

مقایسه نارسایی حافظه بیماران اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده با افراد بهنگار

نویسنده‌گان: دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند^{*}، دکتر بهمن نجاریان^{*} و ناهید انصاریان^{**}

* عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران

** کارشناسی ارشد روان‌شناسی، بیمارستان سلامت اهواز

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی نارسایی حافظه در بیماران مبتلا به اسکیزوفرن پارانویید و اسکیزوفرن باقیمانده و مقایسه آن با افراد بهنگار است. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان سلامت اهواز بودند. افراد بهنگار از میان کارکنان همان بیمارستان به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. به متغیر بررسی حافظه در آزمودنی‌های سه گروه (۲۰ زن و ۲۰ مرد در هر گروه) از آزمون حافظه بالینی و کسلر استفاده شد. آزمودنی‌ها از نظر سن، جنس و میزان تحصیلات همتا شدند. داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی (میانگین، میانه و...) و استنباطی (تحلیل واریانس یکراهم و دو راهه و آزمون پیگیری توکی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که عملکرد نمونه بهنگار در آزمون حافظه و کسلر به طور معنادار بهتر از دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده است. مقایسه زنان و مردان گروه بهنگار با زنان و مردان اسکیزوفرن باقیمانده و پارانویید نیز حاکی از آن است که زنان و مردان بهنگار در آزمون حافظه و کسلر عملکرد بهتری نسبت به زنان و مردان اسکیزوفرن باقیمانده و پارانویید دارا هستند؛ ولی بین دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده از این لحاظ تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال دهم - دوره جدید
شماره ۱
آبان ۱۳۸۲

واژه‌های کلیدی: حافظه، اسکیزوفرن، بهنگار

مقدمه

در نظریه پردازش اطلاعات، تمام فرایندها و مراحل ذهنی، از لحظه دریافت حرکت‌های محیطی (درونداد: Input) تا لحظه پاسخ (برونداد: Output) توصیف شده‌اند. برطبق این نظریه، ابتدا حرکت‌های فیزیکی خارج از بدن، مانند نور، صدا، حرارت، فشار و غیره به‌وسیله اندام‌های مختلف حسی چون بساوایی، شناوی و بینایی دریافت می‌شوند و برای مدت کوتاهی (حدوداً یک ثانیه) در حافظه حسی (Sensory memory) ذخیره می‌شوند. بخشی از این اطلاعات، وارد حافظه کوتاه‌مدت (Short term memory) می‌شوند و برای مدت کوتاه‌مدت (Short term memory) ذخیره می‌شوند. بخشی از این اطلاعات، وارد حافظه کوتاه‌مدت (Short term memory) می‌شوند و برای مدت کوتاه‌مدت (Short term memory) ذخیره می‌شوند.

اسکیزوفرنی داشته است.

تحقیقات دیگر حاکی از تفاوت در توانایی‌های شناختی در زنان و مردان اسکیزوفرن است. در یک مطالعه، گروه‌های بزرگ (Cohort study) بیماران زن و مرد اسکیزوفرن مزمن و حدود بسته در بیمارستان از نظر شناختی با افراد بهنجار مقایسه شدند. پس از ارزیابی گروه‌ها از نظر سنی، سن شروع بیماری، و آزمون هوشی، در اندازه‌گیری فراخنای حافظه دیداری، بیماران مرد عملکرد بهتری نسبت به بیماران زن داشتند. این تفاوت‌ها پس از بهبودی علائم بیماری از میان رفت. در تحقیقات طولی دیگر، تفاوتی از نظر عملکرد شناختی، بین زنان و مردان اسکیزوفرن دیده نشده است [۶].

پژوهشی توسط حجاران و ابوالقاسمی [۷] در مورد نمای فرایندهای شناختی اسکیزوفرنیای مزمن و غیرمزمن بر روی آزمون‌های شناختی و عصب روان‌شناختی انجام شد. این پژوهش از طریق آزمون‌های بینایی حرکتی بندر برای بررسی آسیب کنشی، آزمون فرافکن رورشاخ برای بررسی زمینه و ادراک، و آزمون حافظه وکسلر برای بررسی آسیب فرایندهای شناختی بر روی ۶۰ بیمار اسکیزوفرنیک بسته در بیمارستان امام حسین تهران انجام شد. نتایج نشان داد:

۱. گروه اسکیزوفرن مزمن نسبت به غیرمزمن در فرایندهای شناختی آسیب بیشتری دارد،
۲. این آسیب‌ها در مردان بیشتر از زنان است،
۳. گروه اسکیزوفرن مزمن نسبت به غیرمزمن آسیب بیشتری در ساختار فرایندهای شناختی بروز می‌دهد،
۴. دو گروه اسکیزوفرن مزمن و غیرمزمن در مقایسه با گروه بهنجار تفاوت چشمگیری در آسیب فرایندهای شناختی نشان می‌دهند.

یکی دیگر از کارکردهای حافظه این است که فرد قادر می‌سازد اطلاعات را در ذهن خود نگه دارد تا به هنگام حل مسئله یا انجام کار به اطلاعات گذشته مراجعه کند. گروهی از پژوهشگران در اندوزش یا نگهداری اطلاعات در بیماران اسکیزوفرن مطالعاتی انجام داده‌اند. یکی از این پژوهش‌ها توسط ژیل (Jail) و دیگران [۸] انجام شده است. در این پژوهش، حافظه شناوی (انعکاسی) ۱۸ نفر از بیماران اسکیزوفرن و ۱۷ نفر از افراد

می‌شوند و بقیه از بین می‌روند. اطلاعات وارد شده به حافظه کوتاه مدت به مدت حداقل ۳۰ ثانیه ذخیره می‌شوند. بخشی از این اطلاعات در صورت تکرار با مطالب یاد گرفته شده قبلی، ارتباط برقرار می‌کنند و به حافظه دراز مدت (Long term memory) انتقال می‌یابند و بقیه آن‌ها با اطلاعات جدید جانشین می‌شوند و از حافظه کوتاه مدت خارج می‌گردند. اطلاعات وارد شده به حافظه بلند مدت به صورت مقوله‌های سازمان یافته در می‌آیند که برای مدت‌های طولانی حتی برای تمام عمر در آنجا باقی می‌مانند. سرانجام اطلاعات موجود در حافظه در صورت لزوم بازیابی می‌شوند و شخص براساس آن‌ها پاسخ می‌دهد [۲].

یکی از علائم مهم در اختلال اسکیزوفرنی، مشکلات حافظه است. به نظر می‌رسد مبتلایان به اسکیزوفرنی در حافظه بلند مدت، شبکه اطلاعاتی دست نخوردهای دارند و مشکلات آن‌ها وقتی روی می‌دهد که از آنان خواسته شود مطالبی را به خاطر بیاورند. چنانچه بازشناسی را به عنوان شاخصی در نظر بگیریم، بیماران اسکیزوفرن مزمن بسته در بازشناسی اختلاف کمی در مقایسه با آزمودنی‌های بهنجار نشان می‌دهند [۳].

بررسی در مورد حافظه دراز مدت نشان می‌دهد که اختلالات تفکر در بیماری اسکیزوفرنی ناشی از اشکال در سرzend محركها يا ناشي از اختلال «توجه» نیست، بلکه مشکل در چگونگی رمزگردانی موضوع در سیستم حافظه است [۴].

تفاوت در میزان اختلالات شناختی در انواع اسکیزوفرنی نیز در بسیاری از مطالعات ثابت شده است. برای نمونه، می‌توان به پژوهش زالووسکی (Zalweski) و همکاران او [۵] اشاره کرد. در این پژوهش تفاوت‌های عصب روان‌شناختی در بیماران اسکیزوفرن پارانویید و غیرپارانویید در زمینه تفاوت میان نمرات عملکرد هوشی، توجه، حافظه و زبان، عملکرد دیداری - فضایی و اعمال حرکتی مقایسه شده است. نتایج نشان داده‌اند که در انواع اسکیزوفرنی (پارانویید و غیرپارانویید) تفاوتی از نظر هوش، زبان و عملکرد فضایی وجود ندارد. اما از نظر حافظه، توجه و مهارت‌های حرکتی، گروه اسکیزوفرن پارانویید عملکرد بهتری نسبت به سایر گروه‌های

که نارسایی توجه و حافظه از ویژگی‌های اصلی اختلال اسکیزوفرنی است. علت این اختلالات ناشی از بد کارکردی کلی یا پریشانی‌های خاصی است که با قشر پیش‌پیشانی پشتی - جانبی، هیپوکامپ و مخچه ارتباط دارد. در این تحقیق از روش مقطع نگاری کامپیوتراً ساطع (Positron Emission tomography (PET)) پوزیترون (PET) جهت اندازه‌گیری اختلال کارکرد قشر پیشانی پشتی - جانبی، هیپوکامپ و مخچه استفاده شد. کاهش فعالیت هیپوکامپ در هنگام به یادآوری هوشیارانه دیده شده است. این یافته‌ها اختلال در کارکرد هیپوکامپ را طی فرایند حافظه در اسکیزوفرنیا نشان داده‌اند [۱۱].

پژوهشی برای پیش‌بینی هوشیاری کنترل شده و فرایند خودکار حافظه بر روی ۳۵ بیمار اسکیزوفرن و ۳۵ فرد بهنجار انجام شد [۱۲]. نتایج نشان داد که تأثیر خودکار حافظه در بیماران اسکیزوفرن کم‌تر از افراد بهنجار است و این امر با علائم مثبت (علائم مثبت در اسکیزوفرنی شامل هذیان، توهمندی و اختلال فکر است) در اسکیزوفرنی رابطه داشت. همچنین تأثیر دو نوع حافظه ضمنی و آشکار در اسکیزوفرنیا به این صورت بود: هوشیاری کنترل شده توسط حافظه آسیب می‌بیند، اما هوشیاری خودکار تأثیر نمی‌پذیرد. علائم مثبت در اسکیزوفرنی ممکن است انعکاسی از کمبود کنترل بر میزان فرایند هوشیاری باشد. بعضی از پژوهشگران، علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی را دلیلی بر کاهش نارسایی عملکرد حافظه می‌دانند.

در این مورد مکرری (Mcreadie) و دیگران [۱۳] پژوهشی درباره نارسایی حافظه، علائم منفی و حرکات ناهمجار در بیماران اسکیزوفرن انجام دادند. آنان معتقد بودند که اختلالات شناختی مکرر در بیماران اسکیزوفرن ممکن است با علائم منفی (فقدان احساس و انگیزه، کندی و مردم‌گریزی) و حرکت پریشی‌ها رابطه داشته باشد. در حالی که این امکان مطرح است که داروهای ضد روان پریشی نیز ممکن است این تغییرات را در بیماران به وجود بیاورند، اما پژوهش‌هایی نیز حاکی از وجود این علائم در بیماران مزمنی است که تاکنون درمان دریافت نکرده‌اند. این گروه برای پژوهش، تعداد ۱۹ نفر از بیمارانی را که در جنوب شرقی هند زندگی می‌کردند و هرگز درمان نشده بودند با ۲۵ بیمار اسکیزوفرن درمان شده و ۵۵ نفر از افراد

بهنجار مورد بررسی قرار گرفت. اسکیزوفرن‌ها در صوت درنگیده (Delayed) با گروه کنترل مقایسه شدند. گروه‌ها از نظر ساختی تکلیف با یکدیگر همتا شدند. نتیجه به دست آمده نشان داد که گروه اسکیزوفرن نارسایی‌هایی در حافظه شناوری دارد و معیار این نارسایی ممکن است حساسیت بیش تر به مدت زمان نگهداری اطلاعات در حافظه باشد. کشف رابطه بین اختلالات شناختی و حیطه‌های کارکردی آن، روند تازه‌ای در تحقیقات اسکیزوفرنی به شمار می‌آید. در این زمینه، پژوهشگران رابطه میان تخریب حافظه کلامی و اولین عملکرد ۸۷ بیمار اسکیزوفرن و اسکیزو-افکیتو را بررسی کردند. برای پیش‌بینی میزان ارتباط بین متغیرهای حافظه کلامی و ارزیابی عملکرد بیمار در یک برنامه توانبخشی از پرسشنامه رفتار کار (Work Behavior Inventory (WBI)) استفاده شد. نتایج نشان دادند که نمرات حافظه کلامی ۲۰ درصد از نتایج نمرات پرسشنامه رفتار کار را پیش‌بینی کردند. این نتایج، همبستگی بالایی را میان حیطه‌های شغلی افراد و کیفیت شغلی نشان دادند؛ ولی همبستگی ضعیفی با ابعاد همکاری و ابراز شخصی داشتند. همبستگی قابل توجهی بین حافظه کلامی و مهارت‌های اجتماعی محل کار دیده نشد. اختلال مورد بحث در حافظه کلامی یکی از عوامل محدودکننده توانبخشی است [۹].

در پژوهش دیگری [۱۰] حافظه دیداری فوری در مقابل حافظه درنگیده در دو گروه مشکل از بیماران اسکیزوفرن و بهنجار مقایسه شد. در این پژوهش ۱۰ بیمار اسکیزوفرن با ۱۰ آزمودنی بهنجار از نظر عملکرد حافظه فوری و درنگیده با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های بهنجار ۸۰ درصد وظایف مربوط به هر دو تکلیف (تکالیف آزمون‌های حافظه فوری و درنگیده) را به درستی انجام داده‌اند، ولی بیماران اسکیزوفرن در این آزمون عملکرد پایینی داشته‌اند. تقریباً بین دو گروه بیمار در تکالیف حافظه فوری تفاوت زیادی دیده نشد، ولی در حافظه درنگیده، گروه اسکیزوفرن بیش تر دچار خطای شد.

در پژوهش دیگری در مورد اختلالات حافظه و هوشیاری در بیماران اسکیزوفرن، پژوهشگران نشان دادند

فرضیه ۱-۱؛ بین گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۱-۲؛ بین زنان گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۱-۳؛ بین مردان گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲؛ بین مردان و زنان بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲-۱؛ بین گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲-۲؛ بین زنان گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲-۳؛ بین مردان گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه تفاوت معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

آزمودنی‌ها

آزمودنی‌های پژوهش در سه گروه، ۲۰ نفر بیمار اسکیزوفرن پارانویید (۱۰ زن و ۱۰ مرد)، ۲۰ نفر بیمار اسکیزوفرن باقیمانده (۱۰ نفر زن و ۱۰ نفر مرد) و ۲۰ نفر افراد بهنجار (۱۰ نفر زن و ۱۰ نفر مرد) مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی‌ها ۲۰ تا ۴۰ سال و میزان تحصیلات از اول راهنمایی تا مقطع دیپلم بود (هر سه گروه آزمودنی از این نظر با یکدیگر همتا شدند). آزمودنی‌های بیمار از میان ۱۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بسترهای در بیمارستان سلامت اهواز و افراد بهنجار از میان کارمندان همان بیمارستان به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. گروه بهنجار سابقه بیماری روان‌پزشکی و مراجعه به پزشک متخصص مغز و اعصاب نداشت. افراد گروه بیماران از نظر عقب‌ماندگی ذهنی، اعتیاد، الکتروشوک و بیماری‌های مغزی مورد بررسی قرار گرفتند و فاقد موارد مذکور بودند. بیماران بر طبق تشخیص روان‌پزشکان و براساس

بهنجار با استفاده از آزمون حافظه وکسلر مقایسه کردند. علائم مثبت و منفی بیماری گروه‌های اسکیزوفرن از طریق آزمون علائم مثبت و منفی بررسی شدند و حرکت پریشی آنان نیز از طریق مقیاس حرکات غیرارادی ارزیابی گردید. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های بهنجار از بهره حافظه بالاتری نسبت به بیماران برخوردارند، ولی تفاوت برجسته‌ای بین دو گروه بیماران درمان شده و بیمارانی که هرگز درمان نشده بودند دیده نشد. همچنین رابطه‌ای بین حافظه و حرکت پریشی نیز دیده نشد. رابطه مشتبی بین عدم درمان، نارسایی حافظه و علائم منفی به دست آمد، ولی رابطه‌ای بین نارسایی حافظه و حرکت پریشی به دست نیامد.

اسکیزوفرنی به عنوان یکی از شدیدترین و سرکش ترین اختلالات روانی بر توانایی‌های عقلانی و رفتاری فرد سایه می‌افکند. تلاش پژوهشگران برای تبیین و توجیه روان شناختی اختلالات اسکیزوفرن و علائم مربوط به آن، در اوخر دهه ۱۹۵۰ میلادی سبب طرح نظریه‌های متعددی در این زمینه شد. از آن به بعد، محققان طی پژوهش‌هایی علل مختلفی را برای این اختلال مطرح کردند و به دنبال آن، نظریه‌های متعددی در مورد فروپاشی قوای شناختی فرد از جمله حافظه، توجه، زبان، هوش و تفکر مطرح گردیده است. براساس پژوهش‌های انجام شده، یافته‌های ضد و نقیضی به دست آمده که اکثر آن‌ها براساس شناخت و کیفیت پردازش اطلاعات در این بیماران است.

بنابراین، این پژوهش بر طبق الگوی پردازش اطلاعات، نارسایی حافظه را در بیماری اسکیزوفرن بررسی کرده و براساس مقایسه، سعی دارد مشخص کند در کدام نوع، این نارسایی‌ها بیشتر است و فرد را ناتوان تر می‌سازد؛ زیرا بعضی از پژوهشگران معتقدند توانایی‌های شناختی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید کمتر دچار نقصان می‌شوند و از این نظر با افراد بهنجار تفاوتی ندارند. با توجه به پیشینه پژوهش و اهداف مذکور، فرضیه‌های زیر تدوین گردیدند:

فرضیه ۱؛ بین مردان و زنان بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

پژوهشگران این نظریه را می‌دانند که افراد باقیمانده بجهات این امراض مبتلا به این اختلالات می‌باشند.

نمره می‌گیرد. اگر آزمودنی یک خطای داشته باشد یک نمره می‌گیرد. در قسمت بعدی از آزمودنی می‌خواهیم که سه تا سه تا از یک بشمارد و وقتی که به عدد چهل رسید، آزمون را متوقف می‌کنیم. محدوده زمانی در این آزمون ۴۵ ثانية و نمره‌گذاری آن مانند قسمت قبلی است.

۴. حافظه شنیداری: در این آزمون دو متن را برای آزمودنی می‌خوانیم و آزمودنی باید عیناً کلمات آن را تکرار کند. به هر کلمه‌ای که درست گفته شود یک نمره تعلق می‌گیرد. نمرات متن اول و دوم را با هم جمع می‌کنیم.
 ۵. حافظه اعداد (تکرار ارقام رو به جلو و معکوس): این خرد آزمون شامل دو قسمت است: (الف) ارقام رو به جلو که در آن به آزمودنی می‌گوییم عین اعدادی را که می‌خوانیم بعد از ما تکرار کند. اگر آزمودنی نتوانست دوسری از اعداد را تکرار کند، نمره سری قبلی را به او می‌دهیم و اگر آزمودنی تا عدد ۳ رقمی توانست تکرار کند نمره ۳ به او تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره ۹ است.
 (ب) در آزمودن ارقام معکوس از آزمودنی می‌خواهیم عکس اعدادی را که برایش می‌خوانیم بگویید. اگر نتوانست جواب بدهد، یک دو رقمی به او می‌گوییم و طریقه نمره‌گذاری آن مانند قبل است.

۶. ترسیم تصاویر (بازنگری بصری): این آزمون دارای ۳ کارت A، B و C است که بر روی هر کارت تصاویری ترسیم شده است. یک کاغذ سفید به آزمودنی می‌دهیم و از او می‌خواهیم که به مدت ۱۰ ثانية به تصویر نگاه کند. بعد از ۱۰ ثانية، کارت را از جلوی آزمودنی برداشته، به او می‌گوییم تصویر را بکشد. به کارت A در مجموع ۳ نمره، به کارت B در مجموع ۵ نمره و به کارت C جمیعاً ۷ نمره تعلق می‌گیرد. کارت C دارای دو تصویر C_1 و C_2 است. جمع نمرات C_1 برابر ۳ و جمع نمرات C_2 برابر ۴ است. بنابراین حداکثر نمره در این خرد آزمون برابر ۱۵ است.

۷. تداعی کلمات: به آزمودنی می‌گوییم که سه فهرست از کلمات دوتایی داریم. ابتدا فهرست اول را برای شما می‌خوانم و بعد از آن، کلمه اول را برای شما می‌گوییم. شما باید کلمه دوم را به یاد آورید. هر دو کلمه با یک ثانية مکث و به آرامی و واضح خوانده می‌شود. بعد از

معیارهای DSM-IV اسکیزوفرن تشخیص داده شده بودند و تحت درمان دارویی قرار داشتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، آزمون حافظه بالینی وکسلر بود. برای اجرای آزمون‌ها ابتدا مصاحبه‌ای کوتاه با آزمودنی‌ها انجام شد و آن‌ها برای انجام آزمون آماده شدند. در این پژوهش برای بررسی نارسایی حافظه در آزمودنی‌ها از آزمون حافظه وکسلر (Wechsler Memory Test) استفاده شده است. این آزمون در سال ۱۹۴۵ توسط دیوید وکسلر برای بررسی میزان اختلالات حافظه در ابعاد مختلف طراحی شده و برای سنین ۲۰ تا ۷۵ ساله مناسب است.

این آزمون دارای ۷ خرده مقیاس است که اطلاعات گسترده‌ای را در مورد حافظه ارائه می‌دهد که عبارتند از:
 ۱. معلومات عمومی و اطلاعات شخصی: این خرده آزمون دارای ۶ سؤال است که سوالات آن مربوط به اطلاعات عمومی هستند. به پاسخ صحیح هر سؤال ۱ نمره تعلق می‌گیرد.

۲. آگاهی به زمان و مکان (جهت‌یابی): سوالات مربوط به این امر در مورد تاریخ سال، ماه، روز و محل سکونت و شهر است. هر سؤال یک نمره، و به طور کلی این خرده آزمون ۵ نمره دارد.

۳. کنترل ذهنی: از آزمودنی می‌خواهیم به طور معکوس از ۲۰ تا ۱ را بشمارد. سه عدد ۲۰، ۱۹ و ۱۸ را به طور مثال برای آزمودنی می‌گوییم و بقیه را آزمودنی جواب می‌دهد. حداکثر زمان در این آزمون ۳۰ ثانية است. به پاسخ‌های کاملاً درست که در مدت ۳۰ ثانية یا کمتر ارائه شده باشند ۲ نمره تعلق می‌گیرد. یک نمره اضافی به کسانی تعلق می‌گیرد که پاسخ کاملاً درست خود را کمتر از ۱۰ ثانية ارائه کرده باشند. به کسانی که بیشتر از یک خطای داشته باشند یا پاسخ آن‌ها از زمان مجاز فراتر رود، نمره صفر تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره ۳ است. بعد از آن، نوبت شمردن ماههای سال به ترتیب است که زمان پاسخگویی به آن ۳۰ ثانية است. چنانچه آزمودنی در عرض ۳۰ ثانية پاسخ درست بددهد ۲ نمره می‌گیرد و چنانچه این شمارش کمتر از ۱۰ ثانية باشد ۳

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، F مشاهده شده از تحلیل واریانس دو راهه جنس برابر $4/06$ است که در سطح $0/05$ معنادار است. این امر نشان می‌دهد که بین زنان و مردان، تفاوت معناداری در نمرات خام حافظه وکسلر وجود دارد. تحلیل واریانس دو راهه گروه با F برابر $50/87$ و در سطح آماری کمتر از $1/00$ معنادار است. این امر نشان می‌دهد که بین گروه‌ها تفاوت معناداری در نمرات خام آزمون حافظه وکسلر وجود دارد. میانگین نمرات خام گروه بهنجار ($\bar{X}=60/63$) بالاتر از گروه اسکیزوفرن پارانویید ($\bar{X}=36/37$) و باقیمانده ($\bar{X}=31/15$) است. تحلیل واریانس تعامل جنس با گروه با F برابر $26/0$ در سطح $0/05$ معنادار نیست.

بنابراین فرضیه ۱ تأیید نمی‌شود.

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه گردید F حاصل از تحلیل واریانس یکراهه آزمودنی‌های نمونه کل، برابر با $49/4980$ و با احتمال $1/00$ معنادار است و بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌شود.

F حاصل از تحلیل واریانس نمرات خام حافظه وکسلر بین نمونه زنان سه گروه (اسکیزوفرن پارانویید، باقیمانده و بهنجار) برابر با $24/5659$ و در سطح آماری $P<0/001$ معنادار است که بدینسان فرضیه ۱-۲ تأیید می‌شود.

F حاصل از تحلیل واریانس نمرات خام حافظه وکسلر بین نمونه مردان سه گروه برابر $26/5492$ و با احتمال $1/00$ P تفاوت معناداری را نشان می‌دهد بنابراین فرضیه ۱-۳ تأیید می‌شود.

به منظور مقایسه میانگین‌های گروه‌های مختلف در نمرات آزمون حافظه وکسلر از آزمون پیگیری توکی استفاده شده که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ آمده است. جدول ۴ مقایسه میانگین‌های نمونه کل را در گروه بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده نشان می‌دهد. همان‌طور که مندرجات جدول نشان می‌دهد تفاوت معناداری در نمرات خام آزمون حافظه وکسلر بین گروه بهنجار و اسکیزوفرن پارانویید، و گروه بهنجار و اسکیزوفرن باقیمانده وجود دارد؛ ولی تفاوت معنادار بین دو گروه اسکیزوفرنیای پارانویید و اسکیزوفرن باقیمانده وجود ندارد.

در نمونه مردان نیز تفاوت معناداری بین گروه‌های

این‌که فهرست اول را خواندیم ۵ ثانیه مکث می‌کنیم و فهرست یادآوری پایین آن را می‌خوانیم. با خواندن کلمه اول، آزمودنی باید کلمه دومی را که همراه آن است یادآوری کند. اگر نمره تداعی‌های ساده و دشوار را با هم جمع کرده، بر ۲ تقسیم می‌کنیم و سپس با ۸ جمع می‌کنیم، نمره کل تداعی‌ها به دست می‌آید.

نتایج

تحلیل آماری داده‌ها به نتایج ارائه شده در جدول ۱ تا ۷ منجر گردید. داده‌های توصیفی آزمون حافظه وکسلر در جدول ۱ درج گردیده است.

در اینجا لازم به توضیح است که کل نمره خام هر آزمودنی از جمع نمرات خرد آزمون‌های آزمودنی به دست می‌آید. طبق فرم اصلی این آزمون که در امریکا استاندارد شده می‌توان به جمع این نمرات خام، و میزان نمره ثابت اصلاح شده، با توجه به سن آزمودنی، اضافه کرد. با جمع این دو، نمره اصلاح شده یا میزان شده حافظه به دست می‌آید و سپس با سپس با مراجعت به جدول تعیین بهره حافظه، براساس نمره میزان شده، می‌توان معادل بهره حافظه را که در مقابل نمرات میزان شده آمده به دست آورد.

فرضیه‌های مربوط به حافظه (نمرات خام

آزمون حافظه بالینی وکسلر)

فرضیه ۱: بین زنان و مردان بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات خام آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۱-۱: بین گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات خام آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۱-۲: بین زنان گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات خام خرد آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۱-۳: بین مردان گروه‌های بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمرات خام خرد آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های ۱ و فرضیه‌های مربوط به آن در جدول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، حداقل و مقدار نهادت آزمون حافظه و سلر به تهیک کردها و جنتی

مکروهها	جنس	خوده آزمونها شاخص های آماری	اطلاعات عمومی	جهت یابی	گذشته	حافظه منطقی	حافظه اعداد	بازگردی تداعیها	بازگردی بصیری	کل نمره خام	پرمهحافظه
زن	میانگین	۰/۹۰	۰	۶/۹۰	۶/۰۰	۸/۲۰	۱۰/۸۵	۱۴/۵۵	۵۷/۴۵	۹۴/۹۰	
زن	انحراف معیار	۰/۳۲	۰	۲/۰۲	۲/۴۷	۲/۳۵	۱/۶۳	۴/۵۶	۸/۷۵	۱۰/۴۸	
زن	حداقل	۰	۰	۱/۰۰	۰	۹	۹	۶/۵۰	۴۶	۸۰	
زن	بهترین										
مرد	میانگین	۰	۶	۱۰	۱۲	۱۴	۲۱	۷۵	۱۱۸		
مرد	انحراف معیار	۰/۴۰	۶/۹۰	۹/۱۰	۹/۴۰	۱۰/۸۵	۱۶/۳۵	۶۳/۸۰	۱۰۳/۸۰		
مرد	حداقل	۰	۰	۳/۱۰	۱/۱۷	۱/۱۰	۳/۸۳	۸/۷۲	۱۲/۲۰		
مرد	حداکثر	۰	۶	۴	۸	۹	۱۱	۵۱	۸۱		
مرد	میانگین	۰/۷۵	۳/۴۰	۳/۳۰	۶/۷۰	۴/۳۰	۸/۹۵	۳۵/۱۰	۶۶		
مرد	انحراف معیار	۰/۵۸	۰/۹۵	۲/۰۵	۲/۰۱	۲/۳۱	۱/۷۸	۴/۷۰	۱۲/۲۴	۱۲/۲۳	
مرد	حداقل	۰	۲	۲	۱/۵۰	۱	۴	۲۱	۱۲۹		
مرد	حداکثر	۰	۶	۹	۱۱	۹	۱۸/۰۰	۶۱	۵۴		
مرد	میانگین	۰/۷۰	۴	۵/۲۰	۲/۹۰	۶/۲۰	۶/۶۰	۷/۸۰	۳۷/۶۰	۶۷/۵۰	
مرد	انحراف معیار	۱/۶۴	۱/۳۳	۲/۲۰	۱/۷۱	۱/۹۹	۳/۲۶	۴/۵۲	۱۰/۰۲	۹/۷۸	
مرد	حداقل	۰	۱	۱	۱	۴	۱/۵۰	۱	۱۶	۵۲	
مرد	حداکثر	۰	۲	۸	۶	۱۰	۱۲	۱۴	۵۲	۸۶	
مرد	میانگین	۰/۲۰	۳/۸۰	۱/۹۰	۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۸۰	۳۷/۹۰	۵۷/۷۴	
مرد	انحراف معیار	۱/۱۴	۱/۴۸	۱/۴۸	۱/۰۹	۲/۰۷	۳/۰۳	۳/۴۸	۷/۹۴	۶/۲۲	
مرد	حداقل	۰	۱	۱	۴	۱	۱	۱۷/۰۰	۴۸		
مرد	حداکثر	۰	۴	۶	۱۰	۱۰	۱۲	۴۱	۶۷		
مرد	میانگین	۰/۶۰	۳/۲۰	۳/۹۰	۲/۶۰	۷/۱۰	۴/۰۰	۸/۰۰	۳۶/۴۰	۶۳/۷۰	
مرد	انحراف معیار	۱/۳۵	۱/۳۳	۱/۱۷۳	۱/۰۶	۱/۱۷۹	۳/۰۱	۴/۴۷	۱۰/۸۲	۱۰/۴۰	
مرد	حداقل	۰	۲	۱	۴	۱	۱/۵۰	۱۶	۴۸		
مرد	حداکثر	۰	۶	۶	۴	۶	۱۷	۵۸	۶۰		
اسکریوپریتای پارنویید											

دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند و همکاران



جدول ۲ خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو راهه نمرات خام آزمون حافظه وکسلر در سه گروه بهنگار، اسکیزوفرنیای پارانویید و باقیمانده زن و مرد

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مشاهده شده	P
جنس	۳۹۵/۲۷	۱	۳۹۵/۲۷	۴/۰۶	۰/۰۴۹
گروه	۹۸۹۴/۲۶	۲	۴۹۴۷/۱۳	۵۰/۸۷	۰/۰۰۰
تعامل جنس یا گروه	۵۰/۱۱	۲	۲۵/۰۵	۰/۲۶	۰/۷۷۴

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یکراهه نمرات خام آزمون حافظه وکسلر در گروههای بهنگار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمونه کل و نمونه زنان و مردان به تفکیک

نمونه ها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مشاهده شده	P
کل	بین گروهی	۹۸۹۴/۲۵۸۳	۲	۴۹۴۷/۱۲۹۲	۴۹/۴۹۸۰	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۵۶۶۹/۹۲۵۰	۵۷	۹۹/۹۴۶۱	-	-
	واریانس کل	۱۵۵۹۱/۱۸۳۳	۵۹	-	-	-
زنان	بین گروهی	۴۷۴۸/۵۵۰۰	۲	۲۳۷۴/۲۷۵۰	۲۴/۵۶۵۹	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۲۶۰۹/۲۵۵۰	۲۷	۹۶/۶۴۹۱	-	-
	واریانس کل	۷۳۵۸/۰۷۵۰	۲۹	-	-	-
مردان	بین گروهی	۵۱۹۵/۸۱۶۷	۲	۲۵۹۷/۹۰۸۳	۲۶/۵۴۹۲	۰/۰۰۰۰
	درون گروهی	۲۶۴۲/۰۲۵	۲۷	۹۷/۸۵۲۸	-	-
	واریانس کل	۷۸۳۷/۸۴۱۷	۲۹	-	-	-

جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین های نمرات خام آزمون حافظه وکسلر در سه گروه بهنگار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در نمونه کل و نمونه زنان و مردان به تفکیک

نمونه ها	گروه ها	میانگین	بهنگار	اسکیزوفرن پارانویید	اسکیزوفرن باقیمانده
کل	بهنگار	۶۰/۶۲۳۰		*	*
	اسکیزوفرنیای پارانویید	۳۶/۳۷۵۰			
	اسکیزوفرنیای باقیمانده	۳۱/۱۵۰۰			
زنان	بهنگار	۵۷/۴۵۰۰		*	*
	اسکیزوفرنیای پارانویید	۳۵/۱۰۰۰			
	اسکیزوفرنیای باقیمانده	۲۷/۹۰۰۰			
مردان	بهنگار	۶۳/۸۰۰۰		*	*
	اسکیزوفرنیای پارانویید	۳۷/۶۵۰۰			
	اسکیزوفرنیای باقیمانده	۳۴/۴۰۰۰			

فرضیه های مربوطه به بهره حافظه (آزمون حافظه بالینی و کسلر)

فرضیه ۲: بین مردان و زنان بهنگار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲-۱: بین گروههای بهنگار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲-۲: بین زنان گروههای بهنگار، اسکیزوفرن

بهنگار با اسکیزوفرن پارانویید و بهنگار با اسکیزوفرنیای باقیمانده وجود دارد؛ ولی بین دو گروه اسکیزوفرن تفاوت معناداری در نمرات خام آزمون حافظه وکسلر به چشم نمی خورد.

در نمونه زنان نیز تفاوت معناداری بین گروههای بهنگار با اسکیزوفرن پارانویید و بهنگار با اسکیزوفرن باقیمانده وجود دارد؛ ولی بین دو گروه اسکیزوفرن تفاوت معناداری بین نمرات خام آزمون حافظه وکسلر وجود ندارد.

دکتر مهناز مهراجیزاده هنرمند و همکاران

جدول ۵ خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو راهه بهره حافظه وکسلر در سه گروه بهنجار، اسکیزوفرنیای پارانویید و باقیمانده زن و مرد

منبع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آم مشاهده شده	P
جنس	۴۸۱/۶۷	۱	۴۸۱/۶۷	۴/۰۵	۰/۰۴۹
گروه	۱۷۲۳۵/۱۰	۲	۷۲/۴۷	۷۲/۴۷	<۰/۰۰۱
تعامل جنس با گروه	۱۵۱/۲۳	۲	۷۵/۶۲	۰/۶۴	۰/۵۳۳

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس یکراهه بهره حافظه آزمون وکسلر در گروههای بهنجار، اسکیزوفرنیای پارانویید و باقیمانده در نمونه کل و نمونه زنان و مردان به تفکیک

نمونه ها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آم مشاهده شده F	P
کل	بین گروهی	۹۸۹۴/۲۵۸۳	۲	۴۹۴۷/۱۲۹۲	۶۹/۶۳۵۳	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۵۶۶۹/۹۲۵۰	۵۷	۹۹/۹۴۶۱	-	-
	واریانس کل	۱۵۵۹۱/۱۸۳۳	۵۹	-	-	-
زنان	بین گروهی	۴۷۴۸/۵۵۰۰	۲	۲۳۷۴/۲۷۵۰	۳۷/۵۵۶۵	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۶۰۹/۲۵۵۰	۲۷	۹۶/۶۴۹۱	-	-
	واریانس کل	۷۳۵۸/۰۷۵۰	۲۹	-	-	-
مردان	بین گروهی	۵۱۹۵/۸۱۶۷	۲	۲۵۹۷/۹۰۸۳	۲۶/۵۴۹۲	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۶۴۲/۰۲۵	۲۷	۹۷/۸۵۲۸	-	-
	واریانس کل	۷۸۳۷/۸۴۱۷	۲۹	-	-	-

است که تفاوت معناداری را در سطح آماری مورد نظر $P \leq 0.05$ نشان نمی دهد و در نتیجه، فرضیه ۲ تأیید

نمی شود.

در جدول ۶، F حاصل از تحلیل واریانس یکراهه بهره حافظه نمونه کل آزمودنی های سه گروه بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده برابر $69/6353$ می باشد که در سطح آماری کمتر از $1/000$ معنادار است و بنابراین فرضیه ۱-۲ تأیید می شود.

F حاصل از تحلیل واریانس بهره حافظه نمونه زنان سه گروه بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده برابر $4947/1292$ می باشد که با احتمال کمتر از $1/000$ معنادار است و نشان می دهد که فرضیه ۲-۲ تأیید می شود و تفاوت معناداری بین سه گروه زنان بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده وجود دارد.

F حاصل از تحلیل واریانس بهره نمونه مردان سه گروه نیز برابر $2374/2750$ است که با احتمال $1/000$ P تفاوت معناداری را بین مردان بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده نشان می دهد، بنابراین فرضیه ۲-۳ تأیید می گردد.

پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۲-۳: بین مردان گروههای بهنجار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در بهره حافظه آزمون حافظه وکسلر تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه ۲ و فرضیه های مربوط به آن در جدول ۵ و ۶ آمده است.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، F حاصل از تحلیل واریانس دوراهه جنس، برابر $4/05$ است که در سطح 0.05 معنادار است. این امر نشان می دهد که بین زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد.

F حاصل از تحلیل واریانس گروه برابر با $72/47$ می باشد که با احتمال $1/000$ P معنادار است و این امر نشان می دهد که گروه ها در بهره حافظه وکسلر تفاوت معناداری دارند؛ یعنی میانگین گروه بهنجار ($\bar{X} = 99/20$) بیش تر از گروه اسکیزوفرن پارانویید ($\bar{X} = 66/75$) و اسکیزوفرن باقیمانده ($\bar{X} = 60/5$) است.

در تعامل جنس با گروه F مشاهده شده برابر با $0/64$ در تعامل جنس با گروه

جدول ۷ نتایج مقایسه میانگین‌های بهره حافظه در سه گروه (بهنچار، اسکیزوفرنیای پارانویید و باقیمانده) در نمونه کل و نمونه زنان و مردان به تفکیک

نمونه‌ها	گروه‌ها	میانگین	بهنچار	اسکیزوفرنیای پارانویید	اسکیزوفرنیای باقیمانده
کل	بهنچار	۹۹/۲۰۰۰		*	*
	اسکیزوفرنیای پارانویید	۶۶/۷۵۰۰			
	اسکیزوفرنیای باقیمانده	۶۰/۵۵۰۰			
زنان	بهنچار	۹۴/۶۰۰۰		*	*
	اسکیزوفرنیای پارانویید	۶۶			
	اسکیزوفرنیای باقیمانده	۵۷/۴۰۰۰			
مردان	بهنچار	۱۰۳/۸۰۰۰		*	*
	اسکیزوفرنیای پارانویید	۶۷/۵۰۰۰			
	اسکیزوفرنیای باقیمانده	۶۳/۷۰۰۰			

اطلاعات می‌دانند و عده‌ای دیگر، بازشناسی و یادآوری را مختل معرفی می‌کنند.

در این پژوهش، نارسایی حافظه در مبتلایان به اسکیزوفرنی پارانویید و باقیمانده با توجه به جنسیت بررسی شده است. توجه به نوع بیماری و تفاوت‌های جنسیتی در توانبخشی بیماران و برنامه‌ریزی دقیق در این جهت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. امروزه به جای تأکید بر عوامل آسیب شناختی و دارو درمانی صرف و بسترهای شدن در بیمارستان‌ها، بیشتر بر به کارگیری توانایی‌های باقیمانده این بیماران و گسترش آن‌ها تأکید شده است.

همان‌طور که نتایج این تحقیق نشان داد، میانگین کل نمره خام حافظه و بهره حافظه مردان بهنچار از زنان بهنچار، مردان اسکیزوفرن پارانویید از زنان اسکیزوفرن پارانویید و مردان اسکیزوفرن باقیمانده از زنان اسکیزوفرن باقیمانده بیشتر است و تفاوت بین دو جنس از نظر متغیرهای مورد نظر معنادار است که البته این امر ممکن است به دلیل بالا بودن سطح تحصیلات مردان نسبت به زنان است.

براساس یافته‌های این تحقیق، تفاوت معناداری بین نمرات سه گروه بهنچار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده در آزمون حافظه وکسلر وجود دارد. در این سه گروه، گروه بهنچار و سپس پارانویید، نمرات بالاتری نسبت به گروه باقیمانده داشتند. در مقایسه میانگین‌های نمونه کل در نمرات آزمون حافظه وکسلر با استفاده از آزمون پیگیری

به منظور مقایسه میانگین‌های مختلف در بهره حافظه از آزمون پیگیری توکی استفاده شده که نتایج حاصل از آن در جدول ۷ ارائه شده است.

در جدول ۷ مقایسه میانگین‌های نمونه کل در سه گروه بهنچار، اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده، تفاوت معناداری را میان گروه‌های بهنچار با اسکیزوفرن پارانویید و بهنچار با اسکیزوفرن باقیمانده نشان می‌دهد؛ اما تفاوت معناداری میان دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده وجود ندارد. در نمونه زنان نیز تفاوت معناداری بین دو گروه اسکیزوفرن پارانویید با بهنچار و اسکیزوفرن باقیمانده با بهنچار وجود دارد؛ ولی تفاوت معناداری میان دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده به چشم نمی‌خورد. در نمونه مردان نیز تفاوت معناداری بین گروه‌های بهنچار با اسکیزوفرن پارانویید و بهنچار با اسکیزوفرنیای باقیمانده وجود دارد؛ ولی تفاوت معناداری میان دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده وجود ندارد.

بحث و تئیجه‌گیری

حافظه یکی از کنش‌های عالی مغز انسان است که در یادگیری نقش مهمی ایفا می‌کند. برخی از محققان، آسیب به حافظه را به علت بیماری‌های مختلفی چون اسکیزوفرنی می‌دانند که موجب اشکال در اندوزش شنیداری - دیداری، و اولین مراحل پردازش اطلاعات می‌شود. گروهی دیگر، نارسایی را در سطح رمزگردانی

باعث شده عملکرد شناختی گروه پارانویید تقریباً به حد گروه باقیمانده تنزل یابد. براساس آنچه در متن DSM-IV آمده به طور کلی اسکیزوفرنی یک بیماری مزمن است، ولی در تقسیم‌بندی‌هایی، چون تقسیم‌بندی آکسفورد، بیماری اسکیزوفرنی به حاد و مزمن نیز تقسیم شده است. این امر نشان می‌دهد که علاوه بر استناد به اطلاعات روان‌پژوهشی، نیاز است که روان‌شناسان از طریق آزمون‌های معتبر، طول مدت بیماری و انواع آن را تمیز کنند.

از محدودیت‌های مهم این تحقیق می‌توان به دو مورد مهم اشاره کرد:

۱. تعداد کم نمونه پژوهشی،

۲. انجام پژوهش تنها بر روی دو نوع از بیماران اسکیزوفرن، یعنی بیماران اسکیزوفرن پارانویید و بیماران اسکیزوفرن باقیمانده. بنابراین توصیه می‌شود در تحقیقات آتی، پژوهش بر روی نمونه‌ای بزرگ‌تر انجام گیرد تا تعیین پذیری نتایج بیشتر شود و انواع دیگر اسکیزوفرن از لحاظ کارکردهای شناختی با یکدیگر مقایسه شوند.

منابع

1. Commer, R.J. (1999). *Fundamentals of Abnormal Psychology*. New York : Freeman Publishers.
2. سیف، علی‌اکبر (۱۳۷۱). روان‌شناسی پرورشی (روان‌شناسی یادگیری و آموزش). تهران: انتشارات آگاه.
3. Calev, A. (1984). Recal and recognition in chronic non-demented schizophrenics: Use of matched tasks. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 172-177.
4. Schwartz, B. & Winstead, D.K. (1997). Selective deficits in visual perception and recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154 (4), 595-506.
5. Zalweski,C., Johnson,H., Selfridge, M.T., Ohriener, S., Zarrella, K.& Seltzer, J.C. (1998). A review of neuropsychological differences between paranoid and non-paranoid schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 127-45.
6. Hoff, A.L. Vieneke, M., Faustman, W.O., Horon, R., Sakuma, M., Blandfeld, H., Espinosa S. & Delis, L.E. (1998). Sex differences in neuropsychological functioning of first episode and chronically ill schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 15(10), 1437-9.

توکی، تفاوت معناداری در گروه‌های اسکیزوفرن پارانویید با بهنگار و اسکیزوفرن باقیمانده با بهنگار به چشم می‌خورد، ولی تفاوتی بین دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده وجود ندارد. با توجه به یافته‌های بدست آمده، نتایج حاصل از مقایسه زنان و مردان سه گروه در آزمون حافظه وکسلر، به تفکیک، مشابه نتایجی است که از نمونه کل حاصل گردیده است.

در نتیجه، با تأیید فرضیه‌های پژوهش حاضر مشخص می‌گردد که نتایج به نفع گروه بهنگار، نسبت به دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده است. با توجه به این‌که آزمون حافظه وکسلر جنبه‌های مختلفی از حافظه از جمله حافظه دیداری، شنیداری، منطقی، ارقام و درنگیده را بررسی می‌کند، این قسمت از پژوهش با یافته‌های دیگران [۱۰] در مورد نارسایی حافظه بیماران اسکیزوفرن - اعم از پارانویید و باقیمانده - در مقایسه با افراد بهنگار در حافظه درنگیده و دیداری همخوانی دارد. همچنین با یافته‌های دیگر پژوهشگران [۱۴] در مورد نارسایی حافظه بیماران مبتلا به اسکیزوفرن در جهات مختلفی چون حافظه کلامی، غیرکلامی، جفت‌های متداعی، حافظه دیداری و کوتاه مدت مطابق است و با یافته‌های مکرری و همکارانش [۱۳] که در پژوهش خود از آزمون حافظه وکسلر استفاده کردن مطابقت می‌کند.

همان‌گونه که پیشتر بیان گردید برای مقایسه میانگین‌های نمرات (خام و بهره حافظه) از آزمون پیگیری توکی استفاده شد و در هر دو، تفاوت‌های معناداری بین دو گروه اسکیزوفرن پارانویید و باقیمانده با بهنگار بدست آمد. نتایج این قسمت از پژوهش با یافته‌های مذکور در DSM-IV مبنی بر این‌که بیماران اسکیزوفرن پارانویید، عملکرد شناختی بهتری نسبت به سایر انواع دارند، مطابقت ندارد. همچنین با یافته‌های زالوسکی و همکارانش [۵] در مورد مقایسه تفاوت‌های عصب روان‌شناسی بیماران اسکیزوفرن پارانویید و غیرپارانویید که بیماران پارانویید از نظر توجه و حافظه و مهارت‌های حرکتی عملکرد بهتری نسبت به سایر انواع اسکیزوفرنی دارد، همخوان نیست.

در این خصوص، یکی از تبیین‌های احتمالی ممکن است طول مدت بیماری یا مزمن بودن آن باشد که احتمالاً

- D.L., Fischman, A.J. & Alpert, N.M.(1999). Impaired recruitment of the hippocampus during conscious recollection in schizophrenia. *Natneuroscici*, 1(4), 319-23.
12. Kazes, M., Berthet, L., Danion, J.M., Amado, I., Willard, D., Robert, K.& Poirier, M.F. (1999) . Impairment of consciously controlled use of memory in schizophrenia, *Neuropsychology*, 13(1), 54-61.
13. Mcreadie,RG., Latha,S., Thara,R., Padmavathi,R., Anakaran,JR. (1997). Poor memory, negative symptoms & abnormal movements in never-treated Indian paitents with schizophrenia. *Journal of Psychiatry*, 171, 360-3.
14. Rush, T.M.,Woodruff, P.W., Morris, R.G.(1999). Episodic memory and learning in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35(1), 95-96.
7. حجاران، محمود و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۷۷) نمای فراپنهای شناختی اسکیزوفرنیای مزمن وغیرمزمن بر روی آزمون های شناختی و نوروپسیکولوژیک. تهران: بیمارستان امام حسین (ع).
8. Jail,N., Daniel,M., Strous,C., Rael,D., Gtochowski,L., Sandra,B., Ritter,L., Water,C.(1997). Neuroscience & schizophrenia. *J of Abnormal Psychology*, 106(2), 315-24.
9. Bryson,G., Bell, M.D., Kaplan,E., Gerig, T. (1999). The Functionl consequences of memory impairments on initial work performance in people with schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 196(10), 610-15 .
10. Dougerty, D.M. & Steinberg, J.L. (1999). Immediate versus delayed visualmemory task performance among schizophrenic patients and normalcontrol subjects. *Psychiatry Research*, 79(3), 255-65 .
11. Heckers, S., Rauch, S.L., Goff, D., Savage, C.R.,Schacter,

