مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره دهم، دی ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۸/۰۳/۱۰
تاریخ پذیرش:۱۳۹۸/۰۵/۱۹

اثربخشی برنامهٔ بازگشت به اجتماع بر بینش در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا

زهره پارسامعین[۱]، شکوه‌السادات بنی‌جمالی*[۲]، غلامرضا صرامی‌فروشانی[۳]

مقاله پژوهشی

مقدمه: استفاده از درمان‌های توانبخشی در کنار درمان دارویی می‌تواند کمک شایانی به روند درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و بازگشت آن‌ها به جامعه بکند. در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی برنامهٔ بازگشت به اجتماع بر بهبود بینش در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا پرداخته شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی است از نوع پیش آزمون -پس‌آزمون با جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در مرکز توانبخشی طلوع بود. برای این منظور۴۰ نفر بیماران بستری در مرکز توانبخشی طلوع که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰نفر) کاربندی شدند .گروه آزمایش، برنامهٔ بازگشت به اجتماع را به مدت شانزده جلسه دریافت کرد .گروه‌ها قبل از شروع مداخله، بعد اتمام و دو ماه بعد، از نظر بینش با پرسش‌نامه علائم مثبت و منفی آندرسون مورد آزمون قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون T برای دو گروه مستقل و تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان دهندهٔ این است که بیماران گروه مداخلهٔ آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای برنامهٔ بازگشت به اجتماع درمقیاس‌های علایم منفی (P=۰/۰۰۰) ،از هم گسیختگی (P=۰/۰۰۰)، تهییج (P=۰/۰۰۰)، اضطراب و افسردگی (P=۰/۰۰۰)، علائم مثبت (P=۰/۰۰۰) و علائم مثبت و منفی کل(P=۰/۰۰۰) در پس آزمون و در آزمون پیگیری درمقیاس‌های علایم منفی (P=۰/۰۰۰) ، ازهم گسیختگی (P=۰/۰۰۰)، تهییج (P=۰/۰۱)، اضطراب و افسردگی (P=۰/۰۰۰)، علائم مثبت (P=۰/۰۰۰) وعلائم مثبت و منفی کل(P=۰/۰۰۱) تفاوت معنادار مشاهده شد. (P-value<۰/۰۵)

نتیجه‌گیری: مداخلات روانی اجتماعی منجر به بهبود بینش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنیا، برنامه بازگشت به اجتماع، بینش

IRCT20190924044864N2

ارجاع: پارسا معین زهره، بنی‌جمالی شکوه‌السادات، صرامی‌فروشانی غلامرضا. **اثربخشی برنامهٔ بازگشت به اجتماع بر بینش در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۱۰): ۵۲-۱۹۴۱.

۱—دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی،گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات وعلوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۲-دانشیار، دپارتمان روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۳- استادیار، دپارتمان روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی ،تهران، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۵۱۳۵۰۵۲، پست الکترونیکی: drbanijamali@yahoo.com، صندوق پستی: ۱۹۹۳۸۹۳۹۷۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

مقدمه

اسکیزوفرنیا یک بیماری مزمن با نرخ بالای عود است (۱). نقص در بینش به‌عنوان یک خصیصه اصلی در بیماری‌های روان‌پریشی مورد توجه می‌باشد (۲). بینش ضعیف شامل نقایصی در آگاهی از بیماری است که معمولاً در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشاهده می‌شود و عامل خطرزای بزرگی برای پیامدهای درمان است. مشخص شده است که بینش پایین با تبعیت ضعیف از درمان، شدت یافتن علائم بیماری، نقایص شناختی و عملکرد اجتماعی همراه است و بهبود بینش یک هدف درمانی کلیدی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا است (۳). مطالعات نشان می‌دهد که بین ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا قبول ندارند که بیمار هستند (۴). بینش در روان‌شناسی قابلیت فرد برای فهم ماهیت، اهمیت و شدت بیماری خود است (۵). عدم بینش در بیماری اسکیزوفرنیا بیشتر از سایر اختلالات دیده می‌شود. در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا سطوح بینش می‌تواند با عملکرد بیمار ارتباط داشته باشد. مطالعات نشان داده است که آموزش مهارت‌های روانی اجتماعی اثر منفی بینش روی عملکرد را خنثی می‌کند (۶). از طرف دیگر بعضی تحقیقات نشان داده اند که برنامه‌های آموزشی منجر به‌افزایش معنی‌داری در دانش افراد نسبت به بیماری می‌شود (۷). از بین رویکردهای روانی‌اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌ویژه زمانی که با آموزش روانی، تکنیک‌های مدیریت درمان (مهارت مدیریت علائم و داروها) و آموزش خانواده ترکیب شود و به‌مدت طولانی ادامه یابد، از درمان‌های استاندارد شده، گروه درمانی حمایتی و کاردرمانی موثرتر است (۸). برنامه‌های آموزش روانی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دانش و بینش مربوط به بیماری را افزایش می‌دهد. مطالعهٔ آیزه و همکاران در سال ۲۰۱۷ نشان داد که مداخلات روانی اجتماعی (برنامهٔ بازگشت به اجتماع) منجر به بهبود بینش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود (۹). در تحقیق دیگری که در سال ۲۰۱۳ توسط لین lin و همکاران با هدف تعیین اثربخشی آموزش بازگشت به اجتماع بر مدیریت بیماری توسط خود فرد، در بیمارانی که به صورت طولانی‌مدت بستری شده بودند، انجام شد یافته‌ها نشان دادند که آموزش بازگشت به اجتماع منجر به افزایش دانش افراد جهت مدیریت بیماری می‌شود (۱۰). بنابراین آموزش مهارت‌های روانی اجتماعی یک ابزار مهم در بهبود بینش در بیماران است و باید در تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اعمال شود. برنامهٔ بازگشت به اجتماع یکی از زیرمجموعه های برنامهٔ مهارت‌های روانی اجتماعی است، که از تکنیک‌های رفتاردرمانی و آموزش روانی در توانبخشی بیماران استفاده می‌کند و با تجهیز شرکت‌کنندگان به مهارت‌ها و اطلاعات لازم، آن‌ها را قادر می‌سازد پس از ترخیص از بیمارستان در مدیریت بیماری عملکرد مستقل‌تری داشته باشند. در برنامهٔ بازگشت به اجتماع اطلاعاتی در رابطه با علائم بیماری، داروها، خود مدیریتی درمان، شناسایی وپیگیری علائم هشدار، پیشگیری از عود و روش‌های مقابله با استرس گنجانده شده است (۱۱). همان‌طور که گفته شد، اکثر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به ماهیت بیماری آگاهی ندارند و همین مساله منجر به ناتوانی در مدیریت بیماری که شایع‌ترین علامت آن امتناع از خوردن دارو و در نتیجه عودهای مکرر است، می‌شود. آموزش مهارت‌های روانی اجتماعی به‌عنوان یک درمان کلیدی، راهبردی شناختی است که بر اساس نتایج تحقیقات منجر به افزایش بینش می‌شود. اما این آموزش‌ها در همه بیماران بازده یکسانی ندارد. شدید بودن علائم روانی، عوارض جانبی داروها و علی‌الخصوص نوع مداخله از جمله عواملی هستند که آموزش مهارت‌های روانی اجتماعی را با پیامدهای متفاوتی مواجه می‌کنند. به علاوه برخی مطالعات مختلف بی‌اثر بودن یا نتایج متناقض این آموزش‌ها را در بهبود بینش نشان داده‌اند. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در مورد کارایی این برنامه در بیماران اسکیزوفرنیا، مساله پژوهش حاضر این است که آیا برنامهٔ بازگشت به اجتماع (نسخه فارسی) بربینش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری موثر است؟ (ضرورت انجام پژوهش و هدف پژوهش). در این پژوهش فرض بر این است که برنامهٔ بازگشت به اجتماع منجر به افزایش بینش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل کلیه بیماران بستری در مرکز توانبخشی طلوع بود، که بدین منظور ۴۰بیمار

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در مرکز توانبخشی طلوع که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده درگروه آزمایش (۲۰نفر) و کنترل (۲۰نفر)، جایگزین شدند. در ابتدای پژوهش، دو گروه از نظر متغیرهای سن و تحصیلات یکسان‌سازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تایید تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا توسط روانپزشک با معیارهای تشخیصی DSM 5، گذشت حداقل دو سال از شروع بیماری، سابقه عود علائم، حملات سایکوتیک و بستری، تمایل به شرکت در پژوهش، توانایی توجه، یادگیری و ارائه پاسخ‌های مناسب به مفاهیمی که توضیح داده می‌شود، بود. قبل از اجرای مداخله پرسش‌نامه علائم مثبت و منفی توسط شرکت کننده‌های هر دو گروه تکمیل شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۲ماه، هر هفته دو جلسه، به مدت ۴۵ دقیقه در هرجلسه و در مجموع۱۶ جلسه، به‌صورتی که در پی می‌آید تحت آموزش قرار گرفتند: (گروه آزمایش در قالب سه گروه، دو گروه ۷ نفره و یک گروه ۶ نفره آموزش داده شدند).۲۰ نفر حجم نمونه بود اما در یک کلاس آموزش نگرفتند.

۱- معرفی برنامهٔ بازگشت به اجتماع ۲- علائم اختلالات روانی ناتوان کننده ۳- آمادگی برای ترخیص۴- طرح‌ریزی بازگشت به اجتماع ۵-ارتباط با اجتماع ۶- روبرو شدن با استرس در اجتماع ۷- طرح ریزی یک برنامهٔ روزانه ۸- گذاشتن قرار ملاقات و انجام آن ۹- چگونه دارو درمانی از عود جلوگیری می‌کند ۱۰- ارزیابی تاثیر داروهای تجویزی ۱۱- حل مشکلات دارویی ۱۲- حل مشکلات عوارض جانبی دارویی ۱۳- شناسایی علائم هشدار مربوط به‌عود ۱۴- حفظ و پیگیری علائم هشدار ۱۵- پیشبرد طرح اورژانس ۱۶- طرح خود را به درون اجتماع ببرید، تحت آموزش قرار گرفتند (۱۲). گروه کنترل به درمان‌های معمول خود ادامه دادند. پس از اتمام پژوهش و دو ماه پس از آن، مجدداً پرسش‌نامه برای هر دو گروه تکمیل شد. در این پژوهش با توجه به اینکه سه نفر از مددجویان گروه آزمایش در اواسط مداخله ترخیص دائم شدند، همتایان آن‌ها نیز از گروه کنترل خارج شدند و بنابراین تعداد آزمودنی‌های دو گروه به ۱۷ نفر کاهش پیدا کرد.

جلسات گروهی به‌صورت ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تنظیم شده بود و هفته‌ای دو جلسه بین ساعت ۸ تا ۱۰ صبح توسط پژوهشگر در مرکز توانبخشی طلوع برگزار شد (نحوهٔ اجرای جلسات درمانی).

جلسهٔ ۱: معرفی برنامهٔ بازگشت به اجتماع

در جلسهٔ اول شما با مهارت‌هایی‌که در برنامهٔ بازگشت به اجتماع یاد می‌گیرید آشنا می‌شوید و منافع خاصی را که با حضور در برنامه دریافت خواهید کرد، شناسایی می‌کنید.

جلسهٔ ۲: علائم اختلالات روانپزشکی ناتوان‌کننده

در این جلسه شما اطلاعاتی در مورد علائم اختلالات روانپزشکی نظیر اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی عودکننده کسب می‌کنید. شما هم‌چنین از منافع دارویی در درمان این علائم آگاه می‌شوید. هرچه بیشتر درباره داروهایتان اطلاع داشته باشید، بیشتر می‌توانید به پزشک خود برای انتخاب بهترین دارو برای شما،کمک کنید.

جلسهٔ ۳: آمادگی برای ترخیص

در اینجا شما یاد می‌گیرید که چه علائمی نیاز به توجه داشته و کدام رفتار را باید برای آماده شدن جهت ترخیص و ادامه درمان بیاموزید.

جلسهٔ۴: طرح‌ریزی بازگشت به اجتماع

شما در مورد محل زندگی، نحوه تامین مالی، ادامه درمان و سایر خدمات در اجتماع با درمان‌گر به صورت انفرادی صحبت خواهید کرد. این جلسه به شما کمک خواهد کرد بیشتر در طرح‌ریزی برای آینده خود دخالت کنید.

جلسهٔ ۵: ارتباط با اجتماع

در این جلسه شما منابع و خدمات در دسترس موجود در اجتماع را بررسی کرده و با شخصی در جامعه (به‌عنوان مثال مددکار) که بعد از بستری می‌تواند به شما کمک کند، ارتباط برقرار می‌کنید. مطالعات نشان داده است ملاقات با یک مددکار یا کارشناس سلامت روان قبل از ترخیص از بیمارستان احتمال ادامه درمان پس از ترخیص و تداوم بهبودی شما را افزایش می‌دهد.

جلسهٔ ۶: روبرو شدن با استرس در اجتماع

در جلسهٔ ششم شما درباره نحوه روبرو شدن با استرس در اجتماع، بحث خواهید کرد و یاد می‌گیرید که چگونه استرس در عود بیماری نقش خواهد داشت. شما هم‌چنین درباره نحوه انجام فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت در اجتماع که باعث کنترل

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

بهتر استرس می‌شود، اطلاعات کسب می‌کنید. اگر شما یاد بگیرید چگونه استرس را مدیریت کرده و از مشاجره اجتناب نمایید شانس بیشتری برای حفظ سلامتی خود خواهید داشت.

جلسهٔ ۷: طرح‌ریزی یک برنامهٔ روزانه

تمرین این جلسه درباره فهرست کردن میزان و نوع فعالیت‌های روزانه مناسب برای شما است. حفظ برنامه روزانه موجب ایجاد انگیزه برای انجام امور بیشتر می‌شود و احساس بهتری را نصیب شما می‌کند. درگیر شدن در فعالیت‌های متنوع روزانه به شما کمک می‌نماید از احساس آزردگی، تنهایی و افسردگی اجتناب کنید و حتی می‌تواند علائم را کاهش دهد.

جلسهٔ ۸: گذاشتن قرار ملاقات و انجام آن

در این جلسه شما تمرین می‌کنید که چگونه قرار ملاقات (ویزیت) را تنظیم کرده و می‌آموزید که به چه چیزهایی برای پیگیری این ملاقات نیازمندید. انجام به موقع ملاقات‌ها به ادامه کنترل بیماری به شما کمک می‌کند.

جلسهٔ ۹: چگونه دارو درمانی از عود جلوگیری می‌کند

در جلسهٔ نهم شما درباره نحوهٔ عملکرد داروها وکنترل پاسخ بدن به دارو می‌آموزید. با این آگاهی شما می‌توانید برای درمان موثرتر خود، به پزشک کمک کنید.

جلسهٔ ۱۰: ارزیابی تاثیر داروهای تجویزی

در جلسهٔ دهم فرصت بیشتری خواهید داشت تا پاسخ بدنی خود را نسبت به دارو پیگیری نموده و از این اطلاعات به‌طور موثرتری برای اعلام نیازهای خود به پزشکتان استفاده کنید.

جلسهٔ ۱۱: حل مشکلات دارویی

این جلسه به شما می‌آموزد چگونه مشکلات دارویی را شناسایی کرده و آن را برطرف نمایید. با این کار داروها کارکرد بهتری برای شما خواهد داشت.

جلسهٔ ۱۲: حل مشکلات عوارض جانبی دارویی

بحث این جلسه عوارض جانبی احتمالی مربوط به انواع گوناگون داروها می‌باشد و شما با همراهی درمان‌گر درباره مبحث عوارض جانبی و سایر مشکلات تمرین (بازی نقش) خواهید کرد.

جلسهٔ ۱۳: شناسایی علائم هشدار مربوط به عود

در جلسهٔ ۱۳ شما یاد می‌گیرید که علائم هشدار مربوط به خود را که می‌تواند نشانه شروع عود بیماری باشد شناسایی کنید. این کار به شما کمک خواهد کرد تا بیماری خود را به نحو موثرتری مدیریت نمایید.

جلسهٔ ۱۴: حفظ پیگیری علائم هشدار

در این جلسه با کنترل روزانه علائم هشدار آشنا می‌شوید و در مورد شخصی که بتواند به شما در این رابطه کمک کند فکر خواهید کرد. اگر بتوانید علائم هشدار خود را پیگیری نمایید، ممکن است قادر به انجام اقدام مناسب قبل از بازگشت علائم بیماریتان شوید. با این کار دیگر نیازی به بستری مجدد شما نخواهد بود.

جلسهٔ ۱۵: شکل دادن یک طرح پیشگیری از عود در مواقع اورژانس

شما در اینجا یک طرح قدم به قدم را پی‌ریزی می‌نمایید که در صورت شدت گرفتن علائم هشدار و نیاز به کمک، باید آن را دنبال کنید.

قدم اول: درخواست کمک از شخصی که در جریان علائم هشدار قرار دارد.

قدم دوم: تماس با یک متخصص سلامت روان

قدم سوم: مراجعه به کلنیک سلامت روان و ملاقات با پزشک

قدم چهارم: در صورت باز نبودن کلینیک مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان روانپزشکی

جلسهٔ ۱۶: طرح اورژانس خود را به درون اجتماع ببرید. در آخرین جلسه شما یک فرد حمایت‌گر را که می‌تواند در مواقع اورژانس به‌شما کمک کند پیدا کنید. شما هم‌چنین یک فهرست (علائم هشدار شما چه هستند؟ چه کسی در پیگیری علائم هشدار به شما کمک می‌کند؟در صورت عدم دسترسی به فرد حمایت کننده چه اقداماتی انجام دهید)، برای زندگی موفق در اجتماع دریافت می‌کنید که می‌تواند به شما در حفظ مهارت‌هایی که در طی برنامهٔ بازگشت به اجتماع آموخته‌اید کمک نماید (۱۲).

مقیاس علائم مثبت و منفی آندرسون

بینش معمولاً به‌عنوان یک ساختار چند بعدی با اجزایی که شامل دانش نشانه‌شناسی و وجود بیماری ،آگاهی از سبب‌شناسی بیماری، آگاهی از احتمال عود و ارزش درمان است، مفهوم‌گذاری می‌شود. ون پوتن Van Putten و همکاران در سال ۱۹۷۶اظهار کردند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا هذیان‌های مربوط به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

سلامت، مقاومت در برابر خوردن داروها و بنابراین میل به ناخوش ماندن دارند. یک چنین توصیفی نشان می‌دهد که بینش به‌طور ذاتی یک علامت روان‌پریشی مثبت است (۱۴و۱۳). علائم منفی در اسکیزوفرنیا به‌صورت آشکاری به نقص در لوب پیشانی مربوط است و کاهش فعالیت لوب فرونتال به‌عنوان یک پایه بیولوژی مهم در این علامت در نظر گرفته است. یکی از نظریه ها توصیف می کند، بینش ضعیف، ناتوانی بیمار در فهم تجربیات روان‌شناختی و در نتیجهٔ انزوای اجتماعی او است. با استفاده از این نظریه فقدان بینش به‌عنوان یک علامت منفی به حساب می‌آید (۱۵). (دلیل استفاده از پرسش‌نامه علائم مثبت و منفی جهت ارزیابی بینش)، ضمن اینکه پرسش‌نامه شامل علائم بیماری است و با توجه به اینکه توسط خود بیمار تکمیل می‌شود، میزان دانش وی از بیماری را نشان می‌دهد و مشخص می‌کند که آیا فرد به علائم بیماری آگاهی دارد یا نه؟ در مواردی که پرسش‌نامه توسط درمان‌گر تکمیل می‌شود نمی‌توان از پرسش‌نامه برای ارزیابی بینش استفاده کرد. مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا مقیاسی برای ارزیابی علائم مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنیا است. این مقیاس توسط خانم آندرسون در سال ۱۹۸۹ ابداع و امروزه به‌عنوان مهم‌ترین آزمون ویژه ارزیابی علائم مثبت و منفی و نیز محور مقایسه سایر آزمون‌های روانشناختی مرتبط با این موضوع به کار می‌رود. از خصوصیات این آزمون ارزیابی گسترده این دسته از علائم است و دارای دو قسمت می‌باشد: مقیاس ارزیابی علائم مثبت یاscale for assessment positive symptom دارای علائمی چون توهم‌ها، هذیان‌ها، رفتارهای عجیب و غریب و اختلال تفکر می‌باشد. مقیاس علائم منفی یا scale for assessment negative symptom با معیار بررسی علائم منفی مانند سطحی یا کند شدن عاطفه، ناگویی، بی‌ارادگی، بی احساسی، عدم لذت یا بی‌تفاوتی اجتماعی و بی‌توجهی است. مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی یاPositive and Negative Syndrome Scale در سال ۱۹۸۶ توسط کی، فیزبین و اوپلر جهت اندازه‌گیری شدت نشانه‌های علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن ساخته شد (۱۶). این پرسش‌نامه یک مقیاس پزشکی است که به طور گسترده دربررسی درمان‌های ضد روان‌پریشی استفاده شده است. نام این مقیاس به دو دسته نشانه مثبت و منفی اسکیزوفرنی اشاره دارد .این پرسش‌نامه دارای ۳۰ سوال است و آزمودنی طی یک مقیاس پنج گزینه‌ای به‌صورت اصلاً، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به آن پاسخ می‌دهد.

هم‌چنین این پرسش‌نامه مشتمل بر ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: علایم منفی (۸ سوال)، علایم مثبت (۶سوال)، از هم گسیختگی (۷ سوال)، تهییج (۴ سوال)، اضطراب و افسردگی (۵ سوال). پژوهش‌های بسیاری که درباره این مقیاس انجام گرفته است نشان دهنده اهمیت آن است. در پژوهشی که توسط سازندگان پرسش‌نامه انجام گرفته است آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۳ گزارش شده است و همبستگی این مقیاس با نشانه‌های مثبت و منفی آندرسون ۰/۵۸ به‌دست آمده است (۱۷). در تحقیقی که در سال ۱۹۹۸ به‌منظور بررسی اعتبار و روایی این آزمون توسط کای و همکاران انجام شد، ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بسیار بالا و پایایی آن با روش آلفای کرانباخ ۸۰٪ گزارش شده است (۱۸). اما در دو مطالعه دیگر در ایران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۰(۱۳) و۰/۷۷ به‌دست آمده است و روایی آن نیز با استفاده از تحلیل عاملی قابل قبول گزارش شده است (۱۶). این ابزار در مقیاس لیکرت به ترتیب زیر نمره‌گذاری میشود :اصلاً (۱نمره)، گاهی (۲نمره)، متوسط (۳ نمره)، زیاد (۴ نمره)، خیلی زیاد (۵ نمره).

تجزیه وتحلیل آماری

نمرات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس و T نمرات اختلافی) برای دو گروه مستقل استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

مراجعان از آزادی برای عدم مشارکت در پژوهش برخوردار بودند. از مراجعان برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. کلیه پرسش‌نامه‌ها بدون نام و با کد تکمیل گردید و داده‌ها نزد پژوهشگر نگهداری می‌شود. به مراجعان در رابطه با محرمانه بودن نتایج پژوهش اطمینان داده شد. پژوهش هیچ‌گونه بار مالی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

برای مراجعان نداشت. هم‌چنین پروپوزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم و تحقیقات تایید شده است (کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.073)

نتایج

در نمونه آماری پژوهش حاضر، ۴۰ بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنیا حضور داشت که با توجه به این‌که سه نفر از مددجویان گروه آزمایش در اواسط مداخله ترخیص دائم شدند، همتایان آن‌ها نیز از گروه کنترل خارج شدند و بنابراین تعداد آزمودنی‌های دو گروه به ۱۷ نفر کاهش پیدا کرد. بیشتر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش (۶ نفر (۳۵ درصد)) و گواه (۶ نفر (۳۵ درصد))، در دامنه سنی بین ۴۱ تا ۵۰ سال قرار گرفتند. از نظر تحصیلات نیز بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش (۹ نفر (۵۲ درصد)) و گروه گواه (۹نفر (۵۲ درصد))، تحصیلات دیپلم داشتند. نمرات آزمودنی‌ها در آزمون کولموگروف اسمیرنف در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تمام متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده، در نتیجه توزیع متغیر وابسته نرمال است، بنابراین برای بررسی آن‌ها از آزمون پارامتریک استفاده شد. خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش، با ۰/۰۵ P< معنادار است، بنابراین مفروضهٔ خطی بودن رعایت شده بود. هم‌چنین با توجه به مقدار به‌دست آمده از ضریب همبستگی (R) بین تمام متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیگیری در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ همبستگی معنادار وجود دارد. اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون در متغیرهای بهزیستی هیجانی، علائم مثبت، علائم منفی، از هم گسیختگی، تهییج، اضطراب و افسردگی، علائم مثبت و منفی (کلی) و اثر تعامل گروه و پیگیری در متغیر علائم مثبت با P<۰/۰۵ معنادار است. بنابراین مفروضهٔ شیب رگرسیون رعایت نشده، در نتیجه معنی‌داری تفاوت دو گروه در متغیرهای مطرح شده از طریق آزمون تحلیل کوواریانس و T اختلافی محاسبه شد و از این طریق به‌مقایسه متغیر وابسته در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون پرداخته شد که نتایج آن در جدول‌های زیر گزارش شده است. با توجه به آنچه در جدول ۱ نشان داده شده است، بیشتر آزمودنی‌ها در هر دو گروه آزمایش (۶ نفر (۳۵ درصد)) و گواه (۶ نفر (۳۵ درصد)) در دامنه سنی بین ۴۱ تا ۵۰ سال قرار گرفتند. با توجه به آنچه در جدول ۲ نشان داده شده است. بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش (۹ نفر (۵۲ درصد)) و گروه گواه (۹نفر (۵۲ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند.

جدول ۳ درصد شرکت‌کنندگان بر اساس سابقهٔ ابتلا به بیماری ذکر شده است.

در جدول ۴ در پس‌آزمون عامل علائم منفی، از هم گسیختگی، تهییج، اضطراب و افسردگی، علائم مثبت، و علائم مثبت و منفی کلی، تفاوت بین دو گروه معنادار شناخته شد؛ در واقع (مداخله) نقش معناداری بر این سه عامل داشته است (P<۰/۰۵). ضمن این‌که در آزمون پیگیری عامل از هم گسیختگی و علائم مثبت وعلائم مثبت و منفی کلی نیز میانگین‌ها کاهش یافته است که نشان‌دهندهٔ ماندگاری اثر بوده است.

در جدول ۵ در پس آزمون عامل علائم منفی، تهییج، اضطراب و افسردگی و علائم مثبت و منفی کلی، تفاوت بین دو گروه معنادار شناخته شد؛ در واقع (مداخله) نقش معناداری بر این سه عامل داشته است(P<۰/۰۵).

جدول ۱: فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب دامنه سنی

دامنه سنی	گروه ازمایش تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)
۳۰-۴۰	۵(۲۹)	۴(۲۳)
۴۱-۵۰	۶(۳۵)	۶(۳۵)
۵۱-۶۰	۵(۲۹)	۵(۲۹)
۶۱-۷۰	۱(۷)	۲(۱۳)
کل	۱۷(۱۰۰)	۱۷(۱۰۰)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

جدول۲: فراوانی آزمودنی‌ها براساس تحصیلات

تحصیلات	گروه آزمایش تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)
سیکل	۱(۶)	۱(۶)
دیپلم	۹(۵۲)	۹(۵۲)
کاردانی	۵(۲۹)	۵(۲۹)
کارشناسی	۲(۱۳)	۲(۱۳)
کل	۱۷(۱۰۰)	۱۷(۱۰۰)

جدول ۳: مدت زمان بیماری

زمان بر حسب سال	گروه ازمایش تعدا(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)
۰-۱۰	۱(۴)	۰(۰)
۱۱-۲۰	۶(۴۰)	۸(۴۶)
۲۱-۳۵	۱۰(۵۶)	۹(۵۴)
کل	۱۷(۱۰۰)	۱۷(۱۰۰)

جدول۴: آزمون t مستقل نمرات افتراقی پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل علائم منفی، پس آزمون و پیگیری از هم گسیختگی، پس‌آزمون تهییج، پس‌آزمون اضطراب و افسردگی، پس‌آزمون علائم مثبت، پیگیری علائم مثبت و پس آزمون علائم مثبت و منفی کلی

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدارt	درجه آزادی	احتمالt
علائم منفی	آزمایش	۱۷	۹۴۱۲/۷	۲۲۰۰۵/۴	۰۲۳۵۱/۱	۱۰۳/۸	۳۲	۰/۰۰۰
	گواه	۱۷	۸۰۰۰/۳	۴۸۳۸۶/۴	۰۸۷۵۰/۱			
ازهم گسیختگی پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۴۷۰۶/۳	۷۸۶۵۳/۲	۶۷۵۸۳/۰	۴۴۲/۵	۰۴۶/۲۷	۰/۰۰۰
	گواه	۱۷	-۸۸۲۴/۰	۷۶۳۶۰/۱	۴۲۷۷۴/۰			
ازهم گسیختگی پیگیری	آزمایش	۱۷	۴۷۰۶/۳	۷۸۶۵۲/۲	۶۷۵۸۳/۰	۴۴۲/۵	۰۴۶/۲۷	۰/۰۰۰
	گواه	۱۷	۸۸۲۴/۰	۷۶۳۶۰/۱	۴۲۷۷۴/۰			
تهییج	آزمایش	۱۷	۲۳۵۳/۳	۹۲۶۸۰/۲	۷۰۹۸۵/۰	۷۵۵/۵	۳۲	۰۰۰/۰
	گواه	۱۷	-۲۳۵۳/۱	۳۰۰۴۵/۱	۳۱۵۴۱/۰			
اضطراب وافسردگی	آزمایش	۱۷	۷۶۴۷/۲	۶۱۰۷۸۰/۲	۶۳۳۲۱/۰	۲۲۵/۵	۳۲	۰۰۰/۰
	گواه	۱۷	-۷۶۴۷/۰	۹۷۰۱۴/۰	۲۳۵۲۹/۰			
علائم مثبت پس آزمون	آزمایش	۱۷	۹۴۱۲/۷	۲۲۰۰۵/۴	۰۲۳۵۱/۱	۱۰۳/۸	۳۲	۰۰۰/۰
	گواه	۱۷	-۷۶۴۷/۰	۳۴۷۶۶/۱	۳۲۶۸۵/۰			
علائم مثبت پیگیری	آزمایش	۱۷	۰۰۰۰/۰	۰۹۱۶۵/۲	۵۷۰۳۰/۰	۲۷۹/۲	۳۲	۰۰۰/۰
	گواه	۱۷	۵۸۸۲/۱	۹۷۰۳۷/۱	۴۷۷۸۸/۰			
علائم مثبت ومنفی (کلی)پیگیری	آزمایش	۱۷	۷۶۴۷/۲۲	-۳۳۳۱۹/۱۱	۷۴۸۷۰/۲	-۷۰۲/۹	۳۲	۰۰۰/۰
	گواه	۱۷	-۴۷۰۶/۴	۳۴۸۳۴/۲	۵۶۹۵۶/۰			

آزمون آماری: t-test

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تأثیر نمرات پیش آزمون و گروه‌ها بر نمرات پیگیری علائم منفی، تهییج، اضطراب و افسردگی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
علائم منفی	علائم منفی پس آزمون	۳۶۴/۲۳۶	۱	۳۶۴/۲۳۶	۶۱۴/۱۲۶	۰/۰۰۰
	گروه	۰۵۷/۰	۱	۰۵۷/۰	۰۳۱/۰	۸۶۲/۰
تهییج	تهییج پس آزمون	۰۶۸/۶۵	۱	۰۶۸/۶۵	۱۰۸/۳۸	۰.۰۰۱
	گروه	۳۴۲/۱	۱	۳۴۲/۱	۷۸۶/۰	۳۸۲/۰
اضطراب و افسردگی	اضطراب و افسردگی پس آزمون	۳۲۴/۲۶۲	۱	۳۲۴/۲۶۲	۳۰۷/۱۱۷	۰/۰۰۰
	گروه	۵۲۷/۲	۱	۵۲۷/۲	۱۳۰/۱	۲۹۶/۰
علائم مثبت و منفی کلی	علائم مثبت و منفی کلی پس آزمون	۹۱۰/۳۴۲۰	۱	۹۱۰/۳۴۲۰	۳۰۷/۱۱۷	۰۰۰/۰
	گروه	۱۴۷/۱۵۱	۱	۱۴۷/۱۵۱	۰۸۳/۱۳	۰۰۱/۰

آزمون آماری:تحلیل کوواریانس

بحث

نتایج پژوهش حاضر بر اساس سنجش‌های علائم مثبت و منفی آندرسون حاکی از آن است که میانگین نمرات در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که از برنامهٔ بازگشت به اجتماع استفاده کرده‌اند، با میانگین نمرات افرادی که از این برنامه استفاده نکرده‌اند، تفاوت معنادار داشته است، که نشان‌دهنده افزایش بینش و آگاهی این بیماران نسبت به‌علائم می‌باشد. این یافته‌ها با یافته‌های روزنا و همکاران که نتیجه گرفتند مداخلات آموزشی می‌تواند این گروه از بیماران را در افزایش دانش، پذیرش بیماری و ارتقاء استفاده مناسب از دارو درمانی ترغیب نماید، هم‌خوانی دارد (۱۹). هم‌چنین در پژوهشی که توسط آیزه و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد، نتایج نشان دادند که آموزش برنامهٔ بازگشت به اجتماع منجر به بهبود بینش در بیماران، سازگاری با عوارض جانبی داروها و افزایش تبعیت از درمان شد (۹). نتایج پژوهش کارلوس و همکاران در سال ۲۰۱۵ نیز نشان داد که آموزش برنامهٔ بازگشت به اجتماع در بیماران روانپزشکی بستری منجر به افزایش دانش نسبت به بیماری و اجرای مهارت‌های آموزش داده شده در جلسات می‌شود (۲۰). در تحقیق دیگری که در سال ۲۰۱۳ توسط لین lin و همکاران انجام شد یافته‌ها نشان دادند که آموزش بازگشت به اجتماع منجر به افزایش دانش افراد جهت مدیریت بیماری می‌شود. افزایش دانش افراد جهت مدیریت بیماری سبب بهبود دیدگاه بیمار نسبت به درمان می‌شود (۱۰). امرسان و همکاران در سال ۲۰۰۹ اظهار کردند در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا سطوح بینش می‌تواند با عملکرد بیمار ارتباط داشته باشد و آموزش مهارت‌های روانی اجتماعی اثر منفی بینش روی عملکرد را خنثی می کند (۶). نتایج مطالعه یوتا او و همکاران نیز در سال ۲۰۰۷ نشان داد که آموزش برنامهٔ بازگشت به اجتماع منجر به بهبود بینش در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود (۲۱). در توضیح این یافته‌ها می توان گفت با توجه به اینکه برنامهٔ بازگشت به اجتماع ترکیبی از آموزش روانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی را به کار می‌برد، نه تنها سبب بهبود بینش می‌شود، بلکه به صورت غیرمستقیم بر سایر عوامل نیز تاثیرگذار هستند. برای مثال بهبود بینش منجر به بهتر شدن همکاری با کادر درمان، بهبود تبعیت از درمان و خود مدیریتی علائم و در نتیجه کاهش شدت علائم و آسیب‌پذیری نسبت به عود می‌شود. هم‌چنین مشخص شده است که آموزش اثر مثبتی روی دیدگاه فرد به داروها دارد. بیمارانی که اطمینان بیشتری به داروها داشتند، نگرش منفی کمتری نسبت به تبعیت از درمان نشان دادند و نتایج معنی‌داری در بینش، کیفیت زندگی، عملکرد وشبکه اجتماعی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

کسب کردند (۱۹). در حین آموزش روانی اولین اطلاعات بسیار مهمی که به بیمار داده می‌شود، نام بیماری و علائم مربوط به آن است. برنامهٔ بازگشت به اجتماع با آموزش در رابطه با علائم بیماری‌های روانی، داروها، نحوه اثرگذاری آن بر علائم و ترغیب بیماران به این‌که در رابطه با علائم‌شان و علت بستری شدن در بیمارستان صحبت کنند به افزایش بینش بیماران کمک می‌کند. ضمن اینکه مهارت‌های اجتماعی لازم جهت مدیریت بیماری پس از ترخیص نیز به بیمار آموخته می‌شود. برنامه‌های آموزش روانی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دانش و بینش مربوط به بیماری را افزایش می‌دهد و از مقاومت بیمار نسبت به مصرف داروها می کاهد (۲۲). بینش خوب منجر به سازگاری مطلوب پس از ترخیص وتبعیت دارویی بهتر می‌شود. برعکس، بینش ضعیف با رفتارهای خشونت آمیز وکاهش عملکرد روانی- اجتماعی همبستگی دارد. بینش ضعیف منجر به اجتناب از مصرف داروها و متعاقباً عود بیماری و بستری مجدد در بیمارستان می‌شود. مداخلات آموزش روانی اجتماعی می‌تواند این گروه از بیماران را در افزایش دانش نسبت به علائم وماهیت بیماری، پذیرش بیماری و شناخت وارتقاء استفاده مناسب از دارو درمانی ترغیب نماید (۱۹). سایر منافع آموزش روانی اجتماعی شامل افزایش اعتماد به نفس، افزایش احتمال تبعیت از درمان دارویی، احساس رضایت بیشتر از خدمات، افزایش معنی‌دار در عملکرد اجتماعی به علاوهٔ بهبود کیفیت زندگی، کاهش عود و بستری در بیمارستان است (۲۳). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن حجم نمونه، نمونه‌گیری در دسترس، پیگیری کوتاه‌مدت و صرفاً استفاده از آزمودنی‌های مرد مبتلا به اسکیزوفرنیا، اشاره کرد. در مجموع با توجه به اینکه برنامهٔ بازگشت به اجتماع منجر به افزایش سطوح بینش و بهبود عملکرد فرد می‌شود، بیماران توانایی این را پیدا می‌کنند که به احتیاط‌های لازم برای مراقبت از سلامتی، انطباق با عوارض درمان و افزایش بینش به بیماری دست پیدا کند پیشنهاد می‌شود برنامه مذکور در با حجم نمونه بیشتر، در سایر اختلالات روانی، در بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنیا و با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر انجام شود.

نتیجه‌گیری

درصد قابل‌توجهی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (بالاتر از ۸۰ درصد) با بینش ضعیف نسبت به بیماری، صرف‌نظر از پراکندگی فرهنگی بیماری مواجه هستند، که با خطر بالای عود علائم ارتباط دارد. به علاوه بینش ضعیف به صورت بالقوه می‌تواند اختلال عملکرد بین فردی و اجتماعی را که در مبتلایان به اسکیزوفرنیا مشاهده می‌شود، بدتر نماید (۱۵). در حوزه حل مسالهٔ علائم روان‌پریشی و اسکیزوفرنیا، یادگیری درباره علائم، داروهای آنتی سایکوتیک و تطابق با استرس، شدت علائم روان‌پریشی را کاهش می دهد (۲۴). بنابراین آموزش روانی و مهارت‌های اجتماعی یک ابزار مهم در بهبود بینش در بیماران است و باید در تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اعمال شود.

سپاس‌گزاری

نویسندگان از مرکز توانبخشی طلوع، به خصوص ریاست محترم مرکز جناب آقای دکتر طاهرخانی به خاطر حمایت اجرایی پایان نامه و کلیهٔ مدد جویان شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.(حامی مالی نداشته است).

تعارض در منافع: وجود ندارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

References:

*1-*Krzystanek M, Krysta K & Katarzyna S. ***Treatment Compliance in the Long-Term Paranoid Schizophrenia Telemedicine Study.*** J Technology in Behavioral Science 2017; 2(2): 84–7.

*2-*Wilson WH, Ban TA, Guy W**.** ***Flexible System Criteria in Chronic Schizophrenia***. Compr Psychiatry 1986; 27(3): 259–65.

*3-*Harvey PD, Siu CO, Loebel AD. ***Insight and Treatment Outcomes in Schizophrenia Post-Hoc Analysis of a Long-Term***, ***Double-blind Study Comparing Lurasidone and Quetiapine*** XR 2017; 14(11-12): 23–29.

*4-*Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC. ***Lack of Insight in Schizophrenia: A Review: Part I: Theoretical Concept, Clinical Aspects aand Amador's Model.*** Encephale 2008; 34(6): 597-605.

*5-*Johnson S, Sathyaseelan M, Charles H, Jeyaseelan V, Jacob KS. ***Insight, Psychopathology, Explanatory Models and Outcome of Schizophrenia in India: A Prospective 5-Year Cohort Study***. BMC Psychiatry 2012; 12: 159.

*6-*Emmerson LC, Granholm E, Link PC, McQuaid JR, Jeste DV. ***Insight and Treatment Outcome with Cognitive-Behavioral Social Skill Training for Older People with Schizophrenia.*** J Rehabil Res Dev 2009; 46(8):1053-8.

*7-*Goldman CR, Quinn FL. ***Effects of a Patient Education Program in the Treatment of Schizophrenia***. Hosp Community Psychiatry 1988; 39(3): 282-6.

*8-*Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. ***Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia.*** Am J Psychiatry 1998; 155(8):1087-91.

*9-*Okanli A, Karakas SA, zlem Sahin Altun ÖS, Selvi Y. ***The Effect of the Social and Independent Living Skills, the Community Re-Entry Program Application for Patients with Schizophrenia on Their Functional Remission and Drug Adherence***. Studies on Ethno-Medicine 2017; 11(3): 233-8.

10- Lin EC, Chan CH, Shao WC, Lin MF, Shiau S, Mueser KT, et al. ***A Randomized Controlled Trial of an Adapted Illness Management and Recovery Program for People with Schizophrenia Awaiting Discharge from a Psychiatric Hospital***. Psychiatr Rehabil J 2013; 36(4): 243-9.

11- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO & et al. ***Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia***. N Engl J Med 2005; 353: 1209–23.

12- Taherkhani, H. Jalali Nadoushan,AH. **Community Reentry Program (CRP)**.1st ed. Tehran: Arjmand; 2014. [Persian]

13- Van Putten T, Crumpton E, Yale C. ***Drug Refusal in Schizophrenia and the Wish to Be Crazy.*** Arch Gen Psychiatry 1976; 33(12): 1443-6.

14- Danki D, Dilbaz N, Okay IT, Telci S. ***[Insight in Schizophrenia: Relationship to Family History, Andpositve and Negat Ve Symptoms].*** Turk Psikiyatri Derg 2007; 18(2): 129-36.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

15- Joseph B, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G. ***Insight in Schizophrenia: Relationship to Positive, Negative and Neurocognitive Dimensions.*** Indian J Psychol Med 2015; 37(1): 5–11.

16- Kay S.R. Opler L.A & Fiszbein, A. ***The positive And Negative Syndrome Scale For schizophrenia***, Scizohprenia Bull 1987; 13(2): 261-76.

17- Abulaqsemi A. ***Relationship between Metacognitive Beliefs and Positive and Negative Symptoms in Schizophrenic Patients***. Daneshvar Behavior 2007; 14 (25): 1-10. [Persian].

18- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. ***Reliability and Validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenics.*** Psychiatry Res 1988; 23(1): 99-110.

19- Ruzanna Z, Marhani M, Parveen K, Cheah YC. ***Does Psychoeducation Improve Insight of Patients With Schizophrenia.*** Malagian J Psychiatry 2017; 19(2).

20- Carlos M. ***Psychosocial Rehabilitation:*** The community re-entry program (CREP) in psychiatric inpatient settings, American Journal of Nursing Science 2015; 4(2-1): 51-59.

21- Xiang YT, Weng YZ, Li WY, Gao L, Chen GL, Xie L, et al. ***Efficacy of the Community Re-Entry Module for Patients with Schizophrenia in Beijing, China: Outcome at 2-Year Follow-Up***. Br J Psychiatry 2007; 190: 49-56.

22- Apostolia A, Georgios L. ***Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety and stress among patients with diagnosis of schizophrenia. A control trial.*** Current Psychology 2019. Available at: https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-019-00255-4. Accessed January 2, 2020.

23- Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc, Y. ***Effectiveness of Psychoeducation for Relapse, Symptoms, Knowledge, Adherence and Functioning in psychotic Disorders: A Meta-analysis.*** Schizophr Res 2007; 96(1-3): 232–45.

24- Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E.***The Effects of Psychosocial Skills Training on Symptomatology, Insight, Quality of Life, and Suicide Probability in Schizophrenia.***Turk Psikiyatri Derg 2008; 19(3): 266-73.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 10 | Jan 2020

Received: 31 May 2019
Accepted: 10 Aug 2019

Effect of Community Re-Entry Program (CRP) on Insight of Patients with Schizophrenia

Zohreh Parsamoein[1], Shokouh-Alsadat Banijamali[*2], Gholamreza Sarami forushani[3]

Original Article

Introduction: The use of rehabilitation treatments along with drug therapy can greatly help in the treatment of schizophrenic patients and their return to society. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the Community Re-entry Program on improving insight in people with schizophrenia.

Methods: The present study is a pre-test, post-test clinical trial with the statistical population including all patients with schizophrenia admitted to the Tolue rehabilitation center. For this purpose, 40 patients admitted to Tolue Rehabilitation Center who met the inclusion criteria were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to experimental (n = 20) and control (n = 20) groups. The experimental group received a community Re-entry program for sixteen sessions. The groups were tested by Anderson's positive and negative symptoms questionnaire before and after the intervention, after completion and two months later. Data were analyzed using t-test for two independent groups, and covariance analysis by SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18

Results: The results showed that patients in experimental group compared to control group after implementation of community Re-entry program on negative symptom scales (P = 0.000), disruption (P = 0.000), excitement (P = 0.000)). Anxiety, depression (P = 0.000), positive symptoms (P = 0.000) and total positive and negative symptoms (P = 0.000) at posttest and follow-up on negative symptom scales (P = 0.000). Significant differences were observed between rupture (P = 0.000), excitement (P = 0.01), anxiety and depression (P = 0.000), positive symptoms (P = 0.000) and total positive and negative symptoms (P = 0.001). (P-value<0/05).

Conclusion: Psychosocial interventions improve insight in patients with schizophrenia.

Keywords: Community re-entry program, Schizophrenia, Insight.

Citation: Parsamoein Z, Banijamali SH, Sarami forushani GH. **Effect of community re-entry program (CRP) on insight of patients with Schizophrenia.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 27(10): 1941-52.

[1]Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, Faculty of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran
[3]Department of Psychology, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
***Corresponding author: Tel:** 09125135052, **email:** drbanijamali@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2402]