

The Role of Perceived Social Support in Explanation of Positive and Negative Syndrome in Patients with Schizophrenia

Atadokht A*¹, Basharpour S¹, Rahimi N¹, Nouri E¹, Molavi P²

¹ Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

² Department of Psychiatrics, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Corresponding Author: Tel: +989144529612 Fax: +984533510132 E-mail: Ak_atadokht@yahoo.com

Received: 17 Apr 2014 Accepted: 27 Oct 2014

ABSTRACT

Background & objectives: Chronic psychiatric patients not only become inactive members of community but also the heavy costs of their maintenance and rehabilitation burden on society and their family. According to importance of subject, this study aimed to investigate the role of perceived social support in predicting positive and negative syndrome in patients with schizophrenia.

Methods: In this descriptive-correlational study, 124 patients have been selected among patients with schizophrenia hospitalized in Issar Psychiatric Hospital and Rehabilitation Centers in first 3 months of 2014 in Ardabil, Iran and completed Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and a researcher made demographic checklist. Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis on SPSS-16 software and P values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: The mean age of participants was 36.34 ± 9.09 and their education level was mostly (58%) primary or illiterate. Results showed that there is a negative relationship between patients positive symptoms index and their family, some others and total social support ($p < 0.01$) and also between negative symptoms index and patients friends, some others and total social support ($p < 0.05$). Results of multivariate regression analysis showed that 11% of positive and negative symptom syndrome are explained by perceived social support in patients with schizophrenia ($p < 0.01$).

Conclusion: Perceived social support has relationship with positive and negative syndrome of patients with schizophrenia and measures to increase resources of social support and promotion of patients perceived social support can be used as an effective intervention by clinicians, patients and their family.

Keywords: Negative Symptoms; Perceived Social Support; Positive Symptoms; Schizophrenia

نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در تبیین نشانگان مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

اکبر عطاذخت*، سجاد بشرپور^۱، ندا رحیمی^۱، المیرا نوری^۱، پرویز مولوی^۲

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران ^۲ گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۱۴۴۵۲۹۶۱۲، فاکس: ۰۴۵۱۵۵۱۰۱۳۲، پست الکترونیک: Ak_atadokht@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماران روانی مزمن، نه تنها خودشان به عضو غیرفعال جامعه تبدیل می‌شوند، بلکه هزینه‌ی سنگین نگهداری و توانبخشی آنها بر دوش جامعه و خانواده می‌افتد. این مطالعه با هدف تبیین نشانگان مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد.

روش کار: روش این مطالعه توصیفی همبستگی بود و جامعه‌ی آماری آن را بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روانپزشکی ایثار و مراکز توانبخشی اردبیل در سه ماه آخر سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند. از بین جامعه‌ی آماری، ۱۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و با استفاده از مقیاس نشانگان مثبت و منفی (PANSS)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) و چک لیست محقق‌ساخته ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با ابزارهای آماری تحلیل رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران مورد بررسی $36/34 \pm 9/09$ بوده و بیش از نیمی از آنها (۵۸٪) از نظر تحصیلی دارای تحصیلات ابتدایی یا بیسواد بودند. نتایج نشان داد که شاخص علائم مثبت بیماران با حمایت اجتماعی خانواده، حمایت افراد مهم و نمره‌ی کل حمایت اجتماعی رابطه‌ی منفی داشته ($p < 0/01$) و شاخص علائم منفی نیز با حمایت اجتماعی دوستان، حمایت افراد مهم و حمایت اجتماعی کل رابطه‌ی منفی دارد ($p < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۱۱٪ از واریانس علائم مثبت و منفی بیماران با حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین می‌شود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی ادراک شده با نشانگان مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرتبط است. بنابراین اتخاذ تدابیری برای افزایش منابع حمایت اجتماعی و ارتقاء حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند به عنوان مداخله‌ای اثربخش مورد استفاده متخصصان بالینی، خانواده‌ها و بیماران روانی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اسکیزوفرنی، حمایت اجتماعی ادراک شده، علائم مثبت، علائم منفی

دریافت: ۹۳/۱/۲۸ پذیرش: ۹۳/۸/۵

مقدمه

اسکیزوفرنی به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی، بخش عمده‌ای از تحقیقات روانپزشکی را به خود اختصاص داده است. بیماران مبتلا به این اختلال شامل طیف وسیعی می‌گردند که از نظر عوامل بیماری، علائم، نشانه‌ها، سیر و پیش‌آگهی به قدری متفاوتند که عده‌ای از روانپزشکان آن را بیماری هزار چهره می‌نامند. علیرغم شیوع تقریباً یکسان این اختلال در تمام جوامع بشری، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای از نظر

علائم و نشانه‌ها در اجتماعات و فرهنگ‌های مختلف دیده می‌شود [۱]. طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اسکیزوفرنیاختلالی است که حداقل شش ماه طول کشیده و بیمار حداقل یک ماه، دو یا چند علامت‌مرحله‌ی فعال بیماری مانند هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتار آشفته یا کاتاتونیک، و علائم منفی را نشان می‌دهد [۲]. حدود ۱٪ مردم به این اختلال مبتلا هستند و شروع اختلال معمولاً قبل از

سن ۲۵ سالگی می‌باشد. هیچ‌کدام از طبقات اجتماعی از ابتلای به این اختلال مصون نیستند [۳].

علایم اختلال اسکیزوفرنی در حالت کلی به دو دسته‌ی علایم مثبت و علایم منفی تقسیم می‌شود. علایم مثبت نشانه‌ی بیش‌کارکردی رفتار است و از جمله آنها می‌توان به توهمات، هذیان‌ها، رفتارهای عجیب و غریب و تفکر مختل اشاره کرد. علایم منفی نیز که نشانه‌ی کمبود و نقص رفتاری است، شامل عاطفه‌ی سطحی، فقر گفتار، بی‌ارادگی، بی‌انگیزگی، فقدان احساس لذت، نقص‌های توجه و نقص‌های شناختی می‌باشد. مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی، بر اساس نوع علایم غالب به دو دسته تیپ I و تیپ II تقسیم می‌شوند. تیپ I مشتمل بر علایم مثبت است و فرض می‌شود که این علایم ناشی از اختلال انتقال‌دهنده‌ی عصبی دوپامین است. این بیماران ساختار مغزی بهنجار دارند و به درمان‌های دارویی خوب پاسخ داده و شانس بیشتری برای بهبود دارند [۴]. اسکیزوفرن‌های تیپ II که مشتمل بر علایم منفی هستند، با انتقال‌دهنده‌ی عصبی دوپامین مرتبط بوده و دارای پیش‌آگهی منفی‌تری هستند [۵].

شدت علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی با میزان پاسخدهی‌شان به درمان ارتباط دارد. علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با نقص در نگهداشت توجه [۶] و نقص در آزمون عملکرد پیوسته افراد اسکیزوتایپال [۷] همراه است و بین شدت علایم مثبت و منفی و سطح بینش و توانمندی ذهنی بیماران اسکیزوفرن رابطه‌ی معکوس گزارش شده است [۸-۱۱]. همچنین شدت این علایم با کیفیت زندگی بیماران مرتبط گزارش شده و بیمارانداری علایم مثبت و منفی کمتر، سطح بالاتری از کیفیت زندگی را دارند [۱۵-۱۲]. انسجام فضایی-زمانی بیماران اسکیزوفرن با افزایش علایم مثبت و منفی، کاهش یافته و به نقص در سازمان‌دهی ادراکی این بیماران منتهی می‌شود [۱۶-۱۹].

بنابراین با توجه به نقش مهم و تعیین‌کننده‌شدت علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی در سیر و پیش‌آگهی اختلال، شناسایی علایم مثبت و منفی شایع و عوامل تأثیرگذار در آنها می‌تواند حائز اهمیت فراوان باشد. شدت این علایم، تحت تأثیر عوامل متعددی است که از آن جمله می‌توان به عوامل اجتماعی و به خصوص حمایت اجتماعی ادراک‌شده اشاره نمود. حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد علاقه، عشق و محبت قرارگرفتن اطلاق می‌شود که برای هر فردی یک رابطه‌ی امن به وجود می‌آورد. حمایت اجتماعی در واقع به انواع مختلفی از حمایت‌ها از قبیل حمایت عاطفی، عملکردی و اطلاعاتی اطلاق می‌شود که از جانب دیگران دریافت می‌گردد [۲۰]. نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند. بنابراین نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت اهمیت دارد [۲۱].

جنبه‌ی ذهنی حمایت اجتماعی می‌تواند کمک روانی مؤثری برای مقابله با فشارها و مسائل زندگی باشد. یافته‌های تحقیقاتی حاکی از آن است که هر چه ذهنیت فرد در برخورداری از حمایت دیگران (حمایت بالقوه) بیشتر باشد، میزان پاسخ‌های موفقیت‌آمیزی که به فشارهای روانی و موقعیت‌های بغرنج نشان می‌دهد بیشتر است [۲۲]. یکی از نتایج حمایت اجتماعی ادراک‌شده مطلوب، سلامت‌روان است. بهره‌مندی از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی رهنمون ساخته [۲۳] و با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی ادراک‌شده از بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی کاسته شده و از مرگ و میر بیماران جلوگیری می‌شود [۲۵، ۲۴]. کاهش در سطح حمایت اجتماعی دریافت‌شده نیز با افزایش دفعات بستری بیماران [۲۸-۲۶] و افزایش اضطراب اجتماعی [۲۹] همراه است و حمایت

اجتماعی ادراک شده تأثیر قابل توجهی بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران قلبی داشته [۳۰] و در بیماران دیابتی نیز با بهبود نیمرخ روانشناختی مرتبط می‌باشد [۳۱]. حمایت خانوادگی ضعیف با کیفیت زندگی پایین در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی [۳۲] و با افزایش نشانگان روانی و سازگاری اجتماعی ضعیف در آنها [۳۳] همراه است. همچنین مطالعات مداخله‌ای خانواده نشان داده که افزایش حمایت خانوادگی منجر به کاهش عود بیماری مبتلایان به اختلالات روانی شده و حمایت خانوادگی خوب با سلامت عمومی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرتبط است [۳۵، ۳۴].

انجام این مطالعه حداقل به ۴ دلیل ضروری است: ۱- بیماری اسکیزوفرنی ماهیت ناتوان‌کننده و مزمنی دارد و به دلیل نیاز به درمان طولانی‌مدت هزینه‌های زیادی را به سیستم بهداشتی جامعه و خانواده‌ها تحمیل می‌کند. ۲- به گواه مطالعات انجام شده، حمایت اجتماعی ادراک شده نقشی تعیین‌کننده و مهم در پیشگیری و کنترل علایم اختلالات مختلف روانی بخصوص بیماری‌های مزمن دارد. ۳- نشانگان مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی نقشی مهم در سیر و پیش‌آگهی آنها دارد و ۴- خلأهای پژوهش‌زیادی در زمینه‌ی شناسایی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی دیده می‌شود. بنابراین این مطالعه درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا حمایت اجتماعی ادراک شده قابلیت پیش‌بینی نشانگان مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را دارد؟

روش کار

روش مورد استفاده از نوع توصیفی-همبستگی بود و حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیر پیش‌بین و علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن متغیرهای ملاک این پژوهش بودند.

جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مذکر مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان تخصصی روانپزشکی ایثار و مراکز توانبخشی دارالشفاء و سینماهر اردبیل در سه ماه آخر سال ۱۳۹۲ (N=۱۴۰) با رعایت ملاک‌های ورود) بودند. از بین این بیماران، با استفاده از فرمول نمونه‌گیری $n = \frac{Nt^2.p(p-1)}{Nd^2+t^2p(p-1)}$ به حجم ۱۲۸ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند که بعد از جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه ۴ نفر به دلیل نقص در پاسخ‌دهی از چرخه تحلیل کنار گذاشته شد (n=۱۲۴). ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: عدم ابتلا همزمان به اختلالات شناختی مانند دلیریوم و دمانس، فقدان عقب‌ماندگی ذهنی، سابقه بیماری حداقل به مدت ۲ سال و رضایت کتبی خود بیمار و جلب رضایت تلفنی از خانواده برای شرکت در مطالعه به دلیل رعایت مسائل اخلاقی.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- **مقیاس مقیاس نشانگان مثبت و منفی (PANSS)**^۱: این مقیاس از ۳۰ سوال یا عبارت ۷ گزینه‌ای تشکیل شده که ۱۸ عبارت آن برگرفته از مقیاس مختصر درجه‌بندی روانپزشکی (BPRS)^۲ و ۱۲ عبارت آن مستخرج از برنامه درجه‌بندی آسیب-شناسی (PRS)^۳ می‌باشد. هر کدام از عبارات PANSS با تعریف کامل و همچنین ملاک‌های کاملاً عینی برای هر کدام از ۷ گزینه (فقدان (۱)، خیلی خفیف (۲)، خفیف (۳)، متوسط (۴)، تقریباً شدید (۵)، شدید (۶) و بی‌نهایت شدید (۷)) همراه است. از عبارات مورد سنجش در PANSS، ۷ عبارت مربوط به علایم مثبت، ۷ عبارت مربوط به علایم منفی بوده و ۱۶ عبارت باقیمانده برای سنجش علایم کلی به کار می‌رود. این مقیاس در پژوهش‌ها و تشخیص‌های بالینی از روایی سازه قابل قبولی برخوردار بوده [۳۶] و

¹Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

²Brief Psychiatric Rating Scale

³Psychopathology Rating Schedule

ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ گزارش شده است [۳۷].

۲- مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)^۱: این مقیاس که در سال ۱۹۹۸ توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۲ ساخته شده دارای ۱۲ سؤال ۷ گزینه‌ای است و سه عامل حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت افراد مهم را مورد سنجش قرار می‌دهد [۳۸]. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در سال ۱۳۹۰ توسط رجیبی و هاشمی شیخ شبانی نشان داده که بین هر یک از ماده‌های مقیاس با نمره کل، ۰/۴۶ تا ۰/۷۶ همبستگی وجود دارد و ضریب روایی واگرا بین حمایت اجتماعی ادراک شده در کل و خرده‌مقیاس با بهداشت روانی معنی‌دار است. این مطالعه همچنین نشان داده که ساختار عاملی اکتشافی با روش چرخش واریماکس در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده سه عامل، روی هم ۷۰/۴۸ درصد واریانس را تبیین می‌کند [۳۹].

علاوه بر ابزارهای فوق، از چک‌لیست محقق ساخته ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد که شامل سؤالاتی در زمینه‌ی سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و غیره بود.

برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، ضمن انجام هماهنگی‌های لازم، به بیمارستان تخصصی روانپزشکی ایثار و مراکز توانبخشی‌دارالشفاء و سینامهر در شهر اردبیل مراجعه کرده و پس از مرور کامل پرونده‌های بیماران بستری و مطمئن شدن از تشخیص اسکیزوفرنی آنها، به تکمیل پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه به وسیله‌ی افراد آموزش دیده با سطح تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی اقدام شد. داده‌های جمع‌آوری شده در نهایت با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورودی نرم افزار آماری SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت کنندگان پژوهش در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۶ سال قرار داشته و میانگین سنی آنها ۳۶/۳۴ با انحراف معیار ۹/۰۹ بود. از لحاظ وضعیت تحصیلی ۳/۲٪ (۵ نفر) بیسواد؛ ۵۴/۸٪ (۶۸ نفر) ابتدایی و ۳۵/۵٪ (۴۴ نفر) دیپلم و ۵/۷٪ (۷ نفر) سیکل؛ تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. از لحاظ وضعیت تأهل نیز ۴۶ نفر (۳۷/۱٪) مجرد؛ ۵۸ نفر (۴۶/۸٪) متأهل؛ ۱۳ نفر (۱۰/۵٪) مطلقه بوده و ۵ نفر (۴٪) نیز در حالت متارکه بودند. ۲ نفر (۱/۶٪) از پاسخگویان از لحاظ تأهل وضعیت نامشخصی داشتند. از لحاظ شغلی نیز علیرغم اشتغال ۷۷/۴٪ بیماران قبل از شروع بیماری، بعد از شروع بیماری فقط ۳۴ نفر (۲۷/۴٪) از شرکت‌کننده‌ها خودشان را شاغل گزارش نمودند.

نتایج نشان می‌دهد (جدول ۱) که شاخص علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنی با حمایت اجتماعی خانواده، افراد مهم و همچنین حمایت اجتماعی کل رابطه منفی معنی‌دار داشته ($p < ۰/۰۱$) و شاخص علایم منفی با حمایت اجتماعی دوستان، افراد مهم و همچنین حمایت اجتماعی کل رابطه منفی معنی‌دار دارد ($p < ۰/۰۵$). شاخص علایم عمومی بیماران اسکیزوفرنی نیز با حمایت اجتماعی دوستان، افراد مهم و همچنین حمایت اجتماعی کل رابطه منفی معنی‌دار دارد ($p < ۰/۰۵$). بین شاخص علایم مثبت با حمایت اجتماعی دوستان؛ شاخص علایم منفی و شاخص علایم عمومی با حمایت اجتماعی خانواده ارتباط معنی‌داری یافت نشد ($p > ۰/۰۵$).

برای بررسی میزان پیش‌بینی پذیری شاخص علایم مثبت، منفی و شاخص یافته‌ها همچنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود که مدل مربوط به پیش‌بینی علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده معنی‌دار بوده ($p < ۰/۰۱$) و حمایت

^۱ multidimensional scale of perceived social support

^۲ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

بحث

بیماران روانی مزمن، در نتیجه‌ی ابتلا به بیماری و تأثیرات مخربی که بیماری در کارکردهای مختلف آنها می‌گذارد، نه تنها خودشان به عضو غیرفعال جامعه تبدیل می‌شوند، بلکه هزینه‌ی نگهداری و توانبخشی آنها نیز بر دوش جامعه سنگینی زیادی داشته و خانواده‌های آنها نیز از آسیب‌پذیری روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی در امان نمی‌مانند. هرچه شدت و تعدد علایم مثبت و منفی بیماران زیاد باشد، آثار مخرب بیماری بیشتر می‌شود. بنابراین شناسایی عوامل مؤثر در تشدید علایم مثبت و منفی بیماران می‌تواند حائز اهمیت باشد. در این راستا این مطالعه با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن انجام شد. نتایج نشان داد که شاخص

اجتماعی ادراک‌شده در مجموع ۱۱٪ از واریانس علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنی را تبیین می‌کند. یافته‌ها نشان داد (جدول ۳) که مدل مربوط به پیش‌بینی علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنی‌دار بوده ($p < 0/01$) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیز در مجموع ۱۱٪ از واریانس علایم منفی بیماران را تبیین می‌کنند. یافته‌ها نشان داد که مدل مربوط به پیش‌بینی علایم عمومی بیماران اسکیزوفرنی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنی‌دار بوده ($p < 0/05$) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مجموع ۸٪ از واریانس علایم عمومی بیماران را تبیین می‌کنند (جدول ۴).

جدول ۱. ضرایب همبستگی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده با علایم مثبت، منفی و علایم کلی بیماران اسکیزوفرنی

متغیرها	انحراف		علایم مثبت		علایم منفی		علایم عمومی	
	میانگین	معیار	r	p	r	p	r	p
حمایت اجتماعی خانواده	۱۷/۴۸	۸/۰۵	-۰/۳۲	<۰/۰۰۱	-۰/۰۳	۰/۳۷	-۰/۱۰	۰/۱۲
حمایت اجتماعی دوستان	۱۱/۱۴	۷/۳۱	-۰/۱۲	۰/۰۹۳	-۰/۱۷	۰/۰۳۳	-۰/۲۱	۰/۰۱۱
حمایت اجتماعی افراد مهم	۱۶/۷۳	۸/۶۷	-۰/۲۴	۰/۰۰۳	-۰/۱۹	۰/۰۱۹	-۰/۲۰	۰/۰۱۳
حمایت اجتماعی کل	۴۵/۳۵	۲۰/۱۱	-۰/۲۸	۰/۰۰۱	-۰/۱۵	۰/۰۴۵	-۰/۲۰	۰/۰۱۲
میانگین			۱۵/۲۳		۱۳/۸۹		۳۱/۰۸	
انحراف معیار			۹/۷۵		۱۰/۲۹		۱۵/۱۳	

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنی بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر پیش‌بین	شاخص	SS	df	MS	f	P	R	R ²
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	رگرسیون	۱۲۵۱/۹۳	۳	۴۱۷/۳۱	۴/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۳۳	۰/۱۱
باقیمانده		۱۰۴۴۱/۷۵	۱۲۰	۸۷/۰۱				

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون علایم منفی بیماران اسکیزوفرنی بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر پیش‌بین	شاخص	SS	df	MS	f	P	R	R ²
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	رگرسیون	۱۳۶۸/۲۲	۳	۴۵۶/۰۷	۴/۷۰	۰/۰۰۴	۰/۳۲	۰/۱۱
باقیمانده		۱۱۶۴۸/۲۰	۱۲۰	۹۷/۰۷				

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون علایم عمومی بیماران اسکیزوفرنی بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر پیش‌بین	شاخص	SS	df	MS	f	P	R	R ²
حمایت اجتماعی ادراک شده	رگرسیون	۲۲۷۶/۹۹	۳	۷۵۸/۹۹	۳/۵۲	۰/۰۱۷	۰/۲۸	۰/۰۸
باقیمانده		۲۵۸۶۸/۲۱	۱۲۰	۲۱۵/۵۷				

علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنی با حمایت اجتماعی خانواده، افراد مهم و حمایت اجتماعی کل؛ شاخص علایم منفی آنها با حمایت اجتماعی دوستان، افراد مهم و حمایت اجتماعی کل و شاخص علایم عمومی بیماران اسکیزوفرنی نیز با حمایت اجتماعی دوستان، افراد مهم و همچنین حمایت اجتماعی کل رابطه منفی معنی‌دار دارند. به این صورت که افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از خانواده با کاهش علایم مثبت در بیماران همراه بوده و افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از افراد مهم و همچنین حمایت اجتماعی کل با کاهش علایم مثبت، علایم منفی و علایم کلی بیماران مرتبط بوده و افزایش حمایت دوستان نیز با کاهش علایم منفی بیماران اسکیزوفرن همراه بوده است. در کل میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده قابلیت پیش‌بینی علایم مثبت، منفی و علایم کل بیماران را داشت. این یافته به طور غیرمستقیم با یافته‌های یوشا و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر ارتباط منفی و معنی‌دار حمایت اجتماعی ادراک‌شده با میزان اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی [۳۰]؛ یافته‌های یوشیتو و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر وجود رابطه‌ی منفی معنی‌دار بین حمایت خانوادگی و نشانگان روانی و سازگاری اجتماعی ضعیف در بیماران اسکیزوفرنی [۳۲]؛ یافته‌های آدیوایا (۲۰۰۷) مبنی بر رابطه‌ی حمایت خانوادگی ضعیف با کیفیت زندگی پایین [۳۳]؛ و یافته‌های مطالعات کندی^۱ (۲۰۰۳) و تکسمن^۲ و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر رابطه‌ی منفی بین حمایت خانوادگی و عود بیماری در بیماران مبتلا به اختلالات روانی [۳۵،۳۴] همخوان است. همچنین یافته‌های فوق با نتایج تحقیق مهربانی‌زاده، هنرمند، نجاریانوبهارلو (۱۳۸۷) مبنی بر وجود رابطه‌ی منفی معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و اضطراب اجتماعی همخوانی دارد [۲۹].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که احساس‌دهنی‌تعلق، پذیرش و عشق و محبتی که ناشی از ادراک حمایت اجتماعی است، منجر به ایجاد یک رابطه‌ی امن و اطمینان‌بخش می‌شود که احساس‌دهنی‌تعلق را تقویت می‌کند. این رابطه، موجب خلاقیت و مثبت‌اندیشی خود، پذیرش خود و احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد. از طرف دیگر، عدم وجود حمایت و نبود رابطه، یا منکدر بر پر تو ضعف حمایت اجتماعی دیگران به وجود می‌آید، موجب کاهش تصور مثبت فرد از خود و در نتیجه زمینه‌ساز بروز و تشدید اختلالات روانی می‌شود. بر اساس فرضیه‌ی سپر^۳ یا اثر تعدیل‌کننده، حمایت اجتماعی دریافتی از طریق کمک به افراد برای کنار آمدن مؤثرتر با استرس، اثرات استرس‌زدایی خود را به صورت غیرمستقیم اعمال می‌کند. با توجه به نتایج کسب شده می‌توان نتیجه گرفت که با ارتقاء حمایت‌هایی که از منابع مختلف فراهم می‌شود می‌توان علایم کلی و نیز علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی را کاهش داد. از آنجا که این گروه از بیماران از سطح حمایت اجتماعی ادراک‌شده پایینی برخوردار هستند، باید تمهیداتی جهت افزایش حمایت اجتماعی بیماران اتخاذ شود. انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه بوده که از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱- بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، تحت درمان داروهای ضدسایکوز بودند. این مسئله ممکن است نتایج به دست آمده را تحت‌الشعاع قرار دهد. ۲- بیماران مورد مطالعه صرفاً از بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استناداریبیل انتخاب شده بودند که شرایط فرهنگی خاص دارند. بنابراین نمی‌توان نتایج را به کل بیماران اسکیزوفرنی تعمیم داد. ۳- انتخاب صرف شرکت‌کنندگان از بین بیماران مرد به دلیل عدم امکان دسترسی به بیماران روانی زن، ۴- عدم کنترل انواع اسکیزوفرنی به دلیل نبود تشخیص‌های

¹Kennedy

²Texman

³Buffering Hypothesis

دقیق در پرونده‌ی بیماران و ۵- عدم تفکیک بیماران حاد و مزمن به دلیل محدودیت جامعه آماری. با توجه به محدود بودن تحقیقات انجام شده در مورد تأثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر شدت بیماری‌های روانی، بهتر است که در پژوهش‌های آتی این مسئله با انجام مطالعات دیگر در نواحی مختلف و بر روی دیگر بیماران روانی مزمن، مورد توجه بیشتر قرار گرفته و از نمونه‌های متعلق به جنس مؤنث نیز استفاده شود. همچنین بهتر است در تحقیقات آینده انواع اسکیزوفرنی و بیماران حاد و مزمن مورد کنترل قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

حمایت اجتماعی ادراک‌شده با شدت و ضعف علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی رابطه دارد و از قابلیت پیش‌بینی آن برخوردار است. بنابراین شناسایی و تدارک منابع حمایت اجتماعی قوی و افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیماران می‌تواند به عنوان مداخله‌ای اثربخش مورد استفاده متخصصان بالینی، خانواده‌های بیماران و نیز خود بیماران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مؤلفان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم بیمارستان و مراکز توانبخشی همکاری‌کننده، کارکنان محترم آن‌ها و کلیه‌ی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1- Cohen A. Prognosis for schizophrenia in the third world: A reevaluation of cross-culture research. *Culture Med Psychic*. 1992 Mar; 16: 53-75.
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed: DSM-V. Washington, DC: Arlington, VA, 2013: 99-100.
- 3- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry, 10th ed. North American: Lippincott Williams & Wilkins, 2011: 471-75.
- 4- Ellenbroek BA. Psychopharmacological treatment of schizophrenia: what do we have, and what could we get? *Neuropharmacology*. 2012 March; 62 (3), 1371-80.
- 5- Hersen M, Beidel DC. Adult psychopathology and diagnosis, 6th ed. New York: Wiley, 2012: 267-72.
- 6- Liu SK, Hwu HG, Chen WJ. Clinical symptom dimensions and deficits on the continuous performance test in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997 Jun; 25(3): 211-19.
- 7- Chen WJ, Hsiao CK, Lin CC. Schizotypy in community samples: the three-factor structure and correlation with sustained attention. *J Abnorm Psychol*. 1997 Nov; 106(4): 649-54.
- 8- Mokhber N. The survey of relationship between insight with educational level and positive/negative symptoms of schizophrenia. *Horizon Med Sci*. 2007; 13(2): 34-40.
- 9- Danki D, Dilbaz N, Okay IT, Telci S. Insight in schizophrenia: relationship to family history, and positive and negative symptoms. *Turk Psikiyatri Derq*. 2007 Summer; 18(2): 129-36.
- 10- Baier M, deShay E, Owens K, Robinson M, Lasar K, Peterson K, et al. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2000 Dec; 14(6): 259-65.
- 11- Evren EC, Evren B, Erkiran M. Suicidal ideation in schizophrenia: relationship with positive and negative symptom, depression and insight. *Turk Psikiyatri Derq*. 2002 Winter; 13(4): 255-64.
- 12- Orsel S, Akdemir A, Daq I. The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2004 Jan-Feb; 45(1): 57-61.

- 13- Reine G, Simeoni MC, Auquier P, Loundou A, Aghababian V, Lancon C. Assessing health-related quality of life in patient suffering from schizophrenia: a comparison of instruments. *Eur Psychiatry*. 2005 Nov; 20(7): 510-19.
- 14- Eack SM, Newhil CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2007 Sep; 33(5):1225-37.
- 15- Navid S, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship of emotional responses and positive and negative symptoms with quality of life in schizophrenic patients. *J Guilan Univer Med Sci*. 2009 Autumn; 18(71): 64-71. (Full text in Persian)
- 16- Makarem S, Goodarzi MA, Taghavi SMR. Relationship between spatial-temporal integration and positive and negative symptoms in schizophrenia patients. *J Behav Sci*. 2009 Winter. 2(4): 309-15. (Full text in Persian)
- 17- Izawa R, Yamamoto S. Spatio-temporal disintegration of visual perception in schizophrenia as revealed by a novel cognitive task, the searchlight test. *Schizophr Res*. 2002 Jan; 53(1-2): 67-74.
- 18- Uhlhaas PJ, Phillips WA, Mitchell G, Silverstein SM. Perceptual grouping in disorganized schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2006 Dec; 145(2-3): 105-17.
- 19- Malaspina D, Simon N, Corcoran C, Mujica-Parodi L, Goetz R, Gorman J. Using figureground perception to examine the unitary and heterogeneity models for psychopathology in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003 Feb; 59(2-3):297-9.
- 20- Fakhri A, Pakseresht C, Haghdoost MR, Talaiezadeh AH, Rashidizadeh D. The relationship between social support and depression in breast cancer patients at the teaching hospital of Ahwaz University of Medical Sciences. *Jundishapur Sci Med J*. 2012 Spring-Summer; 11(2): 224-228. (Full text in Persian)
- 21- Ghaedi GH, Yaaghoobi H. A study on the relationship between dimensions of perceived social support and aspects of wellbeing in male and female university students. *J Armaghane-danesh*. 2008 Summer; 13(2): 69-81. (Full text in Persian)
- 22- Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Mar; 21(2):201-5.
- 23- Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: biopsychosocial interactions*, 8th ed. New York: Wiley, 2014: 83-7.
- 24- Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Ebrahimi MJ, Heidari-Fard J, Yanj J, Golchinmehr S. The relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in community-dwelling elderly in Sari, Iran. *J Mazand Univ Med Sci*. 2013; 23(101): 2-7. (Full text in Persian)
- 25- Dennis JP, Markey MA, Johnston KA, Vander Wal JS, Artinian NT. The role of stress and social support in predicting depression among a hypertensive African American sample. *Heart Lung*. 2008 Mar-Apr; 37(2):105-12.
- 26- Reevy GM, Maslach C. Use of social support: gender and personality differences. *Sex Roles*. 2001 Apr; 44(7-8): 437-59.
- 27- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med*. 2005 Nov-Dec; 67(6):869-78.
- 28- Sorensen EA, Wang F. Social support, depression, functional status, and gender differences in older adults undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 2009 Jul-Aug; 38(4):306-17.

- 29- Mehrabizadeh Honarmand M, Najarian B, Baharloo R. The relationship between perfectionism and social anxiety in students of Shahid Chamran University. *J Psychol.* 2009 Autumn; 3(3): 231-48. (Full text in Persian)
- 30- Chivukula U, Swain S, Rana S, Hariharan M. Perceived social support and type of cardiac procedures as modifiers of hospital anxiety and depression. *Psychol Stud.* 2013 Jul-Sep; 58(3):242-7.
- 31- Atadokht A, Narimani M, Ahadi B, Abolghasemi A, Zahed A, Iranparvar M. Study of the psychological profile in diabetic patient and its relationship with their social support. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2013 Summer; 13(2): 195-205. (Full text in Persian)
- 32- Adewuya AO, Makanjuola RO. Subjective quality of life of Nigerian outpatients with schizophrenia patients: sociodemographic and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Aug; 120(2): 160-4.
- 33- Hamada Y, Ohta Y, Nakane Y. Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: a survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003 Apr; 57(2):161-8.
- 34- Kennedy SM. A practitioner's guide to responsivity: maximizing treatment effectiveness. *J Commun Correct.* 2004 Winter; 13(2): 7-16.
- 35- Taxman FS, Marlowe D. Risk, needs, responsivity: in action or inaction? *Crime & Delinquency.* 2006 Jan; 52(1): 3-6.
- 36- Ghamari Givi H, Moulavi P, Heshmati R. Exploration of the factor structure of positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorder. *J Clin Psychol.* 2010 Sum; 2 (6):1-10.
- 37- Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1990 Oct; 16(3): 537-45.
- 38- Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1990 Winter; 55(3-4):610-7.
- 39- Rajabi GR, Hashemi Sheikh Shabani SS. Examine the psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *J Behav Sci.* 2012 Winter; 5(4): 357-64. (Full text in Persian)