

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

زهره پارسامعین^۱، شکوهالسادات بنی جمالی^{۲*}، غلامرضا صرامی فروشانی^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 برنامه بازگشت به اجتماع بر بینش در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا پرداخته شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی است از نوع پیش آزمون - پس آزمون با جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در مرکز توانبخشی طلوع بود. برای این منظور ۴۰ نفر بیماران بستری در مرکز توانبخشی طلوع که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس اختیار و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) کاربندی شدند. گروه آزمایش، برنامه 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 دهنده این است که بیماران گروه مداخله آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای برنامه بازگشت به اجتماع در مقیاس‌های علایم منفی ($P=0/000$)، از هم گسیختگی ($P=0/000$)، تهییج ($P=0/000$)، اضطراب و افسردگی ($P=0/000$)، علائم مثبت ($P=0/000$) و علائم مثبت و منفی کل ($P=0/000$) در پس آزمون و در آزمون پیگیری در مقیاس‌های علایم منفی ($P=0/000$)، از هم گسیختگی ($P=0/01$)، تهییج ($P=0/000$)، اضطراب و افسردگی ($P=0/000$)، علائم مثبت ($P=0/000$) و علائم مثبت و منفی کل ($P=0/01$) تفاوت معنادار مشاهده شد. ($P-value < 0/05$)

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

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنیا، برنامه بازگشت به اجتماع، بینش

IRCT20190924044864N2

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

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم 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

مقدمه

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. برنامه بازگشت به اجتماع یکی از زیرمجموعه‌های برنامه 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 ترجیح از بیمارستان در مدیریت بیماری عملکرد مستقل‌تری داشته باشند. در برنامه بازگشت به اجتماع اطلاعاتی در رابطه با علائم بیماری، داروها، خود مدیریتی درمان، شناسایی و بیگیری 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 به عنوان 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 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 برنامه بازگشت به اجتماع (نسخه فارسی) برینش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری موثر است؟ (ضرورت انجام پژوهش و هدف پژوهش). در این پژوهش فرض بر این است که برنامه 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 پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران بستری در مرکز توانبخشی طلوع بود، که بدین منظور ۴۰ بیمار

اسکیزوفرنیا یک بیماری مزمن با نرخ بالای عود است (۱). نقص در بینش به عنوان 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 خطرزایی 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 بیمار 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 به افزایش 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. مطالعه آیزه و همکاران در سال ۲۰۱۷ نشان داد که مداخلات روانی اجتماعی (برنامه 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

بود و هفت‌های دو جلسه بین ساعت ۸ تا ۱۰ صبح توسط پژوهشگر در مرکز توانبخشی طلوع برگزار شد (نحوه اجرای جلسات درمانی).

جلسه ۱: معرفی برنامه بازگشت به اجتماع

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

جلسه ۲: علائم اختلالات روانپزشکی ناتوان‌کننده

در این جلسه شما اطلاعاتی در مورد علائم اختلالات روانپزشکی نظریه 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.

جلسه 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.

جلسه ۴: 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.

جلسه ۵: ارتباط با اجتماع

در این جلسه شما منابع و خدمات در دسترس موجود در اجتماع را بررسی کرده و با شخصی در جامعه (به عنوان 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.

جلسه ۶: روپرتو شدن با استرس در اجتماع

در جلسه ششم شما درباره نحوه روپرتو 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

مبila به اسکیزوفرنیای بستری در مرکز توانبخشی طلوع که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر)، 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 ۲ ماه، هر هفته دو جلسه، به مدت ۴۵ دقیقه در هر جلسه و در مجموع ۱۶ جلسه، به صورتی 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 برنامه بازگشت به اجتماع -۲- علائم اختلالات روانی ناتوان‌کننده -۳- آمادگی برای ترخیص -۴- طرح‌ریزی بازگشت به اجتماع -۵- ارتباط با اجتماع -۶- روپرتو شدن با استرس در اجتماع -۷- طرح‌ریزی یک برنامه 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 به عود -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 به صورت ۴۵ دقیقه‌ای تنظیم شده

کار به شما کمک خواهد کرد تا بیماری خود را به نحو موثرتری مدیریت نمایید.

جلسه 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 خواهد بود.

جلسه ۱۵: شکل دادن یک طرح پیشگیری از عود در موقع 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 کلینیک سلامت روان و ملاقات با پزشک

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

جلسه ۱۶: طرح اورژانس خود را به درون اجتماع ببرید. در آخرین جلسه شما یک فرد حمایت‌گر را که می‌تواند در موقع اورژانس به شما کمک کند پیدا کنید. شما همچنین یک فهرست (علائم هشدار شما چه هستند؟ چه کسی در پیگیری علائم هشدار به شما کمک می‌کنند؟ 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 برنامه بازگشت به اجتماع آموخته‌اید کمک نماید (۱۲).

مقیاس علائم مثبت و منفی آندرسون

بینش معمولاً به عنوان 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 ۱۹۷۶ اظهار کردند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا هذیان‌های مربوط به

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

جلسه ۷: طرح‌ریزی یک برنامه 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 نسبت شما می‌کند. درگیر شدن در فعالیت‌های متنوع روزانه به شما کمک می‌نماید از احساس آزدگی، تنها‌یابی و افسردگی اجتناب کنید و حتی می‌تواند علائم را کاهش دهد.

جلسه 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.

جلسه ۹: چگونه دارو درمانی از عود جلوگیری می‌کند

در جلسه نهم شما درباره نحوه عملکرد داروها و کنترل پاسخ بدن به دارو می‌آموزید. با این آگاهی شما می‌توانید برای درمان موثرتر خود، به پزشک کمک کنید.

جلسه ۱۰: ارزیابی تاثیر داروهای تجویزی

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

جلسه 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.

جلسه 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.

جلسه ۱۳: شناسایی علائم هشدار مربوط به عود

در جلسه ۱۳ شما یاد می‌گیرید که علائم هشدار مربوط به خود را که می‌تواند نشانه شروع عود بیماری باشد شناسایی کنید. این

دسته نشانه مثبت و منفی اسکیزوفرنی اشاره دارد. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است و آزمودنی طی یک مقیاس پنج گزینه‌های به صورت اصلاً، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به آن پاسخ می‌دهد.

هم‌چنین این پرسشنامه مشتمل بر ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: عالیم منفی (۸ سوال)، عالیم مثبت (عسوال)، 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 آزمون توسط کای و همکاران انجام شد، ضرایب همسانی درونی ۰/۸۰ گزارش شده است و همبستگی این مقیاس با نشانه‌های خرده مقیاس‌ها بسیار بالا و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰٪ گزارش شده است (۱۸). اما در دو مطالعه دیگر در ایران آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۰ و ۰/۷۷ به دست آمده است (۱۳). در تحقیقی که در سال ۱۹۹۸ بهمنظور بررسی اعتبار و روایی این آزمون توسط کای و همکاران انجام شد، ضرایب همسانی درونی ۰/۸۰٪ گزارش شده است (۱۶). این ابزار در مقیاس لیکرت به ترتیب زیر نمره‌گذاری می‌شود: اصلاً (۱ نمره)، گاهی (۲ نمره)، متوسط (۳ نمره)، زیاد (۴ نمره)، خیلی زیاد (۵ نمره).

تجزیه و تحلیل آماری

نمرات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 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 محramانه بودن نتایج پژوهش اطمینان داده شد. پژوهش هیچ‌گونه بار مالی

سلامت، مقاومت در برابر خوردن داروها و بنابراین میل به ناخوش ماندن دارند. یک چنین توصیفی نشان می‌دهد که بینش به طور ذاتی یک علامت روان‌پریشی مثبت است (۱۴ و ۱۳). عالیم منفی در اسکیزوفرنیا به صورت آشکاری به نقص در لوب پیشانی مربوط است و کاهش فعالیت لوب فرونتال به عنوان یک پایه بیولوژی مهم در این علامت در نظر گرفته است. یکی از نظریه‌ها توصیف می‌کند، بینش ضعیف، ناتوانی بیمار در فهم تجربیات روان‌شناختی و در نتیجه‌ای از نظریه اجتماعی او است. با استفاده از این نظریه فقدان بینش به عنوان یک علامت منفی به حساب می‌آید (۱۵). (دلیل استفاده از پرسشنامه عالیم مثبت و منفی جهت ارزیابی بینش)، ضمن اینکه پرسشنامه شامل عالیم 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 عالیم بیماری آگاهی دارد یا نه؟ در مواردی که پرسشنامه برای ارزیابی بینش استفاده تکمیل می‌شود نمی‌توان از پرسشنامه برای ارزیابی بینش ارزیابی کرد. مقیاس عالیم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا مقیاسی برای ارزیابی عالیم مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنیا است. این مقیاس توسط خانم آندرسون در سال ۱۹۸۹ ابداع و امروزه به عنوان مهم‌ترین آزمون ویژه ارزیابی عالیم 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 عالیم است و دارای دو قسمت می‌باشد: مقیاس ارزیابی عالیم مثبت یا scale for assessment positive symptom می‌باشد: مقیاس عالیم منفی یا scale for assessment negative می‌باشد. مقیاس عالیم منفی یا عجیب و غریب و اختلال تفکر می‌باشد. مقیاس عالیم منفی یا کند شدن symptom با معیار بررسی عالیم منفی مانند سطحی یا کند شدن عاطفه، ناگویی، بی‌ارادگی، بی‌احساسی، عدم لذت یا بی‌تفاوتی اجتماعی و بی‌توجهی است. مقیاس عالیم مثبت و منفی اسکیزوفرنی یا Positive and Negative Syndrome Scale می‌باشد در سال ۱۹۸۶ توسط کی، فیزین و اوپلر جهت اندازه‌گیری شدت نشانه‌های عالیم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن ساخته شد (۱۶). این پرسشنامه یک مقیاس پژوهشی است که به طور گسترده در بررسی درمان‌های ضد روان‌پریشی استفاده شده است. نام این مقیاس به دو

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

$P < 0.05$ معنadar است. بنابراین مفروضه شبیه رگرسیون رعایت نشده، در نتیجه معنی‌داری تفاوت دو گروه در متغیرهای مطرح شده از طریق آزمون تحلیل کواریانس و T اختلافی محاسبه شد و از این طریق به مقایسه 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 است، بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش (۹ نفر (۵۲ درصد)) و گروه گواه (۹ نفر (۵۲ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند.

جدول ۳ درصد شرکت‌کنندگان بر اساس سابقه 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 معنadar شناخته شد؛ در واقع (مداخله) نقش معنadarی بر این سه عامل داشته است ($P < 0.05$). ضمن این‌که در آزمون پیگیری عامل از هم گسیختگی و علائم مثبت علائم مثبت و منفی کلی نیز میانگین‌ها کاهش یافته است که نشان‌دهنده ماندگاری اثر بوده است.

در جدول ۵ در پس‌آزمون عامل علائم منفی، تهییج، اضطراب و افسردگی و علائم مثبت و منفی کلی، تفاوت بین دو گروه معنadar شناخته شد؛ در واقع (مداخله) نقش معنadarی بر این سه عامل داشته است ($P < 0.05$).

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 (۹ نفر (۵۲ درصد)), تحصیلات دیپلم داشتند. نمرات آزمودنی‌ها در آزمون کولموگروف اسمیرنوف در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تمام متغیرها بزرگ‌تر از 0.05 بود، 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 0.05 معنadar است، بنابراین مفروضه خطی بودن رعایت شده بود. همچنین با توجه به مقدار به دست آمده از ضربه همبستگی (R) بین تمام متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیگیری در سطح معنی‌داری 0.01 همبستگی معنadar 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

جدول ۱: فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب دامنه سنی

دامنه سنی	تعداد(درصد)	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)	

جدول ۲: فراوانی آزمودنی‌ها براساس تحصیلات

تعداد(درصد)	گروه آزمایش	گروه کنترل	تحصیلات
۱(۶)	۱(۶)		سیکل
۹(۵۲)	۹(۵۲)		دیپلم
۵(۳۹)	۵(۳۹)		کاردانی
۲(۱۳)	۲(۱۳)		کارشناسی
۱۷(۱۰۰)	۱۷(۱۰۰)		کل

جدول ۳: مدت زمان بیماری

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

جدول ۴: آزمون t مستقل نمرات افتراقی پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل علائم منفی، پس‌آزمون تهییج، پس‌آزمون اضطراب و افسردگی، پس‌آزمون علائم مثبت، پیگیری علائم مثبت و پس‌آزمون علائم مثبت و منفی کلی

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	احتمال t
علائم منفی	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۹۴۱۲/۷ ۸۰۰۰/۳	۲۲۰۰۵/۴ ۴۸۳۸۶/۴	-۰.۸۷۵۰/۱ ۰.۲۳۵۱/۱	۳۲ ۳۲	.۰/۰۰۰
پس‌آزمون ازهم گسیختگی	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۴۷۰۶/۳ -۸۸۲۴/۰	۷۸۶۵۳/۲ ۷۶۳۶۰/۱	۴۴۲/۵ ۴۷۵۸۳/۰	۰.۴۶/۲۷ ۰.۴۶/۲۷	.۰/۰۰۰
پیگیری ازهم گسیختگی	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۴۷۰۶/۳ ۸۸۲۴/۰	۷۸۶۵۲/۲ ۷۶۳۶۰/۱	۴۴۲/۵ ۴۷۵۸۳/۰	۰.۴۶/۲۷ ۰.۴۶/۲۷	.۰/۰۰۰
تهییج	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۲۳۵۳/۳ -۲۳۵۳/۱	۹۲۶۸۰/۲ ۳۰۰۴۵/۱	۷۵۵/۵ ۷۰۹۸۵/۰	۳۲ ۳۲	.۰۰۰/۰
اضطراب و افسردگی	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۷۶۴۷/۲ -۷۶۴۷/۰	۶۱۰۷۸۰/۲ ۹۷۰۱۴/۰	۲۲۵/۵ ۶۳۳۲۱/۰	۳۲ ۳۲	.۰۰۰/۰
علائم مثبت پس ازمو	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۹۴۱۲/۷ -۷۶۴۷/۰	۲۲۰۰۵/۴ -۷۶۴۷/۰	۱۰۳/۸ ۰.۲۳۵۱/۱	۳۲ ۳۲	.۰۰۰/۰
علائم مثبت پیگیری	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۰۰۰۰/۰ ۵۸۸۲/۱	۰.۹۱۶۵/۲ ۹۷۰۳۷/۱	۲۷۹/۲ ۵۷۰۳۰/۰	۳۲ ۳۲	.۰۰۰/۰
علائم مثبت و منفی (کل) پیگیری	آزمایش گواه	۱۷ ۱۷	۷۶۴۷/۲۲ -۴۷۰۶/۴	-۳۳۳۱۹/۱۱ ۳۴۸۳۴/۲	-۷۰۲/۹ ۷۴۸۷۰/۲	-۷۰۲/۹ ۵۶۹۵۶/۰	.۰۰۰/۰

آزمون آماری: t-test

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 پس آزمون	۰۶۸/۶۵	۱	۰۶۸/۶۵	۱۰۸/۳۸	۰۰۰۱
	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 پس	۹۱۰/۳۴۲۰	۱	۹۱۰/۳۴۲۰	۳۰۷/۱۱۷	۰۰۰/۰
	علائم مثبت و آزمون منفی کلی 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 برنامه 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 به علائم 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، هم‌چنین در پژوهشی که توسط آیزه و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد، نتایج نشان دادند که آموزش برنامه 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 برنامه بازگشت به اجتماع در بیماران روانپردازی 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

بینش و بهبود عملکرد فرد می‌شود، بیماران توانایی این را پیدا می‌کنند که به احتیاط‌های لازم برای مراقبت از سلامتی، انتباط 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 طولانی تر انجام شود.

نتیجه‌گیری

در صد قابل توجهی 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 مساله علائم روان‌پریشی و اسکیزوفرنیا، یادگیری درباره علائم، داروهای آنتی سایکوتیک و تطابق با استرس، شدت علائم روان‌پریشی را کاهش می‌دهد (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

نویسنده‌گان از مرکز توانبخشی طلوع، به خصوص ریاست محترم مرکز جناب آقای دکتر طاهرخانی به خاطر حمایت اجرایی پایان نامه و کلیه مدد جویان شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند. (حامی مالی نداشته است).
تعارض در منافع: وجود ندارد.

کسب کردند (۱۹). در حین آموزش روانی اولین اطلاعات بسیار مهمی که به بیمار داده می‌شود، نام بیماری و علائم مربوط به آن است. برنامه بازگشت به اجتماع با آموزش در رابطه با علائم بیماری‌های روانی، داروها، نحوه اثرگذاری آن بر علائم و ترغیب بیماران به این که 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 می‌کاهد (۲۲). بینش خوب منجر به سازگاری مطلوب پس از ترخیص و تبعیت دارویی بهتر می‌شود. بر عکس، بینش ضعیف با رفتارهای خشنونت آمیز و کاهش 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 و ماهیت 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 علاوه 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 برنامه بازگشت به اجتماع منجر به افزایش سطوح

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 and 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-Lieberman 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, Andpositive and Negat Ve Symptoms]*. Turk Psikiyatri Derg 2007; 18(2): 129-36.

- 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*, Scizophrenia 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, Nestoruc, 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.

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

Zohreh Parsamoein¹, Shokouh-Alsadat Banijamali^{*2}, Gholamreza Sarami forushani³

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.

¹Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Tehran, Iran

²Department of Psychology, Faculty of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

³Department of Psychology, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Corresponding author: Tel: 09125135052, email: drbanijamali@yahoo.com