

ارتباط ابعاد سرشت و منش با علایم اختلال اسکیزوفرنی در مردان

عباس ابوالقاسمی^{۱*}؛ محمد بهاری^۱؛ محمد نریمانی^۱؛ عادل زاهد^۱

چکیده

زمینه: در مورد تأثیر عوامل سرشتی و منشی بر علایم اختلال اسکیزوفرنی، اطلاعات اندکی موجود است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که ابعاد سرشت و منش بر علایم و کارکردهای اسکیزوفرنی تأثیر می‌گذارند. هدف پژوهش حاضر، تعیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با علایم مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ مرد بود که از میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت و منفی در بیمارستان رازی شهر تبریز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرشت و منش و مقیاس علایم مثبت و منفی آندرسون استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های آزمون t و تحلیل ممیز تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات خودفراروی و آسیب‌پرهیزی در بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم منفی، به‌طور معناداری بیشتر بود ($P < 0/001$)، در صورتی که میانگین نمرات پشتکار در بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت، به‌طور معنادار بیشتر بود ($P < 0/001$). نتایج تحلیل ممیز نشان داد که ۳۷ درصد واریانس نمرات خودفراروی، آسیب‌پرهیزی و همکاری برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه اسکیزوفرنی دارای علایم منفی و مثبت تبیین می‌شود. تابع ممیز به‌دست آمده با روش گام‌به‌گام ۶۸/۳ درصد بیماران دارای علایم مثبت و منفی به درستی طبقه‌بندی شده‌اند.

نتیجه‌گیری: ابعاد خودفراروی، آسیب‌پرهیزی و همکاری، بیماران دارای علایم مثبت و منفی را از هم تمیز می‌دهد. این نتایج، تلویحات مهمی را در زمینه تشدید نشانه‌شناسی و مداخلات اولیه برای بیماران اسکیزوفرنی دارد.

کلیدواژه‌ها: سرشت، منش، اسکیزوفرنی، علایم مثبت و منفی

«دریافت: ۱۳۸۹/۵/۱۰ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۰/۲۸»

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی

* عهده‌دار مکاتبات: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روانشناسی، صندوق پستی: ۱۷۹، کد پستی: ۵۶۱۹۹-۱۳۶۷ تلفن: ۰۴۵۱-۵۵۱۶۴۰۱

Email: abolghasemi1344@uma.ac.ir

مقدمه

می‌کند. از آنجایی که این اختلال معمولاً به‌صورت مزمن در می‌آید، خسارات اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و فردی آن زیاد است (۱).

در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، نشانه‌های مختلفی با درجات و شدت متفاوت دیده می‌شود. این نشانه‌ها در ابعاد مختلف رفتاری، هیجانی و شناختی است که بر کارکردهای آن‌ها تأثیر جدی می‌گذارد. راجع به نقش عوامل سرشتی و منشی بر اسکیزوفرنی، اطلاعات کمی وجود دارد. برخی مطالعات اخیر حاکی از آن است که

اسکیزوفرنی (Schizophrenia) نوعی اختلال روان‌پریشی با سبب‌شناسی ناشناخته و پیچیده است که با اختلال در تفکر، خلق و رفتار مشخص می‌گردد و این اختلال، شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد بر جای می‌گذارد. اسکیزوفرنی تقریباً یک درصد جمعیت را مبتلا می‌سازد و معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و در تمام عمر دوام می‌یابد. این بیماری تقریباً ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال

نفر سالم مشخص شد که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل در آسیب‌پرهیزی، نمره بالاتر و در پاداش وابستگی، نمره پایین‌تر کسب می‌کنند. همچنین بین علایم منفی و نوجویی، رابطه معناداری به‌دست آمد (۱۰). در مطالعه‌ای دیگر، این نتیجه حاصل شد که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل در ابعاد نوجویی، پاداش وابستگی، خود راهبری و همکاری، نمره پایین‌تر و در ابعاد آسیب‌پرهیزی و خودفراروی، نمره بالاتری کسب کردند. همچنین نتایج نشان داد که بین ابعاد شخصیت و علایم مثبت و منفی، همبستگی متوسطی وجود دارد (۸). در پژوهشی، منش و سرشت بیماران اسکیزوفرنی، همشیرهای غیرسایکوتیک و گروه کنترل مقایسه شد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در آسیب‌پرهیزی، نمره بالاتر و در ابعاد خودراهبری و همکاری نسبت به گروه کنترل و همشیرهای خود، نمرات پایین‌تری کسب کردند. متغیرهای عصب‌شناختی با منش و سرشت رابطه معناداری نداشتند (۷). همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شد که آسیب‌پرهیزی و پشتکار با علایم مثبت و منفی، همبستگی معناداری نشان دادند (۱۱).

با توجه به نقش متغیرهای سرشت و منش در علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و تحقیقات کم و متناقض در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط ابعاد سرشت و منش با علایم مثبت و منفی اختلال اسکیزوفرنی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش همبستگی است و به‌منظور پیش‌بینی عضویت (علایم مثبت و منفی) و دستیابی به ممیز طراحی شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در بیمارستان رازی شهر تبریز در سال ۱۳۸۸ بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل ارایه رضایت آگاهانه و داشتن معیارهای اختلال اسکیزوفرنی

ابعاد سرشت و منش بر علایم اسکیزوفرنی تأثیر می‌گذارند (۲).

سرشت (Temperament) و منش (Character) متغیرهایی هستند که در علامت‌شناسی بیماران اسکیزوفرنی اهمیت دارند. دیدگاه کلونینجر با تأکید بر پارامترهای زیست‌شناسی، یک چارچوب نظری محکم در مورد شخصیت پدید آورده است که هم شخصیت بهنجار و هم شخصیت نابهنجار را در بر می‌گیرد. براساس این دیدگاه، شخصیت از اجزای سرشت و منش تشکیل شده است. کلونینجر (Cloninger) در مدل عصبی-زیستی خود مطرح کرده است که سامانه‌های سرشت در مغز دارای سازمان‌یافتگی کارکردی و متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال‌سازی، تداوم و بازدارنده رفتار در پاسخ‌گویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها هستند. وی چهار بعد نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار را برای سرشت معرفی کرد. منش شامل دریافت‌های منطقی درباره خود، دیگران و دنیا است و بیشتر ویژگی‌هایی را شامل می‌شود که تحت تأثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیت فرد به‌وجود می‌آید (۳ و ۴). همچنین سه بعد خودراهبری، خودفراروی و همکاری برای منش در نظر گرفته شده است (۵ و ۶).

نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از آن است که سرشت و منش با علایم سایکوتیک در بیماران، رابطه معناداری دارند (۲، ۷ و ۸). در صورتی که در پژوهشی نشان داده شد که سرشت و منش با علایم مثبت و منفی، ارتباط معناداری ندارند (۹). در یک تحقیق بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و گروه کنترل در ابعاد منشی و سرشتی، تفاوت معناداری به‌دست آمد. همچنین نتایج نشان داد که بین علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و ابعاد شخصیتی رابطه وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که ابعاد سرشتی با علایم منفی مرتبط هستند در صورتی که علایم مثبت بیشتر با نابهنجاری‌های منش شناختی ارتباط دارند (۲). در پژوهشی با بررسی ۹۰ بیمار اسکیزوفرنی و ۱۳۶

می‌شود. ضریب آلفای کرون‌باخ این پرسشنامه، بالای ۰/۶۸ گزارش شده است (۱۵). در پژوهشی با بررسی ۱۲۱۲ آزمودنی در شهر تهران، ضریب آلفای کرون‌باخ این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰/۸۴-۰/۵۵ به دست آمده است. همچنین بین ابعاد سرشت و منش، همبستگی‌های ضعیف تا متوسط (کم‌تر از ۰/۴۰) به دست آمد. البته همبستگی خودراهبری و آسیب‌پرهیزی، بالاتر از ۰/۴۰ بود. ضمناً تنها همبستگی بالاتر از ۰/۴۰ بین ابعاد سه‌گانه منش، مربوط به خودراهبری و همکاری بود (۱۶). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرون‌باخ این پرسشنامه، ۰/۸۱ به دست آمد.

برای اجرای پژوهش به بیمارستان رازی شهر تبریز مراجعه کرده و پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت. طبق تشخیص به‌عمل‌آمده در پرونده آن‌ها توسط روانپزشک و مصاحبه تشخیصی توسط محقق، بیماران از دو بخش مردانه سینا و لقمان انتخاب شدند. پرسشنامه سرشت و منش در بخش به‌صورت انفرادی توسط محقق اجرا شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون t و تحلیل ممیز به روش گام‌به‌گام استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های پژوهش، $35/9 \pm 9/6$ با دامنه سنی ۵۵-۲۵ سال بود. میزان تحصیلات بیماران اسکیزوفرنی بین سوم راهنمایی و فوق‌دیپلم بود. ۶۲ درصد بیماران (۶۲ نفر) مجرد، ۲۴ درصد (۲۴ نفر) متأهل و ۱۴ درصد (۱۴ نفر) مطلقه بودند.

نتایج آزمون t نشان داد که از میان ابعاد سرشت و منش، میانگین نمرات آسیب‌پرهیزی و خودفراروی بیماران اسکیزوفرنی دارای علائم منفی در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی دارای علائم مثبت به‌طور معناداری بیشتر بود ($P < 0/001$). اما میانگین نمرات پشتکار بیماران

بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته DSMIV-TR و تشخیص روانپزشک بود. افرادی که دارای عقب‌ماندگی ذهنی یا آسیب مغزی بودند از مطالعه خارج شدند.

نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی بود که به‌صورت تصادفی ساده از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. ۵۴ نفر از این بیماران دارای علائم مثبت و ۴۶ نفر دارای علائم منفی بودند. این گروه علاوه بر تشخیص روانپزشک، به‌وسیله روانشناس ارشد بالینی بر اساس مصاحبه DSMIV-TR انتخاب شدند. در پژوهش‌های همبستگی، تعداد آزمودنی حداقل ۳۰ نفر پیشنهاد شده است (۱۲). با توجه به این که به‌ازای هر متغیر پیش‌بین، باید ۳۰ آزمودنی در نظر گرفته شود (۱۲)، برای افزایش اعتبار بیرونی، ۱۰۰ آزمودنی انتخاب گردید. در اجرای مطالعه حاضر از مقیاس علائم مثبت و منفی و پرسشنامه سرشت و منش استفاده شد.

مقیاس علائم مثبت و منفی آندرسون (Andreasen) دارای ۵۰ سؤال است. ضریب آلفای کرون‌باخ برای مقیاس علائم مثبت و منفی، به‌ترتیب ۰/۹۰-۰/۶۷ گزارش شده است (۱۳). زاده محمدی، حیدری و مجد تیموری، ضریب پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. این ضرایب برای گروه علائم منفی ۰/۷۸ و برای گروه علائم مثبت ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرون‌باخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های علائم مثبت و منفی، به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به دست آمده است (۱۴). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرون‌باخ این پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه سرشت و منش نیز توسط کلونینجر و همکاران (۵) برای اندازه‌گیری سرشت و منش اکتسابی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سؤال دارد و هر آزمودنی به این سؤالات به‌صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه، سرشت (نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و پشتکار) و منش (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) اندازه‌گیری

پیش‌بینی می‌شود که آن بیمار دارای علایم منفی خواهد بود. در تابع ممیز به‌دست‌آمده (۳ متغیر پیش‌بین)، ۶۸/۸ درصد بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت و ۶۶/۷ درصد بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم منفی به‌درستی طبقه‌بندی شده‌اند. به عبارت دیگر، از ۶۴ بیمار اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت، ۴۴ فرد به درستی در گروه خود و ۲۰ فرد به اشتباه در گروه اسکیزوفرنی دارای علایم منفی و از ۳۶ اسکیزوفرنی دارای علایم منفی، ۲۴ فرد به درستی در گروه خود و ۱۲ فرد به اشتباه در گروه اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت قرار گرفته‌اند. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی تابع (معادله) ممیز ۶۸/۳ درصد است (جدول ۲).

با انجام تحلیل ممیز به روش گام‌به‌گام، پس از ارایه ۷ متغیر، ۳ متغیر باقی ماند، در گام اول، متغیر همکاری، در گام دوم، متغیر آسیب‌پرهیزی و در گام سوم، متغیر خودفراروی وارد تحلیل شدند که F برای هر سه متغیر در سطح $P < 0/001$ معنادار است.

در ستون ضرایب استاندارد، سهم متغیر خودفراروی (۰/۷۴۷-) در تفاوت‌های گروهی از سایر متغیرها بیشتر است. مطابق با ستون ضرایب طبقه‌بندی، تابع ممیز بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم منفی در بعد همکاری (۰/۷۴۰ در مقابل ۰/۹۱۵)، نمره پایین‌تر و در خودفراروی (۰/۸۳۵ در مقابل ۰/۵۴۰) و آسیب‌پرهیزی (۰/۹۸۸ در مقابل ۱/۲۱۹)، نمره بالاتری را نشان می‌دهند. با توجه به ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز می‌توان دو معادله ممیز تشکیل داد و با قرار دادن نمره‌های بیماران دارای علایم مثبت و منفی در دو معادله، دو نمره ممیز به‌دست آورد. چنانچه نمره به‌دست‌آمده به مرکز واره داده‌های بیماران دارای نشانه علایم مثبت نزدیک‌تر باشد، پیش‌بینی می‌شود که به بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت متعلق باشد و چنانچه به بیماران دارای علایم منفی نزدیک‌تر باشد، پیش‌بینی می‌شود که به بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم منفی متعلق باشد (جدول ۲).

اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم منفی به‌طور معناداری بیشتر بود ($P < 0/001$) (جدول ۱).

نتایج آزمون تحلیل ممیز نشان داد که مقدار ویژه تنها تابع ممیز ۱/۳۷۷ و مجذور اتا برای تحلیل ممیز به‌روش گام‌به‌گام ۰/۳۷۴ است. بنابراین، ۳۷ درصد پراش ۳ متغیر پیش‌بین برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت و منفی تبیین می‌شود. مقدار لامبدای ویلکز ۰/۵۲۶ است و مقدار مجذورکای ($30/84$) برای تنها تابع ممیز معنادار است ($P < 0/001$). بنابراین، تابع ممیز به‌دست‌آمده به‌طور معناداری از قدرت تشخیصی قابل‌توجهی برای دو سطح از متغیر ملاک برخوردار است.

مرکز واره نمره‌ها برای تنها تابع ممیز، ۰/۴۵۶- برای بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت و ۰/۸۱۰ برای بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم منفی است. به این ترتیب، اگر نمره‌های یک فرد در معادله ممیز به‌دست‌آمده گذاشته شود و نمره به‌دست‌آمده مثبت باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن بیمار دارای علایم مثبت و اگر منفی باشد

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سرشت و منش در

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت و منفی

متغیر	بیماران دارای	
	علایم مثبت	علایم منفی
نوجویی	۹/۷۳±۳/۰۸	۸/۸۳±۳/۳۳
همکاری	۱۳/۸۶±۴/۷۶	۱۵/۳۱±۴/۴۵
سرشت و ابعاد	۱۰/۰۹±۳/۸۵	۱۲/۷۲±۳/۷۹
آسیب‌پرهیزی	۹/۵۴±۴/۹۴	۹/۸۹±۵/۷۹
خودراهبری	۳۰/۹۴±۵/۵۵	۳۲/۵۸±۶/۰۶
کل	۳/۶۰±۱/۲۹	۲/۸۹±۱/۰۹
پشتکار	۷/۵۰±۲/۵۸	۸/۱۴±۲/۳۶
منش و پاداش وابستگی	۱۰/۷۷±۳/۱۱	۸/۲۵±۳/۳۸
ابعاد آن خودفراروی	۳۴/۵۲±۳/۵۵	۳۴/۰۶±۴/۰۶
کل		

جدول ۲- شاخص‌های آماری مربوط به تابع ممیز به روش گام به گام

تابع				F دقیق				لامبدای ویلکز	پیش‌بین‌ها	
روش گام به گام				Pvalue	آماره	درجه آزادی ۳	درجه آزادی ۱		متغیر	گام
ضرایب طبقه‌بندی شده ممیز	ضرایب علامیم علامیم منفی	ضرایب علامیم علامیم مثبت	ضرایب غیر استاندارد تابع ممیز							
۰/۹۱۵	۰/۷۴۰	۰/۲۴۶	۰/۱۳۸	۰/۰۰۱	۲۷۴/۹۳	۹۸	۱	۰/۸۷۳	همکاری	۱
۱/۲۱۹	۰/۹۸۸	۰/۵۴۲	۰/۱۸۲	۰/۰۰۱	۲۳۳/۵۰	۹۸	۲	۰/۸۰۴	آسیب پرهیزی	۲
۰/۵۴۰	۰/۸۳۵	-۰/۶۲۰	-۰/۲۳۳	۰/۰۰۱	-	۹۸	۳	۰/۷۲۶	خودفراروی	۳
-۱۷/۶۷۷	-۱۵/۳۰۹	-	-۱/۶۹۴	-	-	-	-	-	عدد ثابت	-

بحث

خودبزرگ‌بینی و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است.

نتایج پژوهش نیز نشان داد که از میان ابعاد منش، همکاری و خودفراروی، علامیم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی را تمیز می‌دهد. این نتیجه با یافته‌های Guillem و همکاران (۲) همسو است. آن‌ها نشان دادند که علامیم سایکوتیک با نابهنجاری‌های منشی در ارتباط است و رابطه منفی بین همکاری و توهم شنوایی (علامیم مثبت) بر اساس مدل پنج‌بعدی علامیم تومی (Toomy) تبیین می‌شود. ولی در تحقیقات دیگر (۱۰-۷)، بین همکاری و علامیم مثبت و منفی، رابطه معناداری به دست نیامده است. بالا بودن همکاری همچون یکپارچه‌سازی خود با اجتماع انسانی، بردبار بودن، مهربانی و حمایت‌کننده و اصولگرا بودن نیز می‌تواند به صورت مکانیزمی در مقابل علامیم مثبت که با آشفتگی و بهم‌ریختگی‌هایی در سازمان‌بندی ادراکی و شناختی است، درآید. از طرف دیگر، در پژوهشی (۸) بین همکاری و علامیم منفی، رابطه معکوس معناداری به دست آمده است که این یافته نیز با هیچ‌یک از تحقیقات به دست آمده همسو نیست. به خاطر تناقض نتایج گذشته، شرایط مبهمی در رابطه با این ابعاد وجود دارد و نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه می‌باشد.

در رابطه با خودفراروی، نتایج پژوهش حاضر در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (۲، ۷ و ۸) است. بر

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد سرشت و منش در تمیز علامیم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که از میان ابعاد سرشتی، فقط آسیب پرهیزی، علامیم مثبت و منفی، بیماران اسکیزوفرنی را تمیز می‌دهد. این نتیجه با یافته یک پژوهش (۱۲) همسو است. آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین هذیان خودبزرگ‌بینی و تهییج‌شدگی (علامیم مثبت)، رابطه منفی معناداری وجود دارد. در صورتی این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (۲ و ۱۰-۷) نیست. در این پژوهش‌ها نتیجه‌گیری شده است که بالا بودن آسیب‌پرهیزی که با ویژگی‌های همچون فرار و اجتناب از موقعیت‌های خطرزا، محتاط و منزوی تعریف می‌شود، به‌عنوان سدی در برابر علامیم خودبزرگ‌بینی و تحریک‌پذیری عمل می‌کند. افراد دارای چنین علامیم مثبتی دارای عزت نفس کاذب در مقابل موقعیت‌های خطرزا هستند و بدون توجه به پیامدهای رفتاری و موقعیتی آسیب‌زا دست به عمل می‌زنند. پایین بودن ویژگی‌های آسیب‌پرهیزی همچون اعتماد به نفس در مقابل بلا تکلیفی، منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخص می‌گردد و ضرر این حالت، عدم پاسخ‌دهی به خطر و خوش‌بینی غیرواقعی است و نتایج بالقوه پرخطر آن در موقعیت‌هایی است که احتمال خطر زیاد است و کاملاً در راستای افزایش علامیمی چون

شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که نمونه از میان بیمارستان‌های مختلف و با حجم بیشتر انتخاب گردد.

نتیجه‌گیری

ابعاد همکاری، آسیب‌پرهیزی و خودفراروی، در تمیز بیماران اسکیزوفرنی دارای علایم مثبت و علایم منفی، نقش معناداری دارند. احتمالاً بر این اساس می‌توان از ابعاد همکاری، آسیب‌پرهیزی و خودفراروی به‌عنوان مؤلفه‌های تأثیرگذار بر علایم مثبت و منفی استفاده نمود. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌تواند نظریه‌های مربوط به نقش ابعاد منش و سرشت در علایم مثبت و منفی را تأیید کند و پرسش‌های جدیدی را نیز در این ارتباط مطرح نماید. همچنین استفاده از ابعاد سرشت و منش به منظور تمیز افراد در معرض خطر اسکیزوفرنی و برنامه‌های پیشگیرانه مناسب جهت شناسایی افراد در معرض خطر از طریق این ابعاد و آرایه خدمات مشاوره‌ای و درمانی از پیشنهادات دیگر این پژوهش می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از جناب آقای دکتر کاویانی که کلید نمره‌گذاری پرسشنامه سرشت و منش را در اختیار ما قرار دادند و آقای حسن ایمانی و کارکنان بیمارستان رازی شهر تبریز که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

اساس یافته‌های این پژوهش‌ها بین خودفراروی و علایم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه ماهیت رشدی و تطابقی علایم را نشان می‌دهد. بنابراین، این یافته‌ها با نظریه بلولر که معتقد بود توهم و هذیان در نتیجه تأثیرات ثانوی در جهت جبران مکانیزم‌های اولیه آسیب‌شناسی روانی در علایم منفی و سازمان نیافته رخ می‌دهد، سازگار است. همچنین این یافته در راستای مطالعه Hafner و همکاران مورد مطالعه این پژوهشگران است. در ۷۰ درصد بیماران اسکیزوفرنی، نارسایی علایم منفی بر آشکارسازی علایم مثبت مقدم بود (۱۷). وقتی در بیماران اسکیزوفرنی، ویژگی خودفراروی از جمله تمایل به آرمان‌گرایی، تجربه اوج، تجربه و درهم‌آمیختگی با محیط و طبیعت و صلح‌طلبی بالاست، به‌صورت ویژگی‌های مقابله‌ای در مقابل علایم منفی از جمله انزوای اجتماعی، کمبود توجه، عاطفه یکنواخت و غیره تبدیل می‌شود و این مکانیزم باعث کاهش علایم منفی در بیماران می‌گردد. به‌عبارتی، وقتی ویژگی‌های خودفراروی در بیماران اسکیزوفرنی پایین است باعث افزایش علایم منفی در آن‌ها می‌شود. احتمال تأثیر میزان استفاده از دارو بر نتایج انتخاب بیماران از بیمارستان رازی شهر تبریز، بیماران بستری و آزمودنی‌های مذکور از محدودیت‌های این پژوهش بودند. با توجه به این محدودیت‌ها بایستی در تعمیم نتایج احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، بیماران سرپایی از میان دو جنس زن و مرد انتخاب

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins 2007; 151-152.
2. Guillem F, Bicu M, Semkovska M, Debruille JB. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. Schizoph Res 2002; 56(1-2): 137-47.
3. Cloninger CR. Brain networks underlying personality development. In: Carroll BJ, Barrett JE. Psychopathology and the brain. New York: Raven Press 1991; 183-20.
4. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987;44(6):573-88.
5. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis. 1994; 25-30.

6. Kaviyani H. [Theory of biological personality. Institute cognitive science studies (Persian)]. Tehran 2003; 20-150.
7. Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG. Temperament and character as schizophrenia-related end phenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophr Res* 2008; 104(1): 198-205.
8. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray R, et al. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Res* 2008; 160(2):175-83.
9. Boeker H, Kleiser M, Lehman D, Jaenke L, Bogerts B, Northoff G. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. *Compr Psychiatry* 2006; 47(1):7-19.
10. Ritsner M, Susser E. Temperament types are associated with weak self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Res* 2004; 128(3):219-28.
11. Poustka L, Murray GK, Jääskeläinen E, Veijola J, Jones P, Isohanni M, et al. The influence of temperament on symptoms and functional outcome in people with psychosis in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Eur Psychiatry* 2010; 25(1):26-32.
12. Delavar A. [The method research of psychology and educational(Persian)]. Tehran: Virayesh Publisher 2005; 99.
13. Andressen N. Methods for assessing positive and negative symptoms, schizophrenia: positive and negative symptoms and syndromes. *Modern problems in pharmacopsychiatry*. New York: Karger Publisher Inc 1990; 73-85.
14. Zadeh Mohammadi A, Headari M, Majed Teamoori, M. [The study effect of music therapy on positive and negative symptoms of patients with schizophrenia(Persian)]. *Journal of Psychology* 2002; 5(3): 231-49.
15. Allenso NC, Bagade S, Tanzi R, Bertram L. The schizophrenia gene database. *Schizophrenia research forum*. Accessed March 2008; 18.
16. Kaviyani H, Poornaseh M. [The validation and standardization of temperament and character inventory Cloningers (Persian)]. *Tehran University Medical Journal* 2005; 63(2):89-98.
17. Hafner H, Riecher A, Maurer K, Fatkenheuer B, Löffler F. First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age sex difference. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 242(2-3): 109-18.