Effectiveness of Psychiatric Home-Care in the Treatment Outcome in Newly Discharged Patients with Schizophrenia- A Randomized Control Trial

Marzeyeh Moghadam[1], Golnia Saed[2], Fateh Sohrabi [3], Sara Modaresi [4], Narges Shams-Alizadeh[5]
1. MD. Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-8493-7647
2. M.Sc. of Clinical psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0520-4489
3. Ph.D. Candidate of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical science, Tehran, Iran. Corresponding author), Tel: +98-9189926805, E-mail: F.sohrabi20@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0159-8273
4. M.Sc. of Clinical psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-3675-5504
5. MD. Kurdistan Research center for social determinants of health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5652-3367

ABSTRACT

Background and Aim: Schizophrenia is a disabling disorder with a complex and chronic nature. Home-visit is a recent approach used for the treatment of the patients with schizophrenia. This study aimed to investigate and compare the effect of this approach on the severity of symptoms, length and duration of hospitalization between the patients with schizophrenia and patients in the control group.

Materials and Methods: This was a randomized control trial. Among the discharged patients, 26 met our inclusion criteria. After informed consent, they were placed into intervention and control groups. The intervention group received after-care services for one year. The control group did not receive any intervention except for their pharmacological treatment. The number of hospitalizations and mean duration of hospitalizations of the patients along with the Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia Scale (PANSS) were evaluated three times (before the intervention, 6 months and also 12 months after receiving the intervention). Using SPSS 20, data were analyzed, by descriptive methods and repeated measures analysis of variance.

Results: This study included 26 persons (19 male, 7 Female) with mean age of 37.6 years and SD =12.2, which showed no significant differences in the variables in the baseline data. Results of statistical analysis showed significant decrease in all of the three variables in the intervention group compared with those in the control group. These changes maintained during the one-year follow-up.

Conclusion: Results showed that home-visit is an effective program to covers some needs of the patients with schizophrenia. It also decreased the severity of the symptoms and length of hospitalization. Increasing regular intervention program during the follow up periods can probably lead to better results.

Keywords: Schizophrenia, Home-care, Severity of symptom, Hospitalization.
Received: Aug 11, 2020 **Accepted:** Mar 3, 2021

How to cite the article: Marzeyeh Moghadam, Golnia Saed, Fateh Sohrabi, Sara Modaresi, Narges Shams-Alizadeh. Effectiveness of Psychiatric Home-Care in the Treatment Outcome in Newly Discharged Patients with Schizophrenia- A Randomized Control Trial. SJKU 2021;26(7):97-107.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

اثربخشی مراقبت روان پزشکی–در منزل بر پیامد درمانی بیماران اسکیزوفرنی تازه ترخیص شده – یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی

مرضیه مقدم[۱]، گل‌نیا ساعد[۲]، فاتح سهرابی[۳]، سارا مدرسی[۴]، نرگس شمس-علیزاده[۵]

۱. استادیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۷۶۴۷-۸۴۹۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۴۴۸۹-۰۵۲۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۳. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، نویسنده مسئول، پست الکترونیک: f.sohrabi20@gmail.com، **تلفن ثابت**: ۹۱۸۹۹۲۶۸۰۵-۹۸+، کد ارکید: ۸۲۷۳-۰۱۵۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۵۵۰۴-۳۶۷۵-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۵. دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۳۳۶۷-۵۶۵۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی اختلالی ناتوان کننده است که ماهیتی پیچیده و مزمن دارد. مراقبت پس از ترخیص یکی از روش‌هایی است که برای درمان آن به کار برده شده است. هدف این مطالعه بررسی کارآمدی مراقبت–در منزل بر شدت علائم، میانگین و مدت بستری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و مقایسه با گروه کنترل بود.

مواد و روش‌ها: در قالب یک مداخله کارآزمایی تصادفی کنترل شده، از بیماران ترخیص شده از بیمارستان روان‌پزشکی آن‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و رضایت‌نامه شرکت در مطالعه را امضا نمودند (۲۶ نفر) انتخاب و به صورت تصادفی ساده به دو گروه کنترل و آزمایش تخصیص یافتند. گروه مداخله به مدت یک سال تحت برنامه مراقبت در منزل قرار گرفت و گروه کنترل مداخله خاصی غیر از درمان دارویی‌شان دریافت نکرد. تعداد بستری و میانگین مدت بستری بیماران بعلاوه پرسشنامه علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا (PANSS)، در سه مرحله (پیش از ورود، ۶ ماه و سپس ۱۲ ماه بعد) ازریابی شد. داده‌ها با استفاده از نسخه بیستم SPSS و با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها ۲۶ (۱۹ مرد، ۷ زن) با میانگین سنی ۳۷/۶ انحراف معیار ۱۲/۲ که در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معناداری در اطلاعات به دست آمدهٔ اولیه نشان ندادند. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد گروه مداخله کاهش معناداری در هر سه متغیر نسبت به گروه کنترل داشته است. این تغییرات در یک سال پیگیری همچنان حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مطالعهٔ حاضر نشان داد که مراقبت روان پزشکی–در منزل در رسیدگی به بعضی از نیازهای بیماران اسکیزوفرنیا رویکرد کارآمد است، شدت و طول مدت علایم و میزان بستری شدن را کاهش می‌دهد. با این وجود هرچه برنامه مداخلاتی منظم در دوره‌های پیگیری بیشتر باشد، احتمالاً نتایج بهتری به دست دهد.

کلمات کلیدی: اسکیزوفرنی، مراقبت در منزل، شدت علائم، بستری شدن.

وصول مقاله:۹۹/۵/۲۱ اصلاحیه نهایی:۹۹/۱۲/۱۱ پذیرش:۹۹/۱۲/۱۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

مقدمه

اسکیزوفرنی اختلالی است ناتوان کننده و مزمن و جزو یکی از بیست اختلال ناتوان کننده در سراسر دنیا محسوب می‌شود و به طور کلی شیوع آن حدود یک درصد است (۱). ماهیت مزمن و شدید و پیچیده این بیماری موجب شده است که درمان توفیق آنچنانی حاصل نشود و علی‌رغم اینکه از خیلی از بیماری‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی و وسواس شیوع بالایی ندارد؛ اما اکثریت بیماران بستری در مراکز و بیمارستان‌های روانی را به خود اختصاص می‌دهد (۲).

این بیماران مشکلات زیادی داشته و در خیلی از مؤلفه‌های درمانی میانگین پایین‌تری از جمعیت عمومی دارند (۳) و در زمینه تداوم مراقبت‌های بهداشتی با چالش‌های زیادی روبرو هستند (۴). علاوه بر مشکلات خانوادگی و فشاری که بر خانواده وارد می‌کنند و آشفتگی ناشی از آن (۵)، هزینه‌های هنگفتی که بر دوش جامعه می‌گذراند هیچ شکی برای لزوم بررسی آن باقی نمی‌گذارد (۶) . اولین انتخاب درمانی برای این بیماران دارو درمانی است که اگرچه توفیق زیادی در تخفیف علائم این بیماری داشته است و تأثیر آن به کرات ثابت شده است (۷)؛ اما در رفع آن‌ها به طور کلی آن‌چنان کارساز نبوده است و اکثر آنان به دفعات مکرری دچار عود می‌شوند (۸). حدود ۳۰-۵۰ درصد این بیماران در طی یک سال اول بعد از ترخیص نیازمند بستری مجدد هستند (۹) برای مثال در ژاپن این میزان نزدیک به ۳۲ درصد گزارش شده است (۱۰) . به همین دلیل به صورت نوعی درمان نگه‌دارنده در نظر گرفته می‌شود که بعضی از علائم اصلی را تا حدودی کنترل و رفع می‌نماید (۱۱) . چون تجویز داروهای آنتی سایکوتیک به تنهایی نیاز پیچیده روانی-اجتماعی این بیماران را برطرف نمی‌کند امروزه ترکیبی از دارو و مداخلات روانی-اجتماعی برای آنان توصیه شده است (۱۲). برای مثال، سازمان بهداشت جهانی در برنامه عملیاتی ۲۰۱۳-۲۰۲۰ برای رسیدگی به نیازهای این بیماران مراقبت‌های یکپارچه و مبتنی بر شواهد جامعه نگر را توصیه کرده است (۱۳).

اصطلاح جامعه درمانی که بر اهمیت محیط اجتماعی در درمان بیماری‌های روان‌پزشکی تأکید می‌کند برای اولین بار در سال‌های ۱۹۴۶ و سپس ۱۹۵۰ به کار گرفته شد؛ اما تا سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی آن‌چنان مورد توجه قرار نگرفت (۱۴). یکی از این نوع مداخلات مراقبت پس از ترخیص یا به عبارت دیگر ویزیت در منزل است، رویکرد نوینی است که برگرفته از شاخه روان‌پزشکی اجتماع نگر بوده و هدف آن علاوه بر نظارت مستقیم بر درمان دارویی، توجه به متغیرهای محیطی و روان‌شناختی و خانوادگی را در قالب یک گروه درمانی مورد هدف قرار می‌دهد (۱۵). این رویکرد، رویکردی مبتنی بر شواهد است که در آن تصمیم‌گیری برای درمان بر مبنای پژوهش و اطلاعات مربوط به سیستم سلامت است (۱۶). درواقع نوعی ادغام خدمات آموزشی و درمانی برای بیمار و خانواده وی در منزل است (۱۷) . تحقیقات اولیه حاکی از اثربخشی و کارآمدی این روش است برای مثال یکی از پژوهش‌ها (۱۸) نشان داد که این نوع از مداخله موجب کاهش بستری دوباره و بهبود وضعیت بالینی بیماران اسکیزوفرن و دوقطبی شده و می‌تواند به میزان چشمگیری از هزینه‌های تحمیل شده به نظام بهداشتی-درمانی و همچنین خانواده بیماران بکاهد. مطالعات دیگری از این دست روی بیماران اسکیزوفرن انجام شده است (۱۹, ۲۰). بعضی از مطالعات نشان دادند که برنامه مراقبت پس از ترخیص موجب بهبود مؤلفه‌های درمان بخش مانند کاهش تعداد و طول مدت بستری در این بیماران شده است. همچنین مطالعه‌ای نشان داد که رویکرد مراقبت پس از ترخیص موجب کاهش میزان عود، کاهش هزینه‌های درمان و ارتقای وضعیت شغلی شد (۲۱) و موجب کاهش نشانه‌های روان پریشی و خلقی در بیماران اسکیزوفرنی و دوقطبی شد و میزان بستری مجدد ۴۰ تا ۵۰ درصد کاهش یافت (۲۲) که توسط مطالعات دیگری نیز پیگیری شده و تائید شده است (۲۳)؛ اما بعضی از محققان در بررسی این میزان از کارآمدی عنوان می‌کنند که پژوهش‌های بیشتری برای بررسی کارآمدی این نوع مداخلات نیاز است و توجه به متغیرهای فرهنگی و اجتماعی نیز توصیه شده است (۲۴). چرا که فرهنگ‌های مختلف ممکن است میزان پذیرش متفاوتی نسبت به مداخلات از این دست داشته باشند که این مداخلات نیاز بیشتری به ورود به فضای خانواده و همکاری بیشتری از جانب اعضا خانواده و سیستم اطرافیان بیمار را می‌طلبد.

این مداخلات در استان کردستان که مؤلفه‌های فرهنگی خاص و متفاوتی دارد و ویژگی‌های مشخص و مختص به خود را داراست هنوز مورد مطالعه واقع نشده است. با این توصیفات، برنامه ویزیت در منزل در بیمارستان قدس سنندج به عنوان جزئی از خدمات جامعه‌نگر با حمایت دانشگاه علوم پزشکی کردستان از مهرماه ۱۳۹۳ شروع به کار کرده است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی رویکرد ویزیت در منزل بر روی مؤلفه‌هایی مانند شدت علائم بیماری، تعداد و طول

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

بستری مجدد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و عملکرد کلی آنان بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی مداخله‌ای نیمه-آزمایشی از نوع کارآزمایی تصادفی کنترل شده بود. جامعهٔ مورد مطالعه شامل تمام بیماران روان‌پزشکی تازه ترخیص شده از بیمارستان قدس سنندج بود که مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا بوده و شرایط پیگیری پس از ترخیص (ویزیت در منزل) را داشتند. نمونه برابر است با جامعهٔ آماری و بدین صورت تا زمان تکمیل گروه‌ها از لحاظ تعداد، نمونه‌گیری ادامه پیدا کرد. از این رو، بیمارانی که تشخیص‌شان اسکیزوفرنیا بود و شرایط ورود به تحقیق را داشتند و رضایت‌نامه شرکت در برنامه را همراه با عضو حامی خانواده امضا کردند، به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل گماشته شدند. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بودند: ۱) بیمار و خانواده وی باید شرایط ویزیت در منزل را داشته باشند، ۲) در محدوده شهری سنندج ساکن باشند، ۳) همکاری خانوادگی لازم را برای شرکت در برنامه ویزیت در منزل داشته باشند و حداقل همراه با یکی از اعضای خانواده خود زندگی کند، ۴) داشتن سابقه حداقل دو نوبت بستری در بیمارستان روان‌پزشکی در طول دو سال گذشته، ۵) تشخیص بیماری اسکیزوفرنی بر اساس DSM-5 (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-انجمن روان‌پزشکی آمریکا) اختلالات روانی و تأیید روان‌پزشک، ۶) از لحاظ سنی حداقل ۱۸ سال داشته باشد. ملاک‌های خروج از برنامه شامل موارد زیر می‌شدند: ۱) تغییر محل سکونت و خارج شدن از محدوده شهری سنندج، ۲) تشخیص توأم اختلال شخصیتی و یا اختلال ناتوانی ذهنی، ۳) وابستگی به مواد مخدر، ۴) عدم همکاری خانواده با گروه ویزیت در منزل در طول انجام پژوهش ۵) تغییر گروه دارویی نسبت به زمان شروع مطالعه، ۶) تغییر تشخیص قبلی به تشخیصی غیر از اسکیزوفرنیا بعد از گزینش نمونه‌ها بر اساس شرایط ذکر شده، ۳۰ بیمار انتخاب شده، به صورت تصادفی دو گروه مداخله و کنترل گماشته شدند. گروه مداخله به مدت یک سال تحت شرایط ویزیت در منزل قرار گرفت و توسط گروه درمانی روان پزشک، روان‌شناس بالینی، پرستار و مددکار اجتماعی ویزیت می‌شدند. علاوه بر این گروه ارزیابی که شامل دو نفر کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی آموزش دیده بود که طور کامل از فرایند تخصیص گروه‌ها ناآگاه بودند، در سه مرحله ارزیابی‌های لازم را انجام دادند. شرکت‌کنندگان در سه ماهه نخست به صورت هفتگی و در نه ماه بعد از آن به صورت ماهیانه ویزیت می‌شدند. گروه کنترل مداخله خاصی غیر از مداخلات دارویی مرسوم خود را دریافت نکرد. تمامی بیماران در سه مرحله (ابتدا قبل از ورود به برنامه، سپس ۶ ماه بعد از شرکت در آن و در نهایت بعد از دوازده ماه) مورد ارزیابی قرار گرفتند و اطلاعات لازم اخذ شده و پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل شدند.

برنامه خدمات ویزیت در منزل طبق راهنمای راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر برنامه‌ریزی شده است (۲۵) که در ادامه کلیاتی از آن ذکر شده است. در این پروتکل ویزیت در منزل هر دو هفته یک‌بار برای دو تا سه ماه و سپس هر ماه یک‌بار انجام می‌شود. البته با توجه به وضعیت بیمار توالی ویزیت‌ها تغییر خواهد کرد. گروه ویزیت در منزل شامل دستیار روان‌پزشکی، روان‌شناس بالینی، یک پرستار و یا مددکار است.

محتوای خدمات:

۱) ویزیت طبی بیمار (توسط پزشک گروه) که شامل ارزیابی وضعیت بالینی بیمار، عوارض دارویی، علائم آغازین عود، تنظیم و تجویز دارو و دستور تزریق آنتی سایکوتیک طولانی الاثر است.

۲) ارزیابی وضعیت روانی، آموزش چهره به چهره به بیمار و خانواده (توسط روان‌شناس بالینی) که شامل آموزش درباره ماهیت بیماری، سیر درمان و علائم اولیه عود است. این آموزش بر اساس راهنماهای مشخص و نیز ارائه جزوات آموزشی است.

۳) مداخله در بحران و آموزش مقابله با استرس به خانواده و بیمار

۴) اقدامات حمایتی و مددکاری اجتماعی که شامل راهنمایی و کسب منابع حمایتی (از جمله سازمان‌های بیمه‌گر و حمایتی) است

۵) آموزش به بیمار و خانواده طی ویزیت در منزل و همچنین به‌طور جداگانه طی کارگاه‌هایی که برای بیمار و خانواده‌ها در مرکز جامعه نگر گذاشته می‌شود انجام می‌شود.

۶) اقدامات اورژانس، بنا به درخواست بیمار یا خانواده و در ساعات اداری انجام می‌شود که شامل ویزیت بیمار در منزل، مداخله در بحران، تجویز دارو و یا ارجاع جهت بستری است.

قطع مراقبت:

در موارد زیر تصمیم به قطع مراقبت گرفته می‌شود.

قطع تمایل بیمار و خانواده به ادامه مراقبت

۱. بروز علائم عود که قابل کنترل در منزل نبوده و نیاز به بستری باشد.

۲. وجود افکار شدید خودکشی یا آسیب به دیگران

۳. بروز بیماری طبی غیر روان پزشکی که در منزل قابل درمان نباشد.

نظارت:

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

بعد از هر بار ویزیت در منزل، گزارش کتبی خدمت به روان‌پزشک مسئول ارائه می‌شود.

۱.هفته‌ای یک بار جلسه‌ای با حضور اعضای گروه و روان پزشک تشکیل می‌شود. طی جلسه ضمن بررسی پرونده بیمار، نحوه ادامه درمان و مداخلات خاص روانی-اجتماعی خاص و اقدامات مددکاری طرح و تصمیم‌گیری می‌شود.

۲.ارزیابی بیماران توسط پرسشنامه و در سه مرحله (قبل از ورود به برنامه، ۶ ماه بعد از شرکت در آن و در نهایت بعد از دوازده ماه) و توسط دو نفر روان‌شناسی بالینی که مستقل از تیم درمان بودند و از محتوای خدمات و تقسیم افراد در گروه ها مطلع نبودند انجام گردید.

اطلاعات ثبت مطالعه: این مداخله با کد اخلاق IR.MUK.REC.1392.232 در دانشگاه علوم پزشکی کردستان در تاریخ ۸ دی ماه سال ۱۳۹۸ ثبت شده است.

ابزارها: در تحقیق حاضر متغیرهایی خاصی وجود داشتند که نیاز به تعریف دارند به این صورت، **تعداد بستری قبلی:** به تعداد بستری‌های قبلی بیمار که در سابقهٔ بیمارستانی وی ثبت شده است. **طول مدت بستری قبلی:** به مدت زمانی که بستری‌های قبلی اطلاق می‌شود که در پروندهٔ بیمارستانی وی قید شده است. **تعداد بستری بعدی:** به تعداد نوبت‌هایی که بیمار پس از ورود به مداخله (کنترل یا مداخله) در بخش روان‌پزشکی بستری می‌شود. **طول مدت بستری بعدی:** به مدت زمانی که بیمار پس از ورود به مداخله (کنترل یا مداخله) در بخش روان‌پزشکی بستری می‌شود.

مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا (PANSS)**:** به صورت یک پرسشنامه نیمه‌ساختاریافته در اواخر دهه ۱۹۸۰ برای ارزیابی علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی در قالب ابعاد خاصی تدوین شد (۲۶) و تکمیل آن به قضاوت بالینی نیاز دارد (۲۷). سه زیر مقیاس کلی دارد که پایایی هر یک از آن‌ها در مطالعات نسبتاً بالا بوده است و همسانی درونی و پایایی بین ارزیاب‌ها در حد عالی گزارش شده است همبستگی خوبی با سایر پرسشنامه داشته است (۲۸) به طور کلی برای ارزیابی فرجام بالینی در مطالعات درمان اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان پریشی ابزاری عالی محسوب می‌شود، از ۳۰ موضوع موجود در این مقیاس، ۷ موضوع به مقیاس علائم مثبت، ۷ موضوع به مقیاس علائم منفی و ۱۶ موضوع باقیمانده به مقیاس سایکوپاتولوژی عمومی تعلق دارند. نمرات هریک از این سه مقیاس با جمع زدن نمرات تمامی موضوعات تشکیل دهنده آن‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه ممکن نمرات برای مقیاس‌های مثبت و منفی بین ۷-۴۹ و برای مقیاس‌های سایکوپاتولوژی عمومی بین ۱۶-۱۱۲ است (۲۹). همچنین ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای نسخه فارسی آن گزارش شده است (۳۰).

پس از تکمیل اطلاعات از نسخهٔ بیستم نرم افزار آماری SPSS به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی تعداد ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی تازه ترخیص شده بیمارستان انجام شد که به اختلال اسکیزوفرنیا مبتلا بودند که به دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی گماشته شدند. بعد از شروع مطالعه یک نفر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل به دلیل تغیر محل سکونت از گروه حذف شد. سه نفر دیگر از شرکت‌کنندگان به دلیل عدم همکاری خانواده و یا تغییر محل سکونت قادر به ادامه مداخله نبوده و از گروه حذف شدند. به این ترتیب هر گروه ۱۳ نفر تا پایان مطالعه باقی ماندند. میانگین سن بیماران در گروه مداخله برابر با ۶۷/۳۷ با انحراف معیار ۱۲/۲۸سال و در گروه کنترل برابر با ۷۳/۳۷ با انحراف معیار ۱۰/۹۲ سال است. بیشترین سن در گروه مداخله برابر با ۶۹ سال و در گروه کنترل برابر با ۵۲ سال است؛ ولی تفاوت معنی‌داری بین گروه کنترل و مداخله از نظر متوسط سن وجود ندارد (P=۰/۹۹۸). در جدول ۱ داده‌های اولیهٔ مربوط به متغیرهای دموگرافیک در دو گروه پژوهش آمده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود سایر متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه مانند جنس، تحصیلات، وضعیت شغلی، تأهل و وضعیت سکونت، در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند؛ بنابراین بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که نمونه‌های گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌هایی دموگرافیک قبل از شروع مداخلات تفاوت معناداری با هم نداشته‌اند.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک گروه کنترل و مداخله مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری آماری در نظر گرفته شده است.

		مداخله		کنترل		کای سکویر	مقدار پی
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
جنس	مرد	۹	۶۹٪/۲۳	۱۰	٪ ۷۶/۹۲	۰/۱۸۷	۰/۶۶۶
	زن	۴	۳۰٪/۷	۳	۲۳٪/۰۷		

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

تحصیلات	بی سواد	۴	۳۰٪/۷	۲	۱۵٪/۳۸	۲/۴۱۴	۰/۵۵۱
	ابتدایی	۲	۱۵٪/۳۸	۴	۳۰٪/۷		
	سیکل	۳	۲۳٪/۰۷	۴	۳۰٪/۷		
	دیپلم	۴	۳۰٪/۷	۳	۲۳٪/۰۷		
شغل	بیکار	۱۲	۹۲٪/۳	۹	٪ ۶۹/۲۳	۴/۱۴۴	۰/۲۵۶
	خانه دار	۰	۰	۱	۷٪/۶۹		
	کارمند	۱	۷٪/۶۹	۱	۷٪/۶۹		
	آزاد	۰	۰	۲	۱۵٪/۳۸		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰	٪ ۰/۸	۱۱	٪ ۰/۸۴	۰/۴۵۷	۰/۸۱۴
	متأهل	۲	۱۵٪/۳۸	۲	۱۵٪/۳۸		
	مطلقه	۱	۷٪/۶۹	۰	۰		
وضعیت سکونت	منزل شخصی	۷	۵۳٪/۸۴	۲	۱۵٪/۳۸	۵/۶۸۳	۰/۰۵۳
	مستأجر	۶	۴۶٪/۱۵	۱۱	۸۶٪/۷		

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی به تفکیک گروه کنترل و مداخله با استفاده از آزمون تی برای گروه های مستقل

متغیر	مداخله		کنترل		آماره	معناداری
	M	SD	M	SD		
تعداد بستری قبلی	۲/۴۶	۰/۶۶	۲/۲۳	۱/۵۳	−۱/۶۵۹	۰/۱۱
طول مدت بستری قبلی	۲۹/۵۳	۸/۳۵	۲۹/۲۳	۹/۲۲	۰/۹۵	۰/۹۲۵
تعداد بستری بعدی	۰/۱۵	۰/۳۷	۱/۶۹	۰/۶۳	−۷/۵۵۹	۰/۰۰۱
طول مدت بستری بعدی	۳/۶۱	۸/۹۳	۲۷/۹۲	۸/۳۷	−۷/۱۵۶	۰/۰۰۱

۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری در نظر گرفته شده است

دو گروه از لحاظ تعداد بستری‌های قبلی و همچنین طول مدت آن تفاوت معناداری نداشتند؛ اما بعد از یک سال، گروه مداخله تفاوت معناداری در هر دو متغیر تعداد بستری (میانگین گروه مداخله ۰/۱۵ و انحراف معیار ۰/۳۷ نسبت به میانگین ۱/۶۹، انحراف معیار ۰/۶۳ برای گروه کنترل) و طول مدت (با میانگین ۳/۶۱ و انحراف معیار ۸/۹۳ برای گروه مداخله و میانگین ۲۷/۹۲ و انحراف معیار ۸/۳۷ در گروه کنترل) نسبت به گروه کنترل داشت؛ بنابراین می‌توان گفت که مراقبت پس از ترخیص بر کاهش تعداد بستری‌ها و همچنین طول مدت بستری بیماران گروه نمونه مؤثر و کارآمد بوده است.

برای ارزیابی معنی‌داری تفاوت بین دو گروه در زیر مقیاس‌های مقیاس علائم مثبت و منفی از تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در جدول زیر نمرات دو گروه (کنترل و مداخله) در زیرمقیاس‌های مربوط به آزمون PANSS و انحراف استاندارد آن آمده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری مکرر برای علائم مثبت در دو گروه کنترل و مداخله، نشان داد که دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($F_{(1.25)}= 28.43, p \leq 0.001$) و در مراحل زمانی مطالعه (پس‌آزمون و پیگیری) $F_{(1.25)}= 29.45, p \leq 0.001$ این تفاوت معنادار است. همچنین تحلیل واریانس ۲×۳ نشان داد که $F_{(2.48)}= 31.057, p \leq 0.0001$ دو گروه از در مراحل مختلف تفاوت معناداری باهم دارند. در ادامه نتایج مقایسه‌های جفتی مربوط به مراحل درمان برای هر چهار نمرهٔ به دست آمده از مقیاس PANSS بر اساس آزمون بونفرونی در جدول ۴ و همین طور نتایج آزمون تی برای گروه‌های مستقل در جدول ۵ آمده است.

جدول ۳. نمرات کلی مقیاس علائم مثبت و منفی و زیرمقیاس‌های آن در سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

	مرحله نخست		مرحله دوم		مرحله سوم	
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل
علائم مثبت	۲۶/۴۶۱	۲۶	۲۱/۴۶۱	۲۷/۴۶۱	۱۴/۵۳۸	۲۶/۱۵۳
علائم منفی	۲۶/۸۴۶	۲۷/۸۴۶	۲۴/۷۶۹	۳۰	۱۹/۵۳۸	۳۰/۴۶۱
سایکوپاتولوژی عمومی	۵۴/۶۱۵	۵۴/۹۲۳	۵۲/۵۳۸	۵۶/۹۲۳	۴۱/۷۶۹	۵۷/۶۱۵
مجموع	۱۰۷/۹۲	۱۰۸/۷۶	۹۸/۷۶۹	۱۱۴/۳۸	۵۷/۸۴۶	۱۱۴/۲۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

نتایج آزمون تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری مکرر برای علائم منفی در دو گروه کنترل و مداخله نشان داد که اثر اصلی گروه ($F_{(1.25)}= 18.31, p \leq 0.001$) و اثر زمان ($F_{(1.25)}= 2.42, p \leq 0.133$) معنادار است. به این صورت گروه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر دارند و این تفاوت در مراحل مختلف نیز وجود دارد. همچنین تحلیل واریانس ۲×۳ نشان داد که ($F_{(2.48)}= 10.8, p \leq 0.003$) دو گروه از لحاظ زمان (مراحل مختلف مطالعه) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

همچنین نتایج آزمون مذکور برای سایکوپاتولوژی عمومی در دو گروه کنترل و مداخله نشان داد که دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($F_{(1.25)}= 12.96, p \leq 0.001$) و این تفاوت در مراحل پس آزمون و پیگیری مطالعه وجود دارد ($F_{(1.25)}= 5/637, p \leq 0/026$) است. همچنین تحلیل واریانس ۲×۳ نشان داد که ($F_{(2.48)}= 13.17, p \leq 0.001$) گروه و زمان تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. نتایج آزمون برای نمرهٔ کل مقیاس در دو گروه کنترل و مداخله نشان داد که دو گروه از این لحاظ به طور معناداری با یکدیگر

جدول ۴. نتایج مقایسه‌های بونفرونی مربوطه به ۴ نمره مقیاس PANSS
مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری در نظر گرفته شده است.

			اختلاف میانگین	فاصله اطمینان ۹۵ ٪		*p*
				کران پایین	کران بالا	
علایم مثبت	مرحله ۱	مرحله ۲	۱/۷۶۹	−۱/۲۱۵	۴/۷۵۴	۰/۴۲۱
		مرحله ۳	۵/۸۸۵	۳/۰۹۶	۸/۶۷۳	۰/۰۰۰۱
	مرحله ۲	مرحله ۳	۴/۱۱۵	۲/۰۱۵	۶/۲۱۶	۰/۰۰۰۱
علایم منفی	مرحله ۱	مرحله ۲	−۰/۰۳۸	−۳/۹۵۴	۲/۸۷۷	۰/۹۸۸
		مرحله ۳	۲/۳۴۶	−۱/۵۳۹	۶/۲۳۱	۰/۰۴
	مرحله ۲	مرحله ۳	۲/۳۸۵	−۰/۴۸۱	۵/۲۵۰	۰/۱۲۸
سایکوپاتولوژی عمومی	مرحله ۱	مرحله ۲	۰/۰۳۸	−۵/۵۷۹	۵/۶۵۶	۰/۹۹۸
		مرحله ۳	۵/۰۷۷	۰/۴۳۱	۱۰/۵۸۵	۰/۰۷۸
	مرحله ۲	مرحله ۳	۵/۰۳۸	۰/۸۹۰	۹/۱۸۷	۰/۰۱۴
نمره کل	مرحله ۱	مرحله ۲	۰۱/۳۰۸	۱۱/۰۲۶	۸/۴۱۱	۰/۹۹۸
		مرحله ۳	۹/۸۰۸	۰/۸۸۲	۱۸/۷۳۴	−۰/۰۲۸
	مرحله ۲	مرحله ۳	۱۱/۱۱۵	۴/۹۲۷	۱۷/۳۰۴	۰/۰۰۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تی برای گروه‌های مستقل در سه مرحله ارزیابی
مقدار *P* کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری آماری در نظر گرفته شده است

	مرحلهٔ ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	p
علائم مثبت	قبل از شروع	مداخله	۲۶/۴۶۱	۳/۷۹۹	۰/۷۸۰
		کنترل	۲۶	۴/۵۰۹	
	۶ ماه بعد	مداخله	۲۱/۴۶۱	۳/۰۱۷	۰/۰۰۲
		کنترل	۲۷/۴۶۱	۵/۵۴۷	
	۱۲ ماه بعد	مداخله	۱۴/۵۳۸	۳/۰۷۱	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۲۶/۱۵۳	۳/۹۹۶	
علائم منفی	قبل از شروع	مداخله	۲۶/۸۴۶	۲/۰۳۴	۰/۶۵۳
		کنترل	۲۷/۸۴۶	۷/۶۲۵	
	۶ ماه بعد	مداخله	۲۴/۷۶۹	۲/۷۷۳	۰/۰۰۶
		کنترل	۳۰	۵/۵۸۲	
	۱۲ ماه بعد	مداخله	۱۹/۵۳۸	۴/۱۵۵	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۳۰/۴۶۱	۵/۸۶۸	
سایکوپاتولوژی عمومی	قبل از شروع	مداخله	۵۴/۶۱۵	۵/۷۸۱	۰/۰۹۴
		کنترل	۵۴/۹۲۳	۱۳/۲۸۸	
	۶ ماه بعد	مداخله	۵۳/۵۳۸	۵/۸۱۱	۰/۰۶۱
		کنترل	۵۶/۹۲۳	۵/۵۷۴	
	۱۲ ماه بعد	مداخله	۴۱/۷۶۹	۶/۸۸۱	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

		کنترل	۵۷/۶۱۵	۵/۰۷۵	
نمره کل	قبل از شروع	مداخله	۱۰۷/۹۲	۸/۰۳۵	۰/۹۸۲
		کنترل	۱۰۸/۰۷	۲۳/۳۶۱	
	۶ ماه بعد	مداخله	۹۸/۷۶۹	۸/۴۳۷	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۱۱۹/۸۴	۷/۱۹۷	
	۱۲ ماه بعد	مداخله	۷۵/۸۴۶	۱۰/۷۱۴	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۱۲۰/۵۳	۸/۹۴	

تفاوت دارند ($F_{(1.25)}= 50.599, p \leq 0.001$) و این معناداری در مراحل درمان نیز وجود دارد $F_{(1.25)}= 7.997, p \leq 0.009$. همچنین تحلیل واریانس ۲×۳ نشان داد که تعامل کلی بین زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه (کنترل و مداخله) معنادار است ($F_{(2.48)}= 41.227, p \leq 0.0001$)

با توجه به نتایج آماری فوق و همچنین نتایج جداول مربوط به نتایج آزمون بونفرونی (جدول ۴) و آزمون تی برای گروه‌های مستقل (جدول ۵) می‌توان گفت که گروه مداخله در مراحل دوم و سوم ارزیابی نسبت به گروه کنترل در هر چهار متغیر مربوط به آزمون PANSS، (علائم مثبت، علائم منفی سایکوپاتولوژی عمومی و همچنین نمرهٔ کل) بهبودی معناداری در کاهش علائم داشته است. در تمامی متغیرها گروه مداخله بهبودی معناداری در مرحله دوم ارزیابی نسبت به مرحله ۱ داشته و این بهبودی در مرحله سوم نیز حفظ‌شده است. این آمارها حاکی از آن است که مراقبت پس از ترخیص مداخله‌ای مؤثر بر روی کاهش علائم بیماران اسکیزوفرن بوده است.

بحث

مطالعه حاضر که به منظور بررسی اثربخشی مراقبت پس از ترخیص بر روی بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان انجام شد نشان داد که این برنامه در کاهش مدت زمان بستری، کاهش تعداد بستری این بیماران و همچنین کاهش شدت علائم بیماری مؤثر است. به این صورت که در طول دوره پیگیری یک‌ساله کاهش معنی‌داری در تعداد بستری مجدد بیماران و طول مدت بستری آنان مشاهده شد. همچنین به نحو معنی‌داری در کاهش علائم مثبت، منفی و سایکوپاتولوژی عمومی بعد از یک سال ترخیص حفظ شد. این نتایج همخوان با یافته‌های مطالعات مختلفی است (۹, ۱۴, ۳۱-۳۳).

در مطالعه که در مرکز آموزشی درمانی رازی تهران انجام گرفت همین نتایج به دست آمد (۳۴) و گروه مداخله کاهش معناداری در میزان بستری مجدد نسبت به گروه کنترل نشان داد، با این وجود این پیگیری در مدت ۶ ماه انجام گرفته بود در حالی که مطالعه ما نشان داد که این کاهش معنادار در مدت بیشتری (یک سال) نیز دوام داشته است. در مطالعه دیگری نیز که در بیمارستان روزبه تهران انجام شده است کاهش میزان بستری مجدد بیماران و بهبودی در علائم سایکوتیک و همچنین شدت آن‌ها مشاهده شد هر چند که کیفیت زندگی و عملکرد کلی آنان آن‌چنان تغییری مشاهده نشده بود که به فقدان مداخلات بازتوانی نسبت داده شده است. با این وجود مطالعه ما هر چند به صورت عینی و دقیق ارزیابی نشده بود؛ اما کیفیت کلی زندگی بیماران به موازات کنترل بیشتر علائم روان‌پریشی و کاهش میزان بستری مجدد بهبود پیدا می‌کند (۲۲). در مطالعه دیگری که خیلی شبیه به مطالعه حاضر بود در یک کارآزمایی بالینی و با دوره پیگیری بیشتری (۲۰ ماهه) همین نتایج به دست آمد و گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل فراوانی تجمعی بستری کمتری نشان داد (۲۶ در برابر ۵۵)، همچنین طول مدت بستری و سایکوپاتولوژی عمومی در گروه مداخله کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل یافته بود (۹).

در مطالعه‌ای دیگری که در بحرین انجام گرفت در یک پیگیری ۵ ساله ویزیت در منزل را برنامه‌ای اثربخش و ارجح برای این بیماران مبتلا اسکیزوفرنیا معرفی می‌کند که منجر به کاهش معناداری در تعداد و طول مدت بستری بیماران شده است (۳۵). همچنین مطالعه دیگری علاوه بر میزان بستری، تعداد و شدت علائم، به بررسی میزان رضایت بیماران نیز پرداخته و نشان داد که در کنار بهبود علائم موجب رضایت بیشتری در این بیماران می‌شود (۱۴). علاوه بر موارد فوق متغیر دیگری که نشان داده شده است تعداد جلسات ویزیت است که در نتایج اثرگذار است (۳۶). در یک مطالعه فرا تحلیل بیان شده است که مداخلات روانی اجتماعی بر بیماران اسکیزوفرن و همچنین سایر اختلالات روان‌پزشکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط مؤثر و کارآمد است (۳۳). یکی از تفاوت‌های مطالعه ما با سایر مطالعات در توالی و تعداد جلسات است. جلسات مطالعه ما به طور کلی بیشتر از سایر مطالعات ذکر شده است، در سایرین فاصله ویزیت‌ها طولانی‌تر است که یکی از مؤلفه‌های اثرگذار در نتایج تعداد جلسات ویزیت است (۳۶). البته نقدهایی نیز به خدمات مذکور وارد شده است. در یک مطالعه نظام‌مند که در آن به مجموعه پژوهش‌هایی که طی ۳۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

سال پس از جریان مؤسسه زدایی (۱۹۶۴ تا ۱۹۹۹) انجام گرفته پرداخته شده، علی‌رغم اینکه انتظار می‌رفته شواهد مطمئنی از اثربخشی برنامه ویزیت در منزل وجود داشته باشد؛ ولی به علت مشکلات متدولوژیک گسترده و همچنین محدودیت‌های خاص مطالعات (از جمله مدت کوتاه پیگیری، ارتباط محدود مراکز ارائه خدمات با مراکز دانشگاهی و آکادمیک و...) چنین نتیجه‌ای حاصل نشد؛ لذا پیشنهاد شده که مطالعاتی آینده نگر با دوره طولانی تر پیگیری و منطبق با پروتکل‌های استاندارد ملی و مجهز به متدولوژی کامل‌تر انجام گردد (۳۷). لازم به ذکر است، مداخله ما آینده‌نگر، با پیگیری یک ساله و براساس پروتکل ملی اعلام شده از اداره سلامت روان انجام شده است.

نقد دوم این است که تعداد روز بستری یا طول بستری که در مطالعات به کرات به‌عنوان یک برون‌ده بالینی مداخله استفاده شده بیشتر از آنکه نشان دهنده بهبود وضعیت بالینی فرد باشد بیانگر قوانین بهداشتی منطقه‌ای است (۳۷). ذکر این نکته لازم است که در مطالعه ماهم زمان با ارزیابی تأثیر مداخله در تعداد و طول بستری، برون ده دیگری نیز (شدت علائم) بررسی شده است؛ که همگی نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله است.

نکته سوم در مقاله اخیر این است که میزان کاهش طول بستری در افرادی که دوره طولانی تری از پیگیری را داشتند کمتر شده است. (۶ ± ۰ روز افزایش به ازای هر سال پیگیری)؛ لذا به این نتیجه رسیده که تأثیر مراقبت در منزل به مرور زمان رنگ می‌بازد. به نظر می‌رسد تعهد کارکنان در مراقبت از بیمار در طول زمان پیگیری به مرور کمتر می‌شود. همچنین جمع‌آوری اطلاعات در دوره‌های طولانی‌تر پیگیری منجر به از دست دادن اطلاعات و نهایتاً نتیجه‌گیری اشتباه می‌شود (۳۷) ولیکن در مطالعه ما کاهش معنی‌دار شدت علائم سایکوتیک در ماه ششم پس از ترخیص، یک سال پس از ترخیص نیز تداوم داشته است.

در نهایت نقد کلی که بر اغلب مطالعات این زمینه وارد است این است که طول و تعداد بستری که معمولاً به عنوان شاخص‌های مهمی در اکثر مطالعات مورد توجه قرار گرفته اند که درواقع نمی‌توانند شاخص مستقیمی از بهبودی بیمار باشند و یک فرد می‌تواند علی‌رغم ناتوانی و شدت علائم به دلایل مختلفی از قبیل فقر، خطر آسیب به خود و یا دیگران و ... در بیمارستان بستری نشود. به همین دلیل روش‌های سنجش صحیح‌تری برای بررسی کارآمدی مداخلات باید در نظر گرفته شود (۳۸).

نتیجه گیری

در مجموع در مطالعه حاضر با لحاظ کردن بعضی از این محدودیت‌ها، سعی شد اثربخشی ویزیت در منزل در شرایط قومی، زبانی و فرهنگی متفاوتی مورد ارزیابی قرار گیرد که نتیجه بر آن شد که این مداخلات به عنوان مداخلات پس از ترخیص در شهرستان سنندج منجر به کاهش تعداد و طول بستری مجدد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شده است و شدت علائم این بیماری را نیز تقلیل داده است. این دستاورد در شرایط خاص استان کردستان که علاوه بر مشکلات منطقه‌ای و اقتصادی، با محدودیت‌های چشمگیری در زمینه تعداد تخت‌های روان‌پزشکی همراه است، اهمیت کاربردی دارد. با این وجود این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشت. هرچند که این مطالعه به دنبال کنترل متغیرهای قومی و فرهنگی نبود؛ اما به نظر می‌رسد این متغیرها نیز می‌توانند در این زمینه مؤثر باشند، چرا که نوع مداخله ویزیت در منزل با مسائل خانوادگی و اجتماعی بیشتری روبروست به همین دلیل پیشنهاد می‌گردد در آینده مطالعات این زمینه متغیرهای قومی و فرهنگی و ساختار خانوادگی که مؤلفه‌ای از مؤلفه‌های فرهنگی است را مد نظر قرار دهند. همچنین در مطالعات آتی بررسی مؤلفه‌های اجتماعی و مسائلی از قبیل استیگما که در روند درمان این بیماران اثرگذارند (۳۹, ۴۰) نیز می تواند در اثربخشی برنامهٔ ویزیت در منزل بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این همان طور که دیده شد تفاوت‌های روش شناسی زیادی در مطالعات وجود دارد و داشتن یک روش جامع و مشخص می‌تواند زمینه مناسبی را فراهم کند تا از تفاوت‌های مطالعات بکاهد و نتیجه‌گیری‌های مستیقیم‌تری را در برداشته باشد روش‌هایی که فرایندهای پیش آگهی و ویژگی های مختص بیماران (مانند سن شروع بیمار، فاکتورهای حمایتی و متغیرهای اجتماعی مانند وضعیت اعضای خانواده و ...) را بیشتر و به دقت کنترل کند می‌تواند در ارتباط با اثربخشی این مطالعات نتایج دقیق‌تری به بار بیاورد. همچنین پیگیری‌های طولانی‌مدت در مطالعات طولی نیز می‌تواند در این زمینه مشکل‌گشا باشند که همگی این نکات می‌توانند برای مطالعات آتی مورد استفاده قرار بگیرند.

تشکر و قدردانی

در انجام این مطالعه از امکانات مرکز روان پزشکی جامع نگر شهرستان سنندج که با بودجه اختصاص داده شده از وزارت بهداشت راه اندازی و مدیریت می شود استفاده شده است. در ضمن هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه و همکاران‌مان در بیمارستان روان‌پزشکی قدس که در این مسیر ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

References

1.Kahn R.S, Sommer. I.E, Murray. R.M, al. e. Schizophrenia. Nat Rev Dis Primers. 2015;1(1):1-24.
2.Aminikhoo M, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A, Pezeshk S. Self and schizophrenia (A case study). Clin Psychol Sci. 2016;6(21):202-25.
3.Khodadadi N, Baghaie M, Mahmudi H, Sheikholeslami F. Quality of life in schizophrenic patients. Zahedan J Res Med Sci. 2012;14(1):61-6.
4.Happell B, Hoey W, J. Gaskin C. The Characteristics of Consumers Receiving Case Management in the Community: A Review of Literature. Issues Ment Health Nurs. 2012;33(3):145-8.
5.Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: A critical review. Arch Psychiatr Nurs. 1990;4(2):99-107.
6.Wyatt RJ, Henter I, Leary MC, Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia-1991. Soc Psych Psych Epid. 1995;30(5):196-205.
7.Bustillo J.R, Lauriello J, Horan W.P, S.J. K. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. Am J Psychiatry. 2001;158:163–75.
8.leucht s, Cipriani A, Spineli L, al. e. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: amultiple-treatments meta-analysis. The Lancet. 2013;382(9896):951-62.
9.Ghadiri Vasfi M, Moradi-Lakeh M, Esmaeili N, Soleimani N, Hajebi A. Efficacy of aftercare services for people with severe mental disorders in Iran: A randomized controlled trial. Psychiatr Serv. 2015;66(4):373-80.
10.Shimada T, Nishi A, Yoshida T, Tanaka S, Kobayashi M. Factors influencing Rehospitalisation of patients with schizophrenia in Japan: a 1-year longitudinal study. Hong Kong J Occup Ther. 2016;28(1):7-14.
11.Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. Br J Psychiatry. 1981;139(2):102-4.
12.Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. The Lancet. 2016;387(10028):1672-85.
13.Saxena S, Funk M, Chisholm D. World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. The Lancet. 2013;381(9882):1970-1.
14.Santomassino M, Costantini GD, McDermott M, Primiano D, Slyer JT, Singleton JK. A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. JBI Database Syst Rev Implement Rep. 2012;10(21):1214-59.
15.Bayanzadeh SA, A K-n. studying the qulaity of life of chronic schizophrenic patients. JTBCP. 1998;4(1):4-13.
16.Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. J Ment Health Policy Econ. 2000;3(2):69-75.
17.Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Community Mental Health Centers in Iran: Planning Evidence-based Services. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2013;19(3):14.
18.Taghibaygi M, SHarafi L, ALIBAYGI A. The Impact of Self-Esteem and Personal Characteristics on Educational Improvement of Razi University Agriculture Students. J Agric Educ. 2015;7(32):113-22.
19.Falahi kM, Khankeh H, Mohammadi F, Hosseini M, Rahgouy A, Ghazanfari N. Home care effectiveness in preventing rehospitalization of acute schizophrenic patients. IJNR. 2009;4(14):59-66.
20.Hussain H, Tarada M, Redha M, Sequeira R. Evaluation of community psychiatric-home visit treatment versus outpatient treatment of chronic schizophrenic patients in Bahrain. AJP. 2009;20(1):34-41.
21.Malakouti S.K, Nouri R, Nasre-esfahani M, R. E-a. Effect of group activity of continues care in caring of chronic mental illness. JTBCP. 1999;4(3):5-13.
22.Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Roudsari MJ. Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled study. Community Ment Health J. 2012;48(6):766-70.
23.Reed SK, Hennesy KD, Michell OS, HM. B. A mental health capitation program:II. Cost benefit analysis. H&CP. 1994;45:1079-103.
24.Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Which of Community-Based Services are Effective for People with Psychiatric Disorders? A Review of Evidence. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2013;19(2).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]

25.Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Community Mental Health Centers in Iran: Planning Evidence-based Services. IJPCP. 2013;19(3):163-76.
26.White L, Harvey PD, Opler L, Lindenmayer J. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. Psychopathology. 1997;30(5):263-74.
27.Van Erp TG, Preda A, Nguyen D, Faziola L, Turner J, Bustillo J, et al. Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. Schizophr Res. 2014;152(1):289-94.
28.Wallwork R, Fortgang R, Hashimoto R, Weinberger D, Dickinson D. Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. Schizophr Res. 2012;137(1-3):246-50.
29.Levine SZ, Rabinowitz J, Rizopoulos D. Recommendations to improve the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) based on item response theory. Psychiatry Res. 2011;188(3):446-52.
30.Fayazi Bordbar MR, Abdollahian E, Hojjat K, Samaric AA. Effects of selegiline on negative symptoms in schizophrenia: A double-blind clinical trial. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2008;14(2):131-9.
31.Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Jalali Roudsari M. Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: a 12-month randomized controlled study. Community Ment Health J. 2012;48(6):766-70.
32.Hajebi A, Sharifi V, Vasfi MG, Moradi-Lakeh M, Tehranidoost M, Yunesian M, et al. A multicenter randomized controlled trial of aftercare services for severe mental illness: study protocol. BMC Psychiatry. 2013;13(1):1-9.
33.Asher L, Patel V, De Silva MJ. Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):355.
34.Falahi-khoshkenab M, khanke HR, Mohamadi F, Hosseini MA, Rahgooy A, N. G. effect of home care services in prevention of rehospitalization of acute schizophrenic patients. Nurs Res J. 2009;4(14):59-66.
35.Hussain H, Trada M, Redha M, Sequeira R. Evaluation of community psychiatric-home visit treatment versus outpatient treatment of chronic schizophrenic patients in Bahrain. AJP. 2009;20(1):34-41.
36.Chang L-R, Lin Y-H, Chang H-CW, Chen Y-Z, Huang W-L, Liu C-M, et al. Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. JFMA. 2013;112(4):208-15.
37.Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Psychol Med. 2002;32(3):383-401.
38.Sobhebidari P, Jalali-Roudsari M, Yasamy MT, Tehranidoost M, Amini H, Sharifi V, et al. Roozbeh home care program for severe mental disorders: A preliminary report. Iran J Psychiatry. 2006;1(1):31-4.
39.Sohrabi F, Esfandyari G, Yousefi F, Abdollahi N, Saed G, Bakhivushi S. The relationships between self-esteem, demographic variables, psychiatric diagnosis and Frequency of hospitalization with mental illness stigma in psychiatric patients. Shenakht J psychol psychiatry. 2016;3(4):27-38.
40.Sohrabi f, saed g, Abdollahi N, Ramezani G. The Relationship between Suicidal Thought and Stigma and Self-esteem in Psychiatric Patients. IJPN. 2019;7(3):48-54.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-13]

[DOI: 10.52547/sjku.26.7.97]