Effectiveness of Home-Care Approach onTreatment Outcomes in Newly Discharged Bipolar-I-patients: A Randomized Control Trial Study

Fateh Sohrabi[1], Golnia Saed[2], Marzeyeh Moghadam[3], Narges Shams-Alizadeh[4], & Sara Modaresi[5]

1.Ph.D. Candidate of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0159-8273.

2.M.Sc. of Clinical psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0520-4489

3.MD. Assistant professor, Neuroscience Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding author), Tel: +98-9181712084, E-mail: dr.m.moghadam@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-8493-7647

4.MD. Associated Professor, Neuroscience Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5652-3367

5.M.Sc. of Clinical psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-3675-5504

ABSTRACT

Background and Aim: Home-Visit is a recently growing approach for patients with chronic mental health problems. This study aimed to investigate the effectiveness of this approach in some therapeutic factors in the patients with BID.

Material and Methods: In this randomized control trial study, among bipolar I patients discharged from Ghods Psychiatric Hospital in Sanandaj, those who met our inclusion criteria, after informed consent, randomly assigned into intervention and control groups. The evaluators were unaware of the patients' groups. The intervention group received 1-year intervention of home-care services, whereas the control group doesn't receive any intervention, except for their pharmacological treatment. Hamilton-Depression-Rating Scale and Young-Mania-Rating-Scale were used to record possible changes during the steps of our study (before, 6-months and 12-months after intervention). Data were analyzed using SPSS.

Results: Our study included 26 patients (19 men, 7 women). 13 assigned to intervention group (Mean age= 36.15, SD=15.04), and 13 assigned to control group (Mean age=34.92, SD=5.15), which did not show any significant difference at the baseline (T=.279, p= .783). The results implied that the intervention group had significant decrease in all of the three variables, including frequency of hospitalization (p=0/001), mania (p=0/002), and depression (p=0/006), compared to the control group. These changes remained the same during the one year follow-up period.

Conclusion: Results showed that home-visit was effective in, decreasing the severity of the symptoms, frequency and length of hospital stay in BID patients. It seems possible that increased length of interventions can lead to better outcomes.

Keywords: Bipolar-I disorder, Home-care, Severity of symptom, Hospitalization.

Received: Feb 24, 2022 **Accepted:** Aug 31, 2022

How to cite the article: Fateh Sohrabi, Golnia Saed, Marzeyeh Moghadam, Narges Shams-Alizadeh, Sara Modaresi. Effectiveness of Home-Care Approach onTreatment Outcomes in Newly Discharged Bipolar-I-patients: A Randomized Control Trial Study.ŚJKU 2023;28(2):76-89.

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 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

اثربخشی رویکرد مراقبت در منزل بر پیامدهای درمانی بیماران دوقطبی–I ترخیص شده از بیمارستان- یک مطالعهٔ تصادفی شدهٔ کارآزمایی بالینی

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

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، کد ارکید: ۸۲۷۳ - ۰۱۵۹- ۰۰۰۲-۰۰۰۰

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

۳. استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. نویسنده مسئول، پست الکترونیک: dr.m.moghadam@gmail.com، **تلفن**: ۹۸-۹۱۸۱۷۱۲۰۸۴+، کد ارکید: ۷۶۴۷ –۸۴۹۳ - ۰۰۰۲-۰۰۰۰

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

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۵۵۰۴ - ۳۶۷۵ -۰۰۰۳ -۰ ۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت در منزل یکی از روش‌هایی است که اخیراً رشد یافته و برای اختلالات شدید روانی به کاربرده شده است. هدف این مطالعه بررسی کارآمدی مراقبت در منزل بعضی از فاکتورهای درمانی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

روش: در قالب یک مداخله کارآزمایی تصادفی کنترل شده، از بیماران دو قطبی نوع ۱ ترخیص شده از بیمارستان روان‌پزشکی قدس سنندج 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 گماشته شدند. ارزیابی‌کنندگان از اینکه اعضای چه گروهی را ارزیابی می‌کنند آگاهی نداشتند. گروه مداخله به مدت یک سال تحت برنامه مراقبت در منزل قرارگرفت و گروه کنترل مداخله خاصی غیر از درمان دارویی‌شان دریافت نکرد. تعداد بستری و میانگین مدت بستری بیماران به‌علاوه پرسشنامهٔ مانیای یانگ، افسردگی همیلتون، در سه مرحله پیش از ورود، بعد از ۶ ماه و سپس ۱۲ ماه بعد، از آنان اخذ شد. تحلیل نتایج با استفاده از SPSS و با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها ۲۶ نفر (۱۹ مرد، ۷ زن) بودند (میانگین سنی ۳۷/۶ انحراف معیار ۱۲/۲) که ۱۳ نفر به گروه مداخله (میانگین سنی=۳۶/۱۵، انحراف استاندارد= ۱۵/۰۴) و ۱۳ نفر دیگر به گروه کنترل اختصاص‌یافتند (میانگین سنی=۳۴/۹۲ و انحراف استاندارد=۵/۱۵) که تفاوت معنی‌داری در اطلاعات به دست آمدهٔ اولیه نداشتند (T=۰/۲۷۹ ,p= ۰/ ۷۸۳). نتایج نشان داد گروه مداخله کاهش معنی‌داری در هر سه متغیر تعداد بستری (p= ۰/۰۰۱)، افسردگی (p= ۰/۰۰۲) و مانیا (p= ۰/۰۰۶) نسبت به گروه کنترل داشت و این میزان در یک سال پیگیری همچنان حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مطالعهٔ حاضر نشان داد که رویکرد مراقبت در منزل در کاهش شدت علائم، تعداد و طول مدت بستری بیماران دوقطبی مؤثر است. به نظر می‌رسد برای رسیدن به نتایج بهتر لازم است دوره‌های بلندتری مداخله ادامه یابد.

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

وصول مقاله:۱۴۰۰/۱۲/۵ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۱/۶/۷ پذیرش:۱۴۰۱/۶/۹

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

مقدمه

اختلال دو قطبی در زمرهٔ بیماری‌های شدید روان‌پزشکی محسوب می‌شود که شیوع آن در جمعیت عمومی نزدیک به ۲ درصد عنوان شده است (۱)، اگرچه شیوع آن از بعضی از اختلالات روانی دیگر کمتر است؛ اما در نوع خود یکی از شدیدترین و ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های روانی به شمار می‌آید (۲). درمان این اختلال هزینه‌های زیادی را بر دوش جامعه می‌گذارد (۳) و علاوه بر مشکلات شدید رفتاری، شناختی، آموزشی و شغلی و اُفت عملکرد بین فردی، میزان مرگ‌ومیر بالایی دارد (۴). اگرچه درمان‌های دارویی به عنوان خط اول درمان این اختلال شناخته می‌شوند؛ اما متأسفانه در اکثر افراد علی‌رغم درمان مناسب دارویی، بعضی از علائم ناتوان‌کننده و همچنین نقایص عملکرد شناختی و عملکرد اجتماعی همچنان باقی مانده و به احتمال زیادی علی‌رغم تعهد به مصرف دارو، دچار عود می‌شوند، به همین دلیل ضروری است که درمان‌های روانی اجتماعی با درمان دارویی آنان ادغام شود (۵). عودهای مکرر و عدم بهبودی پایدار این بیماران هزینه‌های هنگفتی بر دوش جامعه گذاشته و از طرف دیگر با هر عود مسیر بهبودی آنان به تدریج رو به وخامت می‌رود که به تدریج بازگشت به عملکرد قبلی را با مشکل بیشتری روبرو می‌سازد؛ بنابراین می‌توان گفت در این بیماران علاوه بر درمان های زیستی، حل و فصل مشکلات روان شناختی و اجتماعی نیز باید مدنظر قرار گیرد، چراکه یکی از مهم ترین حوزه‌هایی که زمینه عود را فراهم می‌آورند همین مسائل روان شناختی است که باید مورد پیگیری قرار گیرد (۶).

مراقبت در منزل یکی از رویکردهای نوین در زمینه درمان اختلالات روان‌پزشکی است که در نوع خود گرایش نظری جامع و کلی‌تری را در برنامه کاری خود قرار داده است و رویکردی التقاطی در درمان اختلالات روانی به شمار می‌آید (۷). در سال‌های اخیر از این قبیل رویکردهای جامعه‌نگر متنوعی با اهداف مختلف و جمعیت‌های متفاوت به وجود آمده‌اند (۸, ۹). یکی از آن‌ها مراقبت در منزل است که مداخله‌ای است که به صورت تیمی (متشکل از روان‌شناس، روان‌پزشک، پرستار و مددکار اجتماعی) انجام می‌شود، تیم درمانی علاوه بر مدیریت مصرف دارو و ویزیت منظم منزل بیماران، سایر مداخلات روانی اجتماعی و مدیریت علائم روان‌شناختی و سیر بیماری را نیز در برنامهٔ کاری خود قرار می‌دهد (۱۰, ۱۱).

اگرچه سیاست‌های مراقبت در منزل به طور روزافزونی در حال گسترش است (۱۲) در ارتباط با کارآمدی این روش تحقیقات محدودی در دسترس قرار دارد و هنوز به شواهد بیشتری برای بررسی مؤثر بودن آن نیاز است (۱۳). بیماران با اختلال دوقطبی در کنار بیماران مبتلا به اسکیزفرنی جزو طبقاتی به شمار می‌آیند که بیشترین نیاز را به مراقبت به منزل دارند (۱۴)، به همین دلیل اغلب تحقیقات صورت گرفته روی این دو اختلال تمرکز کرده‌اند. بعضی از مطالعات انجام شده برای بررسی اثربخشی این رویکرد بر بهبود علائم بیماران در موقعیت‌های روانپزشکی حاکی از اثربخشی این رویکرد بوده است (۱۵). برای مثال مطالعه‌ای که در اسپانیا با این هدف انجام شد، نشان داد که مراقبت در منزل موجب بهبودی علائم بیماران با بیماری روانی شده است (۱۶). همچنین مطالعهٔ گسترده‌ای که اخیراً در کشور تایوان انجام شد، نشان داد که بیماری دو قطبی در کنار اسکیزوفرنی و افسردگی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر به شمار می‌آیند که مراقبت در منزل در کاهش این میزان رویکرد مؤثری است (۱۷). در مطالعهٔ دیگری که در فنلاند انجام شده مشخص شد که رویکرد مذکور در کاهش میزان مرگ و میر و همچنین میزان بستری

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

شده و کاهش علائم بیماران با اختلال اسکیزوفرنی مؤثر است (۱۸).

در سال‌های اخیر بعضی از مطالعات در ارتباط با کارآمدی این روش در کشورمان انجام شده است. بعضی از پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که این نوع از مداخله موجب کاهش بستری دوباره و بهبود وضعیت بالینی بیماران اسکیزوفرنی و دوقطبی شده و می‌تواند از هزینه‌های تحمیل شده به نظام بهداشتی-درمانی و همچنین خانواده بیماران بکاهد (۱۹). مطالعات دیگری که روی بیماران اسکیزوفرنی انجام شده بود نشان دادند که برنامه مراقبت در منزل موجب بهبود مؤلفه‌های درمان بخش مانند کاهش تعداد و طول مدت بستری در این بیماران شده است (۲۰-۲۲). همچنین مطالعهٔ قبلی ما نشان داد که این رویکرد در کاهش علائم روان شناختی بیماران اسکیزوفرنی مؤثر است (۲۳). در مطالعهٔ دیگری که بر روی سه گروه از بیماران اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی انجام شد، نتایج نشان داد که مراقبت در منزل موجب کاهش میزان بستری مجدد بیماران، بهبود علائم سایکوتیک و همچنین افزایش رضایت از خدمات درمانی در سه گروه مذکور از بیماران شد (۱۹).

با توجه به اینکه هنوز برای بررسی کارآمدی این روش به شواهد بیشتری نیاز است (۱۳)، در عین حال مطالعهٔ منسجمی برای ارزیابی اثربخشی آن بر بیماران دوقطبی نوع یک به طور منفرد در داخل کشورمان انجام نشده است؛ البته در بعضی از شهرهای کشورمان مطالعات پراکنده‌ای انجام شده است (۲۴). از طرف دیگر، سیر بیماری‌های مزمن و بخصوص بیماری‌های روان‌شناختی، تأثیرپذیری زیادی از فرهنگ دارند که می‌تواند بر درمان این بیماری‌ها و همین‌طور دیدگاهی که نسبت به آن‌ها وجود دارد، اثرگذار باشند (۲۳, ۲۵, ۲۶). چنین مداخله‌ای تاکنون در استان کردستان انجام نشده است و از آنجایی که این استان موقعیت جغرافیایی و فرهنگی خاص خود را دارد، می‌تواند نتایجی مهمی را به بار بیاورد. از این روی، هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی رویکرد مذکور بر کاهش، طول مدت و شدت علائم بیمارانی دوقطبی نوع یک است که تازه از بیمارستان ترخیص شده‌اند؛ به عبارت دیگر آیا رویکرد مراقبت در منزل موجب کاهش علائم، یا کاهش طول مدت علائم و همچنین شدت آن‌ها در بیماران با اختلال دوقطبی نوع یک می‌شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمام بیماران روانپزشکی تازه ترخیص شده بیمارستان است که مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی نوع یک بوده و شرایط پیگیری پس از ترخیص (ویزیت در منزل) را داشتند. نمونه برابر است با جامعه آماری و بدین صورت تا زمان تکمیل گروه‌ها از لحاظ تعداد، نمونه‌گیری ادامه پیدا کرد. از این‌رو، بیماران دو قطبی که شرایط ورود به تحقیق را داشتند و رضایت نامه شرکت در برنامه را همراه با عضو حامی خانواده امضا کردند، به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بودند: ۱) بیمار و خانواده وی باید شرایط ویزیت در منزل را داشته باشند که شامل موارد زیر می‌شود: الف) در محدوده شهری سنندج ساکن باشند، ب) همکاری خانوادگی لازم را برای شرکت در برنامه ویزیت در منزل داشته باشند و حداقل همراه با یکی از اعضای خانواده خود زندگی کند، ج) داشتن سابقه حداقل دو نوبت بستری روان‌پزشکی در طول دو سال گذشته، ۲) تشخیص بیماری دو قطبی بر اساس DSM-5 و تأیید روان‌پزشک، ۳) 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)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

وابستگی به مواد مخدر، ۴) عدم همکاری یا انصراف و یا امتناع خانواده از همکاری با گروه ویزیت در منزل در طول انجام طرح، ۵) داشتن بیماری طبی شدید و غیرقابل کنترل و یا تشدید یک بیماری طبی از قبل موجود که منجر به بستری بیمار گردد و یا پیگیری یا حضور گروه درمان در منزل بیمار را غیرممکن سازد.

بعد از گزینش نمونه‌ها بر اساس شرایط ذکر شده، ۲۶ بیمار انتخاب شده، به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله به مدت یک سال تحت شرایط ویزیت در منزل قرار گرفت و توسط گروه درمانی روان پزشک، روان شناس بالینی، پرستار و مددکار اجتماعی ویزیت می‌شدند. گروه کنترل مداخله خاصی 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 گردیدند.

پروتکل درمانی: برنامه خدمات ویزیت در منزل طبق راهنمای راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر برنامه‌ریزی شده است (۲۷) که در ادامه کلیاتی از آن ذکر شده است. در این پروتکل ویزیت در منزل هر دو هفته یک‌بار برای دو الی سه ماه و سپس هر ماه یک‌بار انجام خواهد شد؛ البته با توجه به وضعیت بیمار توالی ویزیت‌ها تغییر خواهد کرد. همچنین طبق شیوه‌نامه فوق برای بیمارانی که پیش از یک سال آمادگی مراجعه فردی به درمانگاه تخصصی و روان‌پزشک را دارند ویزیت در منزل خاتمه و پیگیری تلفنی برای آنان انجام خواهد شد. تیم ویزیت در منزل شامل دستیار روان‌پزشکی، روان‌شناس بالینی، یک پرستار و یا مددکار است.

محتوای خدمات:

ویزیت طبی بیمار (توسط پزشک تیم) که شامل ارزیابی وضعیت بالینی بیمار، عوارض دارویی، علائم آغازین عود، تنظیم و تجویز دارو و دستور تزریق آنتی سایکوتیک طولانی‌الاثر است. 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 و مداخله در بحران و آموزش مقابله با استرس به خانواده و بیمار است. اقدامات حمایتی و مددکاری اجتماعی که شامل راهنمایی و کسب منابع حمایتی (از جمله سازمان‌های بیمه‌گر و حمایتی) خواهد بود. 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 خواهد شد. اقدامات اورژانس، بنا به درخواست بیمار یا خانواده و در ساعات اداری پیگیری و انجام خواهد شد 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 خواهد شد):

الف) قطع تمایل بیمار و خانواده به ادامه مراقبت، ب) بروز علائم عود که قابل کنترل در منزل نبوده و نیاز به بستری باشد، ج) وجود افکار شدید خودکشی یا آسیب به دیگران، ه) بروز بیماری طبی غیر روانپزشکی که در منزل قابل درمان نباشد.

نظارت:

الف) بعد از هر بار ویزیت در منزل، گزارش کتبی خدمت به روان‌پزشک مسئول ارائه خواهد شد، ب) هفته‌ای یک‌بار جلسه‌ای با حضور اعضای تیم و روان‌پزشک تشکیل خواهد شد. طی جلسه ضمن بررسی پرونده بیمار، نحوه ادامه درمان و مداخلات خاص روانی-اجتماعی خاص و اقدامات مددکاری طراحی و تصمیم‌گیری خواهد شد.

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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

بودند و از محتوای خدمات و تقسیم افراد در گروه‌ها مطلع نبودند انجام شد.

ابزارها:

پرسشنامه افسردگی همیلتون (Hamilton Depression Rating Scale): مقیاس درجه‌بندی افسردگی توسط هامیلتون در سال ۱۹۶۰ تدوین شد و برای سنجش و ارزیابی نشانه‌های افسردگی کاربرد فراوانی دارد (۲۸). این مقیاس ابزاری است که از سوی مشاهده‌گر (روان‌پزشک، روان‌شناس، روان‌پرستار و غیره) نشانه‌های افسردگی بیمار درجه‌بندی می‌شود که به طور کلی شامل ۲۴ عبارت می‌شود که از ۰ تا ۴ بر اساس شدت نمره‌گذاری شده است. هر سؤال در یک درجه‌بندی صفر تا ۳ نمره‌ای یا صفر تا ۴ نمره‌ای (بنا بر نوع مقیاس) تنظیم شده است که ابعاد مختلفی از افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۹). اعتبار و پایایی آن در پژوهش‌های مختلف مورد تائید قرار گرفته است. برای مثال ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک معنی‌دار گزارش شده است و ضریب همسانی درونی ۰/۸۳ برای آن گزارش شده است (۳۰, ۳۱). همبستگی آن با سایر مقیاس‌های سنجش افسردگی ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۲). در پژوهش‌های ایرانی ضریب همبستگی مناسبی با اضطراب همیلتون و افسردگی بک نشان داده است (۳۳).

مانیای یانگ (Young Mania Rating Scale): این مقیاس به منظور ارزیابی شدت علائم مانیا، در سال ۱۹۷۸ توسط یانگ به طراحی شد که یازده آیتم دارد، هفت آیتم از ۰ تا ۴ و چهار آیتم از ۰ تا ۸ بر اساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره دهی می‌شوند و نمره کلی از صفر تا ۶۰ محاسبه می‌گردد که کمتر از ۲۰ نرمال و بیشتر از آن مانیا در نظر گرفته می‌شود و دارای روائی همزمان۰/۹۶، پایایی ارزیابان ۰/۹۲ و آلفای کرونباخ ۰/۷۲ است (۳۴, ۳۵) و در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه اصفهان هنجاریابی شده و پایایی بین ارزشیابان محاسبه شد که نتایج نشان دهنده وجود پایایی ۰/۷۲ برای گروه بیمار و ۰/۶۲ برای گروه هنجار و پایایی بین ارزشیابان ۰/۹۶ بود. در مجموع مقیاس سنجش مانیای یانگ ابزاری پایا با روایی، حساسیت و ویژگی قابل قبول بوده و دارای قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی است (۳۶).

چک لیست: این قسمت شامل داده‌های دموگرافیک مانند سن، جنس، شغل و تحصیلات بوده و علاوه بر آن شامل متغیرهای دیگری می‌شد که به عنوان عواملی برای سنجش در این بیماران مورد سنجش قرار گرفتند که شامل: تعداد بستری قبلی، میانگین طول مدت بستری قبلی، تعداد بستری بعدی و میانگین طول مدت بستری بعدی است. در ادامه تعاریف دقیق‌تری از هریک از مؤلفه‌های ذکر شده آمده است. به این صورت، تعداد بستری قبلی: به تعداد بستری‌های قبلی بیمار اطلاق می‌شود که در سابقهٔ بیمارستانی وی ثبت شده است، میانگین طول مدت بستری قبلی: به میانگین مدت زمان بستری‌های قبلی گفته 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 و میانگین طول مدت بستری‌های بعدی: به میانگین مدت زمانی که بیمار پس از ورود به مداخله (کنترل یا مداخله) در بخش روان‌پزشکی بستری می‌شود. نتایج به دست آمده با استفاده از نسخهٔ بیستم نرم افزار آماری SPSS و با روش تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۲۶ نفر (۱۳ نفر گروه مداخله و ۱۳ نفر گروه کنترل) از بیماران دو قطبی تازه ترخیص شده از بیمارستان انجام گرفت. گروه مداخله با میانگین سنی ۳۶ سال (انحراف استاندارد= ۱۵/۰۴) و گروه کنترل با میانگین ۳۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

(انحراف استاندارد =۵/۱۵) تفاوت معنی‌داری (p= ۰/۷۸۴) نداشتند (جدول ۱).

.

جدول ۱. توزیع متغیرهای جمعیت شناختی دو گروه (کنترل و مداخله) و ارتباط آن‌ها

		مداخله		کنترل		ارزش	مقدار
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	دقیق فیشر	پی
جنس	مرد	۹	۶۹/۲۳	۱۰	۷۶/۹	۰/۱۹۶	۰/۵
	زن	۴	۳۰/۰۷	۳	۲۳/۱		
تحصیلات	بی سواد	۳	۲۳/۱	۷	۵۳/۸	۷/۰۸	۰/۱۱۱
	ابتدایی	۲	۱۵/۴	۳	۲۳/۱		
	سیکل	۴	۳۰/۸	۰	۰		
	دیپلم	۴	۳۰/۸	۲	۱۵/۴		
	دانشگاهی	۰	۰	۱	۷/۷		
وضعیت تأهل	بیکار	۱۱	۸۴/۶	۱	۷/۷	۱۵/۸۴۹	۰/۰۶۹
	خانه دار	۱	۷/۷	۵	۳۸/۵		
	کارمند	۱	۷/۷	۵	۳۸/۵		
	آزاد	۰	۰	۲	۱۵/۴		
	مجرد	۹	۶۹/۲	۱۰	۸۰	۲/۹۸۵	۰/۲۶
	متأهل	۲	۱۵/۳	۲	۱۵/۳		
	مطلقه	۲	۱۵/۳	۱	۰		
وضعیت سکونت	منزل شخصی	۱۲	۹۳/۳	۵	۳۸/۵	۹/۱۶۸	۰/۱۳
	مستأجر	۱	۷/۷	۸	۶۱/۵		

در ادامه نتایج توصیفی و استنباطی مربوط به تعداد و طول مدت بستری‌های قبلی و بعدی دو گروه مقایسه شد (جدول ۲). همان طور که مشاهده می‌کنید دو گروه در مرحله پیش از آزمون تفاوت معنی‌داری از لحاظ تعداد و طول مدت بستری قبلی نداشتند. در ارتباط با تعداد بستری بعد از ورود به مطالعه تفاوت معنی‌داری (p =۰/۰۰۱) نشان دادند اما در مورد متغیر طول مدت بستری هر چند که میانگین گروه مداخله به وضوح کاهش یافته است؛ اما دو گروه تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ نداشتند. (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای طول مدت و تعداد بستری قبلی و بعدی دو گروه

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		آماره آزمون	معنی‌داری
	M	SD	M	SD		
تعداد بستری‌های قبلی	۳/۳۸	۱/۹	۳/۷۶	۱/۶۹	-۰/۵۳۹	۰/۷۸۳
میانگین مدت بستری‌های قبلی	۲۷/۹۲	۷/۱۹	۲۹/۵۳	۸/۱۱	-۰/۵۳۷	-۰/۵۹۶
تعداد بستری‌های بعدی	۰/۵۳	۱/۱۳	۳/۳۱	۱/۹۷	-۴/۳۹۳	۰/۰۰۱
میانگین مدت بستری‌های بعدی	۱۳/۳۸	۳۵/۰۸	۳۱/۱۵	۱۳/۶۱	-۱/۷۰۲	۰/۱۰۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

نتایج تحلیل واریانس از نوع اندازه‌گیری مکرر بر متغیر افسردگی نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل ارتباط معنی‌داری دارند ($F_{(۱،۲۵)}$=۲۰/۹۸۵, ۰/۰۰۱ ≥ p). که بیانگر این است که از لحاظ متغیر مذکور در سه مرحله آزمون تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق تر ارتباط مذکور نتایج مقایسه‌های جفتی مربوط به دو مراحل آزمون در جدول ۳ آمده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود در دوره ۱۲ ماه بعد از شروع مداخله نسبت به مراحل قبل‌تر آن تفاوت به وضوح معنی‌داری (p=۰/۰۰۲) از لحاظ متغیر افسردگی نشان داده است. این تفاوت در مرحله قبل از شروع به دوره ۶ ماهه اگرچه از سطح ۵ صدم بیشتر است؛ اما با این جود کاهش داشته است. همچنین تفاوت واضحی در مرحله دوم (۶ ماهه) به مرحله سوم (۱۲ ماهه) بعد از شروع مطالعه مشاهده نشد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های بنفرونی مراحل درمان برای متغیر افسردگی و مانیا

متغیرها	زمان		تفاضل میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪		p
				کمترین مقدار	بیشترین مقدار	
افسردگی	**قبل از شروع** به	**دوره ۶ ماهه**	۲/۹۲۳	−۰/۲۰۵	۶/۰۵۱	۰/۰۷۳
		دوره ۱۲ ماهه	۴/۷۳۱	۱/۶۰۲	۷/۸۶	۰/۰۰۲
	دوره ۶ ماهه به	**دوره ۱۲ ماهه**	۱/۸۰۸	−۰/۴۵۹	۴/۰۷۴	۰/۱۵۴
مانیا	**قبل از شروع** به	**دوره ۶ ماهه**	۱/۳۰۸	−۰/۳۰۲	۲/۹۱۷	۰/۱۰۷
		دوره ۱۲ ماهه	−۰/۷۶۹	−۲/۴۹۲	۰/۹۵۴	۰/۳۶۶
	دوره ۶ ماهه به	**دوره ۱۲ ماهه**	۲/۰۷۷	−۳/۲۸	−۰/۸۶۸	۰/۰۰۲

اکنون برای مقایسه‌های بین دوگروه نتایج آزمون تی مستقل در جدول زیر آمده است (جدول ۴). همان‌طور که مشاهده می‌شود دو گروه در بعد از شروع مداخله تفاوت واضحی در مقدار افسردگی داشتند که نشان می‌دهد افسردگی گروه مداخله در ۶ ماه (p=۰/۰۰۲) و ۱۲ ماه (p=۰/۰۰۰۱) تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد و به وضوح کاهش یافته است؛ بنابراین می‌توان گفت مراقبت در منزل می‌تواند موجب کاهش افسردگی در بیماران دو قطبی شود. در ادامه نتایج مقایسه میانگین‌های دو گروه در قالب نمودار نشان داده شده است (نمودار ۱).

نتایج مربوط به متغیر مانیا نیز بررسی شد و تحلیل واریانس ۲*۳ از نوع اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تعامل معنی‌داری در دو گروه (مداخله و کنترل) وجود دارد ($F_{(۱،۲۵)}$=۱۷/۶۶۹, ۰/۰۰۰۱ ≥ p) که بیانگر این است که تعامل معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ متغیر مذکور در سه مرحله آزمون وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر ارتباط مذکور نتایج مقایسه‌های جفتی مربوط به سه مرحله آزمون در جدول ۵ آمده است. نتایج نشان می‌دهد که به طور کلی متغیر مانیا تغییر معنی‌داری نداشته است. در مرحله دوم به سوم (۶ ماه به ۱۲ ماه) تفاوت میانگین معنی‌داری (p=۰/۰۰۲) وجود دارد (جدول ۳).

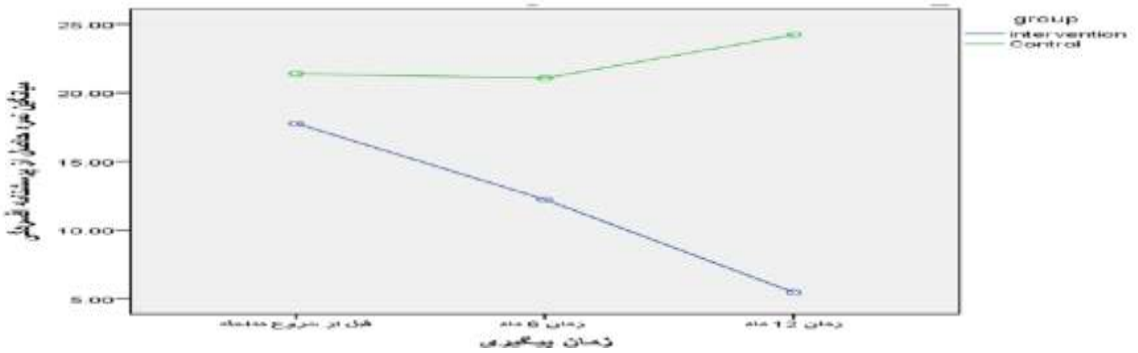
برای پیگیری بیشتر میزان تغییرات صورت گرفته تفاوت‌های دو گروه (تفاوت‌های بین گروهی) با استفاده از آزمون تی مستقل بررسی شد (جدول ۴). گروه مداخله در مرحله دوم آزمون تفاوت میانگین معنی‌داری (p=۰/۰۰۶) نسبت به گروه کنترل دارد. همچنین گرچه اختلاف میانگین دو گروه در مرحله سوم (۱۲ ماه) معنی‌دار نیست (p=۰/۱۸۴)؛ بنابراین می‌توان گفت که مراقبت در منزل می‌تواند در کاهش میزان مانیا بیماران دو قطبی مؤثر باشد (جدول ۴).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

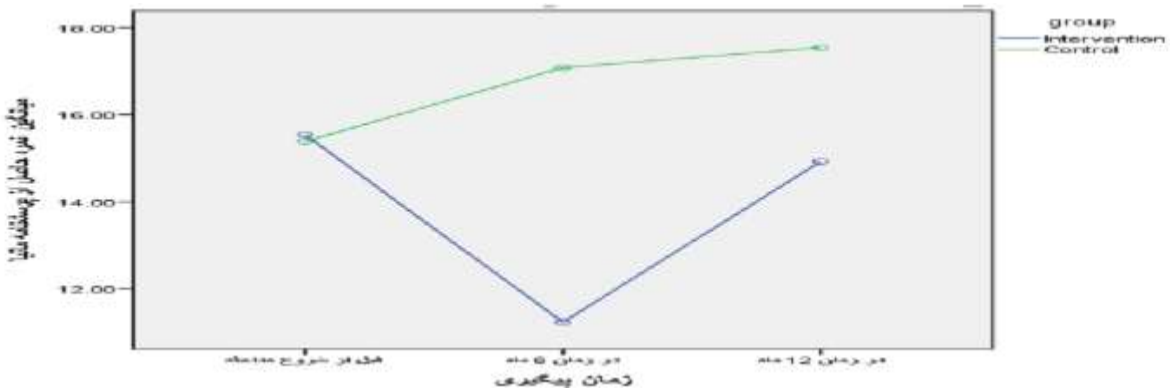
[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

جدول ۴. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه دو گروه مداخله

متغیر	زمان	مداخله		کنترل		t	p
		M	SD	M	SD		
افسردگی	قبل از شروع	۱۷/۷۶	۶/۳۷	۲۱/۳۸	۹/۰۹	−۱/۱۷۳	۰/۲۵۲
	۶ ماه بعد از شروع	۱۲/۲۳	۴/۸۱	۲۱/۰۷	۷/۶۶	−۳/۵۲۴	۰/۰۰۲
	۱۲ ماه بعد از شروع	۵/۴۶	۴/۵۳	۲۴/۲۳	۶/۳۵	−۸/۶۶۷	۰/۰۰۰۱
مانیا	قبل از شروع	۱۵/۵۳	۴/۶۶	۱۵/۳۸	۵/۲۶	۰/۰۷۹	۰/۹۳۸
	۶ ماه بعد از شروع	۱۱/۲۳	۱/۹۲	۱۷/۰۷	۶/۷۰۱	−۳/۰۲۴	۰/۰۰۶
	۱۲ ماه بعد از شروع	۱۴/۹۲	۳/۳۵	۱۷/۵۳	۶/۰۲۲	۱/۳۶۸	۰/۱۸۴



نمودار۲. در نمودار فوق میانگین دو گروه در سه مرحله آزمون مورد مقایسه قرار گرفته است همان‌طور که مشاهده می کنید گروه مداخله در مرحله ۶ ماه مراقبت در منزل کاهش بیشتری در میزان افسردگی داشته است و این کاهش در مرحله سوم ادامه داشته؛ اما گروه کنترل همچنان سیر صعودی در میزان نمره مقیاس افسردگی داشته است.



نمودار۱. در نمودار فوق میانگین دو گروه در سه مرحله آزمون در مورد متغیر مانیا مقایسه شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می کنید گروه مداخله در مرحله ۶ ماه مراقبت در منزل کاهش بیشتری در میزان مانیا داشته است؛ اما این میزان در مرحله سوم برگشت داشته است و گروه کنترل نیز همچنان سیر صعودی در میزان نمره مقیاس مانیا داشته است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مراقبت در منزل بر کاهش طول مدت بستری و کاهش تعداد دفعات بستری و همچنین کاهش شدت علائم بیماران دو قطبی و مقایسه آن با گروه کنترل انجام شد. نتایج نشان داد که گروه مداخله کاهش معنی‌داری در تعداد بستری مجدد در طی یک سال بعد از ترخیص داشتند و اگرچه میانگین طول بستری‌های مجدد درگروه مداخله از لحاظ آماری معنی‌دار نبود؛ اما تا حدودی کاهش یافت. این نتایج حاکی از آن است که مراقبت در منزل می‌تواند موجب کاهش تعداد دفعات بستری، کاهش شدت علائم در این گروه از بیماران شود. در مرحله دوم مداخله که میزان مراقبت‌ها و فروانی ویزیت‌های بیماران کاهش یافت نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس‌های مربوط به درمان افزایش نشان داد که با نتایج مطالعه‌ای که بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام شده بود همخوان است (۱۹, ۲۳). با این وجود به نظر می‌رسد برای رسیدن به نتایج پایدارتر به دوره درمانی طولانی‌تری نیاز است، چنانکه در مطالعاتی که دوره درمانی طولانی‌تری را به کار گرفتند نتایج به تدریج ثبات بیشتری پیدا کرده است (۲۰). با این وجود تصمیم برای دوره درمانی طولانی تر منوط به بررسی هزینه- فایده ادامه برنامه است.

در مطالعهٔ بازنگری که توسط کرولو و همکاران در سال ۲۰۱۹ در ژاپن انجام شد مشخص شد کسانی در که در برنامه مراقبت پس از ترخیص شرکت داشتند از ۲۰۶ مورد بستری در سال به ۱۴۸ مورد کاهش یافت که در سطح یک صدم معنادار بود. همچنین نتایج آنان نشان داد که رسیدگی به نیازهای بیماران در برنامه‌های مراقبت در منزل در کاهش علائم آنان مؤثر است (۸). همچنین و در مطالعه دیگری که در قالب یک مطالعه بازنگری که روی جامعه گسترده‌ای از بیماران روان پزشکی انجام شد. در نهایت نتایج نشان داد که مراقبت در منزل موجب کاهش معناداری در علائم روان‌پزشکی، کاهش مشکلات روان‌شناختی و کاهش میزان بستری مجدد افراد شرکت کننده در بیمارستان شد که کاهش هزینه های مراقبتی و درمانی را به دنبال داشت (۳۷). نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه ما نیز همخوان است که به نظر می‌رسد یکی از نتایج اثربخش رویکرد مراقبت در منزل، کاهش در میزان بستری مجدد و همچنین بهبود علائم روان‌شناختی بیماران است.

در سال ۲۰۱۵ در اسپانیا مطالعه‌ای توسط کابالرو و همکارانش انجام شد (۱۶)، آن‌ها به دنبال بررسی اثربخشی مراقبت در منزل بر بهبود طیف وسیع‌تری از علائم روانپزشکی بودند، تمرکز آن‌ها نه بروی یک تشخیص خاص، بلکه بر روی گسترهٔ وسیعی از علائم اختلالات روانی بوده و اثربخشی رویکرد مراقبت در منزل را در زمینه کاهش این علائم ارزیابی کردند و علائمی از قبیل علائم مثبت و منفی سایکوتیک، افسردگی، مانیا، خودکشی و همچنین بستری دوباره را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بیماران از لحاظ علامت‌شناسی تا حدودی بهبود یافتند و از لحاظ کارکردشان نیز بهبودی بیشتری نشان دادند که این نتایج حاکی از آن است که مراقبت در منزل می‌تواند شیوه مناسبی برای دوره حاد بیماری در بیماران روان‌پزشکی باشد. مطالعه فوق مقدمه‌ای بود بر مطالعه حاضر که سعی بر آن بود که نتایج حاصل از رویکرد مراقبت در منزل به طور اختصاصی بر علائم یک دسته از بیماران بررسی شود. در مجموع نتایج همخوان است و هر دو رویکرد مراقبت در منزل را بر کاهش علائم روان‌شناختی بیماران مؤثر یافتند، با این تفاوت که نتایج مطالعه حاضر فقط مربوط به بیماران دوقطبی است. در حالی که اغلب مطالعات ذکر شده، گروه کلی بیماران با مشکلات و بیماری‌های روان‌شناختی را مد نظر قرار داده‌اند.

به عنوان هدف پژوهش حاضر، تخفیف علائم مربوط به اختلال و کاهش میزان بستری مجدد بیماران یکی از مهم‌ترین

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

اهداف برنامه مراقبت در منزل است که خود به خود منافع زیادی می‌تواند در برداشته باشد. برنامه‌های مراقبت از خانواده‌ها و بیماران می‌تواند موجب کاهش فشار وارد شده بر خانواده و کمک به ثبات آن، کاهش میزان هزینه‌های خانواده‌ها و به طور مستقیم کاهش میزان هزینه‌های اجتماعی مربوط به اختلال شود (۳۸). اگرچه خودکشی به عنوان هدف در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت؛ اما خود می‌تواند نتیجه علائم شدید و کنترل نشده این بیماران باشد.

نتایج تحقیقات و بررسی‌های علمی و همچنین تجارب بالینی نشان دادند که خدمات روان‌پزشکی و سلامت روان در جامعه باید طیف وسیعی از تسهیلات را برای رسیدگی به نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران تأمین کند که این خدمات شامل مراقبت سرپایی، ایجاد مراکز مبتنی بر جامعه، مراقبت‌های حمایتی، مراکز نگهداری از بیماران، حمایت‌های شغلی، حرفه‌ای و بازتوانی و تأمین نیازهای اساسی از قبیل پناهگاه و لباس است (۳۹). اکثر خدماتی که معرفی شدند جزو خدمات برنامه مراقبت‌های پس از ترخیص می‌باشند. در واقع به دنبال مشاهده دفعات متعدد بستری این بیماران، چنین به نظر می‌رسید که احتمالاً ساختارهای دیگری در این فرایند اختلال ایجاد کرده و درمان باید علاوه بر مد نظر گرفتن مسائل بیولوژیک، متغیرهای محیطی و خانوادگی که زمینه عود را فراهم می‌کنند را نیز مد نظر قرار گیرند و مسیر بهبودی را تداوم بخشد که این امر هزینه‌های هنگفتی که عودها و بستری‌های مکرر این بیماران بر دوش جامعه می‌گذارد را کاهش داده و نیاز به بستری شدن را کمتر می‌نماید (۴۰). اغلب این موارد در رویکرد مراقبت در منزل به صورت مستقیم به آن‌ها پرداخته می‌شود.

همچنین از آنجا که خانواده بیمار نقش مستقیم در این نوع مداخله ایفاء می‌کند؛ لذا جنبه‌های روانی و اجتماعی سبب‌شناسی بیماری تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ به عبارت دیگر عوامل فرهنگی و قومی از عوامل تأثیرگذار در طراحی و اثر بخشی این نوع مداخلات خواهند بود. با توجه به شرایط خاص قومی، فرهنگی و جغرافیایی استان کردستان به نظر می‌رسد برای ارزیابی اثر بخشی این مؤلفه‌ها نیاز به مطالعات منسجم‌تری خواهد بود که در آن فاکتورهای فرهنگی اجتماعی نیز مد نظر قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که رویکرد مراقبت پس از ترخیص در کاهش تعداد بستری و طول مدت علائم همچنین کاهش شدت علائم افسردگی و علائم مربوط به مانیا مؤثر است. با توجه به اینکه این مطالعه در یک موقعیت اقتصادی اجتماعی خاص انجام شده است، بدون شک مؤلفه‌های فرهنگی دخیل خواهند بود. در این زمینه مطالعات آتی می‌توانند به بررسی بیشتری در زمینه ارتباط پویایی‌های خانوادگی و اثرات متقابل آن با این نوع از مداخلات پرداخته و علاوه بر آن ارزیابی اثربخشی این رویکرد در کاهش استرس و مدیریت استرس خانواده بیماران با اختلالات شدید روانی، بررسی فاکتورهای خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی در این زمینه می‌تواند گزینه مناسبی برای مطالعات آتی باشد. از لحاظ تئوری، بهبود سیر درمان این بیماران و کاهش علائم حاد آن‌ها و در نتیجه کاهش بستری شدن آن‌ها می‌تواند فواید زیادی برای اعضای خانواده در برداشته باشد و بررسی آن می‌تواند اطلاعات مناسبی را فراروی درمانگران و فعالان این حیطه قرار دهد.

تشکر و قدردانی

در این مطالعه در قالب یک طرح پژوهشی از امکانات مرکز روان‌پزشکی جامعه نگر شهرستان سنندج که با بودجه اختصاص داده شده از وزارت بهداشت راه‌اندازی و مدیریت می‌شود استفاده شده است و با کد اخلاق

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

IR.MUK.REC.1392.232 در دانشگاه علوم پزشکی کردستان در تاریخ ۸ دی‌ماه سال ۱۳۹۸ ثبت شده است. هیچ یک از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌های مربوطه 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 یاریگرمان بودند سپاسگزاریم.

منابع

1.Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. Bipolar Disord. 2016;18(5):440-50.
2.Post RM, Leverich GS, Kupka RW, Keck Jr PE, McElroy SL, Altshuler LL, et al. Early-onset bipolar depression and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. J Clin Psychiatry. 2010.
3.Dilsaver SC. An estimate of the minimum economic burden of bipolar I and II disorders in the United States: 2009. J Affect Disord. 2011;129(1-3):79-83.
4.Leverich GS, Post RM, Keck Jr PE, Altshuler LL, Frye MA, Kupka RW, et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. J Pediatr. 2007;150(5):485-90.
5.Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am. J. Psychiatry. 2001;158(2):163-75.
6.Bustillo JR, Lauriello J, Keith SJ. Schizophrenia: improving outcome. Harv Rev Psychiatry. 1999;6(5):229-40.
7.Miller BF, Ross KM, Davis MM, Melek SP, Kathol R, Gordon P. Payment reform in the patient-centered medical home: Enabling and sustaining integrated behavioral health care. Am Psychol. 2017;72(1):55-68.
8.Cervello S, Pulcini M, Massoubre C, Trombert-Paviot B, Fakra E. Do home-based psychiatric Services for Patients in medico-social institutions reduce hospitalizations? Pre-post evaluation of a French psychiatric Mobile team. Psychiatr Q. 2019;90(1):89-100.
9.Bauer E, Kleine-Budde K, Stegbauer C, Kaufmann-Kolle P, Götz K, Bestmann B, et al. Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. BMC psychiatry. 2016;16(1):1-9.
10.Taher-khani H. Rehabilitation in psychiatry, basics of psychosocial rehabilitation according to social psychiatry. Tehran: Arjmand publication, 2012: 31-92
11.Nikpour B, Aeinparast A, Faraji F. Home care. Teb Va Tazkieh. 2003;(48):39-42.
12.Zarei A. The developement of home care services. Hosp J. 2004;5(1):28-30.
13.Kilany M, Wells R, Morrissey JP, Domino ME. Are There Performance Advantages Favoring Federally Qualified Health Centers in Medical Home Care for Persons with Severe Mental Illness? Adm Policy Ment Health. 2021;48(1):121-30.
14.Li Y, Cai X, Cram P. Are patients with serious mental illness more likely to be admitted to nursing homes with more deficiencies in care? Med Care. 2011;49(4):397-405.
15.Pai S, Channabasavanna S, Raghuram R. Home care for chronic mental illness in Bangalore: an experiment in the prevention of repeated hospitalisation. B J Psych. 1985;147(2):175-9.
16.León-Caballero J, Córcoles D, Alba-Pale L, Sabaté-Gomez A, Pérez E, Monteagudo E, et al. Psychiatric hospitalization at home unit in Spain: clinical and functional outcomes after three years of experience. Actas Esp Psiquiatr. 2020;48(3):138-44.
17.Chen WY, Huang SJ, Chang CK, Pan CH, Su SS, Yang TW, et al. Excess mortality and risk factors for mortality among patients with severe mental disorders receiving home care case management. Nord J Psychiatry. 2021;75(2):109-17.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

18.Kampman O, Illi A, Poutanen P, Leinonen E. Four-year outcome in non-compliant schizophrenia patients treated with or without home-based ambulatory outpatient care. Eur Psychiatry. 2003;18(1):1-5.
19.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.
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. Arab J Psychiatr. 2009;20(1):34-41.
21.Fallahi-Khoshknab M, Khankeh H, Mohammadi F, Hosaini M, Rahgou A, Ghazanfari N. Home care effectiveness in preventing rehospitalization of acute schizophrenic patients. Nurs Res. 2009;4(14):59-66.
22.Salehi M, Nadi M, Afshar H. Efficacy of home visit for the relapse global function and quality of life in schizophrenic patients. I U M S. 2006;24(80-81):146-52.
23.Marzeyeh MG, Saed, Fateh S, Sara M, Narges S-A. Effectiveness of Psychiatric Home-Care on the treatment outcome of newly discharged patients with schizophrenia- A randomized control trial. Sci J Kurdistan Univ Medical Sci. 2021;26(7):89-99.
24.Porsa SH. Home health care. Iran J Nurs Res. 1999;13(23):8-9.
25.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 journal of psychology & psychiatry. 2016;3(4):27-38.
26.Sohrabi F, Saed G, Abdollahi N, Ramezani G. Relationship between suicide, self-esteem and stigma in psychiatric patients. J Psychiatr Nurs. 2019;7(3):48-54.
27.Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Community Mental Health Centers in Iran: Planning Evidence-based Services. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2013;19(3):163-176.
28.Williams JB. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001;251(2):6-12.
29.Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. Biol Psychiatry. 2003;54(5):573-83.
30.Bech P. Measurement issues/Textbook of biological psychiatry. Part 1: Basic principles. Edited by D'Haenen H. New York, Wiley; 2002.140-211.
31.Schneibel R, Brakemeier E-L, Wilbertz G, Dykierek P, Zobel I, Schramm E. Sensitivity to detect change and the correlation of clinical factors with the Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. Psychiatry Res. 2012;198(1):62-7.
32.Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight. Am J Psychiatry. 2004;161(12):2163-77.
33.Toozandehjani H, Abdollahian E. Comparative Efficacy of Different Procedured in Reduction of Generalized Anxiety Disorders. Ir J Psychiatry Clin Psychol. 1994;1(1):47-57.
34.Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. B J Psych. 1978;133(5):429-35.
35.Youngstrom EA, Kmett Danielson C, Findling RL, Gracious BL, Calabrese JR. Factor structure of the Young Mania Rating Scale for use with youths ages 5 to 17 years. J Clin Child Adolesc Psychol. 2002;31(4):567-72.
36.Barakatain M, Tavakkoli M, Molavi H, Maroofi M, Salehi M. Standardization,validity and reliability of Young mania rating scale in Iran. J Psychol. 2007;2:150-66.
37.Klug G, Gallunder M, Hermann G, Singer M, Schulter G. Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. BMC Psychiatry. 2019;19(1):382-398.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]

38.Mansfield AK, Dealy JA, Keitner GI. Family interventions for bipolar disorder: a review of the literature. Neuropsychiatry. 2012;2(3):231-239.
39.Cheraghi F, Shamsaei F, Rezaei H. Survey of Nursing and Care Needs of Patients with Mental Disorders than of Hospital Discharge. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2010;18(2):15-25.
40.Geddes JR, Andreasen NC. New Oxford textbook of psychiatry: Oxford University Press, USA; 2020. 643-644.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/sjku.28.2.76]