

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Symptoms of Depression and Anxiety in Women with Chronic Schizophrenia Admitted to Hejazi Hospital in Mashhad

Masoud Kashani Lotfabadi¹, Seyedeh Sara Aboozarian^{*2}, Maryam Farnosh³, Azam Mohammadi⁴,
Bibi Maryam Hashemi⁵, Azam Salarhaji⁶

1. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-Sina psychiatric Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Msc in Psychology, Payam Noor University of Garmsar, Garmsar, Iran
3. Msc in Counseling, Islamic Azad University of Quchan, Quchan, Iran
4. MSc in Psychiatric Nursing, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibne-Sina psychiatric Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Ms in Islamic Psychology, Payam Noor University of Gonabad, Gonabad, Iran
6. PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Article Info

Received: 2020/09/07;
Accepted: 2020/09/24;
Published Online: 2020/11/28

 [10.30699/ajnmc.29.2.146](https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.2.146)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Considering the negative effects of depressive symptoms and anxiety on the course of schizophrenia, it seems that the combination of cognitive-behavioral group therapy with self-care skills can increase the effectiveness of this treatment in reducing the distress of patients with chronic schizophrenia. Therefore, a study was designed and conducted to determine the effect of cognitive-behavioral therapy group of self-care skills on the symptoms of anxiety and depression in women with chronic schizophrenia.

Methods: This randomized controlled clinical trial was performed on 30 women with chronic schizophrenia admitted to Hejazi Psychiatric Hospital in Mashhad. The intervention group (n = 15) underwent cognitive-behavioral therapy group of self-care skills during 10 sessions of one and a half hours and the control group (n = 15) received a routine care. The data collection tool was the Hamilton Anxiety and Depression Scale which was completed in three stages. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and independent t-test.

Results: There was a significant decrease between the intervention and control groups in terms of changes in mean anxiety before and after the intervention ($P < 0.001$) but in terms of changes in mean anxiety before and six months after the intervention and changes in mean depression during the stages there was no significant difference ($P > 0.05$).

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy can be effective in reducing anxiety symptoms, but to increase the duration of its effect, the duration of sessions should be increased.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Group therapy, Anxiety, Depression, Chronic schizophrenia

Corresponding Information:

Seyedeh Sara Aboozarian, Msc in Psychology, Payam Noor University of Garmsar, Garmsar, Iran.
Email: Sara.Aboozarian@gmail.com

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Kashani Lotfabadi M, Aboozarian S S, Farnosh M, Mohammadi A, Hashemi B M, Salarhaji A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Symptoms of Depression and Anxiety in Women with Chronic Schizophrenia Admitted to Hejazi Hospital in Mashhad. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29 (2) :146-159

تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های شناختی‌رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در بیمارستان حجازی مشهد

مسعود کاشانی لطف آبادی^۱، سیده سارا ابوذرین^{۲*}، مریم فرنوش^۳، اعظم محمدی^۴،
بی بی مریم هاشمی^۵، اعظم سالارحاجی^۶

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور گرمسار، گرمسار، ایران
۳. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران
۴. کارشناسی ارشد روانپرستاری، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی، دانشگاه پیام نور گناباد، گناباد، ایران
۶. دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۶/۱۷	مقدمه: باتوجه‌به پیامدهای منفی علائم افسردگی و اضطراب بر سیر بیماری اسکیزوفرنی به‌نظر می‌رسد ترکیب گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری با مهارت‌های خودمراقبتی بتواند موجب افزایش بهره‌وری این درمان در کاهش دیسترس بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن شود. بنابراین، پژوهشی با هدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی بر علائم اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن طراحی و انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۰۳	روش کار: این کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل روی سی نفر از زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در بیمارستان روان‌پزشکی حجازی در مشهد انجام شد. نمونه‌های مطالعه به‌طور تصادفی و براساس جدول اعداد تصادفی، به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله (پانزده نفر) گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی را در ده جلسه نوددقیقه‌ای و گروه کنترل (پانزده نفر) مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس اضطراب و افسردگی همیلتون بود که در سه مرحله قبل از مداخله و پس از مداخله و شش ماه پس از مداخله تکمیل شد. گفتنی است داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر و t مستقل تحلیل شد.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۰۸	یافته‌ها: بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات میانگین اضطراب قبل و پس از مداخله کاهش معناداری وجود داشت ($P < 0.001$)؛ ولی از نظر تغییرات میانگین اضطراب قبل و شش ماه پس از مداخله و تغییرات میانگین افسردگی در مراحل آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).
نویسنده مسئول: سیده سارا ابوذرین کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور گرمسار، گرمسار، ایران پست الکترونیک: Sara.Aboozarian@gmail.com	نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند بر کاهش علائم اضطراب مؤثر باشد؛ ولی برای افزایش تداوم تأثیر آن ممکن است افزایش تعداد جلسات بتواند کمک‌کننده باشد.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، گروه‌درمانی، اضطراب، افسردگی، اسکیزوفرنی مزمن



مقدمه

و منطقه‌ای و جهانی تحمیل می‌کند [۱]. این بیماری با طیف گسترده‌ای از علائم متعدد و ناهمگون در حوزه‌های مختلف علائم مثبت (هذیان و توهم) و منفی (بی‌انگیزگی و بی‌ارادگی)

اسکیزوفرنی اختلال عصبی‌روان‌پزشکی مزمن و پیچیده‌ای است که به‌دلیل ماهیت ناتوان‌کننده پیشرونده و لاعلاج، بار بیماری درخور توجهی به سیستم مراقبت سلامت در سطح ملی

(شامل احساس ناامیدی، گناه، اضطراب درماندگی و افکار خودکشی) و عاطفه سطحی و کند علائم منفی می‌تواند در تمایز این دو علامت کمک‌کننده باشد [۱۷]. با اینکه علائم اضطراب پاسخ درک‌پذیری در برابر ماهیت دیسترس‌آمیز وضعیت‌های روان‌پریشی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی محسوب می‌شود، اغلب ممکن است قبل از شروع علائم روان‌پریشی یا به دنبال بهبودی علائم روان‌پریشی (با یا بدون درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک) ایجاد شوند [۱۸]. علائم افسردگی نیز ممکن است واکنش روان‌شناختی به بیماری اسکیزوفرنی یا اثر جانبی داروهای آنتی‌سایکوتیک یا بخش ذاتی علائم روان‌پریشی باشند [۱۷]. افزون‌براین در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، علائم روان‌پریشی^۳ و نداشتن آگاهی از علائم به‌عنوان موانع اصلی تصمیم‌گیری برای انجام مهارت‌های شناختی رفتاری مؤثر در این بیماران مطرح است [۱۹].

از دیدگاه Donato (۲۰۱۷)، این بیماران در مقایسه با بیماران سالم از نظر روانی، سطح خاصی از عقلانیت و آگاهی دارند که خودمراقبتی در آنان به دلیل نپذیرفتن نقش بیمار و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی با مشکل عمده‌ای در سیستم نظام سلامت همراه است [۲۰]. بنابراین، شناسایی دقیق و درمان علائم افسردگی و اضطراب در این بیماران با مشکلاتی مواجه است. درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با داروهای آنتی‌سایکوتیک به‌تنهایی در تسکین شروع حاد علائم اضطراب و افسردگی مؤثرند؛ ولی برای علائم غیرحاد و مقاوم به درمان، باید از داروهای ضدافسردگی استفاده کرد که ترکیب آن‌ها با داروهای آنتی‌سایکوتیک ممکن است موجب تداخلات دارویی و افزایش اثرهای جانبی داروها، نظیر افزایش وزن و آکاتژیا شود. علاوه‌براین، مصرف بنزودیازپین‌ها به دلیل احتمال سوءمصرف مواد در این بیماران با محدودیت‌هایی مواجه است [۱۶]؛ پس، با توجه به اهمیت تشخیص و درمان علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در پیشگیری از پیامدهایی همچون استفاده از خدمات سلامت روان و کاهش میزان سوءمصرف مواد و درگیری‌های قانونی به‌نظر می‌رسد به مداخلات روانی اجتماعی به‌صورت مکمل با دارودرمانی نیاز است [۶].

درمان شناختی رفتاری برای روان‌پریشی^۴ یکی از درمان‌های روانی اجتماعی است که براساس نتایج مطالعات متاآنالیز و دستورالعمل‌های درمانی مؤسسه ملی تعالی سلامت

و عصبی‌شناختی و عاطفی (افسردگی و اضطراب) تظاهر می‌یابند [۳، ۲] که ممکن است در سایر اختلالات روان‌پزشکی و عصب‌شناختی نیز دیده شوند [۴]. بیماری اسکیزوفرنی علامت اختصاصی کلینیکی و پاراکلینیکی ندارد که فقط بتوان با آن بیماری را تشخیص داد [۵]؛ به‌طوری‌که این بیماری علاوه‌بر معاینه وضعیت روانی، براساس معیارهای تشخیص و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM-5) تشخیص داده می‌شود [۴، ۵].

افسردگی و اضطراب از علائم رایج در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمَن محسوب می‌شوند [۶، ۷] که از معیارهای رسمی تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM-5) در تشخیص اسکیزوفرنی نیستند؛ ولی اغلب این بیماران آن‌ها را تجربه می‌کنند [۸] و در مطالعات متعدد به‌عنوان ویژگی‌های اصلی اسکیزوفرنی مطرح هستند [۷، ۹]. علائم اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اغلب به دنبال علائم مثبت، به‌ویژه توهمات شنوایی، تظاهر پیدا می‌کنند [۷، ۱۰]. با این حال، ظاهراً با علائم عصبی‌شناختی و علائم منفی نیز مرتبط هستند [۱۱، ۱۲] و گاهی هم در واکنش به شرایط بیرونی [۱۳] یا همبودی اختلال افسردگی و اضطراب بروز پیدا می‌کنند [۱۴].

علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با پیامدهای منفی زیادی، نظیر افزایش میزان عود بیماری و اقدام به خودکشی و کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه هستند [۱۳، ۱۵]. با وجود این، تشخیص و درمان علائم افسردگی و اضطراب در بیماران به دلیل تأثیر علائم روان‌پریشی مثبت و منفی بر ارزیابی آن‌ها، معمولاً نادیده گرفته می‌شوند [۱۶، ۱۷]. علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به دلیل سطوح پایین ابراز هیجان مربوط به علائم منفی و کاهش توجه و تمرکز مربوط به اختلال شناختی و دیسترس ناشی از هذیان و توهم معمولاً ارزیابی‌کردنی نیستند؛ به‌طوری‌که برخی از بیماران ممکن است احساس ذهنی دیسترس و هیجان فزاینده‌ای تجربه کنند و برخی در ابراز این هیجانات مشکل داشته باشند [۱۶].

تمایز علائم افسردگی از علائم منفی به دلیل شباهت‌های بالینی از قبیل فقدان انرژی و انزوای اجتماعی^۱ و بی‌لذتی^۲ دشوار است؛ اگرچه ویژگی‌هایی همچون خلق پایین افسردگی

³ psychiatric symptoms

⁴ Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp)

¹ Social withdrawal

² Anhedonia

بین اعضا مبنی بر فراهم کردن حمایت افراد هم‌تراز در مقابله با احساس انزوا و طرد شدن موجب ارجحیت این روش درمانی بر سایر روش‌های انفرادی می‌شود و مقرون به صرفه است [۳۰]. مطالعات انجام شده در این زمینه نیز حاکی از تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر مسائل روان‌شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مانند کاهش اضطراب اجتماعی [۳۱] و بهبود عزت‌نفس [۳۲] و کاهش علائم توهم شنوایی است [۳۳]. اغلب مطالعات به درمان شناختی‌رفتاری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مبتنی بر علائم روان‌پریشی مربوط است و روی هم‌بودی‌های اختلالات افسردگی و اضطراب انجام و کمتر به موضوع خودمراقبتی و تأثیر آن بر بهبود علائم افسردگی و اضطراب در این بیماران پرداخته شده است. بنابراین، نویسندگان مقاله بر آن شدند مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های شناختی‌رفتاری بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام دهند.

روش کار

این کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ (اواخر مرداد تا اوایل خرداد) در بیمارستان روان‌پزشکی حجازی شهر مشهد و روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در این بیمارستان انجام شد. این بیمارستان زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد و عمدتاً محل بستری آن دسته از بیماران روان‌پزشکی مزمنی است که به دلایل مختلف، مانند پسرقت اعمال شناختی و وجود علائم پایدار و نداشتن حامی و سرپرست از زندگی طبیعی در اجتماع محروم بودند و دائماً در این بیمارستان به سر می‌برند. حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول

$$\frac{(z_1 - \alpha/2 + z_1 - \beta)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

از طریق محاسبه میانگین و انحراف‌معیار نمره کل افسردگی و اضطراب پس از مداخله با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۵ درصد برای هر گروه سیزده نفر برآورد و با احتساب ۱۵ درصد ریزش حجم نمونه، پانزده نفر در هر گروه (در مجموع سی نفر) در نظر گرفته شد.

و مراقبت^۱ در کانادا و انگلستان، به صورت درمان الحاقی با دارودرمانی برای کاهش علائم روان‌پریشی و دیسترس ناشی از آن‌ها در تمامی مراحل حاد و مزمن و بهبودی بیماری اسکیزوفرنی استفاده می‌شود [۲۱]. با وجود این، نتایج مطالعه متاآنالیز (۲۰۱۸) نشان می‌دهد درمان شناختی‌رفتاری برای علائم روان‌پریشی تأثیر کمی بر دیسترس پس از مداخله گذاشته است و در پیگیری‌های پس از مداخله فواید آن مشهود نیست [۲۲].

براساس نتایج مرور نظام‌مند کوکرین (۲۰۱۸)، شواهد محدودی از تأثیر درمان شناختی‌رفتاری برای روان‌پریشی بر بهبود وضعیت کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی حکایت می‌کند [۲۳]. افزون‌براین در مطالعه مروری نظام‌مند (۲۰۱۷)، تأثیر رویکردهای مختلف شناختی‌رفتاری بر علائم اضطراب و افسردگی به صورت پیامد ثانویه در بیماران مبتلا به اختلال طیف اسکیزوفرنی و نیز بیماران غیرمزمن و هم‌بودی اختلال افسردگی و اضطراب، مانند اضطراب اجتماعی و وسواسی‌جبری واکاوی شده است [۲۴]. این در حالی است که هیچ‌یک از مطالعات روی درمان افسردگی و اضطراب به‌عنوان پیامد اولیه انجام نشده است [۲۵].

افزایش بینش و آگاهی از بیماری روان‌پزشکی با عود علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همراه است [۱۶] و مهارت‌های خودمراقبتی در این بیماران به دلیل بینش ضعیف درباره بیماری و نپذیرفتن نقش بیمار در اجرای مسئولیت‌های خودمراقبتی از سوی کارکنان سیستم سلامت روان با غفلت مواجه شده است [۲۰]. از این رو، به نظر می‌رسد ترکیب آموزش روانی مهارت‌های مختلف، از قبیل خودمراقبتی با درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به بهبودی و افزایش بهره‌وری درمان شناختی‌رفتاری کمک کند و موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود [۲۶، ۲۷].

نتایج مطالعات نشان داده‌اند تشویق بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی مزمن می‌تواند موجب تقویت و به‌کارگیری مهارت‌های خودمراقبتی در این بیماران شود [۲۸]. همچنین، مداخلات روان‌شناسی در قالب گروه اثربخشی بیشتری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دارد [۲۹]؛ زیرا عوامل درمانی درون‌گروهی، مانند تعاملات سازنده

¹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

نمره ۲۵ تا ۳۰ اضطراب متوسط و نمره ۳۰ و بیشتر اضطراب شدید را نشان می‌دهد [۳۴].

در سال ۱۹۶۰، مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون^۲ برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در قالب مصاحبه بالینی طراحی شد. این مقیاس استاندارد شامل هفده گویه است که درمانگر برخی گویه‌های آن را در مقیاس سه‌درجه‌ای لیکرتی (صفر تا دو) و برخی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی (صفر تا چهار) از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل می‌کند. محاسبه نمره افسردگی از طریق جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید. نقطه برش این مقیاس شانزده و بیشتر است که در آن، نمره ۱۷ تا ۲۴ افسردگی خفیف و نمره ۲۴ تا ۳۰ افسردگی متوسط و نمره ۳۱ و بیشتر افسردگی شدید را نشان می‌دهد [۳۵].

برای تعیین روایی ترجمه هر دو مقیاس افسردگی و اضطراب همیلتون، دو نفر از پژوهشگران مسلط به زبان انگلیسی آن را به فارسی ترجمه (Forward) و سپس مناسب‌ترین ترجمه فارسی را هفت نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با $CVI=0/88$ و $CVR=0/84$ تأیید کردند. در مطالعه حاضر، پایایی مقیاس افسردگی و اضطراب همیلتون نیز پس از ترجمه از طریق آزمون و آزمون مجدد به ترتیب با ضریب همبستگی ۸۲ و ۷۸ درصد تأیید شد. مداخلات گروه‌درمانی رفتاری‌شناختی به صورت همگن براساس جنس افراد (زنان) در ده جلسه به‌طور هفتگی (هفته‌ای دو جلسه) و به مدت ۳۵ روز در گروه‌های هفت و هشت نفره اجرا شد. طول مدت برگزاری هر جلسه در حدود شصت دقیقه بود که ده دقیقه اول هر جلسه تمرین به ریلکسیشن و چهل دقیقه به مباحث جلسه و ده دقیقه آخر به جمع‌بندی نتایج تعلق داشت.

گروه‌درمانی رفتاری‌شناختی براساس موضوعات مربوط به مهارت‌های خودمراقبتی و با هدف ارتقای آن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن که دچار پسرقت شناختی و به دلیل علائم پایدار از شرکت در اجتماع محروم شده‌اند، طبق مراحل تهیه پروتکل درمان شناختی‌رفتاری بک شامل ارزیابی شناختی‌رفتاری، ضابطه‌بندی (مفهوم‌پردازی مورد)، هدف‌گذاری و تکالیف انجام گرفت [۳۶]. بدین ترتیب که

نمونه‌های پژوهش حاضر به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (پانزده نفر) و کنترل (پانزده نفر) تخصیص داده شدند؛ بدین صورت که پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، صد نفر از بیماران زن بستری در بیمارستان روان‌پزشکی حجازی در مشهد از طریق پرونده‌های بستری آنان به صورت در دسترس ثبت‌نام شدند. شایان ذکر است ۴۵ نفر از این افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه نبودند و ۲۵ نفر نیز امکان دسترسی به قیّم برای دریافت رضایت‌نامه کتبی نداشتند. در نهایت، سی نفر وارد مطالعه شدند که پس از هماهنگی با قیّم قانونی آنان و کسب رضایت‌نامه کتبی (از بیمار و قیّم او)، فهرستی از بیماران تهیه و به هر کدام شماره‌ای اختصاص داده شد. سپس، افراد این فهرست به صورت دستی و براساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اسکیزوفرنیا براساس DSM-5، سن بین ۲۵ تا ۵۵ سال، داشتن توانایی کلامی، تحصیلات هشت کلاس یا بیشتر و تغییر نکردن دُر استاندارد آنتی‌سایکوتیک در سه ماه اخیر. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه از این‌قرار بودند: سوءمصرف مواد و الکل، اختلال صرع و عقب‌ماندگی ذهنی، درگیری با مسائل قانونی و بیماری‌های شدید جسمی نیازمند درمان. ابزار جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و طول مدت بستری در بیمارستان و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون تشکیل می‌شد.

در سال ۱۹۵۹، مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون^۱ طراحی شد. این مقیاس استاندارد شامل چهارده گویه است که درمانگر هر گویه را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۰=نبود علامت، ۱=علامت خفیف، ۲=علامت متوسط، ۳=علامت شدید و ۴=علامت خیلی شدید) از طریق مصاحبه با بیمار نمره‌گذاری می‌کند. محاسبه نمره اضطراب از طریق جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید که بین ۰ تا ۵۶ و نمره برش آن ۱۸ و بیشتر است. نمره ۱۸ تا ۲۴ اضطراب خفیف و

¹ Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

² Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

۲۹۸ (REC.1397.298). شامل کسب موافقت‌نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه، دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ارائه آن به رئیس بیمارستان روان‌پزشکی حجازی در مشهد، دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر و قیّم آنان، کدگذاری پرسشنامه‌ها برای حفظ اسرار شرکت‌کنندگان و اطمینان به آنان برای خروج از پژوهش در زمان دلخواه رعایت شد.

داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) تجزیه و تحلیل شد. برای توزیع عادی داده‌های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپروویلیک و برای توصیف فراوانی داده‌ها از آمار توصیفی و برای مقایسه داده‌ها از آزمون‌های مجذور کای و t مستقل استفاده شد. همچنین، به منظور مقایسه درون‌گروهی تغییرات متغیر اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله و شش ماه بعد از پایان مداخله از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر و برای مقایسه درون‌گروهی تغییرات افسردگی و اضطراب طی مراحل آزمون از آزمون t مستقل بهره برده شد. شایان ذکر است در آزمون‌های انجام‌شده، سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ مدنظر قرار گرفت. پژوهشگر گردآوری‌کننده اطلاعات و تحلیلگر داده‌ها، افراد را به دو گروه آزمون و کنترل کور تقسیم کرده بودند.

فهرستی از مهارت‌های شناختی رفتاری اولیه و موردنیاز بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن براساس مرور متون و تجربه نوزده نفر گروه تخصصی متشکل از ده نفر از پرستاران، دو نفر از سرپرستاران، پنج نفر از روان‌پزشکان و دو نفر از روان‌شناسان بالینی تهیه و طراحی شد که در تماس مستقیم با این بیماران بودند و حداقل پنج سال سابقه کار در این بیمارستان را داشتند.

فهرست یادشده شامل وضعیت لباس پوشیدن، وضعیت تغذیه و غذاخوردن، وضعیت نظافت محیط، وضعیت نظافت شخصی و بهداشتی و وضعیت رعایت نکات آموزشی پزشکی بود که یکی از دانشجویان دکتری روان‌شناسی بالینی و دو نفر روان‌پزشک با پنج سال سابقه در زمینه درمان شناختی رفتاری بیماران اسکیزوفرن آن را در قالب درمان شناختی رفتاری اجرا کردند. ناگفته نماند دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی و دو نفر روان‌پزشک آموزش‌های لازم در این زمینه را دیده بودند (جدول ۱). گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت و حین مطالعه مراقبت‌های معمول را دریافت کرد.

داده‌ها هم‌زمان در سه مرحله قبل از مداخله و پس از مداخله و شش ماه پس از مداخله در هر دو گروه جمع‌آوری شد. در همه مراحل پژوهش، تمام نکات اخلاق در پژوهش مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مرتبط با مطالعه حاضر (با کد MEDICAL IR.MUMS).

جدول ۱. جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری

جلسه	محتوا
جلسه اول	تمرین ریلاکسیشن، بررسی و به‌چالش کشیدن شرایط وضعیت لباس پوشیدن و پوشاک بیماران در بخش، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه.
جلسه دوم	تمرین ریلاکسیشن، جمع‌آوری تکالیف جلسه قبلی که به‌صورت مرور ذهنی و نوشتاری بود، بحث درباره تکالیف، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه
جلسه سوم	تمرین ریلاکسیشن، بررسی و به‌چالش کشیدن شرایط وضعیت تغذیه و غذا خوردن بیماران در بخش، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه
جلسه چهارم	تمرین ریلاکسیشن، جمع‌آوری تکالیف جلسه قبلی که به‌صورت مرور ذهنی و نوشتاری بود، بحث درباره تکالیف، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه

محتوا	جلسه
تمرین ریلاکسیشن، بررسی و به‌چالش کشیدن وضعیت نظافت محیط بیماران در بخش، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه	جلسه پنجم
تمرین ریلاکسیشن، جمع‌آوری تکالیف جلسه قبل که به‌صورت مرور ذهنی و نوشتاری بود، بحث درباره تکالیف، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه	جلسه ششم
تمرین ریلاکسیشن، بررسی و به‌چالش کشیدن وضعیت نظافت شخصی و بهداشتی بیماران در بخش، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه	جلسه هفتم
تمرین ریلاکسیشن، جمع‌آوری تکالیف جلسه قبل که به‌صورت مرور ذهنی و نوشتاری بود، بحث درباره تکالیف، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه	جلسه هشتم
تمرین ریلاکسیشن، بررسی و به‌چالش کشیدن وضعیت رعایت نکات آموزشی، پزشکی بیماران در بخش، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه	جلسه نهم
تمرین ریلاکسیشن، جمع‌آوری تکالیف جلسه قبل که به‌صورت مرور ذهنی و نوشتاری بود، بحث درباره تکالیف، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی پایان جلسه	جلسه دهم

یافته‌ها

اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در گروه کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره اضطراب طی مراحل آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/09$).

بر اساس جدول ۴، مقایسه بین‌گروهی نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره اضطراب طی مراحل قبل از مداخله و پس از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). با وجود این، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره اضطراب طی مراحل قبل از مداخله و شش ماه پس از مداخله تفاوت معناداری به‌چشم نخورد ($P = 0/08$).

طبق جدول ۳، مقایسه درون‌گروهی نتایج آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره افسردگی بین مراحل آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$). همچنین بر اساس جدول ۴، مقایسه بین‌گروهی نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره افسردگی طی مراحل قبل از مداخله و پس از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت ($P = 0/07$). همچنین، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات میانگین نمره

در این مطالعه، حجم نمونه نهایی سی نفر از بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در بیمارستان روان‌پزشکی حجازی مشهد بود که ۴۰ درصد (دوازده نفر) آنان تحصیلات سوم راهنمایی داشتند و ۶۳/۳ درصد (نوزده نفر) مجرد با میانگین سنی $40/8 \pm 9/20$ سال و طول مدت بستری $8/6 \pm 8/5$ سال بودند. در مقایسه دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله، از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن شرکت‌کننده در مطالعه تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$) و دو گروه از این نظر همگن بودند (جدول ۲).

طبق جدول ۳، مقایسه درون‌گروهی نتایج آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در هر دو گروه مداخله، از نظر تغییرات میانگین نمره اضطراب طی مراحل آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($P = 0/01$). در همین زمینه، نتایج مقایسه دوه‌دوره‌ای مراحل آزمون با استفاده از تصحیح بونفرونی نشان داد که در هر دو گروه مداخله، بین مراحل قبل از مداخله و پس از مداخله ($P = 0/005$) و بین مراحل قبل از مداخله و شش ماه پس از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($P = 0/04$). بالین حال، در مقایسه درون‌گروهی نتایج آزمون آنالیز واریانس

افسردگی شش ماه پس از مداخله تفاوت معناداری دیده نشد
($P=0/57$).

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی زنان بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	کنترل		گروه	متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
* $P=0/31$	۸(۵۳/۳)	۱۲(۸۰/۰)	زیردیپلم	سطح تحصیلات
	۵(۳۳/۳)	۳(۲۰/۰)	دیپلم	
	۲(۱۳/۴)	۰(۰/۰)	تحصیلات دانشگاهی	
$P=0/87$	۱۰(۶۶/۷)	۹(۶۰/۰)	مجرد	وضعیت تأهل
	۳(۲۰/۰)	۴(۲۶/۶)	متأهل	
	۲(۱۳/۳)	۲(۱۳/۴)	مطلقه	
* $P=0/63$	۵(۳۳/۳)	۳(۲۰/۰)	۲۵ تا ۳۵	سن (سال)
	۸(۵۳/۳)	۶(۴۰/۰)	۳۶ تا ۴۵	
	۲(۱۳/۴)	۶(۴۰/۰)	۴۶ تا ۵۵	
* $P=0/81$	۱۰(۶۶/۶)	۱۰(۶۶/۶)	۳-۹ کمتر از ۹ سال	مدت بستری (سال)
	۴(۲۶/۷)	۳(۲۰/۰)	۱۰ تا ۱۵	
	۱(۶/۷)	۲(۱۳/۴)	بیشتر از ۱۶	

* آزمون کای اسکور

جدول ۳. نتایج مقایسه درون گروهی اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون آنالیز واریانس اندازه گیری مکرر	گروه			متغیر
	شش ماه پس از مداخله	پس از مداخله	قبل از مداخله	
$f(12/63, 1/4)=6/88$ $P=0/1$ $Eta=0/43$	۲۵/۷۰ ± ۱۱/۰۵	۲۹/۰۰ ± ۶/۹۸	۳۴/۴۰ ± ۳/۸۶	آزمون
$f(18, 2)=2/03$ $P=0/9$ $Eta=0/13$	۳۲/۸۰ ± ۵/۵۹	۳۴/۷۰ ± ۴/۸۸	۳۳/۸۰ ± ۵/۰۷	کنترل
$f(15/80, 1/01)=1/66$ $P=0/23$ $Eta=0/16$	۳۴/۹۰ ± ۱۳/۹۱	۳۸/۱۰ ± ۵/۹۹	۴۰/۳۰ ± ۶/۱۶	آزمون
				افسردگی

$f(2, 18) = 5.34$				
$P = .054$				
$Eta = .37$	$40/20 \pm 7/188$	$42/70 \pm 7/02$	$43/40 \pm 7/86$	کنترل

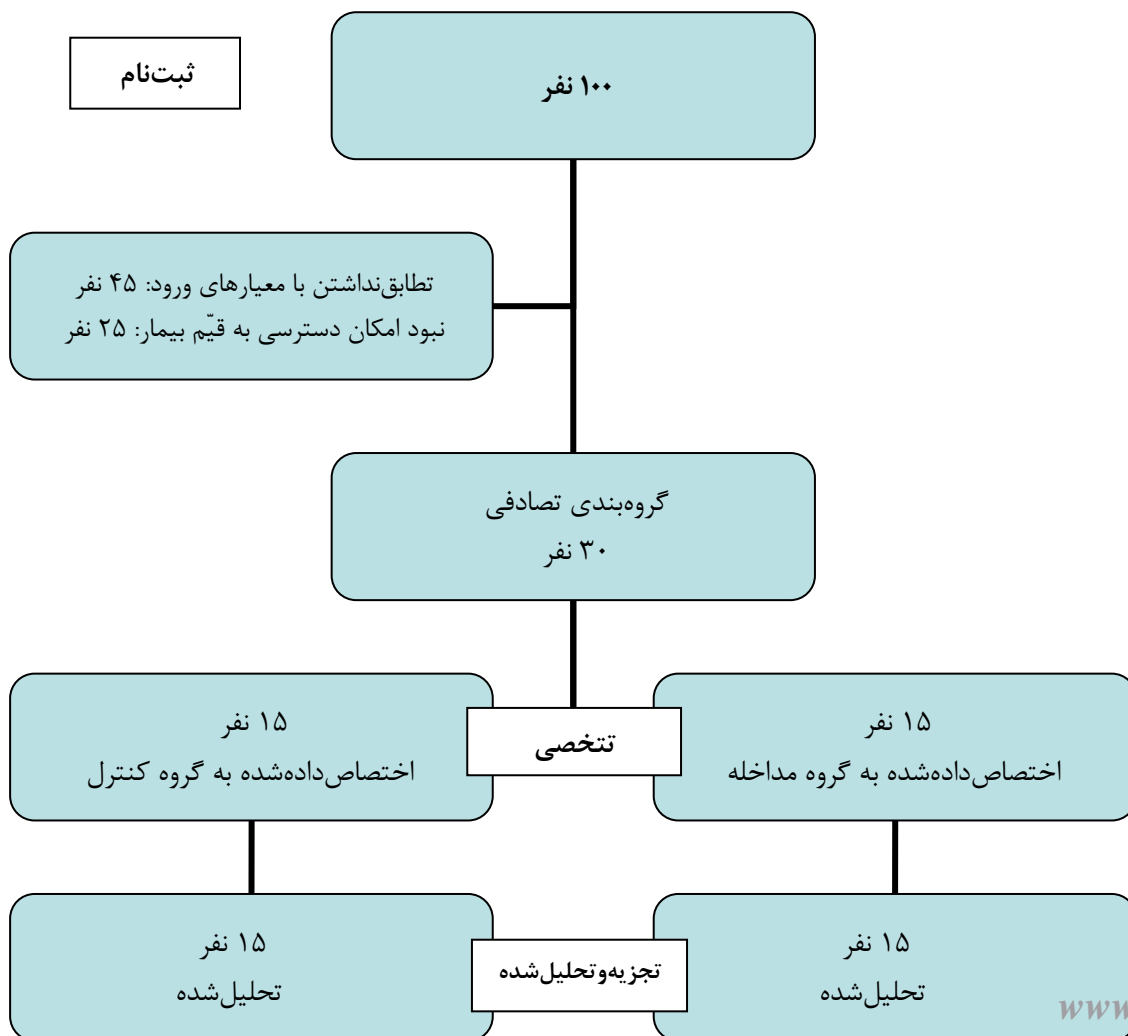
جدول ۴. مقایسه بین‌گروهی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون t مستقل	مداخله		گروه	متغیرها
	کنترل	مداخله		
$t = 4.49 P < .001$	0.9 ± 2.18	5.40 ± 3.86	T1-T2	*اضطراب
$t = 1.89 P = .08$	3.00 ± 2.79	8.70 ± 9.14	T1-T3	
$t = 1.91 P = .07$	0.70 ± 2.31	2.20 ± 0.92	T1-T2	*افسردگی
$t = 0.58 P = .57$	3.20 ± 3.97	5.40 ± 11.30	T1-T3	

* T1 مرحله قبل از مداخله، T2 مرحله پس از مداخله، T3 مرحله شش ماه پس از مداخله

** T1-T2: تغییرات میانگین در طول مراحل قبل از مداخله و پس از مداخله

** T1-T3: تغییرات میانگین در طول مراحل قبل از مداخله و شش ماه پس از مداخله



شکل ۱. فلوجارت کار آزمایی بالینی

بحث

کاهش اضطراب مؤثر باشد؛ اما طی مرحله شش ماه پس از مداخله بر اضطراب مؤثر نیست.

مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای بود که در آن، درمان شناختی رفتاری بر اساس مهارت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن طراحی شده بود که نتایج آن با نتایج پژوهش Freedland و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود؛ چراکه آنان نیز دریافتند درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مهارت‌های خودمراقبتی بر کاهش اضطراب پس از مداخله در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر است [۳۷]. نتایج سایر پژوهش‌ها در زمینه تأثیر رویکردهای درمان شناختی رفتاری بر اضطراب نشان داد که ریلکسیشن درمانی عضله می‌تواند موجب کاهش استرس و وضعیت اضطراب حاد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود [۳۸]. Kingse و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که درمان

هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در بیمارستان روان پزشکی حجازی در شهر مشهد بود. نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی می‌تواند بر کاهش علائم اضطراب پس از مداخله مؤثر باشد؛ ولی بر میانگین اضطراب طی مرحله شش ماه پس از مداخله مؤثر نباشد. این یعنی گروه درمانی شناختی رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی نمی‌تواند تأثیر طولانی مدتی بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بگذارد. نتایج این تحقیق نشان داد در مقایسه درون گروهی نیز، گروه درمانی شناختی رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی در مرحله پس از مداخله می‌تواند بر

گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی بر تغییرات افسردگی در طول مراحل آزمون مؤثر نبود. در مقایسه درون‌گروهی نیز، گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی بر تغییرات میانگین افسردگی در طول مراحل آزمون تأثیرگذار نبود. Addington و همکاران (۲۰۱۱) افسردگی را به‌عنوان پیامد ثانویه بررسی کردند و نشان دادند که درمان شناختی‌رفتاری بر افسردگی بیماران در معرض خطر علائم روان‌پریشی مؤثر نیست [۲۷]. یافته‌های آنان نیز تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر است.

ضعف خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است مربوط به فرایند بیماری و فقدان بینش درباره بیماری یا شروع ضعف به‌عنوان بخشی از بیماری از قبیل علائم منفی و علائم افسردگی باشد [۴۰] که در مطالعه حاضر، تقویت آن از طریق گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری علائم افسردگی در این بیماران را نتوانست کاهش دهد. از جمله دلایل این مسئله می‌تواند اتیولوژی گوناگون علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی باشد که ممکن است شامل خصوصیات علائم روان‌پریشی (از قبیل هذیان‌گزند و آسیب و توهمات شنوایی) و واکنش روان‌شناختی به تشخیص اسکیزوفرنی و تأثیر آن بر موقعیت اجتماعی و تروماهای دوران کودکی باشد [۲۵].

باتوجه به طردشدگی و فقدان حمایت عاطفی خانواده و اجتماع از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، به‌نظر می‌رسد درمان افسردگی در آنان با مشکلات عمده‌تری مواجه است. شایان ذکر است با وجود اینکه علائم منفی و افسردگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به‌عنوان سندروم‌های بالینی مجزایی مفهوم‌سازی شده‌اند، همپوشانی این علائم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی امکان بررسی ناهمگنی آن‌ها را با محدودیت‌هایی مواجه کرده است که تمایز دقیقشان به مطالعات دقیق پدیدارشناسی نیاز دارد [۴۴] و ممکن است با اطلاعات پرسشنامه‌ای استخراج‌پذیر نباشد.

نتایج تحقیق Freedland و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر مهارت‌های خودمراقبتی می‌تواند بر کاهش افسردگی پس از مداخله در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر باشد [۳۷]. افزون‌براین، Chen و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهششان دریافتند که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر بهبود علائم افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر است [۴۵]. نتایج تحقیق‌های اخیر با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد. از جمله دلایل این

شناختی‌رفتاری می‌تواند موجب کاهش علائم اضطراب اجتماعی پس از مداخله در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود [۳۹] که تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر است.

درمان شناختی‌رفتاری اغلب با هدف کاهش اضطراب و دیسترس در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به‌کار می‌رود. مدیریت موفقیت‌آمیز علائم اضطراب شامل اتخاذ استراتژی‌های تطابقی مناسب برای کاهش اضطراب است که به کاهش علائم روان‌پریشی نیز می‌تواند کمک کند [۱۸]. ضعف عملکرد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل مهارت‌های مربوط به حمام‌رفتن، لباس‌پوشیدن، تغذیه، مراقبت از ناخن‌ها و عادت‌های خواب [۴۰] می‌تواند موجب کاهش روابط اجتماعی و نپیوستن موفقیت‌آمیز این بیماران به جامعه شود [۴۱] و با کاهش سطح زندگی مستقل و اشتغال و مشارکت اجتماعی آنان همراه باشد [۴۲]. از این‌رو، به‌نظر می‌رسد تقویت مهارت‌های خودمراقبتی به‌عنوان استراتژی تطابقی از طریق گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند به کاهش علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن کمک کند.

براساس نتایج مطالعات متعدد، به‌نظر می‌رسد که طول دوره درمان‌های شناختی‌رفتاری بر کاهش و تضعیف اضطراب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است؛ به‌طوری‌که معمولاً دوره‌های درمانی باید بیش از شانزده جلسه باشد که از نظر هزینه اثربخشی مقرون‌به‌صرفه نیست [۱۸]. تحقیق حاضر اولین تحقیقی بود که در آن، درمان شناختی‌رفتاری براساس مهارت‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن طراحی شده بود. اگرچه گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی باعث کاهش علائم اضطراب پس از مداخله شد، ممکن است به‌دلیل مدت کوتاه تعداد جلسات درمانی کم (ده جلسه)، تأثیرات آن طی شش ماه پس از مداخله درمقایسه‌با گروه کنترل تداوم پیدا نکند.

Eric و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند بر کاهش علائم اضطرابی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر باشد که تا سه ماه پس از مداخله تداوم داشت [۴۳]. نتایج این مطالعه از نظر تداوم‌نداشتن تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مهارت‌های خودمراقبتی بر اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. از جمله دلایل این ناهمخوانی می‌تواند طول مدت بیشتر جلسات درمانی و مدت کوتاه‌تر انجام پیگیری پس از مداخله در این پژوهش باشد. ناگفته نماند نتایج مطالعه حاضر نشان داد که

سپاسگزاری

این مقاله با کد کارآزمایی بالینی IRCT20180817040818N1 از طرحی پژوهشی استخراج شد که ۲۴ مرداد ۱۳۹۷ با کد ۹۷۰۴۱۷ در حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسید. بدین وسیله نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق و مسئولان و پرستاران و سرپرستاران محترم بیمارستان روان پزشکی حجازی و نیز شرکت کنندگان در مطالعه به خاطر همکاری صمیمانه شان قدردانی می کنند.

سپاس نویسنندگان

سحر سعیدی اصل: نگارش اولیه مقاله و تهیه پیش نویس اولیه مقاله را برعهده داشت.
فاطمه السادات رباطی: بخش تجزیه و تحلیل آماری داده ها و نظارت بر اجرای پژوهش را برعهده داشت.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

References

- Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*. 2020;20:1-9. [DOI:10.1186/s12888-020-02538-8] [PMID] [PMCID]
- Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Thika S, Ruxruntham K, Carvalho AF, Geffard M, et al. Physio-somatic symptoms in schizophrenia: association with depression, anxiety, neurocognitive deficits and the tryptophan catabolite pathway. *Metab Brain Dis*. 2017;32(4):1003-16. [DOI:10.1007/s11011-017-9982-7] [PMID]
- Sun MM, Yang LM, Wang Y, Feng X, Cui KY, Liu LF, et al. BDNF Val66Met polymorphism and

ناهمخوانی می تواند وضعیت شناختی متفاوت علائم افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی درمقایسه با بیماران اسکیزوفرنی مزمن باشد. از محدودیت های این پژوهش مدت کوتاه جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری مهارت های خودمراقبتی بود که باتوجه به هزینه اثربخشی و محدودیت زمانی، افزایش تعداد جلسات برای پژوهشگران مقرون به صرفه نبود. علاوه بر این، باتوجه به شرایط فرهنگی ایران مبنی بر ضرورت رضایت کتبی خانواده (قیمت بیمار) برای شرکت بیمار در پژوهش ها، افراد زیادی از شرکت در مطالعه محروم شدند؛ زیرا خانواده ها افراد بستری در این بیمارستان را به علت مزمن شدن بیماری و علائم اغلب حمایت نمی کردند و به طور دائم در بیمارستان نگه داری می کردند.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری می تواند موجب کاهش علائم اضطرابی در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن شود؛ اما برای تداوم اثربخشی آن پیشنهاد می شود تعداد جلسات افزایش داده شود. افزون بر این، نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری نمی تواند علائم افسردگی را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن کاهش دهد؛ از این رو، پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده، گروه درمانی شناختی رفتاری با تعداد جلسات بیشتر و مصاحبه های بالینی پدیدارشناسی برای علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی طراحی شود.

- placebo-controlled clinical trial. *Ann Clin Psychiatry*. 2019;31(2):123-9.
7. Chiang YH, Beckstead JW, Lo SC, Yang CY. Association of auditory hallucination and anxiety symptoms with depressive symptoms in patients with schizophrenia: A three-month follow-up. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(4):585-90. [DOI:10.1016/j.apnu.2018.03.014] [PMID]
 8. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76. [DOI:10.1093/schbul/13.2.261] [PMID]
 9. Pallanti S, Cantisani A, Grassi G. Anxiety as a core aspect of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(5):354. [DOI:10.1007/s11920-013-0354-7] [PMID]
 10. Tsai YF, Chen CY. Self-care symptom management strategies for auditory hallucinations among patients with schizophrenia in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 2006;19(4):191-6. [DOI:10.1016/j.apnr.2005.07.008] [PMID]
 11. Kanchanatawan B, Thika S, Sirivichayakul S, Carvalho AF, Geffard M, Maes M. In Schizophrenia, Depression, Anxiety, and Psychosomatic Symptoms Are Strongly Related to Psychotic Symptoms and Excitation, Impairments in Episodic Memory, and Increased Production of Neurotoxic Tryptophan Catabolites: a Multivariate and Machine Learning Study. *Neurotox Res*. 2018;33(3):641-55. [DOI:10.1007/s12640-018-9868-4] [PMID]
 12. Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Carvalho AF, Anderson G, Galecki P, Maes M. Depressive, anxiety and hypomanic symptoms in schizophrenia may be driven by tryptophan catabolite (TRYCAT) patterning of IgA and IgM responses directed to TRYCATs. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;80:205-16. [DOI:10.1016/j.pnpbp.2017.06.033] [PMID]
 13. Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013;210(1):1-7. [DOI:10.1016/j.psychres.2013.07.030] [PMID]
 14. Tsai J, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry Res*. 2013;210(1):16-20. [DOI:10.1016/j.psychres.2013.05.013] [PMID] [PMCID]
 15. Hou C-L, Ma X-R, Cai M-Y, Li Y, Zang Y, Jia F-J, et al. Comorbid moderate-severe depressive symptoms and their association with quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Community Ment Health J*. 2016;52(8):921-6. [DOI:10.1007/s10597-016-0023-5] [PMID]
 16. Temmingh H, Stein DJ. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*. 2015;29(10):819-32. [DOI:10.1007/s40263-015-0282-7] [PMID]
 17. Rahim T, Rashid R. Comparison of depression symptoms between primary depression and secondary-to-schizophrenia depression. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(4):314-7. [DOI:10.1080/13651501.2017.1324036] [PMID]
 18. Howells FM, Kingdon DG, Baldwin DS. Current and potential pharmacological and psychosocial interventions for anxiety symptoms and disorders in patients with schizophrenia: structured review. *Hum Psychopharmacol*. 2017;32(5). [DOI:10.1002/hup.2628] [PMID]
 19. Chen SR, Chien YP, Kang CM, Jeng C, Chang WY. Comparing self-efficacy and self-care behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(5):414-22. [DOI:10.1111/jpm.12101] [PMID]
 20. Donato K. Self-Care as a Burdened Virtue. *Episteme*. 2017;28(1):3.
 21. Rathod S, Phiri P, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):527-36. [DOI:10.1016/j.psc.2010.04.009] [PMID]
 22. Laws KR, Darlington N, Kondel TK, McKenna PJ, Jauhar S. Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychol*. 2018;6(1):32. [DOI:10.1186/s40359-018-0243-2] [PMID] [PMCID]
 23. Jones C, Hacker D, Xia J, Meaden A, Irving CB, Zhao S, et al. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12:CD007964. [DOI:10.1002/14651858.CD008712.pub3] [PMCID]
 24. Opoka SM, Lincoln TM. The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):641-59. [DOI:10.1016/j.psc.2017.08.005] [PMID]
 25. Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull*. 2017;43(2):240-4.
 26. Lodha P, De Sousa A. Cognitive Behavioural Therapy and Its Role in the Outcome and Recovery from Schizophrenia. *Schizophrenia Treatment Outcomes: Springer*; 2020. p. 299-312 [DOI:10.1007/978-3-030-19847-3_26]
 27. Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2011;125(1):54-61. [DOI:10.1016/j.schres.2010.10.015] [PMID]
 28. Bible LJ, Casper KA, Seifert JL, Porter KA. Assessment of self-care and medication adherence in individuals with

- mental health conditions. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2017;57(3S):S203-S10 e3. [DOI:10.1016/j.japh.2017.02.023] [PMID]
29. Orfanos S, Banks C, Priebe S. Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom*. 2015;84(4):241-9. [DOI:10.1159/000377705] [PMID]
30. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. New York: Wolters Kluwer; 2015.
31. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(5):809-13. [DOI:10.1080/j.1440-1614.2000.00820.x] [PMID]
32. Kunikata H, Yoshinaga N, Nakajima K. Effect of cognitive behavioral group therapy for recovery of self-esteem on community-living individuals with mental illness: Non-randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(10):457-68. [DOI:10.1111/pcn.12418] [PMID]
33. Penn DL, Meyer PS, Evans E, Wirth RJ, Cai K, Burchinal M. A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophr Res*. 2009;109(1-3):52-9. [DOI:10.1016/j.schres.2008.12.009] [PMID]
34. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5. [DOI:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x] [PMID]
35. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62. [DOI:10.1136/jnmp.23.1.56] [PMID] [PMCID]
36. Hawton K. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems (a practical guide). Tehran: Arjmand; 1989.
37. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(11):1773-82. [DOI:10.1001/jamainternmed.2015.5220] [PMID] [PMCID]
38. Vancampfort D, De Hert M, Knapen J, Maurissen K, Raepsaet J, Deckx S, et al. Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2011;25(6):567-75. [DOI:10.1177/0269215510395633] [PMID]
39. Kingsep P, Nathan P, Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;63(1-2):121-9. [DOI:10.1016/S0920-9964(02)00376-6]
40. Baruah A, Bhaduri A, Deuri S. Effect of psycho-educative intervention on knowledge about illness and self-care in patients with schizophrenia. *Nurs J India*. 2012;103(4):188.
41. Hsu Y-C, Lin W-Q, Kuo H-W. Schizophrenic Patients' Poor Perception in Personal Hygiene. *Ment Health Fam Med*. 2017;13(1):369-74. [DOI:10.25149/1756-8358.1301006]
42. Ayres H, Ngo H, John AP. Limited changes in activities of daily life performance ability among people with schizophrenia at clinical settings and the factors moderating the changes. *Schizophr Res: Cognition*. 2019;16:29-35. [DOI:10.1016/j.scog.2018.12.001] [PMID] [PMCID]
43. Storch EA, Arnold EB, Lewin AB, Nadeau JM, Jones AM, De Nadai AS, et al. The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(2):132-42. e2. [DOI:10.1016/j.jaac.2012.11.007] [PMID]
44. Krynicki CR, Uptegrove R, Deakin J, Barnes TR. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(5):380-90. [DOI:10.1111/acps.12873] [PMID]
45. Chen T-H, Lu R-B, Chang A-J, Chu D-M, Chou K-R. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006;20(1):3-11. [DOI:10.1016/j.apnu.2005.08.005] [PMID]