



اثربخشی آموزش خودمراقبتی، بر عملکرد کلی مبتلایان به اسکیزوفرن، مبتنی بر مدل خود مراقبتی اورم

سارا خلعتبری^۱، سعید پهلوان زاده^۲، نصرالله علیمحمدی^۳

^۱ کارشناس ارشد دانشگاه علوم پزشکی-پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری مامایی، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

^۲ مربی دانشگاه علوم پزشکی، مربی پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری مامایی، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دانشیار، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: نصرالله علیمحمدی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان-هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران. ایمیل: alimohammadi@nm.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۴

چکیده

مقدمه: اختلال اسکیزوفرنیا به عنوان شدیدترین اختلال روان پریشی، از ناتوان کننده ترین بیماری برای بیمار و خانواده وی محسوب می گردد. اختلال ناتوان کننده ایست که اثرات منفی زیادی بر عملکرد اجتماعی مبتلایان دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی یک برنامه خود مراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر ارتقاء عملکرد کلی مبتلایان به اسکیزوفرن انجام شد.

روش کار: این پژوهش، در دو مرحله کیفی و کمی (کارآزمایی بالینی) در سال ۱۳۹۸ انجام گردید. در مرحله کیفی برنامه "آموزش خود مراقبتی" بر اساس مدل خود مراقبتی اورم، تدوین، و بصورت کارآزمایی بالینی با پی گیری سه ماهه اجرا و ارزیابی گردید. در ابتدا پیش نویس برنامه تدوین و با استفاده از تکنیک رند روایی محتوای مورد بررسی و نهایی گردید. در مرحله اجرا، تعداد ۷۰ نمونه در دو گروه کنترل (۳۵ نفر) و آزمون (۳۵ نفر) شرکت که به روش اسان تداومی انتخاب و بطور تصادفی ساده در دو قرار گرفتند شرکت داشتند. معیار ورود شامل: حداقل دو سال سابقه بیماری و دارا بودن معیارهای زمان ترخیص طبق نظر روانپزشک بود. گروه آزمون در برنامه آموزش خود مراقبتی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای شرکت نمودند و گروه کنترل در سه جلسه گروهی شرکت و به بیان مشکلات و تجارب خود پرداختند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه عملکرد کلی بیماران اسکیزوفرن (GAF) در شروع مطالعه، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله جمع اوری و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد؛ بین دو گروه کنترل ($8/03 \pm 55/57$) و آزمون ($7/46 \pm 55/06$) قبل از مداخله، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). ولی یک ماه و سه ماه بعد از مداخله، به ترتیب با اختلاف میانگین ($-7/514$) و ($-5/543$) عملکرد بیماران گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد؛ آموزش خود مراقبتی بر اساس مدل خود مراقبتی اورم می تواند موجب افزایش میانگین عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

طرفی عدم مراقبت اصولی، موجب عودهای پی در پی و افت توانمندی های جسمی - روانی در بیمار می شود [۱].

اسکیزوفرنی نوعی روان پریشی است که با تاثیرات مخرب بر افکار، رفتار و روابط بین فردی، موجب مختل شدن عملکرد مبتلایان می گردد. از

بطور کلی می‌توان گفت که بیماران اسکیزوفرنی که دوره حاد بیماری را گذرانده‌اند، برای کسب مجدد مهارت‌ها، ایفای نقش و بهبود روابط اجتماعی به کمک نیاز دارند [۱۰].

از طرفی درک این مساله که بکارگیری یک الگو مدل مناسب در آموزش خود مراقبتی مبتلایان به یک بیماری مزمن، گامی موثر و مهم در فرایند مراقبت و درمان ایشان محسوب می‌گردد. جامعه شناسان، روان شناسان و انسان شناسان، طیف وسیعی از مدل‌های مختلف ارتقا دهنده خود مراقبتی و سلامت را پیشنهاد نموده‌اند. در این میان، مدل خود مراقبتی اورم، یکی از جلوه‌های نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت و مطرح درحرفه پرستاری است که بر تعهد و مسئولیت فردی در کسب دانش و مهارت‌های لازم برای حفظ و ارتقای سلامت تاکید دارد. استفاده از این مدل، با هدف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خود کارآمدی به رفتارهای خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها لازم است [۱۱]. و از آنجائیکه از رسالت‌های پرستاری ارتقا سطح سلامت، اصلاح کیفیت مراقبت و در نهایت کیفیت زندگی بیماران است [۱۲]. و از آنجائیکه در آموزش مناسب برای بیماران باید به نیازهای آموزشی ایشان توجه کرد این مدل خود مراقبتی به عنوان یکی از کامل‌ترین نظریه‌های خود مراقبتی؛ راهنمای بالینی مناسبی برای برنامه ریزی و اجرای اصول خود مراقبتی در اختیار می‌گذارد [۱۳]. بنابراین بکارگیری این مدل می‌تواند با افزایش آگاهی و بهبود مهارت اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرن در مورد مسائل مختلف بیماری از جمله مراقبت از خود موجب پیشگیری از عوارض و عود بیماری و کاهش هزینه‌های درمانی [۱۴] و بهبودی مهارت‌های اجتماعی در ایشان شده و بازگشت به اجتماع را در ایشان تسریع و آنها را قادر خواهد ساخت تا در مراقبت و درمان خود نقش فعال تری داشته و به کاهش وابستگی آنها کمک نماید و موجب تسریع در بهبودی در مهارت‌های اجتماعی و حس استقلال را در آنها گردد [۱۵]. و از آنجائیکه مطالعات اندکی در جامعه ایرانی با تمرکز بر آموزش به بیماران اسکیزوفرن انجام شده است [۱۰]. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر یک برنامه آموزش خود مراقبتی مبتنی بر مدل اورم در چهار مرحله ارزیابی و تدوین هدف، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی [۱۶]. بر افزایش عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام گردیده است.

روش کار

این پژوهش، بصورت ترکیبی در دو مرحله کیفی (تکنیک رند RAND Appropriateness Method) [۱۷] و کمی (کارآزمایی بالینی IRCT.35350N1R1) در سال ۱۳۹۸ و در راستای دستیابی به هدف مطالعه؛ که عبارت است از " بررسی اثربخشی آموزش خودمراقبتی، بر عملکرد کلی مبتلایان به اسکیزوفرن، مبتنی بر مدل خود مراقبتی اورم" انجام شد. بدین منظور تیم تحقیق با بکارگیری مدل اورم در مراحل بررسی و شناخت، برنامه ریزی، تدوین محتوای برنامه آموزشی، اجرای برنامه و ارزشیابی آن اقدام نمود.

۱. مرحله اول: در مرحله برسی و شناخت اقدام به بررسی نیازهای آموزشی و نقص در خود مراقبتی بیمار در فازهای زیر گردید.

الف: با توجه به نتایج مطالعات که حاکی از وجود نقص خود مراقبتی در مبتلایان به اسکیزوفرن می‌باشد [۱۸]. در جهت تعیین نیازهای بیماران در امر خود مراقبتی، در ابعاد آگاهی، نگرش و عملکرد خود مراقبتی، اقدام به مطالعه کتب و مقالات معتبر موجود گردید که اهم

اختلال اسکیزوفرنیا به عنوان شدیدترین اختلال روان پریشی، دارای ماهیت عودکنندگی است و از ناتوان کننده ترین بیماری روانی برای بیمار و خانواده وی محسوب می‌گردد [۲]. اختلال ناتوان کننده ایست که اثرات منفی زیادی بر عملکرد اجتماعی مبتلایان دارد [۳]. زیرا که موجب محدودیت در فعالیتهای روزمره زندگی ایشان می‌گردد. فعالیت‌های که از ضروریات زندگی است و عامل شکل گیری تعاملات اجتماعی و کارکردهای شناختی بشمار می‌روند [۴]. بنابراین امروزه این بیماری به عنوان ناتوان کننده ترین بیماری‌های روانی محسوب می‌گردد که بر روی کیفیت زندگی، فعالیت‌های اجتماعی، کار و آموزش و یادگیری مبتلایان اثر می‌گذارد [۵]. اختلالی که دربرگیرنده طیف وسیعی از آسیب‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی می‌باشد و لذا اختلالات کارکردی جدی را برای بیمار به‌مراه دارد [۴].

از دیگر مشخصه مهم اسکیزوفرنیا، اختلال در فرایندهای فکری است. که در بین همه اختلالات عمده روان‌شناختی از همه وخیم‌تر بوده و با اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی قابل توجهی نیز همراه است [۲، ۳] مطالعات متعدد نشان می‌دهند؛ ظرفیت عملکرد مبتلایان دچار محدودیت و در زندگی مستقل اجتماعی دچار مشکل هستند [۶]. از جمله، اختلال در روابط بین فردی، انجام شغل، امور مالی و مراقبت از خود [۷]. نتایج مطالعه درود و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهد، ظرفیت عملکردی و توانایی اجرایی فعالیتهای کارساز روزمره بیماران با محدودیت مواجه است [۴]. در واقع اشخاص مبتلا، اغلب بدلیل تفاوت در نظرات و عملکرد با دیگران از فعالیتهای اجتماعی رانده می‌شوند. از طرفی بدلیل برجسب‌های اجتماعی، موجب طرد شدن از جانب خویشاوندان، دوستان، همسایه‌ها و کارفرمایان و در نتیجه دچار انزوا، افسردگی و تخریب اعتماد به نفس می‌شوند [۸].

از آنجائیکه هدف نهایی خدمات پرستاری ارائه مراقبت با کیفیت در راستای بهبود وضعیت این بیماران و بازگشت آنها به جامعه می‌باشد. بیان شده است که با افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری از این بیماران می‌توان هرچه سریع‌تر آن‌ها را آماده بازگرداندن به جامعه نمود و از بستری شدن مجدد این بیماران جلوگیری کرد. یکی از مهم‌ترین راه‌ها جهت افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری استفاده از استانداردها در امر مراقبت می‌باشد [۲]. جان نثاری و همکاران در سال ۱۳۹۰ در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش متابعت از درمان بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نشان دادند که آموزش سبب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گردید. از این رو به نظر می‌رسد که انجام این قبیل مداخلات شامل آموزش‌های روانی- اجتماعی و پی گیری های طولانی‌تر ضروری است [۹]. مطرح می‌نماید، با توجه با اینکه یافته‌های مطالعه در زمینه پیگیری حاکی از تأثیر آموزش روانی است می‌توان نتیجه گرفت که آموزش در پنج ماه اول بیشترین تأثیر را دارد. و تا ماه هشتم تقریباً ثابت مانده و مجدد در ماه نهم بالا می‌رود، ولی همچنان در روند پیگیری نه ماهه آموزش روانی در کاهش عود و شدت علائم اسکیزوفرنی مؤثر واقع شده است. در نهایت پیشنهاد نموده‌اند که این روش آموزشی در کنار سایر روشهای درمانی جزء برنامه درمانی بیماران اسکیزوفرنی قرار گیرد. از آنجائیکه نتایج مطالعات حاکی از این مطلب است که مهارت‌های اجتماعی بیماران اسکیزوفرنی را می‌توان با برنامه‌های آموزشی مناسب بهبود بخشید. آموزش مهارت‌های اجتماعی برای بیماران مستلزم یک برنامه منسجم آموزشی و کمک گرفتن از حیطه‌های مختلف درمانی از جمله کاردرمان، روانشناس و پرستاران دارد.

اساس ۴ معیار مشخص شده (مفهوم بودن، مرتبط بودن، سودمند بودن و قابلیت کاربرد) در مقیاس ۱ تا ۹، نمره بدهند. رتبه بندی اقدامات توسط اعضای پانل به صورت جداگانه و انفرادی و بدون وجود هیچ گونه تعاملی بین آنها انجام گردید. در نهایت هر کدام از اقدامات به صورت "مناسب"، "نامشخص" و "نامناسب" طبقه بندی گردیدند، به طوری که میانگین نمره ۳-۱ به عنوان نامناسب، ۶-۴ به عنوان نامشخص و ۹-۷ به عنوان مناسب در نظر گرفته شد. [۲۱]، سپس پژوهشگر به بررسی نمرات داده شده پرداخت و میانگین نمرات را برای هر مورد به طور جداگانه محاسبه و پس از اعمال نظرات و پیشنهادات برنامه نهایی تدوین گردید (جدول ۱).

۳. مرحله اجرای برنامه: در این مرحله، که بصورت کارآزمایی بالینی انجام گرفت، پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (شماره طرح: ۳۹۶۲۱۰) به مراکز محیط پژوهش (مراکز درمانی فارابی- آیت اله مدرس- نورو حضرت علی اصغر (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) مراجعه و پس از ارائه معرفی نامه و توضیح درباره اهداف پژوهش به مسئولین و جلب موافقت و همکاری آنها اقدام به نمونه گیری و اجرای برنامه نمود.

نمونه مطالعه را ۷۰ نفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا تشکیل دادند که به روش آسان تداومی انتخاب و پس از کسب رضایت نامه آگاهانه، به روش تصادفی ساده (با شیوه قرعه کشی) در دو گروه آزمایش (۳۵ نفر) و گروه کنترل (۳۵ نفر) بطور مساوی قرار داده شدند. بدین نحو که نمونه‌ها از هر بیمارستان با استفاده از جدول اعداد تصادفی، به تعداد ۱۰-۱۲ نفر جهت گروه کنترل و ۱۰-۱۲ نفر جهت گروه آزمون، از بیماران در حال ترخیص، انتخاب و سپس در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: حداقل دو سال سابقه ابتلاء به اسکیزوفرنی با تشخیص روانپزشک و بر اساس ملاک DsM-5 [۲۲]. تمایل شرکت در پژوهش - حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال [۲۲]. قادر به برقراری ارتباط و توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی - توانایی فهم مطالب ارائه شده در کلاس‌های آموزشی (نظروانپزشک) - دارای معیارهای نزدیک زمان ترخیص (معیارهای بازگشت به جامعه همچون عدم توم، هذیان، عدم افکار خودکشی)، طبق نظر روانپزشک - عدم اعتیاد به مواد مخدر و یا تحت درمان داروهای روان گردان - عدم شرکت قبلی در جلسات آموزشی و هر گونه پروژه تحقیقی در این زمینه و عدم مشکل جسمی به گونه‌ای که ایجاد اختلال عملکرد کند. ضمناً موارد زیر به عنوان معیارهای خروج از مطالعه مد نظر بود: عدم توانایی شرکت منظم در جلسات (غیبت بیش از دو جلسه) - عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه - اقدام به خودکشی یا فوت بیمار در حین انجام مطالعه - بروز حوادث استرس زای شدید به گونه‌ای که سطح استرس، طبق جدول هولمز و راهه، در حین مطالعه بیش از ۱۵۰ باشد. این پرسشنامه حاوی ۴۱ سؤال می‌باشد. هولمز و راهه در مطالعات فراوان، رویدادهای خاصی از زندگی را روی یک مقیاس از صفر تا صد درجه بندی کردند بدین ترتیب که بحرانهای اصلی زندگی مثل مرگ همسر و رویدادهای جزئی مثل رفتن به تعطیلات را براساس نمره، مرتب و منظم می‌باشد. مهم‌ترین عوامل استرس زا که در این پرسشنامه به آنها ذکر شده و دارای امتیاز بالاتری نسبت به بقیه عوامل می‌باشد به ترتیب عبارتند از: فوت همسر، طلاق، جدایی از همسر، زندانی شدن و فوت یکی از اعضای خانواده و کم اهمیت‌ترین عوامل

نیازهای این بیماران در خود مراقبتی عبارت بودند از: ۱. نیاز به اطلاعات در مورد بیماری و آشنایی با آن. ۲. نیاز به آشنایی با نحوه مراقبت از خود (خواب - استراحت - ورزش - تغذیه) و داشتن سبک زندگی سالم. ۳. نیاز به دانستن درباره متابعت از درمان - نیاز به آشنایی با چگونگی مصرف و عوارض داروها. ۴. چگونگی افزایش اعتماد به نفس و سازگاری با مشکلات. ۵. شناخت نقاط قوت و ضعف خود. ۶. افزایش مهارت‌های ارتباطی. ۷. دانستن روش‌های کاهش اضطراب [۱۰، ۱۹، ۲۰].
ب: الویت بندی نیازها.

ج: تدوین اهداف خود مراقبتی که بر حسب هدف مطالعه عبارت بود از: ۱. کاهش نیازهای خود مراقبتی در حیطه آگاهی و مهارت. ۲. افزایش توان خود مراقبتی.

۲. مرحله دوم. مرحله برنامه ریزی: در این مرحله، در فازهای زیر و با روش مطالعه کیفی (با استفاده از تکنیک راند) (۱۹) اقدام به تدوین محتوای آموزشی مبتنی بر نیاز به خود مراقبتی، در گام‌های زیر شد. الف: تدوین پیش نویس برنامه. به این منظور با بهره گیری از کتب مرجع، مجلات و سایتهای اطلاع رسانی محتوی برنامه در جهت رفع نیازها و نقص در خود مراقبتی، پیش نویس برنامه آموزشی تهیه شد. ب: تدوین راهکارها و روش آموزشی: بدین منظور با مرور متون بر اساس مشکلات خود مراقبتی، عوارض و نیازهای بیماران اسکیزوفرن، جهت دستیابی به محتوی برنامه آموزشی راهکارهای مناسب اجرای برنامه استخراج و روش آموزشی آن پیش بینی شد.

در این مرحله جهت معتبرسازی نسخه پیش نویس برنامه آموزش خود مراقبتی توسط گروه متخصصان انجام گردید. بدین منظور اقدام به تشکیل گروه متخصصان گردید و نظر ایشان جهت اصلاح برنامه مذکور، مورد توجه قرار گرفت. بدین منظور از تکنیک RAND/UCLA Appropriateness Method استفاده گردید. این روش که به اختصار RAM نامیده می‌شود، برای اولین بار در نیمه دهه ۱۹۸۰ در دانشگاه کالیفرنیا لوس آنجلس و در ابتدا به عنوان یک وسیله برای اندازه گیری استفاده بیش از حد و یا کمتر از حد مداخلات جراحی و پزشکی و یا تعیین میزان سودمندی و یا مضر بودن یک مداخله جراحی و یا درمانی مورد استفاده قرار گرفت. دلیل استفاده از این روش آن بوده که مطالعات تجربی، به عنوان استانداردهای طلایی در پزشکی مبتنی بر شواهد، اغلب در دسترس نبوده و یا نمی‌توانند شواهد کافی را برای سطح وسیعی از بیمارانی که تحت مراقبت‌های بالینی روزانه قرار می‌گیرند، فراهم آورند. بنابراین با این روش ترکیبی از بهترین شواهد بالینی همراه با قضاوت متخصصان در یک رشته، برای تعیین متناسب بودن یک روش مراقبتی و یا درمانی به کار می‌رود. این تکنیک به تدریج جای خود را در مطالعات علمی پیدا کرد، اما از اواسط دهه ۹۰ میلادی، بسیار محبوب شد در نهایت، این روش از اواسط دهه ۱۹۶۰ به عنوان یک روش مهم علمی شناخته شد. در حال حاضر برای طیف وسیعی از مطالعات و سؤالات آینده محور و پیچیده و در زمینه‌های گوناگون، که نیاز به اجماع نظرات و یا توافق بین نظرات اعضا دارد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

روش RAM در این مطالعه به این صورت مورد استفاده قرار گرفت که؛ پس از طراحی پیش نویس برنامه خود مراقبتی، فهرستی از محتوی برنامه با روش‌های آموزشی به صورت یک جدول تنظیم گردید. سپس جدول تهیه شده در اختیار تمامی اعضای گروه متخصصان قرار گرفت. از اعضای گروه خواسته شد تا به هر کدام از اجزای برنامه مورد نظر، بر

تماس دائم بود. از گروه کنترل نیز تقاضا شد که فقط در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری جهت تکمیل پرسشنامه‌ها شرکت نمایند. ومداخله ای نظیر آنچه برای گروه آزمون انجام شد دریافت نکردند ولی در غیر از زمان برگزاری مداخله (بعد از ظهر همان روز) برای گروه کنترل توسط پژوهشگر برگزار و با یکدیگر پیرامون مشکلات، احساسات و تجارب خویش طی سه جلسه صحبت نمودند.

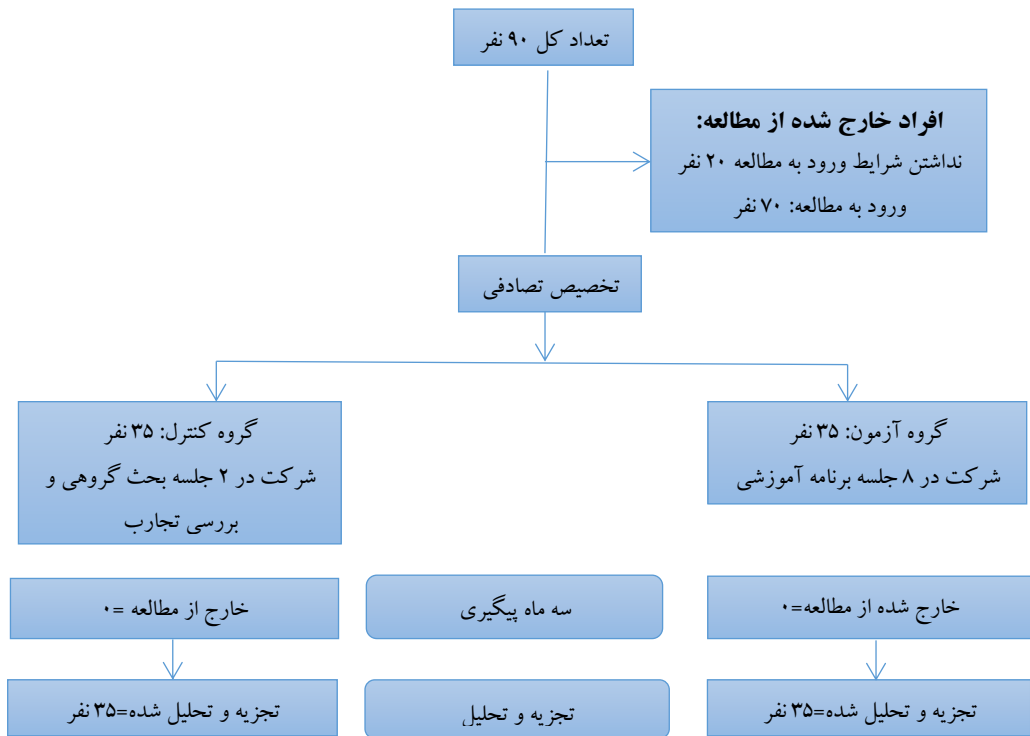
۴. مرحله ارزیابی: پس از اجرای مداخله، ارزیابی اثربخشی برنامه بر عملکرد بیماران در دو نوبت بلافاصله یکماه و ۳ ماه بعد، توسط چک لیست مشخصات فردی و چک لیست ارزیابی عملکرد کلی، مورد ارزیابی قرار گرفت و توسط آزمونهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بخش اول چک لیست: مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد (سن، جنس، موقعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، میزان درآمد ماهانه، طول مدت ابتلا به بیماری، محل سکونت، وجود علائم مثبت و منفی) است. و بخش دوم شامل پرسشنامه ارزیابی عملکرد کلی بیماران است (Global Assessment of Functioning) که برپایه دیدگاه طیفی درمورد سلامتی و بیماری روانی بنا شده است، که نمره ۱۰۰ نشانگر بالاترین کارکرد در همه حوزه‌ها (اجتماعی، شغلی و روانشناختی) است و هر چه نمره فرود پایین تر باشد، شدت اختلال در کارکرد بیشتر است [۲۴]. این مقیاس به میزان فراوان در بررسی‌های روانپزشکی به کار رفته و از پایایی ($ICC > 0.74$) و روایی قابل قبول برخوردار است [۲۵]. نسخه فارسی این مقیاس نیز در بررسی اختلالات روانپزشکی در کشور به کار رفته است.

استرس را که امتیاز کمتری می‌گیرند، به ترتیب عبارتند از: خلاف کارهای جزئی، شرکت در جشنهای نوروزی، گذراندن تعطیلات تابستانی و تغییر در عادات غذایی است. لازم به ذکر است که دامنه امتیاز از ۱۰۰ برای فوت همسر تا ۱۱ برای خلاف کارهای جزئی، متغیر می‌باشد [۲۳].

نحوه اجرای برنامه: پس از اعمال نظرات و تعدیل پیش نویس، برنامه عملیاتی در بخش روانپزشکی مردان و زنان مراکز درمانی منتخب، به صورت مستقل در گروه های ۱۰ - ۱۲ نفره با مشارکت بیماران در صبح‌های روزهای مشخص، طی یک مداخله آموزشی حمایتی در ۸ جلسه، هفته‌ای ۲ بار به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه آزمون توسط اعضای تیم تحقیق (روانپرستار) برگزار شد. این برنامه به منظور افزایش عملکرد کلی مبتلایان به اسکیزوفرنی از طریق دادن اطلاعات در مورد بیماری - داروها و عوارض آن - آشنایی بیمار با اهمیت مراقبت از خود - افزایش مهارت‌های ارتباط فردی و خانوادگی - شناخت توانایی‌های بیمار و افزایش توان مقابله و سازگاری و کاهش استرس در آن‌ها می‌باشد در پایان هر جلسه بحث و تبادل نظر انجام شد. همچنین در هر جلسه یکسری تکالیف خانگی مشخص می‌شد که در جلسه بعدی توسط مجریان برنامه کنترل و راهنمایی‌های مورد نیاز ارائه می‌شد. ضمناً جهت تقویت یادگیری کتابچه آموزشی یا لوح فشرده نیز در اختیار آنها قرار داده شد. شایان ذکر است پس از اتمام اجرای برنامه، به منظور تثبیت اثر آموزشی، بمدت سه ماه پی‌گیری با قرار دادن شماره تلفن در اختیار گروه آزمون پیگیری‌های لازم انجام گرفت. ضمن اینکه ایشان می‌توانستند تماس گرفته و رفع اشکال نمایند. محقق نیز با نامبرگان در

جدول ۱. برنامه آموزش خودمراقبتی مبتلایان به اسکیزوفرنی، مبتنی بر مدل خود مراقبتی اورم

جلسات	محتوای جلسات	تکلیف خانگی	روش آموزش
جلسه اول	آشنایی افراد با یکدیگر، توضیح قوانین گروه توضیح در مورد بیماری (تعریف علائم - عوامل خطر زا) - تکمیل پرسش نامه‌ها	تکلیف خانگی: توضیح درباره مفهوم بیماری و علائم	تکنیک یخ شکن سخنرانی پرسش و پاسخ
جلسه دوم	بحث و گفتگو درباره آموزش‌ها و تمرینات جلسه قبل و رفع اشکال، آشنایی بیماران با نحوه مراقبت از خود، خواب، استراحت، ورزش، تغذیه، ویزیت ۶ ماهه پزشک، داشتن سبک زندگی، پیشگیری از بیماری‌های مزمن	تکلیف خانگی: تدوین برنامه خود مراقبتی	سخنرانی، بارش افکار، پرسش و پاسخ، بحث گروهی.
جلسه سوم	مرور بر مطالب قبل، بررسی تکالیف آشنایی بیماران با اهمیت مصرف و عوارض داروها و چگونگی کنترل آنها و تغییر نگرش نسبت به مصرف داروها، آموزش متابعت از درمان	تکلیف خانگی: عوارض و اثرات متقابل داروها و نحوه کنترل آن را بیان نمایند	سخنرانی، سؤال و جواب، بحث گروهی روش ایفای نقش
جلسه چهارم	بحث و گفتگو درباره آموزش جلسه قبل، رفع اشکال، مرور بر مهارت شناخت افکار غلط - ارتقاء باورهای خود کارآمدی، راههای افزایش اعتماد به نفس، بالا بودن سطح سازش با مشکلات	تکلیف خانگی: تمرین مهارت شناخت افکار غلط - ارتقاء باورهای خود کارآمدی و راههای افزایش اعتماد به نفس بالا بودن سطح سازش با مشکلات	روش ایفای نقش، بحث گروهی
جلسه پنجم	بحث و گفتگو درباره آموزش‌ها و تمرین‌های جلسه قبل - نحوه شناخت نقاط ضعف و توانمندی‌های خود، چگونگی تمرکز بر توانایی‌ها و پرورش نقاط قوت، پنداشت مثبت به خود، مبارزه با افکار منفی / یاس ناامیدی - نحوه ارتقاء کارای شغلی تحصیلی - برگشت به جامعه، چگونگی پر کردن اوقات فراغت و مدیریت زمان	تکلیف خانگی: تهیه لیست توانمندی‌های خود و تدوین برنامه جهت پر کردن اوقات فراغت	اجرای سناریو، نمایش فیلم
جلسه ششم	بحث گروهی درباره مطالب جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی، رفع اشکال بیماران آموزش مهارت‌های بین فردی، معرفی منابع حمایتی بیمار، تهیه لیست مراکز درمانی و روانپزشکان	تکلیف خانگی: تمرین مهارت‌های بین خود با اعضای خانواده از طریق ایفای نقش	اجرای روش حل مسئله بحث گروهی
جلسه هفتم	بحث و گفتگو درباره آموزش جلسه قبل، رفع اشکال، بررسی تکلیف خانگی، آشنایی با روش کاهش اضطراب و استرس از قبیل آرام سازی تنفس عمیق، آشنایی با روش حل مسئله	تکلیف خانگی: تمرینات آرام سازی	تشکیل جلسات مشاوره‌ای، روش حل مسئله و سخنرانی
جلسه هشتم	بررسی مشکلات جلسات قبل - مرور مطالب کلی مطرح شده دریافت بازخورد از اعضای در مورد مباحث، سؤال و جواب بحث اعضای گروه، تکمیل پرسش نامه‌ها، تعیین زمان مجدد تکمیل مجدد پرسش نامه‌ها	تکلیف خانگی: انجام کلیه تمرینات بمدت سه ماه	سخنرانی، پرسش و پاسخ



نمودار ۱. نمودار کنسورت

یافته‌ها

ابتلا به بیماری برای بیماران گروه کنترل در محدوده ۲ تا ۱۸ سال با میانگین $6/86 \pm 4/28$ سال و برای بیماران گروه مداخله در محدوده ۲ تا ۱۵ سال با میانگین $6/20 \pm 3/89$ سال بوده است. بر اساس نتایج آزمون‌های بکار رفته همچون، دقیق فیشر، من ویتنی، تی و... اختلاف معناداری بین متغیرهای دموگرافیک هر دو گروه مشاهده نشد که بدلیل تصادفی سازی نمونه‌ها در تخصیص در گروه آزمون و کنترل، دور از انتظار نیست.

همچنین نتایج مطالعه بر اساس آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، نشان داد، در گروه کنترل میانگین امتیاز عملکرد در قبل از مداخله برابر $55/57 \pm 8/03$ بوده است. و در گروه آزمون میانگین امتیاز عملکرد پیش از مداخله برابر $55/06 \pm 7/46$ بوده است، بنابراین میانگین نمره عملکرد کلی در مبتلایان به اسکیزوفرنی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد ($P > 0/05$).

بر اساس نتایج، در گروه کنترل $34/3$ درصد زن و $65/7$ درصد مرد و در گروه آزمون $31/4$ درصد زن و $68/6$ درصد مرد بوده است. از نظر وضعیت تأهل نیز بیشترین فراوانی در گروه کنترل ($60/0$ درصد) و مداخله ($62/9$ درصد) مربوط به بیماران مجرد بوده است. بیماران گروه کنترل در محدوده سنی ۱۹ تا ۵۵ سال با میانگین $37/09 \pm 8/40$ سال و بیماران گروه مداخله در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۳ سال با میانگین $36/89 \pm 7/16$ سال بوده‌اند. بر اساس نتایج (جدول شماره ۲)، از نظر سطح تحصیلات بیشترین فراوانی در هر دو گروه، کنترل ($51/4$ درصد) و مداخله ($48/6$ درصد) مربوط به بیماران با تحصیلات زیردیپلم بوده است. همچنین بر اساس نتایج (جدول ۲)، از نظر شرایط شغلی، بیشترین فراوانی در هر دو گروه کنترل ($40/0$ درصد) و مداخله ($42/9$ درصد) مربوط به بیماران با شغل آزاد بوده است. بر اساس نتایج، مدت

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماران تحت مطالعه بر اساس سطح تحصیلات و وضعیت شغلی در دو گروه کنترل و آزمون

مداخله کای دو		مداخله		کنترل		سطح تحصیلات و وضعیت شغلی
سطح معناداری*	آماره	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
۰/۶۵۰	۰/۸۶۲					سطح تحصیلات
		(۴۸/۶)۱۷	(۵۱/۴)۱۸			زیردیپلم
		(۴۲/۹)۱۵	(۴۳/۳)۱۲			دیپلم
		(۸/۶)۳	(۱۴/۳)۵			دانشگاهی
۰/۹۲۲	---					وضعیت شغلی
		(۲/۹)۱	(۵/۷)۲			کارمند
		(۱۷/۱)۶	(۲۰)۷			خانه دار
		(۴۲/۹)۱۵	(۴۰)۱۴			آزاد
		(۳۷/۱)۱۳	(۳۴/۳)۱۲			بیکار

*X2

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره عملکرد کلی بیماران قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مطالعه در گروه آزمون

زمان (۱)	زمان (۲)	اختلاف میانگین (۲-۱)	خطای معیار	*P-Value
مداخله				
قبل از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	-۹/۶۵۷	۰/۸۹۸	<۰/۰۰۱
قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	-۵/۹۷۱	۰/۸۴۷	<۰/۰۰۱
یک ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۳/۶۸۶	۰/۵۹۴	<۰/۰۰۱

*ANOVA

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره عملکرد کلی بیماران دو گروه کنترل و آزمون در سه نوبت اندازه گیری

زمان	اختلاف میانگین دو گروه	خطای معیار	*P-Value
قبل از مداخله	-۲/۵۱۴	۱/۸۵۲	۰/۱۷۹
یک ماه بعد از مداخله	-۷/۵۱۴	۱/۷۶۶	<۰/۰۰۱
سه ماه بعد از مداخله	-۵/۵۴۳	۱/۵۱۵	<۰/۰۰۱

*T - test

مبتلا به اسکیزوفرنی بود نشان داد [۲۲]. میانگین نمره عملکرد کلی در مراحل قبل از مداخله اختلاف آماری معنی داری ندارند که به دلیل اختصاص تصادفی نمونه‌ها، در دو گروه می‌باشد و دور از انتظار نیز نیست. همچنین همان طور که نتایج نشان داد، بین میانگین نمره کلی عملکرد در مبتلایان به اسکیزوفرنی قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مطالعه در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). که نشان دهنده آن است که حتی گذشت زمان نیز به تنهایی در بهبود عملکرد مبتلایان مؤثر نیست. در راستا مریندر (۲۰۰۰) با یک مطالعه مروری بر بررسی اثر آموزش بر اسکیزوفرنیا می‌نویسد هر چند یکسری مطالعات آن را اثر بخش می‌دانند و لی مطالعاتی نیز وجود دارد که نشان دهنده بی اثر بودن آموزش در کاهش علائم و مشکلات بیماران می‌باشد [۲۶]. در صورتی که نتایج مطالعه حاضر حاکی از اثر بخشی نمره عملکرد کلی در مبتلایان به اسکیزوفرنی یک ماه و سه ماه بعد از مطالعه در گروه آزمون است. حتی میانگین امتیاز عملکرد سه ماه بعد از مداخله بطور معناداری بیشتر از یک ماه بعد از مداخله بود ($P < 0/05$). که نه تنها تأثیر مداخله صورت گرفته را نشان می‌دهد، بلکه حاکی از ثبات و ماندگاری اثر مداخله آموزشی نیز می‌باشد. که به نظر پژوهشگر دلیل آن ارائه کتابچه آموزشی، ارتباط تلفنی، پیگیری پژوهشگر و انجام دادن تکالیف توسط بیماران بوده است.

دادگری (۱۳۹۸) و یثربی (۲۰۰۹) نیز با مطالعه خود نشان دادند می‌توان با اجرای برنامه‌های آموزشی مهارت‌های بیماران اسکیزوفرن را افزایش داد (۱۷). البته مطالعات دیگری نیز وجود دارند نظیر داودی و همکاران (۱۳۹۰) که نشان می‌دهند بیماران اسکیزوفرن در مدت مطالعه عملکردهای بسیار ضعیفی دارند [۲۷]. که با نتایج پژوهش حاضر همسو نمی‌باشد. که شاید دلیل عدم پی گیری نمودن بیماران در مطالعات مذکور باشد که در مطالعه حاضر این مسئله مورد توجه بوده است.

این مساله می‌تواند مطرح کننده این نکته باشد که این قبیل مداخله‌ها و با پی گیری های طولانی مدت تأثیر گذاری قابل توجه تری دارند. این مطلب با نتیجه‌ای که در یک مطالعه تجربی یثربی (۲۰۰۹) جهت بیان استحکام تأثیر مداخله بر عملکرد بیماران نتایج مطالعه نشان داد که پس از سه ماه اجرای برنامه توانبخشی در بیماران اسکیزوفرن، علایم

همچنین بر اساس نتایج مطالعه در گروه کنترل، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز عملکرد کلی در سه مرحله اندازه گیری مشاهده نشد ($P > 0/05$). در صورتی که بر اساس نتایج (جدول ۳)، در گروه آزمون میانگین امتیاز عملکرد یک ماه بعد از مداخله بطور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود ($P < 0/05$). و همچنین میانگین امتیاز عملکرد سه ماه بعد از مداخله نه تنها بطور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود ($P < 0/05$), بلکه بطور معناداری نیز بیشتر از یک ماه بعد از مداخله بود ($P < 0/05$). بر اساس نتایج (جدول ۴) قبل از مداخله تفاوت معناداری بین میانگین امتیاز عملکرد بیماران در دو گروه کنترل و آزمون مشاهده نشد ($P > 0/05$). ولی در یک ماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله میانگین امتیاز عملکرد در بیماران گروه آزمون بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$). ضمناً بر اساس یافته‌های مطالعه میانگین تغییرات نمره عملکرد یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$). و میانگین تغییر نمره عملکرد سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$).

بحث

هدف از انجام این مطالعه "بررسی اثربخشی برنامه آموزش خود مراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر عملکرد مبتلایان به اسکیزوفرن" بود. نتایج نشان داد که بین عملکرد کلی مبتلایان به اسکیزوفرنی بعد از مداخله، حتی در زمانهای مختلف، در گروه‌های آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی اجرای برنامه آموزش خود مراقبتی بر اساس یک مدل کاربردی در پرستاری، در بیماران گروه آزمون، نسبت به میانگین عملکرد مبتلایان در گروه کنترل موجب افزایش معنادار عملکرد بیماران شده است. بنابراین به استناد نتایج مطالعه می‌توان اظهار نمود؛ آموزش خود مراقبتی توانسته است در بهبود عملکرد بیماران مؤثر واقع شود و اینکه توجه به عملکرد کلی مبتلایان به اسکیزوفرنی بسیار مهم می‌باشد. زیرا حتی با وجود داروهای ضدجنون جدید، باز هم این بیماران از عملکرد اجتماعی و خانوادگی خوبی برخوردار نیستند. مطالعه حاضر همسو با مطالعه جان نثاری و همکاران (۱۳۹۰)، با هدف تعیین تأثیر متابعت از درمان بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه نکات اخلاقی طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی رعایت و کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره IR.Mui.Rec.396.30.210 دریافت شده است. همچنین، فرم رضایتنامه شرکت در پژوهش توسط همه آزمودنیها امضا شد

حمایت مالی

این پژوهش، با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

سهم نویسندگان

این مطالعه با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. سارا خلعتبری: طراحی، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، دکتر نصرالله علیمحمدی: تهیه پیش نویس مقاله، اصلاح و بررسی آن و سعید پهلوان زاده: همکاری و هماهنگی مطالعه.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد. ضمناً این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ۳۹۶۲۱۰ مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

کاربرد عملی یافته‌ها

اجرای یک برنامه مراقبتی در قالب یک مدل می‌تواند ضمن ایجاد یک چارچوب عملیاتی مناسب راهگشای هر چه با کیفیت انجام کلیه مراحل برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی را فراهم نماید. بالاخص الگوی خود مراقبتی اورم که به عنوان یک مدل شناخته شده در سطح جهانی است و در خصوص بیماریهای مزمن، توسط پرستاران بکار رفته است. لذا بکارگیری آن در بیماریهای همچون اسکیزوفرن می‌تواند به جامعه پرستاری، سیاست‌گذاران و برنامه ریزان به عنوان یک برنامه و مدل مؤثر در توانمند سازی و افزایش کارآمدی بیماران کمک کننده باشد.

سپاسگزاری

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله مراتب سپاسگذاری تیم تحقیق از این معاونت و از کلیه پرسنل محترم مراکز جامع روانپزشکی وابسته به دانشگاه، بیماران و خانواده آنان که در انجام این پژوهش ما را یاری داده‌اند کمال تشکر و قدر دانی می‌نماید.

References

1. Shamsaei F, Cheraghi F, S. B. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. Iran J Psychiatr. 2015;10(4):239.
2. Haji Aghaei N, Sheikhi MR, Zeighami R, Alipour M. Follow up of the Impact of Family-Centered Psychoeducation Based on Atkinson and Coia's Model on the Relapse and Severity of Symptoms in Schizophrenia. J Nurs Educat. 2017;5(4):27-33. doi: 10.21859/ijpn-05044
3. Taghaviarjani T, Noghani F, Danandehfard S. The Effect of Family Psychological Group Training on Resilience of

منفی گروه آزمایشی نسبت به گروه مقایسه بطور معنی داری (۰/۰۰۱) بیشتر از گروه مقایسه قرار گرفت [۲۸].

در راستای مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توسط ملدرز (۲۰۱۰) نشان داد که حتی در بیماران اسکیزوفرن با تحصیلات پایین می‌توان با آموزش منظم و تشویق این بیماران به شرکت در برنامه آموزشی خودمراقبتی، توانایی شناختی این بیماران افزایش داد [۲۹]. برای اینکه بیمار دارای رفتارهای صحیحی جهت مراقبت از خود باشد، در درجه اول باید آگاهی مناسبی در مورد این رفتارها داشته باشد چراکه طبق تحقیق ریگل (۲۰۰۹)، بهبود در رفتارهای مراقبت از خود بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آنها امکان پذیر نمی‌باشد [۳۰] در همین راستا دیکسون و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به دلیل نقص مراقبت از خود آسیب پذیرند و بر آموزش مراقبت از خود و توسعه مهارت‌های خودمراقبتی در این بیماران تأکید نموده است [۳۱].

نتیجه گیری

با توجه به نقش خطیر بیماران در امر مراقبت از خود و داشتن نقص در آن، آموزش خود مراقبتی امری ضروری به نظر می‌رسد؛ از سوی دیگر تیم مراقبت بهداشتی به ویژه پرستاران در صورتی می‌توانند مراقبتی جامع برای مددجویان فراهم کنند که مشارکت بیماران را در انجام کلیه فرایندهای مراقبت و درمان تسهیل نمایند و به این منظور باید برنامه‌هایی نظیر برنامه‌های درمان‌های غیر دارویی را برگزار نمایند تا بتوانند مشکلات بیمارانی نظیر اسکیزوفرن را شناسایی و در جهت رفع آن‌ها اقدام لازم را بعمل آورند و بدین ترتیب گامی در جهت افزایش خودمراقبتی و به دنبال آن ارتقاء کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران اسکیزوفرن بردارند، براساس یافته‌های پژوهش حاضر، بکارگیری یک برنامه خود مراقبتی مدون و مبتنی بر یک مدل مراقبتی می‌تواند بر ارتقا عملکرد کلی مبتلایان به اختلالات روانی از جمله اسکیزوفرنی، مؤثر واقع شود. همچنین همسو بودن نتایج پژوهش با نتایج سایر تحقیقات، دلالت بر این امر دارد که پیش بینی و فراهم نمودن چنین خدماتی، در سیستم ارائه خدمات بهداشت روانی برای مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله اسکیزوفرنیا، نه تنها ضروری و مؤثر می‌باشد بلکه می‌تواند از الویت بالایی در برنامه ریزی ها برخوردار باشد.

- the Families of Schizophrenic Patients. Iran J Psychiatr Nurs. 2019;7(2):83-9.
4. Huang SL, Lu WS, Lee CC, Wang HW, Lee SC, Hsieh CL. Minimal Detectable Change on the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale in Community-Dwelling Patients With Schizophrenia. Am J Occup Ther. 2018;72(5):7205195020p1-p7. doi: 10.5014/ajot.2018.026898 pmid: 30157010
5. Jamali S, Abri A, Mirshoja MS, Behnam B, Mir Mohammadkhani M. Quality of Life in Patients With Chronic Schizophrenia in Semnan, Iran. Middle East J

- Rehabil Health Stud. 2016;3(2):e32992. doi: 10.17795/mejrh-32992
6. Gómez-Benito J, Guilera G, Pino O, Tabarés-Seisdedos R, Martínez-Arán A. Comparing neurocognitive impairment in schizophrenia and bipolar I disorder using the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry Scale. *Int J Clin Health Psychol.* 2014;14(2):128-36. doi: 10.1016/S1697-2600(14)70046-8
 7. Fernandes JM, Cajao R, Lopes R, Jeronimo R, Barahona-Correa JB. Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. *Front Psychiatry.* 2018;9:504. doi: 10.3389/fpsy.2018.00504 pmid: 30459645
 8. Boyer L, Baumstarck K, Boucekine M, Blanc J, Lancon C, Auquier P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an overview. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2013;13(3):343-9. doi: 10.1586/erp.13.15 pmid: 23763531
 9. Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2016;42(3):588-99. doi: 10.1093/schbul/sbv164 pmid: 26547223
 10. Dadgari A, Salmani N, Bagheri I, Fazljo E. The Effect of Education during Discharge on Social Skill in Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2020;7(6):11-7.
 11. Valizadeh S, Soheili A, Moghbeli G, Aliafsari E. APPLICABILITY OF OREM'S SELF-CARE MODEL IN IRAN: AN INTEGRATED REVIEW. *Nursi Midwife J* 2017;15(4):313-28.
 12. Hemmati Maslak Pak M, Hashemlo L. Design and Psychometric Properties of a Self-Care Questionnaire for the Elderly. *Salmand Iran J Age.* 2015;10(3):120-31.
 13. Baghersad Z, Alimohammadi N, Boroumandfar Z, Golshiri P. Effect of self-care training program based on Orem's model on the behaviors leading to sexually transmitted disease in vulnerable women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016;21(5):527-33. doi: 10.4103/1735-9066.193418 pmid: 27904639
 14. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(1):CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub5 pmid: 26816297
 15. Lim E, Lee SY, Bahk WM, Yoon BH, Jon DI, Kim MD, et al. The Effects of Group Integrative Arts Therapy Based on Social Skill Training on the Social Adaptive Function, Empowerment and Subjective Well-Being in Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2018;44(suppl_1):S304. doi: 10.1093/schbul/sby017.744
 16. Ghasemniai Namaghi S, Ahmadi F, Taheri Tanjani P, Qolami Fesharaki M. The Effect of Orem Self-care Model with a Focus on Systematic Medicine Usage on the Hypertension of the Elderly. *J Gerontol.* 2018;2(3):28-35. doi: 10.29252/joge.2.3.28
 17. Hirsch JA, Beall DP, Chambers MR, Andreshak TG, Brook AL, Bruel BM, et al. Management of vertebral fragility fractures: a clinical care pathway developed by a multispecialty panel using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Spine J.* 2018;18(11):2152-61. doi: 10.1016/j.spinee.2018.07.025 pmid: 30096377
 18. Shibre T, Medhin G, Teferra S, Wakwoya A, Berhanu E, Abdulahi A. Predictors of carer-burden in schizophrenia: a five-year follow-up study in Butajira, Ethiopia. *Ethiopian Med J.* 2012;50(2):125-33.
 19. Kaplan H, Saduk V. Summary of Kaplan and Sadukh Psychiatry based on 5-Dsm2015.
 20. Akbari Kaji M, Farmahani Farahani B. The effect of nursing process education on nursing care quality of schizophrenic patients. *Feyz J Kashan Univ Med Sci.* 2011;15(1):32-7.
 21. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual.: RAND CORP SANTA MONICA CA; 2001.
 22. Z. JN, Amarani Fard V, Mirati MR, Soltani S. The Effect of Compliance Training on Quality of Life and General Function of Patients with Schizophrenia, Research on behavioral science. *J Med Educat.* 2011:609-19.
 23. Lotfi M, Taban Sadeghi M, Fallahzade H, Hoseini F, Keyghobadi N. The Relationship between Stress and Coronary Artery Disease in Yazd in 2012. *Tolooebehdasht.* 2016;14(6):125-36.
 24. Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Clin Psychol.* 2002;41(Pt 4):417-22. doi: 10.1348/014466502760387533 pmid: 12437796
 25. Mokhtarzadeh A, Ghoreyshizadeh S, M. P, Ranjbar KF, Mohammadi R, Mousavi A. Reliability and validity of abridged version of the farsi version of scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) in psychotic mania. 2010.
 26. Koshiyama D, Fukunaga M, Okada N, Yamashita F, Yamamori H, Yasuda Y, et al. Role of subcortical structures on cognitive and social function in schizophrenia. *Sci Rep.* 2018;8(1):1183. doi: 10.1038/s41598-017-18950-2 pmid: 29352126
 27. Davoodi A, Neshat Dust HT, Pasha Sharifi H. The comparison of executive functions in patients with schizophrenia, non psychotic major depression and normal individuals in Tehran. *J Arak Univ Med Sci.* 2011;14(4):10-9.
 28. Yasrebi K, Jazayeri AR, Pourshahbaz A, Dolatshahi B. The Effectiveness of Psychosocial Rehabilitation in Reducing Negative Symptoms and Improving Social Skills of Chronic Schizophrenia Patients. *Iran J Psychiatr Clinic Psychol.* 2009;14(4):363-70.
 29. Smeulders ES, van Haastregt JC, Ambergen T, Stoffers HE, Janssen-Boyne JJ, Uszko-Lencer NH, et al. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management

- group programme. *Patient Educ Couns.* 2010;81(2):214-21. **doi:** [10.1016/j.pec.2010.01.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.003) **pmid:** 20153132
30. Buck HG, Stromberg A, Chung ML, Donovan KA, Harkness K, Howard AM, et al. A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *Int J Nurs Stud.* 2018;77:232-42. **doi:** [10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007) **pmid:** 29128777
31. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart Lung.* 2012;41(1):5-14. **doi:** [10.1016/j.hrtlng.2011.09.012](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.09.012) **pmid:** 22079043