

رابطه پاسخ هیجانی و علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی در اسکیزوفرنی

سمیرا نوید (St) - *دکتر عباس ابوالقاسمی (Ph D) - دکتر محمد نریمانی (Ph D)

*نویسنده مسئول: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اریلی، گروه روانشناسی

پست الکترونیک: abolghasemi1344@uma.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۸۸/۴/۲۴

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنی اختلال روانپزشکی مزمنی است که پاسخ هیجانی و علایم مثبت و منفی در پیش‌آگهی آن نقش مهمی دارد. و با کیفیت زندگی این بیماران مرتبط است.

هدف: تعیین ارتباط پاسخ‌های هیجانی و علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی در اسکیزوفرنی.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع همبستگی بود. ۱۰۰ آزمودنی از بیماران دچار اسکیزوفرنی سرپایی مراجعه‌کننده به سه مرکز روانپزشکی شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس علایم مثبت و منفی، مقیاس پاسخ‌های هیجانی و مقیاس کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌های پژوهش توسط محققین و به صورت انفرادی جمع‌آوری و با روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد پاسخ‌های هیجانی مثبت ($r = 0/29$)، علایم مثبت ($r = -0/48$) و علایم منفی ($r = -0/42$) با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی رابطه معنی‌داری دارند ($P < 0/001$). ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان داد که از متغیرهای فوق، فقط علایم منفی می‌تواند واریانس کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را به صورت معنی‌دار نشان دهد.

نتیجه‌گیری: این نتایج ضمن همسویی با یافته‌های پژوهشی دیگر، اهمیت و نقش علایم مثبت و منفی و پاسخ‌های هیجانی را در کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی نشان می‌دهند.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنی / کیفیت زندگی / هیجان‌ها

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۱، صفحات: ۶۴-۷۱

مقدمه

عاطفه سطحی، بی‌تفاوتی، انزوا و نقص توجه را در بر می‌گیرد. به نظر می‌رسد که علایم مثبت و منفی به هم مربوط نیستند و نشانگر فرایندهای متفاوتی هستند که ممکن است به طور همزمان رخ دهد، هر چند که این نتیجه‌گیری بحث‌انگیز است (۵). Reine و همکاران، Shaun و همکاران، Chan و همکاران، Orsel و همکاران، Narvaez و همکاران، Stanley و Yamachi و همکاران نشان دادند که علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی ارتباط دارد و بیمارانی که علایم مثبت و منفی کمتری دارند، سطح بالاتری از کیفیت زندگی را گزارش می‌کنند (۱۲-۶). Browne و همکاران، Meltzer و همکاران، Solanki و همکاران، Patterson و همکاران، Velligan و همکاران، Twamley و همکاران بین علایم منفی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار به دست آوردند (۱۷-۱۳). Norman و همکاران، Karow و همکاران و Van D Willige و همکاران نشان دادند که

کیفیت زندگی (Quality of life) یک موضوع مهم در بیماری اسکیزوفرنی است. کیفیت زندگی ارزیابی چند بعدی ملاک‌های درون فردی و هنجاری اجتماعی از سیستم محیطی - شخصی افراد در گذشته، حال و آینده است (۱). کیفیت زندگی، تصور هر شخص در مورد رضایت از زندگی با در نظر گرفتن ارتباطی است که با خانواده، دوستان و اجتماع دارد. در مطالعات مختلف، کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۴-۲).

یکی از متغیرهای اساسی و مؤثر در کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی، علایم مثبت و منفی (negative and positive symptoms) است. نتایج پژوهش‌ها این علایم را به دو دسته تقسیم کرده‌اند: ۱- علایم مثبت، بیش کارکردی‌های روانی و رفتاری است که شامل توهم، هذیان‌ها، رفتار عجیب و غریب و تفکر مختل می‌شود. ۲- علایم منفی، نقص‌های رفتاری است که فقر گفتار،

پاسخ‌های هیجانی، کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را پیش‌بینی می‌کند.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نوع توصیفی بود که به صورت همبستگی انجام شد. در این پژوهش، ملاک پاسخ‌های هیجانی و علائم مثبت و منفی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر در نظر گرفته شده‌اند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران به ترتیب $38/13$ و $9/87$ بود. میزان تحصیلات آزمودنی‌ها حداقل دبیرستان و حداکثر لیسانس بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن سرپایی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال 1387 بود و نمونه‌ها شامل 100 بیمار (50 زن و 50 مرد) بودند که از بیماران دچار اسکیزوفرنی مزمن سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیمارستان‌های آزادی، صدر و ایران در شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک انتخاب بیماران تشخیص یک روانپزشک و سابقه حداقل 5 سال اخیر وی برحسب پرونده بوده است.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد:

مقیاس پاسخ‌های هیجانی: این مقیاس توسط Long (1980) ساخته شده و 50 گزینه دارد که شامل سه بعد مثبت، منفی و خشی است. هر آزمودنی به این کلمه‌ها به صورت مقیاس 5 درجه‌ای پاسخ می‌دهد. ضریب پایایی همسانی درونی این مقیاس $0/85$ است (33). در پژوهش ما ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/80$ به دست آمد. مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی: این مقیاس برای اندازه‌گیری علائم مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی تهیه شده است که توسط Kay و همکاران (1987) ساخته شده است و 30 گزینه دارد. ضریب آلفای کرونباخ $0/83$ و ضریب همبستگی آن مقیاس با مقیاس علائم مثبت و منفی آندریاسن $0/58$ است (34). در پژوهش ابوالقاسمی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/80$ (35) و در پژوهش ما $0/91$ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی: این مقیاس از جمله مقیاس‌هایی

بین علائم مثبت و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی رابطه معنی‌دار وجود دارد (21-19).

یکی دیگر از متغیرهایی که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، پاسخ‌های هیجانی (emotional responses) هستند. به نظر می‌رسد که پاسخ‌های هیجانی، کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را به طور جدی متأثر می‌کند (22). Blanchard و همکاران، Lee و همکاران، Taylor, Cohen & Minor و همکاران و Horan و همکاران نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی هیجان منفی بیشتر و هیجان مثبت کمتری دارند (23-27). Barenbaum و همکاران به این نتیجه رسیدند که بیماران دچار اسکیزوفرنی میزان بالاتری از نداشتن احساس لذت و عاطفه مثبت کمتری دارند (28). Kring & Gruber (29) به این نتیجه رسیدند که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با آزمودنی‌های سالم در داستان‌های هیجانی مشکلات و ناتوانی‌های بیشتری دارند (30). مطالعه Burbridge & Barch نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی نسبت به محرک‌های هیجانی به صورت نامناسب پاسخ می‌دهند (31). Schneider و همکاران دریافتند که بیماران اسکیزوفرنی در هیجان‌ات مثبت و منفی با آزمودنی‌های سالم تفاوتی ندارند، هرچند آزمودنی‌های سالم احساس شادی بیشتری را گزارش می‌کنند (32).

در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که پاسخ‌های هیجانی و علائم مثبت و منفی، کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را متأثر می‌کند. در اکثر مطالعات، بررسی صرف پاسخ‌های هیجانی و علائم مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی مد نظر بود و ارتباط آنها با کیفیت زندگی بررسی نشده است. در این تحقیق رابطه ترکیبی متغیرهای پاسخ‌های هیجانی و علائم مثبت و منفی با کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است. سؤال اساسی ما این است که کدام یک از علائم مثبت و منفی و

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران نشان می‌دهد که ۴۹ درصد (۴۹ نفر) بیماران تحصیلات دبیرستان و ۵۱ درصد (۵۱ نفر) دیپلم داشتند. ۶۶ درصد (۶۶ نفر) بیماران بیکار و از کار افتاده و ۳۴ درصد (۳۴ نفر) شاغل بودند. ۸۲ درصد (۸۲ نفر) سابقه بستری داشتند - ۱۸ درصد (۱۸ نفر) سابقه بستری نداشتند - فقط ۱۶ درصد (۱۶ نفر) بیماران سابقه اسکیزوفرنی در خانواده داشتند.

در جدول ۱ میانگین (و انحراف معیار) علایم مثبت و منفی، پاسخ‌های هیجانی و کیفیت زندگی در زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داده شده است. برای مقایسه میانگین نمره‌های هر یک از متغیرهای علایم مثبت و منفی، پاسخ‌های هیجانی و کیفیت زندگی در زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنی از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. بین مردان و زنان مبتلا به اسکیزوفرنی در علایم مثبت و منفی و پاسخ‌های هیجانی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد ($P > 0.05$). نتایج نشان داد که بین مردان و زنان مبتلا به اسکیزوفرنی در کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی مردان در مقایسه با زنان بهتر بود.

است که برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی به کار برده می‌شود و توسط Heinrichs و همکاران ساخته شده است و ۲۱ سؤال دارد که بر اساس درجه‌بندی ۷ رتبه‌ای پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۴ تا ۰/۹۷ است (۳۶) که در پژوهش ما ۰/۹۶ به دست آمد.

شیوه جمع‌آوری اطلاعات: برای اجرای این پژوهش به بیمارستان‌های آزادی، صدر و ایران در شهر تهران مراجعه شد و بیماران به تشخیص روانپزشک انتخاب شدند و بعد از هماهنگی با این بیمارستان‌ها به ترتیب مقیاس علایم مثبت و منفی، مقیاس پاسخ‌های هیجانی و مقیاس کیفیت زندگی به صورت انفرادی توسط روانشناس (محقق) در تابستان ۱۳۸۷ انجام شد. داده‌ها با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل آماری شد. اجرای آزمون‌ها به صورت انفرادی و زمان اجرا حدود ۴۵ دقیقه بود.

نتایج

الف) یافته‌های جمعیت‌شناختی: توزیع فراوانی ویژگی‌های

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات علایم مثبت و منفی، پاسخ‌های هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی

کل		زن		مرد		متغیر	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۷/۴۹	۳۱/۳۳	۷/۶۲	۳۱/۷۴	۷/۴۲	۳۰/۹۲	منفی	علایم اسکیزوفرنی
۱۰/۳۴	۳۵/۰۶	۹/۸۰	۳۵/۰۶	۱۰/۹۵	۳۵/۰۶	مثبت	
۱۶/۳۳	۶۶/۳۹	۱۶/۲۸	۶۶/۸۰	۱۶/۵۴	۶۵/۹۸	کل	
۱/۹۹	۸/۰۱	۱/۰۹	۸/۴۴	۲/۵۴	۷/۵۸	خستگی	پاسخ‌های هیجانی
۲/۳۹	۱۷/۶۱	۲/۲۲	۱۷/۸۴	۳/۴۱	۱۶/۹۸	منفی	
۲/۰۳	۱۹/۳۵	۱/۹۳	۱۹/۲۰	۲/۱۳	۱۹/۵۰	مثبت	
۹۱/۴۸	۴۹/۴۱	۷۴/۸۰	۳۹/۶۷	۸۳/۱۴	۴۵/۳۶	کیفیت زندگی	

جدول ۲: ضریب همبستگی علایم مثبت و منفی، پاسخ‌های هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی

کیفیت زندگی	متغیر	
***-۰/۴۸	منفی	علایم اسکیزوفرنی
**۰/۴۲	مثبت	
***۰/۴۹	کل	
۰/۱۸	خستگی	پاسخ‌های هیجانی
-۰/۰۴	منفی	
**۰/۲۹	مثبت	

***P<۰/۰۰۱ **P<۰/۰۱

برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرهای علایم اسکیزوفرنی و پاسخ‌های هیجانی، علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و پاسخ‌های هیجانی مثبت، منفی و خستگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. در جدول ۳ میزان F معنی‌دار است ($P<۰/۰۰۱$) و حدود ۳۰ درصد واریانس مربوط به کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی با علایم مثبت و منفی و پاسخ‌های هیجانی مثبت، منفی و خستگی توجیه می‌شود. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که از متغیرهای مذکور، فقط علایم منفی قادرند واریانس کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را به صورت معنی‌دار توجیه کنند. ضریب تأثیر علایم منفی ($B=-۱/۹۲۴$) با توجه به آماره t نشان‌دهنده توان پیش‌بینی تغییر مربوط به کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی به صورت معنی‌داری است.

همانطور که در جدول ۲ دیده می‌شود علایم منفی ($r=-۰/۴۸$)، علایم مثبت ($r=-۰/۴۲$) و پاسخ‌های هیجانی مثبت ($r=۰/۲۹$) با کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی رابطه معنی‌دار دارد ($P<۰/۰۱$). اما پاسخ‌های هیجانی منفی و خستگی با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی رابطه معنی‌دار نداشت ($P>۰/۰۵$).

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی بر اساس علایم مثبت و منفی و پاسخ‌های هیجانی بیماران اسکیزوفرنی

متغیرهای پیش‌بین	شاخص	SS	df	MS	F (P)	R	R ²	B	SE	B	t (P)
علایم منفی	رگرسیون باقیمانده	۴۷۵۴۸/۵۶	۱	۴۷۵۴۸/۵۶	۲۹/۸۴ (۰/۰۰۱)	۰/۴۸۳	۰/۲۳۳	-۱/۹۲۴	۰/۵۱۹	-۰/۴۸۳	-۵/۴۶ (۰/۰۰۱)
علایم مثبت	رگرسیون باقیمانده	۵۱۰۰۸/۸۰	۲	۲۵۵۰۴/۴۰	۱۶/۲۰ (۰/۰۰۱)	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	-۰/۷۶۹	۰/۵۱۹	-۰/۱۷۵	-۱/۴۸ (۰/۱۴)
پاسخ‌های هیجانی منفی	رگرسیون باقیمانده	۵۶۰۲۴/۲۱	۳	۱۸۶۷۴/۷۴	۱۲/۱۴ (۰/۰۰۱)	۰/۵۲۴	۰/۲۷۵	۳/۵۸۲	۱/۹۸۴	۰/۱۵۸	۱/۸۱ (۰/۰۷)
پاسخ‌های هیجانی خستگی	رگرسیون باقیمانده	۵۶۶۲۶/۲۷	۴	۱۴۱۵۶/۵۷	۹/۱۴ (۰/۰۰۱)	۰/۵۲۷	۰/۲۷۸	-۱/۰۴۵	۱/۶۷۵	-۰/۰۵۵	-۰/۶۲ (۰/۵۳)
پاسخ‌های هیجانی مثبت	رگرسیون باقیمانده	۶۱۱۷۱/۱۶	۵	۱۲۲۳۴/۲۳	۸/۰۷ (۰/۰۰۱)	۰/۵۴۸	۰/۳۰۰	۳/۶۳۳	۲/۰۹۹	۰/۱۶۲	۱/۷۱ (۰/۰۹)

بحث و نتیجه‌گیری

گوشه‌گیری و نداشتن ارتباط، بی‌توجهی به نظافت فردی، قطع ارتباط با دنیای خارج و نداشتن عدم لذت از زندگی است که مشکلات بسیاری برای بیماران اسکیزوفرنی و خانواده آنها ایجاد می‌کند و به نوبه خود کیفیت زندگی این بیماران را متأثر می‌کند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که چون نشانه‌های منفی موجب فقر و

نتایج نشان داد که علایم منفی با کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی رابطه معکوس معنی‌دار دارد ($P<۰/۰۰۱$). این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دیگر (۱۸-۱۳) همخوانی دارد. علائم منفی در اسکیزوفرنی از خاموش‌ترین و در عین حال مزاحم‌ترین نشانه‌های این بیماری است. این علایم شامل نشانه‌هایی مانند واپس‌روی به رفتارهای ابتدایی،

اعضای خانواده‌اش و نداشتن تعامل هیجانی مناسب با دیگران می‌تواند عامل بسیار مهمی در کاهش کیفیت زندگی آنها باشد. هیجان‌ها در تعامل اجتماعی انسان نقش بسزایی دارند، نداشتن هیجان مناسب در بیماران اسکیزوفرن می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات اجتماعی، شغلی و خانوادگی آنها باشد و کیفیت زندگی را در این بیماران کاهش دهد.

نتایج نشان داد که پاسخ‌های هیجانی منفی و خنثی با کیفیت زندگی این بیماران ارتباطی ندارد ($P > 0/05$). این نتیجه فقط با یافته Schneider و همکاران (۳۲) همخوانی دارد. شاید علت چنین نتیجه‌ای خسته‌شدن بیماران در حین پاسخ به پرسش‌ها باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که حدود ۳۰ درصد واریانس مربوط به کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن با علائم منفی تبیین می‌شود. در نتیجه از بین مؤلفه‌های فوق، فقط علائم منفی قادرند واریانس کیفیت زندگی را به صورت معنی‌دار توجیه کنند. این یافته حاکی از آن است که علائم منفی سهم بیشتری در کاهش کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی دارند. بنابراین، احتمالاً ۷۰ درصد واریانس باقیمانده با متغیرهای شخصیتی، رفتاری، شناختی، انگیزشی و غیره تبیین می‌شود که با یافته‌های پژوهشی دیگر (۱۰، ۱۵ و ۱۷) همسواست.

به طور خلاصه پژوهش ما نشان داد که علائم مثبت و منفی و همچنین پاسخ‌های هیجانی منفی از عواملی هستند که موجب افت کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرن می‌شوند. در نتیجه با کاهش و کنترل این دسته علائم می‌توان تاحدودی کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید و زندگی بهتری برای آنها فراهم کرد. پس، پاسخ‌های هیجانی و علائم مثبت و منفی می‌توانند در نشانه‌شناسی و پیش‌آگهی بیماران اسکیزوفرنی نقش مهمی داشته باشند.

با توجه به محدودبودن نمونه‌ها به بیماران سرپایی سه مرکز روانپزشکی در شهر تهران و بررسی در یک مقطع زمانی باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. مصرف دارو

انزوای اجتماعی و قطع ارتباط فرد با دنیای خارج می‌شود، تعامل و ارتباط بین فردی بیمار با دنیای اطرافش محدود شده، موجب کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود.

در این پژوهش علائم مثبت نیز با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی رابطه معکوس معنی‌دار داشت ($P < 0/01$). این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دیگر (۹، ۲۰ و ۲۱) همخوانی دارد. علائم مثبت شامل رفتارهای نامناسب و نامتعارفی است که در این بیماران ظاهر می‌شود که در افراد سالم وجود ندارد. علائم مثبت با نشانه‌هایی مانند توهم، هذیان و اختلال در تفکر و گفتار شناخته می‌شود. می‌توان چنین نتیجه گرفت که توهم و هذیان در بیماران اسکیزوفرن موجب افت کیفیت زندگی آنها می‌شود زیرا وجود این خطاهای ادراکی یا حسی، مثلاً این تصور که دیگران قصد آزار و اذیت او را دارند یا اینکه دشمنانش او را تعقیب می‌کنند، باعث کاهش تعامل بیمار با دنیای اطرافش می‌شود و در نتیجه در کارکرد عادی وی اختلال ایجاد می‌کند. به‌طور کلی، هر چه علائم مثبت و منفی در اسکیزوفرنی شدیدتر باشد، کیفیت زندگی آنها بیشتر کاهش می‌یابد (۶، ۷، ۱۱ و ۱۲). در این پژوهش‌ها نتیجه گرفته شده که علائم مثبت و منفی به کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن آسیب می‌رساند.

همچنین، نتایج نشان داد که پاسخ‌های هیجانی مثبت با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن رابطه مثبت معنی‌دار دارد ($P < 0/01$). این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (۲۲، ۲۴، ۲۷ و ۲۹). هیجان، سیستم پیچیده‌ای است که در طول تاریخ تکاملی انسان رشد یافته و موجود زنده را برای پاسخ به محرک‌های محیطی و چالش‌ها مجهز می‌کند (۳۷). بیماران اسکیزوفرن در تعامل هیجانی‌شان دچار آسیب می‌شوند. این بیماران میزان بالاتری از نداشتن احساس لذت را در مقایسه با افراد عادی داشته و هیجان مثبت کمتری را نیز تجربه می‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که تجربه بالای هیجان منفی، کاهش تجربه هیجان مثبت، کم‌شدن تماس بیمار با دوستان و

محترم بیمارستان‌های آزادی، صدر و ایران شهر تهران و کارکنان محترم آن و نیز کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

توسط بیماران نیز احتمالاً نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشد که باید بدین نکته نیز توجه کرد.

تشکر و قدردانی: مؤلفان بر خود لازم می‌دانند از رؤسای

منابع

1. Lawton M. A multidimensional View Of Quality Of Life In Frail Elders. In: Birren J, Lubben J, Rowe J, Detchman D. The Concept And Measurement Of Quality Of Life In Frail Elderly. Sandiego; Academic Press, 1991: 3-27.
2. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology And Quality Of Life In Schizophrenia. J Psychiatry Neurosci 1997; 22:231-234.
3. Hewitt J. Critical Evaluation Of The Use Of Research Tools In Evaluating Quality Of Life For People With Schizophrenia. Int J Ment Health Nurs 2007; 16:2-7.
4. Folsom DP, Depp C, Palmer BW, Mausbach BT, Golshan S, Fellows I, Cardenas V, Patterson TL, Kraemer HC, Jeste DV. Physical And Mental Health-Related Quality Of Life Among Older People With Schizophrenia. Schizophrenia Research 2009; 108, 217-213.
5. Najarian B, Asgharimoghadam MA, Dehghani MG. Pathological Psychology (Sarason and Sarason). Tehran; Roshed Publishers, 1374 (Text in Persian).
6. Reine G, Simeoni MC, Auquier P, Et Al. Assessing Health-Related Quality Of Life In Patients Suffering From Schizophrenia: A Comparison Of Instruments. Eur Psychiatry 2005; 20(7):510-19.
7. Shaun M Eack¹, Christina E. Psychiatric Symptoms And Quality Of Life In Schizophrenia: A Meta-Analysis. Newhill Schizophrenia Bulletin 2007; 33 (5): 1225-1237.
8. Chan GWL, Ungvari GS, Leung JP. Residential Services For Psychiatric Patients In Hong Kong. Hong Kong J Psychiatry 2001; 11:13-17.
9. Orsel S, Akdemir A, Dag I. The Sensitivity Of Quality-Of-Life Scale WHOQOL-100 To Psychopathological Measures In Schizophrenia. Compr Psychiatry 2004; 45(1):57-61.
10. Narvaez JM, Twamley EW, Mckibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and Objective Quality Of Life In Schizophrenia. Schizophrenia Res 2008; 98(1):201-8.
11. Stanley S. Quality Of Life & Family Burden Incaregivers Of Patients With Schizophrenia: A Study From India. Schizophrenia Research, 2008; 2: 1-279, [Suppl 102/1-3].
12. Yamauchi K, Aki H, Tomotake M, Iga J, Numata S, Motoki I, Izaki Y, Tayoshi S, Kinouchi S, Sumhtahi S, Takikawa Y, Kaneda Y, Taniquchi T, Ishimoto Y, Ueno S, Ohmori T. Predictors Of Subjective And Objective Quality Of Life In Outpatients With Schizophrenia. Psychiatry Clin Nearsonici 2008; 62(4): 404-411.
13. Browne S, Roe M, Lane A, Et Al. Quality Of Life In Schizophrenia: Relationship To Sociodemographic Factors, Symptomology, And Tardive Dyskinesia. Acta Psychiatr Scand, 1996; 94:118-124.
14. Meltzer H, Burnett S, Bastani B, Et Al. Effects Of Six Months Of Clozapine Treatment On The Quality Of Life Of Chronic Schizophrenic Patients. Hosp Community Psychiatry 1990; 41:892-897.
15. Solanki RK, Singh P, Midha A, Chugh K. Schizophrenia: Impact On Quality Of Life. Indian Journal Of Psychiatry 2008; 50(3):181-183.
16. Patterson Thomas L, Moscona S, Christinel L, Mckibbin , Davidson K. Social Skill Oerformance Assessment Among Older Patient Swith Schizophrenia. Schizophrenia Research 2001; 48: 351-360.
17. Velligan L. Kleinman S, Mannix O, Leeuwenkamp DA, Revicki. Humanistic And Economic Outcomes Associated With Negative Symptoms In Patients With Schizophrenia. Schizophrenia Research 2008; 98: 3-199.
18. Twamley EW, Doshi RR, Nayak GV, Palmer BW, Golshan S, Heaton RK, Patterson TL, Jeste DV. Generalized Cognitive Impairments, Ability To Perform Everyday Tasks, And Level Of Independence In Community Living Situations Of Older Patients With Psychosis. American Journal Of Psychiatry 2002; 159: 2013-2020.
19. Norman RM, Malla AK, Mclean T. The Relationship Of Symptoms And Level Of Functioning In Schizophrenia To General Wellbeing And The Quality Of Life Scale. Acta Psychiatr Scand 2000; 102:303-309.
20. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M. PANSS Syndromes And Quality Of Life In Schizophrenia. Psychopathology 2005; 38: 320-326.

21. Van De Willige G, Wiersma D, Nienhuis FJ, Jenner JA. Changes In Quality Of Life In Chronic Psychiatric Patients: A Comparison Between Euroqol (EQ-5D) And WHOQOL. *Qual Life Res* 2005; 14:441-451.
22. Park H, Park J, Chun JW, Kim EY, Kima J. Dysfunctional Modulation Of Emotional Interference In The Medial Prefrontal Cortex In Patients With Schizophrenia. *Neuroscience Letters* 2008; 44: 119-124.
23. Blanchard JJ, Mueser KT, Bellack AS. Anhedonia, Positive And Negative Affect, And Social Functioning In Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24:413-424.
24. Lee E, Kim JJ, Namkoong K, Et Al. Aberrantly Flattened Responsivity To Emotional Pictures In Paranoid Schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006; 143:135-145.
25. Cohen AS, Minor KS. Emotional Experience In Patients With Schizophrenia Revisited: A Meta-Analysis Of Laboratory Studies. Manuscript Submitted For Publication 2007; 150-165.
26. Taylor SF, Phan KL, Britton JC, Liberzon I. Neural Response to Emotional Salience In Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30: 984-995.
27. Horan W P, Kring A M, Blanchard JJ. Anhedonia In Schizophrenia: A Review Of Assessment Strategies. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 259-273.
28. Berenbaum H, Snowwhite R, Oltmanns TF. Anhedonia And Emotional Responses To Affect Evoking Stimuli. *Psychological Medicine* 1987; 17(3): 677-684.
29. Kyoon An S, Kim B, Kang J, Park JY, Lee E. Aberrantly Hypersensitive Responsivity To the Negative Emotional Words In Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2008; 2:1-279. [Suppl 102/1-3]
30. Gruber J, Kring AM. Narrating Emotional Events In Schizophrenia. *Journal Of Abnormal Psychology* 2008; 117 (3):520-533.
31. Burbridge JA, Barch DM. Anhedonia And The Experience Of Emotion In Individuals With Schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2007; 116:30-42.
32. Schneider F, Gur RC, Gur RE, Shtasel DL. Emotional Processing In Schizophrenia: Neurobehavioral Probes In Relation To Psychopathology. *Schizophr Res* 1995; 17: 67-75
33. Lang PJ. Behavioral Treatment And Bio-Behavioral Assessment :Computer Application . In: Sidowski JB, Johnson JH, Williams TH.(Eds). *Technology In Mental Health Care Delivery Systems*. Norwood; Ablex, 1980: 119-37.
34. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) For Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
35. Abolghasemi A.(1386). The Relationship of Metacognitive Beliefs with Positive and Negative Symptoms in Patients with Schizophrenia. *Journal of Behavior Daneshvar* 1386; 25: 1-8 [Text in Persian].
36. Heinrichs D, Hanlon T, Carpenter W. The Quality Of Life Scale: An Instrument For Rating The Enic Deschizophrenic Syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10:388-398.
37. Kring AM, Moran EK. Emotional Response Deficits In Schizophrenia: Insights From Affective Science. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34 (5): 819-834.

The Relationship of Emotional Responses and Positive and Negative Symptoms with Quality of Life in Schizophrenic Patients

Navid S.(St)¹ – *Abolghasemi A.(Ph D)¹ –Narimani M.(Ph D)¹

* **Corresponding Author:** Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Daneshgah Ave, Ardebil, Iran

E- mail: abolghasemi1344@uma.ac.ir

Received: 11/May/2009 Accepted: 14/Jun/2009

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder that were emotional responses and positive and negative symptoms role of playing in prognosis in schizophrenia. The studies results showed that emotional responses, positive and negative symptoms are important factors that impact quality of life in patients with schizophrenia.

Objective: Determination the relationship of emotional responses, positive and negative symptoms with quality of life in schizophrenic patients.

Materials and Methods: This research was a descriptive correlation study. The Sample consisted of 100 patients with of schizophrenia who were selected among who were referred to Psychaitric Centers of Tehran. Collected with the Emotional Responses Scale, Positive and Negative Symptoms Scale and Quality of Life Scale were use. Data was analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analyses.

Results: The results of pearson correlation coefficients showed that positive emotional responses($r=0.029$), positive symptoms ($r=-0.048$) and negative symptoms ($r=-0.042$) and related to are quality of life in schizophrenia patients ($P < 0.001$). The results of multiple regression showed that negative symptoms, had significant contribute in prediction of quality of life in schizophrenia patients.

Conclusion: The results are in keeping with findings from other studies, the results indicated that role of positive emotional responses and positive and negative symptoms in quality of life of schizophrenia patients.

Key words: Emotions/ Quality of Life/ Schizophrenia

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 71, Pages: 64-71