

## مقاله اصلی

# اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۷

### خلاصه

**مقدمه:** روش درمانی - شناختی - رفتاری همواره بعنوان روشی موثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و آموزش بیماران برای کاهش اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است. لذا هدف از این مطالعه بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی می باشد.

**روش کار:** در این مطالعه روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در مراکز نگهداری شهرستان کرج در سال ۱۳۹۴ بودند. از این مراکز دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و از بین بیماران واجد معیارهای ورود به مطالعه، ۳۰ نفر به روش تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی از ۸ جلسه مداخله شناختی رفتاری برخوردار بودند، ولی در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. دو گروه در مرحله پایه و پیگیری پرسشنامه ی کیفیت زندگی مراجع و یسکانسین را تکمیل کردند. داده های این مطالعه با روش آنالیز چند متغیره واریانس (MANOVA) و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

**نتایج:** نتایج بدست آمده بیانگر آن است که درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی تاثیر ندارد. ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی تاثیری ندارد.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، کیفیت زندگی، اسکیزوفرنی.

زهرا محمدی<sup>۱</sup>

جواد خلعتبری<sup>۲</sup>

شهربانو قهاری<sup>۳</sup>

محمد زارع نژاد<sup>۴</sup>

ناهید محمودی<sup>۵\*</sup>

نوید کلانی<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار گروه بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان پزشکی تهران، ایران.

<sup>۴</sup> پزشک قانونی، دکترای تخصصی پژوهش، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی تهران، تهران، ایران.

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

<sup>۶</sup> مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

Email: Mahmoodi.n2014@gmail.com

## مقدمه

اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری شدید روانی باعث اختلال در واقعیت سنجی، اختلال در تنظیم هیجانی، اختلال در تفکر، اختلال در تصمیم گیری و مشکلات ارتباطی شدید در بیماران می شود (۱). اختلال اسکیزوفرنی (یا روان گسیختگی) سندرمی بالینی شدید اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و دیگر جنبه های رفتاری را درگیر میکند. اسکیزوفرنی معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع و در مواردی تا آخر عمر پایدار باقی میماند و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند (۲). اختلال اسکیزوفرنی یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات سایکوتیک است. امروزه به طور فزاینده ای اختلال اسکیزوفرنی و بیماری های روانی شدید بعنوان اختلالات عصب شناسی مورد توجه قرار میگیرند (۳-۴). در بیشتر مطالعات دیده شده است که سطح نواقص شناختی که از اولین دوره بیماری اسکیزوفرنی شروع می شود، حداقل تا میانسالی ادامه می یابد (۵-۶).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می داند. در حقیقت کیفیت زندگی رهیافتی بیمار محور است که ارزیابی بیمار از شرایط و وضعیت خود را به جای ارزیابی متخصصین مورد توجه قرار می دهد (۷). کیفیت زندگی به عنوان مفهومی برای نشان دادن میزان رضایت فرد از زندگی تلقی می شود و به عبارتی معیاری است برای تعیین رضایت و عدم رضایت افراد و گروه ها از ابعاد مختلف زندگی. این ابعاد می تواند زمینه های تغذیه ای، آموزشی، بهداشت، امنیت و اوقات فراغت را شامل شود (۸). شرقی ها معتقدند طیفی از خوبی و بدی وجود دارد که اگر این طیف در هر فردی در حالت تعادل قرار بگیرد کیفیت زندگی برقرار می شود (۹). کیفیت زندگی پایین به عنوان پیش آگهی منفی برای سلامتی گزارش شده است (۱۰).

مداخله شناختی رفتاری تلفیقی از رویکرد های شناختی رفتاری است. در این روش به بیمار کمک می شود تا الگوی های تفکر

تحریف شده و ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث های سقراطی و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می شود. در جنبه هایی از درمان تاکید عمدتاً رفتاری و در جنبه های دیگر شناختی است (۱۱). در واقع می توان گفت که کیفیت زندگی تحت تاثیر مداخلات شناختی رفتاری بهبود پیدا میکند. گلدفرین و هرینگ به همراه دریسن و هولون<sup>۳</sup> در مورد اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسیده اند که این مداخله بر تمامی جوانب زندگی فرد اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی فرد تاثیر معناداری دارد (۱۲-۱۳). همچنین شواهد محکمی وجود دارد که تلفیق دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی در بیماران سایکوتیک به کاهش عود و دوام بیشتر بهبودی می انجامد (۱۴). پژوهش های اخیر نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود بیماری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی موثر بوده است (۱۵).

در تحقیقی با عنوان اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشانه های مثبت اختلال اسکیزوفرنی انجام شد، نتایج بیانگر تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه های مثبت در بیماران اسکیزوفرنی می باشد (۱۶).

در تحقیقی دیگر تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های مثبت اختلال اسکیزوفرنی صورت گرفت، نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در بهبود نشانه های مثبت در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی موثر است (۱۷).

پژوهشگران در یک دوره ۱۰۶ روزه درمان شناختی رفتاری را بر روی ۲۱۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی انجام دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می شود، اما اختلاف معنی داری از این نظر بین این دسته از بیماران و گروه کنترل مشاهده نگردید (۱۸).

<sup>2</sup>- Goldfrine & Hearing

<sup>3</sup> Driessen & Hollon

در مطالعه سوگرامان و همکاران نتایج مطالعه نشان داد که تکنیک های شناختی رفتاری به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خودش می شود (۱۹). همچنین در مطالعه دیگر نیز نشان داده شد که مداخلات شناختی و همچنین رفتاری باعث بهبود علایم خلقی و اضطرابی فرد شده و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز می شود (۲۰).

با توجه به تاثیرات مثبت مداخله شناختی رفتاری بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی بخصوص اسکیزوفرنی، در این راستا هدف از این مطالعه بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی می باشد.

### روش کار

روش پژوهش در این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح آزمایشی پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری در برگیرنده کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در مراکز نگهداری شهرستان کرج در سال ۱۳۹۴ بود. از این تعداد ۳۰ بیمار اسکیزوفرنی مزمن به روش غربالگری (از طریق مصاحبه تشخیصی) انتخاب شدند. ملاک انتخاب بیماران تشخیص قطعی اسکیزوفرنی بر مبنای تشخیص روان پزشکی و بر اساس معیار DSMIV-TR می باشد. معیارهای ورود به پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر می باشد:

۱- بیمار حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن باشد. ۲- دچار آسیب مغزی، دمانس، بیماری نولوژیک خاص که نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد، وجود نداشته باشد. ۳- حداقل ۶ ماه قبل از مطالعه الکتروشوک دریافت نکرده باشد و طی مدت درمان نیز شوک دریافت نکرده باشد.

در این مطالعه در مورد اهداف پژوهش برای بیماران توضیح داده شد و از آنان درخواست شد تا در صورت رضایت برای شرکت در مطالعه، رضایت نامه کتبی آگاهانه را امضا کنند. سپس پس از رضایت برای شرکت در مطالعه، از آنان خواسته شد، پرسشنامه ی

کیفیت زندگی را تکمیل کنند. کسانی که نمره ی آنان در پرسشنامه کیفیت زندگی پایین بود، برای شرکت در مطالعه انتخاب و از بین این نفرات، تعداد ۳۰ بیمار به روش تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه تحت مداخله با روش شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند (هیچ مداخله ای انجام نگرفت). روش اجرای مطالعه به صورت گروهی انجام گردید. بدین صورت که افراد به ۲ گروه ۸ نفره تقسیم شدند و درمان شناختی- رفتاری به شکل گروهی زیر نظر پزشک بخش روانپزشکی به مدت ۲ ماه و در هفته ۲ روز انجام گردید. یک جلسه آشنایی با بیماران، گرفتن شرح حال و غربالگری از بین پنجاه بیمار اسکیزوفرنی انجام و رضایت از بیماران برای انجام کار گروهی صورت گرفت. هر جلسه درمانی حدود ۴۵ دقیقه به طول می انجامید. همچنین برای دادن تکالیف به بیماران، دفترچه یادداشت هایی به پرستار بخش تحویل داده شد که بعد از هر جلسه درمانی به بیماران داده شود. بیمار تکالیف مربوطه را انجام و به همراه خود به جلسه درمانی آورد. بعد از پایان جلسه درمانی ۲ جلسه به دادن پرسشنامه به گروه آزمایشی و گروه کنترل اختصاص داده شد.

ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع ویسکانسین<sup>۱</sup> بود. این پرسشنامه توسط بکر، سینفورت و دیاموند در سال ۱۹۹۳ تهیه شد و در سال ۱۹۹۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه ابعاد عینی و ذهنی و بنیادین کیفیت زندگی را در بر می گیرد (۲۱). پرسشنامه کیفیت زندگی ویسکانسین دارای دو قسمت عمده است. قسمت اول به ویژگی های جمعیت شناختی چون سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، مدت بیماری، شروع بیماری و منبع درآمد می پردازد. در قسمت دوم این پرسشنامه به ۸ حیطه از جنبه های مهم زندگی پرداخته می شود. ۱- رضایت عمومی از زندگی ۲- فعالیت های اشتغالی ۳- سلامت و آسایش روانی ۴- علائم ۵- سلامت جسمانی ۶- روابط اجتماعی ۷- وضعیت مالی (پولی) ۸- فعالیت های روزمره زندگی.

## نتایج

در بررسی تحلیل داده‌ها، میزان هر یک از حیطه‌های موجود در پرسشنامه و کیفیت زندگی بین دو گروه مقایسه شد. نتایج در (جدول ۱) مشخص شده است.

## جدول ۱- مقایسه کلی خرده مقیاسهای کیفیت زندگی

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایشی	
	Mean	SD	Mean	SD
سطح رضایت	۰/۶۴	۱/۳۶	-۰/۱۵	۱/۱۵
فعالتهای اشتغالی	۱/۲۴	۱/۴۶	۰/۲۲	۱/۴۷
سلامت و آسایش روانی	۰/۴۶	۰/۵	۰/۳۵	۰/۷۲
علائم	۲/۵۲	۱/۳	۱/۵۹	۱/۵
سلامت جسمانی	-۰/۱۵	۱/۴۶	۰/۵۸	۱/۴۳
روابط اجتماعی	۰/۷۳	۱/۵۱	۰/۳۱	۱/۵۵
پول	۰/۴	۱/۸۲	۰/۹۵	۱/۳۷
فعالتهای زندگی	-۰/۴	۳/۷	۲/۸۲	۲/۴

به هر حیطه به نوع پاسخ نمره ای بین ۳- تا ۳+ تعلق می گیرد. نمرات کسب شده از هر حیطه با یکدیگر جمع و بر ۸ تقسیم می شود. نمره نهایی نشان دهنده نمره کلی کیفیت زندگی است.

آلفای کرونباخ این مقیاس در دو نمونه انگلیسی و فرانسوی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۰ بدست آمد (۲۲). این پرسشنامه توسط دکتر بیان زاده و کربلایی نوری در سال ۱۳۷۵ ترجمه و جهت ارزیابی مشکلات و کارایی در جامعه ایرانی یک مطالعه مقدماتی توسط کربلایی نوری بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران اسکیزوفرنیک انجام پذیرفت و با بررسی نتایج، تغییرات لازمه جهت تطبیق با فرهنگ کشور ایران در پرسشنامه انجام شد (۲۳).

بسته آموزشی: بسته درمانی این پژوهش برگرفته از منابع «درمان شناختی رفتاری برای بیماران اسکیزوفرنی» (۱۴)؛ شامل جلسات زیر می باشد.

جلسه اول: برقراری رابطه درمانی و آشنا کردن بیمار با درمان شناختی رفتاری و قوانین گروه

جلسه دوم: آموزش مهارت گفتگو و مذاکره

جلسه سوم: آموزش مهارت حل مسئله

جلسه چهارم: آموزش کنترل خشم و پرخاشگری

جلسه پنجم: آموزش فنون امیدگی

جلسه ششم: آموزش مهارت مدیریت استرس

جلسه هفتم: شناسایی افکار منفی، پاسخ منطقی به افکار منفی و اصلاح آنها

جلسه هشتم: مروری بر جلسات قبل و پاسخ به سوالات

تجزیه و تحلیل اطلاعات در این مطالعه با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون های استنباطی (آنالیز چند متغیره واریانس (MANOVA)) در سطح معنی داری  $p < 0.05$  صورت گرفت.

روزمره

کیفیت زندگی  
 ۰/۶۱ ۰/۶۷ ۰/۸ ۰/۷ ۰/۲۱ ۱ ۰/۲۱ ۰/۴۵ ۰/۵۱

روابط اجتماعی و سلامت و آسایش روانی گروه کنترل و گروه مداخله در یک سطح و نزدیک به هم بوده است. همچنین در تحلیل داده های خرده مقیاس های سلامت جسمانی، وضعیت مالی (پول) گروه مداخله عملکرد بهتری داشته و همچنین خرده مقیاس فعالیت های روزمره اختلاف معنی داری را نشان داد.

مقایسه وضعیت کیفیت زندگی (نمره کلی حاصل از پرسشنامه کیفیت زندگی در حیطه های مختلف) در شکل ۱ نشان داده شده است. با توجه به نتایج نمودار عملکرد کلی آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایشی بهتر از گروه کنترل بود، ولی اختلاف بین آنها معنی دار بوده است ( $P > 0.05$ )



شکل ۱- مقایسه کلی سطح کیفیت زندگی بین گروه کنترل و آزمایشی

## بحث

نتایج بدست آمده بیانگر آن است که درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران تأثیری نداشته است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات آدینگتون (۱۵)، ون در گاگ (۲۴)، محمدی (۱۶)، حسینی (۱۷) و هوگو (۲۵)، همخوانی ندارد. آدینگتون و همکاران<sup>۱</sup> در مطالعه خود نشان دادند که درمان گروهی شناختی رفتاری به شکل معنی داری موجب کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می شود (۱۵). ون در گاگ و همکاران<sup>۲</sup> که یک دوره ۱۰۶ روزه درمان شناختی رفتاری را بر روی ۲۱۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی انجام دادند بدین نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت

نتایج نشان داد که در گروه مداخله در خرده مقیاس های سلامت جسمانی و وضعیت مالی عملکرد بهتر و در خرده مقیاس فعالیت های روزمره تفاوت معنی داری دیده شد. ولی کیفیت زندگی علیرغم بهبود در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنا داری را از لحاظ آماری نشان نداد ( $P > 0.05$ ). در تحلیل داده ها میزان هر یک از حیطه های موجود در پرسشنامه و کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایشی و کنترل مقایسه شد (جدول ۱). میانگین، انحراف معیار، مقدار F و سطح معنی داری هر دو گروه آزمایشی و گروه کنترل در جدول ۱ نشان داده شده است. همچنین نتایج حاصل از جدول آنالیز چند متغیره واریانس (MANOVA) به طور کلی اختلاف معنی دار را در سطح ۵ درصد بین گروه مداخله و کنترل نشان نداد، اما این اختلاف در سطح ۱۰ درصد معنی دار بود ( $P < 0.1$ )

علیرغم این که در خرده مقیاس های سطح رضایت، فعالیت های اشتغالی، سلامت و آسایش روانی، علائم، روابط اجتماعی، وضعیت مالی در گروه کنترل وضعیت و عملکرد بهتری مشاهده شد، ولی اختلاف معنی داری دیده نشد. در خرده مقیاس سلامت جسمانی گروه آزمایشی بهتر از گروه کنترل عمل کرد؛ ولی اختلاف معنی داری بین آنها دیده نشد. همچنین در خرده مقیاس فعالیت های روزمره گروه مداخله بهتر از گروه کنترل بود و اختلاف معنی دار دیده شد ( $P < 0.05$ ). نتایج خرده مقیاس های آزمون کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و گروه کنترل به صورت نمودار ۱ نشان داده شد.

بر اساس نتایج به دست آمده در خرده مقیاس سطح رضایت و فعالیت های اشتغالی، گروه کنترل وضعیت بهتری در مقایسه با گروه آزمایشی نشان داد. نتایج حاصل از خرده مقیاس های علائم،

زندگی بیماران می شود (۲۴). نتایج تحقیقی که توسط محمدی و همکاران با عنوان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های مثبت اختلال اسکیزوفرنی انجام شد؛ نتایج بیانگر آن بود که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه های مثبت در بیماران اسکیزوفرنی موثر می باشد (۱۶). یافته های مطالعه حسینی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود نشانه های مثبت در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی (۱۷) و نتایج مطالعات هوگو مینی بر اثربخشی مدل های شناختی بر بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۵)

نتایج این مطالعه همچنین با نتایج مک هاگ و همکاران که نشان دادند که تکنیک های شناختی رفتاری به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می شود و همچنین با نتایج مطالعه ایسوگرم و همکاران که نشان دادند که مداخلات شناختی و همچنین رفتاری باعث بهبود علائم خلقی و اضطرابی فرد شده و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران میشود، ناهمسو می باشد (۲۰). یافته های جدید نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی موثر می باشد. البته در این زمینه تناقضات زیادی در مطالعات دیده شده است. به بیان دیگر سطح نتیجه کسب شده از طریق این درمان در مطالعات گوناگون روند یکنواخت و مشابهی نداشته است. هنوز سوالات زیادی بر نحوه اثر گذاری درمان شناختی رفتاری وجود دارد که تاکنون پاسخی برای آن ها یافت نشده است (۱۵). با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش های مختلف در داخل و خارج از کشور در مورد درمان شناختی رفتاری بر بیماران اسکیزوفرنی به نظر می رسد، کوچک بودن جامعه آماری نتایج دلخواه را حاصل نکرد. همچنین در این پژوهش با توجه به ظرفیت مرکز توانبخشی شوق زندگی امکان گزینش بیماران به صورت گسترده وجود نداشت. از جمله این شرایط می توان عوامل تاهل، سن، تحصیلات وضعیت اقتصادی اجتماعی و فرهنگی را نام برد.

یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش کوتاه بودن دوره درمانی بود که در صورت داشتن فرصت و مدت زمان بیشتر نتایج بهتری حاصل می شد.

### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که علیرغم بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل که تحت تاثیر درمان شناختی رفتاری مشاهده شد، اما از نظر آماری اختلاف معناداری مشاهده نشد. بنابراین درمان شناختی رفتاری تاثیری بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی نداشته است.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مقاله بر خود لازم می دانند از بیماران و کادر درمانی مرکز شوق زندگی که در این پژوهش صمیمانه همکاری داشته اند تقدیر و تشکر کنند. شایان ذکر است این مقاله منتج از پایان نامه نویسنده اول می باشد. همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم بابت همکاری در نوشتن این مقاله تقدیر و تشکر می شود.

### References

1. WHO, 2012. Schizophrenia. American Psychology Association. 29- 1.
2. Kaplan, H. I. B. J. Sadock. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. Williams & Wilkins Co. 1988; 725pp.
3. Hill SK, Bjorkquist O, Carrathers T, Roseberry JE, Hochberger WC, Bishop JR. Sequential processing deficits in schizophrenia: Relationship to neuropsychology and genetics. Schizophrenia Res 2013; 151(1): 91-6.
4. Shateri L, Bakhshipour A, Hashemi T, Farnam A. The comparison of negative facial expressions ability between schizophrenic patients (paranoid / non-paranoid), their sibling and healthy people. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(86): 48-53.
5. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia. Consistent over decades and around the world. Schizophrenia Res 2013; 150(1): 42-50.
6. Sánchez-Torres AM, Basterra V, Moreno-Izco L, Rosa A, Fañanás L, Zarzuela A, et al. Executive functioning in schizophrenia spectrum disorder patients

- and their unaffected siblings: A ten-year follow-up study. *Schizophrenia Res* 2013; 143(2):291-96.
7. 7- Khodadadi N, Baqayy M, Mahmoudi H, Shaykh al-Islam, F. Quality of life of schizophrenic patients. *Journal of Research in Medical Sciences* 2012; 14(1):61-66.
  8. 8- Ghalibaf M, Roostaei M, Ramezandadeh Lsbvyy M, Taheri M. Assess the quality of urban life. *Geographic Society's Journal* 2011; 9(31):1-21.
  9. 9-Winkler LA, Christiansen E, Lichtenstein MB, Hansen N.B, Bilenberg N, Stoving R.K. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research* 2014; 219 (1): 1-9.
  10. 10- Siersma, V., H. Thorsen, P. E. Holstein, M. Kars, J. Apelqvist, E. B. Jude, A. Piaggese, K. Bakker, M. Edmonds & A. Jirkovská (2014) Health-related quality of life predicts major amputation and death, but not healing, in people with diabetes presenting with foot ulcers: The Eurodiale study. *Diabetes Care*, 37, 694-700.
  11. 11- Azeri N. Short-term efficacy of cognitive behavior therapy, cognitive therapy and mindfulness-based cognitive problems in people with binge eating disorder bulimia in 2010. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Clinical Master's thesis.
  12. 12- Goldfrine K A, Hearing C. The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy* 2010; 48: 738-746.
  13. 13- Driessen E, Hollon S. D. Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective. *Cognitive and Behavioral Practice* 2011; 18(1):70-73.
  14. 14- Kingdon D, Hansen L. Cognitive therapy for psychosis. *Psychiatry* 2007; 6: 362-366.
  15. 15- Addington J, Lecomte T. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Medicine Reports* 2012; 4 (6): 1-4.
  16. 16- Mohammadi J, Narimani M, Beygan M, Darakeh M. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on positive symptoms of schizophrenia, *Urmia Medical Journal* 2014; 25(3):182-190.
  17. 17- Husseini H, Akbari M, Mohammadi J. Investigated cognitive-behavioral Tasyrdman positive Brnshanh schizophrenia, *Mazandaran University of Medical Sciences* 2013; 23(107):37-29.
  18. 18- Van der Gaag, M. , Stant, A. D. , Wolters, K. J. K. , Buskens, E. , Wiersma, D. , 2011. Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 198: 59-65.
  19. 19- McHugh R K, Hearon B A, Otto M. W. *Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Psychiatric Clinics of North America* 2010; 33(3): 511-525.
  20. 20-Sugarman D. E, Nich C, Carroll K. M. Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors* 2010; 24(4): 689-695.
  21. 21- Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with sever and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 1993; 2(3): 239-257.
  22. 22- Diaz P, Mercier C, Hachey R, Caron J, Boyer G. An evaluation of psychometric properties of the client's questionnaire of the Wisconsin Quality of Life Index-Canadian version (CaW-QLI). *Quality of Life Research* 1999; 8(6):509-514.
  23. 23- Bayanzadeh A. Karbala'i Noori A. Survey the quality of life in schizophrenic patients, of thought and behavior 1998; 4(1):4-13.
  24. 24- van der Gaag, M., A. D. Stant, K. J. Wolters, E. Buskens & D. Wiersma (2011) Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 198: 59-65.
  25. 25- Hogue A. Psychosocial intervention for quality of life in substance abuse. *J addiction* 2012; 197:868-76.

*Original Article***The effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life in schizophrenic patients**

Received: 24/03/2020 - Accepted: 28/07/2020

Zahra Mohammadi<sup>1</sup>  
 Javad Khalaatbari<sup>2</sup>  
 Shahrbanoo Ghahari<sup>3</sup>  
 Mohammad Zarenezhad<sup>4</sup>  
 Nahid Mahmoodi<sup>5\*</sup>  
 Navid Kalani<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Master of clinical psychology, student is counseling unit, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor of in Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon branch.

<sup>3</sup> PhD in clinical psychology, Assistant professor of Mental Health, Iran University of Medical Sciences (IUMS). Center of Excellence in psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> MD, Ph.D, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> MSc in Clinical Psychology, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

<sup>6</sup> Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

Email:

Mahmoodi.n2014@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Cognitive-behavioral therapy has been known as an effective psycho-educational method for improving the quality of life and reducing mental health disorders among patients. The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in quality of life in schizophrenic patients.

**Materials and Methods:** The population of this quasi-experimental study with the control group included all patients afflicted with chronic schizophrenia who were residual in Karaj care centers in 1394. Among these centers two were randomly selected. Then, among patients who met inclusion criteria, thirty were randomly selected and replaced in two groups; fifteen in experimental group and fifteen in control group. The experimental group received 8 sessions of cognitive-behavioral intervention but control group remained on the waiting list. Both groups completed Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI), Client Questionnaire, at baseline and follow-up. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and by SPSS- 22.

**Results:** The findings suggest that cognitive-behavioral therapy does not affect the quality of life in schizophrenic patients ( $P < 0.05$ ).  
**Conclusion:** Cognitive-behavioral therapy is ineffective in improving the quality of life in schizophrenic patients.

**Key words:** Cognitive behavior therapy, quality of life, Schizophrenia patients, Group Therapy.