Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 3/ Autumn 2017
Page: 21-35

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

Maryam Akbari[1], Soheila Saeidi[2]
1. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. (Responsible Author).
2. Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

ABSTRACT

Introduction: This study examined the effectiveness of psychosocial rehabilitation in reducing negative symptoms and improving social skills in chronic schizophrenia patients.

Method: The study quasi-experimental and was with plan Pre-test and post-test. That with use from sampling available between statistical society that including all people suffering to chronic schizophrenic that were at Rehabilitation Circadian centers. 30 patients were chosen at 2 groups testing and control. Interventions conducted in 12 sessions (psycho-social rehabilitation) were evaluated to help Pre-test and post-test. For data collection be used from Andreasen negative symptoms questionnaire and also Dehbozorgi social skills and research hypotheses calculated with multi-way ANOVA.

Results: The results showed that psychosocial rehabilitation in reducing negative symptoms in patients with chronic schizophrenia were significantly effective. Psychosocial Rehabilitation of patients with chronic schizophrenia were significantly effective in improving social skills.

Conclusion: According to the results, the use of non-pharmacological methods such as psychosocial rehabilitation in reducing negative symptoms and improving social skills is recommended in schizophrenic patients.

Keywords: Rehabilitation, Psychosocial, Negative Symptoms, Social Skills, Schizophrenia.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۶
صفحات: ۳۵-۲۱

اثربخشی توانبخشی روانی– اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن

مریم اکبری[۱]، سهیلا سعیدی[۲]

۱- استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول).
Akbari1384@gmail.com
۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.
Saeidy.6264@gmail.com

چکیده

مقدمه: این پژوهش به منظور اثربخشی توانبخشی روانی- اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن انجام شد.

روش: روش پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین جامعه آماری که شامل تمامی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در مراکز شبانه‌روزی توانبخشی بیماران مزمن روانی در شهر سنندج بوده، ۳۰ نفر از مبتلایان در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) انتخاب گردید. مداخله‌های انجام شده در ۱۲ جلسه (توان‌بخشی روانی- اجتماعی) به‌کمک پیش‌آزمون- پس‌آزمون ارزیابی شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های علائم منفی اندریسن و مهارت‌های اجتماعی ده بزرگی استفاده و فرضیه‌های پژوهش نیز از طریق آزمون مانکوا محاسبه شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که توانبخشی روانی- اجتماعی در کاهش علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن تأثیر معناداری ($p<۰/۰۵$) دارد. توانبخشی روانی- اجتماعی در بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن تأثیر معناداری ($p<۰/۰۵$) دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، بکارگیری روش‌های غیردارویی همچون توانبخشی روانی-اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرن توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: توانبخشی، روانی- اجتماعی، علائم منفی، مهارت اجتماعی، اسکیزوفرنی.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

مقدمه

اسکیزوفرنی، یک اختلال روانی عمده‌ای است که موجب بروز اختلال در حوزه‌های عاطفی، شناختی و اجتماعی می‌شود و در نتیجه منجر به از بین رفتن انداختن توانایی‌ها در انطباق با تغییرات محیطی و کارکرد مناسب در جامعه می‌شود (هالدر و کومار ماهاتو[1]، ۲۰۱۵). در میان مبتلایان به اسکیزوفرون، مشکلات در کار و حافظه‌ی بلندمدت، توجه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش رخ می‌دهد. در یک زیرگروه غیرمعمول، فرد ممکن است تا حد زیادی ساکت باشد، در وضعیت‌های حرکتی عجیب و غریب، یا در جلوه‌های بی‌موردی از اضطراب قرار بگیرد، که همه‌ی این‌ها نشانه‌هایی از جنون جوانی می‌باشند (یونگوری، کاروف و گروویچ[2]، ۲۰۱۰). علائم اسکیزوفرنی در دو گروه گسترده دسته‌بندی شده‌اند: علائم مثبت (مانند اختلال در ادراک، تفکر و رفتار) و علائم منفی (مانند انزوای اجتماعی) (سادوک و سادوک[3]، ۲۰۰۵). علائم منفی می‌توانند ناشی از ماهیت مزمن بیماری، افسردگی، انزوای اجتماعی و یا درمان دارویی باشند. به هر روی، این علائم انگیزه و انرژی لازم برای همکاری در فعالیت‌های اجتماعی و لذت بردن از تعامل با دیگران را از بیمار می‌گیرند (بلاک، موزر، گینگریچ و آگرستا[4]، ۲۰۰۴). براین اساس علائم منفی در افراد مبتلا به این اختلال افزایش پیدا کرده، و عواملی همچون کارکردهای اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در این افراد کاهش پیدا می‌کند. باتوجه به اینکه اسکیزوفرنی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد اثر می‌گذارد، یکی از جنبه‌های مهم از دست دادن مهارت‌های اجتماعی و روابط میان فردی است. این افراد در دوستیابی و نگه داشتن روابط بین فردی مشکل دارند، مهارت‌های لازم برای زندگی مستقل را ندارند و در موارد وخیم‌تر به خاطر نداشت مهارت‌های اجتماعی کارآمد، شغل خود را از دست می‌دهند (اردلی، ننگل، بورنس، هولب و کای[5]، ۲۰۱۰).

مهارت‌های اجتماعی، مجموعه رفتارهای اکتسابی است که از طریق مشاهده، مدل‌سازی، تمرین و بازخورد آموخته می‌شود و رفتارهای کلامی و غیرکلامی را دربر می‌گیرند و پاسخ‌های مناسب و مؤثر را در بردارند، بیشتر جنبه‌ی تعاملی داشته، تقویت اجتماعی را به حداکثر می‌رسانند و براساس ویژگی‌ها و محیطی که فرد در آن واقع شده است، توسعه می‌یابند و از طریق آموزش رشد می‌کنند. تعامل اجتماعی یا توانمندی‌های اجتماعی یعنی تعامل در جامعه، شناخت روحیه و احساسات درونی خود و دیگران و برخورد صحیح و متناسب با آن‌ها. رشد انسان مخصوصاً در سال‌های اولیه‌ی زندگی بدون برخوردهای اجتماعی غیرممکن یا بسیار ضعیف است، برخورد با مسائل احساسی، تجربه و تجزیه و تحلیل این احساسات و عواطف مثل بیان یک خواسته، قبول کردن، راندن و طرد کردن، خندیدن، لمس کردن، عشق، دوستی، دعوا، آشتی، تفاهم، ماتم، سعادت مشترک و احساس امنیت از مقدمات ضروری برای فراگیری در زندگی عاطفی و اجتماعی هستند. اگر این تجارب تکامل نیابند نه تنها توانایی‌های مشخص در ایجاد رابطه در رفتارهای اجتماعی را دچار خدشه می‌کنند بلکه موجب عقب-ماندگی ذهنی و جسمی می‌شوند. غفلت‌های اجتماعی اگر به مدت طولانی ادامه داشته باشند، ضایعات جبران‌ناپذیری را به دنبال خواهند داشت (عابدی، شاه میوه اصفهانی و مومنی، ۲۰۱۴).

1 . Halder & Kumar Mahato
2 . Ungvari, Caroff & Gerevich
3 . Sadock & Sadock
4 . Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta
5 . Erdley, Nangle, Burns, Holleb & Kaye

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

بنابراین آموزش مهارت‌های اجتماعی[1] با بهره‌گیری از اصول رفتار درمانی، ابزاری برای آموزش به افراد جهت برقراری ارتباط، احساسات و بیان درخواست‌های فرد، به طوری که جهت رسیدن به اهداف و رفع نیازهایش در زندگی می‌باشد (کوپلوویچ، لیبرمن و زارات[2]، ۲۰۰۶). ماتسون، فی، کو و اسمیت[3] (۲۰۰۰) مهارت‌های اجتماعی را به عنوان رفتارهای قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری تعریف کردند که استقلال، قابلیت پذیرش و کیفیت مطلوب زندگی را بهبود می‌بخشند. این مهارت‌ها برای سازش‌یافتگی و کارکرد بهنجار مهم هستند و نارسایی در مهارت‌های اجتماعی به طور نزدیکی با اختلالات روانی و مشکلات رفتاری مرتبط هستند. با وجود آنکه این واژه به ظاهر ساده به نظر می‌آید اما به شدت تحت تأثیر سازه‌های روانشناختی و ویژگی‌های اساسی انسان مانند شخصیت، هوش، زبان، ادراک، ارزیابی، نگرش و تعامل میان رفتار و محیط قرار دارد (الیوت و گرشام[4]، ۲۰۰۵).

آموزش مهارت‌های اجتماعی، رویکردی است که به طور خاص برای بهبود بخشیدن به مهارت‌های اجتماعی افراد اسکیزوفرن ایجاد شده است. مداخلات این رویکرد قصد دارد بیمار را با شرایط واقعی زندگی و مشکلات روزمره مواجه کند. این مدل از دستورالعمل‌های آموزشی، تقسیم کردن مهارت‌ها به بخش‌های کوچک‌تر، الگوبرداری و تمرین‌های رفتاری، بازی نقش و تقویت‌های اجتماعی تشکیل شده است. افراد معمولاً چند مهارت را به طور جداگانه می‌آموزند وسپس یاد می‌گیرند چگونه آنها را با هم ترکیب کنند (میوسر و جست[5]، ۲۰۰۸). این نوع درمان می‌تواند مستقیماً حمایتی و برای بیمار مفید باشد. آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش میزان عود، با درنظر گرفتن نیاز به بستری شدن مؤثر شناخته شده است (ریردون[6]، ۱۹۹۱). براساس نتایج شاهمیر، طالبی‌زاده و جعفری‌فرد (۲۰۱۴) اجرای برنامه بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است. همچنین ده‌بزرگی (۱۹۹۳) در پژوهش خود تحت عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در سازگاری بیماران اسکزوفرنی» به این واقعیت اشاره کرد که آموزش مهارت‌های اجتماعی از فنونی ترکیب شده است که به افراد برای کسب روابط بین فردی معنی‌دار، ارتباط صحیح و روشن، ارزیابی درست از خود و پاداش دادن به رفتارهای انطباقی خود کمک می‌کند. نتایج پژوهش وی نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی در تغییر وضعیت و درمان اسکیزوفرنی، رفع اضطراب اجتماعی و ایجاد رفتار اجتماعی، بزهکاری، عقب‌ماندگی ذهنی و افسردگی مؤثر بوده است. همچنین ده بزرگی در پژوهش خود نتیجه گرفت که روابط اجتماعی در گروه آزمایش به طور معنی‌داری افزایش یافته و این مهارت‌ها به زندگی روزمره تعمیم داده شده بود. کومار و رنجان سینگ[7] (۲۰۱۵) در مطالعه خود به مدت ۶ ماه با

1 . Social Skills Training
2 . Kopelowicz, Liberman & Zarate
3 . Matson, Fee, Coe & Smith
4 . Elliot & Gresham
5 . Mueser & Jeste
6 . Reardon
7 . Kumar & Ranjan Singh

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

آموزش مهارت‌های اجتماعی بر روی ۵ بیمار اسکیزوفرنی مزمن به مدت یک و نیم ساعت در هفته، به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های اجتماعی منجر به کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش عملکرد اجتماعی، حفظ بهداشت شخصی، افزایش قابل توجهی در پایبندی به داروها، ابراز احساسات و مرتب-سازی مسائل مشکل‌ساز است که تا ۱۸ ماه بعد از مداخله، پایدار است. همچنین نتایج نشان داد که مهارت‌های اجتماعی در تغییر رفتار بیماران مؤثر بوده و ظرفیت آنان را برای مقابله با موقعیت‌های مشکل‌ساز را افزایش می‌دهد.

نتایج مطالعات کوپلوویچ و همکاران (۲۰۰۶) و گرانهلم، مک کواید، مک کلار، اسلاندر، پریوولیتوس و همکاران۱ (۲۰۰۵) نیز نشان داد پیشرفت‌های اخیر در آموزش مهارتها عبارتند از سازگاری‌های ویژه و برنامه‌های کاربردی برای بهبود آموزش به جامعه، تقویت اشتغال، بستری‌های کوتاه مدت در واحدهای روانپزشکی، تعمیم روانی، درمان اسکیزوفرنی مقاوم به درمان، غلبه بر نقص‌های شناختی و علائم منفی و همچنین گنجاندن آموزش مهارت‌های اجتماعی به عنوان بخشی از برنامه-های درمانی و توانبخشی چندبعدی است. بیماران دریافت آموزش مهارت‌های اجتماعی شناختی- رفتاری، بینش شناختی قابل توجهی به دست آوردند و علائم روان‌پریشی در آنان کاهش یافت.

از این‌رو، به کار بردن رویکردهای درمانی کنونی بیماری اسکیزوفرنی، از قبیل توانبخشی می‌تواند بر بهبود این بیماری تأثیر بیشتری داشته باشد. توانبخشی به عنوان سومین سطح ارائه خدمات سلامت نقش بسیار مهمی در افزایش کیفیت زندگی و ارتقای سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند و هدف نهایی آن توانمندسازی و خودشکوفایی افراد دارای ناتوانی است که برای رسیدن به این هدف بایستی فرایند توانبخشی به درستی طراحی و اجرا شود (میرخانی، ۲۰۱۱).

هیچ اختلال روانی، پیچیده‌تر و عجیب‌تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. اسکیزوفرنی یک اختلال واحد نیست، بلکه مجموعه‌ای از روان‌پریشی‌هاست که با مجموعه‌ای از نشانه‌های مختلف مشخص می‌شود که درگیری شدید در ادراک، تفکر، عمل، خودپنداره و شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران از آن جمله است. این اختلال ناتوان‌کننده 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 (روزنهان و سلیگمن[2]، ترجمه سیدمحمدی، ۲۰۱۴). این بیماری اغلب به عنوان توهم‌های شنیداری، پارانوئید یا هذیان‌های عجیب و غریب یا صحبت کردن و تفکر در هم ریخته با اختلال قابل توجه در عملکرد شغلی یا اجتماعی پدیدار می‌شود که سالیانه ۱ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لی[3]، ۲۰۰۸).

پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که نشانه‌های منفی نسبت به علائم مثبت بیشترین تأثیر را در کیفیت زندگی ضعیف، ناتوانی عملکردی، و بار مسئولیتی که بر دوش دیگران است، دارند. یافته‌های مجتبایی و همتیار نقنه

1 . Granholm, McQuaid, McClure, Auslander, Perivoliotis

2 . Rosenhan & Seligman

3 . Lee

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

(۲۰۱۵) و سبحانی، مرادی، علی بیگی و دولتشاهی (۲۰۱۰) حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را کاهش دهد. نتایج پژوهش یثربی، جزایری، پورشهباز و دولتشاهی (۲۰۰۸) نیز نشان داد که علائم منفی گروه آزمایشی نسبت به گروه مقایسه به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. همچنین مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه مقایسه قرار گرفت. همچنانکه تورکینگتون، سنسکای، اسکات، بارنس، سیدل و همکاران[1] (۲۰۰۸) به «مطالعه کنترل شده تصادفی درمان شناختی رفتاری برای علائم مداوم در اسکیزوفرنی» پرداختند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که ۵۹ نفر از ۹۰ نفر تا ۵ سال، درمان CBT بر روی آنها اثر قابل توجه و با دوام‌تری بر شدت علائم به طور کلی و از نظر شدت علائم منفی نشان داد.

اگرچه اسکیزوفرنی به خودی خود یک بیماری کشنده نیست اما میزان مرگ و میر در مبتلایان به آن حداقل دو برابر جمعیت عمومی می‌باشد. این مرگ و میر زیاد به خاطر شرایط ضعیف سازمان‌دهی و مراقبت از بیماران در طولانی‌مدت است که منجر به ابتلا به بیماری‌هایی از جمله سل و دیگر بیماری‌های مسری می‌گردد (راهداری، مدرّس غروی و طبیبی، ۲۰۱۰). با توجه به مطالب فوق‌الذکر، توانبخشی روانی- اجتماعی فرایندی از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی در زمینه اجتماعی و روانی به فرد کم توان و خانواده‌ی وی می‌باشد تا ضمن کاهش هر نوع فشار اقتصادی، اجتماعی و روحی بتواند در جریان کلی توانبخشی واقع گردیده، آمادگی کافی برای ایفای نقش اجتماعی را در مرحله‌ی ورود به کار در جامعه کسب نماید.

به طور خلاصه اسکیزوفرنی اختلال فکر و خلق ناآرام است. این اختلال فکر به صورت دشواری در حفظ و تمرکز توجه در تشکیل مفاهیم، آشکار می‌شود (محمدی، نریمانی، بگیان و درکه، ۲۰۱۴). پژوهش‌های زیاد در مورد افراد با اختلال اسکیزوفرنی در ایران انجام نگرفته است و تحقیقات بیشتر به صورت تک بعدی تنها به یک جنبه از شیوه‌های درمانی اشاره کرده‌اند، یعنی بیشتر مداخلات روانشناختی و یا دارودرمانی در بازار بوده است. لذا این پژوهش به دلیل وجود دو بعد شیوه‌های آموزشی و اثربخشی یعنی روانشناختی و اجتماعی، در نوع خود بدیع است. همچنین افراد با اختلالات اسکیزوفرن، جهت بازگرداندن آنها به جامعه و خانواده‌ها و پذیرش و سازگاری اجتماعی حتماً نیاز مبرم به مداخلات رویکردهای روانی و درمانی را دارند. با توجه به مسائل و مشکلاتی که برای بیماران اسکیزوفرنی به وجود می‌آید لزوم توجه به این موضوع نمایان می‌شود و نظر به اینکه این پژوهش در سطح استان کردستان انجام نشده است، در نتیجه ضرورت انجام پژوهش نیز نشان داده می‌شود. براین اساس در این پژوهش سعی بر آن است که به این سوال پاسخ داده شود که آیا توانبخشی روانی- اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی افراد با اختلال اسکیزوفرنی مزمن تأثیر معناداری دارد؟

روش

این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا، به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس‌آزمون بود. آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جامعه آماری این

1 . Turkington, Sensky, Scott, Barnes & Siddle

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در مراکز شبانه‌روزی توانبخشی بیماران مزمن روانی در شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ بود. حجم نمونه آماری تعداد ۳۰ نفر بوده که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) جایگزین می‌شوند. این افراد از مرکز توانبخشی ساریژ شهرستان سنندج که تحت درمان بودند، انتخاب گردیدند.

برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای پژوهش (پرسشنامه‌ها) به عنوان پیش‌آزمون در بین بیماران توزیع شد و سپس برنامه آموزشی درمانی (توانبخشی روانی- اجتماعی) بر روی این افراد اجرا می‌شود. و پس از پایان این جلسات، مجدداً پرسشنامه‌ها به عنوان پس آزمون اجرا می‌گردد. برای گردآوری داده ها ابزارهای پرسشنامه‌ای زیر، به کار گرفته می-شود:

مقیاس ارزیابی علائم منفی: مقیاس سنجش علائم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را اندریسن[1] (۱۹۸۴) طراحی و استاندارد کرده است. مقیاس علائم منفی دارای ۲۴ سوال می‌باشد که پنج گروه علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل محدود شدن عاطفی، فقر کلامی، کمبود اراده، بی‌احساسی، فقدان احساس لذت، بی‌تفاوتی اجتماعی و نقص توجه را می‌سنجد که در انتهای هر یک از پنج گروه علائم مذکور، یک سوال کلی برای سنجش مجموعه علائم وجود دارد. علائم منفی این مقیاس در پنج سطح اصلاً، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد از صفر تا پنج نمره‌گذاری می‌شود.

زاده‌محمدی، حیدری و مجدتیموری (۲۰۰۱) میانگین ضریب پایایی این مقیاس را در فرهنگ ایرانی با دو روش آزمون-بازآزمون و همسانی درونی معادل ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. آنها همچنین، میانگین ضریب پایایی را به طور جداگانه برای گروه علائم منفی ۰/۷۸ و برای گروه علائم مثبت ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در تحقیق حسنی و هادیانفرد (۲۰۰۳)، نیز ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای علائم مثبت و منفی به طور جداگانه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ به دست آمده برابر با ۰/۸۸ به دست آمد که نشان می‌دهد پایایی پرسشنامه در حد مطلوبی است.

فهرست مهارت‌های اجتماعی: فهرست مهارت‌های اجتماعی مخصوص بیماران اسکیزوفرنی ایران توسط ده بزرگی در سال ۱۳۷۲ ساخته شده است. سوالات در خصوص تماس چشمی، مقدار گفتار، سرعت گفتار، حجم صدا، آهنگ صدا، قابلیت فهم گفتار، مناسب بودن گفتار، وضعیت و نظافت لباس، وضعیت آرایش، متناسب بوده رفتار به هنگام صرف غذا، گفت و شنود با دیگران، پذیرفتن مقررات، جلب توجه دیگران و مراقبت از محیط می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه و طیف ۴ درجه ای است که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره یک فرد در این فهرست ۴۲ می‌باشد. اعتبار ضریب همبستگی بین نمرات فهرست روابط اجتماعی و فهرست مهارت‌های اجتماعی ۰/۵۸۶ بود. برای بررسی پایایی بین ارزیابان ضریب

1 . Andreasen

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

همبستگی بین نمرات یک روانشناس و یک پرستار ۰/۹۳ به دست آمده است. پایایی به فاصله یک هفته ۲۴ بیمار را مجدداً با این فهرست ارزیابی قرار داد. ضریب همبستگی بدست آمده بین نمرات افراد در دو بار ارزیابی برابر با ۰/۹۱۵ حاصل شد (ده‌بزرگی، ۱۹۹۳). در این پژوهش، میزان آلفای کرونباخ حاصل شده برابر با ۰/۹۰ بوده، که نشان از پایایی پرسشنامه در حد مناسب و مطلوبی است.

در نهایت مداخله‌های درمانی (روانی- اجتماعی) نیز به صورت زیر اجرا شد:

آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های استاندارد با راهنمایی و حضور پژوهشگر پاسخ داده، سپس به مدت ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) تحت آموزش قرار گرفتند. در پایان آموزش، آزمودنی‌ها مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش شامل دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات ابتدایی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و آسیب مغزی می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها آمار استنباطی شامل آزمون آماری مانکوا (کوواریانس چند متغیری) ارائه خواهد شد.

جدول ۱: پروتکل درمانی- آموزشی (توانبخشی روانی- اجتماعی)؛ برک و انسل[1]، ۱۹۹۹؛ بیکر و تامپسون[2]، ۱۹۹۹

جلسه اول	پیش آزمون، ذکر اهداف پژوهش و معرفی برنامه آموزشی، جلب توجه و مشارکت بیمار
جلسه دوم	بهبود مهارت‌های جسمی و حرکتی
جلسه سوم	استفاده از موسیقی به همراه انجام تمرین‌های بدنی درشت و ظریف حرکتی هدفمند
جلسه چهارم	بهبود مهارت‌های شناختی
جلسه پنجم	بهبود مهارت‌های خودیاری و آموزش مراقبت از خود
جلسه ششم	کمک به کنترل علائم روانی بیماری و آموزش مدیریت علائم
جلسه هفتم	بهبود مهارت‌های ارتباطی
جلسه هشتم	آموزش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت وابستگی و اقتصاد ژتونی
جلسه نهم	برنامه‌ریزی برای استفاده از اوقات فراغت و تفریح
جلسه دهم	ارتقاء مهارت‌های یادگیری و آموزشی
جلسه یازدهم	کمک به کسب مهارت‌های پیش حرفه‌ای و فعالیت درمانی
جلسه دوازدهم	پس آزمون، مروری بر جلسات گذشته، تبادل نظر با افراد آزمودنی

1 . Brekke & Ansel
2 . Baker & Thompson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

یافته‌ها

نتایج آماری بدست آمده از پژوهش حاضر، در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی ارائه می‌گردد.

جدول ۲: ویژگی‌های دموگرافیک مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن

		فراوانی	درصد
سن	۳۰-۴۰ سال	۱۰	۳۳/۳
	۴۱-۵۰ سال	۱۳	۴۳/۳
	۵۱ -۶۰ سال	۷	۲۳/۴
	جمع	۳۰	۱۰۰
مدرک تحصیلی	ابتدایی	۱۷	۵۶/۶
	راهنمایی	۵	۱۶/۷
	دبیرستان	۳	۱۰
	دیپلم و بالاتر	۵	۱۶/۷
	جمع	۳۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۲۸	۹۳/۳
	متاهل	۲	۶/۷
	جمع	۳۰	۱۰۰
سابقه حضور در مرکز	کمتر از ۵ سال	۱۰	۳۳/۳
	بیشتر از ۵ سال	۲۰	۶۶/۷
	جمع	۳۰	۱۰۰

با توجه به جدول فوق اکثر مبتلایان به اسکیزوفرنی در فاصله سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بوده، و بیشتر آنان دارای تحصیلات ابتدایی می‌باشند و اکثراً نیز مجردند. همچنین بیشتر مبتلایان بیشتر از ۵ سال در مرکز توانبخشی حضور داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمره مهارت اجتماعی و علائم منفی گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره مهارت اجتماعی و علائم منفی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مهارت اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۱۹/۲	۷/۱
		کنترل	۱۵	۱۵/۸۶	۸/۴۴
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۲۵/۴	۴/۷
		کنترل	۱۵	۱۵/۸۶	۸/۴۴
علائم منفی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۶۶/۸	۱۲/۵۶
		کنترل	۱۵	۶۷/۳	۱۶/۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۵۸/۶	۱۰/۴
		کنترل	۱۵	۶۷/۳	۱۶/۲

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

براساس نتایج جدول ۳، در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار مهارت اجتماعی هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۹/۲و ۷/۱ ، گروه کنترل ۱۵/۸ و ۸/۴۴ و در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۲۵/۴و ۴/۷۱، گروه کنترل ۱۵/۸۶و ۸/۴۴ می‌باشد. در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار علائم منفی هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۶۶/۸ و ۱۲/۵۶، گروه کنترل ۶۷/۳ و ۱۶/۲ و در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۵۸/۶ و ۱۰/۴، گروه کنترل ۶۷/۳ و ۱۶/۲ می‌باشد.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی تأثیر توانبخشی روانی- اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی افراد با اختلال اسکیزوفرنی مزمن ملاحظه می گردد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی میانگین نمرات پس‌آزمون علائم منفی و مهارت‌های اجتماعی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
علائم منفی	پیش آزمون	۱۴۵/۱۲	۱	۱۴۵/۱۲	۱۰/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۵۴۴	۰/۹۸۹
	گروه	۳۴/۴۵	۱	۳۴/۴۵	۲/۴۶	۰/۰۲۳	۰/۲۳۷	۰/۳۴۲
	خطا	۱۰۳/۳۵	۲۷	۱۳/۹۸				
مهارت های اجتماعی	پیش آزمون	۱۲۱/۲۳	۱	۱۲۱/۲۳	۳۵/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱	۰/۹۱۱
	گروه	۹/۷۷	۱	۹/۷۷	۲/۸۹	۰/۰۱۸	۰/۲۸	۰/۸۸۳
	خطا	۹۱/۱	۲۷	۳/۳۷۴				

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$ و $F=۲/۴۶$). به عبارت دیگر، توانبخشی روانی- اجتماعی با توجه به میانگین علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه آزمایش (۵۸/۶) نسبت به میانگین علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه کنترل (۶۷/۳)، موجب کاهش معنادار علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۰/۲۳۷ می‌باشد، یعنی۲۳/۷ درصد تفاوت-های فردی در نمرات علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن مربوط به تأثیر توانبخشی روانی- اجتماعی می‌باشد. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که توانبخشی روانی- اجتماعی باعث کاهش علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن شده است.

همچنین با کنترل پیش آزمون، بین مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$ و $F=۲/۸۹$). به عبارت دیگر، توانبخشی روانی- اجتماعی با توجه به میانگین مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه آزمایش (۲۵/۴) نسبت به میانگین مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه کنترل (۱۵/۸۶)، موجب افزایش معنادار مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۰/۲۸ می‌باشد، یعنی ۲۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات مهارت‌های اجتماعی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن مربوط به تأثیر توانبخشی روانی- اجتماعی می‌باشد. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که توانبخشی روانی- اجتماعی باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن شده است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی توانبخشی روانی- اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن بود. جهت بررسی تأثیر توانبخشی روانی- اجتماعی در بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن، از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی توانبخشی روانی- اجتماعی با توجه به میانگین علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه آزمایش نسبت به میانگین علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه کنترل، منجر به کاهش معنادار علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۰/۲۳۷ می‌باشد، یعنی۲۳/۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن مربوط به تأثیر توانبخشی روانی- اجتماعی می‌باشد. بنابراین، توانبخشی روانی- اجتماعی باعث کاهش علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن شده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مجتبایی و همتیار نقفه (۲۰۱۵)، سبحانی و همکاران (۲۰۱۰)، یثربی و همکاران (۲۰۰۸) و تورکینگتون و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که بروز علائم منفی در اسکیزوفرنی از جمله اصلی‌ترین مشکلات موجود بر سر راه توانبخشی این دسته از بیماران محسوب می‌گردد. استفاده از داروهای مناسب جهت کاهش این علائم و انجام درمان‌های روانی- اجتماعی و تسهیلات روانپزشکی جامعه‌نگر نقش کلیدی را در حل این معضل ایفا می‌نماید. علائم منفی مانند واپس‌روی آشکار به رفتارهای بدوی، گوشه‌گیری و فقدان ارتباط، بی‌توجهی به نظافت فردی و قطع ارتباط با دنیای خارج مشکلات عدیده‌ای را برای بیمار و اطرافیان او ایجاد خواهد کرد و نیازمند مداخله مناسب است. همانطور که نتایج نشان داده است مداخله توانبخشی روانی- اجتماعی یک مداخله مناسب جهت درمان علائم منفی همچون بی‌احساسی و بی‌ارادگی، اختلال توجه، فقدان لذت و اختلال تفکر بیماران اسکیزوفرن است. توانبخشی روانی- اجتماعی شامل اقداماتی است که از طریق ایجاد بستر مناسب، تا حد امکان شرایط حضور بیماران روانی در جامعه را فراهم می‌سازد. براین اساس مجموعه‌ای از مداخلات درمانی که کلیت و یکپارچگی فرد، یعنی روان، جسم و روح را مورد توجه قرار می‌دهند، توانبخشی روانی- اجتماعی را تشکیل می‌دهند. این رویکرد موجب بهبود عملکرد فردی، پیشرفت مدیریت فردی بیماری و در نهایت منجر به تسهیل فرایند درمان فرد می‌گردد. هدف، پشتیبانی از فرد مبتلا به بیماری به عنوان فردی فعال در درمان خود و عضوی سازنده و مولد در خانواده، اجتماع و فرهنگ است. مسیر این نوع درمان در راستای بازتوان‌بخشی و ارتقاء مهارت‌های اجتماعی-روانی، عملکردهای شناختی، مدیریت بیماری و علائم اختلال است.

علائم منفی با کارکرد اجتماعی ضعیف بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرتبط است (دایک، شورک و هندریکس[1]، ۲۰۰۰)؛ که در نتیجه منجر به کیفیت پایین زندگی آنان می‌شود. علائم منفی بیماران نیز براساس این مداخلات درمانی، بهبود پیدا می‌کنند. بازیابی

1 . Dyck, Shork & Hendryx

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

سلامت، فرایندی است در جهت مدیریت بیماری، با کمترین میزان مداخله در زندگی معمول افراد که لازمه آن، ارائه خدمات در وهله‌های مختلف ارزیابی، مداخلات روانی- اجتماعی، مدیریت فرایند بهبود، مداخلات شناختی و نیز توجه به اختلالات همراه و به ویژه سوء استفاده از مواد است. ارزیابی سطح مهارت-های اداره زندگی، شبکه حمایتی، وضعیت مسکن، تحصیل و اشتغال، موضوعات قانونی و مالی از عمده - ترین موارد ارزیابی افراد مبتلا هستند. مداخلات روانی اجتماعی نیازمند انجام خدمات مددکاری، بهبود شرایط حمایتی و سازگاری محیطی، شکل‌دهی رفتارهای اجتماعی مناسب، تصحیح نقایص ادارکی، آموزش نحوه برخورد با برچسب‌های اجتماعی، افزایش فعالیت‌های اجتماع محور و مهارت‌های خودیاری می-باشند.

نتایج فرضیه دوم نیز نشان داد که با کنترل پیش-آزمون، بین مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، توانبخشی روانی- اجتماعی با توجه به میانگین مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه آزمایش، نسبت به میانگین مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن گروه کنترل، موجب افزایش معنادار مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۰/۲۸ می‌باشد، یعنی ۲۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن مربوط به تأثیر توانبخشی روانی- اجتماعی می-باشد. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که توانبخشی روانی-اجتماعی باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن شده است و بدین ترتیب فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. نتیجه این فرضیه، با نتایج پژوهش‌های شاهمیر و همکاران (۲۰۱۴)، یثربی و همکاران (۲۰۰۸)، ده‌بزرگی (۱۹۹۳)، کومار و رنجان سینگ (۲۰۱۵)، کوپلوویچ و همکاران (۲۰۰۶) و گرانهلم و همکاران (۲۰۰۵)، همسو می‌باشد. این یافته حاکی از آن است که مهارت‌های اجتماعی بیماران اسکیزوفرنی را می‌توان با برنامه‌های توانبخشی روانی-اجتماعی بهبود بخشید. همچنانکه سادوک و سادوک (۲۰۰۵) اظهار کردند این رویکرد، بر بهبود کارکردهای فرد، توانایی‌های وی، آموزش مهارت‌ها و به ویژه آموزش مهارت‌های اجتماعی اثرگذار است. توانبخشی به معنای بازتوانی و بازگرداندن توانایی‌های یک فرد به حالت حداکثر استقلال اطلاق می‌گردد. در توانبخشی بر خلاف پزشکی هیچگونه دارویی تجویز نمی‌شود و روند بازیافتن توانایی‌ها تدریجی است. آموزش مهارت‌های اجتماعی از فنونی ترکیب شده است که به افراد برای کسب روابط بین فردی معنی‌دار، ارتباط صحیح و روشن، ارزیابی درست از خود و پاداش دادن به رفتارهای انطباقی خود کمک می‌کند. آموزش مهارت‌های اجتماعی در تغییر وضعیت و درمان اسکیزوفرنی، رفع اضطراب اجتماعی و ایجاد رفتار اجتماعی، عقب‌ماندگی ذهنی و افسردگی موثر است (ده‌بزرگی، به نقل از نظری و حسین‌پور، ۲۰۰۸). افزایش اینگونه مهارت‌های اجتماعی برای بیماران علی‌الخصوص بیماران اسکیزوفرنی، محتاج به یک برنامه‌ی منسجم همچون توانبخشی‌های روانی-اجتماعی دارد.

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان دادند که توانبخشی روانی- اجتماعی توانسته است بر شدت بیماری و بهبودی کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تأثیر بگذارد و می‌تواند به عنوان روشی غیردارویی در کنار دارودرمانی و سایر روش‌های توانبخشی، برای درمان و توانبخشی این بیماران به کار گرفته شود.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود از درمان‌های غیردارویی همچون توانبخشی روانی-اجتماعی، کار درمانی، تفریح درمانی در جهت کاهش علائم منفی بیماران اسکیزوفرن استفاده گردد. همچنین با توجه به اهمیت و ارزش آموزش مهارت‌های اجتماعی با اهداف پیشگیرانه و ارتقاء سطح سلامت روان، فقدان این مهارت باعث کاهش ارزشمندی در وجود بیمار خواهد شد. درنتیجه پیشنهاد می‌شود که آموزش چنین مهارت‌هایی در بیماران، احساس کفایت، توانایی مؤثر بودن، غلبه کردن بر مشکل یا سازگاری با ناکامی و افزایش عزت نفس، توانایی برنامه‌ریزی و رفتار هدفمند و یا تغییر اهداف مواجه شده با ناکامی و متناسب با مشکل را به وجود می‌آورد. از جمله محدودیت‌های پژوهش نیز می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد. به عبارتی، عدم اندازه‌گیری دوام درمان در فاصله‌های زمانی بیشتر، از جمله سه ماه و شش ماه پس از مداخله بوده که به علت محدودیت مالی و زمانی، در طرح پژوهش این موارد پیش‌بینی نگردیده بود. انجام دادن این قبیل از برنامه‌ها و پژوهش‌ها، در درازمدت، به طور حتم می‌تواند بر کاهش علائم منفی و افزایش مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرن، تأثیرگذار باشد. عدم امکانات مناسب و کافی در مرکز موردنظر، جهت درمان بیماران، از جمله محدودیت دیگر پژوهش بوده که بر روند برنامه اجرایی نیز تأثیرگذار بود. با توجه به این موارد نیز پینشهاد می‌گردد از طرف سازمان بهزیستی توجه بیشتری به موسسه‌های توانبخشی شده، تا این موسسات نیز بتوانند کارایی و بازدهی لازم را درخصوص بهبود بیماران اسکیزوفرن داشته باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سهیلا سعیدی، می‌باشد. جا دارد از تمامی کسانی که همواره در تمامی مراحل پژوهش، از کادر دانشگاهی تا موسسه توانبخشی ساریژ شهرستان سنندج و پرسنل آن، که به ما کمک کرده و همراهمان بودند، تشکر و سپاسگزاری کنیم.

References

1. Abedi, A., Shah miveh esfehani, A., Moemeni, F. (2014). Required skills for school children. Esfehan: Neveshteh. [In Persian].

2. Andreasen, N. C. (1984). Scale for the assesment of negative symptoms: SANS. Lowa: Dept. of Psychiatry, College of Medicine, the University of Lowa.

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

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

5. 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.

6. Dehbozorgi, Gh. (1993). Evaluate the effectiveness of social skills training in chronic schizophrenic Iranian compliance. MA thesis in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute. [In Persian]

7. Dyck, D. G., Shork, R. A., & Hendryx, M. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 51, 513-519.

8. Elliot, S. N., & Gresham, F. M.(2005). Social skills interventions for children . Behavior Modification, 17.287-313.

9. Erdley C. A., Nangle D. W., Burns A. M., Holleb L. J., Kaye A.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

J. (2010). Assessing children and adolescents. In Nangle D. W., Hansen D. J., Erdley C. A., Norton P. J. (Eds.), Practitioner's guide to empirically-based measures of social skills (pp. 69-85). Heidelberg, OH: Springer.

10. Granholm, E., McQuaid J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P.,…Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavior social skills training for middle aged and older outpatients with chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 162, 520-529.

11. Halder, Susmita; Kumar Mahato; Akash (2015). Cognitive Impairment in Schizophrenia: An Overview of Assessment and Management, The International Journal of Indian Psychology, Volume 2, Issue 4, 64-72.

12. Hasani, J., Hadianfard, H. (2003). The relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia with regard Holdings, Journal of Cognitive Science News, 5(3): 24-33. [In Persian]

13. Kopelowicz, Alex; Liberman, Robert Paul; Zarate, Roberto. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. Schizophr Bull; 32(Suppl 1): 12–23.

14. Kumar, Biond., Ranjan Singh, Amool. (2015). Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia. The Qualitative Report, Volume 20, Number 5, Article 7, 660-696.

15. Lee J. (2008). A new look at working memory deficits in schizophrenia. [PhD Thesis]. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University.

16. Matson, J. L., Fee, V. E, Coe, D. a., & Smith, D.(2000).A Social Skills Program for developmentally delaged Preschoolers. Journal of clinical child Psychology, 20 (4).

17. Mirkhani, S. M. (2011). Principles of rehabilitation. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. [In Persian]

18. Mohammadi J, Narimani M, Bagyan M J, Dereke M.(2014). Effects of Cognitive-Behavioral therapy on positive symptoms of schizophrenia. 25(3): 182-190. [In Persian]

19. Mojtabaei, M., Hematyar Naghne, M. (2015). Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia. Journal of Applied Environmental and Biological Sciences, 5(8): 304-313. [In Persian]

20. Mueser, K. T., & Jeste, D.V. (Eds.). (2008). Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilfred Press.

21. Nazari, E., Hoseinpour, M. (2008). The effectiveness of social skills and self-esteem, anxiety, high schools. Journal of Social Psychology, 2(6): 95-116. [In Persian]

22. Rahdari, M., Modares Ghoravi, M., Tabibi, Z. (2010). The relationship between maternal personality traits and levels of expressed emotion in schizophrenic patients, Journal of Mental Health. 12(1):438-447. [In Persian]

23. Reardon, K. (1991). Persuasion in practice. Sage: Newbury Park.

24. Rosenhan, **D,** L., **Seligman**, **M. (2014).** Abnormal psychology, Psychopathology according to DSM-IV, Translator: Yahya Sayed Mohammadi, Tehran, Savalan.

25. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). Comprehensive textbook of psychiatry. (8th.ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

26. Shahmir, E., Talebi zadeh, M., Jafari fard, S. (2014). Effectiveness of returning to the community on improving social skills in schizophrenic patients. Journal of Thought and Behavior, 8(31): 28-36. [In Persian]

27. Sobhani, M., Moradi, A., Alibaigi, N., Daolatshahi, B. (2010). The effectiveness of cognitive - behavioral therapy in reducing symptoms and improving function in patients with schizophrenia. Clinical Psychology Studies, 1(1): 101-128. [In Persian]

28. Turkington D, Sensky T, Scott J, Barnes TRE,Nur U, Siddle R, et al. (2008).

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]

A randomized controlled trial of cognitivebehavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. Schizophr Res 98(1-3):1–7.

29. Ungvari GS, Caroff SN, Gerevich J. (2010). The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders. Schizophr Bull. 36: 231-238.

30. Yasrebi., K., Jazayeri, A., Poorshahbaz, A., Daolatshahi., B. (2008). The Effectiveness of Psychosocial Rehabilitation in Reducing Negative Symptoms and Improving Social Skills of Chronic Schizophrenia Patients, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14(4): 363-370. [In Persian]

31. Zadeh mohammadi, A., Haidari, M., MajdTaimori, M. (2001). The effect of music therapy on negative symptoms and mental illness breaks record, Journal of Psychology, 5(3): 231-249. [In Persian]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.4.4]