بینش، و متابعت درمانی؛ بهبود نگرش نسبت به درمان، خصوصاً دارودرمانی؛ و ماندگاری بیشتر بیماران در اجتماع پس از خروج از بیمارستان می‌شود. از آنجا که درمان روان‌پزشکی متعارف برخلاف برنامه بازگشت به اجتماع و بسیاری دیگر از مداخلات غیردارویی، مشتمل بر مداخلات آموزشی جامع در زمینه آگاه‌سازی بیماران درمورد مسائلی نظیر ماهیت

مراقبان و خانواده‌های آن‌ها به خوبی نشان می‌دهد که دارودرمانی به تنهایی خیلی هم در این زمینه موفق نیست و عدم مصرف داروها پس از خروج بیماران از بیمارستان نیز شرایط را بغرنج‌تر می‌سازد و لذا جهت افزایش اثربخشی دارو درمانی در این زمینه و کاهش هرچه بیشتر احتمال پرخاشگری این بیماران که احتمال بستری شدن مجددشان در بخش روان‌پزشکی را به شدت افزایش می‌دهد باید از رویکردهای درمانی غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع که اثربخشی آن در این زمینه در پژوهش حاضر به تأیید رسیده است نیز استفاده کرد.

توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه، دیگر متغیر وابسته پژوهش حاضر بود که نتایج بدست آمده نشان داد CRP بر آن تأثیری مثبت و معنادار داشته است. در بررسی متون و ادبیات پژوهشی، هیچ مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد. با توجه به این‌که توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه بنا به تعریف عبارت است از توانایی برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که باید در طول یک روز انجام شوند می‌توان نتیجه گرفت که با مهارتی مواجه‌ایم که از جمله ضروریات زندگی روزمره است که ابتدا به اسکیزوفرنیا باعث بروز اختلال در آن می‌شود و لذا می‌بینیم که به‌تکلیفی و بی‌هدفی از جمله ویژگی‌های مشخصه اسکیزوفرنیا به شمار می‌رود [۷]. این به‌تکلیفی و فراغت بیش از حد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در تشدید علائم مثبت و منفی آن‌ها نیز تأثیرگذار است و سبب می‌شود علائمی چون توهم و هذیان و نیز تحریک‌پذیری در آن‌ها افزایش یابد. در این‌جا نیز با متغیری مواجه‌ایم که از جنس مهارت است و آن‌گونه که پیش‌تر گفته شد بازگرداندن مهارت‌های از دست رفته مسئله‌ای است که دارودرمانی نقش چندانی در آن ایفا نمی‌کند و بدین منظور باید از رویکردهای درمانی غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع بهره گرفت. اثربخشی برنامه بازگشت به اجتماع در افزایش توانایی طرح‌ریزی برنامه روزانه عاملی است که بنابر تجارب بالینی نویسندگان، به واسطه سرگرم کردن بیماران در طول روز در کاهش علائم مثبت این بیماران نیز تأثیرگذار است و به واسطه آن می‌توان اثربخشی این برنامه در کاهش علائم مثبت بیماری را نیز تبیین کرد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که CRP بر افزایش توانایی و عملکرد تأثیری مثبت و معنادار داشته است. این یافته با نتایج مطالعات پیشین [۳۱، ۵۷-۵۹، ۶۶] همخوانی دارد. در تبیین این یافته باید گفت کاهش توانایی و عملکرد عبارت است از تخریب در شناخت، روابط بین‌فردی، کار و عملکرد شغلی و اجتماعی [۳۷]، که به تبع اثر منفی در پیش‌آگهی بیماری و پیامد درمانی دارد و لذا ارتقای این مؤلفه سبب افزایش کیفیت زندگی، بهبود روابط اجتماعی و بین‌فردی، و کاهش احتمال بستری شدن مجدد می‌شود که هزینه‌های درمانی هنگفتی را متحمل نظام سلامت روان جامعه می‌کند.

بخش اعظم این کاهش توانایی و عملکرد مربوط به از دست

کاربرد عملی مطالعه

از آنجایی که درمان‌های روان‌پزشکی متعارف در درمان اختلالات طیف اسکیزوفرنیا دارای ضعف در حیطه‌های مهارت‌آموزی و جامعه‌محور هستند، نیاز به انجام اقدامات روان درمانی مکمل وجود دارد. در این راستا تیم درمان باید کمک برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) به عنوان یک روش مکمل درمانی جامعه محور در افزایش آمادگی برای ترخیص و سازگاری پس از ترخیص در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا جهت بهبود مهارت‌های اجتماعی از دست رفته این بیماران، اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی اشخاص حقیقی و حقوقی و بیماران مرکز روان‌پزشکی رازی که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند اعلام می‌دارند.

سهم نویسندگان

طراحی مطالعه: عرب قهستانی، جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها: عرب قهستانی، سهرابی، برجلی، دلاور، خرمی. نگارش نسخه اولیه مقاله: عباسی، رضائی، خرمی. بازبینی اولیه مقاله: عرب قهستانی، برجلی، فتاح مقدم، بازبینی نهایی مقاله: عرب قهستانی، عباسی، رضائی، خرمی. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه نموده و تأیید کرده‌اند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع

1. Haghbini 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 (1):117-27. doi: 10.29252/nkjmd-0100116.
2. Mirghaied MT, Gorji HA, Panahi S. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review and meta-analysis. International journal of preventive

دوره‌ای بیماری و علائم آن، عواملی که سبب تشدید علائم می‌شوند، منافع داروها و عوارض جانبی آن‌ها، نشانه‌های عود و نحوه مدیریت آن‌ها نیست و معمولاً پزشکان معالج برای آموزش بیماران در این خصوص زمان کافی اختصاص نمی‌دهند، به خوبی می‌توان انتظار داشت بیمارانی که علاوه بر این درمان در مداخلات غیردارویی مبتنی بر آموزش روان‌شناختی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع نیز شرکت می‌کنند در قیاس با بیمارانی که صرفاً تحت درمان روان‌پزشکی متعارف قرار می‌گیرند آگاهی بیشتری درباره مسائل ذکر شده داشته باشند و در نتیجه از شناخت درستی درباره ماهیت بیماری و علائم آن، ضرورت درمان و منافع داروها، و علائم عود و نحوه مدیریت آن‌ها برخوردار باشند. عدم امکان پیگیری درازمدت پیامدهای درمانی و تبعاً عدم تعیین دقیق مانایی این پیامدها و عدم امکان انجام تحلیل‌های استنباطی روی متغیرهای جمعیت شناختی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. ضمن آنکه محدود بودن جامعه آماری به بیماران بستری در مرکز روان‌پزشکی رازی تعمیم‌پذیری یافته‌ها به کل جامعه بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا را با مشکل مواجه می‌کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر به خوبی نشان می‌دهد که با استفاده از یک مداخله درمانی مکمل نظیر برنامه بازگشت به اجتماع در کنار درمان روان‌پزشکی متعارف می‌توان پیامد درمانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و همکاری آن‌ها در درمان را تا حد زیادی بهبود بخشید. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهند که با اجرای رویکردهای درمانی غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع به خوبی می‌توان اثربخشی درمان روان‌پزشکی متعارف را در زمینه افزایش آمادگی برای ترخیص (آمادگی برای ترخیص، آگاهی در مورد بیماری، علائم عود و اطلاعات دارویی) و افزایش سازگاری (ناتوانی و افت عملکرد، توانایی طرح ریزی و برنامه روزانه، پرخاشگری) افزایش داد، و بر ضرورت تکمیل درمان دارویی با رویکردهای درمانی غیردارویی نظیر برنامه بازگشت به اجتماع تأکید کرد. 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.

- doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_510_18. 2020;11.
3. 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 Razi Psychiatric Hospital. Iranian Journal of Ageing. 2021;0-. doi: 10.32598/sija.2021.3154.2.

4. Association AP. The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia: American Psychiatric Pub; 2020. doi: [10.1176/appi.books.9780890424841](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841)
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 Razi Hospital, Iran: A Latent Class Analysis. *Polish Psychological Bulletin*. 2018;49 (3).
6. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382 (9904):1575-86. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6).
7. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*. 2011;21 (10):718-79. doi: [10.1016/j.euroneuro.2011.08.008](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008).
9. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010;468 (7321):187-93. doi: [10.1038/nature09552](https://doi.org/10.1038/nature09552).
10. 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;264:380-4. doi: [10.1016/j.psychres.2018.04.016](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.016).
11. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick S, Bendall S, Killackey E, Parker A, 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 (1-3):116-28. doi: [10.1016/j.schres.2012.05.007](https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007).
12. Wang XQ, Petrini MA, Morisky DE. Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nursing & health sciences*. 2017;19 (2):142-8. doi: [10.1111/nhs.12286](https://doi.org/10.1111/nhs.12286).
13. Chen A, Dinyarian C, Inglis F, Chiasson C, Cleverley K. Discharge interventions from inpatient child and adolescent mental health care: a scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;1-22. doi: [10.1007/s00787-020-01634-0](https://doi.org/10.1007/s00787-020-01634-0)
14. Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. Exercise and schizophrenia. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1228:317-32. doi: [10.1007/978-981-15-1792-1_21](https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_21).
15. Wang Q, Zhu X, Jiang X, Li M, Chang R, Chen B, et al. Relationship between stressful life events, coping styles, and schizophrenia relapse. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2021. doi: [10.1111/inm.12865](https://doi.org/10.1111/inm.12865).
16. Freud A, Baines C. trans. The ego and the mechanisms of defence. Rev ed. London: Hogarth Press for the Institute of Psycho-Analysis; 1968.
17. Ansbacher H, Ansbacher R. The individual psychology of Alfred Adler. New York: Harper & Row; 1967.
18. Ghahremanlou H, Khorrami M, Seedy Shokhmazar Z, 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). doi: [10.22075/jcp.2021.21849.2014](https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21849.2014).
19. Mafakheri A, Ashrafifard S, Khorrami M. A Structural Model of the Relationship between Body Image Concern and Obsessive Beliefs with Body Management in People Seeking Cosmetic Surgery. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2021;10 (38):121-40. doi: [10.30473/hpj.2021.55499.4964](https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55499.4964).
20. Pargament KI. Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. 1996. doi: [10.1037/10199-008](https://doi.org/10.1037/10199-008).
21. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2007;96 (1-3):232-45. doi: [10.1016/j.schres.2007.07.022](https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022).
22. Terashima S. 12. The Structure of Rejecting Attitudes toward the Mentally Ill in Japan: University of Hawaii Press; 2021. doi: [10.1515/9780824885908-013](https://doi.org/10.1515/9780824885908-013).
23. 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. doi: [10.1016/j.scog.2020.100192](https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100192).
24. Levaux M-N, Larøi F, Malmedier M, Offerlin-Meyer I, Danion J-M, Van der Linden M. Rehabilitation of executive functions in a real-life setting: Goal management training applied to a person with schizophrenia. *Case Reports in Psychiatry*. 2012;2012. doi: [10.1155/2012/503023](https://doi.org/10.1155/2012/503023)
25. Mohamed S, Rosenheck R, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA, Keefe RS. Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165 (8):978-87. doi: [10.1176/appi.ajp.2008.07111713](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111713).
26. Li W, Yang Y, Hong L, An F-R, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian journal of psychiatry*. 2020;47:101846. doi: [10.1016/j.ajp.2019.101846](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101846).
27. Lee SJ, Kim KR, Lee SY, An SK. Impaired social and role function in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia: its relations with negative symptoms. *Psychiatry investigation*. 2017;14 (5):539. doi: [10.4306/pi.2017.14.5.539](https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.539).
28. Giraldo-Chica M, Rogers BP, Damon SM, Landman BA, Woodward ND. Prefrontal-thalamic anatomical connectivity and executive cognitive function in schizophrenia. *Biological psychiatry*. 2018;83 (6):509-17. doi: [10.1016/j.biopsych.2017.09.022](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.09.022).
29. Agostoni G, Bambini V, Bechi M, Buonocore M, Spangaro M, Repaci F, et al. Communicative-pragmatic abilities mediate the relationship between cognition and daily functioning in schizophrenia.

- Neuropsychology. 2021;35 (1):42. doi: [10.1016/j.psychres.2004.03.015](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.03.015).
30. Griffiths SL, Wood SJ, Fowler D, Freemantle N, Hodgekins J, Jones PB, et al. 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;228:249-55. doi: [10.1016/j.schres.2020.12.023](https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.023).
31. Okanli A, Karakas SA, Altun ÖS, 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):233-8. doi: [10.1080/09735070.2017.1305229](https://doi.org/10.1080/09735070.2017.1305229).
32. Rodríguez-Blanco L, Lubrini G, Vidal-Mariño C, Ríos-Lago M. Efficacy of cognitive rehabilitation of attention, executive functions, and working memory in psychotic disorders: A systematic review. Actas españolas de psiquiatria. 2017;45 (4):167-78. PMID: 28745389.
33. Darmedru C, Demily C, Franck N. Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: a systematic review. Psychiatry research. 2017;251:266-74. doi: [10.1016/j.psychres.2016.12.062](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.062).
34. Bowersox NW, Saunders SM, Berger BD. Predictors of rehospitalization in high-utilizing patients in the VA psychiatric medical system. Psychiatric Quarterly. 2012;83 (1):53-64. doi: [10.1007/s11126-011-9182-2](https://doi.org/10.1007/s11126-011-9182-2).
35. Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? The journal of behavioral health services & research. 2007;34 (2):137-50. doi: [10.1007/s11414-007-9055-5](https://doi.org/10.1007/s11414-007-9055-5).
36. Hennessy CO. Monitoring psychiatric patients' preparedness for hospital discharge. 2018.
37. Liberman R, Wallace C, Blackwell G, Eckman T, Vaccaro J, Kuehnel T. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. Innovations and Research. 1993;2 (2):43-59.
38. Wright N, Rowley E, Chopra A, Gregoriou K, Waring J. From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. Health Expectations. 2016;19 (2):367-76. doi: [10.1111/hex.12361](https://doi.org/10.1111/hex.12361).
39. Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre-and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. General hospital psychiatry. 2016;39:53-8. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2015.10.009](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.10.009).
40. Hamilton JE, Rhoades H, Galvez J, Allen M, Green C, Aller M, et al. Factors differentially associated with early readmission at a university teaching psychiatric hospital. Journal of evaluation in clinical practice. 2015;21 (4):572-8. doi: [10.1111/jep.12335](https://doi.org/10.1111/jep.12335).
41. Lam M, Li L, Anderson KK, Shariff SZ, Forchuk C. Evaluation of the transitional discharge model on use of psychiatric health services: an interrupted time series analysis. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2020;27 (2):172-84. doi: [10.1111/jpm.12562](https://doi.org/10.1111/jpm.12562).
42. Chan SKW, Chan KKS, Hui CL, Wong GHY, Chang WC, Lee EHM, et al. Correlates of insight with symptomatology and executive function in patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorder: a longitudinal perspective. Psychiatry research. 2014;216 (2):177-84. doi: [10.1016/j.psychres.2013.11.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.028).
43. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. Psychiatric Clinics of North America. 1998;21 (1):27-42. doi: [10.1016/S0193-953X\(05\)70359-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70359-2).
44. McCormack M, Tierney K, Brennan D, Lawlor E, Clarke M. Lack of insight in psychosis: theoretical concepts and clinical aspects. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2014;42 (3):327-38. doi: [10.1017/s1352465813000155](https://doi.org/10.1017/s1352465813000155).
45. Dam J. Insight in schizophrenia: a review. Nordic Journal of Psychiatry. 2006;60 (2):114-20. doi: [10.1080/08039480600600185](https://doi.org/10.1080/08039480600600185).
46. David A, van Os J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness: Cross-sectional and longitudinal associations. The British Journal of Psychiatry. 1995;167 (5):621-8. doi: [10.1192/bjp.167.5.621](https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.621).
47. Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? Comprehensive Psychiatry. 1997;38 (5):283-8. doi: [10.1016/S0010-440X\(97\)90061-4](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90061-4).
48. Parellada M, Boada L, Fraguas D, Reig S, Castro-Fornieles J, Moreno D, et al. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. Schizophrenia Bulletin. 2011;37 (1):38-51. doi: [10.1093/schbul/sbq109](https://doi.org/10.1093/schbul/sbq109).
49. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 2009;35 (2):336-46. doi: [10.1093/schbul/sbn067](https://doi.org/10.1093/schbul/sbn067).
50. Pu S, Nakagome K, Itakura M, Ohtachi H, Iwata M, Nagata I, et al. Right frontotemporal cortex mediates the relationship between cognitive insight and subjective quality of life in patients with schizophrenia. Frontiers in psychiatry. 2018;9:16. doi: [10.3389/fpsy.2018.00016](https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00016).
51. Phahladira L, Asmal L, Kilian S, Chiliza B, Scheffler F, Luckhoff HK, et al. Changes in insight over the first 24 months of treatment in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia research. 2019;206:394-9. doi: [10.1016/j.schres.2018.10.013](https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.10.013).
52. Arab GD, Sohrabi F, Borjali A, Delavar A, Rezaei O. A Qualitative Study on Attitude toward Hospitalization in Schizophrenics and the Community Re-entry Program Effectiveness on It:

An Interpretative Phenomenological Analysis. 2018. doi: 10.21859/ijrn-04048.

53. Khorrami M, Atashpour SH, 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.

54. Namvar M, Khorrami M, Noorollahi A, pournemat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Bojnurd, Iran Psychology of Exceptional Individuals*. 2020;10 (39):179-200.

55. Liberman RP, Silbert K. Community Re-Entry: Development of Life Skills. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2005;68 (3):220-9. doi: 10.1521/psyc.2005.68.3.220

56. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155 (8):1087-91. doi: 10.1176/ajp.155.8.1087

57. Armijo J, Méndez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, et al. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Frontiers in psychiatry*. 2013;4:116. doi: 10.3389/fpsy.2013.00116

58. 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. doi:10.1007/s00127-006-0050-6.

59. 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

60. Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0: World Health Organization; 2010.

61. Adedokun OA, Burgess WD. Analysis of paired dichotomous data: A gentle introduction to the McNemar test in SPSS. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*. 2012;8 (17):125-31.

62. Levin JR, Serlin RC. Changing students' perspectives of McNemar's test of change. *Journal of Statistics Education*. 2000;8 (2):532-41.

63. Abbasi A, Aghaei A, Moghadam HE. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of psychologicalscience*. 2019;18 (78):691-8.

64. Abbasi A, Aghaei Joshaghani 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). doi: 10.22038/mjms.2021.17348.

65. Khorrami M, Atashpour SH, 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. doi: 10.21859/nkjmd-10045.

66. 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):174-81. doi: 10.1016/j.ejpsy.2018.04.001.

67. Akhavan Zanjani H, Banihashem S, Mansouri P, Arab Ghahestany D, Rezaie F. Nutritional status and related factors in the elderly hospitalized in a psychiatric hospital. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2021;7 (3):30-40. doi: 10.29252/ijrn-07034.

68. Ghahestany DA, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A, Rezaei O, Abbasi A, et al. The Role of Community Re-entry Program (CRP) in Strengthening the Effectiveness of Conventional Psychiatric Treatment on Therapeutic Outcomes During Hospitalization, in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: a Randomized Clinical Trial. 2021. doi: 10.21203/rs.3.rs-457376/v1.

69. 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. doi: 10.11648/j.ajns.s.2015040201.20

70. Naoki K, Nobuo A, Emi I. Randomized controlled trial on effectiveness of the community re-entry program to inpatients with schizophrenia spectrum disorder, centering around acquisition of illness self-management knowledge. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatry et neurologia Japonica*. 2003;105 (12):1514-31. PMID: 15027310.

71. 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. doi: 10.1176/appi.ps.53.5.545

72. 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. doi: 10.1176/ps.49.10.1313.