

تأثیر تفریح‌درمانی بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن

دکتر مسعود فلاحی خشک‌ناب*

چکیده

هدف: یکی از مداخله‌های گروهی در توان‌بخشی روانی تفریح‌درمانی است. هدف این پژوهش بررسی تأثیر تفریح‌درمانی بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود.

روش: در یک پژوهش مداخله‌ای از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون ۴۵ مددجوی مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی تهران با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به کمک مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی (BPRS) ارزیابی شدند و سپس به یک سفر تفریحی ۱۰ روزه به شهر مشهد فرستاده شدند. آن‌گاه دوباره همه آزمودنی‌ها به کمک ابزار یادشده ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها آزمون آماری t به کار برده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات کلی مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی از ۴۲/۵ در پیش‌آزمون به ۲۹/۸ در پس‌آزمون کاهش یافت و آزمون آماری t تفاوت به وجود آمده در وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را در پس‌آزمون بهتر از پیش‌آزمون نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: تفریح‌درمانی به عنوان یک مداخله توان‌بخشی و غیرعضوی می‌تواند بهبود وضعیت روانی مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را به دنبال داشته باشد.

۲۳۲

کلیدواژه: تفریح‌درمانی، توان‌بخشی روانی، اسکیزوفرنیا

مقدمه

(صمدی، ۱۳۷۷). از میان مبتلایان به بیماری‌های روانی شمار کمی پیوسته دچار عود می‌شوند و مقاوم به درمان هستند. این بیماران تبدیل به بیماران روانی مزمن می‌شوند (هابر^۱، ۱۹۹۷). در ایران آمار مبتلایان به بیماری‌های سایکوتیک، به ویژه اسکیزوفرنیا مانند سایر کشورها بوده و نزدیک به یک درصد

اسکیزوفرنیا بیش از سایر اختلال‌های روانی، اشغال تخت و ناتوانی را برای بیمار در پی دارد. شیوع اسکیزوفرنیا ۱ تا ۱/۵ درصد گزارش شده است که دوسوم آنها نیاز به بستری دارند، در صورتی که تنها نیمی از آنها تحت درمان قرار می‌گیرند

* دکترای تخصصی آموزش پرستاری (توان‌بخشی روانی)، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و

E-mail: fallahi@uswr.ac.ir

توانبخشی. دورنگار: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۶.

روانی و رفتاری مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنیا را در پی داشته باشد؟ آیا این روش بر روی اضطراب، تفکر، خلق، رفتار، شدت بیماری و روند بهبودی آن تأثیری دارد؟

روش

این پژوهش، نیمه تجربی و به شیوه پیش آزمون-پس آزمون است. هدف آن ارزیابی میزان کارایی اجرای یک برنامه تفریح درمانی با رویکرد مذهبی بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی تهران بوده است. هم چنین بررسی تأثیر تفریح درمانی بر کاهش اضطراب، شدت بیماری، تفکر، خلق و رفتار مورد توجه بوده است. برای اجرای پژوهش، نخست همه بیماران مزمنی که اجازه خروج از بخش را داشتند با توجه به معیارهای چهارمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی¹¹ (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) توسط روانپزشک بررسی شدند تا تشخیص اسکیزوفرنیای مزمن تأیید گردد و کلیه آزمودنی‌هایی که دارای اختلال‌های همراه و یا عقب ماندگی ذهنی بودند کنار گذاشته شدند. سپس رضایت بیمار، روانپزشک و خانواده بیمار برای شرکت در برنامه تفریح درمانی گرفته شد. ۴۵ بیمار از ۲۶۳ بیمار بستری در بخش های مزمن مردان و زنان دارای معیارهای انتخاب بودند که در بررسی شرکت داده شدند و به یک سفر تفریحی-زیارتی به شهر مشهد به مدت ۱۰ روز فرستاده شدند. دو روانشناس، دو روانپرستار، یک روان کاردرمانگر، یک مددکار اجتماعی و چهار کمک بهیار و بهیار در این سفر با گروه همراه شدند. بخشی از وظایف به عهده تیم درمان و توانبخشی و بخشی دیگر برای افزایش مسئولیت پذیری، حس همکاری و مهارت‌های روزمره زندگی به عهده بیماران گذاشته شد. بیماران می‌بایست مراقبت از خود را به عهده بگیرند و در کارهای گروهی سفر همکاری نمایند. هم چنین فراهم کردن مقدمات سفر، هنگام سفر، و پس از آن با همکاری مددجویان انجام شد و همه مددجویان در برنامه ریزی‌ها، و اجرای برنامه‌های گوناگون در طی سفر نقش فعال داشتند که از جمله می‌توان حضور و غیاب

جمعیت عمومی برآورد شده است، که اگر جمعیت کشور را ۷۰ میلیون نفر در نظر بگیریم، حدود ۷۰۰ هزار نفر نیاز به خدمات درمانی و توانبخشی جدی و حتی بستری دارند.

به باور پرات^۱ (۱۹۹۹) یکی از اختلال‌های روانی که نیاز به توانبخشی جدی و درازمدت دارد اسکیزوفرنیا است. توانبخشی این بیماری به سبب گوناگونی گونه‌ها و شمار علایم و مشکلات تشخیصی، زمان بر می‌باشد. درمان و توانبخشی این بیماران دچار پیچیدگی‌های فراوان است و به طور کلی درمان‌های آن شامل دو دسته درمان‌های دارویی و غیردارویی (انواع روان‌درمانی‌های فردی، گروهی و خانوادگی) می‌باشد. از سوی دیگر مبتلایان به اسکیزوفرنیا دچار ناتوانی‌هایی در ابعاد گوناگون زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی هستند که برای از میان بردن آنها نیاز به توانبخشی می‌باشد. روش‌های توانبخشی انواع گوناگون داشته، هریک هدف ویژه‌ای را برای از میان برداشتن ناتوانی‌های مددجویان دنبال می‌کنند (همان‌جا).

یکی از این روش‌ها تفریح درمانی^۲ است که در آن درمانگر با وارد کردن مددجو در فعالیت‌های مختلف سرگرم کننده تفریحی، هدف‌هایی هم چون بهبود وضعیت روانی و رفتاری مددجو و افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی وی را دنبال می‌کند. تفریح درمانی دستاوردهای سودمندی مانند برون‌ریزی احساسات خصمانه (استامبو^۳، ۱۹۹۹) و کاهش هیجان‌هایی هم چون احساس افسردگی و اضطراب (لویت^۴، ۱۹۸۸، به نقل از همان‌جا) را در پی دارد. کمک به گسترش مهارت‌های اجتماعی (بلوچارد^۵ و شفارد^۶، ۱۹۹۵ و استامبو، ۱۹۹۵، به نقل از استامبو، ۱۹۹۹) و تصمیم‌گیری‌های فردی و گروهی (اومورو^۷، ۱۹۸۰، به نقل از همان‌جا) نیز به کمک این روش ممکن می‌گردد. هم چنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که تفریح درمانی، اجتماعی شدن و عملکرد روزانه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را افزایش می‌دهد (مندیتو^۸، دوستون-موریس^۹، ۱۹۹۹؛ پستل^{۱۰}، کارد و مندیتو، ۱۹۹۸، به نقل از همان‌جا).

به طور کلی خدمات تفریح درمانی، باعث گسترش و ارتقای رفتارهای مناسب در بیماران شده و شانس ماندن آنها را در جامعه افزایش می‌دهد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر تفریح درمانی بر وضعیت روانی و رفتاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد. پرسش‌های پژوهش آن بود که آیا کاربرد روش تفریح درمانی می‌تواند بهبود وضعیت

- | | |
|--|-------------------------|
| 1- Pratt | 2- recreational therapy |
| 3- Stumbo | 4- Levitt |
| 5- Bluechartd | 6- Shephard |
| 7- Omorrow | 8- Menditto |
| 9- Duston-Morris | 10- Pestle |
| 11- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.) | |

یافته‌ها

از ۴۵ مددجوی روانپزشکی شرکت‌کننده در این پژوهش ۳۰ نفر مرد (۶۶/۷٪) و ۱۵ نفر زن (۳۳/۳٪) بودند و میانگین سنی آنان ۳۹/۸ سال (انحراف معیار ۳/۳۱) بود. ۵۳/۳٪ مجرد (۲۴ نفر)، ۶/۷٪ متأهل (۳ نفر) و ۴۰٪ مطلقه (۱۸ نفر) بودند. بیش از ۹۳٪ آزمودنی‌های پژوهش تنها زندگی می‌کردند. توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس و وضعیت تأهل در جدول ۱ نشان داده شده است.

۴۲ نفر (۹۳/۳٪) از مددجویان تشخیص اسکیزوفرنیا، دو نفر (۴/۵٪) اختلال اسکیزوافکتیو و یک نفر (۲/۲٪) اختلال سایکوتیک نامشخص داشتند. میانگین زمان بستری بیماران ۱۵/۳ سال (انحراف معیار ۴/۶ سال) بود. همه بیماران در مدت بستری تحت درمان با نورولپتیک‌ها بودند و در مدت انجام پژوهش نیز مصرف این داروها ادامه یافت.

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد در ۱۴ مورد از ۱۸ مورد، بر پایه مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی تفریح‌درمانی بر روی علائم مؤثر بوده است؛ برای نمونه میانگین نمرات اضطراب به‌عنوان یکی از معیارهای مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی از ۱/۸۴ به ۱/۲۷ کاهش یافته است که آزمون t این تفاوت را معنی‌داری نشان داد. هم‌چنین میانگین نمرات آزمودنی‌ها از ۲/۶۴ پیش از بررسی به ۱/۶۴ پس از آن کاهش یافت که نشانگر کاهش گوشه‌گیری هیجانی است؛ و میانگین نمرات مربوط به خلق افسرده نیز از ۲/۷۳ به ۱/۳۶ کاهش نشان داد.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک جنس و وضعیت تأهل (N=۴۵)

متغیر	فراوانی (%)
جنس	
مرد	۳۰ (۶۶/۷)
زن	۱۵ (۳۳/۳)
وضعیت تأهل	
مجرد	۲۴ (۵۳/۳)
متأهل	۳ (۷/۶)
مطلقه	۱۸ (۴۰)

مددجویان، آماده‌کردن صبحانه، ناهار و شام، شرکت در خریدها، بازدیدها و زیارت‌ها و مراقبت از مددجویان ضعیف‌تر را نام برد.

برای سنجش وضعیت روانی بیماران، مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی^۱ (BPRS) به کار برده شد. این آزمون برای اندازه‌گیری وضعیت روانی در سال ۱۹۶۲ توسط اورال^۲ و گرهام^۳ (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵) ساخته شد. هدف سازندگان آن بود تا ابزاری عینی، جامع و کاربردی برای ارزیابی علائم بیماری‌ها و مشکلات روانی فراهم کنند (همان‌جا).

معیارهای مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی دارای ۱۸ ماده است: ۱- ماده مربوط به نگرانی‌های جسمی، ۲- اضطراب، ۳- انزوا و کناره‌گیری و هیجان، ۴- آشفتگی معمولی، ۵- احساس گناه، ۶- تنش، ۷- ادا و اطوارهای قالبی و کلیشه‌ای، ۸- بزرگ‌منشی، ۹- خلق افسرده، ۱۰- خصومت فردی، ۱۱- بدبینی، ۱۲- رفتار توهمی، ۱۳- کندی حرکتی، ۱۴- عدم همکاری، ۱۵- محتوای ناهنجار فکر، ۱۶- کندی عاطفی، ۱۷- تهییج (برآشفتگی) و ۱۸- اختلال در جهت‌یابی. هم‌چنین این معیار دارای دو موضوع کلی: ۱- شدت بیماری و ۲- بهبودی کلی می‌باشد که با نظر ارزیابی‌کننده مشخص می‌شود.

روایی و پایایی آن در بررسی‌های میلر و همکاران (۱۹۹۶)، به‌نقل از فلاحی خشک‌ناب، (۱۳۸۱) مطلوب بوده است. در ایران براتی سده (۱۳۷۷) در بررسی علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا، فرهادی (۱۳۷۶) در بررسی تأثیر کلوزاپین بر بهبود کیفیت اسکیزوفرنیا، و فلاحی خشک‌ناب (۱۳۸۱) در بررسی تأثیر مدل توانبخشی چندبعدی بر روی میزان عود بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا این آزمون را به کار گرفته‌اند. فرهادی (۱۳۷۶) ضریب توافق بین نمره‌گذاری مختلف بر روی یک نمونه از بیماران روانپزشکی را ۰/۷۲ و ضریب پایایی آن را به کمک آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برآورد نمود.

برای اجرای پژوهش، روش پژوهش و اقداماتی که باید انجام می‌شد برای همه مددجویان و خانواده‌های آنان به‌صورت گروهی و هم‌چنین به‌صورت فردی توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه گرفته شد. هم‌چنین مجوز لازم از روانپزشک و تیم درمان و توانبخشی برای شرکت در فعالیت تفریح‌درمانی دریافت گردید.

تحلیل داده‌ها به کمک آزمون t انجام شد.

1- Brief Psychiatric Rating Scale
2- Oreal
3- Gerham

بیماری است و آزمون آماری t بین میانگین‌های پیش از اجرای مداخله و پس از آن رابطه معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$). معیار بهبودی کلی میانگین نمرات از ۳/۱۱ به ۲/۱۸ کاهش یافت که آزمون t این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$). هم‌چنین میانگین نمرات کلی BPRS از ۴۲/۵۳ در پیش از مداخله به ۲۹/۸۰ پس از مداخله کاهش یافت. آزمون آماری t نیز نشان داد که وضعیت کلی روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا پس از مداخله بهتر از وضعیت پیشین آنها بوده است ($p < 0/001$).

تحلیل نتایج آزمون BPRS، مداخله پژوهش بر " رفتار کلیشه‌ای و قالبی بیماران" و "بزرگ‌منشی" را دارای تأثیر معنی‌دار نشان نداد، اما در قسمت "همکاری" ($p = 0/057$) و "احساس گناه" ($p = 0/052$) به سطح معنی‌داری نزدیک بود. بنابراین شاید بتوان گفت که تفریح‌درمانی توانسته است وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را به سطح بهبودی نزدیک کند. در پرسش‌های ۱۹ و ۲۰ (که مربوط به شدت بیماری و بهبودی کلی می‌باشد)، در زمینه شدت بیماری، میانگین نمرات از ۲/۸۲ به ۲/۰۷ کاهش یافت که نشانگر کاهش شدت

جدول ۲- تجزیه و تحلیل پرسش‌های وضعیت روانی با مقیاس کوتاه نمره‌دهی روانپزشکی (BPRS)

میانگین قبل	میانگین بعد	مقدار آماره *t	سطح معنی‌داری	
۲/۰۲	۱/۴۰	۳/۳۹۳	۰/۰۰۱	نگرانی از وضعیت جسمی
۱/۸۴	۱/۲۷	۳/۸۳۳	۰/۰۰۱	اضطراب
۲/۴۶	۱/۶۴	۵/۸۴۳	۰/۰۰۱	گوشه‌گیری هیجانی
۲/۲۰	۱/۴۷	۴/۰۵۴	۰/۰۰۱	بی‌سازمانی مفهومی
۱/۵۸	۱/۲۹	۲/۰۰۲	۰/۰۵۲	احساس گناه
۱/۵۶	۱/۳۱	۲/۱۲۱	۰/۰۵	تنش
۱/۴۰	۱/۳۳	۰/۷۲۴	N.S.	اطوار قالبی و وضعیت خاص بدنی
۱/۸۰	۱/۳۳	۱/۸۵۶	N.S.	بزرگ‌منشی
۲/۷۳	۱/۳۶	۷/۱۹۶	۰/۰۰۱	خلق افسرده
۱/۹۶	۱/۳۸	۳/۶۷۴	۰/۰۰۱	خصوصیت‌ورزی
۲/۰۴	۱/۳۳	۴/۱۸۲	۰/۰۰۱	سوءظن و بدبینی
۲/۳۳	۱/۴۲	۴/۱۰۳	۰/۰۰۱	رفتار توهمی
۱/۹۳	۱/۴۷	۳/۶۰۴	۰/۰۰۱	کندی حرکتی
۱/۵۶	۱/۲۹	۱/۹۵۶	۰/۰۵۷	عدم همکاری
۲/۶۹	۱/۶۰	۴/۹۰۳	۰/۰۰۱	محتوای فکر غیرطبیعی
۲/۴۷	۱/۶۰	۶/۶۹۳	۰/۰۰۱	عاطفه کند
۱/۷۶	۱/۳۳	۳/۳۷۶	۰/۰۰۱	تهیج و برآشفتگی
۲/۲۲	۱/۶۲	۲/۸۹۹	۰/۰۰۱	اختلال در جهت‌یابی
۲/۸۲	۲/۰۷	۵/۲۹۵	۰/۰۰۱	شدت بیماری
۳/۱۱	۲/۱۸	۷/۷۳۹	۰/۰۰۱	بهبودی کلی
۴۲/۵۳	۲۹/۸۰	۸/۸۶۷	۰/۰۰۱	نمره کل

* df=۴۴

بحث

مادی آنها در طول سفر می‌تواند کار را دشوارتر نمایند. به هر روی وجود روش‌های گوناگون درمانی و توانبخشی این امکان را به درمانگران می‌دهد تا با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد هر بیمار از روش ویژه‌ای برای توانبخشی بیمار خود بهره‌گیرند.

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان دادند که این روش توانسته است بر شدت بیماری و بهبودی کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تأثیر بگذارد و می‌تواند به‌عنوان روشی غیردارویی در کنار دارودرمانی و سایر روش‌های توانبخشی، برای درمان و توانبخشی این بیماران به کار گرفته شود.

یکی از محدودیت‌های بررسی حاضر عدم اندازه‌گیری دوام درمان در فاصله‌های زمانی بیشتر، از جمله یک، سه و شش ماه پس از مداخله بود که به‌علت محدودیت مالی، در طرح پژوهش این موارد پیش‌بینی نگردیده بود. محدودیت دیگر پژوهش وارد نکردن گروه گواه بود، که به ناچار بررسی به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون طراحی گردید.

پیشنهاد می‌شود که این بررسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای حاد و سایر اختلال‌های روانی انجام شود؛ هم‌چنین دوز داروی مصرفی به‌عنوان یکی از متغیرهای اصلی بررسی شود، زیرا پرستاران بخش پس از پایان پژوهش اعلام نمودند که میزان مصرف دوزهای اضافی دارو (PRN) برای ایجاد خواب راحت و کاهش بی‌قراری نسبت به پیش از بررسی کاهش چشم‌گیر داشته است.

سپاسگزاری

از کلیه مسئولین محترم مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی، همکاران محترم روانپزشک، روانپرستار، روانشناس، کاردرمانگر، مددکار اجتماعی، نقلیه، سمعی بصری، مؤسسه خیریه حمایت از بیماران روانی مرکز یادشده، مددجویان محترم و خانواده‌های آنان که بدون همکاری آنها انجام این پژوهش ممکن نبود، قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱/۱۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۹/۲۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۹/۲۹

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تفریح‌درمانی بر وضعیت روانی انجام شد. همان‌گونه که یافته‌ها نشان دادند، تفریح‌درمانی توانسته است میزان اضطراب، تنش و برآشفستگی این بیماران را کاهش دهد. این یافته‌ها با یافته‌های پلهام^۱، کامپانا^۲، ریوتو^۳ و بیم^۴ (۱۹۹۳) که در پژوهشی تأثیر تفریح‌درمانی بر سه گروه فعالیت را در یک برنامه توانبخشی روانپزشکی چندرشته‌ای روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بررسی نموده و تفریح‌درمانی بر روی افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را دارای تأثیر معنی‌دار گزارش نموده بودند، هم‌خوانی دارد. هم‌چنین تفریح‌درمانی بر روی تفکر بیماران اثر مثبت داشته به‌طوری‌که محتوای فکر غیرطبیعی، بزرگ‌منشی، سوءظن و بدبینی را بهتر کرده و تفاوت میان میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار بوده است. این یافته نیز با یافته‌های آچوس^۵، وود^۶ و کازلو^۷ (۱۹۹۵) که فعالیت را در کاهش تفکرات منفی، افزایش مهارت‌های حل مسأله و تصمیم‌گیری مؤثر نشان داده‌اند، هم‌سو است. هم‌چنین با بررسی تیلور^۸، سالیس^۹ و نیدل^{۱۰} (۱۹۹۸) که فعالیت را بر احساس افسردگی افراد بستری‌شده در واحد بستری کوتاه‌مدت روانپزشکی مؤثر دانسته‌اند، هم‌خوانی دارد. از سوی دیگر در بررسی اثرات تفریح‌درمانی بر روی خلق بیماران یافته‌ها نشان دادند این روش بر خلق افسرده، احساس گناه، کندی حرکتی، عاطفه‌کند و دیگر عوامل مربوط به خلق در آزمون BPRS تأثیر می‌گذارد و این تأثیر از نظر آماری معنی‌دار است. در بررسی یافته‌های پلهام و همکاران (۱۹۹۳)، اوچاس و همکاران (۱۹۹۵) و تنز^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۴) نیز تأثیر بر خلق و هم‌چنین بهبود وضعیت شناختی مثبت گزارش شده است. گفتنی است که تفریح‌درمانی تنها یکی از روش‌های مداخله‌ای است که بر توانبخشی مؤثر است، و روش‌های دیگری نیز برای بهبودی مددجویان به کار گرفته می‌شود که می‌توانند تأثیرات مشابهی داشته باشند. مقایسه این روش‌ها از نظر هزینه‌ها و نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، از مسائلی است که نیاز به انجام بررسی‌های بیشتری دارد. مشکلات اجرایی فعالیت‌های تفریح‌درمانی به‌ویژه در مسافت‌های دور، و ویژگی‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که همیشه با امکان فرار، گم‌شدن و درگیری مددجو همراه است باید در نظر گرفته شوند. هم‌چنین مشکلاتی مانند هماهنگی با نیروی انتظامی، پلیس راه، محل اسکان مددجویان در مقصد و فراهم کردن نیازهای

- | | |
|-----------|-------------|
| 1- Pelham | 2- Campagna |
| 3- Rivto | 4- Bime |
| 5- Auchus | 6- Wood |
| 7- Kaslow | 8- Taylor |
| 9- Sallis | 10- Needle |
| 11- Netz | |

- Menditto, A., & Duston-Morris, J. C. (1999). Active and passive therapeutic recreation activities: A comparison of comparative behaviors of individuals with schizophrenia. *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 275-282.
- Netz, Y., Yaretzki, A., Salganic, L., Jacob, T., Finkeltov, B., & Argov, E. (1994). The effects of supervised physical activity on cognitive and affective state of geriatric and psychogeriatric in-patients. *Clinical Gerontologist Journal*, 15, 47-56.
- Pelham, T. W., Campagna, P. D., Rivto, P. G., & Bime, W. A. (1993). The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 76-84.
- Pratt, C. W. (1999). *Psychiatric rehabilitation*. Santiago: Academic Press.
- Stumbo, J. N. (1999). Leisure education: Theory and practice. *Therapeutic Recreational Journal*, 33, 253-255.
- Stumbo, J. N. (1996). A proposed accountability model for therapeutic recreation services. *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 246-259.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1998). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100, 195-202.

منابع

- براتی سده، فرید (۱۳۷۷). *بررسی علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی در افراد اسکیزوفرنیایی و رابطه آنها با یکدیگر*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- صمدی، رجب (۱۳۷۷). *مبانی نظری طرح ساماندهی بیماران روانی*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- فرهادی، یداله (۱۳۷۶). *بررسی تأثیر کلوزاپین بر بهبود بیماران اسکیزوفرنیک*. گزارش طرح پژوهشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- فلاحي خشکتاب، مسعود (۱۳۸۱). تأثیر کاربرد مدل توانبخشی چند بعدی بر میزان عود بیماران اسکیزوفرنیک مزمن. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه شهید صدوقی یزد*، سال دهم، شماره سوم، ۳۹-۴۶.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Auchus, M. P., Wood, K., & Kaslow, N. (1995). Exercise patterns of psychiatric patients admitted to a short-term inpatient unit. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 137-140
- Haber, J. (1997). *Comprehensive psychiatric nursing* (5th. ed.). St. Louis: Mosby Co.
- Kaplan, H., I., & Sadok, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.