

## اثربخشی توان‌بخشی روانی - اجتماعی در کاهش علایم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنیای مزمن

دکتر کامران یثربی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا جزایری<sup>۲</sup>، دکتر عباس پورشهباز<sup>۳</sup>، دکتر بهروز دولتشاهی<sup>۴</sup>

### The Effectiveness of Psychosocial Rehabilitation in Reducing Negative Symptoms and Improving Social Skills of Chronic Schizophrenia Patients

Kamran Yasrebi<sup>\*</sup>, Ali Reza Jazayeri<sup>a</sup>, Abbas Pourshahbaz<sup>b</sup>, Behrouz Dolatshahi<sup>b</sup>

#### Abstract

**Objectives:** This study examined the effectiveness of psychosocial rehabilitation in reducing negative symptoms and improving social skills in chronic schizophrenia patients. **Method:** In this experiment 30 subjects were selected as the experimental group and 30 subjects were selected as the control group. The subjects were matched, and examined in a quasi-experimental study. To examine negative symptoms and social skills, the Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Social Skills Checklist were used respectively. The applied interventions (psychosocial rehabilitation) were evaluated using pretest and post-test and a three months follow-up. **Results:** After three months of rehabilitation, the experimental group demonstrated a significant decrease ( $P < 0.001$ ) in negative symptoms as well as a significant improvement ( $P < 0.001$ ) in social skills in comparison with the control group. **Conclusion:** Compatibility of the rehabilitation program, intensive interventions, extensive use of tokens, providing a social learning milieu, and activating the patients are among the critical factors of the effectiveness of the mentioned interventions. The results also suggest that psychosocial rehabilitation can be an effective intervention for patients with schizophrenia in Iran.

**Key words:** schizophrenia; psychosocial; rehabilitation

[Received: 11 September 2007; Accepted: 21 November 2007]

#### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی توان‌بخشی روانی - اجتماعی در کاهش علایم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن انجام شده است. **روش:** در این پژوهش ۳۰ آزمودنی به‌عنوان گروه آزمایشی و ۳۰ آزمودنی به‌عنوان گروه مقایسه هم‌سازی شده و در یک طرح نیمه‌آزمایشی بررسی شدند. برای ارزیابی علایم منفی و مهارت‌های اجتماعی به ترتیب از مقیاس ارزیابی علایم منفی و فهرست مهارت‌های اجتماعی بهره‌گرفته شد. مداخله‌های انجام‌شده (توان‌بخشی روانی - اجتماعی) به کمک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری سه ماهه ارزیابی شدند. **یافته‌ها:** پس از سه ماه اجرای برنامه توان‌بخشی، علایم منفی گروه آزمایشی نسبت به گروه مقایسه به‌طور معنی‌داری ( $p < 0/001$ ) کاهش یافت. هم‌چنین مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری ( $p < 0/001$ ) بالاتر از گروه مقایسه قرار گرفت. **نتیجه‌گیری:** سازگاری برنامه توان‌بخشی، مداخله‌های فشرده، به‌کارگیری گسترده ژتون، ایجاد محیط یادگیری اجتماعی و فعال‌سازی بیماران، از عوامل مؤثر در اثربخشی این مداخله‌ها هستند. هم‌چنین می‌توان توان‌بخشی روانی - اجتماعی را مداخله‌ای مؤثر برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن دانست.

**کلیدواژه:** اسکیزوفرنیای مزمن؛ روانی - اجتماعی؛ توان‌بخشی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۸/۳۰]

<sup>۱</sup> دکترای روانشناسی بالینی، تهران، صندوق پستی ۳۷۱۹-۱۶۷۶۵. دورنگار: ۰۲۱-۷۷۳۹۲۲۹۶-۰۲۱ (نویسنده مسئول). E-mail: kamranyasrebi@uswr.ac.ir <sup>۲</sup> دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی؛ <sup>۳</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

\* Corresponding author: PhD. in Clinical Psychology. P O Box: 16765-3719. Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-77392296. E-mail: kamranyasrebi@uswr.ac.ir; <sup>a</sup> PhD. in Clinical Psychology, Associate Prof. of University of Welfare and Rehabilitation Sciences; <sup>b</sup> PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of University of Welfare and Rehabilitation Sciences.

**مقدمه**

اسکیزوفرنیا<sup>۱</sup> اختلال ناتوان‌کننده‌ای است که معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی پدیدار گردیده، روند اجتماعی شدن و رشد مهارت‌های زندگی را مختل نموده و سبب افزایش انزوای اجتماعی و ناکامی در ایفای نقش‌های اجتماعی می‌گردد (لیبرمن<sup>۲</sup> و موری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). این بیماری تقریباً ۱٪ جمعیت را مبتلا ساخته و نرخ شیوع و بروز آن در همه نقاط جهان یکسان است (سادوک<sup>۴</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). پژوهش‌های انجام‌شده<sup>۵</sup> شیوع مادام‌العمر ۰/۶ تا ۱/۹ درصد را گزارش نموده‌اند. به‌دلیل شروع زودرس بیماری و ایجاد اختلال در همه عمر و نیاز به مراقبت پیوسته و پی‌گیر، اختلال یادشده هزینه هنگفت و فزاینده‌ای را بر سامانه بهداشت روانی وارد می‌کند، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا همواره نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال می‌کنند (همان‌جا).

علایم اسکیزوفرنیا در دو گروه گسترده دسته‌بندی شده‌اند: علایم مثبت (مانند اختلال در ادراک، تفکر و رفتار) و علایم منفی (مانند انزوای اجتماعی) (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). علایم منفی می‌توانند ناشی از ماهیت مزمن بیماری، افسردگی، انزوای اجتماعی و یا درمان دارویی باشند. به هر روی، این علایم انگیزه و انرژی لازم برای همکاری در فعالیت‌های اجتماعی و لذت‌بردن از تعامل با دیگران را از بیمار می‌گیرند (بلاک<sup>۶</sup>، موزر<sup>۷</sup>، گینگریچ<sup>۸</sup> و آگرستا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴) و در مقایسه با علایم مثبت پیش‌بینی‌کننده بهتری برای کیفیت زندگی فرد می‌باشند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). هم‌چنین علایم منفی با کارکرد اجتماعی ضعیف بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مرتبط هستند (دایک<sup>۱۰</sup>، شورک<sup>۱۱</sup> و هندریکس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰)؛ امری که نمایانگر ویژگی‌های بارز اسکیزوفرنیا از جمله نارسایی و ناتوانی جدی در کارکردهای اجتماعی به‌همراه کیفیت پایین زندگی است (لیبرمن و موری، ۲۰۰۱؛ گمبل<sup>۱۳</sup> و برنان<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۰). گفتنی است که بسیاری از مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی در نوجوانی و آغاز جوانی آموخته می‌شوند (بلاک و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین آغاز بیماری و اختلال در این سن، فرد را از فراگیری این مهارت‌ها باز می‌دارد و مهارت‌های اندکی را که پیشتر در زندگی آموخته بود نیز به‌دلیل به‌کارنبردن آنها و نبود تقویت‌های محیطی از دست می‌دهد (همان‌جا). این نارسایی‌ها در طول زمان نسبتاً پایدار باقی مانده و نسبت به درمان‌های دارویی

مقاوم هستند. گرچه داروهای آنتی‌سایکوتیک در کاهش علایم مثبت تأثیر چشم‌گیری دارند، اما اثر درمانی آنها بر علایم منفی و کارکرد روانی- اجتماعی بیماران اندک است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). از این رو رویکردهای درمانی کنونی بیماری اسکیزوفرنیا، برای کاستن از اختلال‌های چندگانه و تأثیرگذاری بر ابعاد گوناگون آن، رویکردهایی چندبعدی هستند (همان‌جا). در این میان توان‌بخشی روانی- اجتماعی<sup>۱۵</sup>، مؤثر گزارش شده است. این رویکرد بر بهبود کارکردهای فرد، توانایی‌های وی، آموزش مهارت‌ها و به‌ویژه آموزش مهارت‌های اجتماعی<sup>۱۶</sup> تأکید دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اثربخشی توان‌بخشی روانی- اجتماعی و آموزش مهارت‌های اجتماعی با بیماران روانی به‌ویژه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن (کارا<sup>۱۷</sup> و مک‌را<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۸؛ برک<sup>۱۹</sup> و انسل<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۹؛ لیبرمن، والاس<sup>۲۱</sup> و بلاکول<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۸؛ بیکر<sup>۲۳</sup> و تامپسون<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۹) به کارایی این روش اشاره نموده‌اند.

بررسی‌های اندک انجام‌شده در ایران (برای نمونه ده‌بزرگی، ۱۳۷۲) آموزش مهارت‌های اجتماعی را بر بهبود روابط اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنیا اثربخش نشان داده‌اند. هم‌چنین فلاحی خشک‌ناب (۱۳۸۵) تأثیر مثبت تفریح‌درمانی را در بهبود ارتباط کلامی و کاهش پرخاشگری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا گزارش نمود.

بررسی حاضر در این راستا، با توجه به نیازها و وضعیت بیمارستان‌های روانپزشکی کشور و با هدف ارزیابی اثربخشی برنامه توان‌بخشی روانی- اجتماعی (که با شرایط بالینی و فرهنگی ایران سازگار شده) در کاهش علایم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام گردید.

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1- schizophrenia                | 2- Liberman                     |
| 3- Murray                       | 4- Sadock                       |
| 5- epidemiologic catchment area |                                 |
| 6- Bellack                      | 7- Mueser                       |
| 8- Gingerich                    | 9- Agresta                      |
| 10- Dyck                        | 11- Shork                       |
| 12- Hendryx                     | 13- Gamble                      |
| 14- Brennan                     | 15- psychosocial rehabilitation |
| 16- social skills training      |                                 |
| 17- Cara                        | 18- McRae                       |
| 19- Brekke                      | 20- Ansel                       |
| 21- Wallace                     | 22- Blackwell                   |
| 23- Baker                       | 24- Thompson                    |

## روش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی بود. در این پژوهش دو بلوک بیمارستان به تصادف در دو گروه آزمایشی و مقایسه جای داده شدند. معیارهای ورود (بیش از دو سال ابتلا به اسکیزوفرنیا)، زن بودن، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات بالاتر از دوره ابتدایی و نبود عقب ماندگی ذهنی و آسیب مغزی در نظر گرفته شد. سی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن (گروه آزمایشی) و سی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن (گروه مقایسه)، همتاسازی گردیدند و برای اطمینان از همتایی آغازین، گروه‌های پژوهش از نظر شدت علائم منفی و مهارت‌های اجتماعی، پیش از آغاز مداخله به کمک ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند و تفاوت معنی‌داری بین آنها دیده نشد. برای گردآوری داده‌ها، ارزیابان آموزش دیده ابزارهای پژوهش را در دو گروه آزمایشی و مقایسه، به عنوان پیش‌آزمون اجرا نمودند و سپس مداخله‌های درمانی (توان‌بخشی روانی-اجتماعی) با گروه آزمایشی اجرا گردید. پس از پایان مداخله‌ها دوباره ابزارهای یادشده توسط همان افراد، در دو گروه (پس‌آزمون) به کار برده شد. داده‌های گردآوری شده به کمک آزمون t افتراقی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. مداخله‌های درمانی سه ماه به طول انجامید. برای بررسی روند درمان، یک ماه پیش از آغاز مداخله‌ها (مرحله خط پایه) تا پایان انجام مداخله‌ها، هر دو هفته یکبار، سنجش‌های یادشده با گروه آزمایشی تکرار شد. هم‌چنین برای ارزیابی پایداری و ماندگاری اثرات درمانی مداخله‌ها، پی‌گیری‌های یک تا سه ماهه انجام گردید.

گفتنی است که برای رعایت اخلاق پژوهش، کسب موافقت از یکایک بیماران گروه آزمایشی برای مشارکت در طرح پژوهشی و نیز بهره‌مندی گروه مقایسه از مداخله‌های مشابه در پایان طرح، مورد نظر قرار گرفت.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

**مقیاس ارزیابی علائم منفی<sup>۱</sup> (SANS):** این مقیاس را آندریسن<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) برای سنجش گسترده علائم منفی اسکیزوفرنیا طراحی نمود. این مقیاس دارای ۲۴ ماده است که در پنج زیرمقیاس سازمان یافته و هر ماده از صفر تا پنج نمره‌گذاری می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). در یک بررسی راهنما همسانی درونی<sup>۳</sup> آن ۰/۹۴، پایایی آن به روش بازآزمایی<sup>۴</sup> ۰/۹۲ و پایایی نمره‌گذارها<sup>۵</sup> ۰/۸۹ به دست آمد. هم‌چنین اعتبار محتوایی<sup>۶</sup> آن نیز تأیید گردید. گفتنی است که

مقیاس یادشده در بررسی‌های چندی در ایران از جمله نجاتی‌صفا، شریفی و علاقه‌بندراد (۱۳۸۳) به کار برده شده است.

**فهرست مهارت‌های اجتماعی:** این فهرست را نگارنده در مقاله حاضر با توجه به محتوای مداخله‌ها تدوین نموده و دارای ۱۹ ماده است که از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌های این فهرست دربرگیرنده همه مهارت‌هایی است که در مداخله‌های درمانی به کار گرفته شده‌اند. در سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی آن، همسانی درونی ۰/۹۳، پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۹ و پایایی نمره‌گذارها ۰/۹۲ به دست آمد. هم‌چنین اعتبار محتوایی آن تأیید شد.

برای ساخت این فهرست، نخست با بررسی متون تخصصی مربوط به این موضوع و تشکیل گروه‌های کاری با روانپزشکان، روانشناسان و پرستاران شاغل در بیمارستان و بلوک آزمایشی، فرم اولیه آن تهیه گردید. سپس این فرم بر روی ۳۰ بیمار بلوک آزمایشی اجرا شد و با توجه به ضرایب همسانی درونی به دست آمده، موارد نامناسب از فهرست یادشده کنار گذاشته شدند و فرم نهایی آماده گردید. این فرم جهت ارزیابی اعتبار محتوایی، در اختیار چند تن روانپزشک و روانشناس بالینی قرار گرفت و برای سنجش پایایی، توسط دو ارزیاب آموزش دیده و مستقل در مورد ۶۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا به صورت آزمایشی و در دو نوبت اجرا شد و بدین ترتیب اعتبار محتوایی، ضریب پایایی نمره‌گذارها، ضریب پایایی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و نیز ضریب همسانی درونی فهرست مهارت‌های اجتماعی محاسبه شد.

مداخله‌های درمانی انجام شده در برگیرنده مؤلفه‌های زیر بودند:

۱) آموزش مهارت‌های اجتماعی، ۲) آموزش مدیریت درمان دارویی<sup>۷</sup>، ۳) آموزش مدیریت علائم<sup>۸</sup>، ۴) آموزش مراقبت از خود<sup>۹</sup>، ۵) فعالیت درمانی<sup>۱۰</sup>، ۶) مدیریت وابستگی<sup>۱۱</sup> و اقتصاد ژتونی<sup>۱۲</sup>.

برای طراحی محیط یادگیری اجتماعی<sup>۱۳</sup> به عنوان سازوکار اصلی مداخله‌ها، با آموزش همه کارکنان خدمات بهداشت

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1- Scale for the Assessment of Negative Symptoms | 3- internal consistency    |
| 2- Andreasen                                     | 5- interrater reliability  |
| 4- test-retest reliability                       | 7- medication management   |
| 6- content validity                              | 9- self-care training      |
| 8- symptom management                            | 11- contingency management |
| 10- activity therapy                             | 13- social learning milieu |
| 12- token economy                                |                            |

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون در مهارت‌های اجتماعی و علایم منفی

| مقدار F                  | درجه آزادی | منبع تغییرات                  |
|--------------------------|------------|-------------------------------|
| <b>مهارت‌های اجتماعی</b> |            |                               |
| *۵۶/۵۱۸                  | ۳          | مدل تصحیح شده                 |
| *۴۲/۹۳۳                  | ۱          | Intercept                     |
| *۴۳/۱۲۴                  | ۱          | مهارت‌های اجتماعی (پیش‌آزمون) |
| *۲۸/۶۴۴                  | ۱          | گروه‌های پژوهش                |
|                          | ۵۶         | خطا                           |
|                          | ۶۰         | مجموع                         |
| <b>علایم منفی</b>        |            |                               |
| *۲۲۶/۰۵۹                 | ۳          | مدل تصحیح شده                 |
| ۰/۵۲۰                    | ۱          | Intercept                     |
| *۳۴۵/۷۹۴                 | ۱          | مهارت‌های اجتماعی (پیش‌آزمون) |
| **۴/۹۶۶                  | ۱          | گروه‌های پژوهش                |
|                          | ۵۶         | خطا                           |
|                          | ۶۰         | مجموع                         |

\* $p < 0.001$ ; \*\* $p < 0.01$

اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را افزایش می‌دهد) تأیید گردید (شکل ۱). نتایج پی‌گیری‌های یک تا سه ماهه نیز ثبات پیامدهای درمانی را نشان می‌دهند. به طوری که پس از سه ماه از پایان مداخله‌های درمانی، بیماران هم‌چنان مهارت‌های فراگرفته را حفظ کرده‌اند.

یافته‌های پژوهش در زمینه فرضیه دوم پژوهش (توان‌بخشی روانی- اجتماعی علایم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را کاهش می‌دهد) نشان دادند با آن‌که نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در مرحله خط پایه از ثبات نسبی برخوردار بودند، اما با آغاز مداخله‌ها، نمره‌های آنها به صورت معنی‌داری کاهش یافتند. پس از ارزیابی روند اثربخشی مداخله‌ها (متغیر مستقل) بر متغیرهای وابسته در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری، در گروه آزمایشی، در صورت معنی‌دار بودن تفاوت نمرات هر مرحله، میانگین‌های یادشده به کمک آزمون  $t$  وابسته دو به دو مقایسه شدند (جدول ۴).

روانی بلوک آزمایشی در زمینه مهارت‌های اجتماعی، محیط برای آموزش، کاربرد و تقویت مهارت‌های اجتماعی آماده شد. گفتنی است که همه مداخله‌های طراحی شده پیش از اجرا با شرایط بالینی، فرهنگی و شناختی بیماران سازگار شدند. در زمینه شرایط فرهنگی، عبارت‌هایی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی تدوین شدند که متناسب با سطح فرهنگی بیماران باشند. هم‌چنین با توجه به نارسایی‌های شناختی معمول در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، مداخله‌هایی طراحی گردیدند که بتوانند با وجود این نارسایی‌ها از نظر بالینی سودمند باشند.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در زمینه ارزیابی تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایشی و مقایسه به کمک آزمون  $t$  و تحلیل کوواریانس در جدول ۱ نشان داده شده‌اند. همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایشی و مقایسه در مورد مهارت‌های اجتماعی و علایم منفی معنی‌دار است.

تحلیل داده‌ها به کمک آزمون  $t$  و تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده اثربخشی توان‌بخشی روانی- اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی و علایم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنیا بودند (جدول‌های ۲ و ۳). به بیان دیگر هنگامی که اثر پیش‌آزمون نمره‌های مهارت‌های اجتماعی و علایم منفی به صورت آماری کنترل می‌گردد، بین نمرات دو گروه آزمایشی و مقایسه تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که مداخله‌های انجام‌شده نمره‌های مهارت‌های اجتماعی را افزایش داده و کاهش معنی‌داری در نمره‌های علایم منفی گروه آزمایشی نسبت به گروه مقایسه پدید آورده است. از این رو فرضیه نخست پژوهش (توان‌بخشی روانی-

جدول ۱- نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی ( $n=30$ ) و مقایسه ( $n=30$ ) و نتایج آزمون  $t$  در مهارت‌های اجتماعی و علایم منفی

| سطح       | میانگین        | $t$ | گروه‌های پژوهش           |
|-----------|----------------|-----|--------------------------|
| معنی‌داری | (انحراف معیار) |     |                          |
|           |                |     | <b>مهارت‌های اجتماعی</b> |
|           | ۲۶/۹۷ (۷/۴۵)   |     | گروه آزمایشی             |
|           | ۱۳/۵ (۴/۴۲)    |     | گروه مقایسه              |
|           |                |     | <b>علایم منفی</b>        |
|           | ۲۷/۸ (۱۴/۰۹)   |     | گروه آزمایشی             |
|           | ۴۵/۴ (۱۴/۸۲)   |     | گروه مقایسه              |

\* $df=58$

**جدول ۴- مقایسه میانگین‌های ارزیابی‌های مکرر مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایشی (n=۳۰)\***

| مقدار t   | میانگین (انحراف معیار) | منبع تغییرات             |
|-----------|------------------------|--------------------------|
|           |                        | <b>مهارت‌های اجتماعی</b> |
|           |                        | خط پایه اول              |
| ۰/۰۰۱     | (۶/۴۱) ۱۳/۱۴           | خط پایه دوم              |
|           | (۶/۵۸) ۱۳/۱۳           | خط پایه دوم              |
| ۰/۱۹۷     | (۶/۵۸) ۱۳/۱۳           | خط پایه سوم              |
|           | (۶/۵۴) ۱۳/۱۵           | خط پایه سوم              |
| **۶/۸۳۶   | (۶/۵۴) ۱۳/۱۵           | خط پایه سوم              |
|           | (۶/۴۵) ۱۳/۴۳           | ارزیابی اول              |
| **۷/۸۷۸   | (۶/۴۵) ۱۴/۴۳           | ارزیابی اول              |
|           | (۶/۴۲) ۱۶/۵            | ارزیابی دوم              |
| **۸/۳۶۶   | (۶/۴۲) ۱۶/۵            | ارزیابی دوم              |
|           | (۶/۵۴) ۱۸/۷۷           | ارزیابی سوم              |
| ** ۱۰/۱۵۹ | (۶/۵۴) ۱۸/۷۷           | ارزیابی سوم              |
|           | (۶/۷۱) ۲۰/۹۷           | ارزیابی چهارم            |
| ** ۱۰/۵۹۲ | (۶/۷۱) ۲۰/۹۷           | ارزیابی چهارم            |
|           | (۶/۹۵) ۲۳/۷۷           | ارزیابی پنجم             |
| ** ۱۲/۵۲۵ | (۶/۹۵) ۲۳/۷۷           | ارزیابی پنجم             |
|           | (۷/۴۵) ۲۶/۹۷           | ارزیابی ششم              |
| ۰/۷۲۴     | (۷/۴۵) ۲۶/۹۷           | ارزیابی ششم              |
|           | (۷/۴) ۲۷/۱             | پی‌گیری اول              |
| *** ۲/۴۴۳ | (۷/۴) ۲۷/۱۰            | پی‌گیری اول              |
|           | (۶/۹۳) ۲۶/۶۷           | پی‌گیری دوم              |
| ۱/۹۶۴     | (۶/۹۳) ۲۶/۶۷           | پی‌گیری دوم              |
|           | (۷/۱۴) ۲۶/۳۷           | پی‌گیری سوم              |
|           |                        | <b>علایم منفی</b>        |
| ۰/۷۰۸     | (۱۸/۱۹) ۴۱/۶           | خط پایه اول              |
|           | (۱۷/۸) ۴۱/۴۳           | خط پایه دوم              |
| ۰/۸۳۴     | (۱۷/۸) ۴۱/۴۳           | خط پایه دوم              |
|           | (۱۸/۰۴) ۴۱/۵           | خط پایه سوم              |
| ** ۵/۷۵۷  | (۱۸/۰۴) ۴۱/۵۰          | خط پایه سوم              |
|           | (۱۷/۵۹) ۴۰/۴۳          | ارزیابی اول              |
| ** ۵/۲۴۸  | (۱۷/۵۹) ۴۰/۴۳          | ارزیابی اول              |
|           | (۱۶/۵) ۳۸/۶            | ارزیابی دوم              |
| ** ۵/۵۸۰  | (۱۶/۵) ۳۸/۶            | ارزیابی دوم              |
|           | (۱۵/۶۷) ۳۶/۳۷          | ارزیابی سوم              |
| ** ۶/۷۲۲  | (۱۵/۶۷) ۳۶/۳۷          | ارزیابی سوم              |
|           | (۱۵) ۳۳/۶              | ارزیابی چهارم            |
| ** ۶/۷۴۷  | (۱۵) ۳۳/۶              | ارزیابی چهارم            |
|           | (۱۴/۳۵) ۳۱             | ارزیابی پنجم             |
| ** ۸/۱۳   | (۱۴/۳۵) ۳۱             | ارزیابی پنجم             |
|           | (۱۴/۰۹) ۲۷/۸           | ارزیابی ششم              |
| ۰/۸۱۲     | (۱۴/۰۹) ۲۷/۸           | ارزیابی ششم              |
|           | (۱۳/۸۹) ۲۷/۹۳          | پی‌گیری اول              |
| ۰/۲۶۳     | (۱۳/۸۹) ۲۷/۹۳          | پی‌گیری اول              |
|           | (۱۳/۸) ۲۷/۸۷           | پی‌گیری دوم              |
| ۲/۰۲۷     | (۱۳/۸) ۲۷/۸۷           | پی‌گیری دوم              |
|           | (۱۴/۲۷) ۲۸/۵           | پی‌گیری سوم              |

\*df=۲۹; \*\*p<۰/۰۰۱; \*\*\*p<۰/۰۵

**جدول ۳- مقایسه میانگین‌های ارزیابی‌های مکرر مهارت‌های اجتماعی و علایم منفی گروه آزمایشی در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری**

| منبع تغییرات             | درجه آزادی | مقدار F |
|--------------------------|------------|---------|
| <b>مهارت‌های اجتماعی</b> |            |         |
| خط پایه                  | ۲          | ۰/۶۸۸   |
| مداخله                   | ۵          | *۸۸/۱۴۴ |
| پی‌گیری                  | ۲          | *۱۱/۵۳۱ |
| <b>علایم منفی</b>        |            |         |
| خط پایه                  | ۲          | ۰/۸۷۷   |
| مداخله                   | ۵          | *۳۴/۴۳۷ |
| پی‌گیری                  | ۲          | ۳/۴۷    |

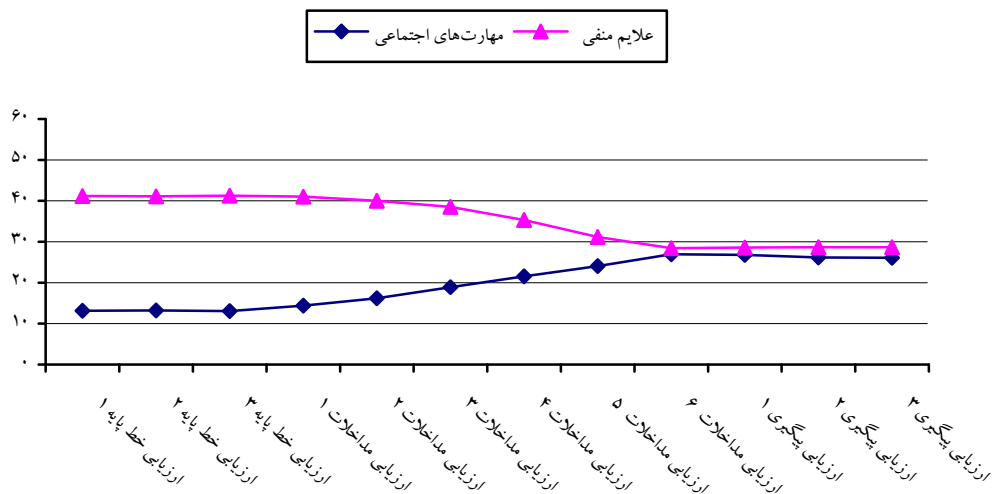
\*p<۰/۰۰۱

همان‌گونه که **جدول ۳** نشان می‌دهد بین میانگین نمره‌های مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایشی در مرحله خط پایه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و این بدین معنی است که پیش از انجام مداخله‌ها تغییری در مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها رخ نداده است. اما داده‌های اندازه‌گیری مکرر در مرحله پس از مداخله گویای معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات ارزیابی‌های چندگانه است که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله‌های انجام‌شده در مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایشی می‌باشد.

برای بررسی دقیق‌تر و تعیین این که در کدام مقطع مداخله و پی‌گیری این تفاوت‌ها پدید آمده‌اند، ارزیابی‌های مراحل یادشده به کمک آزمون t وابسته بررسی گردید (**جدول ۴**) و نتایج تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات آخرین ارزیابی خط پایه و نخستین ارزیابی مداخله‌ها نشان داد.

با توجه به مقدار t و میانگین‌های به‌دست آمده از ارزیابی‌های مکرر، می‌توان چنین گفت که روند اثربخشی مداخله‌ها به‌ویژه از ماه دوم (ارزیابی چهارم) به بعد افزایش یافته است. هم‌چنین کاهش اندکی در میانگین نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پی‌گیری دیده می‌شود که تنها در پی‌گیری دوم این کاهش معنی‌دار است.

همان‌گونه که **جدول ۳** نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات ارزیابی‌های مکرر علایم منفی گروه آزمایشی در مرحله خط پایه وجود ندارد، اما داده‌های اندازه‌گیری مکرر در مرحله مداخله گویای تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات ارزیابی‌های چندگانه علایم منفی



شکل ۱- روند تغییرات مهارت‌های اجتماعی و علائم منفی در بیماران گروه آزمایشی

پایداری اثرات درمانی مداخله‌های کوتاه‌مدت سه ماهه و ماندگاری مهارت‌های به‌دست آمده در بیماران بوده است. ایجاد محیط یادگیری اجتماعی (اسپالدینگ<sup>۱</sup>، سالیوان<sup>۱۱</sup> و پولند<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳) و کمک به تعمیم مهارت‌ها و بهره‌گیری از آنها در موقعیت‌های واقعی زندگی روزمره بیماران تأثیر زیادی در یادگیری و پایداری این مهارت‌ها دارد و بررسی‌های چندی بر نقش تعامل با دیگران در به‌دست آوردن مهارت‌های اجتماعی و تقویت آنها در محیط طبیعی تأکید نموده‌اند (بیرچوود<sup>۱۳</sup> و تاریر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲؛ هیز<sup>۱۵</sup>، هولفورد<sup>۱۶</sup> و وارگیز<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۵). هم‌چنین فشرده‌گی جلسه‌ها (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۶) به‌کاربردن گسترده ژتون (اسپالدینگ و همکاران، ۲۰۰۳) و سازگاری مداخله‌ها با شرایط فرهنگی بیماران و نیز آموزش مهارت‌ها به‌گونه‌ای متناسب با نارسایی‌های شناختی بیماران (همان‌جا) سهم به‌سزایی در پیامدهای درمانی به‌دست آمده داشته‌اند. ده‌بزرگی (۱۳۷۲) نیز اثربخشی آموزش فشرده و کوتاه مدت مهارت‌های اجتماعی را بر روابط اجتماعی بیماران و نیز تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره آنان، گزارش نمود.

آزمودنی‌های گروه آزمایشی است. هم‌چنین داده‌ها نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میان میانگین‌های همه ارزیابی‌های مرحله مداخله بودند که گویای اثربخشی توان‌بخشی انجام شده بر علائم منفی آزمودنی‌های گروه آزمایشی است. نبود تفاوت معنی‌دار در میانگین آخرین ارزیابی و نخستین ارزیابی دوره پی‌گیری نشان‌دهنده توقف روند اثربخشی مداخله‌ها، هم‌زمان با پایان آن می‌باشد. پی‌گیری یک تا سه ماهه نشانگر پایداری و ماندگاری پیامدهای درمانی است. از این رو و بر پایه یافته‌های موجود، فرضیه‌های پژوهش تأیید گردیدند.

## بحث

این بررسی نشان داد بیمارانی که مداخله‌های توان‌بخشی روانی-اجتماعی را دریافت کرده‌اند، بهبود چشم‌گیری در مهارت‌های اجتماعی خود نشان دادند، در حالی که در مهارت‌های اجتماعی بیماران گروه مقایسه تغییری دیده نشد. این یافته هم‌سو با یافته‌های برخی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اثربخشی توان‌بخشی روانی-اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی بیماران یادشده است (هاینسن<sup>۱</sup>، لیبرمن و کوپلویکز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ گلین<sup>۳</sup>، ماردرد<sup>۴</sup> و لیبرمن، ۲۰۰۲؛ پترسون<sup>۵</sup>، مک‌کیبن<sup>۶</sup>، تیلور<sup>۷</sup> و گلدمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳).

با آن‌که در برخی پژوهش‌های انجام‌شده مدت زمان اجرای مداخله شش ماه پیشنهاد شده (اسمیت<sup>۹</sup>، بلاک و لیبرمن، ۱۹۹۶)، پی‌گیری‌های یک تا سه ماهه نیز نشانگر

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1- Hejnssen   | 2- Kopelowicz |
| 3- Glyn       | 4- Marder     |
| 5- Patterson  | 6- McKibbin   |
| 7- Taylor     | 8- Goldman    |
| 9- Smith      | 10- Spaulding |
| 11- Sullivan  | 12- Poland    |
| 13- Birchwood | 14- TARRIER   |
| 15- Hayes     | 16- Holford   |
| 17- Varghese  |               |

## سپاسگزاری

از روانشناسان و پرستاران بیمارستان رازی که در اجرای پژوهش همکاری صمیمانه‌ای نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود. انجام پژوهش و کسب دستاوردهای آن بدون تلاش این عزیزان میسر نبود.

## منابع

ده‌بزرگی، غلامرضا (۱۳۷۲). *بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در سازه‌سازی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

فلاحی خشک‌ناب، مسعود (۱۳۸۵). بررسی تأثیر تفریح‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولانی. *فصلنامه توان‌بخشی*، دوره هفتم، شماره ۲، ۳۰-۲۶.

نجاتی صفا، علی‌اکبر؛ شریفی، ونداد؛ علاقه‌بندراد، جواد (۱۳۸۳). نقص نظریه ذهن در سایکوز: آیا برای اسکیزوفرنیا اختصاصی است؟ *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۴، ۴۲-۳۴.

Andreasen, N. C. (1984). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa.

Baker, F., & Thompson, J. (1999). Two-year outcome of black patients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 535-539.

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Birchwood, M., & Tarrier, N. (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester: John Wiley.

Brekke, J., & Ansel, M. (1999). Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of person with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 248-256.

Brenner, H. D. (1992). Treatment of cognitive dysfunction and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-29.

Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163-175.

Cara, E., & McRae, A. (1998). *Psychosocial occupational therapy*. New York: Delmer Publisher.

همان‌گونه که در شکل ۱ نشان داده شده، افزایش مهارت‌های اجتماعی با کاهش علائم منفی همراه شده است. برخلاف بیشتر پژوهش‌های پیشین در زمینه کم‌اثربودن توان‌بخشی روانی-اجتماعی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (هیز و همکاران، ۱۹۹۵؛ اسمیت و همکاران، ۱۹۹۶؛ باستیلو<sup>۱</sup>، لاریلو<sup>۲</sup>، هوران<sup>۳</sup> و کیت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱)، دستاورد درمانی پژوهش حاضر اثرات چشم‌گیری را در این زمینه نشان داد که می‌تواند ناشی از عوامل زیر باشد: ایجاد محیط یادگیری اجتماعی (بلاک و همکاران، ۲۰۰۴)، کاربرد گسترده ژتون (زیرا بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در محیطی که در آن رابطه محرک و پاسخ فوری‌تر، عینی‌تر و نزدیک‌تر باشد، کارکرد بهتری خواهند داشت) (اسپالدینگ و همکاران، ۲۰۰۳) و مداخله‌های فشرده (سه بار در هفته) (گلیسون<sup>۵</sup> و مک‌گوری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). در تبیین تأثیر ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای بیماران در کاهش علائم آنان، می‌توان به مدل تلفیقی برنز<sup>۷</sup> (۱۹۹۲) در مورد تعامل نارسایی‌های شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای، عوامل فشارزای محیطی و توان‌مندی‌های اجتماعی و شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اشاره نمود. بر پایه این الگو، نارسایی‌های شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، آنان را از یادگیری مهارت‌ها باز می‌دارد و در نبود چنین مهارت‌هایی، آنان دچار تنش‌های روانی بیشتری می‌شوند. این شرایط دور باطلی را پدید می‌آورد که تنش موجب افزایش نارسایی‌های شناختی و نارسایی‌های شناختی موجب افزایش تنش می‌گردد (همان‌جا). از این رو مداخله‌های طراحی شده در پژوهش حاضر، با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای بیماران، دور باطل یادشده را شکسته و موجب کاهش علائم منفی آنان شده است.

از محدودیت‌های این پژوهش شمار کم آزمودنی‌ها و کوتاه‌بودن مدت اجرای آن بود. روشن است که مداخله‌های درمانی پژوهش‌های آینده بایستی بر روی شمار بیشتر و دامنه گسترده‌تر بیماران، گروه‌های سنی گوناگون از هر دو جنس و در مدت زمان طولانی‌تری اجرا شوند.

پژوهش حاضر نشان داد که توان‌بخشی روانی-اجتماعی با تمرکز بر آموزش مهارت‌های اجتماعی، چنان‌چه با شرایط فرهنگی و بالینی ایران و نارسایی‌های شناختی بیماران سازگاری یابد، مداخله‌ای مؤثر برای کاهش کناره‌گیری اجتماعی، بهبود کارایی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به‌شمار می‌رود.

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1- Bustillo | 2- Lauriello |
| 3- Horan    | 4- Keith     |
| 5- Gleeson  | 6- McGorry   |
| 7- Brenner  |              |

- Dyck, D. G., Shork, R. A., & Hendryx, M. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 51*, 513-519.
- Gamble, C., & Brennan, G. (2000). *Working with serious mental illness*. Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Gleeson, J. F. M., & McGorry, P. D. (2004). *Psychological interventions in early psychosis*. Chichester: John Wiley.
- Glyn, S. M., Marder, S. R., & Liberman, R. P. (2002). Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: Effect on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 159*, 829-837.
- Hayes, R., Holford, W., & Varghese, F. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy, 26*, 433-449.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 21-46.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., & Blackwell, G. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for person with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1087-1091.
- Lieberman, J. A., & Murray, R. M. (2001). *Comprehensive care of schizophrenia* (1st. ed.). London: Martin Dunitz.
- Patterson, T. L., McKibbin, C., Taylor, M., & Goldman, S. (2003). Functional adaption skills training: A pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 17-23.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (8th. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, T. E., Bellack, A. S., & Liberman, R. P. (1996). Social skills training for schizophrenia: Review and future direction. *Clinical Psychology, 16*, 599-617.
- Spaulding, W. D., Sullivan, M. E., & Poland, J. S. (2003). *Treatment and rehabilitation of severe mental illness*. New York: The Guilford Press.