بررسی رابطه علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در بیمارستان سینای جونقان

نسرین فروزنده[1]، معصومه دل‌آرام[2]، فرشته آیین[3]، فاطمه دریس[4]

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنیا اختلال روان‌پزشکی مزمنی است که علایم مثبت و منفی در پیش‌آگهی آن نقش مهمی دارد و با کیفیت زندگی این بیماران مرتبط است. از این رو، این پژوهش با هدف تعیین رابطه علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در بیمارستان سینای جونقان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، نمونه پژوهش کلیه بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در بیمارستان سینای جونقان استان چهارمحال و بختیاری بود، که در مجموع شامل ۶۲ بیمار اسکیزوفرن بود. گردآوری داده‌ها با کمک پرسش‌نامه عوامل فردی و اجتماعی، پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن و پرسش‌نامه علایم مثبت و منفی Anderson انجام شد. تمامی بیماران اسکیزوفرنیک بستری بیمارستان سینا (۶۲ نفر) با پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پرسش‌نامه علایم مثبت و منفی و پرسش‌نامه عوامل فردی و اجتماعی توسط روان‌شناس بررسی شدند. سپس اطلاعات با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی ضریب همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمرات علایم منفی (۳۲/۵۷ ± ۹۹/۶۷)، علایم مثبت (۱۹/۵ ± ۷۱/۱۴) و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ۱۳/۰۶ ± ۹۳/۵۵ بوده است. همچنین ضریب همبستگی Pearson نشان داده است که علایم مثبت با کیفیت زندگی (r = ۰/۴۸، P ≤ ۰/۰۰۱) و علایم منفی با کیفیت زندگی (r = ۰/۳۸، P ≤ ۰/۰۱) رابطه معکوس معنی‌دار دارد. بدین صورت که با افزایش علایم مثبت و منفی، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران بالا می‌رود و میانگین نمره بیشتر به معنی داشتن مشکلات بیشتر در آن حیطه و کیفیت زندگی پایین‌تر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که علایم مثبت و منفی باعث افت کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن می‌شود، با کاهش و کنترل این دسته از علایم می‌توان تا حدودی کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید و زندگی بهتری برای آنان فراهم کرد. بنابراین توجه به علایم بیماران و درمان به موقع آنان از اهمیت خاصی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: بیماران اسکیزوفرن، پرسش‌نامه علایم مثبت و منفی Anderson، پرسش‌نامه SQLS، علایم مثبت و منفی، کیفیت زندگی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۸

۱- مربی، کارشناس ارشد روان‌پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: nas_for@yahoo.com

۲- استادیار، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- استادیار، دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۴- مربی، کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

مقدمه

اسکیزوفرنیا اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد به جا می‌گذارد (۱). امروزه به عنوان یکی از مهم‌ترین و ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های روانی در تمامی جوامع روان‌پزشکی و روان‌شناسی دنیا بخش ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. این بیماری به دلیل سیر مزمن اغلب با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص و عود بیماری و بستری مجدد همراه است و در پی آن مهارت‌ها و توانایی‌های بیمار محدود شده، به تصویر فرد از خود آسیب می‌زند. در نتیجه زندگی این بیماران در سطح پایینی قرار می‌گیرد و کیفیت زندگی آنان آسیب می‌بیند (۲). کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی است. کیفیت زندگی آشفته، یکی از علل و همچنین معلول بیماری‌های روان‌پزشکی به شمار می‌رود و عامل مهمی در ارزیابی پیامد روش‌های گوناگون درمانی است (۳). بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران از جهات مختلف مانند پیگیری پاسخ درمانی، میزان بازتوانی بیمار و تطابق بیمار و خانواده با بیماری می‌تواند در برنامه‌ریزی مناسب برای ارایه درمان‌ها و خدمات مؤثر بوده، در جهت بازتوانی و بالاخره پیش‌گیری از عود اختلال و حفظ و ارتقای بهداشت روان خانواده وی به کار گرفته شود (۴). در مطالعات مختلف کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۸-۵). یکی از متغیرهای اساسی و مؤثر در کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن، علایم مثبت و منفی است. علایم مثبت بیش کارکردهای روانی و رفتاری است که شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتار غریب و اختلال در فرم تفکر است و علایم منفی نقص‌های رفتاری شامل تخت شدن حالات عاطفی، آفازی، بی‌ارادگی- بی‌احساسی و توجه نداشتن است (۹).

مطالعات کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک و دیگر اختلالات شدید روانی، چندین عامل تأثیرگذار مهم بر کیفیت زندگی مانند حمایت‌های اجتماعی (۱۰)، رفع نیازها (۱۱) و عوارض دارویی (۱۲) را معرفی کرده‌اند، ولی اغلب تحقیقات در بررسی فاکتورهای تأثیرگذار بر علایم منفی و علایم روان‌شناختی کلی مانند افسردگی و اضطراب تأکید کرده‌اند، که رابطه منفی با کیفیت زندگی دارد (۱۵-۱۳).

برخی مطالعات کیفیت زندگی رابطه قوی با علایم مثبت و منفی داشته است (۱۷، ۱۶). در بعضی دیگر رابطه ضعیف یا متوسط بوده است (۲۰-۱۸). تحقیق Kasckow و همکاران تنها مطالعه‌ای است که به بررسی روابط میان علایم روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنیا پرداخته است و نشان داده است که علایم منفی و علایم کلی روان‌شناختی به طور کلی رابطه قوی‌تری با کیفیت زندگی بیماران سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به بیماران بستری داشته است (۲۱). گر چه مطالعه‌ای در مورد مقایسه تأثیر علایم روان‌شناختی بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی در اولین تابلوی بیماری و بیماران اسکیزوفرنیک مزمن وجود ندارد، به نظر می‌رسد نشانه‌های ناتوان کننده شروع بیماری ممکن است تأثیر این علایم بر کیفیت زندگی بیماران را بالا ببرد (۲۰). تحقیق Browne و همکاران نشان داده است که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا تحت تأثیر تطابق قبل از بیماری، طول دوره بیماری و علایم می‌باشد (۲۲). تحقیق Stephen (به نقل از Browne و همکاران) نیز نشان داده است که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن در اولین تابلوی بیماری کاهش یافته است و درمان سریع بیماری اثرات مفید روی کیفیت زندگی بیماران دارد (۲۲). نتایج تحقیقات در مورد کیفیت زندگی در جهت گسترش درمان بیماران اسکیزوفرن و رضایت از زندگی آنان از اهمیت خاصی برخوردار است، ولی متأسفانه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران به خوبی شناخته نشده است (۲۰). از این رو با توجه به اهمیت بررسی کیفیت زندگی و فاکتورهای مؤثر بر آن به عنوان یک عامل سودمند در نتایج درمانی و با توجه به این که اغلب تحقیقات بر روی کیفیت زندگی بیماران سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنیا صورت گرفته است و تحقیقات مشابه در اسکیزوفرن‌های مزمن و بستری کمتر انجام شده است و همچنین تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران، این پژوهش با هدف تعیین رابطه علایم مثبت و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

منفی با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک انجام شد. در این رابطه سؤالات زیر وجود داشت. ۱- میانگین نمره کیفیت زندگی و علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنیک چگونه است؟ ۲- آیا بین علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک رابطه‌ای وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بوده است. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در بیمارستان سینای جونقان استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷ بود که به روش سرشماری انتخاب شدند. از آن جایی که جمعیت آماری در این پژوهش محدود بود، حجم نمونه برابر با جمعیت آماری در نظر گرفته شد و کلیه بیماران واجد شرایط شامل ۶۲ بیمار وارد مطالعه شدند. شرایط اصلی ورود به طرح موارد زیر بودند: داشتن بیماری اسکیزوفرنیک مزمن (نوع پارانویید و آشفته) با پرونده بستری و تشخیص روان‌پزشک و حداقل مدت ۲/۵ سال بستری در بیمارستان و قدرت همکاری با روان‌شناس وپاسخ‌گویی به سؤالات بود.

روش انجام کار بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی و کسب اجازه از ریاست محترم بیمارستان سینا و ارتباط مؤثر با بیماران و در نظر گرفتن شرایط آنان، تمامی بیماران اسکیزوفرنیک واجد شرایط بیمارستان سینا (۶۲ نفر) با پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پرسش‌نامه عوامل فردی و اجتماعی و پرسش‌نامه علایم مثبت و منفی Anderson توسط روان‌شناس بررسی شدند. سپس اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{11/5}$ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی، ضریب همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای سنجش

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه عوامل فردی و اجتماعی، پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن (Schizophrenic quality of life scale یا SQLS) و پرسش‌نامه علایم مثبت و منفی Anderson: (Scale for the assessment of positive and negative symptom یا SAPS.SANS) است.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی دارای ۳۰ سؤال بوده، کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک را در سه حیطه روانی اجتماعی (۱۵ سؤال)، انرژی و انگیزه (۷ سؤال) و علایم و عوارض جانبی (۸ سؤال) می‌سنجد. گزینه‌های سؤالات به صورت هرگز تا به ندرت با امتیاز ۱-۰، بعضی اوقات با امتیاز ۲ و اغلب همیشه با امتیاز ۴-۳ می‌باشد. بنابراین کسی که نمره یا امتیاز بیشتر کسب نماید کیفیت زندگی پایین‌تری (بدتر) دارد و بالعکس نمره کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر (بهتر) است. تحقیقات نشان داده است که این پرسش‌نامه از روایی و پایایی بالایی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک برخوردار است (۲۶-۲۳، ۸) و اعتبار آن ۰/۸۳ گزارش شده است (۸).

پرسش‌نامه علایم مثبت و منفی Anderson

این پرسش‌نامه معیار و ارزیابی علایم مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنیک است. SAPS یا معیار ارزیابی علایم مثبت دارای علایمی چون توهمات، هذیانات، رفتارهای غریب و اختلالات تفکر می‌باشد. گزینه‌های سؤالات به صورت هیچ تا مشکوک با امتیاز (۱-۰) خفیف تا متوسط با امتیاز (۳-۲) و شدید تا مفرط با امتیاز (۵-۴) می‌باشد. بنابراین کسی که نمره یا امتیاز بیشتر کسب کند، علایم شدیدتر است و بالعکس. SANS یا معیار ارزیابی علایم منفی هم دارای علایمی مانند سطحی یا کند شدن عاطفه، ناگویی، بی‌ارادگی و بی‌احساسی، عدم لذت و بی‌تفاوتی اجتماعی و بی‌توجهی با همان مقیاس‌بندی SAPS می‌باشد (۲۷). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در کشور ما مطالعه شده، مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار آن بر حسب ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۹ است (۲۹، ۲۸).

یافته‌ها

از نظر اطلاعات جمعیت شناختی ۷۲/۶ درصد از بیماران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

اسکیزوفرنیک مرد، ۹۳/۶ درصد تحصیلات زیر دیپلم و ۶/۵ درصد از آنان دیپلم، ۴۲/۵ درصد مجرد، میانگین سنی بیماران ۸/۶۳ ± ۳۸/۶۷، میانگین مدت بستری بر حسب سال ۴/۲۲ ± ۶/۸۱، میانگین ملاقات سالانه ۶/۷۰ ± ۳/۲۶، میانگین مرخصی سالانه ۲/۲۹ ± ۳/۳ و میانگین تعداد فرزندان آنان ۱/۹۹ ± ۲/۲ بوده است.

بر اساس جدول ۱ نتایج پژوهش نشان داده است که میانگین نمرات علایم منفی (۳۲/۵۷ ± ۹۹/۶۷) بیشتر از علایم مثبت (۱۹/۵ ± ۷۱/۱۴) می‌باشد. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنیک ۱۳/۰۶ ± ۹۳/۵۵ می‌باشد و بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مربوط به حیطه روانی- اجتماعی (۰/۵۹ ± ۲/۲۹) می‌باشد که کیفیت زندگی بیماران را بیشتر از سایر حیطه‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۰/۷۵ بیماران اسکیزوفرن در حیطه روانی- اجتماعی نمره کمتر ۲/۷، در حیطه انگیزه و انرژی نمره کمتر از ۲/۵۷ و در حیطه علایم و عوارض جانبی کمتر از ۲/۳۷ کسب کرده‌اند. همچنین ۰/۷۵ بیماران اسکیزوفرن نمره کیفیت زندگی آنان کمتر از ۷۸/۲۵ شده است.

به علاوه بیشترین مشکل روانی- اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک به ترتیب عبارت از احساس افسردگی (۶۴/۳ درصد)، مشکل در آمیختن با مردم (۶۱/۳ درصد) و احساس تنهایی (۵۱/۶ درصد) می‌باشد. بیشترین مشکل حیطه انگیزه و انرژی در بیماران اسکیزوفرنیک عبارت از عدم برنامه‌ریزی برای آینده (۵۸/۱ درصد)، تمایل به ماندن در خانه (۴۵/۲ درصد) و فقدان انرژی برای انجام کارها (۴۰/۳ درصد) بوده است. بیشترین علایم و عوارض جانبی بیماران اسکیزوفرنیک به ترتیب عبارت از عدم تعادل در راه رفتن (۳۵/۵ درصد)، لرزش و رعشه (۲۴/۲ درصد) و پیچش عضلانی (۲۵/۸ درصد) بوده است.

همان طور که در جدول ۲ دیده می‌شود محاسبه ضریب همبستگی Pearson نشان داده است که علایم مثبت (r = ۰/۵۸) و علایم منفی (r = ۰/۳۸) و کل علایم مثبت و منفی (r = ۰/۷۲) با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارد. بدین صورت که با افزایش علایم مثبت و منفی، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران بالا می‌رود و میانگین نمره بیشتر به معنی داشتن مشکلات بیشتر در آن حیطه و کیفیت زندگی پایین‌تر است. همچنین علایم مثبت و علایم منفی با حیطه روانی- اجتماعی و حیطه علایم و عوارض جانبی کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارد.

جدول ۱. نمرات علایم مثبت و منفی و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک

مقیاس‌ها		میانگین	انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم
علایم	علایم مثبت	۷۱/۱۴	۱۹/۵	۱۰۵	۱۴
	علایم منفی	۹۹/۶۷	۳۲/۵۷	۱۴۶	۳
حیطه‌های کیفیت زندگی	حیطه روانی- اجتماعی	۲/۲۹	/۵۹	۳/۶	/۶
	حیطه انگیزه و انرژی	۲/۱۸	/۵۸	۳/۵۷	/۵۷
	حیطه علایم و عوارض جانبی	۱/۸۷	± ۰/۵۷	۳	۰/۶۳
	کیفیت زندگی در کل	*۶۴/۷۷	۱۵/۴۷	۹۴	۲۰

* میانگین نمره بیشتر به معنی داشتن مشکلات بیشتر در آن حیطه وکیفیت زندگی پایین‌تر است.

جدول ۲: نتایج ضریب همبستگی Pearson برای کیفیت زندگی و علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن

متغیر		علایم اسکیزوفرنیا		
		علایم مثبت	علایم منفی	کل
کیفیت زندگی	حیطه روانی- اجتماعی	**۰/۴۲	*۰/۳۷	***۰/۹۶
	حیطه انگیزه و انرژی	-۰/۱۲	-۰/۲۳	-۰/۱۹
	حیطه علایم و عوارض جانبی	**۰/۴۱	*۰/۲۹	**۰/۴۲
	کل	***۰/۵۸	*۰/۳۸	***۰/۷۲

***P ≤ ۰/۰۱ **P ≤ ۰/۰۵ *P ≤ ۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، زندگی بیماران اسکیزوفرنیا در تمام ابعاد کیفیت پایینی داشته است. یافته‌های مطالعات دیگر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک را بالاتر گزارش نموده است (۳۳-۳۰، ۲۲). این تفاوت می‌تواند به علت مسایل فرهنگی- اجتماعی و خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش باشد، زیرا بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، سیستم ارزش‌ها، اهداف، انتظارات استانداردها و نگرانی‌های فرد می‌باشد (۳۶). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که کیفیت زندگی با مفاهیم فرهنگی، اجتماعی، بهداشتی و خود بیماری عجین می‌شود و بنابراین مطالعات داخل فرهنگی و تحقیقاتی که عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی را در هر فرهنگی بررسی می‌کند، نیاز است (۳۷-۳۵). Kunikata و Mino خصوصیات دموگرافیک و عوامل اجتماعی را از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی دانسته است (۳۸). Ritsner و همکاران نقش عوامل روانی- اجتماعی را بر کیفیت زندگی بیشتر از علایم سایکوپاتولوژیک گزارش کرده است (۳۹). Yamauchi و همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک سرپایی را با همین مقیاس SQLS ۲۲/۹ ± ۶۵/۶ و Sidlova ۱۲/۵ ± ۴۴/۴ گزارش نموده است (۳۲). تفاوت میانگین نمرات می‌تواند به علت تفاوت خصوصیات نمونه‌های پژوهش باشد که در این تحقیق بیماران اسکیزوفرن مزمن و در تحقیق آنان بیماران اسکیزوفرن سرپایی بوده است. همچنین بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به حیطه روانی- اجتماعی می‌باشد. سایر مطالعات نیز نشان داده است که بیشترین مشکلات بیماران در حیطه روانی- اجتماعی و مربوط به احساس افسردگی و تنهایی و مشکل در ارتباط با مردم است (۴۰، ۳۲، ۳۰). در ا ین پژوهش نیز عملکرد بیماران در حیطه روانی- اجتماعی و روابط بین فردی ضعیف بوده است.

در این مطالعه علایم مثبت و منفی با کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنیک رابطه معنی‌دار دارد. یعنی با افزایش علایم مثبت و منفی کیفیت زندگی پایین‌تر می‌آید. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (۴۵-۴۱). در این رابطه چنین استنباط شده است که علایم منفی در اسکیزوفرنی از خاموش‌ترین و در عین حال مزاحم‌ترین نشانه‌های این بیماری است. این علایم شامل نشانه‌هایی مانند واپس‌روی به رفتارهای ابتدایی، گوشه‌گیری و نداشتن ارتباط، بی‌توجهی به نظافت فردی، قطع ارتباط با دنیای خارج و عدم لذت از زندگی است که مشکلات بسیاری برای بیماران اسکیزوفرن و خانواده آن‌ها ایجاد می‌کند و به نوبه خود کیفیت زندگی بیماران را متأثر می‌کند. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که چون نشانه‌های منفی موجب فقر و انزوای اجتماعی و قطع ارتباط بین فردی بیمار با دنیای اطرافش محدود شده، موجب کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۴۶). همچنین علایم منفی می‌توانند ناشی از ماهیت مزمن بیماری، افسردگی، انزوای اجتماعی و یا درمان دارویی باشند. به هر حال، این علایم انگیزه و انرژی لازم برای همکاری در فعالیت‌های اجتماعی و لذت بردن از تعامل با دیگران را از بیمار می‌گیرند (۴۷). در سایر مطالعات هم تأکید شده است که علایم افسردگی باعث کیفیت زندگی پایین در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود (۵۰-۴۸، ۳۲). در چندین مطالعه نیز نقص شناختی که از علایم منفی اسکیزوفرنیا است باعث افت کیفیت زندگی می‌شود (۴۸، ۳۲). به علاوه علایم منفی با کارکرد اجتماعی ضعیف بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مرتبط هستند (۵۱)، امری که نمایان‌گر ویژگی‌های بارز اسکیزوفرنیا از جمله نارسایی و ناتوانی جدی در کارکردهای اجتماعی به همراه کیفیت پایین زندگی است (۵۲).

در این پژوهش علایم مثبت نیز با کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنیک رابطه معنی‌دار دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (۵۵-۵۳). از آن جایی که علایم مثبت شامل رفتارهای نامناسب و نامتعارفی است که 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 آنان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

می‌شود، زیرا وجود این خطاهای ادراکی یا حسی، به طور مثال این تصور که دیگران قصد آزار و اذیت او را دارند یا این که دشمنانش او را تعقیب می‌کنند، باعث کاهش تعامل بیمار با دنیای اطرافش می‌شود. در نتیجه در کارکرد عادی وی اختلال ایجاد می‌کند. به طور کلی هر چه علایم مثبت و منفی در اسکیزوفرنی شدیدتر باشد، کیفیت زندگی آنان بیشتر کاهش می‌یابد (۵۶، ۴۷، ۱۳). به علاوه علایم مثبت و منفی با حیطه‌های روانی- اجتماعی و علایم و عوارض جانبی کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار دارد، که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۵۷، ۵۰، ۴۹، ۳۲). در حیطه روانی- اجتماعی همان طور که در نتایج اشاره شد، بیشترین مشکلات بیمار افسردگی و انزوای اجتماعی است که افسردگی خود باعث کیفیت زندگی پایین در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌شود (۵۰-۴۸، ۳۲). حیطه علایم و عوارض جانبی مطالعه Yamauchi و همکاران نیز نشان داده است که عوارض اکستراپیرامیدال با حیطه علایم و عوارض جانبی رابطه داشته، باعث افت کیفیت زندگی می‌شود (۳۲). زیرا عوارض اکستراپیرامیدال باعث ناراحتی ذهنی بیماران شده، با نقص شناختی رابطه دارد و خود نقص شناختی سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۶۰-۵۸). از این رو، با درمان مؤثر علایم مثبت و منفی و عوارض جانبی داروها می‌توان تا حدودی کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید و زندگی بهتری برای آنان فراهم کرد. بنابراین توجه به علایم بیماران و عواض جانبی داروها و درمان به موقع آنان از اهمیت خاصی برخوردار است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان ۱- نتایج این پژوهش فقط به جمعیت‌های مشابه و مکان‌هایی با شرایط و امکانات بیمارستان سینای جونقان قابل تعمیم است، ۲- عدم امکان مقایسه کیفیت زندگی این بیماران با سایر بیماران اسکیزفرن سرپایی یا بیماران روانی دیگر اشاره نمود. از این رو، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن مزمن در مراکز مختلف بررسی و مقایسه گردد. همچنین با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن سرپایی و سایر بیماران روانی (اختلات خلقی، اضطرابی و ....) مقایسه شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت پژوهشی دانشگاه، مسؤولین و پرسنل محترم بیمارستان سینا و همه کسانی که در تکمیل این پژوهش زحمت کشیدند، اعلام می‌دارند.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.1732-5.
2. Bayan Zaded SA, Karbalaee Noori A, Ashairi H, Azordegan F. Quality of life's out-patriont schizophrenic patiants. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology 1998; 4(1): 4-13.
3. Russo J, Roy-Byrne P, Reeder D, Alexander M, Dwyer-O'Connor E, Dagadakis C, et al. Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. J Nerv Ment Dis 1997; 185(3): 166-75.
4. Omronifard V, Afshar H, Mehrabi T, Asadolahi G. Different domains of quality of life (QOL) in schizophrenic patients. Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(1): 27-31.
5. Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, et al. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. Nord J Psychiatry 2003; 57(1): 5-11.
6. Azhar SM. A comparative study on the chronic schizophrenic patients' and their families' global functioning, before and after treatment in the community psychiatry center: a dissertation for the psychiatry specialty [Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Science; 2000. p. 17-22. [In Persian].
7. Nejadrahim J. Global social functioning in schizophrenic patients and its correlation with the treatment adherence: a dissertation for the psychiatry specialty [Doctoral Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Science; 2003. p. 23-29. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

8. Foruzandeh N, Foruzandeh M, Delaram M, Safdari F, Darakhshandeh S, Deris F. The effect of occupational therapy on some aspects of quality of life in schizophrenic patients. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2008; 10(4): 51-7. [In Persian].

9. Najarian B, Asgharimoghadam MA, Dehghani MG. Phathological psychology (Sarason and Sarason). Tehran: Roshod Publication; 1995. p. 75-6. [In Persian].

10. Ritsner M. Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. J Nerv Ment Dis 2003; 191(5): 287-94.

11. Becker T, Leese M, Krumm S, Ruggeri M, Vazquez-Barquero JL. Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40(8): 628-34.

12. Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. Qual Life Res 1997; 6(1): 21-6.

13. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. CNS Drugs 2004; 18 (Suppl 2): 5-17.

14. Naber D, Moritz S, Lambert M, Pajonk FG, Holzbach R, Mass R, et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. Schizophr Res 2001; 50(1-2): 79-88.

15. Naber D, Riedel M, Klimke A, Vorbach EU, Lambert M, Kuhn KU, et al. Randomized double blind comparison of olanzapine vs. clozapine on subjective well-being and clinical outcome in patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2005; 111(2): 106-15.

16. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Filia SL, Brewer K, Adams A, et al. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2001; 103(5): 387-92.

17. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. Acta Psychiatr Scand 2000; 102(4): 303-9.

18. Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Ratner Y, Endicott J. Validity of an abbreviated quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. Qual Life Res 2005; 14(7): 1693-703.

19. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. Psychiatry Res 2004; 129(2): 141-7.

20. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Bull 2007; 33(5): 1225-37.

21. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ, Carroll B, Sabai M, Strakowski SM, et al. Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. Psychiatry Res 2001; 103(1): 69-78.

22. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 176: 173-6.

23. Luo N, Seng BK, Xie F, Li SC, Thumboo J. Psychometric evaluation of the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) in English- and Chinese-speaking Asians in Singapore. Qual Life Res 2008; 17(1): 115-22.

24. Kuo PJ, Chen-Sea MJ, Lu RB, Chung MS, Kuo CC, Huang WC, et al. Validation of the Chinese version of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) in Taiwanese patients with schizophrenia. Qual Life Res 2007; 16(9): 1533-8.

25. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. Br J Psychiatry 2000; 177: 42-6.

26. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental health. 2nd ed. New York: Lexi-Comp; 2003. p. 227-55.

27. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental health. 1st ed. New York: Lexi-Comp; 2001. p. 125-35.

28. Foruzandeh N, Akbari N, Kazemian A, Hassan Pour A, Safdari F, Foruzandeh M, et al. The effect of occupational therapy on positive and negative symptoms in schizophrenic patients . Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2007; 9(3): 21-7. [In Persian].

29. Ahmad Zadeh GH, Karim Zadeh T. Positive and negative symptoms in Iranian Schizophrenic patients. Journal of Research In Medical Sciences 2002; 7(1): 12-9. [In Persian].

30. Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. J Nerv Ment Dis 1995; 183(5): 281-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

31. Levitt AJ, Hogan TP, Bucosky CM. Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. Psychol Med 1990; 20(3): 703-10.

32. Yamauchi K, Aki H, Tomotake M, Iga J, Numata S, Motoki I, et al. Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62(4): 404-11.

33. Sidlova M, Prasko J, Jelenova D, Kovacsova A, Latalova K, Sigmundova Z, et al. The quality of life of patients suffering from schizophrenia--a comparison with healthy controls. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2011; 155(2): 173-80.

34. Divanon F, Delamillieure P, Lehaguez A, Vasse T, Morello R, Gourevitch R, et al. Comparative evaluation of quality of life in patients with schizophrenia treated with conventional versus atypical neuroleptics: results of a transversal study. Encephale 2006; 32(4 Pt 1): 459-65.

35. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MN, Fonseca JO. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. Cad Saude Publica 2005; 21(5): 1338-40.

36. Gaite L, Vazquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. Acta Psychiatr Scand 2002; 105(4): 283-92.

37. Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Siqueira AL. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. J Bras Psiquiatr 2003; 52(3): 211-22.

38. Kunikata H, Mino Y. Quality of life and schizophrenia. A review of the literature. Nihon Koshu Eisei Zasshi 2003; 50(5): 377-88.

39. Ritsner M, Modai I, Endicott J, Rivkin O, Nechamkin Y, Barak P, et al. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. J Clin Psychiatry 2000; 61(11): 880-9.

40. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. Hosp Community Psychiatry 1992; 43(8): 794-8.

41. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatr Scand 1996; 94(2): 118-24.

42. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. Hosp Community Psychiatry 1990; 41(8): 892-7.

43. Solanki RK, Singh P, Midha A, Chugh K. Schizophrenia: Impact on quality of life. Indian J Psychiatry 2008; 50(3): 181-6.

44. Patterson TL, Shaw W, Semple SJ, Moscona S, Harris MJ, Kaplan RM, et al. Health-related quality of life in older patients with schizophrenia and other psychoses: relationships among psychosocial and psychiatric factors. Int J Geriatr Psychiatry 1997; 12(4): 452-61.

45. Twamley EW, Doshi RR, Nayak GV, Palmer BW, Golshan S, Heaton RK, et al. Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis. Am J Psychiatry 2002; 159(12): 2013-20.

46. Navid S, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship of emotional responses and positive and negative symptoms with quality of life in schizophrenic patients. Journal Of Guilan University Of Medical Sciences 2009; 18(71): 64-71. [In Persian].

47. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: a step-by-step guide. New York: Guilford Press; 2004. p. 192-4.

48. Chino B, Nemoto T, Fujii C, Mizuno M. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2009; 63(4): 521-8.

49. Aki H, Tomotake M, Kaneda Y, Iga J, Kinouchi S, Shibuya-Tayoshi S, et al. Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Res 2008; 158(1): 19-25.

50. Tomotake M, Kaneda Y, Iga J, Kinouchi S, Tayoshi S, Motoki I, et al. Subjective and objective measures of quality of life have different predictors for people with schizophrenia. Psychol Rep 2006; 99(2): 477-87.

51. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. Psychiatr Serv 2000; 51(4): 513-9.

52. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry 1998; 155(8): 1087-91.

53. 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

54. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. Psychopathology 2005; 38(6): 320-6.
55. 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(2): 441-51.
56. Reine G, Simeoni MC, Auquier P, Loundou A, Aghababian V, Lancon C. Assessing health-related quality of life in patients suffering from schizophrenia: a comparison of instruments. Eur Psychiatry 2005; 20(7): 510-9.
57. Taniguchi T, Sumitani S, Aono M, Iga J, Kinouchi S, Aki H, et al. Effect of antipsychotic replacement with quetiapine on the symptoms and quality of life of schizophrenic patients with extrapyramidal symptoms. Hum Psychopharmacol 2006; 21(7): 439-45.
58. Ogino S, Miyamoto S, Tenjin T, Kitajima R, Ojima K, Miyake N, et al. Effects of discontinuation of long-term biperiden use on cognitive function and quality of life in schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2011; 35(1): 78-83.
59. Woon PS, Chia MY, Chan WY, Sim K. Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2010; 34(3): 463-8.
60. Tomida K, Takahashi N, Saito S, Maeno N, Iwamoto K, Yoshida K, et al. Relationship of psychopathological symptoms and cognitive function to subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2010; 64(1): 62-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

The relationship between positive and negative symptoms and quality of life in chronic schizophrenic patients of Sina hospital Juneqan

Nasrin Foruzandeh[1], Masoumeh Delaram[2], Fereshteh Aeen[3], Fatemeh Deris[4]

Abstract

Aim and Background: Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder. The positive and negative symptoms are not only important in the prognosis of the disease but also affect the quality of life among the patients. Therefore, the present survey aimed to determine the relationship between positive and negative symptoms and quality of life among schizophrenic patients in Sina Hospital in Juneqan.

Methods and Materials: This cross-sectional study was performed on 62 patients with schizophrenia in Sina Hospital in Juneqan. The data was collected through interview by psychologists, using the individual and social factors questionnaire, schizophrenic quality of life scale (SQLS), and Anderson positive and negative symptoms questionnaire. The data was assessed using descriptive and inferential statistics and Pearson correlation analysis.

Findings: The mean scores of negative symptoms, positive symptoms, and quality of life were 99.67 ± 32.57, 71.14 ± 19.5, and 93.55 ± 13.06, respectively. In addition, Pearson correlation coefficient showed a significant inverse relationship between positive symptoms and quality of life ($r = 0.48$, $P \leq 0.001$), as well as negative symptoms and quality of life ($r = 0.38$, $P \leq 0.01$). Thus, increased positive and negative symptoms increase quality of life in patients and higher mean scores indicate more problems and lower quality of life.

Conclusions: Since the positive and negative symptoms have a negative effect on quality of life in schizophrenic patients, it is important to reduce and control these symptoms and provide the patients with a promoted quality of life.

Keywords: Schizophrenic patients, Anderson positive and negative symptoms questionnaire, Schizophrenic quality of life scale, Positive and negative symptoms, Quality of life.

Type of article: Original

Received: 30.04.2011 *Accepted: 30.10.2011*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.9.2]

1. MSc, Lecturer, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. (Corresponding Author)
Email: nas_for@yahoo.com
2. MSc, Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
3. PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
4. MSc, Department of Statistics and Epidemiology, School of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.