

Research Paper



Model Evaluation of Cognitive Functioning Based on Psychological Distress with the Mediating Role of the Family's Expressed Emotion in People with Schizophrenia



Seyyed Ali Tabatabaei Madani¹, Samad Fereydoni^{2*}, Mahbobeh Chinaveh³

1. PhD student in Psychology, Faculty of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Pishtazan Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63100.6349](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63100.6349)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18944.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Cognitive Functioning,
Psychological Distress,
Family's Expressed
Emotion, Schizophrenia

Received: 2024/08/22
Accepted: 2024/09/21
Available: 2025/01/01

ABSTRACT

The objective of the present study was the structural model of cognitive functioning based on psychological distress with the mediating role of the family's expressed emotion in people with schizophrenia. The research is applicative and the research method was correlational through structural equations modeling. The statistical population of the study included people suffering from schizophrenia who referred to Shafa and Parham rehabilitation centers in Isfahan in the spring of 2023. 240 people with schizophrenia were selected from the statistical population as the available sampling. The research instruments were Cognitive Performance Evaluation Questionnaire (CPEQ), Psychological Distress Questionnaire (PDQ) and Expressed Emotion Questionnaire (EEQ). The data analysis was conducted through structural equations modeling via SPSS and Amos versions 23. The results showed that psychological distress has a significant direct effect on cognitive functioning ($p < 0.05$, $\beta = -0.497$) and family's expressed emotion ($p < 0.05$, $\beta = -0.514$) of people with schizophrenia and it was able to explain 24.7 and 26.4 percent of the variance of these variables, respectively. Finally, family's expressed emotion had a significant direct effect on cognitive functioning ($p < 0.05$, $\beta = -0.433$) of people with schizophrenia and was able to explain 18.6% of the variance of this variable. Meanwhile, family's expressed emotion has a significant mediating role in the relationship between psychological distress with cognitive functioning in people with schizophrenia ($p < 0.05$). Considering the significant mediating role of family's expressed emotion, it is possible to improve the cognitive function of people with schizophrenia by using effective interventions such as emotional management and regulation training that lead to improvement of family members' interactions.



*** Corresponding Author: Samad Fereydoni**
E-mail: daneshmoa10@sums.ac.ir

مقاله پژوهشی



ارائه مدل عملکرد شناختی بر اساس آشفتگی روان‌شناختی با میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی^۱



سیدعلی طباطبایی مدنی^۱، صمد فریدونی^۲، محبوبه چین آوه^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی پیشگازان شیراز، شیراز، ایران.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63100.6349](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63100.6349)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18944.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

آشفتگی روان‌شناختی، اختلال اسکیزوفرنی، عملکرد شناختی، هیجان ابراز شده خانواده

هدف پژوهش حاضر، الگویابی ساختاری ارائه مدل عملکرد شناختی بر اساس آشفتگی روان‌شناختی با میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بود. پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مراکز بازتوانی شفا و پرهام شهر اصفهان در فصل بهار سال ۱۴۰۳ بود. از بین جامعه آماری ۲۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ارزشیابی عملکرد شناختی (CPEQ)، پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (PDQ) و پرسشنامه هیجان ابراز شده (EEQ) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، به وسیله نرم‌افزار SPSS و Amos ویرایش ۲۳ صورت گرفت. نتایج نشان داد که آشفتگی روان‌شناختی بر عملکرد شناختی ($\beta = -0.497, p < 0.05$) و هیجان ابراز شده خانواده ($\beta = -0.514, p < 0.05$) افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۴/۷ و ۲۶/۴ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. در نهایت هیجان ابراز شده خانواده دارای اثر مستقیم معنادار بر عملکرد شناختی ($\beta = -0.432, p < 0.05$) افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای اثر مستقیم معنادار بوده و ۱۸/۶ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کرده و در رابطه بین آشفتگی روان‌شناختی با عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نیز نقش میانجی معنادار ایفا کند ($p < 0.05$). با توجه به نقش میانجی معنادار هیجان ابراز شده، می‌توان با بکارگیری مداخلات موثر همانند آموزش مدیریت و تنظیم هیجانی که منجر به بهبود تعاملات اعضای خانواده می‌شود، عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی را بهبود بخشید.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

منتشر شده: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی است.

* نویسنده مسئول: صمد فریدونی

رایانامه: daneshmoa10@sums.ac.ir

مقدمه

اسکیزوفرنی^۱ یک اختلال روانی مزمن است که تقریباً یک درصد از جمعیت مردم جهان را تحت تأثیر قرار داده و با اختلالات شناختی و تظاهرات بالینی متنوع مشخص می‌شود؛ علائمی که معمولاً در دوران بلوغ یا اوایل بزرگسالی ظاهر می‌شوند (سیدمیرزایی و همکاران، ۲۰۲۳). هر چند که اسکیزوفرنی به مثابه یک بیماری واحد توصیف می‌شود، احتمالاً مرکب از یک گروه اختلالاتی است که سبب شناسی ناهمگونی داشته و بیماری‌رانی را در بر می‌گیرد که تظاهرات بالینی، پاسخ درمانی و سیر بیماری آنها یکسان نیست (هاپرکستاد^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). نشانه‌ها و علائم متغیر هستند و دربرگیرنده تغییرات در ادراک، هیجان، شناخت، تفکر و رفتار هستند. بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است اما تأثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپا است (گان، وانگ^۳، ۲۰۲۴). اسکیزوفرنی معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود تا آخر باقی می‌ماند و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند. کم توجهی و طرد اجتماعی که به دلیل ناآگاهی عمومی نسبت به این اختلال گریبانگیر بیماران می‌شود این بیماران و خانواده‌هایشان را در غالب موارد آزار می‌دهد (گادچر^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). گزارش‌ها حاکی از آن است که بیماری اسکیزوفرنی^۵، هزینه‌های گرانباری را برای جهان به همراه داشته است و هزینه‌های اجتماعی- اقتصادی و به ویژه درمانی آن، توسط بسیاری از پژوهشگران در پژوهش‌هایشان مطرح شده است (لی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). نشانه‌های عصبی موضعی و غیرموضعی که آنها را به ترتیب نشانه‌های زمخت و ظریف نیز می‌نامند، طبق گزارش‌های موجود، در مبتلایان به اسکیزوفرنی شایع‌تر از سایر بیماران روان‌پزشکی است. نشانه‌های غیرموضعی عبارت است از ناظریت کاری (دیس‌دیادوکوکینزی^۷)، فضانشناسی (آسترئوگنوزیس^۸)، رفلکس‌های بدوی^۹ و کاهش چیره دستی^{۱۰}. وجود نشانه‌ها و علائم عصبی با شدیدتر بودن بیماری، کندی حالت عاطفی و پیش آگهی بد همبستگی دارد (بارچ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). دیگر نشانه‌های عصبی نابهنجار عبارت است از پرش‌های عضلانی^{۱۲} (تیک^{۱۳}) حرکات قالبی، شکلک درآوردن، مختل شدن مهارت‌های ظریف حرکتی، نابهنجار شدن قوام عضلات حرکتی و وجود حرکات نابهنجار. اغلب بیماران از حرکات نابهنجار غیرارادی خود آگاه نیستند (هاپرکستاد و همکاران، ۲۰۲۳).

افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی ضعف در عملکرد شناختی^{۱۴} را نیز از خود نشان می‌دهند. چنانکه نتایج پژوهش کای^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۴)،

ریچارد^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۴) و جیانگ^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۴) نشان دهنده آن است که افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی عملکرد شناختی ضعیفی را تجربه می‌کنند.

چنانکه هاگن^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۳) نشان داده‌اند که نقص در کارکردها و عملکرد شناختی سبب ایجاد آشفتنی شناختی و عملکرد در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی می‌شود. اختلالات در حوزه‌های عملکرد شناختی، حافظه فعال، زبان، توجه و سرعت و هوشیاری در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش شده است (رخی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه اسکیزوفرنی یک اختلال روانی مزمن با میزان ناتوانی بالا بوده اما از نظر بالینی، اسکیزوفرنی در بسیاری از بیماران در نهایت وارد مرحله بهبود نسبی می‌شود (لی^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۲). در این مرحله اگر چه علائمی مانند توهم و هذیان کاهش می‌یابد، اما معمولاً در عملکرد بهبودی حاصل نمی‌شود. نقص عملکرد شناختی گاهی اوقات در بیماران اسکیزوفرنی در مرحله عدم بهبود نیز باقی می‌ماند و معلولیت مرتبط با اسکیزوفرنی تا حد زیادی به دلیل اختلال در عملکرد شناختی در این مرحله است (ژائو^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۹). در حقیقت، عملکرد شناختی یکی از ویژگی‌های اصلی بیماران اسکیزوفرنی است. عملکرد شناختی به مجموعه‌ای از فرآیندهای فکری اطلاق می‌شود که به درک و آگاهی از تفکرات و ایده‌ها منجر می‌شود. این مجموعه فکری شامل تمامی ابعاد ادراک، تفکر، استدلال و به یاد آوردن می‌باشد (گارسیا فرناندز^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۰). عملکرد شناختی در اسکیزوفرنی به طور مداوم با عملکرد زندگی واقعی، اشتغال و استقلال زندگی مرتبط است (هاروی^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۹). تأثیر منفی عملکرد شناختی بر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، همراه با فقدان درمان‌های موجود، این امر را به یکی از نیازهای مهم درمانی برآورد نشده در اسکیزوفرنی تبدیل کرده است (آدامویز^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال در عملکرد شناختی با کاهش کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی همراه است (بین^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۴). این در حالی است که نتایج پژوهش مارفی^{۲۶} و همکاران (۲۰۲۴) و باربالات^{۲۷} و همکاران (۲۰۲۴) بیانگر آن است که کاهش عملکرد شناختی و اجرایی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی با کاهش کیفیت زندگی، سلامت روان شناختی و هیجانی مواجه می‌سازد.

15. Cai
16. Rachid
17. Jiang
18. Haugen
19. Rekhi
20. Li
21. Zhao
22. Garcia-Fernandez
23. Harvey
24. Adamowicz
25. Yin
26. Murphy
27. Barbalat

1. Schizophrenia
2. Hoprekstad
3. Gan, Wang, Liu, Wang
4. Gaudecker
5. Schizophrenia
6. Lee
7. dysdiadochokinesia
8. astereognosis
9. Primitive reflexes
10. reduced mastery
11. Barch
12. Muscle jumps
13. Tick
14. Cognitive function

که بیماران اسکیزوفرنی هیجان ابراز شده کمی را از طرف خانواده دریافت می‌کنند (پارک^{۱۵}، ۲۰۱۸).

اگرچه شناخت عواطف دیگران و ابراز احساسات برای سازگاری اجتماعی موفق بیماران اسکیزوفرنی بسیار مهم است، اما مطالعات یک برنامه مدیریت هیجان ابراز شده که در یک محیط بالینی اجرا شد، نشان داد که هیجان ابراز شده، رفتارهای اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود می‌بخشد ضمن اینکه هیجان ابراز شده می‌تواند موجب تغییرات مثبتی در روابط شخصی شده و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را بهبود بخشد (نگ، یو و لنگ^{۱۶}، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش دیگری نشان داده است که تشخیص بیان هیجان، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود می‌بخشد (چو و جانگ^{۱۷}، ۲۰۱۹). این در حالی بود که نتایج پژوهش دهقانی، ضیایی و عاصمی زواره (۱۴۰۰) و گیلانی‌فر، آهی، خیرخواه و شهابی زاده (۱۴۰۲) نشان دهنده آن است که هیجان ابراز شده خانواده می‌تواند نقش میانجی معنادار در رابطه بین متغیرهای شناختی و روان‌شناختی را ایفا نماید.

هیجان ابراز شده ساختاری است که توضیح می‌دهد چگونه یکی از اعضای خانواده یا مراقبین، هنگام صحبت کردن، احساسات خود را در مورد یکی دیگر از اعضای خانواده تحت شرایط ذهنی ابراز می‌کند (سادات، کامار و کارلسون^{۱۸}، ۲۰۱۹). هیجان ابراز شده بیانگر جو هیجانی خانواده است و شامل نگرش انتقادی^{۱۹}، خصومت^{۲۰} و درگیری مفرط هیجانی^{۲۱} می‌شود. این جو در غالب هیجان‌ها، نگرش‌ها و رفتارها تظاهر می‌یابد و این فضای هیجانی در ارتباط با یکی از اعضای خانواده که دارای بیماری حادی است، ابراز می‌شود (وانگ^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۳). هیجان ابراز شده شاخص دمای عاطفی در محیط خانواده بوده که بیانگر شدت واکنش عاطفی اعضای خانواده و نشان دهنده کمبود محبت یا نگرانی بیش از حد فرد است (کوهن^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۲). چنانکه هیجان ابراز شده به مانند یک «چتر» شامل مجموعه‌ای از رفتارها، نگرش‌ها و عواطف در روابط خانوادگی تعریف شده است. هیجان ابراز شده مفهومی روان‌شناختی است که بیانگر کیفیت روابط دورن خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی است (لکس، هاتزینگر و مایر^{۲۴}، ۲۰۱۹). هیجان ابراز شده یک عامل پیش آگهی برای عود در اسکیزوفرنی از طریق نظرات انتقادی، خصومت و درگیری بیش از حد عاطفی است (آورام^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۲).

در ضرورت انجام این پژوهش می‌توان بیان نمود، اسکیزوفرنی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جدی اختلالات روانی است که منجر به تغییر ادراک،

یکی دیگر از متغیرها که در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی به چشم می‌خورد آشفتگی روان‌شناختی^۱ است (چن و همکاران^۲، ۲۰۱۶). این در حالی است که نتایج پژوهش هیل و آدالپی^۳ (۲۰۲۴) و تساهاکارا^۴ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دهنده آن است که آشفتگی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد. آشفتگی روان‌شناختی، با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روان پزشکی دیگر مشخص می‌شود (شاکری و اصلی آزاد، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها، نشان داده است که افرادی که از آشفتگی روان‌شناختی کمتری برخوردارند میزان امیدآوری و سلامت روان بیشتری را گزارش می‌کنند (داگلی^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). افزایش سطح آشفتگی روان‌شناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است (گیگیا^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). چنانکه تانگ، بایرن و کین^۷ (۲۰۱۸) نشان داده‌اند آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند افزایش احتمال خودکشی را در پی داشته باشد. بنابر یافته نودا، تاکاهاشی و ماری^۸ (۲۰۱۸) آشفتگی روان‌شناختی سطح همدلی را در افراد کاهش می‌دهد و بر این اساس، این عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است و با کیفیت زندگی پایین، هزینه‌های بالاتر و مراقبت‌های بهداشتی همبسته است. از آنجا که آشفتگی روان‌شناختی قابل درمان است، شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت کننده در برابر آن به منظور پیشگیری مهم است (لیو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

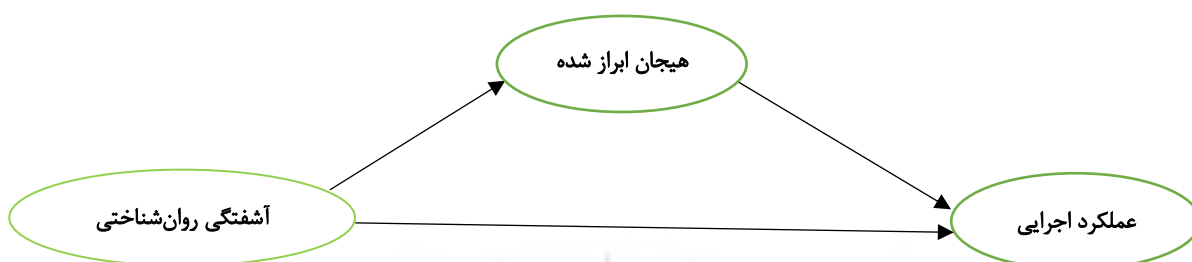
یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد با جلب حمایت هیجانی خانواده می‌تواند شرایط مربوط به کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی را کاهش دهد، هیجان ابراز شده خانواده^{۱۰} است (خانی‌پور، گلزاری، شمس، زارع و کرملو، ۱۳۹۲). محیط خانوادگی و هیجانات ابراز شده بیماران در این محیط می‌تواند در پیش بینی علائم بازگشت بیماری اسکیزوفرنی مؤثر باشد (ماززا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این نتایج پژوهش آدیفرد-جارامیلو و آلبا-گارسیا^{۱۲} (۲۰۲۲) و نگ، فانگ و گائو^{۱۳} (۲۰۲۰) نشانگر آن است که هیجان ابراز شده خانواده می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش آشفتگی روانی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی شود. بر اساس نتایج یک مطالعه متاآنالیز که در زمینه هیجان ابراز شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (چو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷)، انجام گرفت مشخص گردید که این بیماران بیشتر در مقایسه با افراد سالم، احساسات منفی (مانند افسردگی) را تجربه می‌کنند تا احساسات مثبت. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است

14. Cho
15. Park
16. Ng, Yu, Leung
17. Cho, Jang
18. Sadath, Kumar, Karlsson
19. Critical attitude
20. Hostility
21. Emotional over involvement
22. Wang
23. Cohen
24. Lex, Hautzinger, Meyer
25. Avraam

1. Psychological distress
2. Chen
3. Heyl, Addepallo
4. Tsukahara
5. Duggleby
6. Ghiggia
7. Tang, Byrne, Qin
8. Noda, Takahashi, Murai
9. Luo
10. expressed emotion of the family
11. Mazza
12. Audiffred-Jaramillo, Alba-García
13. Ng, Fung, Gao

تأثیر به سزایی در سبک زندگی خود بیمار و کنترل بهتر علائم مثبت این اختلال داشته باشد و در کنار این مهم خانواده هم می‌تواند به عنوان حمایت‌کننده‌ی اصلی این دسته از افراد فرصت و بستری مناسب‌تر برای نگره‌داری مددجو داشته باشد. با توجه به مطالب بیان شده، به منظور ارائه هرچه بهتر خدمات و شناسایی ارتباط بین آشفته‌گی روان‌شناختی با عملکرد شناختی بیماران اسکیزوفرن و نقش میانجی هیجان ابراز شده، انجام این پژوهش می‌تواند خلأ تحقیقاتی موضوع را نیز پر نماید. به همین دلیل انجام پژوهشی که در آن نقش میانجی‌گری هیجان ابراز شده‌ی خانواده در ارتباط بین آشفته‌گی روان‌شناختی با عملکرد شناختی بیماران اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار گیرد دارای اهمیت بوده و لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

احساس، شناخت، تفکر و رفتار می‌گردد. هر دوی بیمار و اعضای خانواده اغلب از مراقبت ضعیف و انزوای اجتماعی به دلیل ناآگاهی گسترده از این اختلال رنج می‌برند. در خانواده‌هایی با سطوح پایینی از هیجان ابراز شده، میزان عود اسکیزوفرنی بالاست. بیکاری بیماران و هزینه متحمل شده خانواده به علت بیماری فرد دارای اختلال اسکیزوفرنی، موجب ابراز هیجانات و احساسات منفی خانواده می‌گردد که به نوبه خود باعث افزایش خطر عود افراد تحت مراقبت می‌گردد. با توجه به اینکه در اختلالات طیف اسکیزوفرنی، نشانه‌هایی از جمله طرد شدن از جامعه، منزوی شدن، عدم رعایت بهداشت فردی، بی‌انگیزگی و کاهش چشم‌گیر فعالیت‌های اجتماعی دیده می‌شود، تشخیص صحیح برای قرار گرفتن هر مددجو در گروه‌های ذکرشده می‌تواند



ابزار سنجش

پرسشنامه آشفته‌گی روان‌شناختی (PDQ):^۱ پرسشنامه آشفته‌گی روان‌شناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسler^۲ و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۰-۴ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه آشفته‌گی روان‌شناختی نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی هیجانی کسler و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب (CIDI) می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (اندروز و اسلید، ۲۰۰۳). افزون بر آن، پرسشنامه آشفته‌گی روان‌شناختی دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربال‌گری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای کنترل و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (کسler و همکاران، ۲۰۰۲). سودمندی استفاده از این پرسشنامه توسط اندروز و اسلید (۲۰۰۳) تایید شده است. مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی است (گرین و کاراکا^۴، ۲۰۱۰). واسیلیادیس^۵ و همکاران (۲۰۱۵) پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) نیز در ایران در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگر روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

روش

پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش توصیفی-همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به مراکز بازتوانی شفا و پرهام شهر اصفهان در فصل بهار سال ۱۴۰۳ بود. از بین جامعه آماری ۲۴۰ نفر (با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک انتخاب بیماران تشخیص قطعی اسکیزوفرنی بر مبنای تشخیص روان‌پزشک و بر اساس معیار DSM-5 بود. در بدین صورت با مراجعه به مراکز بازتوانی شفا و پرهام اصفهان از افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و خانواده‌های آنان درخواست شد که پرسشنامه‌های پژوهش ارائه شده به آنان را پاسخ دهند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: بیمار حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن باشد. بیمار دچار آسیب مغزی، دمانس و نولوژیک خاص که نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد، نباشد. بیمار در مدت چهار ماه اخیر شوک دریافت نکرده باشد. حداقل ۶ ماه قبل از مطالعه، الکتروشوک دریافت نکرده باشد. بیمار در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال باشد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، پاسخ مخدوش به پرسشنامه و بروز حوادث پیش‌بینی نشده موثر بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این به این افراد اطمینان داده شده که اطلاعات آنها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

پرسشنامه ارزیابی عملکرد شناختی (CPEQ):^۱ پرسشنامه ارزیابی عملکرد شناختی توسط فولستین، فولستین و مک‌هوگ^۲ (۱۹۷۵) ساخته شد و متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی در سطح جهان است که به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های مختلف استاندارد شده است. این آزمون کوتاه و مختصر بوده و می‌توان آن را در ۱۰ دقیقه یا کمتر اجرا کرد (اوتفرد و استر^۳، ۱۹۹۸). حوزه‌های شناختی که در این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند عبارتند از: جهت‌یابی^۴، ثبت کلمات^۵، توجه و محاسبه^۶، حافظه نزدیک^۷، عملکردهای مختلف زبانی^۸ و تفکر دیداری-فضایی^۹. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال و کل امتیاز حاصل از آن ۳۰ نمره است که نمره ی کمتر از ۲۳ به احتمال وجود اختلال شناختی اشاره می‌کند. هر پاسخ درست یک امتیاز داشته و دامنه نمرات هر آزمودنی بین صفر تا ۳۰ متغیر است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده عملکرد شناختی بهتر فرد است. روسلی، تاپین، ویلیامز و سالواتیرا^{۱۰} (۲۰۰۶) میزان روایی سازه پرسشنامه را ۰/۹۱ و مطلوب ارزیابی کردند. همچنین میزان پایایی را نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های جهت‌یابی، ثبت کلمات، توجه و محاسبه، حافظه نزدیک، عملکردهای مختلف زبانی و تفکر دیداری-فضایی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ محاسبه نمودند (رائو، اسپرو، هندل و اونیک^{۱۱}، ۲۰۰۸). در پژوهش رضائی، یوسف زاده، موسوی کاظم نژاد لیلی و خدادادی (۱۳۹۲) میزان همسانی درونی گویه‌های پرسشنامه ارزیابی عملکرد شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. همچنین میزان روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش کردند (رضائی و همکاران، ۱۳۹۲). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش نریمانی و شربتی (۱۳۹۴) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه هیجان ابراز شده (EEQ):^{۱۲} پرسشنامه هیجان ابراز شده ساخته شده توسط کول و کازاریان^{۱۳} (۱۹۸۸) نقل از راهداری، مدرس غروی و طبیبی، (۱۳۸۹) است. این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است. این پرسشنامه زیرمقیاس‌های مزاحمت و مداخله‌گری^{۱۴}، پاسخ هیجانی^{۱۵}، نگرش منفی نسبت به بیماری^{۱۶} و تحمل/انتظار^{۱۷} را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پرسشنامه علاوه بر نمرات چهار زیرمقیاس بیان شده، یک نمره کلی نیز به دست می‌آید. نمره‌گذاری این مقیاس با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ به ندرت نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، اکثر اوقات نمره ۳ و همیشه نمره ۴ تعلق می‌گیرد و همچنین سؤالات شماره ۱،

۲، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۴، ۳۸، ۴۰، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۱، ۵۳، ۵۷ و ۵۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره ۶۰ و بیشترین نمره ۲۴۰ است. در این پرسشنامه نمرات بالا مشخص کننده سطوح بالای هیجان ابراز شده می‌باشد. کول و کازاریان (۱۹۹۸) نقل از راهداری، مدرس غروی و طبیبی، (۱۳۸۹) روایی سازه این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین آنان میزان پایایی زیرمقیاس‌های نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی و نمره کل پرسشنامه را بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس مزاحمت یا مداخله‌گری ۰/۶۷، پاسخ هیجانی ۰/۸۹، نگرش منفی نسبت به بیماری ۰/۸۴، تحمل و انتظار ۰/۷۸ و در کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (راهداری، مدرس غروی و طبیبی، ۱۳۸۹). همچنین میزان روایی محتوایی پرسشنامه هیجان ابراز شده مطلوب و به میزان ۰/۸۷ گزارش شده است (راهداری، مدرس غروی و طبیبی، ۱۳۸۹). در مطالعه حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

روش تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل یافته‌ها در دو بخش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی) و آمار استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) و آزمون بوت استروپ انجام شد. فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Amos (هر دو نرم‌افزار ویرایش ۲۳) صورت گرفت.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۲۴۵ نفر بود که ۱۷۳ نفر مرد (۷۰/۶۱ درصد) و ۷۲ نفر زن (۲۹/۳۹ درصد) بودند. همچنین میانگین سنی بیماران مرد حاضر در پژوهش ۴۲/۸۸ و میانگین سنی بیماران زن حاضر در پژوهش ۴۸/۴۰ سال بود. در ابتدا به ارائه یافته‌های توصیفی پرداخته می‌شود.

10. Rosselli, Tappen, Williams, Salvatierra
11. Rao, Spiro, Handel, Onyike
12. Expressed Emotion Questionnaire
13. Cole, Kazarian
14. Intrusiveness
15. Emotional Response
16. A Negative Attitude Toward Illness
17. Tolerance/Expectations

1. Cognitive Performance Evaluation Questionnaire
2. Folstein, Folstein & McHugh
3. Otfried, Esther
4. Orientation
5. Registration
6. Attention-Calculation
7. Recent memory
8. Language function
9. Visuspatial thinking

جدول ۱: یافته‌های توصیفی آشفته‌گی روان‌شناختی، هیجان ابراز شده خانواده و عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نمره کل آشفته‌گی روان‌شناختی	۳۰/۲۳	۵/۲۶
نمره کل هیجان ابراز شده خانواده	۸۴/۱۱	۹/۷۴
زیرمقیاس‌های هیجان ابراز شده خانواده	مزاحمت و مداخله‌گری	۲۱/۱۶
	پاسخ هیجانی	۲۳/۱۷
	نگرش منفی نسبت به بیماری	۲۰/۴۲
	تحمل / انتظار	۲۱/۳۶
نمره کل عملکرد شناختی	۲۷/۸۵	۵/۵۱
زیرمقیاس‌های عملکرد شناختی	حافظه کاری	۱۸/۲۳
	بازداری	۹/۶۲

گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای آشفته‌گی روان‌شناختی، هیجان ابراز شده خانواده و عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی رعایت شده است ($p < 0.05$).

پس از ارائه یافته‌های توصیفی متغیرها به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس پیش‌فرض همگنی واریانس توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار

جدول ۲: نتایج آزمون کلموگراف، اسمینروف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای آشفته‌گی روان‌شناختی، هیجان ابراز شده خانواده و عملکرد شناختی

نرمال بودن توزیع نمرات	آماره	درجه آزادی	معناداری
آشفته‌گی روان‌شناختی	۰/۱۶	۲۴۰	۰/۱۹
هیجان ابراز شده خانواده	۰/۱۱	۲۴۰	۰/۲۰
عملکرد شناختی	۰/۱۰	۲۴۰	۰/۲۰

همانگونه که در جدول ۲ مشخص است نتایج آزمون کلموگروف-اسمینروف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای آشفته‌گی روان‌شناختی، هیجان ابراز شده خانواده و عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی برقرار است ($p < 0.05$).

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین آشفته‌گی روان‌شناختی، هیجان ابراز شده خانواده و عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی

متغیرها	آشفته‌گی روان‌شناختی	هیجان ابراز شده خانواده	عملکرد شناختی
آشفته‌گی روان‌شناختی	۱		
هیجان ابراز شده خانواده	۰/۵۷**	۱	
عملکرد شناختی	۰/۵۳**	۰/۴۷**	۱
	معناداری	معناداری	معناداری

** $p = 0.01$, * $p = 0.05$

بر اساس آشفته‌گی روان‌شناختی با میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی پرداخته می‌شود. در ابتدا به برازندگی مدل پیشنهادی پرداخته می‌شود. برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۳ مشخص است بین متغیرهای پژوهش به صورت دو به دو رابطه معنادار وجود دارد. حال پس از اطمینان از وجود همبستگی بین مولفه‌ها به بررسی جدول ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل معادلات ساختاری عملکرد شناختی

شده است. پیش از ارائه توضیحات مربوط به جدول ۴ اشاره به چند نکته ضروری است. از نظر کلی یک الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید دارای χ^2 دو غیرمعنادار، نسبت χ^2 به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)^۲ و شاخص برازندگی هنجار شده^۳ (NFI) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته^۴ (AGFI) بالاتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد^۵ (PCFI)

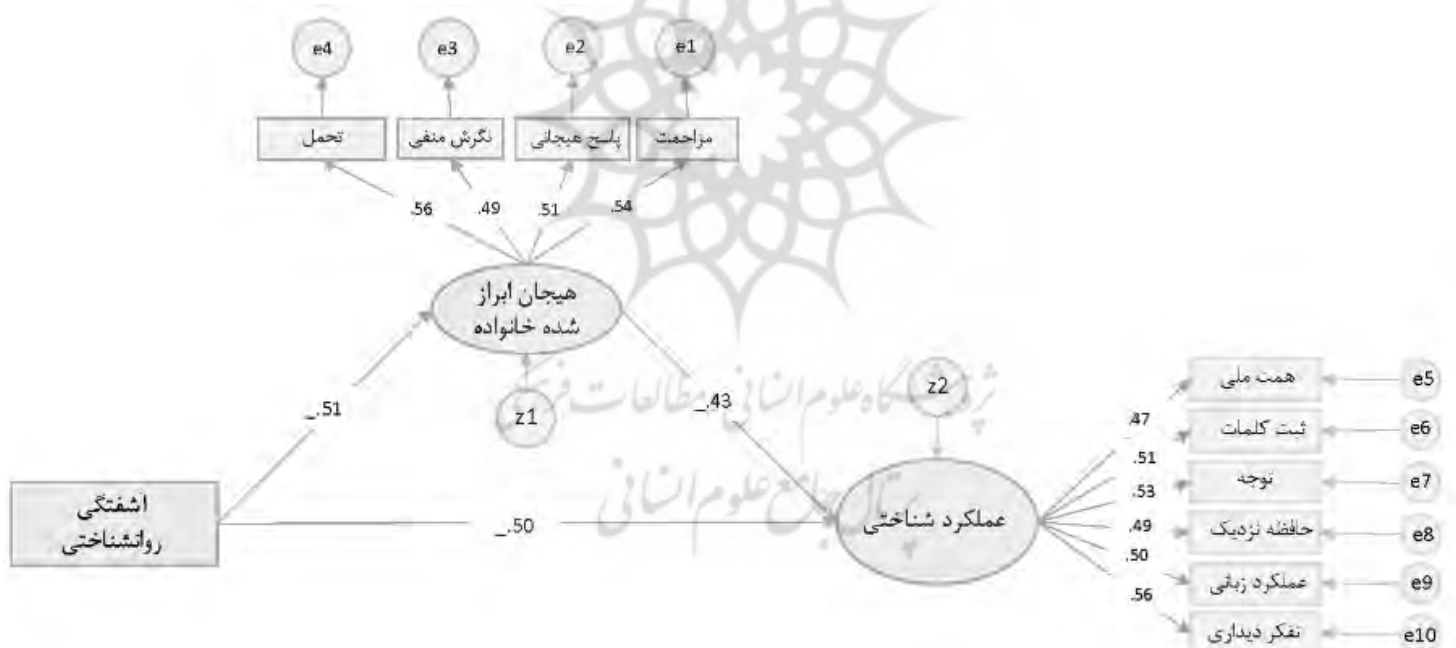
بالاتر از ۰/۵۰، شاخص برازش افزایشی^۶ (IFI) بزرگتر از ۰/۹ و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا^۷ (AMSE) کوچکتر از ۰/۰۹ باشد. ذکر این نکته بسیار ضروری است که اصلی‌ترین فاکتور قضاوت برازش مدل، توجه به تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (RMSEA) است. چرا که این عامل از تعداد حجم نمونه تاثیر نمی‌پذیرد.

جدول ۴: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش

RMSEA	NFI	PCFI	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	P	CMIN/df	df	CMIN
۰/۰۷۸	۰/۹۷۷	۰/۷۲۷	۰/۹۶۹	۰/۹۶۴	۰/۹۶۱	۰/۹۳۶	۰/۹۶۳	۰/۲۹	۱/۱۲	۲۳۷	۲۶۵/۵۶

شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۶۹ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد (PCFI) برابر با ۰/۷۲۷ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۵۰)؛ شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۷۷ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۷۸ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۰/۰۹) است. این یافته‌های نشانگر برازش مناسب مدل پیشنهادی است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه آزمودنی‌ها شاخص نسبت مجذور χ^2 بر درجه آزادی^۸ (CMIN/df) برابر با ۱/۱۲ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۳)؛ شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۶۳ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر با ۰/۹۳۶ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۰)؛ شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر با ۰/۹۶۱ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛ شاخص توکرلوپس (TLI) برابر با ۰/۹۶۴ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)؛



شکل ۱: الگوی ساختاری نهایی مدل عملکرد شناختی بر اساس و آشفتگی روان‌شناختی با میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی

5. Parsimonious comparative fitness index
6. Incremental fit index
7. Approximation of root mean squared error
8. Chi-square ratio index/ Degrees of freedom

1. goodness of fit index
2. Comparative fit index
3. Normalized fitness index
4. Adjusted goodness of fit index

جدول ۵: ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل عملکرد شناختی بر اساس آشفته‌گی روان‌شناختی با میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی

مسیرهای مدل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی (t)	ضرایب استاندارد	مقدار معناداری	ضریب تعیین
آشفته‌گی روان‌شناختی ← هیجان ابراز شده خانواده	-۰/۸۵۲	۰/۱۴	-۶/۰۹	-۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴
آشفته‌گی روان‌شناختی ← عملکرد شناختی	-۰/۶۴۷	۰/۱۱	-۵/۸۸	-۰/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
هیجان ابراز شده خانواده ← عملکرد شناختی	۰/۵۴۲	۰/۱۲	۴/۵۲	۰/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶

اثر مستقیم معنادار بوده و ۱۸/۶ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کرده و در رابطه بین آشفته‌گی روان‌شناختی با عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نیز نقش میانجی معنادار ایفا کند ($p < ۰/۰۵$).
حال برای بررسی نقش میانجی‌گری متغیر هیجان ابراز شده خانواده در رابطه بین آشفته‌گی روان‌شناختی با عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی از آزمون بوت استرپ^۱ استفاده شد.

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، آشفته‌گی روان‌شناختی بر عملکرد شناختی ($\beta = -۰/۴۹۷, p < ۰/۰۵$) و هیجان ابراز شده خانواده ($\beta = -۰/۵۱۴, p < ۰/۰۵$) افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۴/۷ و ۲۶/۴ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. در نهایت هیجان ابراز شده خانواده دارای اثر مستقیم معنادار بر عملکرد شناختی ($\beta = ۰/۴۳۲, p < ۰/۰۵$) افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای

جدول ۶: نتایج آزمون بوت استرپ برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان	اثرات غیرمستقیم
آشفته‌گی روان‌شناختی	هیجان ابراز شده خانواده	عملکرد شناختی	-۰/۱۴۷	-۰/۶۳	۰/۹۵	۰/۲۲۲

مربوط به قطعه پیشانی مغز بوده و عملکرد اجرایی آنان را سازماندهی و مدیریت می‌کند، دچار ضعف شده و این روند باعث شود تا عملکرد شناختی آنان نیز مختل و کاهش یابد. در تبیینی دیگر باید گفت افرادی که دارای آشفته‌گی روان‌شناختی هستند، امیدآوری و سلامت روان آنان نیز کاهش می‌یابد (داگلی و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس وقتی سلامت روان شناختی، هیجانی و شناختی افراد در اثر بروز آشفته‌گی روان‌شناختی دچار آسیب شود، آنان نمی‌توانند پردازش، مدیریت و ابراز هیجانی سازمان یافته و بهنجاری را از خود در محیط اجتماعی و خانوادگی بروز داده و در نتیجه هیجان ابراز شده آنان در سطح پایینی قرار می‌گیرد. این در حالی است که مطابق نتایج پژوهش گیگیا و همکاران (۲۰۲۲) افزایش سطح آشفته‌گی روان‌شناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلا به بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است که این روند خود دلیلی بر کاهش عملکرد شناختی، روانی و هیجانی افراد است. در تبیینی تکمیلی باید اشاره نمود که مطابق یافته نودا، تاکاهاشی و مارای (۲۰۱۸) آشفته‌گی روان‌شناختی باعث می‌شود سطح همدلی افراد کاهش یابد. بر این اساس وقتی فرد دچار آشفته‌گی روان‌شناختی می‌شود می‌توان انتظار داشت که همدلی او نسبت به اعضای خانواده کاهش یافته و در نتیجه این روند باعث شود تا وی هیجان مثبت کمتری را از خود بروز داده و در نتیجه دچار خمودگی در ابراز هیجان در محیط خانواده شود.

یافته نهایی پژوهش حاضر نشان داد که هیجان ابراز شده خانواده دارای اثر مستقیم معنادار بر عملکرد شناختی ($\beta = -۰/۴۳۲, p < ۰/۰۵$) افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای اثر مستقیم معنادار بوده و ۱۸/۹ درصد از

با توجه به نتایج جدول ۶ و در نظر گرفتن اینکه صفر در محدوده بالا و پایین نمرات قرار نگرفته است، نقش میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در رابطه بین آشفته‌گی روان‌شناختی با عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، الگویابی ساختاری ارائه مدل عملکرد شناختی بر اساس آشفته‌گی روان‌شناختی با میانجی‌گری هیجان ابراز شده خانواده در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بود. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد آشفته‌گی روان‌شناختی بر عملکرد شناختی ($\beta = -۰/۴۹۷, p < ۰/۰۵$) و هیجان ابراز شده خانواده ($\beta = -۰/۵۱۴, p < ۰/۰۵$) افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای اثر مستقیم معنادار بوده و توانسته به ترتیب ۲۴/۷ و ۲۶/۴ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. یافته حاضر با نتایج پژوهش هیل و آداپلی (۲۰۲۴) و تساهاکارا و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. چنانکه نتایج پژوهش این پژوهشگران نشان داده است که آشفته‌گی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی می‌تواند کیفیت زندگی، سلامت روانی و هیجانی آنان را کاهش دهد. در تبیین یافته حاضر باید گفت آشفته‌گی روان‌شناختی که با نشانه‌هایی مانند خلق پایین و آسیب‌پذیر، اضطراب، افسردگی و استرس همراه است (شاکری و اصلی آزاد، ۱۴۰۳)، سبب می‌شود تا افراد دچار بدکارکردی و بی‌نظمی شناختی و هیجانی شوند. چنین روندی باعث می‌شود تا افراد دارای آشفته‌گی روان‌شناختی در پردازش‌های شناختی که

وارپانس این متغیر را تبیین کرده و در رابطه بین آشفتگی روان‌شناختی با عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نیز نقش میانجی معنادار ایفا کند. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه ماززا و همکاران (۲۰۲۲) گزارش کرده‌اند که محیط خانوادگی و هیجانات ابراز شده بیماران می‌تواند در پیش بینی علائم بازگشت بیماری اسکیزوفرنی مؤثر باشد. همچنین همسو با یافته حاضر آدیفرد- جارامیلو و آلبا- گارسیا (۲۰۲۲) و نگ، فانگ و گائو (۲۰۲۰) دریافتند که هیجان ابراز شده خانواده می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش آشفتگی روانی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی شود. این در حالی بود که نتایج پژوهش دهقانی، ضیایی و عاصمی زواره (۱۴۰۰) و گیلانی‌فر و همکاران (۱۴۰۲) نشان دهنده آن است که هیجان ابراز شده خانواده می‌تواند نقش میانجی معنادار در رابطه بین متغیرهای شناختی و روان‌شناختی را ایفا نماید. در تبیین یافته حاضر باید گفت فرایندهای مربوط به هیجان سبب کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و روش استفاده مثبت از هیجان‌ها می‌شود (ماززا و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین هیجان ابراز شده زمینه‌ای را فراهم می‌سازد که افراد در بیان هیجاناتشان در برابر توقعات محیطی و خانوادگی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل ایجاد نمایند (آدیفرد- جارامیلو و آلبا- گارسیا، ۲۰۲۲). این روند باعث می‌شود تا افراد با داشتن توانمندی ابراز هیجانی در محیط خانوادگی بتوانند تعامل سازنده‌تری با اعضای خانواده برقرار نموده و در نتیجه هیجان ابراز شده بیشتری را از خود نشان داده و ضمن افزایش سلامت روانی و هیجانی، از میزان آشفتگی روان‌شناختی آنان نیز کاسته شود. در تبیینی دیگر باید گفت هیجان ابراز شده ساختاری است که توضیح می‌دهد چگونه اعضای خانواده، احساسات خود را در مورد یکی دیگر از اعضای خانواده تحت شرایط ذهنی ابراز می‌کند (سادات، کامار و کارلسون، ۲۰۱۹). چنین فرایندی نیز می‌تواند به مرور منجر به شکل‌گیری هیجان مثبت، بهبود سلامت روان، کاهش اضطراب (به عنوان هیجانی منفی) و در نتیجه کاهش علائم استرس و آشفتگی روان‌شناختی شود. در تبیینی تکمیلی باید بیان نمود که هیجان ابراز شده شاخص حمایت عاطفی در محیط خانوادگی بوده که بیانگر شدت واکنش عاطفی اعضای خانواده و نشان دهنده کمبود محبت یا نگرانی بیش از حد فرد است (کوهن و همکاران، ۲۰۲۲). این مفهوم مجموعه‌ای از رفتارها، نگرش‌ها و عواطف در روابط خانوادگی را در بر می‌گیرد که سبب می‌شود کیفیت روابط دوران خانوادگی بیماران تحت تاثیر قرار گیرد (لکس، هاتزینگر و مایر، ۲۰۱۹). چنین روندی باعث می‌شود تا اعضای خانواده با ابراز‌گری هیجانی نسبت به یکدیگر باعث شکل‌گیری شبکه حمایت اجتماعی در نهاد خانواده شده و در نتیجه با بهبود عملکرد خانوادگی، کاهش آشفتگی روان‌شناختی نیز به وقوع بپیوندد. علاوه بر این هیجان ابراز شده سبب می‌شود تا افراد با بکارگیری راهبردهای خودتنظیم‌گری از بازارزیایی، نشخوار فکری و خوداظهاری منفی در محیط خانواده جلوگیری کرده و تلاش نمایند تا رابطه درون‌فردی و بین‌فردی خود را با بکارگیری هیجانات و برداشت‌های مثبت از دیگر جنبه‌های زندگی شخصی و خانوادگی، گسترش داده و با برقراری روابط سازنده مبتنی بر هیجانات مثبت، سبب شود تا آرامش روانی و هیجانی بالاتری برخوردار شوند. کسب آرامش روانی و درونی نیز می‌تواند

به کاهش آشفتگی روان‌شناختی بینجامد. در تبیینی دیگر باید گفت هیجان ابراز شده راهبردهای فتاری و هیجانی آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای را به افراد می‌آموزد که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی بکار برده می‌شود. پاسخ‌های هیجانی اطلاعات مهمی درباره تجربه فردی فراهم می‌کند. با این اطلاعات افراد یاد می‌گیرند، که در مواجهه با هیجانات منفی چه واکنشی نشان دهند، چگونه تجارب هیجانی آزار دهنده را مدیریت نمایند و چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجانات بکار برند. توجه به این فرایندها می‌تواند این چنین رهنمون باشد که هیجان ابراز شده می‌تواند با آگاهی هیجانی، مدیریت و ابراز مناسب آن، زمینه‌ای را فراهم سازد که افراد به میزان بیشتری از راهبردهای فعالانه حل مساله هیجانی بهره بده و در نتیجه این روند کاهش آشفتگی روان‌شناختی را در پی دارد.

محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مراکز بازتوانی شفا و پرهام شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت مالی خانواده‌ها، موقعیت اجتماعی آنها و میزان پیشرفت بیماری در هر یک از بیماران از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماران و کنترل عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به نقش میانجی معنادار هیجان ابراز شده، می‌توان با بکارگیری مداخلات مؤثر همانند آموزش مدیریت و تنظیم هیجانی که منجر به بهبود تعاملات اعضای خانواده می‌شود، عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی را بهبود بخشید. در پیشنهاد کاربردی دیگر می‌توان گفت می‌توان با بکارگیری مداخلات مبتنی بر هیجان، هیجان ابراز شده در بین اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی را افزایش داده و این روند سبب می‌شود تا کیفیت ارتباطی آنان با فرد مبتلا بهبود یافته و از این طریق انتظار داشت از سطح آشفتگی روان‌شناختی آنان کاسته شود.

منابع

- خانی‌پور، ح.، گلزاری، م.، شمس، ج.، زارع، ه. و کرملو، س. (۱۳۹۲). رابطه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با هیجان ابراز شده در اعضای خانواده افراد با اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی. *خانواده پژوهی*، ۹(۳۴)، ۲۴۱-۲۵۴.
- دهقانی، ف.، ضیایی، ف. و عاصمی زواره، ن. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای ابعاد هوش معنوی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و هیجان ابراز شده در مراقبین بیماران مبتلا به صرع. *علوم اعصاب شفای خاتم*، ۹(۳)، ۷۳-۸۲.
- راهداری، م.، مدرس غروی، م. و طبیبی، ز. (۱۳۸۹). رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سطح هیجان ابراز شده در مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۱۲(۱)، ۴۳۸-۴۴۷.
- رضائی، س.، یوسف زاده، ش.، موسوی، س.ج.، کاظم نژاد لیلی، ا.، خدادادی، ن. (۱۳۹۲). ساخت مدل پیش‌بینی کننده به منظور شناخت عوامل خطرزای پدیدآیی اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۱۱۷(۱)، ۴۰-۵۳.

- Cho, H., Gonzalez, R., Lavaysse, L.M., Pence, S., Fulford, D., Gard, D.E. (2017). Do people with schizophrenia experience more negative emotion and less positive emotion in their daily lives? A meta-analysis of experience sampling studies. *Schizophrenia Research*, 183, 49–55.
- Cho, M., Jang, S.J. (2019). Effect of an emotion management programme for patients with schizophrenia: A quasi-experimental design. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 592–604.
- Cohen, L., Sher-Censor, E., Oppenheim, D., Dassa, A., Ayalon, L., Palgi, Y. (2022). Nursing aides' mentalization, expressed emotion, and observed interaction with residents with dementia: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*, 45, 100–107.
- Duggleby, W.D., Williams, A., Holstlander, L., Thomas, R., Cooper, D., Hallstrom, L.K., Ghosh, S., Rourke, H. (2014). Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self efficacy and mental health. *Rural and remote health*, 14, 2561–2567.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (۱۹۷۵). Mini-Mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12(3), 189–198.
- Gan, L., Wang, L., Liu, H., Wang, G. (2024). Based on neural network cascade abnormal texture information dissemination of classification of patients with schizophrenia and depression. *Brain Research*, 1830, 1488–1492.
- Garcia-Fernandez, L., Cabot-Ivorra, N., Romero-Ferreiro, V., Pérez-Martín, J., Rodríguez-Jimenez, R. (2020). Differences in theory of mind between early and chronic stages in schizophrenia. *J. Psychiatr. Res*, 127, 35–41.
- Gaudecker, J.R., Agbapuonwu, N., Kyololo, O., Sathyaseelan, M., Oruche, U. (2022). Barriers and facilitators to treatment seeking behaviors for depression, epilepsy, and schizophrenia in low- and middle-income countries: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 11–19.
- Ghiggia, A., Bottiroli, S., Lingardi, V., Tassorelli, C., Galli, F., Castelli, L. (2022). Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia and chronic migraine: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 163, 111–116.
- Green, K., Karraki, H. (2010). Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping (pp. 151–174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Harvey, P.D., Strassnig, M.T., Silberman, J. (2019). Prediction of Disability in Schizophrenia: Symptoms, Cognition, and Self-Assessment. *Journal of Exptional Psychopathology*, 10, 2043–2048.
- Haugen, I., Ueland, T., Stubberud, J., Brunborg, C., Wykes, T., Øie, M.J., Haug, E. (2023). Moderators of metacognitive strategy training for executive functioning in early schizophrenia and psychosis risk. *Schizophrenia Research: Cognition*, 31, 10027–10032.
- Heyl, S., Addepalli, R., Roy, P. (2024). Schizophrenia with Capgras vs Jablou ... Moun Fou... Relevance Of Idioms Of Distress In Treatment of Mental Illness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(4), 77–82.
- شاکری، آ.، اصلی آزاد، م. (۱۴۰۳). ارائه مدل پریشانی هیجانی بر اساس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و احساس انسجام روانی با نقش د میانجی‌گری معنای زندگی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی. *پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۹(۷۳)، ۲۳۸–۲۵۰.
- گیلانی‌فر، م.، آهی، ق.، خیرخواه، ف.، و شهایی‌زاده، ف. (۱۴۰۲). آزمون مدل عملکرد شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در رابطه با تجرب آسب زای دوره کودکی با نقش میانجی بی‌ثباتی هیجانی و هیجان ابراز شده. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰(۳)، ۱۰۴–۱۱۸.
- نریمانی، م.، و شربتی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه حساسیت اضطرابی و عملکرد شناختی در دانش‌آموزان با و بدون نارسانویسی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۴)، ۸۵–۱۰۰.
- یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۵۷–۴۵.
- Adamowicz, D.H., Wu, T., Daly, R., Irwin, M.R., Jeste, D.V., Tu, X.M., Eyler, L.T., Lee, E.E. (2024). Executive functioning trajectories and their prospective association with inflammatory biomarkers in schizophrenia and non-psychiatric comparison participants. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 128, 1108–1111.
- Andrews, G., Slade, T. (2003). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (k10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494–497.
- Avraam, G., Samakouri, M., Tzikos, A., Arvaniti, A. (2022). High Expressed Emotion and Warmth among Families of Patients with Schizophrenia in Greece. *Healthcare*, 10, 1957–1965.
- Barbalat, G., Maréchal, L., Plasse, J., Chéreau-Boudet, I., Gouache, B., Legros-Lafarge, E., Massoubre, C., Guillard-Bouhet, N., Haesebaert, F., Franck, N. (2024). Functioning, clinical severity, education and sex moderate the inverse relationship between insight and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 264, 149–156.
- Barch, D.M., Culbreth, A.J., Zeev, D.B., Campbell, A., Nepal, S., Moran, E.K. (2023). Dissociation of Cognitive Effort–Based Decision Making and Its Associations With Symptoms, Cognition, and Everyday Life Function Across Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Depression. *Biological Psychiatry*, 94(6), 501–510.
- Cai, B., Zhu, Y., Liu, D., Li, Y., Bueber, M., Yang, X., Luo, G., Su, Y., Grivel, M.M., Yang, L.H., Qian, M., Stone, W.S., Phillips, M.R. (2024). Use of the Chinese version of the MATRICS Consensus Cognitive Battery to assess cognitive functioning in individuals with high risk for psychosis, first-episode schizophrenia and chronic schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, Available online 9 February 2024, In Press, Corrected Proof.
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, 78–82.

- Rao, V., Spiro, J.R., Handel, S., Onyike, C.U. (2008). Clinical Correlates of Personality Changes Associated with Traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 20(1), 109-118.
- Rekhi, G., Saw, Y.E., Lim, K., Keefe, R.S.E., Lee, J. (2023). Impact of Cognitive Impairments on Health-Related Quality of Life in Schizophrenia. *Brain Science*, 13, 215-219.
- Rosselli M, Tappen R, Williams C, Salvatierra J. (2006). The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. *Archive Clinical Neuropsychology*, 21(7), 677-686.
- Sadath, A., Kumar, R., Karlsson, M. (2019). Expressed emotion research in India: a narrative review. *Indian journal of psychological medicine*, 41(1), 18-26.
- Tang, F., Byrne, M., Qin, P. (2018). Psychological distress and risk for suicidal behavior among university students in contemporary China, *Journal of Affective Disorders*, 228, 101-108.
- Tsukahara, M., So, R., Nomura, N., Kitagawa, K., Mizuno, Y., Misawa, F., Kodama, M., Uchida, H., Mimura, M., Takeuchi, H. (2022). Association between subjective distress and symptom domains in patients with treatment-resistant schizophrenia receiving clozapine. *Schizophrenia Research*, 240, 228-232.
- Vasiliadis, H.M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., Préville, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94.
- Wang, G.Y., Crook-Rumsey, M., Sumich, A., Dulson, D.K., Gao, T.T., Premkumar, P. (2023). The relationships between expressed emotion, cortisol, and EEG alpha asymmetry. *Physiology & Behavior*, 269, 1142-1147.
- Yin, J., Sun, Y., Zhu, Y., Alifujiang, H., Wang, Y., An, S., Huang, H., Fu, S., Deng, H., Chen, Y. (2024). Effects of yoga on clinical symptoms, quality of life and social functioning in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 93, 1039-1034.
- Zhao, Y., Xiao, W., Chen, K., Zhan, Q., Ye, F., Tang, X., Zhang, X. (2019). Neurocognition and social cognition in remitted first-episode schizophrenia: Correlation with VEGF serum levels. *BMC Psychiatry*, 19, 403.
- Hoprekstad, G.E., Kjelby, E., Gjestad, R., Fathian, F., Larsen, T.K., Reitan, S.K., Rettenbacher, M., Torsvik, A., Skrede, S., Johnsen, E., Kroken, R.A. (2023). Depression trajectories and cytokines in schizophrenia spectrum disorders - A longitudinal observational study. *Schizophrenia Research*, 252, 77-87.
- Jiang, Y., Cai, Y., Lu, Y., Wu, G., Zhang, X. (2024). Relationship between anemia and its correlates and cognitive function in Chinese patients with chronic schizophrenia: A large cross-sectional study. *Schizophrenia Research: Cognition*, 36, 1003-1007.
- Lee, H., Torregrossa, L.J., Shenoy, S., Park, S. (2022). Embodiment of emotion in schizophrenia in the context of culture. *Psychiatry Research Communications*, 2(4), 1072-1077.
- Lex, C., Hautzinger, M., Meyer, T.D. (2019). Symptoms, course of illness, and comorbidity as predictors of expressed emotion in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 276, 12-17.
- Lim, M.W.Z., Lee, J. (2018). Determinants of Health-Related Quality of Life in Schizophrenia: Beyond the Medical Model. *Front. Psychiatry*, 9, 712-716.
- Luo, Y., Zhang, Y., Sun, X., Dong, J., Wu, J., Lin, X. (2022). Mediating effect of self-control in the relationship between psychological distress and food addiction among college students. *Appetite*, 179, 1062-1068.
- Mazza, C., Formica, F., Ferracuti, S., Ricci, E., Colasanti, M., Biondi, S., Di Domenico, A., Roma, P. (2022). High Expressed Emotion (HEE), Assessed Using the Five-Minute Speech Sample (FMSS), as a Predictor of Psychiatric Relapse in Patients with Schizophrenia and Major Depressive Disorder: A MetaAnalysis and Meta-Regression. *J. Clin. Med.*, 11, 6533-6538.
- Murphy, S.M., Flores, A.T., Wojtalik, J.A., Keshavan, M.S., Eack, J.A. (2024). Symptom contributors to quality of life in schizophrenia: Exploratory factor and network analyses. *Schizophrenia Research*, 264, 494-501.
- Ng, B.H.M., Yu, B.C.L., Leung, J.S.Y. (2024). Investigation on the association between perceived family expressed emotion, self-stigma, and subjective quality of life in people with early psychosis in Hong Kong: A cross-sectional approach. *Schizophrenia Research*, 264, 394-401.
- Ng, S., Fung, M.H., Gao, S. (2020). High level of expressed emotions in the family of people with schizophrenia: has a covert abrasive behaviours component been overlooked? *Heliyon*, 6(11), 5441-5447.
- Noda, T., Takahashi, Y., Murai, T. (2018). Coping mediates the association between empathy and psychological distress among Japanese workers. *Personality and Individual Differences*, 124, 178-183.
- Park, S.A. (2018). Study on the theory of mind deficits and delusions in schizophrenic patients. *Issues Mental. Health Nurse*, 39, 269-274.
- Rachid, H., Saif, Z., Raoui, S., Serhier, Z., Agoub, M. (2024). Does cannabis affect cognitive functioning in patients with schizophrenia? *Schizophrenia Research: Cognition*, 36, 10029-1032.