



Research Paper

The Effectiveness of Self-Care Training, Based on the Self-Care Model, on the Global Function of Schizophrenia

Sara Khalatbari Zamanpoor ¹ , Saied Pahlevanzadeh ² , Nasrollah Alimohammadi ^{3,*} 

¹ Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical, Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Nasrollah Alimohammadi, Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical, Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: alimohammadi@nm.mui.ac.ir

How to Cite this Article:

Khalatbari Zamanpoor S, Pahlevanzadeh S, Alimohammadi N. The Effectiveness of Self-Care Training, Based on the Self-Care Model, on the Global Function of Schizophrenia. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;7(2):40-51.

DOI: [10.29252/ijrn.7.2.40](https://doi.org/10.29252/ijrn.7.2.40)

Received: 04 Apr 2020

Accepted: 26 Oct 2020

Keywords:

Self-Care

Schizophrenia

Overall Performance

© 2020 Iranian Journal of

Rehabilitation Research in Nursing

Abstract

Introduction: Schizophrenia has a significant effect on the performance of patients, mostly Global of Functioning. The aim was to evaluate a self-care program's effectiveness based on Orem's model on the global function (GF) of patients with schizophrenia.

Methods: Self-Care Training program was developed and evaluated based on the Orem self-care model in two phases. At first, in the qualitative phase, The program was designed and then implemented as a clinical trial with a three-month follow-up. In the implementation phase, 70 samples participated in a clinical trial study in control groups (35 people) and intervention (35 people). Examples were selected by simple random sampling. Then, randomly assigned to either the intervention and control group. The self-care intervention group participated in eight ninety-minute sessions, and the control group participated in three group sessions and expressed their problems and experiences. Data analyzed using the General Functioning Schizophrenia Patients' Questionnaire (GAF) at the beginning of the study, one month and three months after the Intervention was collected. The data were analyzed via SPSS version 20 and through the statistical exams.

Results: The findings of the study showed that there was no significant difference between the control groups (55.57 ± 8.03) and the Intervention (55.06 ± 7.46) before the Intervention ($P > 0.05$). However, one month and three months after the study, the performance of the patients in the experimental group was higher than the control group ($P < 0.05$), with a mean difference (-54.543 and -7.544), respectively.

Conclusions: The study results showed that self-care training based on Orem's self-care model could increase patients' overall performance with schizophrenia. Therefore, it seems that such educational interventions with long-term follow-up are not only practical but also necessary.

Extended Abstract

OBJECTIVE

Schizophrenia is a psychotic disease that impairs individuals' function by its terminating effect on behavior, thoughts, and motivation. Lack of moral care leads to recurrent relapses, and psychosomatic abilities decline in these patients (1). As the most severe impairment, this disease is a disabling disease that has

lots of adverse effects on a patient's social activities (3) because of limitations in one's daily life (4). Nowadays, the mentioned disease is one of the most essential and most disabling psychological disorders that includes a wide range of cognitive, emotional, and social harms (4). Numerous studies show that their functional

capacity is limited, and they have problems with their independent social life (6). Sufferers often are driven out of social activities because their opinions and functions are different from others in society. On the other hand, under social labels' influence, rejection by relatives, friends, neighbors, and employers, they experience isolation, depression, and loss of self-confidence (8).

Understanding that applying an appropriate self-care education model for patients with a chronic illness is an essential step in their care and treatment process is crucial. Meanwhile, Orem's self-care model is one of the manifestations of the health promoting system of self-care in the nursing profession, which emphasizes one's commitment and responsibility in acquiring the necessary knowledge and skills to maintain and promote health. This model's use to increase knowledge, motivation, self-esteem, and self-efficacy leads to self-control and preventive behaviors that are necessary to promote health and disease prevention (9).

Therefore, this model can be a practical clinical guide for planning and implementing self-care principles (11). Because by increasing awareness and improving people's social skills with schizophrenia about various issues of the disease, including self-care, it prevents complications and recurrence of the disease and reduces treatment costs (12). And improve their social skills and accelerate their return to the community and enable them to play a more active role in their care and treatment, and help reduce their dependence (13). Since few studies in Iran Focusing on educating schizophrenic patients (14), this study aimed to investigate the impact of a self-care education program based on Orem's model in four stages of goal assessment, planning, implementation, and evaluation (15). It has been performed to increase the performance of patients with schizophrenia.

MATERIALS AND METHODS

This study was conducted in two stages: qualitative (RAND Appropriateness Method) and quantitative (clinical trial). In the qualitative phase, the "Self-Care Training" program was developed and evaluated based on Orem's self-care model, then implemented as a clinical trial with a three-month follow-up. For this purpose, the research team used the model. Planning, compiling the program's content, implementing the plan, and evaluating it, the program based on the model was done in four stages of the survey—the needs and

defining the patient's self-care, compiling the program, and implementing and evaluating it.

In the first stage, the study of needs and defects in the patient's self-care was determined, and the objectives of the study, i.e., the patients' self-care, were defined. Then in the design stage, the program was drafted using nursing texts, then the content was reviewed, and the final plan was developed using the narrative RAM technique. In the implementation phase, 70 samples participated in a clinical trial study in control groups (35 people) and Intervention (35 people). Examples were selected by simple random sampling. Then, randomly assigned to either the intervention and control group. Entry criteria included: At least two years of illness experience, hospitalization in one of the psychological wards of educational centers affiliated to Isfahan University of Medical Sciences - Iran and had criteria for discharge time (such as illusion and delusion, lack of suicidal thoughts, etc.) according to a psychiatrist. For this purpose, the research team, according to Orem's model. Planned, compiled the content of the training program, implemented the program, and evaluated it. The self-care intervention group participated in eight ninety-minute sessions, and the control group participated in three group sessions and expressed their problems and experiences. Data analyzed using the General Functioning schizophrenia Patients' Questionnaire (GAF) at the beginning of the study, one month and three months after the Intervention was collected. The data were analyzed via SPSS version 20 and through the statistical exams of independent t-test, paired t-test, chi-squared test, and ANOVA exam.

RESULTS

According to the results, in the control group, %34.3 were female and% 65.7 were male, and in the experimental group, 31.4% were female, and 86.6% were male. In terms of marital status, the highest frequency in the control group (%0.60) and Intervention (%62.9) was related to single patients. Patients in the control group were in the age range of 19 to 55 years with an average age of 0.97 40 8.40, and patients in the intervention age group were in the age range of 20 to 53 years with an average of 36.7 16 7.16 years. Based on the results in terms of education level, the highest frequency in both groups, control (%51.4) and Intervention (%48.6), were related to patients with sub-diploma education.

Table 1. Comparison of the mean Global Function score of patients in the control and intervention groups in three measurements

Time	Different the Mean Score between Two Gropes	Standard Deviation	P-Value
Before the intervention	-2/ 514	1/852	0/179
One month after intervention	-7 /514	1/766	< 0/001
Three month after intervention	-5 /543	1/515	< 0/001

The findings of the study showed that there was no significant difference between the control groups

(55.57± 8.03) and the Intervention (55.06 ± 7.46) before the Intervention (P > 0.05). However, one

month and three months after the study, the Global Function of the patients in the experimental group was higher than the control group ($P < 0.05$), with a mean difference (-54.543 and -7.544), respectively. Also, the mean function score three months after the Intervention was not only significantly higher than before the intervention ($P < 0.05$) but also significantly higher than one month after the intervention ($P < 0.05$).

CONCLUSION

The high prevalence of schizophrenia has led to the disease being called the modern age- condition, and it has attracted the attention of mental health professionals. The study results showed that self-care training based on Orem's self-care model could increase patients' global function (GF) with schizophrenia. Therefore, it seems that such educational interventions with long-term follow-up are not only practical but also necessary.

Ethical Consideration

In this study, ethical points, according to the ethical protocols of Helsinki studies, were done. This paper was approved and supported with the ethical code of 396210 by The Ethics Committee of Isfahan University of Medical Sciences and the registration number of the clinical trial of IRCT 35350N1R1.

Funding or Supports

This research y supports the chairman of the Isfahan University of Medical Sciences.

Author's Contribution

This study was sponsored by the Research Deputy of Isfahan University of Medical Sciences. Sara Khalatbari: Designing or analyzing, and interpreting data. Doctor Nasrollah Alimohammadi: Preparing a draft article or

modifying and reviewing it and Saied Pahlevanzadeh: cooperation and coordinate study

Conflict of Interest

In this article, there was no reported any conflict of interest

Applicable Remarks

In the present study, according to the patient's inability to understand the relative self-care and the need for help based on Orem's self-care model, a training support system (TSS) was used. Increasing the awareness of patients with mental illness about various illnesses, including self-care, will prevent illness complications, increase longevity and adapt the individual, and reduce the cost of treatment. Undoubtedly, such goals require dynamic and continuous training. In other words, training these patients is key to self-care behaviors and plays an essential role in managing patient health. According to Orem's self-care theory, the weakness of information and its understanding reduces the power of judgment and decision-making and limits individuals' self-care. On the other hand, in the training process, as an integral part of the relationship between nurses and patients, psychiatric nurses need to use patient-centered communication approaches, along with an assessment of the patient's understanding of their training and their self-care deficit to improve the patient's adherence to self-care behaviors.

Acknowledgment

This article is part of the results of the master thesis of Psychiatric Nursing. Thanks to the chairman of the Isfahan University of Medical Sciences and the Psychiatric Nursing Department faculty members for the sincere cooperation and encouragement of the author of the article in doing this research and all the patients who participated in this study.



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 می‌گردد. 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 می‌تواند 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 می‌شود [۱].

اسکیزوفرنی نوعی روان پریشی است که با تاثیرات مخرب بر افکار، رفتار و روابط بین فردی، موجب مختل شدن عملکرد مبتلایان می‌گردد. 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 اسکیزوفرن 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. ۵. افزایش مهارت‌های ارتباطی. ۶. 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.

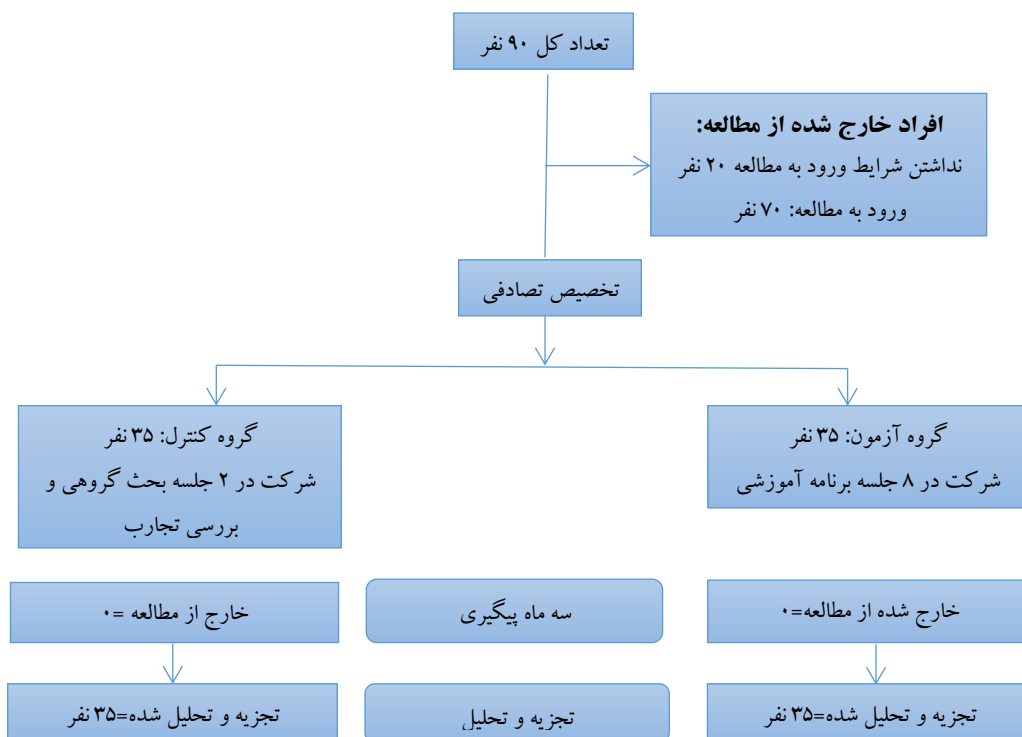
۴. مرحله ارزیابی: پس از اجرای مداخله، ارزیابی اثربخشی برنامه بر عملکرد بیماران در دو نوبت بلافاصله یکماه و ۳ ماه بعد، توسط چک لیست مشخصات فردی و چک لیست ارزیابی عملکرد کلی، مورد ارزیابی قرار گرفت و توسط آزمونهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بخش اول چک لیست: مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد (سن، 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

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 ($P > 0/05$).

یافته‌ها

بر اساس نتایج، در گروه کنترل $34/3$ درصد زن و $65/7$ درصد مرد و در گروه آزمون $31/4$ درصد زن و $86/6$ 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 (%)	
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		
قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله			
یک ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله			

*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 ($P < 0/05$). و میانگین تغییر نمره عملکرد سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل 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 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.

سهام 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

- Shamsaei F, Cheraghi F, S. B. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. Iran J Psychiatr. 2015;10(4):239.
- 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
- 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.
- 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
- 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