

Comparison of the effectiveness of supportive therapy and illness management on communication skills of schizophrenic patients

Rangrazian F¹, Kiamarsi A^{2*}, Kazemi R²

1- Ph.D. Student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, I.R. Iran.

2- Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, I.R. Iran.

Received: 2020/10/25 | Accepted: 2021/03/10

Abstract:

Background: Schizophrenia is a chronic and debilitating disorder in which communication skills are severely impaired. This study aimed to compare the effectiveness of supportive therapy and illness management on communication skills of schizophrenic patients.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study with a pre-test, post-test design with a control group, 52 patients with schizophrenia admitted to Shafa hospital in Rasht in 1398 were randomly divided into three groups of supportive therapy (n=17), illness management (n=18) and control (n=17). The intervention used was educational intervention and data collection tool was Christie Forsyth (1996) interactive questionnaire. The collected data were analyzed by SPSS software version 26 using analysis of covariance.

Results: The mean total score of communication skills and components of physicality and information exchange in both supportive therapy and illness management groups was significantly higher than the control group, but the mean component of relations was only in the illness management group significantly higher than the control group ($P < 0.001$). It should be noted that no significant difference was observed between the two groups of supportive therapy and illness management ($P > 0.05$).

Conclusion: Since there was no difference between the two interventions and both treatments were effective, supportive therapy and illness management can be used to improve the quality of life of schizophrenic patients in combination with other treatments or in combination.

Keywords: Schizophrenia, Supportive therapy, Illness management, Communication skills

***Corresponding Author**

Email: a.kiamarsi52@gmail.com

Tel: 0098 911 130 8893

Fax: 0098 453 372 7799

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2021; Vol. 25, No 2, Pages 858-865

Please cite this article as: Rangrazian F, Kiamarsi A, Kazemi R. Comparison of the effectiveness of supportive therapy and illness management on communication skills of schizophrenic patients. *Feyz* 2021; 25(2): 858-65.

مقایسه اثربخشی درمان حمایتی و مدیریت بیماری بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی

فاطمه رنگریزان^۱، آذر کیامرثی^{۲*}، رضا کاظمی^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: اسکیزوفرنی اختلالی مزمن و ناتوان‌کننده است که در آن مهارت‌های ارتباطی به شدت آسیب می‌بیند. بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان حمایتی و مدیریت بیماری بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی بود. **مواد و روش‌ها:** در این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، تعداد ۵۲ نفر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان شقای رشت در سال ۱۳۹۸ به‌طور تصادفی در سه گروه درمان حمایتی (۱۷ نفر)، مدیریت بیماری (۱۸ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. مداخله مورد استفاده، مداخله آموزشی و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تعاملی کریستی فورسیت (۱۹۹۶) بود. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۶ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **نتایج:** میانگین نمره کل مهارت‌های ارتباطی و مؤلفه‌های ویژگی‌های جسمانی و مبادله اطلاعات در هر دو گروه درمان حمایتی و مدیریت بیماری به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود؛ اما میانگین مؤلفه روابط و مناسبات، تنها در گروه مدیریت بیماری به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/001$). لازم به ذکر است بین دو گروه درمان حمایتی و مدیریت، اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به این‌که بین دو مداخله تفاوتی وجود نداشت و هر دو روش درمانی اثربخش بودند، بنابراین از درمان حمایتی و مدیریت بیماری می‌توان برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی در کنار درمان‌های دیگر و با به‌صورت تلفیقی استفاده کرد. **واژگان کلیدی:** اسکیزوفرنی، درمان حمایتی، مدیریت بیماری، مهارت‌های ارتباطی

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و پنجم، شماره ۲، خرداد - تیر ۱۴۰۰، صفحات ۸۶۵-۸۵۸

مقدمه

اسکیزوفرنی با مجموعه‌ای از نشانه‌های مختلف مشخص می‌شود که غرابیت شدید در ادراک، تفکر، عمل، خودپنداره و شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران از آن جمله است. [۴]. اسکیزوفرنی باعث ایجاد تعارض در عملکرد شغلی و در نتیجه مشکلات اقتصادی، اجتماعی و شخصی می‌شود و هزینه‌های پزشکی و غیرپزشکی زیادی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌نماید [۵]. بنابراین عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، برای کمک به زندگی بهتر و مؤثرتر در جامعه ضروری است [۶]. هرچند این بیماران به جز ارتباطات ناچیز با پرسنل بیمارستان‌ها و تماس‌های تلفنی اندک و ملاقات‌های انگشت‌شمار، ارتباطی با دنیای خارج ندارند [۷]. زمانی که یاد می‌گیرند از طریق مهارت‌های آموخته‌شده، علائم هشداردهنده‌ی عود بیماری را بشناسند و در پی مداخلات اولیه مبارزه با آن باشند، به نحو چشمگیری نتایج مفیدتر، عودهای کمتر و عملکرد اجتماعی بهتری خواهند داشت. [۸]. روش درمانی مرسوم اسکیزوفرنی در ایران، در بیشتر موارد شامل بستری، دارو و شوک درمانی است و بیمار پس از بهبود نسبی ترخیص می‌شود. هرچند درمان‌های جسمی در بیشتر موارد بهبود چشمگیر بیمار را به دنبال دارد، اما نمی‌تواند همه نیازهای آنان را برآورده کند [۹]. باتوجه به این‌که نمی‌توان نقش عوامل محیطی و اجتماعی را در شکل‌گیری اسکیزوفرنی انکار نمود، پس بازگشت توانایی مهارت‌های اجتماعی توسط مداخلات مختلف روانشناختی در یک

اسکیزوفرنی اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد به جا می‌گذارد و تقریباً در یک درصد افراد جامعه دیده می‌شود [۱]. بروز سالیانه اسکیزوفرنی ۰/۵ تا ۵ در هر ۱۰۰۰۰ نفر و شیوع مادام‌العمری آن ۰/۶ تا ۱/۹ درصد است و معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع شده، تا آخر عمر پایدار باقی می‌ماند. در مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، شیوع اختلالات سایکوتیک ۰/۸۹ درصد و میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنی ۰/۶ درصد گزارش شده است [۲]. این بیماری موجب بروز اختلال در حوزه‌های عاطفی، شناختی و اجتماعی می‌شود و در نتیجه منجر به از بین رفتن توانایی در انطباق با تغییرات محیطی و کارکرد مناسب در جامعه می‌گردد [۳].

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

اردبیل، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی

تلفن: ۰۹۱۱۱۳۰۸۸۹۳ | **درب‌نویس:** ۰۴۵۳۳۷۲۷۷۹۹

پست الکترونیک: a.kiamarsi52@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۴ | **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۹/۱۲/۲۰

مقایسه اثربخشی درمان حمایتی و مدیریت بیماری بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20207631942237N1 ثبت شده است. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری را کلیه بیماران اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان شفای رشت در سال ۱۳۹۸ (۷۹۶ نفر) تشکیل دادند. در ادامه با توجه به مطالعه Padmavathi و همکاران، میانگین (انحراف معیار) مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۲۵/۶۰ (۶/۵۶) و ۱۳/۷۳ (۶/۵۵) به دست آمده است [۱۹] و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، مقدار حجم نمونه حدود ۶/۵ به دست آمد و البته با استناد به مطالعه حق‌دوست و همکاران [۲۰] و با توجه به این که در مطالعه حاضر، سه گروه مورد بررسی قرار گرفتند، عدد به دست آمده یعنی ۶/۵ در جذر ۲ (۱/۴) ضرب گردید و در نهایت، تعداد ۹ نفر به عنوان حداقل حجم نمونه لازم برای هر کدام از گروه‌های مورد مطالعه به دست آمد که البته با توجه به امکانات و نحوه دسترسی به بیماران، در مجموع تعداد ۵۲ نفر انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در هر کدام از گروه‌های درمان حمایتی (۱۷ نفر)، مدیریت بیماری (۱۸ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش، شامل گروه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، تشخیص اسکیزوفرنی توسط روانپزشک، قرار داشتن در فاز مزمن اسکیزوفرنی، سابقه حداقل یک سال ابتلا به بیماری و مصرف داروهای ضد روان‌پریشی بود و معیارهای خروج شامل دریافت همزمان نوع دیگری از روان‌درمانی و غیبت بیش از سه جلسه در نظر گرفته شد. همچنین ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر، شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با تمایل خود و رضایت والدینشان (اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه) شرکت کردند. ب) اطلاعات پرسشنامه‌ای به‌صورت محرمانه و بدون ذکر نام و نام‌خانوادگی ثبت گردید. در گروه مداخله، پروتکل‌های درمان حمایتی و مدیریت بیماری توسط دکترای روانشناس بالینی انجام شد و آزمودنی‌ها طی ۲۰ جلسه تحت درمان حمایتی و ۱۸ جلسه تحت مدیریت بیماری ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند که به‌صورت گروهی هفته‌ای دوبار اجرا شد اما در گروه کنترل اقدامی انجام نشد. محتوای مداخلات درمان حمایتی [۲۱] و مدیریت بیماری [۲۲] به ترتیب در جدول‌های شماره‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جو مناسب درمانی بین بیمار و درمانگر، می‌تواند نویدبخش بازگشت بهتر این افراد به جامعه باشد [۱۰]. یکی از انواع درمان‌های روانشناختی، درمان حمایتی است که هدفش حفظ عملکرد بیمار اسکیزوفرنی یا کمک به او در جهت انطباق با توانایی‌هایش می‌باشد. [۱۱]. در طی یک کارآزمایی بالینی، Singh و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی درمان حمایتی را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بررسی کردند که نتایج نشان داد حمایت‌های روانی - اجتماعی روی کیفیت زندگی این بیماران مؤثر است و با تأثیر بر کارکردهای اجتماعی بیماران، به شکل مؤثری کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد [۱۲]. یکی دیگر از رویکردهای درمانی جهت کنترل بیماری، برنامه مدیریت بیماری است [۱۳]. برنامه‌ای با ترکیب مداخلات روانی - اجتماعی که به بیماران کمک می‌کند کنترل بیشتری روی مشکلات خود و همچنین مدیریت بیماری و حمایت از بهبودی داشته باشند [۱۴]. نتایج مطالعه Burlingame و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که گروه‌درمانی در درمان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تأثیر دارد [۱۵]. Nakamura و همکاران، با اجرای برنامه مدیریت بیماری در بیماران میانسال و سالمند مبتلا به اسکیزوفرنی با بستری طولانی در بیمارستان و طی بررسی اثرات بالینی ساختار مغز، برای اولین بار حفظ ضخامت قشر مغز در چین فوقانی گیجگاهی (Superior Temporal Gyrus (STG) چپ در افراد تحت درمان با این روش را نشان دادند [۱۶]. در مورد مقایسه درمان‌های گوناگون اطلاعات کمی در دست است. مثلاً در مقایسه درمان مقابله‌گرا Copping Oriented Program نسبت به درمان حمایتی در بیماران اسکیزوفرنی، بیماران تحت آموزش درمان حمایتی، اطلاعات بیشتری درباره سایکوز و کاهش بیشتری در علائم و نیز اضطراب و افسردگی داشتند و در مورد مقایسه تأثیر درمان حمایتی روی بیماران اسکیزوفرنی با درمان‌های استاندارد یا درمان‌های دیگر، در میزان عود و بستری مجدد و عملکرد عمومی تفاوتی به دست نیامد [۱۷].

بدون مراقبت‌های روانی پشتیبان، این بیماری با تأثیر بر کارکردهای اجتماعی و ارتباطی، می‌تواند باعث تحمیل هزینه‌های بالای درمان به شکل مستقیم و یا غیرمستقیم برای سیستم‌های بهداشتی - درمانی و همچنین خانواده فرد مبتلا گردد [۱۸]. از طرفی به نظر می‌رسد درمان‌های حمایتی و مدیریت بیماری قابلیت تأثیر بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی را دارند. با این حال در خصوص میزان اثربخشی این دو درمان بر مهارت‌های ارتباطی و مقایسه آن‌ها پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف

جدول شماره ۱- خلاصه جلسات درمان حمایتی

جلسات	عنوان	اهداف	تعداد جلسات
۱	فرمولاسیون کیس	فهرست مشکلات - عقاید بیمار - عوامل و موقعیت‌های فعال‌ساز - افکار و مشکلات موانع قابل پیش‌بینی بر سر راه درمان - برنامه درمان	۲
۲	پرورش اتحاد درمانی	ابراز علاقه - ابراز همدلی - ابراز درک - نظرات تداوم‌بخش - سبک گفت‌وگوشنودی - ترمیم اتحاد نامناسب	۳
۳	پرورش ارزش و منزلت	تحسین - اطمینان‌بخشی - هنجارسازی - همگانی‌سازی - تشویق و انگیزختن بیمار	۳
۴	مهارت‌سازی و رفتار انطباقی	توصیه - تدریس - الگوسازی رفتار انطباقی - پیشاپیش راهنمایی کردن بیمار	۲
۵	کاهش اضطراب و پیشگیری از آن	سبک گفت‌وگوشنودی - در میان گذاشتن دستور کار - ملایم‌سازی کلامی - نام‌گذاری مشکل - هیجان‌سازی - قالب‌بندی مجدد و توجیه	۳
۶	توسعه آگاهی	ایضاح - رویارویی - تفسیر	۱
۷	تغییرات مؤثر در محیط بیمار	شناسایی عوامل محیطی استرس‌زا - آموزش آگاهی‌ها و راهنمایی‌های لازم و ضروری	۲
۸	فرصت برای تخلیه هیجانی	ایجاد رابطه مبتنی بر امنیت و احساس ایمنی بین بیمار و درمانگر - در میان گذاشتن احساساتی مانند ترس و غم نگرانی و ناکامی و زودرنجی با روان‌درمانگر	۳
۹	پیش‌بینی مسائلی که ممکن است جریان درمان را سد کنند.	مرور و بررسی گهگاه نتایج درمان	۱

جدول شماره ۲- خلاصه جلسات مدیریت بیماری

جلسات	عنوان	اهداف	تعداد جلسات
۱	راهکارهای بهبودی	مشارکت بیماران در گروه برای آگاهی و هماهنگ بودن با اهداف درمان و ترسیم نقشه‌ها برای رسیدن به اهداف	۱
۲	حقایق عملی در مورد اسکیزوفرنی	به تصویر کشیدن حقایق و تعاریف و نشانه‌های همراه با بیمار اسکیزوفرنی و نادیده گرفتن افسانه‌ها درباره این بیماری و شناساندن به بیمارانی که به همراه علائم این بیماری زندگی می‌کنند.	۱
۳	مدل استرس - آسیب‌پذیری و راهکارهای درمانی	توضیح در این مورد که استرس و آسیب‌های زیستی می‌تواند از علل اسکیزوفرنی باشد. بحث در مورد راهکارهایی که استرس و آسیب‌های زیستی را کاهش می‌دهد. آگاه نمودن بیماران درباره تنوع درمان‌ها	۳
۴	سازه‌های حمایت اجتماعی	بحث و گفتگو با بیماران در این مورد که چگونه حمایت‌های اجتماعی می‌توانند بهبود را تسریع بخشند. دادن راهکارهایی برای افزایش حمایت و گسترش مهارت‌های محاوره‌ای	۴
۵	استفاده مؤثر از دارودرمانی	آموختن فواید و اثر جانبی داروها و افزایش مهارت و تبادل نظر با پزشک معالج و یاد دادن مهارت‌های رفتاری برای افزایش تبعیت از درمان	۲
۶	کاهش عود	آموختن به بیماران که عود قابل پیش‌بینی و پیشگیری است. آماده کردن یک راهکار برای پیشگیری از عود	۲
۷	مقابله با استرس	آگاهی به بیماران که آن‌ها می‌توانند استرس خود را کاهش بدهند و توانایی‌های خود را به منظور مقابله مؤثر با آن بهبود بخشند. معرفی و تمرین راهبردها برای پیشگیری و مقابله با استرس	۳
۸	مقابله با مشکلات و مقاومت در برابر علائم و نشانه‌ها	یاد دادن تکنیک حل‌مسأله و کمک به بیماران که مشکلات و علائم رایج را شناسایی کنند. تمرین مقابله برای علائم مقاوم	۳
۹	شناسایی نیازهایی که برای سلامت روان مؤثر است.	شناسایی سرویس‌های مختلف سلامت روان و شناسایی مزیت‌های بیمه برای بیماران. کمک به بیماران که راهبردهای حمایت از سلامت روان را شناسایی کنند.	۱

و وضعیت فیزیکی)، مبادله اطلاعات (تلفظ کردن، ابراز وجود، درخواست کردن، شروع به تعامل، ابراز احساسات، زیر و بم کردن صدا، پاسخ دادن، صحبت کردن و تداوم سخن) و روابط و مناسبات (تشریک مساعی، تطبیق دادن، تمرکز کردن، روابط و مراعات کردن) می‌باشد. دامنه امتیازات برای هر مهارت شامل عملکرد کامل ۴ امتیاز، مهم ۳ امتیاز، غیرمؤثر ۲ امتیاز و عملکرد مختل یک امتیاز گسترده بود که توسط محقق با بررسی و مشاهده بالینی و یا شرکت

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بود که Forsyth در سال ۱۹۹۶ با استفاده از مدل اشتغال انسانی برای اندازه‌گیری مهارت‌های ارتباطی و تعاملی طراحی نمود که برای ارزیابی اشخاص با تشخیص‌های مختلف همراه با ناتوانی‌های ارتباطی و اجتماعی قابل‌استفاده است. این آزمون شامل ۲۰ جزء مهارت ارتباطی و تعاملی طبقه‌بندی شده در سه حوزه ویژگی‌های جسمانی (تماس، نگاه کردن، حرکات و اشارات، حرکات ماهرانه، جهت‌گیری

SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس (با توجه به این که نتایج آزمون شاپیروویلک و شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها داشت)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این پژوهش، ۵۲ بیمار اسکیزوفرنی در سه گروه درمان حمایتی (۱۷ نفر)، مدیریت بیماری (۱۸ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) شرکت داشتند.

در یک بحث گروهی با بیمار و تکمیل پرسشنامه مربوط، ارزیابی می‌گردد [۲۳]. ترجمه، روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط خوشابی و کیوانی (۱۳۸۱) انجام شده و ضریب پایایی مؤلفه‌های ویژگی‌های جسمانی ۰/۴۶ تا ۰/۹۶، موارد مبادله اطلاعات ۰/۵۳ تا ۰/۹۶ و موارد روابط و مناسبات ۰/۲۵ تا ۰/۹۲ به دست آمده است و در نهایت دو جزء روابط و مراعات کردن به دلیل نداشتن پایایی قابل قبول حذف و پرسشنامه نهایی با ۱۸ مورد، توسط محقق به کار گرفته شد [۲۴]. داده‌های جمع‌آوری شده (نمرات مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از مداخله در هر سه گروه) از طریق نرم‌افزار

جدول شماره ۱- مشخصه‌های توصیفی گروه‌های مورد مطالعه بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

گروه متغیر	درمان حمایتی	مدیریت بیماری	کنترل	P
جنس	مرد	۹ (۵۰/۰)	۸ (۴۷/۱)	۰/۸۶۸*
	زن	۹ (۵۰/۰)	۹ (۵۲/۹)	
سن (سال)	۳۷/۴±۰۶/۸۳	۳۶/۶±۶۷/۷۷	۳۳/۶±۸۸/۸۴	۰/۲۷۶**
تحصیلات	بیسواد	۲ (۱۱/۸)	۲ (۱۱/۸)	۰/۹۷۲*
	ابتدایی	۵ (۲۹/۴)	۵ (۲۹/۴)	
	راهنمائی / دبیرستان	۷ (۴۱/۲)	۵ (۲۷/۸)	
	دیپلم	۲ (۱۱/۸)	۳ (۱۷/۶)	
وضعیت تأهل	مجرد	۷ (۴۱/۲)	۵ (۲۹/۴)	۰/۲۰۰*
	متأهل	۸ (۴۷/۱)	۴ (۲۳/۵)	
	مطلقه / همسر فوت کرده	۲ (۱۱/۸)	۸ (۴۷/۱)	
مدت بیماری (سال)	۲/۰±۲۹/۴۷	۲/۰±۰۵/۷۲	۲/۰±۲۹/۵۹	۰/۴۰۹**
تعداد دفعات بستری	یک بار	۰	۱ (۵/۹)	۰/۱۱۵*
	دو بار	۳ (۱۷/۶)	۶ (۳۵/۳)	
	سه بار	۷ (۴۱/۲)	۲ (۱۱/۸)	
	بیش از سه بار	۷ (۴۱/۲)	۸ (۴۷/۱)	

* Chi-squared test/ ** ANOVA

همسان شده‌اند و این متغیرها به‌عنوان مخدوش‌گر عمل نمی‌کنند. همچنین لازم به ذکر است که تمامی افراد سه گروه دارای سابقه خانوادگی بیماری اسکیزوفرنی بودند.

نتایج جدول شماره ۱ نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه و متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$): به عبارتی گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی

جدول شماره ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین مهارت‌های ارتباطی بین گروه‌های مورد مطالعه

P	کنترل		مدیریت بیماری		درمان حمایتی		گروه متغیر
	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۰	۱۲/۱±۴۷/۰۱ ^a	۱۰/۱±۲۳/۹۸	۱۵/۲±۳۳/۲۵	۱۰/۲±۸۳/۰۶	۱۴/۰±۴۷/۸۰	۹/۱±۷۰/۳۱	ویژگی‌های جسمانی
۰	۱۷/۱±۱۲/۴۱ ^a	۱۴/۲±۱۷/۳۲	۲۲/۲±۱۱/۷۸	۱۴/۲±۶۷/۳۰	۲۰/۱±۸۲/۱۸	۱۳/۱±۳۵/۶۵	مبادله اطلاعات
۰	۵/۰±۷۶/۹۷ ^b	۳/۱±۸۸/۲۲	۶/۰±۸۳/۹۸	۳/۰±۸۳/۷۱	۶/۰±۲۹/۵۹	۳/۰±۹۴/۶۶	روابط و مناسبات
۰	۳۵/۲±۳۵/۵۹ ^a	۲۸/۴±۲۹/۹۱	۴۴/۵±۲۸/۶۰	۲۹/۴±۳۳/۳۰	۴۱/۱±۵۹/۷۳	۲۷/۲±۰۰/۸۳	نمره کل

a: وجود اختلاف معنادار بین گروه کنترل با دو گروه دیگر

b: وجود اختلاف معنادار بین گروه کنترل و مدیریت بیماری

هدف، روابط دوستانه جهت کسب پاداش‌های اجتماعی بیشتر و ارتقای عملکرد می‌باشد [۲۲]. در این برنامه بیماران یاد گرفتند که هنگام مشاهده علائم هشداردهنده وقوع یک دوره بیماری یا حتی هنگام عود آن به بهترین شکل ممکن از توانایی خود برای کمک گرفتن از دیگران استفاده کنند. آن‌ها یاد گرفتند خودشان به تنهایی نمی‌توانند علائم عود بیماری را تشخیص دهند و برای این کار باید حتماً از فردی سالم کمک بگیرند تا به‌موقع بتوانند علائم را تشخیص داده، با پزشک خود در میان بگذارند. علاوه بر این، در این برنامه، بیماران از طریق ایفای نقش‌های متعدد یاد گرفتند تا به نحوی مؤثر با دیگران ارتباط برقرار کنند. در این برنامه، بیماران با قرار دادن خود در نقش‌های متفاوت از جمله نقش بیمار، نقش پزشک و یا حتی نقش افراد عادی و سالم، کاملاً توانستند مهارت‌های ارتباطی یاد گرفته شده را به‌شکلی مرتب تمرین کنند [۱۴]. دیگر یافته این پژوهش نشان داد که برنامه مدیریت بیماری بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی تأثیر دارد. این نتیجه با مطالعه Nakamura و همکاران (۲۰۱۹) که نشان دادند برنامه مدیریت بیماری در بیماران میانسال و سالمند مبتلا به اسکیزوفرنی با بستری طولانی در بیمارستان تأثیر دارد، همسو بود [۱۶]. در تبیین این یافته می‌توان گفت در برنامه خودمدیریتی که یکی از روش‌های توانبخشی است، تمام فعالیت‌های مراقبتی و درمان بر بیمار تأکید دارد و بیمار نقش اصلی و محوری دارد و هدف آن دست‌یابی به حداکثر استقلال، خودتصمیم‌گیری و بهبود سلامت فرد مبتنی بر توانایی‌ها و شیوه زندگی فرد، بهبود مهارت‌های ارتباطی و افزایش کیفیت و رضایت از زندگی است [۲۵]. آموزش خودمدیریتی بر افزایش مهارت‌های خودمدیریتی از جمله کنترل افکار، تنظیم هیجانات و مدیریت رفتار اثربخش است. همچنین این‌گونه آموزش‌ها بر افزایش سلامت روان و کاهش نشانه‌های اختلالات روانشناختی مؤثر است. شرکت در برنامه آموزش خودمدیریتی موجب می‌شود که فرد بتواند به این تغییر نگرش دست یابد که او آگاه و انتخاب‌گر است، بنابراین مسؤول انتخاب‌های خود است. او توانایی تغییر خودش را دارد و می‌تواند عنان زندگی‌اش را در دست بگیرد. به نقش افکار در مدیریت خود پی می‌برد، در مورد چگونگی افکار خود آگاه می‌شود و با راهبردهای مدیریت افکار آشنا می‌شود. روش‌های تجربه احساسات و تنظیم آن‌ها را یاد می‌گیرد و سپس راهبردهای مدیریت رفتار را می‌آموزد و به تدریج می‌تواند با افزایش توان مدیریت خود در افکار، احساسات و رفتار، مهارت‌های ارتباطی را تقویت کند و در رفتار و سبک زندگی خود تغییر ایجاد کند و در نهایت احساس تسلط بر خود و در نتیجه احساس خودکارآمدی و کفایت کند [۲۷]. درمان حمایتی با آموزش روش حل مسئله، آموزش اهمیت هدفمندی و

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره کل مهارت‌های ارتباطی و مؤلفه‌های ویژگی‌های جسمانی و مبادله اطلاعات در هر دو گروه درمان حمایتی و مدیریت بیماری به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل می‌باشد؛ اما میانگین مؤلفه روابط و مناسبات، تنها در گروه مدیریت بیماری به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/001$). لازم به ذکر است بین دو گروه درمان حمایتی و مدیریت بیماری از لحاظ مؤلفه‌ها و نمره کل مهارت‌های ارتباطی اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان حمایتی و مدیریت بیماری بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی است. نتایج نشان داد که درمان حمایتی و مدیریت بیماری باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی در بیماران اسکیزوفرنی می‌شود، اما بین دو مداخله، تفاوت معناداری وجود نداشت. در راستای اثربخشی درمان حمایتی بر مهارت‌های ارتباطی، نتایج مطالعه حاضر با پژوهش نجانی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود؛ به‌طوری‌که نتایج آن‌ها نشان داد برنامه خودمدیریتی بر میزان رضایتمندی از زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی، مؤثر و با بهبود رضایت از زندگی بیماران همراه است [۲۵]. همچنین Singh و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی درمان حمایتی را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن تأیید کردند [۱۲]. علاوه بر این، نتایج مطالعه‌ی خدابخشی کولایی و همکاران نشان داد که روان‌درمانی گروهی حمایتی موجب افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود [۲۶]. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان دلیل شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت که درمان حمایتی بیمار اسکیزوفرنی در جهت مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و یا مشکلات درون‌فردی و میان‌فردی از طریق تکنیک‌های آرام‌بخشی، خودگویی عبارات مثبت، تصویرسازی مثبت، آگاه‌سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی کمک می‌کند تا بیمار بر محیط زندگی خود مسلط گردد و از طریق راهکارهای مذکور بتواند ارتباط مؤثری با اطرافیان داشته باشد و از این طریق به‌طور غیرمستقیم موانع و مشکلاتی را که در مسیر بیماری دارد، مرتفع نماید [۱۳]. برنامه مدیریت بیماری بیماران شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی، برنامه‌های پیشگیری از عود، برنامه‌های تبعیت از درمان و راهبردهای مقابله‌ای برای مدیریت استرس و علائم، همراه با دنبال کردن اهداف شخصی و کمک به مددجویان برای برنامه‌های طولانی‌مدت جهت ارتقای نتایج بهبودی است که شامل ادراک

خود توانستند به بیماران اسکیزوفرنی کمک کنند تا با مشکلات خود مقابله نمایند و آن‌ها را کاهش دهند. در نتیجه هر کدام از این دو نوع درمان با روش‌های منحصر به فرد خود در افزایش مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی مؤثر بودند. درمان حمایتی با تأکید بر برقراری ارتباط با دیگران، و درمان مدیریت بیماری با تأکید بر افزایش مهارت‌های خودمدیریتی سبب بهبود این بیماران شدند. بنابراین هر دو رویکرد توان حل مشکلات این بیماران را دارند. عدم ریزش نمونه‌ها از نقاط قوت این مطالعه بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان‌های ضد سایکوز بودند، این مسأله ممکن است نتایج به دست آمده را تحت تأثیر قرار دهد. عدم تمایل برخی از بیماران برای شرکت در مداخله، یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. همچنین از محدودیت‌های مطالعه استفاده از ابزار مداد کاغذی بود. این پژوهش در بیماران با بستری طولانی انجام شده است، بنابراین تعمیم یافته‌ها به بیماران سرپایی باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی سایر درمان‌هایی را که می‌توانند به افزایش مهارت‌های ارتباطی افراد با اختلال اسکیزوفرنی کمک کنند، مورد توجه قرار دهند.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که برنامه آموزش درمان حمایتی و مدیریت بیماری موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنی شد، پیشنهاد می‌گردد از این روش‌های درمانی در مورد این بیماران و به خصوص در بیمارستان‌های روانپزشکی مزمن اجرا گردد تا بتوان مهارت‌های ارتباطی این بیماران را ارتقا بخشید. در ضمن از آنجایی که درمان حمایتی و مدیریت بیماری منجر به بهبود مهارت‌های ارتباطی مددجویان شده است، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه با پیگیری طولانی‌تر از یک ماه طراحی و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری عمومی رشته روانشناسی با کد اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.045 از دانشگاه آزاد اردبیل است. بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

References:

[1] Esmkhani M, Ahangarzadeh Rezaei S, khalkhali H. The effect of adherence to treatment intervention program on the quality of life of schizophrenia

روش‌های هدف‌گذاری، آموزش علل و راه‌های کنترل خشم، آموزش راه‌های مبارزه با احساس گناه و آموزش روش‌های افزایش اعتماد به نفس باعث می‌گردد بیمار بر محیط زندگی خود مسلط گردد و از طریق راهکارهای مذکور بتواند ارتباط مؤثری با اطرافیان داشته باشد و از این طریق به‌طور غیرمستقیم موانع و مشکلاتی را که در مسیر بیماری دارد، مرتفع نماید [۲۵]. مداخلات آموزشی نسبت به بیماری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی منجر به کاهش طول مدت بستری و هزینه غیرمستقیم بیماری می‌شود و کیفیت زندگی را اصلاح می‌کند، همچنین عملکرد بیمار را در جامعه بهبود می‌بخشد که رضایتمندی و ثبات خانوادگی و عدم وابستگی را به دنبال دارد. آموزش مهارت‌های اجتماعی و کمک به افراد روانی می‌تواند برای وارد شدن آن‌ها به محیط منزل و ادامه درمان پس از ترخیص مؤثر باشد. در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از برقراری ارتباط با بیمار و دعوت آن‌ها به شرکت در جلسات آموزشی و با ارائه آموزش‌های لازم و اجتناب از عوامل و محرکات استرس‌زا می‌توان عزت‌نفس و خُلق بیماران را ارتقا داد [۱]. در مجموع درمان حمایتی فرآیندی بسیار سودمند در جهت افزایش روند بهبود و تقویت سلامت روان و حمایت اجتماعی در بیماران و حل تعارضات ارتباطی آنان با خانواده‌هایشان و تقویت بهزیستی بیماران می‌باشد [۱۲]. شرکت مراقبان در جلسات گروهی باعث می‌شود آنان با مطرح کردن احساسات، افکار، عقاید و مشکلاتشان و دریافت همدلی و بازخورد مناسب از سوی اعضا و رهبر گروه، احساس خوبی نسبت به خود پیدا کنند و اجرای مهارت‌های خودمدیریتی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش استرس و پیشگیری از عود این بیماران می‌شود. این نتایج حاکی از این است که مهارت‌های اجتماعی بیماران اسکیزوفرنی را می‌توان با برنامه‌های آموزشی مناسب بهبود بخشید [۱۱]. در مقایسه درمان حمایتی و مدیریت بیماری مشخص شد که بین این دو نوع آموزش از نظر افزایش مهارت‌های ارتباطی در بیماران اسکیزوفرنی تفاوتی وجود ندارد. این برابری اثربخشی می‌تواند ناشی از محتوای هر دو آموزش باشد که بر توانایی بیماران برای مدیریت مهارت‌های ارتباطی و کاهش مشکلات روانشناختی تأکید داشت. نگاهی به محتوای دو درمان در جدول‌های شماره‌های ۱ و ۲، به خوبی نشان می‌دهد که هر دو درمان در عمل بر تقویت برقراری روابط با دیگران، کسب حمایت اجتماعی و نگرش مثبت به توانایی‌های خود بدون قضاوت و داوری منفی و مدیریت خود متمرکز هستند. این دو رویکرد با نگرش‌های خاص

patients. *Nurs Midwif J* 2017; 15 (8): 595-604. [in Persian]

- [2] Fallahi khoshknab M, Asayesh H, Qorbani M, Fadaei F, Rahmani Anaraki H. The effect of poetry therapy group on communicational skills of schizophrenia patients. *Nurs Midwif J* 2016; 13 (11): 919-27. [in Persian]
- [3] Halder S, Kumar M. Cognitive Impairment in Schizophrenia: An Overview of Assessment and Management. *Int J Indi Psycho* 2015; 2(4): 64-72.
- [4] Mohammadi J, Narimani M, Bagyan MJ, Dereke M. Effects of cognitive-behavioral therapy on positive symptoms of schizophrenia. *J Urmia Univ Med Sci* 2014; 25(3): 182-90. [in Persian]
- [5] Singh U, Singh B, Sweta. Assessment and Management of Socio-Occupational Functioning of Persons with Chronic Schizophrenia: Effect of Social Skills Training. *J Psychosoc Res* 2018; 13(1): 189-98.
- [6] Ali A, Mahanta P. Psychiatric Social Work Intervention in Person with Schizophrenia Having Poor Social, Communication and Work Functioning. *Indi J Psychiatr Soc Work* 2018; 9(1): 47-53.
- [7] Shahmir E, Talebizadeh M, Jafarifard S. The Effectiveness of the returning to society program in improving the social skills of schizophrenic patients. *Though Behav Clin Psychol* 2014; 9(31): 27-36. [in Persian]
- [8] Jamshidi F, Tohidi S, Shayan A. Comparison of the Effect of Community Re-entry Program (CRP) and Conventional Psychotherapy Programs on Symptoms Severity and Communication and Interaction skills of Persons With Severe Mental Disorders. *Iran J Rehabil Resear* 2017; 3(4): 21-8. [In Persian]
- [9] Rahdari M, Modares GM, Tabibi Z. On the relationship between personality traits and level of expressed emotion in mothers of schizophrenic patients. *J Fundament Ment Health* 2010; 12(1): 438 -47. [In Persian]
- [10] Mohammadi J, Narimani M, Begian M J, Darkeh M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the positive symptoms of schizophrenia. *J Urmia Medic* 2014; 25 (3): 182-190. [In Persian]
- [11] Cardoso D, Wakeham J, Shaw PA, Dutton B, Wildman L. Chlorpromazine versus thiothixene for people with schizophrenia. *Cochrane Datab Syst Rev* 2017; 7(9): 14-25.
- [12] Singh U, Sweta K, Kiran M. Effectiveness of supportive therapy on quality of life among person with chronic schizophrenia: A randomized control trial. *Indi J Psychiat Soci Work* 2017; 8(1): 21-7.
- [13] Ben-Zeev D, Kaiser SM, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J, Mohr DC. Development and usability testing of FOCUS: A smartphone system for self-management of schizophrenia. *Psychi Rehabil J* 2013; 36(4): 289.
- [14] Roosenschoon BJ, Mulder CL, Deen ML, van Weeghel J. Effectiveness of illness management and recovery (IMR) in the Netherlands: a randomised clinical trial. *BMC Psychiatry* 2016; 16(1): 1-11.
- [15] Burlingame GM, Svien H, Hoppe L, Hunt I, Rosendahl J. Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis. *Psychotherapy* 2020; 57(2): 219.
- [16] Nakamura R, Asami T, Yoshimi A, Kato D, Fujita E, Takaishi M, Yoshida H, Yamaguchi H, Shiozaki K, Kase A, Hirayasu Y. Clinical and brain structural effects of the Illness Management and Recovery program in middle-aged and older patients with schizophrenia. *Psychi Clinic Neuroscien* 2019; 73(12): 731-7.
- [17] Whitehead L. Supportive Therapy for Schizophrenia. *Issu Ment Health Nurs* 2016; 37(12): 973-4.
- [18] Slade M. Personal recovery and mental illness, a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- [19] Padmavathi N, Lalitha K, Parthasarthy R. Effectiveness of conversational skills training of patients with schizophrenia. *J Krishna Inst Medic Sci Univ* 2013; 2(2):42-7.
- [20] Haghdoost A, Baneshi M, Marzban M. How to Estimate the Sample Size in Special Conditions? (Part two). *IRJE* 2011; 7(2): 67-74. [in Persian]
- [21] Winston, Arnold, Pinsker, Henry, Rosenthal, Richard. Guide to learning supportive psychotherapy with clinical examples. Tehran: Arjmand Publications; 2015. [in Persian]
- [22] Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizoph Bullet* 2006; 32(1):32-43.
- [23] Forsyth K, Lai JS, Kielhofner G. The assessment of communication and interaction skills (ACIS): Measurement properties. *Brit J Occup Thera* 1999; 62(2): 69-74.
- [24] Khoshabi K, Kiwani S .Evaluation of communication and interaction skills in psychotic patients. *Rehabilitation* 2002; 5(10): 12-9. [in Persian]
- [25] Nejati S, Taghizadeh M, Nikbakht Nasrabadi A, Kazem Nejad A. The effect of self-management program on the satisfaction of life in patients with spinal cord injury. *IJNR* 2019; 14(1): 1-7. [in Persian]
- [26] Khodabakhshi Koolae A, Navidian A, Baiati Z, Rahmatizadeh M. Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life in patients with type2 diabetes. *J Diabet Nurs* 2015; 3(3): 31-41. [in Persian]
- [27] Saidian F, Bagheri F, Nili Ahmadabadi M, Salimi Bajestani H. Codification and effectiveness of instructional plan of self-management with emphasis on components of consciousness and choice on young peoples. *Counsel Cult Psycoth* 2017; 8(30): 131-65. [in Persian]