

اثر بخشی برنامه ی بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارت های اجتماعی بیماران اسکیزوفرن

المیرا شاهمیر^۱، مقداد طالبی زاده^۲

و سلیمان جعفری فرد^۳

دریافت مقاله: 11 Mar 2013
پذیرش مقاله: 11 Jun 2013

اختلال اسکیزوفرنی، اختلالی مزمن و ناتوان کننده است و در این اختلال، مهارت های اجتماعی بیمار به شدت آسیب می بیند. برنامه ی بازگشت به اجتماع در کنار ویژگی های فراوانی که دارد، بر ارتقای مهارت های اجتماعی بیمار، نقشی اساسی بازی می کند. این برنامه یکی از زیر برنامه های مهارت های زندگی اجتماعی و مستقل است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی برنامه ی بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارت های اجتماعی بیماران اسکیزوفرن بود. بدین منظور، در قالب یک طرح نیمه آزمایشی ۲۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که در مرحله ی بهبود نسبی به سر می بردند، به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. مهارت های اجتماعی گروهها پیش و پس از اتمام پژوهش ارزیابی شد سپس، گروه آزمایش برنامه ۱۶ جلسه ای بازگشت به اجتماع را دریافت کرد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اجرای این برنامه بر ارتقای مهارت های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی موثر است. گرچه این یافته ها مقدماتی هستند اما پیشنهاد می شود این برنامه در جهت ارتقای مهارت های اجتماعی آسیب دیده در بیماران روانی مزمن از جمله اسکیزوفرنی، به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: اسکیزوفرنی، برنامه ی بازگشت به اجتماع، مهارت های اجتماعی

مقدمه

اسکیزوفرنی، نوعی اختلال روانپزشکی است که به دلیل ماهیت شدید و مزمنش از دیرباز مورد توجه پزشکان و روانپزشکان بوده است و بسیاری از آن ها علایم و انواع آن را مورد بررسی قرار داده اند. علایمی مثل توهم و هذیان، تکلم آشفتنه، رفتار آشفتنه، اختلال در تفکر، بی ارادگی، عاطفه ی سطحی و نامتناسب از جمله علایم اسکیزوفرنی است. به دلیل اینکه این اختلال روی ادراک فرد از واقعیت

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران Elmira-shahmir@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

تاثیر می گذارد و آن را به شدت مختل می کند و همچنین از آنجا که شروعی زودرس و سیری مزمن دارد، این اختلال به ناتوان کننده ترین اختلال روانپزشکی تبدیل شده است.

اسکیزوفرنی، بر بسیاری از جنبه های زندگی فرد اثر می گذارد. یکی از این جنبه های مهم از دست دادن مهارت های اجتماعی و روابط میان فردی است. آنها در مقابل مرخص شدن از خود مقاومت نشان می دهند و علاقه ای به مرخص شدن ندارند (گلמן، ۱۹۶۵)، حتی می خواهند که باقی عمرشان را هم در بیمارستان بگذرانند (بلاس، کاست و ورجو، ۲۰۰۰)، به جز ارتباطات ناچیز با پرسنل بیمارستان ها و تماس های تلفنی اندک و ملاقات های انگشت شمار، بیماران در مراکز و بیمارستان ها، ارتباطی با دنیای خارج ندارند (لیبرمن و سیلبرت، ۲۰۰۵)، در دوست یابی و نگه داشتن روابط بین فردی مشکل دارند، مهارت های لازم برای زندگی مستقل را ندارند و در موارد وخیم تر به خاطر نداشتن مهارت های اجتماعی کارآمد، شغل خود را از دست می دهند (ننگل، هانسون و اردلی و نورتون، ۲۰۱۰).

یک تا سه سال قبل از آغاز اولین نشانه های روان پریشی و ۲ تا ۴ سال قبل از اولین بستری شدن، نقص در مهارت ها و نقش های اجتماعی در بیش از نیمی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، کاملاً قابل رویت است (کیف و مکوی، ۲۰۰۱) و در آنها حتی، وقتی نشانه های مثبت در اثر مصرف داروهای ضد روان پریشی از بین می رود، نقص در مهارت ها، باقی می ماند (ننگل و همکاران، ۲۰۱۰). آنها به سختی می کوشند تا مطالب را به دیگران بفهمانند اما، نتیجه ی کار جز سرخوردگی خود و دیگران نیست. برخی مواقع نوشتن مطالب مورد نظر به بیمار کمک می کند. بعضی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است مات و مبهوت شوند، به هیچ پرسشی پاسخ ندهند و یا به آسمان خیره شوند. باید توجه کرد که اینها ناشی از گستاخی یا لجاجت نیست (تورنتون، سینان و پلامر، ۲۰۰۵). عملکردهای اجتماعی ضعیف و رفتارهای بین فردی عجیب و غیر معمول منجر به انزوا، حمایت اجتماعی ناکافی و نقص در عملکرد می شود (میوسر و جست، ۲۰۰۸).

یکی از رویکردهای مهم حمایتی برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی افراد اسکیزوفرن، آموزش مهارت های اجتماعی است. به طور کلی، مهارت های اجتماعی به آن دسته از توانایی هایی گفته می شود که فرد برای ارتباط برقرار کردن با دیگران در جامعه از آنها استفاده می کند. این مهارت ها بر پایه ی هنجارهای اجتماعی هر جامعه بنا شده است و مشخص می کند چه رفتارهایی در هر اجتماع قابل قبول و هنجار در نظر گرفته می شوند و در هر موقعیت ویژه، چه رفتاری از فرد انتظار می رود (پاتریک، ۲۰۰۸). مهارتهای اجتماعی، فرایندهای مرکبی است که فرد را قادر می سازد تا به گونه ای

رفتار کند که دیگران او را با کفایت تلقی کنند (اشلانت و مک فال، ۱۹۸۵). آموزش مهارت های اجتماعی، رویکردی است که به طور خاص برای بهبود بخشیدن به مهارت های اجتماعی افراد اسکیزوفرن ایجاد شده است. مداخلات این رویکرد قصد دارد بیمار را با شرایط واقعی زندگی و مشکلات روزمره مواجه کند. این مدل از دستورالعمل های آموزشی، تقسیم کردن مهارت ها به بخش های کوچک تر، الگوبرداری و تمرین های رفتاری، بازی نقش و تقویت های اجتماعی تشکیل شده است. افراد معمولاً چند مهارت را به طور جداگانه می آموزند و سپس یاد می گیرند چگونه آنها را با هم ترکیب کنند (میوسر و جست، ۲۰۰۸). این نوع درمان می تواند مستقیماً حمایتی و برای بیمار مفید باشد. آموزش مهارت های اجتماعی در کاهش میزان عود، با در نظر گرفتن نیاز به بستری شدن موثر شناخته شده است (ریردون، ۱۹۹۱). با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش با این سوال مواجه هستیم که آیا برنامه ی بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارت های اجتماعی بیماران اسکیزوفرن موثر است؟

روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح گروه های کنترل نابرابر است. این طرح از لحاظ ساختار مشابه طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل تمام بیماران مرد مبتلا به اسکیزوفرنی است که در سال ۱۳۹۲ به مرکز طلوع مراجعه کردند. از این جامعه، ۲۰ نفر به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آموزش برنامه ی بازگشت به اجتماع و گروه گواه کاربندی شدند. گروهها پیش و پس از انجام پژوهش، با استفاده از مقیاس سنجش مهارت های اجتماعی ماتسون^۱ مورد آزمون قرار گرفتند و گروه آزمایشی، ۱۶ جلسه ی آموزش برنامه بازگشت به اجتماع را دریافت کرد.

مقیاس سنجش مهارت های اجتماعی ماتسون، توسط ماتسون و همکاران (۱۹۸۳) تدوین شده و دارای ۶۲ عبارت است. برای پاسخگویی، آزمودنی باید هر عبارت را بخواند و سپس پاسخ خود را بر اساس یک شاخص ۵ درجه ای از نوع مقیاس لیکرت با دامنه ای از نمره ی ۱ (هرگز/ هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) مشخص نماید. جمع نمرات بیانگر مهارت اجتماعی آزمودنی است. تحقیقات نشان داده است که مقیاس مهارت های اجتماعی ماتسون از ثبات، پایایی و اعتبار افتراقی قابل قبولی برخوردار است (ماتسون و الندیک، ۱۹۸۸؛ ماتسون و همکاران، ۱۹۸۳؛ ۱۹۹۰). یوسفی و خیر (۲۰۰۲)، اعتبار و پایایی

این مقیاس را در گروه برای کل مقیاس، ۰/۸۶ گزارش کرده اند. نتایج این پژوهش نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برای ارزیابی مهارت های اجتماعی گروه ایرانی برخوردار است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای پس آزمون مقیاس مهارت های اجتماعی ماتسون برابر با ۰/۷۴ بدست آمد.

شیوه ی اجرا

۱۰ نفر از بیماران طی ۱۶ جلسه ی آموزش برنامه ی بازگشت به اجتماع را دریافت کردند. گروه کنترل به درمان های معمول خود همچون دارو درمانی ادامه دادند. پروتکل درمانی، شکل تعدیل شده ی پروتکل گروهی ۱۶ جلسه ای لیبرمن (۱۹۹۲) با عنوان برنامه ی بازگشت به اجتماع بود (جدول ۱). در ابتدای هر جلسه از این برنامه، درباره ی جلسه ی قبل سوالاتی از شرکت کنندگان پرسیده می شود. هدف کلی از شرکت در برنامه ی بازگشت به اجتماع و هدف این جلسه بیان می شود و یک نوار ویدیویی نمایش داده می شود و در رابطه با آن، سوالاتی مطرح می شود و تکالیف خارج کلاسی کنترل شده و کتاب کار توزیع می شود.

جدول ۱: خلاصه ی راهنمای گام به گام عملی برنامه ی بازگشت به اجتماع (لیبرمن، ۱۹۹۲)

<p>جلسه ی ۱: معرفی برنامه بازگشت به اجتماع: مرور برنامه ی بازگشت به اجتماع، با هدف آشنایی با برنامه</p> <p>جلسه ی ۲: نشانه های اختلالات روانی ناتوان کننده: هدف این جلسه یادگیری این مطالب است که داروها به چه منظور تجویز می شوند و دیگر این که چه منافعی با مصرف داروها به دست می آیند. از افراد خواسته می شود تا در کتاب کار دسته دارویی خود را مشخص کرده و دور تعدادی از منافع مصرف داروها خط بکشد. در آخر خلاصه ای از جلسه بیان می شود و فهرست کنترلی پیشرفت توسط اعضا پر می شود.</p> <p>جلسه ی ۳: معین کردن آمادگی برای ترخیص: هدف این جلسه یادگیری نشانه ها و رفتارهایی است که افراد برای آمادگی برای ترخیص باید آن ها را بشناسند. یک نفر نقش یکی از اعضای تیم درمان را بازی می کند و طرف مقابل بیماری است که می خواهد برای ترخیص آماده شود. بعد از تمرین افراد تشویق شده و فیدبک هایی داده می شود. تمرین خارج کلاسی به این صورت است که فرد باید با کمک یکی از اعضای تیم درمان بر گه کار آمادگی برای ترخیص را تا جلسه بعد پر کند.</p> <p>جلسه ی ۴: طرح ریزی بازگشت به اجتماع: هدف از این جلسه این است که شرکت کنندگان با یادگیری در مورد اسکان و امور مالی خود، در طرح های ترخیص خود حضور داشته باشند. شرکت کنندگان با حضور فعالانه خود در طرح ریزی ترخیص با مسایل موجود در جامعه آشنا شده و آمادگی بیشتری برای مقابله با تغییرات پیدا می کنند. در تمرین ایفای نقش این جلسه یکی از افراد نقش یکی از اعضای تیم درمان را بازی می کند و دیگری نقش کسی را که در حال انتخاب مکانی برای اقامت بعد از ترخیص است. در پایان تمرین افراد توسط گروه تشویق می شوند و فیدبک ها داده می شود. تکلیف خارج کلاسی شامل ملاقات با یکی از اعضای تیم درمان و تکمیل کردن برگه طرح ریزی بازگشت به اجتماع است.</p> <p>جلسه ی ۵: ارتباط با اجتماع: اهداف این جلسه برقراری ارتباط شخصی با فردی در اجتماع است که می تواند به عنوان منبع</p>
--

خدمات باشد و یادگیری بیشتر در رابطه با منابع و خدمات موجود در جامعه. هدف دیگر یادگیری این مطلب است که اجتناب از مصرف مواد مخدر و الکل در داشتن یک زندگی سالم در جامعه بسیار موثر است. تکلیف خارج کلاسی به این صورت است که فرد باید با مددکار اجتماعی قرار ملاقاتی بگذارد و سه سوال مهم خود را از او بپرسد. در پایان جلسه خلاصه ای از جلسه ۵ گفته شده و فهرست کنترلی پیشرفت توسط اعضا تکمیل می شود.

جلسه ی ۶: روبرو شدن با استرس در اجتماع: هدف این جلسه دانستن این مطلب است که استرس می تواند در عود بیماری نقشی مهم ایفا کند. فکر کردن به راه های روبرو شدن با استرس و مطلع شدن از فعالیت هایی که می توان برای مقابله با استرس یا پر کردن اوقات فراغت از آنها استفاده کرد از دیگر اهداف این جلسه هستند. کتاب کار توزیع می شود تا برگه کار روبرو شدن با استرس در اجتماع به عنوان تکلیف داخل کلاسی تکمیل شود. در این برگه ۴ موقعیت استرس آور باید مثال زده شود و راه های روبرو شدن با آنها نوشته شود. برای تکالیف خارج کلاسی برگه منابع فعالیت های سرگرم کننده باید تکمیل شود. در این برگه فرد، فهرستی از رسانه ها، افراد و سازمان هایی را که می تواند برای اوقات فراغت خود از آنها استفاده کند به همراه شماره های تماس آنها تهیه می کند.

جلسه ی ۷: طرح ریزی یک برنامه روزانه: هدف از این جلسه آموختن فواید داشتن یک برنامه روزانه و سپس تهیه آن است. تکالیف خارج کلاسی کنترل می شوند. کتاب کار توزیع شده و برگه کار برنامه روزانه بررسی می شود. چند مثال با کمک شرکت کنندگان برای آن زده می شود. از افراد خواسته می شود به عنوان تکلیف خارج کلاسی این برگه را تکمیل کنند. مزیت های داشتن یک برنامه روزانه به کمک اعضای گروه برشمرده می شود.

جلسه ی ۸: گذاشتن یک قرار ملاقات و انجام آن: هدف این جلسه آموختن چگونگی گذاشتن قرار ملاقات با پزشک بعد از ترخیص است. در تمرین ایفای نقش این جلسه یک نفر نقش منشی دکتر و نفر دیگر نقش بیماری را بازی می کند که قرار است بعد از ترخیص برای ملاقات با پزشک، وقت بگیرد. بعد از تمرین افراد تشویق شده و فیدبک ها داده می شوند. فرد برای تکلیف خارج کلاسی باید با یکی از اعضای تیم درمان برای گذاشتن قرار ملاقات با پزشک تمرین کند.

جلسه ی ۹: چگونه دارو درمانی از عود جلوگیری می کند: اهداف این جلسه این است که شرکت کنندگان بیاموزند که داروها چه طور کار می کنند و دیگر این که یاد بگیرند چگونه درمان را پی گیری کرده و پاسخ به درمان را در مورد خود ارزیابی کنند. کتاب کار توزیع می شود. به عنوان تکلیف داخل کلاسی برگه درجه بندی خودارزیابی بررسی می شود. از آنها خواسته می شود آن را به دقت پر کنند. این برگه باید به صورت روزانه تکمیل شود. در پایان جلسه مروری بر مطالب گفته شده این جلسه انجام می شود و شرکت کنندگان فهرست کنترلی پیشرفت را پر می کنند.

جلسه ی ۱۰: ارزیابی اثرات داروهای تجویزی: هدف جلسه این است که اعضای گروه استفاده از برگه درجه بندی خود ارزیابی را تمرین کنند تا بعداً بتوانند ارتباط بهتری با پزشک معالج خود برقرار نمایند. یک نفر نقش پزشکی را بازی می کند که اطلاعاتی از برگه درجه بندی خود ارزیابی ندارد و دیگری نقش بیماری را بازی می کند که این برگه را به همراه خود در جلسه ویزیت آورده است. بعد از تمرین افراد تشویق شده و فیدبک ها داده می شوند.

جلسه ی ۱۱: حل مشکلات دارویی: هدف این جلسه این است که افراد یاد بگیرند چگونه مشکلات ناشی از دارو را تشخیص دهند و دیگر این که بدانند برای حل مشکلات دارویی خود چه اقدامی باید بکنند. شرکت کنندگان باید بعد از تماشای نوار ویدیویی متوجه شوند که برای درمان مشکلات دارویی خود باید با پزشک معالج خود تماس بگیرند. در پایان مطالب این جلسه مرور می شوند و اعضا، فهرست کنترلی پیشرفت را تکمیل می کنند.

جلسه ی ۱۲: حل مشکلات عوارض جانبی دارویی: اهداف این جلسه شناسایی عوارض جانبی احتمالی داروها و تمرین افراد برای صحبت با پزشکشان راجع به این عوارض است. از افراد خواسته می شود تا عوارض مربوط به خود را در برگه علامت بزنند. شرکت کنندگان باید بدانند که اگر عوارض جانبی جدی را تجربه کردند باید حتماً با پزشک معالج خود تماس بگیرند. سپس تمرین ایفای نقش انجام می شود. به عنوان تکلیف خارج کلاسی افراد باید سه سوال خود را راجع به اجتناب از مشکلات دارویی نوشته و در

قرار ملاقاتی از پزشک یا داروساز بپرسند.

جلسه ی ۱۳: شناسایی علایم هشدار مربوط به عود: هدف این جلسه آموزش به اعضا در مورد علایم هشدار دهنده بازگشت بیماری است. اگر افراد بتوانند عوامل و نشانه ها را مشخص کنند ممکن است بتوانند از عود بیماری جلوگیری کنند. به عنوان تکلیف داخل کلاسی شرکت کنندگان باید برگه کار فهرست علایم هشداردهنده را تکمیل کنند. در پایان مطالب گفته شده مرور می شوند و فهرست کنترلی پیشرفت توسط شرکت کنندگان تکمیل می شود.

جلسه ی ۱۴: حفظ پی گیری علایم هشدار: هدف این جلسه این است که افراد متوجه شوند علایم هشدار دهنده شخصی خود را روزانه مورد بررسی قرار دهند و دیگر این که درک کنند در تشخیص این علایم به کمک نیاز دارند و به تنهایی نمی توانند این کار را انجام دهند و باید فردی را پیدا کنند که به آنها در تشخیص و بررسی علایم هشداردهنده شان کمک کند. کتاب کار توزیع می شود. به عنوان تکلیف داخل کلاسی برگه حفظ پی گیری علایم هشدار بررسی می شود.

جلسه ی ۱۵: پیشبرد طرح اورژانس: هدف این جلسه این است که اعضای گروه ایجاد یک برنامه اورژانسی را بیاموزند که به آنها می گوید قدم به قدم چه کاری باید انجام دهند و با چه کسی در مواردی که علایم هشدار دهنده بیماری زیاد شدند ارتباط برقرار کنند. به عنوان تکلیف داخل کلاسی برگه کار طرح ریزی برای موارد اورژانس بررسی می شود. در این برگه به ترتیب فرد باید مشخص کند که در موارد ضروری ابتدا با شخص حمایت کننده ای که برای خود انتخاب کرده، سپس با مددکار خود، بعد با پزشک. اگر او هم در دسترس نبود با درمانگاه ها و بخش های اورژانس تماس بگیرد. باید نام این افراد و سازمان ها و شماره های تماس آنها را در این برگه یادداشت کند و داروهای مصرفی خود و علایم هشدار دهنده شخصی خود را هم بنویسد.

جلسه ی ۱۶: طرح خود را به درون اجتماع ببرد: هدف جلسه آخر این است که افراد قادر باشند برنامه اورژانس خود را شرح دهند. بتوانند با یک فرد حمایت کننده که می تواند در انجام برنامه اورژانس در اجتماع به او کمک کند، ارتباط برقرار کنند و درک کنند که همه مهارت هایی را که در برنامه بازگشت به اجتماع یاد گرفته اند، باید تمرین کنند. در تمرین ایفای نقش یک نفر نقش کارمند خانه اقامتی را بازی می کند و دیگری نقش کسی را که در آنجا زندگی می کند و قصد دارد برای طرح اورژانس خود از آن کارمند کمک بخواهد و بعد از تمرین افراد تشویق می شوند و فیدبک ها داده می شوند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و قبل از انجام این تحلیل پیش فرض های انجام آن یعنی همگنی واریانس ها، همگنی شیب های رگرسیون و خطی بودن رابطه ی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته به کمک آزمون لون مورد بررسی و تایید قرار گرفت. داده ها با ویرایش شانزده نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، ویژگی های توصیفی گروه نمونه به طور خلاصه ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی های توصیفی گروه نمونه

لیست انتظار		گروه CRP		متغیر
Sd	M	Sd	M	
۶/۸	۱۸۲/۴	۵	۱۸۳/۱	پیش آزمون مهارت های اجتماعی
۸/۸	۱۷۷/۹	۷/۴	۱۷۲/۲	پس آزمون

در جدول ۳، خلاصه ی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مهارت های اجتماعی ماتسون ارایه شده است:

جدول ۳: خلاصه ی نتایج تحلیل کوواریانس نمرات مهارت های اجتماعی گروه ها

منبع	SS	df	MS	F	Sig.	Eta
پیش تست	۳۹۴/۸۶	۱	۳۹۴/۸۶	۶/۳	۰/۰۲۲	۰/۷۲
گروه	۲۳۷۵/۳۱	۱	۲۳۷۵/۳۱	۳۷/۹۰	۰/۰۴	۰/۹۱
خطا	۱۰۶۵/۳۹	۱۷	۶۲/۶۷			

همان طور که در جدول بالا ملاحظه می شود، F محاسبه شده در سطح آلفای ($p < 0.022$) معنادار است. پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنادار بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. ($\text{Partial Eta} = 0.72, P < 0.022, F(1, 20) = 6.3$) می توان نتیجه گرفت که با ثابت نگه داشتن نمرات پیش آزمون در هر دو گروه، نمرات پس آزمون در دو گروه به طور معنا داری تفاوت دارد. یعنی تاثیر آموزش برنامه ی بازگشت به اجتماع در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در افزایش مهارت های اجتماعی معنادار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تنها فرضیه این پژوهش مورد تایید قرار گرفت به طوری که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون مهارت های اجتماعی شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه مشاهده شد؛ به عبارتی دیگر، اجرای برنامه ی بازگشت به اجتماع باعث افزایش مهارت های اجتماعی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد. این یافته همسو با نتایج پژوهش زیانگ و ونگ (۲۰۰۷) است. این پژوهشگران در تحقیقی با عنوان اثربخشی برنامه ی بازگشت به اجتماع بر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در چین، نشان دادند که آموزش برنامه ی بازگشت به اجتماع، باعث افزایش کارکردهای اجتماعی، کاهش نشانه های روانشناختی، افزایش بینش و کاهش عود و بستری شدن مجدد می شود. همچنین این یافته ها با پژوهش های زوو و همکاران (۱۹۹۹)، اسمیت و هال و مکین (۱۹۹۸) و کپلوویکزو و لیرمن و زارتی (۱۹۹۸) همخوانی دارد. همانطور که گفته شد، برنامه ی بازگشت به اجتماع به بیماران آموزش هایی را در مورد داروها و افزایش تبعیت دارویی، ایجاد ارتباط موثر با دیگران به ویژه پزشکان، آموزش نقش های اجتماعی، فید بک دادن به اعضای گروه بعد از هر ایفای نقش، آموزش هایی در ارتباط با مسایل موجود در جامعه،

آموزش مجموعه ای از فعالیت های مقبول اجتماع، مثل گذراندن صحیح اوقات فراغت، آموزش اجتناب از رفتارهای ضد اجتماعی مثل مصرف الکل و مواد مخدر، آموزش مدیریت استرس در موقعیت های اجتماعی و آموزش نحوه ی صحیح کمک خواستن از دیگران به ویژه هنگام مشاهده ی علایم هشدار دهنده است. این برنامه به بیماران می آموزد که هنگام مشاهده ی علایم هشدار دهنده وقوع یک دوره ی بیماری یا حتی هنگام عود آن به بهترین شکل ممکن از توانایی خود برای کمک گرفتن از دیگران استفاده کنند. آنها یاد می گیرند که خودشان به تنهایی نمی توانند علایم عود بیماری را تشخیص دهند و برای این کار باید حتما از فردی سالم کمک بگیرند تا به موقع بتوانند علایم را تشخیص داده و با پزشک خود در میان بگذارند. آنها آموزش می بینند که رفتارهایی مثل مصرف مواد مخدر و الکل، باعث می شود که ترخیص شدن آنها از مرکز و انتقال به خانه های حمایتی به تاخیر بیافتد؛ علاوه بر این، در این برنامه بیماران از طریق انجام ایفای نقش های متعدد یاد می گیرند تا به نحوی موثر با دیگران ارتباط برقرار کنند؛ به عنوان مثال با ایفای نقش پزشک و بیمار از جانب بیماران، آنها می آموزند چگونه علایم خود را به پزشکان به بهترین شکل ممکن گزارش دهند. در این برنامه، بیماران با قرار دادن خود در نقش های متفاوت از جمله نقش بیمار، نقش پزشک و یا حتی نقش افراد عادی و سالم، کاملاً می توانند مهارت های اجتماعی یاد گرفته شده را به طور مرتب تمرین کنند. به نظر می رسد، به دلیل ویژگی برنامه ی بازگشت به اجتماع که به طور گروهی اجرا می شود، بیماران در انجام کارها، پاسخ به سوالات، انجام تکالیف داخل کلاسی و تکمیل کردن برگه های کار مختلف، تشویق می شوند که با همکاری یکدیگر و کمک به هم، وظایف خود را در جلسات انجام دهند؛ بنابراین روحیه ی همکاری و تشریک مساعی در بیماران تقویت می شود.

References

- Altman, H. (1983). A collaborative approach to discharge for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(7), 641-642.
- Bellus, S., Kast, P., & Vergo, J. (2000). Preparing long term inpatients for community re-entry. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 65-82.
- Burns, B.J., & Santos, A. (1995). Assertive community treatment: An update of randomized trails. *Psychiatric Services*, 46(7), 669-675.
- Castle, D., Copolov, D., & Wykes, T. (Eds.). (2003). *Pharmacological and psychosocial treatment in schizophrenia*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Cesar, S., Claudia, R., & Victor, S. (1998). Dissemination of a social skills training program for chronic schizophrenic patients in Peru. *International Review of Psychiatry*, 10(1), 152-176.
- Chambon, O., & Cardine, M. (1998). An evaluation of social skills training modules with schizophrenia inpatients in France. *International Review of Psychiatry*, 10(1), 124-140.
- Conley, R.R. (2002). *Management of treatment refractory patients in schizophrenia: A new guide for clinicians*. New York: Marcel Dekker.
- Csernansky, J.G. (Ed.). (2002). *Schizophrenia: A new guide for clinicians*. New York: Marcel Dekker.
- Dennis, D.L., Buckner, J.C., Lipton, F.R., & Levine, I.S. (1991). A decade of research and services for homeless mentally ill persons. *American Psychologist*, 46, 1129-1138.

- Diamond, R.J. (2006). Recovery from a psychiatrist's viewpoint. *Postgraduate Medicine Special Report*, 54-62.
- Freedman, R. (2003). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 340, 1738-1749.
- Goisman, R.M. (1998). Social skills training, atypical neuroleptics and treatment-refractory psychosis. *International Review of Psychiatry*, 10(1), 84-90.
- Granholt, E., McQuaid, J. R., Auslander, L.A., & McClure, F.S. (2004). Group cognitive-behavioral social skills training for older outpatients with chronic schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18 (3), 105-126.
- Harford, I., Kalkstein, S., & Hurford, M. (2011). Cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Psychiatric Times*, 28 (3), 72-89.
- Hemphill, B.J., Peterson, C.Q., & Werner, P.C. (1991). *Rehabilitation in mental health*. New York: Slack Incorporated.
- Ikebuchi, E., Anazai, N., & Niwa, S.I. (1998). Adaption and dissemination of social skills training in Japan. *International Review of Psychiatry*, 10 (1), 82-95.
- Keefe, R. S., & McEvoy, J.P. (Eds.). (2001). *Negative symptoms and cognitive deficit treatment response in schizophrenia*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kopelowics, A. (1998). Adapting social skills training for Latino with schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 10 (1), 47-51.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23.
- Kopelowicz, A., Wallace, C. J., & Zarate, R. (1998). Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*, 49, 1313-1316.
- Liberman, R.P., & Silbert, K. (2005). Community re-entry: Development of life skills. *Psychiatry*, 68 (3), 220-229.
- Liberman, R.P., Silbert, K. (2005). Community re-entry: Development of life skills. *Psychiatry*, 68 (3), 220-229.
- Liberman, R.P., (1992). Social and independent Living skills. Return to the community. Educator guide translated by hmid taheerkhani (2008).
- Lintner, B. (1996). *What causes schizophrenia: Living with schizophrenia*. London: Vermilion.
- Mackain, S.J., Smith, T., Wallace, W., & Kopelowics, A. (1998). Evaluation of a community re-entry program. *International Review of Psychiatry*, 10 (1), 76-84.
- Maj, M., & Sartorius, N. (Eds.). (2002). *Schizophrenia*. Vol.2. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Matson, J. L. (1990). *Matson evaluation of social skills: Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic System.
- Matson, J. L. (1990). *Matson evaluation of social skills: Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic System.
- Matson, J.L., & Ollendik, T.H. (1988). *Enhancing children's social skills: Assessment and training*. Oxford: Pergamon Press.
- Matson, J.L., Ollendik, T.H. (1988). *Enhancing children's social skills: Assessment and training*. Oxford: Pergamon Press.
- Matson, J.L., Rotatori, A.F., & Helsel, W.J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills: The Matson evaluation of social skills. *Behavior Research and Therapy*, 21 (4), 335-340.
- Matson, J.L., Rotatori, A.F., Helsel, W.J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills: The Matson evaluation of social skills. *Behavior Research and Therapy*, 21 (4), 335-340.
- McDonald, C., Schulze, K., & Murr, R.M. (Eds.). (2004). *Schizophrenia challenging the orthodox*. London: Taylor and Farncis.
- Miller, R., & Mason, S. (2002). *Diagnosis; schizophrenia a comprehensive resource for patients, families and helping professionals*. New York: Columbia University Press.
- Mueser, K. T., & Jeste, D.V. (Eds.). (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilfred Press.
- Nangle, D. W., Hansen, D.J., Erdley, C., & Norton, P.J. (2010). *Practitioner's guide to empirically based measures of social skills*. New York: Springer.
- Partick, N.J. (2008). *Social skills for teenagers and adults with asperger syndrome*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Reardon, K. (1991). *Persuasion in practice*. Sage: Newbury Park.
- Remschmidt, H. (Ed.). (2003). *Schizophrenia in children and adolescents*. New York: Cambridge University Press.

- Scrimali, T. (2008). *Entropy of mind and negative entropy: A cognitive and complex approach to schizophrenia and its therapy*. London: Karnac.
- Shean, G. D. (2010). *Recovery from schizophrenia*. New York: Hindawi Publishing Corporation.
- Smith, T. E., Hull, J. W., MacKain, S. J., & et al (1996). Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatric Services, 47*, 1099–1103.
- Thornton, J.F., Seenan, M.V., & Plummer, E.D. (2005). *How do we cope with side effects of drugs in schizophrenia*.
- Vaccaro, J.V., & Clark, G.H. (1996). *Practicing psychiatry in the community: A manual*. New York: American Psychiatric Press.
- Veronica, P., & Tsang, W.H. (1996). A conceptual framework for work-related social skills in psychiatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation, 62* (3), 61-68.
- WHO. (2001). *Mental Health View Understanding*: New Hope. WHO, 100-103.
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia*. New York: Routledge.
- Xiang, Y., Weng, Y.z., & et al. (2007). Efficacy of the community re-entry module for patients with schizophrenia in Beijing, China: Outcome at 2 years follow up. *The British Journal of Psychiatry, 190*, 49-56
- Xu, Z. D., Weng, Y. Z., Hou, Y. Z., & et al (1999). Efficacy and follow-up research of medication-management module training for schizophrenic patients (in Chinese). *Chinese Journal of Psychiatry, 32*, 96–99.
- Yosefi, Farideh, Kheir, Mohammad (2002). Evaluate the reliability and validity of a social skills Matson scale to measure and compare the performance of highschool boys and girls on this scale. *Journal of Humanities and Social Sciences University of Shiraz 18 period, No 2(continuous 36) (special for educational science), 147-158.*

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 8 (No. 31), pp. 27-36, 2014

The Effectiveness of the returning to society program in improving the social skills of schizophrenic patients

Shahmiri, Elmira

Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Talebzade, Meghdad

Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Jafari Fard, Solieman

Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Received: Mar 11, 2013

Accepted: Jun 11, 2013

Schizophrenia, is a chronic and debilitating disorder and in this disorder, social skills of patients get severely damaged. Returning to the society programs, in addition to the many features it has, can play a key role in improving the social skills of the patient. This program is one of the sub-programs of social living skills and it is independent. The present study examined the effectiveness of returning to the society programs in improving the social skills of schizophrenic patients. For this purpose, in the form of a quasi-experimental design, 20 patients with schizophrenia who were in relative improvement were chosen from available samples. They were randomly assigned to two groups of experiment and control. The social skills of the groups were assessed both before and after the study. Then, the experimental group received 16 sessions of the returning to society program. Results of covariance analysis indicated that performing this program is effective in improving the social skills of schizophrenic patients. Although these findings are preliminary but it is suggested for this program to be used in improving the damaged social skills in chronic mental disorders such as schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, the returning to society program, social skills

Electronic mail may be sent to: Elmira-shahmir@yahoo.com