

## مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی در مرحله بهبودی نسبی

مهسا کوهی<sup>۱</sup>، مولود رادفر<sup>۲\*</sup>، لیلا آلیلو<sup>۳</sup>، زینب سلطانی<sup>۴</sup> حمیدرضا خلخالی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۹/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی جزء اختلالات شدید و مزمن روان‌پزشکی هستند که بر مهم‌ترین قلمرو زندگی فرد یعنی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. در بیماران با اختلال روان‌پزشکی مزمن، کیفیت زندگی بسیار مهم بوده و حتی بعد از بهبودی نسبی همچنان پایین هست. امروزه کیفیت زندگی به‌مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها، مورد توجه قرار گرفته است؛ چراکه کیفیت زندگی از معیارهای مهم تعیین‌کننده اثرات بیماری و درمان آن بر فرد است و می‌تواند راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشد. از این‌رو ارزیابی کیفیت زندگی در مراقبت از بیمار و تحقیقات بالینی حائز اهمیت است. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه کیفیت زندگی بین بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی است.

**مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع مقطعی-تحلیلی بوده که در سال ۱۴۰۰ در مرکز آموزشی و درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه انجام گردید. تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از پرسشنامه MC GILL و برای سنجش کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی از پرسشنامه SQLS و یلکسن استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تی و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

**یافته‌ها:** متوسط سنی بیماران مبتلا به افسردگی ۳۴/۲۸±۷/۲۵۷ و متوسط سنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ۳۶/۸۰±۹/۲۲۵ بود. میانگین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی ۴۵/۶۲±۱۴/۷۵ و در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ۷۳/۵۶±۱۰/۳۶۹ بود. مقایسه کیفیت کلی زندگی در بیماران افسرده اساسی و بیماران اسکیزوفرنی نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارد ( $p < 0/05$ ). به‌طور کلی می‌توان ادعان داشت که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی با توجه به نوع، شدت بیماری، جنسیت، سن، حمایت اجتماعی می‌تواند متفاوت باشد.

**نتیجه‌گیری:** اختلال افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی بر جنبه‌های عمده‌ای از کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. میزان تأثیرگذاری این دو بیماری بر کیفیت زندگی بیماران متفاوت است؛ به‌طوری‌که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیش از بیماران افسرده اساسی تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد. توجه به کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند عامل مهمی در بهبودی نسبی آن‌ها باشد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی، کیفیت زندگی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره یازدهم، پی‌در پی ۱۴۸، بهمن ۱۴۰۰، ص ۸۷۸-۸۸۸

آدرس مکاتبه: آذربایجان غربی، ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۳۶۶۹۶۹۴

Email: mradfar1343@gmail.com

## مقدمه

و سیاست‌گذاران حوزه سلامت به وجود آورده و عامل اصلی رشد عوارض در جهان به شمار می‌رود. (۱، ۲) باوجود اینکه از حدود دو دهه پیش سازمان بهداشت جهانی به بی‌توجهی زبان‌بار جوامع نسبت به اختلالات روانی هشدار جدی داده و به نقش ۸۵ درصدی

اختلالات روان‌پزشکی به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات جوامع بشری و بارزترین چالش سلامت جهانی در حال حاضر است. این اختلالات نگرانی‌های بسیاری را برای نظام سلامت، متخصصین

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۵</sup> استاد آمار زیستی و حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

تأثیرگذار عوامل روانی-اجتماعی بر سلامت اشاره کرده است، (۳) اما همچنان شاهد عدم توجه لازم به این حوزه از مسائل سلامت هستیم (۴۵).

اختلالات روان‌پزشکی یک الگوی رفتاری و روان‌شناختی هستند که از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشند و با آشفتگی در کارکرد اجتماعی و روان‌شناختی همراه می‌باشند. این اختلالات به‌طور شایع و جدی در سراسر جهان رخ می‌دهند. (۶) حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از اختلال‌های روان‌پزشکی رنج می‌برند و طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، یک نفر از هر ۴ نفر در جهان در طول زندگی به یکی از اختلالات روان‌پزشکی مبتلا خواهند شد (۷). در ایران نیز چهار پیمایش ملی در حوزه سنجش اختلالات و مشکلات روانی اجرا شد که آخرین مطالعه نشان داد ۴/۲۳ درصد مردم ایران از مشکلات روانی رنج می‌برند (۸). در واقع اختلالات روان‌پزشکی یکی از پنج علت اصلی منجر به ناتوانی است که همچنان در حال افزایش است (۹). اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی اختلالات شدید روانی هستند که در مهم‌ترین قلمرو زندگی فرد ماندند؛ عملکرد ذهنی و فیزیکی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند (۱۰).

اسکیزوفرنی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی بوده و در ایران آمار مبتلایان به اسکیزوفرنی در حدود یک درصد از جمعیت عمومی می‌باشد (۱۱). اسکیزوفرنی یا روان‌گسیختگی مجموعه اختلالاتی است که با آشفتگی در گفتار، ادراک، تفکر، عاطفه، اراده و فعالیت‌های اجتماعی مشخص می‌گردد. اسکیزوفرنی سبب افت تحصیلی، ناتوانی شغلی، تخریب شخصیت، اختلال در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی مبتلایان می‌گردد؛ (۱۲) که این عوامل از متغیرهای مهم و مطرح در کیفیت زندگی می‌باشد (۱۳). افسردگی نیز اختلال روانی ناتوان‌کننده‌ای است که با نرخ شیوع «۱۷ درصد» به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مطرح شده است. افسردگی بیماری شایع و جدی بوده که با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود. اختلال اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی سیر مزمن داشته و غالباً با بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری مجدد همراه می‌باشد (۱۴). این بیماران به‌طور مکرر علائم اضطراب مانند غم شدید، نگرانی و ترس را تجربه می‌کنند. این علائم با کیفیت زندگی احساس خوب بودن بیماران مرتبط است. موضوع کیفیت زندگی این بیماران یکی از نگرانی‌های عمده محققین و متخصصین است. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به جمعیت عمومی پایین می‌باشد (۱۵). تحقیق براون<sup>۱</sup> و همکاران در سال

۲۰۰۰ نشان داده است که کیفیت زندگی افراد با اختلال اسکیزوفرنی تحت تأثیر تطابق قبل از بیماری، طول دوره بیماری و علائم می‌باشد. تحقیق استفن<sup>۲</sup> نیز نشان داده است که کیفیت زندگی افراد با اختلال اسکیزوفرنی در اولین تابلوی بیماری کاهش یافته است (۱۶). افسردگی نیز یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی بر آسیب کیفیت زندگی می‌باشد و حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش سطح کیفیت زندگی همراه است (۱۷). در بیماران با اختلال روان‌پزشکی مزمن کیفیت زندگی بسیار مهم است (۱۸). کیفیت زندگی مفهومی است که طی قرن‌های متمادی همواره موضوعی چالش‌برانگیز بوده است اما در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده است (۱۹). امروزه کیفیت زندگی به‌مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفته و به‌منزله یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده درمان‌ها ارزیابی می‌شود (۲۰).

کیفیت زندگی یک مفهوم شخصی ادراک‌شده از احساس خوب بودن و رضایتمندی از زندگی است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد (۲۰). سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات فردی و ارتباط بین این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌باشد (۲۱). در حقیقت کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم بهداشتی، دارای ویژگی‌های متعدد از جمله چندبعدی بودن، پویا بودن و ذهنی بودن تعریف می‌شود که دربرگیرنده ابعاد گوناگونی نظیر ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است. هر یک از این ابعاد به‌زیر مجموعه‌هایی تقسیم می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، بعد فیزیکی به دریافت بیمار از توانایی‌هایش در انجام دادن فعالیت‌ها و وظایف روزانه که به‌صرف انرژی نیاز دارد، اشاره می‌کند و یا بعد روانی، جنبه‌های روانی، احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد، همین‌طور بعد اجتماعی به توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و همکاران مربوط می‌شود (۲۲). کیفیت زندگی به‌مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامون خود تعریف می‌شود و نیازها، خواسته‌ها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس تأثیرگذار بر بهزیستی همه‌جانبه را در برمی‌گیرد (۲۳).

با توجه به مطالعات انجام‌شده که نشان‌دهنده‌ی اهمیت کیفیت زندگی و افت کیفیت زندگی حتی بعد از بهبودی نسبی در

<sup>2</sup> Stephen

<sup>1</sup> Browne

تکمیل کردند و در صورتی که از لحاظ دموگرافیک مغایرتی با معیارهای ورود به پژوهش نداشتند وارد پژوهش شدند. جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از پرسشنامه «مک گیل<sup>۱</sup>» که مشتمل بر ۱۶ آیت بود استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴ حیطه می‌باشد؛ که حیطه اول سلامت جسمی و حیطه دوم سلامت روانی، حیطه سوم سلامت وجودی و حیطه چهارم سلامت حمایتی را می‌سنجد (۲۵). مسائلی و همکارانش روایی این پرسشنامه را ۸۰ درصد و پایایی آن را ۹۲ درصد گزارش کرده‌اند (۲۶) برای بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی از پرسشنامه «ویلکسن<sup>۲</sup>» استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی اسکیزوفرنی دارای ۳۰ سؤال در سه حیطه روانی اجتماعی (۱۵ سؤال)، انگیزه و انرژی (۷ سؤال)، علائم و عوارض جانبی (۸ سؤال) می‌باشد. جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه در مطالعه تاها و همکاران در مالزی (۲۰۱۲) از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است (۰/۸۵ <  $\alpha$  < ۰/۹۵). همچنین برای تعیین پایایی این ابزار از آزمون مجدد استفاده شده است و ضریب پایایی این ابزار بین دو مرحله با (۰/۴۴-۰/۵۷) (۲=) تأیید شده است. (۲۷) تحقیق فروزنده و همکاران (۱۳۸۷) پایایی آن را (۰/۸۹) گزارش کردند (۲۸). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه داده‌های کمی از آزمون تی تست و داده‌های کیفی از تست کای دو استفاده شد همبستگی بین متغیرهای کمی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. در این مطالعه یافته‌ها با  $P \leq 0/05$  معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی (۲۶ مرد و ۲۴ زن) و ۵۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی (۲۳ مرد و ۲۷ زن) مورد ارزیابی قرار گرفتند. متوسط سنی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی  $34/28 \pm 7/257$  سال و متوسط سنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی  $36/80 \pm 9/225$  سال بود. با توجه به جدول یک یافته‌های مطالعه در ارتباط با مشخصات دموگرافیک بیماران نشان داد که بین متغیرهای زمینه‌ای کیفی و گروه‌های مورد مطالعه ارتباط معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شده همگن هستند. یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش در دو گروه اسکیزوفرنی و افسرده اساسی

بیماران با اختلال روان‌پزشکی مزمن است، بررسی و مقایسه کیفیت زندگی در اختلالات افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی می‌تواند نتایج ارزشمندی در مورد پاسخ‌دهی بیماران نسبت به درمان، علائم بالینی، مدیریت بیماران در اختیار در مانگران قرار دهد. باین حال به دلیل تنوع گسترده در ابزار اندازه‌گیری، استراتژی‌های مطالعه و تعاریف کیفیت زندگی، شواهد مقایسه مستقیم کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی هنوز کمیاب است. این مطالعه باهدف مقایسه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی می‌باشد. بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق و با کد (IR.UMSU.REC.1400.372) و هماهنگی با مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه مطالعه شروع شد. در این مطالعه سطح کیفیت زندگی ۵۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی و ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی در مرحله بهبود نسبی مورد بررسی قرار گرفت. مکان انجام پژوهش «مرکز آموزشی و درمانی رازی ارومیه» بود. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده و با مطالعه پرونده بیماران، ۱۰۰ بیمار طبق نظر روان‌پزشک که تشخیص اسکیزوفرنی یا افسردگی اساسی داشتند و با توجه به معیارهای DSM-5، بعد از کسب رضایت آگاهانه انتخاب گردید. با توجه به مطالعه‌ی طوبایی و همکاران (۲۴) در سال ۱۳۹۱ که میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در گروه بیماران  $53/33 \pm 25/83$  و در گروه افراد سالم  $56/00 \pm 35/01$  بود، با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد تعداد نمونه‌ها با احتساب ۲۵ درصد ریزش، ۵۰ نفر برای هر گروه و در مجموع ۱۰۰ نمونه وارد مطالعه شدند.

$$\frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \times (s_1^2 - s_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2} = 45. n = \frac{(1.96 + 1.96)^2 \times (33.7^2 + 35.01^2)}{(56.00 - 53.25)^2}$$

معیارهای ورود به پژوهش شامل: بهبودی نسبی علائم و عبور از مرحله حاد و آمادگی فرد جهت ترخیص و دریافت ادامه درمان در منزل، حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۶۵ سال، نداشتن معلولیت ذهنی، عدم سکونت در اقامتگاه‌های تحت پوشش مراکز حمایتی، تشخیص قطعی بیماری افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی و درج در پرونده بود. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی را

<sup>2</sup> sqs (skizopernia quality of life scale)]

<sup>1</sup> MC Gill QOL

وضعیت اقتصادی پایین داشتند (۸۵ درصد) و دارای مدرک تحصیلی ابتدایی (۲۱/۵ درصد) بودند.

**جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان دو گروه**

مقدار p	گروه اسکیزوفرنی		گروه افسردگی اساسی		متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
p=۰/۳۶۰	۵۲	۲۶	۴۶	۲۳	جنسیت مرد
	۴۸	۲۴	۵۴	۲۷	جنسیت زن
p=۰/۵۷۷	۸۸	۴۴	۸۲	۴۱	وضعیت دخل کمتر از خرج
	۱۲	۶	۱۸	۹	وضعیت اقتصادی دخل برابر خرج
p=۰/۳۶۸	۱۲	۶	۱۲	۶	وضعیت مجرد
	۶۲	۳۱	۶۴	۳۲	وضعیت متأهل
	۱۶	۸	۲۲	۱۱	وضعیت مطلقه
	۱۰	۵	۲	۱	وضعیت فوت همسر
p=۰/۳۹۰۴	۶	۳	۶	۳	تحصیلات بی سواد
	۴۶	۲۳	۴۰	۲۰	تحصیلات ابتدایی
	۴۰	۲۰	۳۸	۱۹	تحصیلات متوسطه و دیپلم
	۱۰	۵	۱۴	۷	تحصیلات لیسانس و بالاتر
p=۰/۵۳۸	۲۴	۱۲	۲۴	۱۲	شغل شاغل
	۴۰	۲۰	۴۸	۲۴	شغل خانه‌دار
	۲	۱	۰	۰	شغل بازنشسته
	۳۲	۱۸	۲۶	۱۳	شغل بیکار
p=۰/۳۵۵	۲۲	۱۱	۱۸	۹	دارای بیماری فیزیکی
	۷۸	۳۹	۸۲	۴۱	بیماری فیزیکی بدون بیماری فیزیکی
p=۰/۹۳۱	۸۸	۴۴	۸۴	۴۲	مصرف دارو مصرف می‌کند
	۱۲	۶	۱۶	۸	مصرف دارو مصرف نمی‌کند

متفاوت بوده و از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ( $p=۰/۰۰۲$ ). میانگین کیفیت کلی زندگی در هر دو گروه پایین بود؛ اما در مقایسه دو گروه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کیفیت زندگی کمتر و نامطلوب‌تری را نسبت به بیماران افسردگی اساسی نشان دادند. ابعاد مختلف کیفیت زندگی در هر دو گروه در جدول زیر آورده شده است.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه مبتلا به افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی نشان داده شده است که مقایسه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی نشان داد، که میانگین و انحراف معیار کیفیت کلی زندگی در گروه مبتلا به افسردگی اساسی  $۷۳/۵۶ \pm ۱۰/۳۶۹$  با گروه مبتلا به اسکیزوفرنی  $۴۵/۱۴ \pm ۶۲/۷۰۵$

**جدول (۲): کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران افسرده اساسی و اسکیزوفرنی**

کیفیت زندگی	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی جسمی	جسمی	۱۰/۳۴	۴/۳۷۸
کیفیت زندگی روانی	روانی	۱۰/۶۴	۴/۰۴۴
کیفیت زندگی وجودی	وجودی	۱۹/۶۸	۶/۳۰۲

حمایتی	۵/۷۸	۳/۱۱۲
کیفیت زندگی بیماران روانی-اجتماعی	۳۷/۲۸	۸/۷۷۴
اسکیزوفرنی انرژی و انگیزه	۱۸/۶۰	۵/۳۲۲
علائم و عوارض جانبی	۱۷/۰۸	۵/۷۹۲

( $r=0/403$ ) مشاهده شد؛ بدین معنی که در صورت وجود بیماری فیزیکی همراه با اختلال روان پزشکی علائم بیماری و عوارض جانبی آن بدتر می شود.

در بیماران اسکیزوفرنی و افسرده اساسی ارتباط معنی داری در وضعیت اقتصادی و ابعاد کیفیت زندگی مشاهده شد که بیشترین ارتباط مربوط به بعد علائم و عوارض جانبی در بیماران اسکیزوفرن ( $r=-0/321$ ) و بعد حمایتی بیماران افسرده اساسی ( $r=0/219$ ) بود بدین معنی هرچه سطح اقتصادی و رفاه بیشتر باشد علائم و عوارض جانبی در بیماران پایین بوده و بعد حمایتی بهبود می یابد (جدول ۳).

با توجه به نتایج، با در نظر گرفتن سن بیماران، در گروه مبتلابه افسردگی اساسی ارتباط منفی معنی داری بین سن و بعد وجودی ( $r=-0/219$ ) وجود داشت. اما در بیماران اسکیزوفرنی این ارتباط به صورت مثبت معنی دار در بعد روانی-اجتماعی ( $r=0/316$ ) بود.

با در نظر گرفتن بیماری فیزیکی توأم در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی ارتباط مثبت و معنی داری در کیفیت کلی زندگی ( $r=0/306$ ) وجود داشت همچنین در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نیز در بعد علائم و عوارض جانبی ارتباط مثبت و معناداری

**جدول (۳): همبستگی مشخصات دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی**

گروه	مشخصات دموگرافیک	سن	جنس	وضعیت تاهل	وضعیت مصرف دارو	تحصیلات	شغل	وضعیت اقتصادی	بیماری فیزیکی توأم
بیماران افسرده اساسی	کیفیت کلی زندگی	-0/184	0/189	0/101	-0/118	-0/087	0/057	0/190	0/306
	جسمی	0/038	0/091	0/171	-0/034	-0/209	0/10	-0/173	-0/096
	روانی	-0/024	0/097	0/077	0/084	0/064	-0/103	-0/043	0/002
	وجودی	-0/219	0/171	0/130	0/242	0/130	-0/002	-0/179	-0/022
	حمایتی	-0/152	0/025	-0/003	0/229	0/174	0/119	0/252	0/074
بیماران اسکیزوفرن	کیفیت کلی زندگی	0/055	-0/240	-0/026	-0/187	0/248	-0/123	0/140	0/172
	روانی-اجتماعی	0/316	0/038	0/157	-0/139	0/157	-0/009	0/105	0/016
	انرژی و انگیزه	-0/165	-0/284	-0/112	0/051	0/254	-0/121	-0/189	-0/089
علائم و عوارض جانبی	-0/235	-0/195	-0/150	-0/238	-0/006	-0/181	-0/321	0/403	

## بحث

مطالعه حاضر باهدف بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال اسکیزوفرنی در مرحله بهبودی نسبی صورت گرفت. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت کلی زندگی دو گروه اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی به‌طور معناداری اختلاف دارند و با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت که نمره کیفیت زندگی گروه اسکیزوفرنی از نمره کیفیت زندگی گروه افسرده اساسی به‌طور معناداری کمتر می‌باشد. سطح تحصیلات هر دو گروه تقریباً یکسان بوده و تحصیلات پایین داشتند و هر دو گروه از نظر اقتصادی کم‌درآمد بودند. در بررسی منابع اطلاعاتی موجود، مطالعات مشابه اندکی در این زمینه صورت پذیرفته است. با این حال وضعیت کیفیت زندگی در مرحله بهبودی در این دودسته از بیماران به‌طور جداگانه ارزیابی شده است. رویکی<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری نمودند که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، بدون توجه به نوع درمان بکار گرفته شده در مرحله بهبودی شاهد افزایش کیفیت زندگی هستیم (۲۹). سوپوکی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند که کیفیت زندگی پس از بهبودی ۴۰ درصد افزایش یافته است (۳۰). در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کیفیت زندگی نسبت به جمعیت عمومی پایین می‌باشد (۳۱) در مطالعه‌ای که توسط کرامر و همکاران (۳۲) بر روی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی انجام شد، نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران با انواع اختلالات روان‌پزشکی پایین بوده و حتی بعد از بهبودی نسبی نیز در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی پایین است. با توجه به یافته‌های مطالعات ذکرشده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی متفاوت گزارش شده است و هرکدام از بیماری‌ها به‌صورت جداگانه بررسی شده‌اند که این موضوع اهمیت و ضرورت توجه به موضوع کیفیت زندگی و مقایسه آن را مطرح می‌سازد.

در بررسی کیفیت کلی زندگی بیماران و مقایسه آن در دو گروه، کیفیت کلی زندگی در گروه مبتلا به اسکیزوفرنی پایین‌تر و نامطلوب‌تر از گروه مبتلا به افسردگی اساسی بود. در واقع بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مرحله بهبودی نسبی کیفیت زندگی بهتری داشتند. در حالیکه یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش ویتان در ۲۰۱۹ (۳۳) در تضاد می‌باشد. در مطالعه آن‌ها کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی بهتر از بیماران مبتلا به افسرده

اساسی بود. همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داد که تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی و افسرده وجود ندارد، (۳۴) این اختلاف نتایج می‌تواند در نتیجه تفاوت در ابزار اندازه‌گیری، تفاوت‌های فرهنگی، مشخصات دموگرافیک باشد. از سوی دیگر، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از علائمی مانند بی‌لذتی، خلق افسرده، دیدگاه بدبینانه، کاهش انگیزه و سطح انرژی رنج می‌برند و بنابراین تمایل دارند کیفیت زندگی بدتری را نسبت به بیماران اسکیزوفرنی گزارش کنند در حالیکه مطالعه حاضر در فاز بهبودی نسبی برای بیماران انجام شده که علائم بیماری از بین رفته و یا کمتر شده است و سبب شده تا بیماران افسرده کیفیت زندگی بهتری را گزارش کنند.

نتایج حاصل از مطالعه در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی بررسی شد. در مقایسه با بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی پایینی را در ابعاد جسمی، روانی اجتماعی نشان دادند که این نتایج می‌تواند به دلایلی از جمله عوارض جانبی دارو (ها) (۳۵)، کاهش فعالیت بدنی (۳۶)، انزوای اجتماعی، انگ اجتماعی و اختلالات شناختی و فرصت‌های شغلی محدود (۳۷)، ایجاد شود و منجر به کاهش کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی شود. همچنین در این مطالعه بیماران مسن‌تر مبتلا به اسکیزوفرنی نمرات پایین‌تری از عملکرد فیزیکی انرژی و انگیزه را نسبت به هم‌تایان جوان‌تر خود گزارش کردند اما ارتباط معناداری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از نظر سن و عملکرد فیزیکی مشاهده نشد و این می‌تواند به این دلیل باشد که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، علائم شدید کمبود انرژی و خلق‌وخوی پایین این تفاوت‌ها را پنهان کند. در مطالعه لئو<sup>۳</sup> در ۲۰۱۳ (۳۹) نیز بیماران مسن‌تر کیفیت زندگی پایینی را نشان دادند که با مطالعه فوق‌مخوانی دارد در حالیکه مطالعه‌ی دیگری بیماران مسن مبتلا به اسکیزوفرنی عملکرد بهتری نسبت به جوانان داشتند (۳۳) که با مطالعه حاضر در تضاد می‌باشد که این ناهمخوانی می‌تواند به دلیل تفاوت در زمان شروع بیماری و مشخصات دموگرافیک بیماران باشد. بیماران مسن‌تر مبتلا به اسکیزوفرنی شامل کسانی هستند که اسکیزوفرنی با شروع نسبتاً دیررس دارند (۴۰) بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دیررس نسبت به بیماران با شروع زودرس اختلال، عملکرد بهتری دارند، علائم منفی کمتری دارند، آسیب‌های عصبی شناختی کمتری دارند (۴۱) و به دوزهای روزانه

<sup>3</sup> Leow<sup>1</sup> Revick<sup>2</sup> Sobocki

و اندازه‌گیری و بهبود آن وظیفه تیم مراقبت می‌باشد. بنابراین با اندازه‌گیری سطح کیفیت زندگی می‌توان از مقادیر آن آگاهی پیدا کرده و نسبت به بهبود کیفیت زندگی اقداماتی انجام داد.

این مطالعه نیز همچون سایر مطالعات دیگر شامل محدودیت‌هایی بود. در این مطالعه واحدهای مورد پژوهش از یک مرکز روان‌پزشکی انتخاب شدند لذا لازم است که تعمیم‌پذیری نتایج با احتیاط صورت گیرد. گرچه این مرکز، یک مرکز جامع و رفرنس برای استان است و بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز از شهرهای مختلف می‌باشند و این می‌تواند محدودیت ذکر شده را تا حدی پوشش دهد. برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌ها برای بهره‌مندی بیماران در شهرهای مختلف استان و شهرهای دیگر انجام گیرد. استفاده از ابزار متفاوت و تعداد نمونه بیشتر و مقایسه آن با نتایج مطالعه فوق پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، کمیته تحقیقات دانشجویی و مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه و تمامی افرادی که در این مطالعه حضور داشتند، تشکر و قدردانی نماید.

### References:

1. Kalateh-jari M, Bagheri H, Hassani MR. The effect of aerobic exercise program on quality of life in schizophrenic patients. *J Shahrekord Univ Sci* 2007;9(3):28-36.
2. Alonso J, Chatterji S, He Y. The burdens of mental disorders: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge University Press; 2013 May 9.
3. Tavakol M, Farahani H. Sociological Study of Mental Disorders: A Case Study in Arak. *Bioethics J* 2017;7(26):7-21.
4. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2011;17(2):151-6.
5. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiat* 2004;4(1):1-11.
6. Alizade Z, Rejali M, Feizi A, Afshar H, HassanzadeKashtali A, Adibi P. Investigation of

کمتراستی سایکوتیک نیاز دارند(۴۲). در مطالعه حاضر میانگین سنی بیماران اسکیزوفرنی کمتر از مطالعه وی تان بود که نشان‌دهنده اسکیزوفرن زودرس در بیماران می‌باشد که می‌تواند تفاوت نتایج را تا حدودی توجیه کند.

نتایج حاصل از مطالعه در ابعاد مختلف کیفیت زندگی (جسمی، روانی، وجودی، حمایتی) در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی بعد جسمی در بیماران افسرده اساسی نمرات کیفیت زندگی به دلیل تأثیر افسردگی بر انجام فعالیت‌های روزمره، کندی روانی حرکتی(۴۳) پایین بود. در بعد روانی، مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات روانی و عاطفی بیش از هر چیزی بر کیفیت زندگی مؤثر است. (۴۴-۴۶) در مطالعه حاضر هر دو گروه از بیماران حمایت اجتماعی کمی را گزارش کردند. با توجه به سیر مزمن اختلالات روان‌پزشکی و تعدد مشکلات، اغلب بیماران روش کنترل و سازگاری با بیماری را نمی‌دانند و خدمات حمایتی مناسبی را دریافت نمی‌کنند. حمایت اجتماعی کافی می‌تواند علائم را در بیماران تا حد زیادی تخفیف دهد(۴۷) و کیفیت زندگی در بیماران را بهبود بخشد.

به‌طور خلاصه، بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی کیفیت زندگی بدتری را در مقایسه با بیماران مبتلا به افسردگی اساسی گزارش کردند. در بیماران دچار اختلال روان‌پزشکی به دلیل مشکلات جسمی و روان‌شناختی، کیفیت زندگی افت می‌کند

psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress) in adult population of Isfahan province. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2015;3(4):42-8.

7. Davarinejad O, Karami A, Ahmadi A, Farnia V, Radmehr F. The Study of the Prevalence of Psychiatric Disorders among Patients Referred to Farabi Hospital in Kermanshah, 2015-16. *Armagan Danesh* 2019;4(24):6676-78.

8. Noorbala AA, Vasokolaei GR, Rahmani H. Rethinking mental health policy-making in Iran: a letter to the editor. *Tehran Univ Med J.* 2022;79(11):913-4.

9. Lokkerbol J, Adema D, de Graaf R, Ten Have M, Cuijpers P, Beekman A, et al. Non-fatal burden of disease due to mental disorders in the Netherlands. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2013;48(10):1591-9.

10. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bouzoño M. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci* 2007;9(2):215.

11. Agdam MF, Khodabakhshi-Koolae A, Khatiban M. The effectiveness of participation in group sports-recreational activities on the quality of life of female patients with schizophrenia. *Avicenna J Nurs and Midwifery Care* 2017;25(4):131-9.
12. Guha M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Ref Rev 2014 Mar 11.
13. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, Schomerus G, Bebbington PE, Brugha T, et al. A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophr Res* 2007;93(1-3):194-202.
14. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. *Tijdschr Psychiatr* 2016;58(1):78-9.
15. Marcenés W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res* 2013;92(7):592-7.
16. Froozande N, Delaram M, Aein F, Deris F. Evaluation of the relationship between positive and negative symptoms and quality of life in chronic schizophrenic patients of Sina hospital Juneqan. *J Res Behav Sci* 2011;9(4).
17. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Moshirpanahi S. Effectiveness of Brief Behavioral Activation Treatment in Reducing Depression Symptoms and Improving Quality of Life in Patients with Major Depression. *Clin Psych Stud Q* 2014;4(14):41-62.
18. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(10):1079-87.
19. Eghtedar S, Moghadasyan S, Ebrahimi H, Haydari S. Assessment of quality of life and supportive care in women with. *Adv Nurs midwifery* 2012;21(75):33-40.
20. Beigi A, Zeinali A. Effect of group cognitive-behavioral therapy on relieving depression and enhancing quality of life among patients with type I diabetes. *J Diabetes Nurs* 2017;10;5(2):147-56.
21. Razavian F, Abbasi M, Kazemnejad A. The Relationship between depression and the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Daneshvar Med* 2009;16(2):1-9
22. Yang S-C, Kuo P-W, Su S, Wang J-D, Lin M-l. Development and psychometric properties of the dialysis module of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *J Formos Med Assoc* 2006;105(4):299-309.
23. Sharif Ghaziani Z, Ebadollahi Chanzanegh H, Fallahi Kheshtmasjedi M, Baghaie M. Quality of Life and Its Associated Factors among Mental Patients' Families. *Health Care J* 2015;17(2):166-77.
24. Toobae SH. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people. *Ment Health Princ* 2012;14(53):54-63.
25. Mohammadkhani P, Dobson KS, Amiri M, Hosseini Ghafari F. Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory in a sample of recovered Iranian depressed patients. *J Clin Health Psychol* 2010;10(3):541-51
26. Masaeli N, Attari A, Molavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. *Koomesh* 2010;11(4):263-70.
27. Taha NA, Ibrahim MI, Shafie AA, Rahman AH. Validation of the schizophrenia quality of life scale revision 4 among chronic schizophrenia patients in Malaysia. *Value Health Reg Issues* 2012;1(1):82-6.
28. Foruzandeh N, Delaram M, Aein F, Deris F. The relationship between positive and negative symptoms and quality of life in chronic schizophrenic patients of Sina hospital Juneqan. *J Beh Sci Rea* 2011;4(9):295-304.
29. Revicki DA, Simon GE, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. Depression, health-related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. *J Family Prac* 1998;47(6):446-52.
30. Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract* 2006;60(7):791-8.



31. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Y-S, Ng CH, Ungvari GS, et al. Quality of life in schizophrenia: A meta-analysis of comparative studies. *Psychiatr Q* 2019;90(3):519-32.
32. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Mood disorders and quality of life. A community study. *Nordic J Psych* 2010;64(1):58-62.
33. Tan XW, Seow E, Abdin E, Verma S, Sim K, Chong SA, et al. Subjective quality of life among patients with schizophrenia spectrum disorder and patients with major depressive disorder. *BMC psychiat* 2019;19(1):1-10.
34. Holubova M, Prasko J, Matousek S, Latalova K, Marackova M, Vrbova K, et al. Comparison of self-stigma and quality of life in patients with depressive disorders and schizophrenia spectrum disorders—a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:3021.
35. Xiang Y-T, Wang C-Y, Wang Y, Chiu HF, Zhao J-P, Chen Q, et al. Socio-demographic and clinical determinants of quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a prospective study. *Qual Life Res* 2010;19(3):317-22.
36. Stubbs B, Firth J, Berry A, Schuch FB, Rosenbaum S, Gaughran F, et al. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophr Res* 2016;176(2-3):431-40.
37. Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer M, Bachmann A, Schrank B, et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psych* 2011;26(1):28-33.
38. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatr* 2006;163(3):411-7.
39. Leow MK-S, Griva K, Choo R, Wee H-L, Thumboo J, Tai ES, et al. Determinants of health-related quality of life (HRQoL) in the multiethnic Singapore population—a National Cohort Study. *PLoS One* 2013;8(6):e67138.
40. Sharma ER, Debsikdar AV, Naphade NM, Shetty JV. Very late-onset schizophrenia like psychosis: case series and future directions. *J Psychol Med* 2014;36(2):208-10.
41. Folsom DP, Lebowitz BD, Lindamer LA, Palmer BW, Patterson TL, Jeste DV. Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8(1):45.
42. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV, Late-Onset tI. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatr* 2000;157(2):172-8.
43. Eren I, Erdi Ö, Şahin M. The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depress Anxiety* 2008;25(2):98-106.
44. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:1-38.
45. Baer RA. Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cogn Behav Ther* 2009;38(S1):15-20.
46. Karami K, Karimi J, Sepahvand P. Determining the Role of Neurosis and Mindfulness in Predicting the Quality of Life of Diabetes Patients in Delfan. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2019;25(5):568-74.
47. Littlefield CH, Rodin GM, Murray MA, Craven JL. Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychol* 1990;9(6):737.

## COMPARISON OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION AND SCHIZOPHRENIA IN THE PARTIAL RECOVERY PHASE

*Mahsa Koochi<sup>1</sup>, Moloud Radfar<sup>2\*</sup>, Leila Alilo<sup>3</sup>, Zeinab Soltani<sup>4</sup>, Hamidreza Khalkhali<sup>5</sup>*

*Received: 14 December, 2020; Accepted: 12 April, 2022*

### Abstract

**Background & Aims:** Schizophrenia and major depression are among severe and chronic psychiatric disorders that affect the most important area of a person's life, namely quality of life. Quality of life is very important in patients with chronic psychiatric disorders and is still low even after partial recovery. Today, quality of life is considered as one of the most important consequences of treatment of diseases, because quality of life is an important criterion for determining the effects of disease and its treatment on the individual and can be a useful guide to improve the quality of care. Hence quality of life assessment is important in patient care and clinical research. The purpose of this study is to compare the quality of life between patients with major depression and schizophrenia.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was performed in Razi Psychiatric Educational and Medical Center in Urmia in 2021. A total of 100 patients with major depression and schizophrenia were selected by convenience sampling method. The MC GILL questionnaire was used to assess the quality of life of patients with major depression and the SQLS Wilkesen questionnaire was used to assess the quality of life of patients with schizophrenia. Data were analyzed using t-test and Pearson correlation coefficient.

**Results:** The mean age of the patients with depression was  $34.28 \pm 7.257$  and the mean age of the patients with schizophrenia was  $36.80 \pm 9.225$ . The mean quality of life in patients with major depression was  $45.62 \pm 14.75$  while was  $73.56 \pm 10.369$  in the patients with schizophrenia. Comparison of the overall quality of life in patients with major depression and schizophrenia showed that the quality of life of patients with schizophrenia is in a more unfavorable situation ( $p < 0.05$ ). In general, it can be acknowledged that the quality of life in patients with psychiatric disorders can vary according to the type, severity of the disease, gender, age, and social support.

**Conclusion:** Major depressive disorder and schizophrenia affect major aspects of patients' quality of life. The impact of these two diseases on the quality of life of patients is different; as the quality of life of patients with schizophrenia are more affected by the disease than patients with major depression. Paying attention to the quality of life of these patients can be an important factor in the relative recovery of these patients.

**Keywords:** Major Depressive Disorder, Schizophrenia, Quality of Life

**Address:** Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +984433669694

**Email:** mradfar1343@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> M.Sc., Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Associate Professor, Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> M.Sc., Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>5</sup> Professor of Biological and Vital Statistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

