The Effect of Social Group Work Intervention on Therapeutic Adherence of Patients with Severe Psychiatric Disorders, a Group Work Report

Samin Farahzadi: BA student of social work, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Maryam Zabihi*: PhD student of social work, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran. m.zabihi.2005@gmail.com

Mona Ehsani: MA student of social work, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Medication adherence has an essential role in good clinical outcome in the treatment of chronic psychotic disorders such as schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder and prevents psychiatric readmission. Medication non-adherence is prevalent among more than fifty percent of patients with chronic psychotic disorders. If a patient stops taking the medicine, the risk of relapse will increase three or five times. The purpose of this article is to report a group work intervention of social work based on Liberman model with the psycho-educational approach to increase the adherence treatment in a psychiatric hospital in Tehran..

Case Description: To organize a group in a psychiatric hospital, a social work student followed these stages: needs assessment, writing a proposal for organizing a group, conducting interviews with potential members, doing a pretest, conducting group work sessions and doing a posttest to evaluate the intervention.

During the needs assessment, the most eight common problems among patients in the ward were identified and patients' non-inherence to treatment was selected as the first priority for the group work. Three sessions were conducted based on the community re-entry program. Due to the characteristics of patients in the ward, the psycho-educational approach was applied. Group intervention was evaluated using a pretest and posttest designed for the community re-entry program that was conducted in individual sessions and after the last session, respectively.

Conclusions: According to the results from the pretest and posttest, this group intervention has been effective in learning the importance of treatment adherence in patients.

Keywords

Adherence to Treatment

Social Group Work

Need Assessment

Community Re-entry Program

Severe Psychiatric Disorders

*Corresponding Author

Study Type: Case Report
Received: 15 Apr 2019
Accepted: 07 Sep 2019

Please cite this article as follows: Farahzadi S, Zabihi M, and Ehsani M. The effect of social group work intervention on therapeutic adherence of patients with severe psychiatric disorders: a group work report. Quarterly journal of social work. 2019; 8 (2); 44-55

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

تاثیر مداخله گروهی مددکاری اجتماعی بر پیروی درمانی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی، گزارش یک کار گروهی

ثمین فرحزادی: دانشجوی کارشناسی مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مریم ذبیحی پورسعادتی*: دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. m.zabihi.2005@gmail.com

منا احسانی: دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

واژگان کلیدی

تبعیت دارویی (پیریوی درمانی)

مددکاری گروهی

نیازسنجی

برنامه بازگشت به اجتماع

اختلالات شدید روانپزشکی

چکیده

مقدمه: پیروی دارویی نقش ضروری در به‌دست آوردن پیامدهای مطلوب در درمان اختلالات بازگشت کننده روانپزشکی از قبیل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی دارد و از بستری مجدد افراد دارای این بیماری‌ها جلوگیری می‌کند. پیروی دارویی نکردن در بیش از پنجاه درصد افراد با اختلالات مزمن روانپزشکی شایع می‌باشد. اگر بیمار مصرف داروی ضد روانپریشی را متوقف کند، خطر بازگشت بیماری سه تا پنج برابر افزایش خواهد یافت. هدف این مقاله گزارش یک کار گروهی مددکاری اجتماعی بر اساس مدل لیبرمن و مطابق با رویکرد آموزشی مشاوره‌ای جهت افزایش پیروی دارویی در یکی از بیمارستان‌های روانپزشکی شهر تهران می‌باشد.

گزارش مورد: به‌منظور تشکیل گروه در یک بیمارستان روانپزشکی، دانشجوی مددکاری اجتماعی طی شش مرحله فعالیت‌های نیازسنجی، تدوین طرح تشکیل گروه، انتخاب اعضا و مصاحبه فردی با اعضای گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشکیل جلسات و اجرای پس‌آزمون را جهت ارزشیابی مداخله انجام داد. طی نیازسنجی انجام شده هشت مشکل شایع میان بیماران بخش شناسایی شد و موضوع پیروی دارویی نکردن بیماران به‌عنوان اولویت اول برای تشکیل گروه انتخاب شد. سه جلسه بر اساس برنامه بازگشت به اجتماع اجرا گردید. با توجه به‌ویژگی‌های بیماران بخش، رویکرد آموزشی مشاوره‌ای انتخاب شد. با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون طراحی شده برای برنامه بازگشت به اجتماع که به‌ترتیب در جلسات فردی و بعد از اتمام آخرین جلسه اجرا شد، مداخله گروهی ارزشیابی شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌توان گفت که مداخله گروهی انجام شده بر یادگیری اهمیت مصرف دارو در بیماران موثر واقع شده است.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: گزارش موردی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۶

نحوه استناد به مقاله: ثمین فرحزادی، مریم ذبیحی پورسعادتی و منا احسانی. تاثیر مداخله گروهی مددکاری اجتماعی بر پیروی درمانی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی، گزارش یک کار گروهی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۲): ۵۵-۴۴

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

مقدمه

ماهیت بازگشت کننده اختلالات روانپزشکی دوقطبی، اسکیزوفرنیا و افسردگی اساسی مشکلات زیادی را برای بیماران و خانواده‌هایشـــان به‌وجود می‌آورد. پیروی دارویی نقش ضروری در به‌دست آوردن پیامدهای مطلوب در درمان بیماری‌های وخیم روانی از قبیل اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی دارد.(۱) اختلال خلقی دو قطبی یکی از بیماری‌های اساسی روانپزشکی می‌باشد که با ناراحتی و ناتوانی‌های زیاد همراه است. این اختلال با بازگشت‌های مکرر همراه است و تا نود درصد بیماران بازگشت بیماری را تجربه می‌کنند. خطر بازگشت بیماری در دو سال حدود شصت درصد و در مدت پنج سال حدود هفتاد و پنج درصد است.(۲) علائم شدید بیماری می‌تواند منجر به بستری شدن در بیماران شود و بازگشت‌های مکرر و عوارض اجتماعی بیماری از جمله ولخرجی، رفتارهای پرخطر جنســی، رفتار تخریبی و تهییجی ســبب آســیب‌های فراوان از جمله آســیب‌های شخصیتی، روانی، خانوادگی، اقتصادی و شغلی می‌شود.(۳) خوشبختانه‌این اختلال با تدابیر درمانی مناسب از جمله داروهای تثبیت کننده خلق قابل پیشگیری است.(٤و٥) مطالعات زیادی در مورد تعیین عوامل خطر بازگشت بیماری انجام شده است، که از قطع داروی تثبیت کننده خلق به‌عنوان یکی از عوامل اصلی و اساسی بازگشت بیماری نام برده‌اند.(٦) قطع مصرف دارو به هر دلیلی شــامل کارایی نداشتن دارو، عوارض جانبی غیر قابل تحمل یا سایر اثرات نامطلوب و تصمیم پزشک یا بیمار برای قطع مصرف دارو و یا تغییر داروها می‌تواند رخ دهد.(۷) طی پنج سال پیگیری پس از ترخیص بیمارانی که اولین اپیزود روانپریشی را داشتند مشخص شد که رایجترین عامل خطر پایبند نبودن به درمان دارویی می‌باشد.(۸) پیروی دارویی نکردن در بیش از پنجاه درصد افراد با اختلال روانی مزمن شایع می‌باشد و اگر بیماری مصرف داروی ضدروانپریشی را متوقف کند خطر بازگشــت بیماری ســه تا پنج برابر خواهد بود.(۹) میزان بروز علائم بازگشــت نزدیک به هشتاد درصد پس از قطع مصرف دارو به مدت دوازده ماه در مطالعات مربوط به بیمارانی که چندین اپیزود روانپریشــی داشته‌اند گزارش شــده اســت.(۱۰،۱۱،۱۲و۱۳) اسکات و پاپ در پژوهشی گزارش داده‌اند که یکی از ســه بیمار با اختلال دوقطبی، حداقل ســی درصد از داروهای تجویزی را دریافت نمی‌کنند.(١٤) بلاک و همکاران دریافتند که علت عدم تاثیر بخشــی لیتیم در بیماران دوقطبی، پیروی دارویی ضعیف می‌باشد.(۱۵) بر اساس مطالعه ولیگیان و مک فارلند و نیز پژوهش جانسون مصرف کربنات لیتیم در بیماران دوقطبی پس از اولین دوره تجویز دارو، بدون مشــاوره با پزشــک متوقف شــده اســت.(۱۵و۱٦) بنابراین یکی از هدف‌های مهم در درمان اختلالات روانپزشکی پیشگیری از بازگشت از طریق افزایش پیروی درمانی است. پیروی دارویی به این صورت تعریف شده است که رفتار بیمار از لحاظ مصرف دارو، رژیم غذایی، عادت‌های اصلاح شده یا حضور در کلینیک‌ها مطابق با توصیه پزشکی یا سلامتی باشد.(۱۷)

درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی با استفاده از داروهای روانپزشکی اغلب گام اول در درمان در مرحله حاد بیماری و همچنین به‌عنوان درمان نگهدارنده پس از ترخیص و ادامه درمان در منزل و جامعه است.(۱۸) مطالعات نشان داده پیروی دارویی طول مدت بستری، هزینه‌های غیرمستقیم بیماری را کاهش داده و کیفیت زندگی را اصلاح می‌کند. عملکرد بیمار را در جامعه بهبود می‌بخشــد و ثبات خانوادگی، رضایتمندی و استقلال را به‌دنبال دارد.(۱۹و۲۰) برنامه‌های آموزشی بیمار و خانواده و روان‌درمانی‌های گروهی و فردی نیز در درمان و پیشــگیری از بازگشت مفید گزارش شده‌اند.(۵و٦) این برنامه‌ها غالبا در زمینه ارتقای آگاهی و دانش بیماران جهت افزایش پذیرش دارویی است که از آن به‌عنوان پیروی از درمان یاد می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی به‌دلایل مختلفی درمان دارویی را متوقف می‌کنند. در مطالعه‌ای نشان داده شد که پنجاه درصد بیماران به دلیل احســاس بهبودی، چهل و سه درصد عوارض جانبی دارو، پنج درصد عدم دسترسی به دارو و دو درصد عدم دسترسی به پزشک، مصرف دارو را قطع می‌کنند.(۲۱)

در دو دهه گذشــته شواهد حاکی از آن می‌باشــد که درمان دارویی برای فراهم کردن پاسخ درمانی مورد انتظار به تنهایی شکســت خورده اســت و فاکتورهای روانی اجتماعی از قبیل وقایع اســترس‌آمیز زندگی، قطع شدن روابط اجتماعی و عدم پیروی دارویی منجر به بازگشــت بیماری خواهند شد.(۱) مداخلات اختصاصی برای بیماران پرخطر از نظر احتمال بستری مجدد، از قبیل افزایش سیستم حمایتی خانواده، ملاقات‌های سرپایی و پیگیری مصرف صحیح داروها توسط بیمار احتمالا به کاهش موارد بستری مجدد منجر خواهد گردید.(۲۱)

بررســی‌های گذشــته، آموزش مهارت‌هــای اجتماعی را به‌عنوان یک روش موثر در پیشــرفت کیفیــت زندگی و عملکرد

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

روانــی اجتماعی بیماران اســکیزوفرنیا مطرح نموده‌اند.(۲۲) بیشترین موارد مطالعه شده در بین رویکردهای متنــوع آموزش مهارت‌های اجتماعی، برنامه مهارت‌های زندگی مســتقل و اجتماعی[1]UCL است.(۲۳) برنامه بازگشت بــه اجتمــاع[2] یکی از چنــد برنامــه مرتبط با مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل است که لیبرمن و همکارانــش در مرکز تحقیقات اســکیزوفرنیا و بازتوانی روانی دانشگاه یوسی ال‌ای طراحــی کرده‌اند، ایــن برنامه با تجهیز شرکت‌کنندگان به مهارت‌ها و اطلاعات لازم، آن‌ها را قادر می‌ســازد از شــرایط بستری در بیمارســتان یا تحت نظر مســتقیم پزشک، به زندگی مســتقل در جامعه وارد شوند تا به‌توان برنامه بازتوانی روانــی اجتماعی طولانی‌تر را برای آن‌هــا اجرایی کرد. در واقــع این برنامه مهارت ها و اطلاعاتی را آموزش می‌دهد که انتقال از بیمارستان روانپزشکی به مراقبت‌های ســطح جامعه را تسهیل می‌کند.(۲٤) براساس یافته‌های مطالعه محمدزاده و همکاران نتایج اجرای ایــن برنامه در راســتای اهداف برنامه است و تاثیر مثبت بر روی علائم روانی بیماران دارد.(۲۵)

ســابقه چندین نوبت بستری، پرخاشــگری کلامی و فیزیکی، روابط خانوادگــی مختل و عدم آگاهــی بیماران و خانواده‌هایشــان از علائم بیماری ویژگی‌های مشــترک بیماران بستری شده در یکی از بخش‌های حاد یکی از بیمارستان روانپزشکی است که مداخله مددکاری اجتماعی گروهی در آن صورت گرفت. در این بین بیمارانی هســتند که نســبت به بیمــاری خود بینش دارنــد و به دنبال راه‌هایی بــرای بهبود وضعیت خود هســتند، با توجه به‌این ویژگی‌ها، رویکر توســعه‌ای نوع آموزشی-مشــاوره‌ای برای مداخله گروهی انتخاب شد. با توجه به ماهیت بخش حاد بیمارســتان‌های روانپزشکی که بیماران معمولا طی دو هفته تا یک ماه مرخص می‌شــوند و زمان کوتاهی برای انجام مداخله وجود دارد و همچنین همه‌گیر بودن مشکل دارویی در بیماران تصمیم به تشکیل گروه صورت گرفت. اهداف تشــکیل گروه در بیمارســتان‌های روانپزشکی متفاوت هســتند اما هدف مشــترک آن‌هــا افزایش آگاهــی بیماران از خودشان به‌وسیله برقراری ارتباط با سایر اعضای گروه می‌باشد. اعضای گروه در مورد رفتار یکدیگر بازخورد می‌دهند تا مهارت‌های بین فردی را بهبود ببخشــند. این امر همچنین به کاهش انــزوا در بیماران کمک می‌کند.(۲٦)

هدف این مقاله گزارش مداخله گروهی مددکاری اجتماعی است که با هدف جلوگیری از بازگشــت و بســتری مجدد بیماران دارای اختلال روان مزمن از جمله اســکیزوفرنی، دو قطبی و افسردگی اساسی با تاکید بر پیروی دارویی اجرا شد.

۱ UCLA Social and Independent Living Skills Program

۲ Community Re-entry Program: CPR

گزارش مورد

این مداخله مددکاری اجتماعی گروهی در بخش حاد یکی بیمارســتان روانپزشــکی انجام شــده است. بخش‌های حاد یا فعال در بیمارســتان‌های روانپزشــکی بخش‌هایی هستند که بیماران به مدت دو هفته تا یک ماه متناسب با شرایطشان بستری می‌شوند و امکان ترخیص برای آن‌ها وجود دارد. مداخله از مراحل مختلفی تشکیل شده است که شامل نیازسنجی، تدوین طرح تشکیل گروه، انتخاب اعضا و مصاحبه فردی با اعضای گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشکیل جلسات و اجرای پس‌آزمون جهت ارزشیابی مداخله می‌باشد و توسط دانشجوی کارورزی مددکاری اجتماعی گروهی در نیم سال دوم تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ تحت نظر سرپرست فیلد انجام گرفت. روند مداخله طی چهار ماه حضور در این فیلد صورت گرفت که با همراهی دانشجوی کارورزی سرپرستی همراه بود.

مراحل پیش تشکیل گروه

نیازســنجی: پروسه نیازســنجی یک ماه و نیم طول کشید و در چندین مرحله انجام شد، که شامل مطالعه پرونده بیماران، مصاحبه با بیماران، مصاحبه با متخصصین بخش و مصاحبه با خانواده بیماران و تشــکیل جلســه مصاحبه گروهی با بیماران به شرح پیش‌رو بود. **مطالعه پرونده بیماران:** بیست و نه پرونده مورد بررسی قرار گرفت. شرح حال بیمار توسط پزشک، برگه اظهارات همراه بیمار، گزارشات اورژانس و گزارشات روزانه پرستاری مواردی بودند که در پرونده ها مورد مطالعه واقع شد. **مصاحبــه بــا بیمــاران:** مصاحبه با ده بیمار به‌صورت انفرادی و در مدت پانزده تا بیســت دقیقــه صورت گرفت، ابتدا از آن‌ها پرســیده شــد: "چی شد که اومدید بیمارســتان؟" بعد با ســوالات باز مانند: "در منزل که هســتید اوقات فراغت خودتون

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

رو چطور می‌گذرونید؟" و همچنین سوال در مورد روابط خانوادگی آن‌ها پرسیده شد. محورهای مصاحبه مشابه پروتکل راند مددکاری اجتماعی در بیمارستان بود.(۲۷) بیمار شماره یک: "خودم خواستم از دوست پسرم جدا شم، ماشینشو خط خطی کردم." "من میخواستم فقط مامانمو بترسونم وگرنه نمی‌خواستم خودمو بکشم." بیمار شماره دو: "من الآن آمادگیشو نداشتم بیام بیمارستان کلی کار دارم." **مصاحبه با متخصصین بخش:** با شش نفر از متخصصین و پرسنل بخش شامل مددکار اجتماعی، روانپزشک، کاردرمانگر، روانشناس و پرستار مصاحبه انجام شد و از آن‌ها پرسیده شد که با بیماران چه چالش‌هایی دارند؟ مددکار اجتماعی بخش: "بیماران مقاومت به دارو دارند." سرپرستار بخش: "بیماران نسبت به بیماریشان آگاهی ندارند." کاردرمانگر: "از هر ده بیمار هفتاشون پرخاشگری دارند." **مصاحبه با خانواده بیماران:** با پنج نفر از خانواده بیماران تماس حاصل شد و با مراقب اصلی آن‌ها صحبت شد و از آن‌ها پرسیده شد که چه زمان‌هایی متوجه تغییرات در بیمار شده‌اند، بیمار در چه دوره‌ای عملکرد بهتری داشته است و رفتار مراقبین در مواجه با علائم بیمار چگونه بوده است. همسر یکی از بیماران: "قرص می‌خوره خوبه با بچه‌ها هم خوبه اذیت نمی‌کنه." **جلسه گروهی با بیماران:** مصاحبه گروهی با تعدادی از بیماران انجام شد و از آن‌ها خواسته شد که مشکلات بخش و نیازهای خود را عنوان کنند. نقل قول مصاحبه شوندگان و نکات مربوط به پرونده بیماران یادداشت شد و داده‌های جمع‌آوری شده و کلیدواژه‌های به‌دست آمده در نرم افزار Excel ثبت شد. در نهایت هشت مشکل شایع و مشترک در میان بیماران شناسایی شد که شامل این موارد می‌باشد.

●عدم پایبندی بیماران به درمان دارویی، در پرونده بیماران به‌طور مکرر در خصوص بازگشت علائم به‌دلیل قطع مصرف دارو گزارش نوشته شده است. در گزارش شرح حال یکی از بیماران توسط روانپزشک نوشته شده بود "یک ماه پیش به‌دنبال مصرف نامرتب دارو علائم بیماری بازگشت." قطع مصرف دارو در صحبت‌های خانواده ها نیز دیده می‌شد. به‌عنوان مثال همسر بیمار x عنوان کرد: "قرصشو قطع کرد، هی می‌گفتم قرصاتو بخور گوش نمی‌داد." ●ضعف در برقراری ارتباط، در پرونده بیماران موارد زیادی از اختلافات خانوادگی و روابط مختل با خانواده گزارش شده بود. درگزارش مددکار اجتماعی نوشته شده بود : "بیمار ترخیص شده است اما خانواده او را نپذیرفتند." در مصاحبه فردی بیمار x عنوان کرد: "هیچ دوستی ندارم، هیچکی به من نمی‌خوره." ●ضعف در مهارت‌های زندگی از جمله کنترل خشم، کنترل استرس، حل مسئله. در گزارش اورژانس تعدادی از پرونده بیماران ذکر شده بود که علت مراجعه بیماران و خانواده‌هایشان به بیمارستان درگیری فیزیکی و شکستن شیشه بوده است. برای مثال یکی از بیماران عنوان کرد: "وقتی عصبی می‌شم شیشه می‌شکنم." ●ناآگاهی خانواده نسبت به بیماری، در مصاحبه با خانواده بیماران مشخص شد که با علائم اختلالات روانپزشکی آشنایی ندارند و در بیشتر مواقع رفتار مناسبی در مواجهه با علائم ندارند. برای مثال مادر بیمار x عنوان کرد: "خیلی بیجا می‌خنده درسته که مریضه ولی دیگه هر چیزی یه حدی داره." ●مشکلات بخش مانند رابطه پرسنل با بیماران، عدم سازگار شدن با بخش، در مصاحبه گروهی با بیماران و همچنین مصاحبه با متخصصین مشخص شد که بیماران در سازگاری با بیمارستان مشکل دارند. مددکار اجتماعی بخش عنوان کرد: "بیماران بیقراری می‌کنند و سازگاری با اینجا براشون سخته." ●همبودی اختلال مصرف مواد در بیماران، در بیست و نه پرونده مورد مطالعه ده مورد سابقه مصرف مواد مخدر صنعتی و سنتی داشتند. ●عدم پذیرش بیماری از سوی بیمار، با توجه به‌اینکه اکثر بیماران برخلاف میل خود و به اجبار خانواده و یا مقامات قضایی وارد بیمارستان می‌شوند نداشتن بینش در میان بیماران شایع است. این مورد در پرونده بیماران هم گزارش شده بود. برای مثال بیمار x عنوان کرد: "همه چی خوبه و مشکلی ندارم." ●خشونت خانگی علیه بیمار، با توجه به پرونده بیماران و مصاحبه‌های فردی تعدادی از بیماران عنوان کردند که چندین بار خشونت خانگی به‌صورت فیزیکی و کلامی را تجربه کرده‌اند. برای مثال بیمار x عنوان کرد: "برادرم کتکم میزنه." یکی دیگر از بیماران: "با شوهرم دعوامونم می‌شه کتکمم زده."

سپس با توصیه و کمک سرپرست فیلد فرم نظرسنجی اهمیت-قابلیت تنظیم شد تا این مشکلات اولویت‌بندی شوند. برای این منظور فرم‌های نظرسنجی مشابه با جدول شماره یک توسط شش نفر از متخصصین بخش و چهار نفر از بیماران تکمیل شد. متخصصین تجربه حداقل دو سال کار در فیلد روانپزشکی را داشتند. فرم نظرسنجی بیماران به‌صورت

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

جدول(۲) وضعیت کلی بیماران بخش و نوع تشخیص آن‌ها

وضعیت کلی بیماران بخش	تعداد بیماران بخش	۳۱
	تعداد بیماران حاضر در بخش	۳۰
	تعداد بیماران مرخصی موقت	۱
	میانگین سنی بیماران بخش	۴۲
	دامنه تعداد دفعات بستری	۰-۲۹
نوع تشخیص بیماران بخش	اختلال دوقطبی	۱۴
	افسردگی اساسی	۵
	اسکیزوافکتیو	۴
	اسکیزوفرنیا	۷
	اختلال وسواس جبری	۱

جدول(۳) وضعیت شرکت در گروه

وضعیت شرکت در جلسات گروه		تعداد
داشتن ملاک‌های ورود		۱۴
عدم تمایل برای شرکت		۴
حضور نداشتن در بخش		۱
نداشتن ملاک ورود	قرار گرفتن در فاز حاد بیماری	۱۲
	نوع تشخیص اختلال	۱
ترخیص شده		۷

جدول(۵) اهداف جلسه‌ای

جلسه اول/ آشنایی با برنامه بازگشت به اجتماع و بیماری‌های روان عودکننده
جلسه دوم/ یادگیری اینکه داروها چگونه از عود جلوگیری می‌کنند و ارزیابی تاثیر داروها به‌وسیله برگه خودارزیابی
جلسه سوم/ حل مشکلات و عوارض جانبی دارویی و آموزش تنظیم وقت با دکتر روانپزشک

جدول(۶) سوالات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

لات پیش‌آزمون و پس‌آزمون
وقتی می‌گوییم یک بیماری عودکننده است منظور چیست؟
چه‌چیزی می‌تواند علایم بیماری را بدتر کند؟
چه نوع دارویی دریافت می‌کنید؟ منافع دریافت داروی فوق ست؟
دو علامت را نام ببرید که نیاز دارید قبل از ترخیص از ارستان یا برای جلوگیری از بستری مجدد، روی آن‌ها کار کنید.
دو رفتار را نام ببرید که نیاز دارید قبل از ترخیص از بیمارستان رای جلوگیری از بستری مجدد، روی آن‌ها کار کنید.
چرا ملاقات با یک مددکار اجتماعی قبل از ترک بیمارستان ی‌شما اهمیت دارد؟
به چه دلیل شخصی که مبتلا به یک اختلال روانپزشکی است ، از مواد مخدر و الکل اجتناب کند؟ دو دلیل ذکر کنید.
چرا حتی پس از احساس بهبودی باز هم باید دارو مصرف نمود؟
از برگه خودارزیابی به چه منظور استفاده می‌شود؟
- برگه خودارزیابی هر چند وقت یک بار باید پر شود؟

جدول(۱) اولویت‌بندی مشکلات شایع بخش

شماره/موضوع	نمره اهمیت	نمره قابلیت اجرایی
۱/عدم پایبندی بیماران به درمان دارویی	۱۱۸	۸۱
۲/ضعف در برقراری ارتباط	۱۰۱	۷۱
۳/ضعف در مهارت‌های زندگی کنترل خشم، کنترل استرس، حل مسئله	۱۱۵	۸۴
۴/عدم آگاهی خانواده نسبت به بیماری	۱۰۶	۵۸
۵/مشکلات بخش رابطه پرسنل با بیماران، عدم سازگار شدن با بخش	۷۱	۴۹
۶/همبودی اختلال مصرف مواد در بیماران	۴۹	۴۲
۷/عدم پذیرش بیماری از سوی بیمار	۶۴	۴۴
۸/خشونت خلقی علیه بیمار	۸۷	۵۴

جدول(٤) مشخصات اعضای نهایی گروه

اسامی نهایی اعضای گروه

شماره/ نام بیمار/سن/وضعیت ظاهری/قل قول/سابق بستری/تشخیص/جلسات
۱/ مارال کریمی/ ۲۹/صدای کودکانه، موهای بلند و آراسته، ارتباط چشمی خوب، چشمان قهوه‌ای/دوست ندارم دارو بخورم توی قرنطینه بهزیستی بهم میگن قرصی شدی دوست ندارم بهم اینجوری نگاه کنن/چندین بار/ BID اختلال دوقطبی Bipolar Disorder/ پیش‌آزمون انجام‌شد، قبل از جلسه اول ترخیص شد.
۲/سمیرا احمدی/ ۳۸/روسری به‌سر داشت، ارتباط چشمی خوب، پرحرفی، از پدر و مادرش شکایت می‌کرد/ اینکه خیلی عالیه اگه اطوری بشه که دیگه دوباره بستری نشم/چندین بار/ BID/ پیش‌آزمون انجام‌شد، قبل از جلسه اول ترخیص شد.
۳/ نازیلا محمودی/ ۴۸/ پوست سفید، آرایش غلیظ، موهای رنگ‌شده، کمی بی‌قرار، مبتلا به ویروس HIV/ خیلی خوبه، فقط چیزهایی که می‌گم به کسی نگید/چندین بار/ BID/جلسه اول شرکت کرد.
۴/ عاطفه صادقی/ ۲۲/ پوست صورت تیره و پر مو، ارتباط چشمی ضعیف، کم‌حرف، صدای آرام/من می‌خوام یکشنبه ترخیص بشم ولی دوست دارم شرکت کنم/چندین بار/ MDD اختلال افسردگی اساسی Major Depression Disorder/جلسه اول و دوم شرکت کرد، ترخیص شد
۵/ نغمه صالحی/ ۴۹/ پوست سفید، لهجه ترکی داشت، کلام هیجانی، می‌گفت از شوهرش متنفر است/—/ چندین بار/ BID/جلسه اول شرکت کرد، آژیته‌شد، Agitation حالتی است که در آن بیمار دچار آشفتگی و بیقراری می‌شود، در بیماران افسرده، اسکیزوفرنیا و مانیا شایع است. جلسات دیگر را شرکت نکرد
۶/ شیما صداقتی/ ۲۹/ روسری به‌سر داشت، پوست تیره و صورت کشیده، علاقه زیادی به صحبت کردن نداشت/—/اولین بار/ MDD/جلسه اول شرکت کرد
۷/ فاطمه رسولی/ ۳۷/روسری به‌سر داشت، پوست تیره و صورت گردی داشت، مشتاق بود و سوالات زیادی می‌پرسید/—/اولین بار/اسکیزوفرنیا/جلسات اول و سوم شرکت کرد
۸/ سپیده یوسفی/ ۴۰/صورت کشیده، پوست روشن و موهای پسرانه و کوتاهی داشت، کلام آهسته/—/ چندین بار/ BID/جلسات را کامل شرکت کرد

مصاحبه شفاهی تکمیل شد. از متخصصین خواسته شد که به هر کدام از محورهای فرم از نظر قابلیت اجرایی موضوع به‌صورت گروهی و اولویت داشتن موضوع از صفر تا ده نمره دهند. نمرات وارد نرم افزار Excel شد و به ترتیب بالاترین نمره اولویت موضوعات مشخص شد و نتایج در جدول شماره یک قابل مشاهده است.

تدوین طرح تشکیل گروه: با توجه به‌ویژگی‌های گروه هدف و نیازسنجی انجام شده تصمیم بر این شد که گروه در زمینه پایبندی به مصرف دارو تشکیل شود. بسته پیشنهادی برنامه بازگشت به اجتماع در شانزده جلسه تدوین شده است، با توجه به دستورعمل و کتاب راهنمای بازگشت به اجتماع امکان حذف جلسات نامربوط و یا غیرضروری برای شرکت‌کنندگان وجود داشت در نتیجه سه جلسه آن که ارتباط مستقیم با

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

دارو داشت انتخاب و اجرا شد.

معرفی برنامه بازگشت به اجتماع: یکی از زیرمجموعه‌های برنامه کلی تری به نام "مهارت‌های زندگی مستقل و اجتماعی" است که به‌وسیله مرکز تحقیقات بالینی بازتوانی روانپزشکی در دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس UCLA تهیه شده است. این برنامه برای افراد مبتلا به اختلالات روانی طولانی مدت و بازگشت‌کننده، به‌ویژه اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی طراحی شده است. هدف برنامه آشنا کردن بیماران با اطلاعات و مهارت‌های لازم برای یک زندگی مستقل اجتماعی و همچنین فراهم کردن توانایی بهره‌گیری از خدمات بازتوانی روانی اجتماعی برای ایشان است. برنامه بازگشت به اجتماع مواد آموزشی جدید در طرح‌ریزی ترخیص و به‌کاربردن آن در اجتماع را با بخش‌هایی از مدیریت درمان دارویی، خود مدیریتی علائم بیماری و برنامه اوقات فراغت و تفریحی تلفیق کرده است. این برنامه توسط تمامی متخصصین و کارشناسان سلامت روان و بازتوانی قابل به‌کارگیری و استفاده می‌باشد. کتاب راهنمای مربیان به آموزش‌دهندگان یک طرح گام‌به‌گام ارائه می‌دهد تا برنامه بازگشت به اجتماع را به راحتی و به‌طور موثر به بیماران آموزش دهند. این برنامه از سه جزء تشکیل شده است. ● کتاب راهنمای مربیان ● فیلم آموزشی و ● کتاب کار که ویژه شرکت کنندگان در برنامه می‌باشد، شامل جداول، فهرست، تکالیف خارج کلاس و برگه‌های کار است تا به شرکت‌کنندگان در به‌کار بردن مهارت‌های جدید و اطلاعات کمک کند.

جزو اصلی جلسات برنامه بازگشت به اجتماع ویدیو آموزشی بازگشت به اجتماع و سوال و جواب ها است، در هر بخش این فیلم‌های آموزشی هنرپیشگان نقش بیماران را بازی می‌کنند و به آن‌ها مهارت‌ها و مفاهیمی را نشان می‌دهند. مربیان به تناوب فیلم را متوقف کرده و سوالات موجود در کتاب راهنمای مربیان را می‌پرسند تا هم توجه شرکت‌کنندگان حفظ شود و هم ارزیابی درباره درک مطالب در جلسه صورت گیرد. در این فیلم‌های آموزشی مهارت‌هایی برجسته می‌شود که برای زندگی مستقل و ارتباط با اجتماع لازم است و شرکت‌کنندگان را برای تسلط بر بیماری و داروهایشان آماده می‌کند.(۲۸) محتوای فیلم آموزشی: فیلم آموزشی حاوی داستانی است که در آن سه هنرپیشه که نقش بیماران را بزی می‌کنند برای ترخیص از بیمارستان و بازگشت به اجتماع آماده می‌شوند. هر بیمار یکی از اختلال‌های روانپریشی بازگشت‌کننده مانند اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی بازگشت‌کننده دارد.

انتخاب اعضا: جهت رعایت اصل رازداری حرفه‌ای اسامی انتخاب شده واقعی نمی باشند. در جدول شماره دو نحوه انتخاب اعضا و علت حذف آن‌ها عنوان شده است. با بیمارانی که ملاک ورود به گروه را داشتند مصاحبه فردی صورت گرفت و از اعضای انتخاب شده پیش‌آزمون گرفته شد.

جدول(۷) برگه درجه‌بندی خودارزیابی

برگه درجه بندی خودارزیابی

نام شما: | شبانه/تلفن: | سلامی داروها: | نام پزشک | ماه/سال:

راهنما: به‌صورت روزانه تکمیل کرده، هر موردی که مربوط به شماست یادداشت نمایید. هر عاضه جانبی را که تجربه می‌کنید فهرست کرده و و در صورت امکان روزانه کنترل نمایید.

روز ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
دارو را مصرف کردم															
دارو را مصرف نکردم															
خوب خوابیدم															
خوب نخوابیدم															
اشتهای خوب															
اشتهای کم															
تمرکز خوب															
تمرکز کم															
حس هوشیاری															
حس خواب آلودگی															
حس خستگی															
حس بی قراری/ناراحتی															
حس تحریک پذیری/بدخلقی															
عوارض جانبی:															

جدول(۸) نتایج ارزشیابی مداخله گروهی

نتایج ارزشیابی مداخله گروهی

نام بیمار	نمره پیش‌آزمون از ۱۰	نمره پس‌آزمون از ۱۰	تعداد جلسات شرکت کرده
عاطفه صادقی	۴	۷	۲جلسه
فاطمه رسولی	۰	۷	۲جلسه
سپیده یوسفی	۰	۳	۳جلسه

تعداد اعضا: با توجه به کتاب راهنمای مربیان از آنجا که حضور بیشتر از هشت شرکت‌کننده فرصت افراد برای مشارکت فعال در فعالیت‌های یادگیری را کم می‌کند و نیاز به اختصاص زمان بیشتری به هر جلسه دارد، حداکثر هشت نفر انتخاب گردیدند. **تعداد جلسات و فاصله آن‌ها:** گروه در سه جلسه تشکیل شد. جلسات اول و دوم به فاصله چهار روز و جلسات دوم و سوم به فاصله یک روز برگزار شدند. **اهداف کلی:** گروه با اهداف کلی جلوگیری از بستری مجدد بیماران، حل مشکل‌ها و مساله‌های دارویی، کاهش احتمال بازگشت و برقراری ارتباط با ارائه دهندگان خدمات اجتماعی تشکیل شد. **اهداف جلسه‌ای:** در جدول شماره پنج آمده است. **ملاک‌های ورود بیمار به گروه:** برآورده کردن ملاک‌های DSM-5 برای بیماری اسکیزوفرنیا، دوقطبی و افسردگی اساسی بود

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

که با توجه به برنامه بازگشت به اجتماع لیبرمن انتخاب شد. لازم بود که بیماران شرکت‌کننده در جلسات از بینش نسبی برخوردار باشند تا بتوانند در مباحث مشارکت کنند. ملاک دیگر ورود سابقه قطع دارو توسط بیمار و یا داشتن مشکل با دارو تعیین شد. **ملاک‌های خروج از گروه:** ترخیص بیمار، بودن در فاز حاد بیماری، مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی دیگر از جمله کم‌توانی ذهنی و تشنج کنترل نشده و عدم شرکت منظم در جلسات. **مکان تشکیل:** جلسه اول در اتاق کاردرمانی و جلسات دوم و سوم در یکی از اتاق‌های ویزیت بخش برگزار شد. **وسایل مورد نیاز:** تخته وایت برد، ماژیک، لب تاپ، ویدئو آموزشی برنامه بازگشت به اجتماع، برگه کار بیماران و صندلی به تعداد شرکت‌کنندگان وسایلی بودند که مورد استفاده قرار گرفتند.

ابزار ارزشیابی: ارزشیابی گروه به‌وسیله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برنامه بازگشت به اجتماع انجام شد. این آزمون توسط مرکز تحقیقات بالینی برای اسکیزوفرنیا و بازتوانی روانپزشکی در دانشگاهUCLA طراحی شده است.(۲۸) گزاره‌های آزمون شامل سوالات انتخاب شده از بین بیست و یک سوال آزمون برنامه بازگشت به اجتماع می‌باشد، ده سوال متناسب با مطالبی که در هر جلسه آموزش داده می‌شد تحت نظر سرپرست فیلد انتخاب شد. آزمون به‌صورت مصاحبه شفاهی انجام شد، به پاسخ درست نمره یک و پاسخ غلط نمره صفر داده شد. همچنین در پایان هر جلسه با سوالات مروری از مطالب آموزش داده شده میزان یادگیری بیماران سنجش شد و میزان مشارکت بیماران ثبت شد. شرح سوالات در جدول شماره شش آمده است.

شرح جلسه‌ها

جلسه اول: هدف این جلسه آشنایی بیشتر بیماران با برنامه بازگشت به اجتماع و منافعی که این برنامه برای آن‌ها دارد بود که در مدت سی و پنج دقیقه برگزار شد. هفت شرکت‌کننده و یک دانشجوی کارورزی سرپرستی نیز حضور پیدا کرد. چینش صندلی‌ها به‌صورت نیم دایره و جلوی میز و لب تاپ جهت نمایش فیلم قرار داشت. در ابتدا با اجرای تکنیک یخ‌شکن تار عنکبوت اعضا با یکدیگر آشنا شدند. اعضای انتخاب شده شش نفر بودند اما به‌دلیل برگزاری جلسه در اتاق کاردرمانی بیماران دیگر در رفت و آمد بودند و یکی از بیماران با وجود نداشتن ملاک‌های لازم برای ورود، در جلسه حضور پیدا کرد. پس از آشنایی بار دیگر در مورد جلسات توضیح داده شد. فیلم آموزشی جلسه اول نمایش داده شد که مربوط به سه بیمار دارای اختلال اسکیزوفرنیا، دوقطبی و افسردگی اساسی بود که در مورد نگرانی‌هایشان در مورد ترخیص و مشکلاتی که به‌دلیل بیماریشان دارند صحبت می‌کردند، سپس مربی به آن‌ها ملحق شد و جواب سوال‌هایشان را داد. پس از اتمام هر بخش نمایش فیلم متوقف می‌شد و از بیماران در مورد آنچه که شنیده و دیده بودند سوال پرسیده می‌شد. در قسمتی از فیلم فردی که دارای اختلال دوقطبی بود به این مورد اشاره کرد که دکتر به او گفته است که اختلال دوقطبی دارد و بعضی اوقات خیلی بی‌قرار می‌شود با اینکه خودش متوجه نیست اما دیگران متوجه می‌شوند و او توی دردسر می‌افتد. بعد از نمایش این قسمت یکی از اعضا گفت: "دخترم می‌گه من دوقطبی دارم ولی من نمی فهمم آخه من چی‌کار کنم." برای او توضیح داده شد که دکتر باید او را ویزیت کند و تشخیص بدهد. در طول جلسه این بیمار چندین بار آشفته شد و در حین تماشای فیلم سوال می‌پرسید و شروع به گریه کرد. برای آرام کردن وی و رعایت نظم در گروه، علت نگرانی او پرسیده شد و مشخص شد که او از آمپول می‌ترسد و به اجبار برای انجام آزمایش رفته بود و همین باعث آشفتگی او شده بود. به او گفته شد: "تجربه بدی داشتید و نیاز به صحبت در این باره هست." تصمیم بر این شد که پس از پایان جلسه به‌صورت فردی با او صحبت شود. در ادامه رفتار این بیمار باعث عصبانیت بیمار دیگری شد و او جلسه را ترک کرد. مورد دیگری که در این جلسه روی آن تاکید شد ماهیت بازگشت‌کننده بیماری‌هایی که آن‌ها داشتند بود. جلسه با مرور مطالبی که آموخته بودند و تشویق خودشان به پایان رسید. پس از پایان جلسه بیمار دیگری که اختلال اسکیزوفرنیا داشت به‌صورت انفرادی آمد و سوالاتی که برایش به‌وجود آمده بود را مطرح کرد. از جمله این‌که "آیا راه دیگری به غیر از دارو وجود دارد؟" برای او توضیح داده شد که "بله اما زمان زیادی را نیاز دارد تا نتیجه مطلوب به‌دست بیاید و ممکن است روی همه بیماران جواب ندهد." از او دلیل نگرانیش نسبت به دارو پرسیده شد. او اشاره کرد "دارو خیلی عوارض جانبی داره مثلا من خیلی اضافه وزن پیدا کردم چی‌کار کنم." برای او توضیح داده شد که عوارض جانبی دارو با روش‌های مختلف قابل پیگیری و جلوگیری هستند و در جلسات آینده به آن‌ها اشاره خواهیم کرد. در پایان فرم

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

ارزیابی هر شـرکت‌کننده با توجه به مشـارکت و فعالیتشان تکمیل شد. با بیمـاری که از رفتار بیمار دیگر آزار دیده و گـروه را ترک کرده بود صحبت شد و قرار بر این شد که جلسه بعد در جلسه حضور پیدا کند.

جلسـه دوم: هدف این جلسـه یادگیری چگونگی کمک دارو برای جلوگیری از بازگشـت بیماری و آشنایی با برگه خودارزیابی بود. مدت جلسه سی دقیقه و شرکت‌کنندگان دو نفر بودند زیرا یک نفر از بیماران شـوک دریافت کرده بود و شـرایط حضور در جلسه را نداشت و بیمار دیگر اول جلسـه گـروه را ترک کرد و تمایل به‌حضور نداشـت و بنابر اصـول اخلاقی مـددکاری اجتماعی مبتنی بر اصـل خودتصمیم‌گیری مراجـع فرصت خروج از گروه را داشـت.(۲۹) دو اعضـای دیگر در بخش حضور نداشـتند. در ابتدای جلسه از شرکت‌کنندگان پرسیده شد که از جلسـه قبل چه‌چیزی به‌خاطر دارند و پس از مروری بر جلسه قبل فیلم آموزشـی جلسـه دوم به نمایش گذاشته شـد. در فیلم بیماری که اسکیزوفرنیا داشت ترخیص شده بود و در مورد داروهایی که باید پس از ترخیص مصرف می‌کرد با پرستار صحبت کرد و سوالات خود را پرسید. سـوالات در این مورد بودند که چـرا باید داروها را منظم مصرف کنم؟ چرا تعداد داروها سه تا هستند و هر کدام برای چه چیزی هستند؟ پرستار توضیـح داد که یـک دارو برای علائم روانپریشـی، داروی دیگر برای کنترل عوارض جانبی و آخرین دارو مکمل اسـت. در مورد فواید دارو به جلوگیری از بازگشـت و کنترل علائم بیماری اشـاره کرد. همچنین در مـورد عملکـرد دارو در بدن و عوارض قطع دارو صحبت شـد. در این جلسـه هم طبق جلسه قبل در قسمت‌هایی فیلم متوقف می‌شد و از شرکت‌کنندگان در مورد آنچه دیده و شنیده بودند سوال پرسیده می‌شد. یکی از شـرکت‌کنندگان که مبتلا به افسـردگی اساسـی بود و در همان روز ترخیص شده بود برخلاف اینکه جلسه قبل مشارکت چندانی نشان نمی‌داد، در این جلسه مشارکت خوبی داشت. در پایان برگه خودارزیابی با اسـتفاده از تخته وایت برد به آن‌ها معرفی شـد و از آن‌ها خواسته شد که سوالات خود را در مورد برگه خودارزیابی بپرسند. برگه خودارزیابی جدولی اسـت که بیمـاران می‌توانند هر روز علائـم و حالت‌های خود را چـک کنند که شـامل خواب، تمرکز، مصرف دارو می‌باشـد، برگه خودارزیابی در جدول شـماره هفت آمده اسـت. در نهایت برگه کار لیسـت داروهـا و فواید آن‌ها و برگه خودارزیابـی در اختیار بیماری که ترخیص شده بود قرار داده شد و از او پس‌آزمون گرفته شد و نکاتی که جلسه بعد قرار بر آموزش آن‌ها بود به‌صورت مختصر به او ارائه شد. برگه ارزیابی پایان جلسه برای هر شرکت‌کننده تکمیل شد.

جلسـه سـوم: هدف این جلسـه یادگیری حل مشـکلات دارویی و عوارض جانبی دارو بود که به مدت چهل و پنج دقیقه برگزار شد. تعداد شرکت‌کنندگان دو نفر بود. یک بیمار به‌دلیل آژیته بودن در جلسه پیش از گروه حذف شـد، یک بیمار به‌دلیل تمایل نداشـتن از گروه حذف شـد و عضو دیگر وقت ویزیت دکتر داشت و نتوانسـت در جلسـه حضور پیدا کند. در ابتدا از بیماری که جلسـه قبل حضور داشت خواسـته شد که مطالب جلسـه قبلی را برای بیماری که نتوانسته بود در جلسه قبل شرکت کنـد توضیح دهـد و بعد مطالـب جامانده یادآوری شـد. سپس با اسـتفاده از تکنیک بارش افکار و داستان سرایی در مورد بیماری فرضـی که با وجود مصـرف دارو صداهایی می‌شـوند صحبت شد و از شـرکت‌کنندگان پرسیده شد که به‌نظرشـان این فرد چه‌کاری می‌تواند انجـام دهد؟ یکی از بیماران گفت: "باید به دکتر بگه، بایـد پیگیری بکنه" بیمار دیگر گفت: "باید داروهاشـو بخوره" قبل از نمایش فیلم آموزشی همان بیماری که جلسه اول در مـورد عوارض جانبی و چاقی سـوال پرسیده بود، پرسید: "من هم همین مشکل رو دارم هنوز صدا می‌شنوم با اینکه داروهامو سر وقت بهم مـی‌دن می‌خورم." برای او توضیح داده شـد که باید این مورد را حتما به دکترش گـزارش دهد زیرا باید بـرای انتخاب بهترین دارو برای هر شـخص به دکتر کمک کرد و ممکن اسـت دو بیمار با بیماری‌های مشـابه پاسـخ یکسـانی به یک دارو نداشته باشند و شـاید نیاز باشد که نوع دارو و دوز دارو تغییر پیدا کند تا بهترین نتیجه را داشته باشد. سپس فیلم آموزشـی این جلسه نمایش داده شد که مربوط به مردی با بیماری اسکیزوفرنیا بود که داروهایش را مصرف می‌کرد اما دچار عوارض جانبی دارو و مشـکلات جنسی شده بود و با دکتر تماس گرفـت و وقت ملاقات گرفت. در این قسمت فیلم متوقف شد و نحوه تماس گرفتـن و وقـت گرفتن آموزش داده شـد و نکاتی مثل نوشتن روز و ساعت وقت ویزیت برای از یاد نبردن وقت ویزیت گوشـزد شد. سـوال دیگری که برای یکی از بیماران پیش آمـده بود این بود که "بـه من گفتن حالا که قـرص جواب نمـی‌ده می‌تونی دعـا بگیری می‌خوام اون روش هم امتحان کنم به نظرتون

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

جواب میده؟" در پاسخ به او گفته شد که: " از نظر علمی این روش تایید نشده و هیچ ضمانتی وجـود نداره که از این راه جواب بگیرید." در ادامه فیلم دیده شد که بیمار از گفتن مشکلش به دکتر احساس شرم می‌کند و به سختی مشکل خود را بیان کرد اما دکتر با توجه به حرف‌های او گوش کرد و داروی جدیدی برای او تجویز کرد و بـرای او توضیح داد که احتمالا طی دو هفته مشکل او رفع خواهد شد و به او گفت که بعد از سـه هفته دوباره همدیگر را خواهند دید تا بیمار تاثیر داروهـای جدید را گزارش کند. از بیماران این سـوال پرسیده شـد که آیا پیش آمده که آن‌ها هم برای گفتن مشـکلاتی که با داروی خود دارند احسـاس شرم کنند؟ هر دو شرکت‌کننده این مشـکل را داشتند و در مورد آن صحبـت کردند. یکی از بیمـاران گفت: "نمی‌شه به شما بگیم شما به دکتر بگید؟" برای آن‌ها توضیح داده شـد که دلیل نشـان دادن این فیلم ایـن بود که ببینند حتی موضوعی مثل مشکلات جنسی که شاید بیان آن‌ها سخت باشد هم باعث نشـد که‌این بیمار موضوع را با دکترش در میان نگذارد و آن‌ها باید حتمـا وضعیت خود را با دکتر درمیان بگذارند و به دکتر کمک کنند که بهترین دارو را برای آن‌هـا انتخاب کند همچنین برای آن‌ها توضیح داده شـد که می‌توانند موضوع را با مددکار اجتماعی بخش در میان بگذارند. قرار براین شـد که برای این موضوع ایفای نقش داشـته باشیم اما فرصت تمام شـد. در ادامه بار دیگر در مورد برگ خودارزیابی آموزش داده شد و از آن‌ها خواسـته شـد که بعد از ترخیص آن‌هـا را روزانه پر کنند و در صورت داشـتن مشـکل در خواب، تغذیه، تمرکز و غیره با دکترشان در تماس باشـند. آن‌ها از رفتارهایی که بعد از قطع دارو داشـتند که باعث آزار اطرافیانشـان می‌شـد صحبت کردند که به‌دلیل تلاش برای بهبودی و پایبندی به دارو مورد تشـویق قرار داده شـدند. در نهایت پس‌آزمون از آن‌ها گرفته شد و از اینکه در جلسات حضور پیدا کردند تشکر شد. برگه کار اسـامی داروها و فوایدشـان و برگه خودارزیابی به مددکار اجتماعی بخش داده شد تا در زمان ترخیص به شرکت کنندگان داده شود. جدول شماره هشت.

بحث و نتیجه گیری

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی طی چندین مرحله شامل نیازسنجی، انتخاب رویکرد و تدوین جلسات، انتخاب اعضا و مصاحبه فردی با اعضای گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشـکیل جلسـات و اجرای پس‌آزمون جهت ارزشیابی مداخله انجام شد. سه جلسه متناسب با موضوع انتخابی با توجه به نیازسنجی انجام شده مبتنی بر ضرورت پایبندی بیماران به مصرف دارو و با استفاده از برنامه بازگشت به اجتماع اجرا شد. برنامه بازگشت به اجتماع مهارت‌های مختلفی از جمله نحوه گزارش تاثیر داروها به دکتر را آموزش می‌دهد و نتایج پس‌آزمون نشان داد که بیماران با ویژگی‌های نام برده با استفاده از رویکرد توسعه‌ای می‌توانند اطلاعات خود را افزایش دهند. تاثیر مثبت این برنامه در جلوگیری از بستری مجدد بیماران در پژوهش‌های مختلفی گزارش شده است.(۳۰،۳۱و۳۲) براساس نتایج به‌دست آمده پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرفته شده، شناخت بیماران نسبت به داروها، چگونگی عملکرد آن‌ها در بدن و دلایل تجویز آن‌ها، افزایش پیدا کرد و این نتیجه به‌دست آمد که اجرای این برنامه روش مناسبی برای تقویت پایبندی بیماران به درمان دارویی است.

محدودیت‌ها: ریـزش شـرکت‌کنندگان در گروه از نقص‌های اساسـی تشـکیل این گروه بـود. از جمله کارهایی که می‌توانست صورت بگیرد انجام مصاحبه انگیزشی با بیمارانی که تمایل به شرکت در گروه نداشتند بود. محدودیتی که وجود داشت امکان حضور کارورزان تنها در ساعت‌های شلوغ کار با بیماران، ویزیت دکتر، دریافت شوک، خدمات پاراکلینیکی در بخش بود که موجب ناهماهنگی و نظم نداشتن حضور بیماران در بخش برای شرکت در گروه بود. مورد دیگر هماهنگ نبودن ارائه خدمات درمانی به بیماران از سوی تیم درمان بود. اگر امکانی فراهم شود که با تشخیص و دستور پزشک و تایید سـایر تیم درمان بیماران بتوانند قبل از ترخیص امکان حضور در جلسـات گروهی را داشته باشند از بستری مجدد بیماران و افزایش هزینه ها جلوگیری خواهد شد و مداخلات سایر اعضای تیم درمان ناتمام باقی نخواهد ماند.

سپاسـگزاری: تیم نویسـندگان این مقاله واجب می‌دانند مراتب تشـکر و قدردانی خـود را از خانم دکتر معارف‌وند و متخصصین بخش بیمارستان روانپزشکی محل کارورزی که در اجرای مراحل کار و تهیه‌این مقاله همکاری نمودند؛ اعلام نمایند.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

منابع

References:

1. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M, et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder-A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. International journal of nursing studies. 2010;47(7):896-908.
2. Morris CD, Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Giese AA, Thomas MR, Allen MH. Care satisfaction, hope, and life functioning among adults with bipolar disorder: data from the first one-thousand participants in the systematic treatment enhancement program. Comprehensive psychiatry. 2005;46(2):98-104.
3. Wyatt R, Henter I. An economic evaluation of manic-depressive illness-1991. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1995;30(5):213-9.
4. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. Jama. 2002;288(22):2868-79.
5. Hirschfeld R, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Suppes T, Thase ME, et al. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder: American psychiatric association; 2002.
6. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision): American psychiatric pub; 2002.
7. Miller BJ. A review of second-generation antipsychotic discontinuation in first-episode psychosis. Journal of psychiatric practice®. 2008;14(5):289-300.
8. Robinson D, Woerner MG, Alvir JMJ, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Archives of general psychiatry. 1999;56(3):241-7.
9. Staring A, Van der Gaag M, Koopmans G, Selten J, Van Beveren J, Hengeveld M, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry. 2010;197(6):448-55.
10. Boonstra G, Burger H, Grobbee DE, Kahn RS. Antipsychotic prophylaxis is needed after remission from a first psychotic episode in schizophrenia patients: results from an aborted randomised trial. International journal of psychiatry in clinical practice. 2011;15(2):128-34.
11. Chen EY, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Law C, Chung DW, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. Bmj. 2010;341:c4024.
12. Emsley R, Oosthuizen PP, Koen L, Niehaus D, Martinez G. Symptom recurrence following intermittent treatment in first-episode schizophrenia successfully treated for two years: a three-year open-label clinical study. The journal of clinical psychiatry. 2012;73(4):e541-7.
13. Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Mintz J, Fogelson DL, et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. American journal of psychiatry. 2001;158(11):1835-42.
14. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. The journal of clinical psychiatry. 2002.
15. Bellack AS, Bowden CL, Bowie CR, Byerly MJ, Carpenter WT, Copeland LA, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. Journal of clinical psychiatry. 2009;70(SUPPL. 4):1-48.
16. Johnson RE, McFarland BH. Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. The american journal of psychiatry. 1996.
17. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. Compliance in healthcare and research Amonk NY: futura publishing company. 2001:3-21.
18. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. Journal of clinical psychopharmacology. 2016;36(4):355.
19. Yadollahi S, Ashktorab T, Zayeri F. Medication adherence and related factors in patients with epilepsy. Journal of Hayat. 2015;21(2):67-80. [Persian]
20. Sadeghian E, Nezafatdoost M, Tapak L, Shamsaei F. Effect of medication education on drug adherence with mental disorders: a clinical trial study. Iranian nursing scientific association (INA) 2019;6(6). [persian]
21. Tolaie A, Asari S, Karimi zarichi A. A descriptive study of psychiatric hospitalization in Baghiatallah and Noorafshar hospitals: 1379,1380. Summer 2005;7(2):161-6. [Persian]
22. Kurtz MM, & Mueser, K. T. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(3):491-504.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]

23. Liberman R, Wallace C, Blackwell G, Eckman T, Vaccaro J, T K. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. Innovations and research. 1993;2(2)::43-59.
24. Smith TE, MacKain S, Anthony DT. Training hospitalized patients with sdhizophrenia in psychiatric services. 1996;47(10):1099.
25. Mohammadzadeh Nanehkaran S, Karbalaie Noori A, Hosseini S. Effect of community re-entry program(CRM) in patients with schizophrenia. 2013;14(2). [Persian]
26. Kanas N. Group therapy for patients with chronic trauma-related stress disorders. International journal of group psychotherapy. 2005;55(1: Special Issue):161-5.
27. Maarefvand M, Zabihi M, Torabi Z, Abri S, Chenaparchi M. Sixth basic hospital social work intervention protocols. Hospital management and clinical services excellence2016. [Persian]
28. R L. Community re-entry program book(CRP); Arjmand publications; 2012. [Persian]
29. Maarefvand M, Najaf Abadi T N. Ethical principles in social work; Specialized media publications; 2013. [Persian]
30. Jamshidi F, Tohidi S, Shayan A. Effect of community re-entry program on the mental state in chronic mental illnesses daily rehabilitation centers in Hamadan. Rehabilitation journal. 2017;6(3):60-7. [Persian]
31. Mohebi P, Falahi Kh M, Rahgoi A, Norouzi T K, Khodaie M. Effect of the community re-entry program on medication adherence in patients with bipolar disorder type I. Iranian nursing scientific association(INA). Summer 2017;3(4). [Persian]
32. Shahmir E, Talebizadeh M, Jafarifard S. The effectiveness of the returning to society program in improving the social skills of schizophrenic patients. Thought and behavior in clinical psychology. 2014;8(31):27-36. [Persian]

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-03]