

مقایسه ی افتراق معنایی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، مولتیپل اسکلروزیس و آلزایمر.

حسین قمری گیوی¹، علی شیخ الاسلامی²، جهان سادات اسدی³

1 دانشیار، دکترای مشاوره، گروه آموزش علوم تربیتی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

E-Mail: h_ghamarigivi@yahoo.com

2 استادیار، دکترای روانشناسی تربیتی، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

E-Mail: sheykholeslami@uma.ac.ir

3 کارشناس ارشد رشته مشاوره توانبخشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

E-Mail: asadijahan70@gmail.com

چکیده:

هدف از این تحقیق این بود که افتراق معنایی را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مولتیپل اسکلروزیس (MS) و آلزایمر مورد مقایسه قرار دهیم. روش تحقیق ما علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان روانی میزا کوچک و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و بیماری آلزایمر بودند که در مراکز بهزیستی استان گیلان (شهر رشت) توسط مراقبین رسمی و یا در خانواده ها توسط مراقبین غیر رسمی نگهداری می شوند. 45 نفر از اشخاص دارای بیماری MS، بیماری آلزایمر و اسکیزوفرنی (در هر گروه 15 نفر) به طور تصادفی با روش نمونه گیری در دسترس در سال 1393، انتخاب شدند. سپس از آزمودنی ها خواسته شد تا به پرسشنامه ی افتراق معنایی آزگود برای اندازه گیری پردازش معنایی پاسخ دهند. سپس اطلاعات خام با تحلیل چند جانبه واریانس (MANOVA) با نرم افزار SPSS 16 مورد تحلیل قرار گرفتند. ارزش p کمتر از 0/05 یعنی $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شده است. نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین افتراق معنایی وجود نداشت. افتراق معنایی در گروه آلزایمر نسبت به دو گروه دیگر بهتر بود و گروه اسکیزوفرنی نسبت به دو گروه دیگر پایین تر بود. افتراق معنایی آلزایمر ($p = 0/341 > 0/05$) $mean = 26/26$ $ci\ 95\% = 23/71 - 28/82$) بالا ترین میانگین را در سه گروه داشت. چون افتراق معنایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در شرایط مطلوبی نیست، لذا لازم است که در افرادی که دارای ریسک بالای ابتلا به این بیماری را دارند یا در مراحل ابتدایی این بیماری هستند، نسبت به بهبود افتراق معنایی آنها اقدام شود.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنی، مولتیپل اسکلروزیس، آلزایمر، افتراق معنایی

Comparison Semantic differentiation in peoples with Schizophrenia and Multiple Sclerosis and Alzheimer's disease

Hossein, Ghamari givi¹; Ali, Shykholeslami²; Jahan Sadat, Asadi Bijaeyeh³

¹ Department of Education, University of Mohaghegh Ardabili, Faculty of Education and Psychology

² University of Mohaghegh Ardabili, Faculty of Education and Psychology

³ University of Mohaghegh Ardabili, Faculty of Education and Psychology



Abstract:

The purpose of this study was comparison of semantic differentiation in patients with schizophrenia, multiple sclerosis (MS) and Alzheimer's disease. Our research method was causal-comparative. statistical population were patients with schizophrenia in Mirzakochak mental hospital and patients with multiple sclerosis and Alzheimer's disease that are kept by formal caregivers in welfare centers in Guilan or by informal caregivers in families in Rasht city of Guilan province in Iran. 45 persons with MS, Alzheimer's disease and schizophrenia (in each group 15 persons) were randomly selected by accessible sampling method in 2014. Then, subjects were asked to response to ozgood semantic differentiation questionnaires to measure of semantic differentiation and then raw data were analyzed by multiple analyses of variance with using of spss16 software. P value less than 0/05-namely $p < 0/05$ was considered as significant. The results showed that there were not significant differences between semantic processing. Semantic differentiation in the Alzheimer group was better than the other two groups and the schizophrenia was lower than the other two groups. semantic differentiation of Alzheimer (mean=26/26 cl 95%= 23/71-28/82, $p=0/341 > 0/05$), had the maximum mean in three groups. Because semantic differentiation isn't in a desirable condition in patients with schizophrenia, so it is necessary that the people who are at high risk of developing the disease or the initial stages of the disease, must be acted to improve their semantic differentiation.

Keywords: schizophrenia, multiple sclerosis, alzheimer, semantic differentiation

1-مقدمه :

در DSM-5 تشخیص اسکیزوفرنی¹ توسعه پیدا نموده است(یانگ²، 2013). اکنون ملاک های A شامل 5 ماده هستند: 1- هذیان ها 2- توهمات 3- کلام بی نظم(به عنوان مثال، اغلب از مسیر خارج شدن، یا عدم ارتباط و انسجام) 4- به شدت آشفته و بی نظم و رفتار کاتاتونیک 5-علایم منفی(به عنوان مثال کاهش بیانات عاطفی، بی انگیزگی). حداقل دو تا از این 5 علامت بایستی برای مدت حداقل یک ماه دوام داشته باشد. ویکی از این علایم باید هذیان، توهمات یا کلام بی نظم باشد. ملاک B- در DSM-5 بیشتر مورد توجه قرار می گیرند که «سطح عملکرد...به طور برجسته ای نسبت به آن چه که در آغاز عمل می شد، پایین است.» این موضوع یک ملاک برای اسکیزوافکتیو نیست(این ظاهرا" از DSM-4 فرق کرده است). (انجمن ملی MS آمریکا³، 2014)، MS را شامل یک فرآیند با واسطه ی ایمنی می داند که در آن یک واکنش غیرطبیعی، سیستم ایمنی بدن را درمقابل سیستم عصبی مرکزی (CNS) که شامل مغز، نخاع و اعصاب بینایی است قرار می دهد.

بیماری آلزایمر⁴ یا دمانس پیری، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود، همراه بوده و با نقص در تکلم، انجام فعالیت های حرکتی، شناخت مناظر و یا افراد آشنا، اختلال عملکرد، برنامه ریزی، نو آوری، سازماندهی و استدلال انتزاعی همراه است. تشخیص ابتلا به آلزایمر یا حتی احتمال وجود چنین بیماری در سالمند، برای وی یا نزدیکان و مراقبان هراسناک است(خاتونی، زهری، 1389). معمولاً اختلال حافظه، اولین علامتی است که بروز می کند.

(بیٹی⁵ و همکاران، 1988)، در یک مطالعه تحت عنوان « فراموشی پیشرونده و پسرورنده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مزمن پیشرونده»، می نویسند: عملکرد 38 بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیشرفته مزمن با عملکرد 26 نفر گروه سالم گواه از نظر سنی و آموزش یکسان شده به وسیله مجموعه ای از آزمون های سرعت پردازش اطلاعات، فصاحت کلامی، نامگذاری، ادراک خودمداری، و حافظه ی پیشرونده و دور مورد مقایسه قرار گرفت. اگرچه تفاوت های قابل توجهی از لحاظ شدت و میزان اختلال شناختی در میان بیماران فردی به عنوان یک گروه که آسیب دیده بودند در مقایسه با گروه های کنترل در تمام اندازه گیری ها وجود داشت ولی بیشترین کمبودهای قابل ملاحظه در آزمون های مقررات رقم-نماد و اندازه های فصاحت کلامی وجود داشتند که به پردازش سریع اطلاعات نیاز داشتند. بیشتر از 75 درصد از بیماران برای آزمون های

¹Schizophrenia

²Yang

³American association of multiple sclerosis

⁴Alzheimer

⁵Beatty

اولین همایش بین‌المللی نوآوری و تحقیق در هنر و علوم انسانی

مقررات رقم-نماد زیر صدک دهم امتیاز آوردند، در حالی که 61 درصد از لحاظ فصاحت کلامی زیر صدک دهم امتیاز گرفتند. همچنین اختلالات حافظه در میان شان شایع بود. بیشتر از 45 درصد از بیماران زیر صدک دهم امتیاز گرفتند. نسبت بیماران آسیب دیده، در مورد تست های حافظه ی دور و پیشرونده، و برای روش های یادآوری و تشخیص کاملاً مشابه بود. الگوی کمبود های مشابه اختلال حافظه و پردازش اطلاعات کند شده، به طور کلی در فراموشی های زیر کورتیس مانند بیماری هانتینگتون مشاهده شد اما علاوه بر این، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مشکلات نامگذاری را که معمولاً همراه با فراموشی های قشر مغزی هستند مثل بیماری آلزایمر نشان دادند.

(گاردنر و گیبسون⁶، 1989)، در یک مطالعه تحت عنوان «تکنیک های تشخیص معنایی در شناسایی ارزیابی افراد در باره حالت سلامت: مطالعه ی موردی یک بیمار در طول رژیم هومیوپاتی»، می نویسند: یک مطالعه گذشته نگر بیماران (n=166)، در یک رژیم غذایی آزاد در مورد گندم، بهبودی هایی را در مورد بیماران حساس تشخیص داده شده به گندم بیشتر از بیمارانی که چنین تشخیصی در باره ی آن ها داده نشده بود نشان داد (p=0/05). تاریخچه ی بالینی تفاوت های قابل ملاحظه ای را در میان این گروه ها از لحاظ درکشان از سلامتی نشان داد. مطالعات پیگیری فردی نشان داد که یک شبکه ی افتراق معنایی، مشتق شده از یک گروه بیمار (n=20)، از طریق روش های معنایی و گوناگون یک شاخص خوبی برای این ادراکات بالینی بود. یافته های یک بیمار در این گروه ارائه شده اند و نتایج نمونه ای به دست آمده به وسیله تجزیه و تحلیل جزء اصلی شبکه ی معنایی اداره شده در طی دو بازدید بیمارستانی را نشان می دهند. ادراک بیمار در باره ی سلامتی، نشان داده شده به وسیله ی تجزیه و تحلیل شبکه، از طریق تاریخچه ی بالینی تأیید شده بود. مفاهیم این شیوه ی معنایی برای گزارش از خود و مشاوره ی بالینی بیمار بحث شده اند. مطالعات در مقیاس بزرگتر که به صورت جاری در مورد حساسیت گندم و اثرات روان شناختی همراه آن برنامه ریزی شده اند، یک نوعی از اندازه های روان شناختی را در یک دامنه ی بزرگ از گروه های بیماری استفاده می کنند (شامل، انسفالومیالیت مایلژیک⁷، مولتیپل اسکلروزیس و آتریت روماتوئید⁸). (آدامز⁹ و همکاران، 1993)، در یک مقاله ای تحت عنوان «ناهنجاری عامل بالقوه وابسته به رویداد در ضمن پردازش معنایی در بیماران اسکیزوفرنی» می نویسند: مابرای بررسی ویژگی های فیزیولوژی-عصبی و شناختی اختلال تفکر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دامنه، زمان تاخیر و عکسبرداری از یک عامل بالقوه ی مغز وابسته به رویداد خاص N400، که از طریق کلمات و عبارات ناهمخوان معنایی استنباط می شود را مورد آزمون قرار دادیم. دوازده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن و دوازده آزمودنی سالم همسان شده از نظر سنی به عنوان گروه گواه، جملات ارائه شده به صورت بصری را که یا از نظر معنایی درست بودند (به عنوان مثال؛ مردم در کلیسای محلی شان دعا می کنند)، یا با پایان های نادرست (به عنوان مثال؛ مردم هر صبح یکشنبه دعا می خوانند در آشیانه ی محلی خودشان)، می خوانند. نسبت به افراد گروه گواه سالم، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دامنه ی N400، به طور معنی داری کاهش یافته بود و زمان تاخیر برای پایان های معنایی غیر عادی، افزایش

⁶Gardner &Gibson

⁷Myalgic Encephalomyelitis

⁸Rheumatoid Arthritis

⁹Adams

اولین همایش بین المللی نوآوری و تحقیق در هنر و علوم انسانی

یافته بود. علاوه بر این یک جزء مثبت آخری، که به دنبال N400، می آید به طور معنی داری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در دامنه کاهش یافت. به هرحال بیماران و گروه کنترل سالم از لحاظ توزیع توپوگرافی، با توجه به آزمون به عمل آمده در 28 نقطه ی الکتروود ها، چه از لحاظ N400 یا از لحاظ عامل بالقوه ی مثبت تاخیری تفاوت معنی داری را نداشتند. بنا بر این توپوگرافی N400 در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با عدم تقارن همراه نبود که اغلب یک مشخصه ی مشهور اختلال P300 شنوایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد. نتیجه گرفتیم که این یافته ها ممکن است یک اختلال عمیق در پردازش توجهی را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن را بازتاب کند.

در یک مطالعه که توسط (گورویچ¹⁰ و همکاران، 1996)، تحت عنوان «کمبود های فصاحت کلامی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی: فصاحت معنایی به طور برجسته ای در مقایسه با فصاحت واج شناسی آسیب دیده است» انجام شده است، نویسندگان می نویسند که: بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمبودهایی را در واج شناسی (توانایی نامگذاری واژه ها که با یک حرف خاص شروع می شوند به عنوان مثال، F)، و کمبود هایی در فصاحت معنایی (توانایی نامگذاری اعضای یک دسته، به عنوان مثال حیوانات)، نشان می دهند. در حالی که کمبود پیشین (واج شناسی) به عنوان بازتاب کننده ی یک اختلال عملکردی در قطعه ی پیشانی فرض شده است، کمبود اخیر به نواحی پیشانی و تامپرال¹¹ مغز مرتبط شده است. این دو معیار فصاحت کلامی در یک نمونه ی 27 تایی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و 24 نفر گروه سالم که از لحاظ سن و یک اندازه ی فرضی توانایی فکری پیش گویی همسان شده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. یک وظیفه ی تولید دو دقیقه ای تغییر در میان حروف و میان طبقات مورد تقاضا برای انعطاف پذیری اندازه گیری شد. در وظایف تغییر و غیر تغییر گروه کنترل کلمات بیشتری را در ضمن فصاحت معنایی در مقابل فصاحت واج شناسی تولید کردند. در مقابل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کلمات بیشتری را برای حروف نسبت به دسته ها تولید کردند که حاکی از اختلال عملکردی نواحی فرونتال و تامپرال در مغز می باشد. بعلاوه آسیب بیشتر فصاحت معنایی ممکن است به ناتوانی در پردازش اطلاعات معنایی فراتر از جستجو و بازیابی «اجرایی» مرتبط باشد.

(گراهام و هوجز¹²، 1997)، در یک مطالعه تحت عنوان «تمایز نقش های مجموعه ی هیپوکامپ و نفو کورتیس در ذخیره ی حافظه بلند مدت: یک نمونه از زوال عقل معنایی و بیماری آلزایمر» می نویسند: چندین مدل محاسباتی نشان می دهند که مجموعه ی هیپوکامپ یک نقش کلیدی در ایجاد حافظه ی جدید بازی می کند، اما در طول زمان ذخیره ی چنین حافظه هایی از این ناحیه مستقل می شود. در حمایت از چنین مدلی، نویسندگان نشان دادند که بیماران دارای زوال عقل معنایی که مجموعه ی هیپوکامپ نسبتاً کمی دارند، یک الگویی از حفظ حافظه نزدیک و آسیب در حافظه ی دور را نشان می دهند. در یک مطالعه گروهی که از مصاحبه داستان زندگی خود استفاده شد، بیماران دارای فراموشی مبتلا به آلزایمر، کمبود های رتبه بندی شده موقتی معمولی تری را نشان دادند (یاآوری ضعیف حافظه ی نزدیک)، در مقابل بیماران با زوال عقل معنایی یک الگوی برعکس را نشان دادند. در یک مطالعه ی موردی با استفاده از آزمون گالتون-کرویتس، یک بیمار با زوال عقل معنایی به طور معنی داری در تولید حافظه ی شرح حال خود در نزدیکترین 5 سال، بهتر بود. در مقابل گروه گواه سالم به طور مشابه حافظه با جزئیات برای طول تمام دوره های برگشتی تا دوران کودکی را فراهم کردند.

¹⁰Gourovitch

¹¹Temporoparietal

¹²Graham & Hodges

اولین همایش بین‌المللی نوآوری و تحقیق در هنر و علوم انسانی

در یک مطالعه تحت عنوان «تمایز دمانس معنایی و دمانس قطعه‌پیشانی (تفاوت‌های فرونتال و تامپرال در مورد دمانس فرونتو تامپرال) از بیماری آلزایمر مرحله اولیه: یک مطالعه مقایسه‌ای مغز و اعصاب»، که توسط (هوجز و همکاران، 1999)، به عمل آمد، نوسندگان گروه‌های از نظر سنی یکسان شده بیماران مبتلا به انواع زوال عقل قطعه‌پیشانی و گیجگاهی، فراموشی فرونتو تامپرال (FTD)، زوال عقل نوع پیشانی (DFT)، زوال عقل معنایی، آلزایمر مرحله اول (AD) و گروه کنترل سالم (9 نفر برای هر گروه) را به وسیله یک مجموعه جامع از آزمون‌های مغز و اعصاب مورد مقایسه قرار دادند. یک نیم‌رخ مجزایی برای هر گروه ظاهر شد؛ بیماران مبتلا به آلزایمر یک کمبود شدید حافظه‌ی اپیزودیک با ظرافت بیشتر اما با آسیب قابل ملاحظه‌ای در حافظه‌ی معنایی و مهارت‌های فضایی-دیداری را نشان دادند. بیماران با زوال عقل معنایی، تصویر کناره‌گیری مستند شده قبلی را ظاهر ساختند ولی با ناتوانی شدید حافظه‌ی معنایی با آنومیا (ناتوانی در نامگذاری) و دیسلکسیا¹³ (نارساخوانی) سطحی که از گروه آلزایمر به وسیله یک آزمون یادآوری داستان قابل تشخیص نبودند؛ و گروه دمانس نوع پیشانی کمترین آسیب را داشتند و کمبودهای ضعیفی را در حافظه‌ی اپیزودیک و فصاحت کلامی نشان دادند اما در حافظه معنایی طبیعی بودند. گروه دمانس نوع فرونتو تامپرال، از یکدیگر و از آلزایمر مرحله اول به طور وضوح قابل جدا کردن و تشخیص بودند.

(بوزی کاس¹⁴ و همکاران، 2005)، در یک مطالعه تحت عنوان «اختلال نامتناسب در روانی کلامی معنایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی: کمبود افتراقی در دسته بندی» می‌نویسند:

هدف از مطالعه حاضر این بود که بررسی کنیم آیا بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اختلال نامتناسب در روانی معنایی مرتبط با واج‌شناسی را نشان می‌دهند. به طور خاص کشف کردیم که آیا این اختلال را می‌توان به وسیله کمبودهای افتراقی در راهبرد‌های دسته بندی و تغییر وضعیت توضیح داد. آزمون فصاحت کلامی یونان در مورد 119 بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و 150 نفر از افراد سالم که از لحاظ سنی، آموزشی و جنسی همسان شدند، اجرا شد. تعداد کل واژه‌های تولید شده، تعداد کلمات مرتبط به دسته، و تعداد تغییرات در مورد وظایف فصاحت معنایی و واج‌شناسی را به طور جداگانه محاسبه کردیم. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تعداد کل کلمات، کلمات مرتبط به خوشه و تغییرات کمتری را نسبت به گروه کنترل سالم در هردو وظایف فصاحت معنایی، تولید کردند. به هر حال هنگام کنترل تعداد کل واژه‌های تولید شده، تفاوت بین دو گروه از لحاظ تعداد واژه‌های مرتبط به خوشه و تغییرات ناپدید شد. یک اختلال نامتناسب در فصاحت معنایی، در مقایسه با واج‌شناسی را در کل کلمات تولیدی و تعداد واژه‌های مرتبط با دسته، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی یافتیم ولی در مورد تعداد تغییرات چنین نبود.

در نتیجه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همان راهبردهای گروه سالم را برای اجرای یک آزمون فصاحت معنایی اما با تاثیر کمتری استفاده کردند. اختلال نامتناسب در فصاحت معنایی در گروه مبتلا به اسکیزوفرنی از طریق یک کمبود افتراقی فقط در خوشه نتیجه شد. بنابراین آسیب نامتناسب فصاحت دسته در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است در ابتدا به خاطر عدم سازمان و نه به خاطر عدم کارایی دسترسی و بازیابی از ذخیره معنایی باشد.

(هنری و بیٹی¹⁵، 2006)، در یک مطالعه تحت عنوان «کمبودهای فصاحت کلامی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس» می‌نویسند: یک مرور کمی از 35 مطالعه با 3673 شرکت کننده برای برآورد و مقایسه‌ی اندازه‌ی کمبودهای

¹³Dyslexia

¹⁴Bozikas

¹⁵Henry &Beatty

اولین همایش بین‌المللی نوآوری و تحقیق در هنر و علوم انسانی

آزمون‌های فصاحت واج‌شناسی و معنایی برای شرکت‌کنندگان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با گروه کنترل سالم، به عمل آورده شد. شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری MS به طور قابل ملاحظه‌ای در مورد آزمون‌های فصاحت واجی و معنایی آسیب دیده بودند. این کمبودها از کمبودهای اندازه‌گیری هوش کلامی، نامگذاری رویارویی و سایر اندازه‌گیری مورد استفاده به طور گسترده‌ی وظایف اجرایی یعنی آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسن^{۱۶} بزرگتر بودند ولی نسبت به کمبودهای ویرایش شفاهی آزمون مقررات رقم-نماد از نظر اندازه کوچکتر و قابل مقایسه بودند. این نتیجه‌گیری با سایر تحقیقات که پیشنهاد می‌کند که اندازه‌های فصاحت کلامی و آزمون مقررات رقم-نماد ممکن است میان حساس‌ترین اندازه‌های روان‌عصب شناختی برای آسیب شناختی در مولتیپل اسکلروزیس باشد، همسو و پیوسته می‌باشد. ناتوانی‌های مغز و اعصاب اضافی و یک دوره‌ی بیماری پیشرونده مزمن (به عنوان مخالف با یک عود کننده-بهبود یابنده) با کمبودهای بزرگتر آزمون‌های فصاحت معنایی و واجی همراه بودند. به هر حال پیشنهاد شده است که این یافته اخیر قابل استناد به ویژگی‌های بالینی مجزای نمونه‌های فرعی بهبود یابنده و عود کننده پیشرونده‌ی مزمن می‌باشد. بنابراین بیمارانی که یک دوره‌ی پیشرونده‌ی مزمن را دنبال می‌کنند، تمایل به مسن‌تر بودن، داشتن یک دوام اضافی بیماری و تجربه‌ی ناتوانی مغز و اعصاب بیشتری دارند. زمانی که این متغیرها کنترل شدند تفاوت‌های بین دو نوع فرعی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافتند.

2 - فرضیه‌های پژوهش:

1-2- افتراق معنایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و مولتیپل اسکلروزیس (MS) متفاوت است.

2-2- افتراق معنایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و آلزایمر متفاوت است.

3-2- افتراق معنایی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) و آلزایمر متفاوت است.

3 - روش پژوهش:

روش تحقیق ما علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان روانی میزاکوچک و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و بیماری آلزایمر بودند که در مراکز بهزیستی استان گیلان (شهر رشت) توسط مراقبین رسمی و یا در خانواده‌ها توسط مراقبین غیر رسمی نگهداری می‌شوند. 45 نفر از اشخاص دارای بیماری MS، بیماری آلزایمر و اسکیزوفرنی (در هر گروه 15 نفر) به طور تصادفی با روش نمونه‌گیری در دسترس در سال 1393 انتخاب شدند. بیماری متغیر مستقل خصیصه‌ای و افتراق معنایی جز متغیر وابسته هستند. سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ی افتراق معنایی آژگود^{۱۷} برای اندازه‌گیری افتراق معنایی پاسخ دهند. این آزمون بعد از تحقیقات وسیع و کاربرد روش تحلیل عوامل توسط آژگود ساخته شده است. این ابزار از 10 صفت متضاد ساخته شده است که از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود خود را بر اساس این 10 صفت توصیف کنند. آژگود در این روش معنی عاطفی یعنی احساسات فرد را در مقابل کلمه می‌سنجد، بدین ترتیب آزمودنی باید خود را با صفاتی ده‌گانه برای مثال (فعال-غیر فعال، آرام-ناآرام) در یک مقیاس 7 درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری کند (قمری، بشرپور، 1388). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون، 0/85 می‌باشد. سپس اطلاعات خام با تحلیل واریانس چند جانبه (MANOVA) با نرم افزار SPSS 16 مورد تحلیل قرار گرفتند.

¹⁶Wisconsin

¹⁷Ozgood

اولین همایش بین المللی نوآوری و تحقیق در هنر و علوم انسانی

4- یافته های تحقیق:

جدول شماره 4-1- اطلاعات توصیفی در مورد مولفه های افتراق معنایی در سه دسته از بیماران مورد آزمون

سطح اطمینان، 95٪	حد اقل	حد اکثر	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	نام بیماری	متغیر وابسته
							افتراق معنایی
			1/265	23/93	15	اسکیزوفرنی	افتراق معنایی
			1/265	26/20	15	مولتیپل اسکلروزیس	
			1/265	26/26	15	افراد مبتلا به آلزایمر	

جدول شماره 4-2- نتایج آزمون لوین برای افتراق معنایی

متغیر وابسته	F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	معنی داری
افتراق معنایی	0/768	2	42	0/47

نتیجه ی حاصل از جدول 4-2- این است که با توجه به سطح معنی داری $P=0/47 > 0/05$ ، واریانس ها برابر هستند.

جدول شماره 4-3- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در مورد مقایسه ی افتراق معنایی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
گروه ها	افتراق معنایی	52/933	2و42	26/467	1/102	0/341	0/05

5- بحث :

میانگین افتراق معنایی در سه از گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مولتیپل اسکلروزیس و افراد مبتلا به آلزایمر متفاوت است. گرچه این تفاوت معنی دار و زیاد نیست اما یک نتیجه گیری آشکار این است که افتراق معنایی در گروه بیماران مولتیپل اسکلروزیس و گروه مبتلا به آلزایمر، نسبت به گروه مبتلا به اسکیزوفرنی بهتر است. این موضوع با مطالعه (گورویچ و همکاران، 1996) و مطالعه (هوجز و همکاران، 1999) و مطالعه (بوزیکاس و همکاران، 2005)، همسو است و مطابقت دارد. در مجموع گروه مبتلا به آلزایمر از لحاظ افتراق معنایی بهتر عمل کرده است. گروه مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به دو گروه دیگر عملکرد پایین تری داشته است.

6- نتیجه گیری :

یکی از محدودیت های مهم وجود افراد بی سواد یا کم سواد در بین حجم نمونه است که کار جمع آوری اطلاعات را با مشکل روبرو می کند و نیاز به دادن توضیحات کافی و آموزش لازم به افراد جهت پر کردن پرسشنامه ها است، که زمان بر می باشد.

- در پژوهش حاضر متغیر هایی چون جنسیت، تاهل، تحصیلات و شدت و مدت بیماری لحاظ نشده است.

- باتوجه به اینکه افتراق معنایی در بیماران مبتلابه آلزایمر بهتر از دو گروه دیگر بود، بنابراین در توانبخشی و درمان این افراد بهتر است که این موضوع مد نظر قرار گیرد.

- چون افتراق معنایی در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی در شرایط مطلوبی نیست، لذا لازم است که در افرادی که دارای ریسک بالای ابتلا به این بیماری را دارند یا در مراحل ابتدایی این بیماری هستند، نسبت به بهبود افتراق معنایی در آن ها اقدام شود.

تشکر و قدر دانی :

در اینجا لازم است که از مسئولین محترم دانشگاه محقق اردبیلی که برای انجام این تحقیق تسهیلات لازم را فراهم نموده اند کمال تشکر را داشته باشم، از راهنمایی و مشاوره استادان محترم دکتر قمری و دکتر شیخ الاسلامی کمال تشکر را دارم، از همکاران سازمان بهزیستی استان گیلان از بالاترین سطح تا پائین ترین رتبه قدر دانی و تشکر می نمایم.

منابع و مراجع:

[1] خاتونی، مرضیه ، زهری، سیما ، (1389)، مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبت کنندگان اصلی، مجله سالمند، سال پنجم، شماره هفدهم، صص 36-42

[2] قمری، حسین ، بشرپور، سجاد ، (1388) ، مقایسه ی پردازش حسی و معنایی اطلاعات در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی و افراد بهنجار، مجله ی روان شناسی بالینی، سال دوم، شماره ی 1 (پیاپی 5)، صص 17-25

[1] Adams, Jane.Faux, Steven ,F. Nestor, Paul, G. Shenton, Martha.Marcy,Brian.Smith,Scott. Mc Carly, Robert,W (1993), « ERP abnormalities during semantic processing in schizophrenia, published by Elsevier, B.V, 10:3,pp.247-257.

[2] Beatty, William, W. Goodkin, Donald, E. Monson, Nancy. Beatty, Patricia, A. Hertsgaard, Doris (1988), «Anterograde and Retrograde Amnesia in patients with chronic progressive multiple sclerosis»,Arch Neurol,45:6,pp.611-619.

[3] Bozikas, Vasilis,p. Kosmidis, Mary,H. Karavatos, Athanasios (2005), «Disproportionate impairment in semantic verbal fluency in schizophrenia: differential deficit in clustering», Elsevier B, V,74:1,pp.51-59.

[4] Gardner, Alex,P.W. Gibson, Sheila, L.M (1989), « Semantic differential techniques in the identification of individuals assessment of health state: a case study of a patient within a homoeopathic regime», counselling psychology quarterly, 2:3,pp.273-288.

- [5] Gourovitch, Monica, L. Goldberg, Terry, E. Weinberger, Daniel, R (1996), « Verbal fluency deficits in patients with schizophrenia: semantic fluency is differentially impaired as compared with phonologic fluency», *Neuropsychology*, 10:4, pp. 573-577.
- [6] Graham, Kim, S. Hodges, John, R (1997), « Differentiating the roles of the hippocampus complex and the neocortex in longterm memory storage: Evidence from the study of semantic dementia and Alzheimer's disease», *Neuropsychology*, 11:1, pp.77-89.
- [7] Henry, Julie, D. Beatty, William, W (2006), « Verbal fluency deficits in multiple sclerosis», *Neuropsychologia*, 44: 7, pp.1166-1174.
- [8] Hodges, John R. Patterson, Karalyn. Ward, Rose. Garrard, Peter. Bak, Thomas. Perry, Richard. Gregory, Carol (1999), « The differentiation of semantic dementia and frontal lobe dementia (temporal and frontal variants of frontotemporal dementia) from early Alzheimer's disease: A comparative neuropsychological study», *Neuropsychology*, 13:1, pp.31-40.
- [9] American National Multiple Sclerosis Society, (2014). What is MS, Share.net, MSAA ,Improving lives today! www.mymsaa.org/about-ms/overview
- [10] Yang, M. (2013). dsm-5: Schizophrenia, August 28, www.mariayang.org

Archive of SID