

## تاثیر کاردرمانی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن

نسرين فروزنده\*، مرضيه فروزنده\*\*، معصومه دل آرام\*\*\*، فرانک صفدری†، سمیه درخشنده\*\*، فاطمه دریس††،

علی حسن پور دهکردی\*

\*مربی گروه پرستاری - مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، \*\*کارشناس مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، \*\*\*استادیار گروه مامایی - مرکز تحقیقات گیاهان دارویی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، †کارشناس ارشد مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ††مربی گروه آمار حیاتی - مرکز تحقیقات گیاهان دارویی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۱۷/۲/۰۵ تاریخ تایید: ۱۷/۹/۲۴

### چکیده:

زمینه و هدف: بیماری اسکیزوفرنیا شدیدترین و مزمن شونده ترین بیماری روانپزشکی است که با اختلال در تواناییهای اجتماعی و شغلی همراه است. کار درمانی باعث افزایش اعتماد به نفس، خودسازی و تقویت رفتارهای کاری در بیمار می شود. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر کاردرمانی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در بیمارستان سینا انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کار آزمایی بالینی است که ابتدا بیماران اسکیزوفرن مزمن بستری در بیمارستان سینای فارسان در استان چهارمحال و بختیاری بصورت سرشماری انتخاب و کیفیت زندگی آنان بوسیله پرسشنامه کیفیت زندگی بررسی و سپس بیماران بصورت تصادفی به دو گروه مورد (۳۲ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم گردیدند. کاردرمانی به مدت ۲۰ ساعت در هفته در طی ۶ ماه برای گروه مورد اجرا شد. بعد از اجرای کاردرمانی مجدداً کیفیت زندگی بیماران بررسی و اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (t مستقل) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد در بدو مطالعه، تفاوت معنی داری بین میانگین نمره کیفیت زندگی گروه مورد و شاهد، وجود نداشت، بعد از مطالعه این تفاوت در حیطه انگیزه و انرژی و نمره کل کیفیت زندگی بین گروه مورد و شاهد معنی دار بود ( $P < 0/001$ ).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که کاردرمانی تنها بر حیطه انگیزه و انرژی کیفیت زندگی بیماران موثر بوده و لازمست از درمان های دیگر در جهت تعدیل یا رفع علائم بیماران اسکیزوفرن و ارتقاء فعالیت های روانی - اجتماعی استفاده نمود.

واژه های کلیدی: اسکیزوفرنی، کیفیت زندگی، کار درمانی.

### مقدمه:

روانپزشکی و روانشناسی دنیا بخش ویژه ای را به خود اختصاص داده است (۱-۲). از طرفی به دلیل سیر مزمن، بیمار غالباً با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری مجدد همراه است و در پی آن مهارت ها، توانایی ها و فرصت ها محدود شده و به تصویر فرد از خود آسیب می زند در نتیجه زندگی این بیماران در سطح پایینی قرار می گیرد و کیفیت زندگی آنان آسیب می بیند. موضوع کیفیت

بیماری اسکیزوفرنیا شدیدترین و مزمن شونده ترین بیماری روانپزشکی است که با اختلال در توانایی های اجتماعی و شغلی همراه است. کارکرد این بیماران در زمینه های مختلف شغلی، تحصیلی، اجتماعی، بین فردی و مراقبت از خود مختل شده و بیمار در ابعاد مختلف و گسترده به مراقبت های دائمی نیاز دارد، لذا امروزه این بیماری یکی از مهمترین و ناتوان کننده ترین بیماری های روانی در تمامی جوامع

گرچه کار درمانی بخش مهمی از درمان بیماران اسکیزوفرن است ولی اطلاعات کمی در مورد اثر بخشی و ارزش مراقبتی آن در درمان این بیماران موجود می باشد (۱۶).

بنابراین با توجه به نتایج متفاوت مطالعات مختلف در مورد تأثیرات کاردرمانی بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن و با توجه به اینکه درمان های روانی- اجتماعی و فعالیت های توانبخشی شامل روش های مختلفی هستند که در کنار درمان دارویی به منظور اثربخشی قابلیت های اجتماعی، خوداتکایی، مهارت های عملی و روابط بین فردی در بیماران اسکیزوفرن بکار می روند و با عنایت به اینکه در طی سال های اخیر بسیاری از محققان تأکید می کنند که نقص کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی نسبت به علائم بیماری اهمیت بیشتری دارد و حفظ و توسعه آن یکی از ضروریات بوده و بایستی اساس کار سیستم های درمانی قرار گیرد (۱۸-۱۷)، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر کاردرمانی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در بیمارستان سینا انجام شده است. همچنین تأکید بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ما را در تعیین روند بهبودی، درمان و مراقبت این بیماران کمک می کند.

### روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه کار آزمایی بالینی است که ۶۲ بیمار اسکیزوفرن بستری در بیمارستان سینا به صورت سرشماری انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن (Schizophrenic quality of life scale = SQLS) بود. پرسشنامه SQLS دارای ۳۰ سوال بوده و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک را در سه حیطه روانی اجتماعی (۱۵ سوال) انرژی و انگیزه (۷ سوال) و علائم و عوارض جانبی (۸ سوال) می سنجد گزینه های سوالات بصورت

زندگی بیماران اسکیزوفرنی یکی از نگرانی های عمده محققین و متخصصین بالینی است و می تواند به عنوان مقیاس مهم برای تعیین رابطه درمان های گذشته این بیماری و بهبود آن باشد (۳-۵). امروزه منابع معتبر روانپزشکی جهان تأکید بر همراهی قطعی درمان های غیر دارویی اعم از بازتوانی و توانبخشی با درمان های ارگانیک در خصوص اسکیزوفرنیا دارند و معتقدند که تکیه صرف بر دارو درمانی در جهت رسیدن به درمان اثر بخش تقریباً امکان پذیر نمی باشد (۶).

یکی از رایج ترین درمان های روانی - اجتماعی کار درمانی است که بصورت نشان دادن هنر و کارهای دستی و فعالیت های سرگرم کننده توسط درمانگر اجرا شده و باعث افزایش اعتماد به نفس، خودسازی و تقویت رفتارهای کاری در بیمار می شود. ابزار عمده مورد استفاده در کار درمانی فعالیت است و فرضیه زیر بنایی کار درمانی در ارتباط با اختلالات روانی - اجتماعی آن است که انسان دارای این توانایی می باشد که بتواند بر سلامت خود از طریق فعالیت تأثیر بگذارد (۷). بررسی های اخیر نشانگر آنست که خدمات حمایتی، اجتماعی، توانبخشی و مداخلات بالینی از جمله کار درمانی می تواند بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک موثر می باشد. مطالعات نشان داده اند که کار درمانی باعث افزایش عملکرد بیماران در زمینه تعاملات اجتماعی و افزایش اثرات شناختی و عملکردی شده است. همچنین باعث ایجاد اثرات مثبت بر روی کیفیت زندگی بیماران روانی شدید شده و باعث احساس صلاحیت در کارهای روزانه، خرسندی در کار و استراحت و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می شود (۸-۱۳). ولی تحقیق Eklund نشان داده است بر خلاف انتظار، اجرای کار درمانی بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن تأثیری نداشته است (۱۴). تحقیق Bayer نیز نشان داده است اجرای کاردرمانی و ارگوتراپی کوتاه مدت نمی تواند تأثیراتی بر اتحاد عناصر اجتماعی بیماران اسکیزوفرن در طولانی مدت داشته باشد (۱۵). از طرفی Salize تأکید کرده است

(t مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها:

از نظر اطلاعات دموگرافیک ۷۲/۶ درصد بیماران اسکیزوفرنیک مرد، ۴۲/۵ درصد مجرد، ۹۳/۶ درصد تحصیلات زیر دیپلم و ۶/۵ درصد آنان دیپلم، میانگین سنی بیماران  $38/67 \pm 8/63$  سال، میانگین مدت بستری  $6/81 \pm 4/22$  سال، میانگین ملاقات سالانه  $3/3 \pm 2/29$  بار، میانگین مرخصی سالانه  $2/2 \pm 1/99$  نفر بود. آزمون t مستقل بیانگر عدم وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه از نظر سن، جنس، تحصیلات و طول مدت بستری بود. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک، بیشترین مشکل روانی - اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک به ترتیب عبارت بود از: احساس افسردگی (۶۴/۳ درصد)، مشکل در آمیختن با مردم (۶۱/۳٪)، احساس تنهایی (۵۱/۶٪)، احساس درماندگی (۴۸/۵٪) و احساس آشفتگی در مورد گذشته، احساس عصبانیت و دلواپسی در مورد بهتر نشدن (۴۸/۴٪) می باشد. بیشترین مشکل حیطه انگیزه و انرژی در بیماران اسکیزوفرنیک عبارت بود از: عدم برنامه ریزی برای آینده (۵۸/۱٪)، تمایل به ماندن در خانه (۴۵/۲ درصد)، فقدان انرژی برای انجام کارها (۴۰/۳٪) و عدم توانایی انجام کارها (۳۳/۹٪) و عدم قدرت سازگاری و عدم مشارکت در فعالیت های لذت بخش (۳۲/۳٪) بود. همچنین بیشترین علایم و عوارض جانبی بیماران اسکیزوفرنیک به ترتیب عبارت بود از عدم تعادل در راه رفتن (۳۵/۵٪)، لرزش و رعشه (۲۴/۲٪)، پیچش عضلانی (۲۵/۸٪) و تاری دید (۱۷/۷٪) بود. یافته ها نشان می دهد بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مربوط به حیطه روانی اجتماعی (۲/۲۹  $\pm$  ۰/۵۹) می باشد که کیفیت زندگی بیماران را بیشتر از سایر حیطه ها تحت تاثیر قرار می دهد، ۷۵ درصد بیماران اسکیزوفرن در حیطه روانی اجتماعی نمره کمتر از ۲/۷ (دامنه نمره از ۰/۶-۳/۶) و میانگین

هرگز تا بندرت با امتیاز ۱-۰، بعضی اوقات با امتیاز ۲ و اغلب همیشه با امتیاز ۳-۴ می باشد، بنابراین کسی که نمره یا امتیاز بیشتر کسب نماید از کیفیت زندگی پایین تر (بدتر) برخوردار است و بالعکس نمره کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر (بهتر) است. تحقیقات نشان داده است این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک برخوردار است (۱۹-۲۲). در این تحقیق ابتدا پرسشنامه با بافت فرهنگی کشور ما نرم سازی شده و به منظور اعتبار یابی از روش اعتبار محتوی استفاده شد (با استفاده از نظر خواهی ده نفر از صاحب نظران) و جهت اعتماد علمی آن از آزمون مجدد استفاده شد و پایایی آن ( $r=0.89$ ) مورد اعتماد قرار گرفت. روش انجام کار بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی و کسب اجازه از ریاست محترم بیمارستان سینا و ارتباط موثر با بیماران ابتدا تمامی بیماران اسکیزوفرنیک بیمارستان سینا (۷۶ نفر) با پرسشنامه کیفیت زندگی بررسی شدند (پرسشنامه ها توسط روانشناس بیمارستان سینا تکمیل گردید) معیار ورود به مطالعه تشخیص قطعی بیماری اسکیزوفرنی مزمن همراه با بستری بودن در بیمارستان، داشتن علاقه و توانایی جهت شرکت در کاردرمانی بود که ۶۲ نفر از بیماران این خصوصیات را داشته و در مطالعه قرار گرفتند و بطور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. دو گروه از نظر سن، جنس، تحصیلات و طول مدت بستری همسان بودند. در گروه مورد جلسات کاردرمانی در طی ۲۰ ساعت در هفته بمدت ۶ ماه انجام شد (۲۳). کاردرمانی شامل فعالیت های شغلی و هنری در همان مرکز روانپزشکی سینا بود که از جمله این فعالیت ها می توان به موکت بافی، گچ بری، نقاشی، باغبانی، فعالیت در آشپزخانه و رختشویخانه برای آقایان و کاموا بافی - کوبلن، پولک دوزی، قالی بافی، موکت بافی و عروسک سازی برای خانم ها اشاره نمود (۸). بعد از اجرای ۶ ماه کاردرمانی، دو گروه مورد و شاهد مجدداً با پرسشنامه کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی

زندگی در گروه مورد بعد از مداخله کاردرمانی نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است (کیفیت زندگی در این حیطه بهتر شده است) ( $P < 0/001$ )، ولی مداخله کاردرمانی بر حیطه روانی - اجتماعی و حیطه علائم و عوارض جانبی تأثیری نداشته و تفاوت آماری معنی داری دیده نشد (جدول شماره ۱).

نمره کیفیت زندگی در حیطه انگیزه و انرژی و علایم و عوارض به ترتیب  $2/57 \pm 0/57$  و  $2/37 \pm 0/63$  در کل بیماران بود، همچنین ۷۵ درصد بیماران اسکیزوفرن نمره کیفیت زندگی آنان کمتر از  $78/25$  (دامنه نمره ۲۰-۹۴) شد و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. مقایسه میانگین نمرات حیطه انگیزه و انرژی کیفیت

**جدول شماره ۱: میانگین تفاوت نمرات قبل و بعد کیفیت زندگی با توجه به حیطه های مختلف در گروه مورد و شاهد**

مورد	شاهد	گروه ها	حیطه های کیفیت زندگی
$0/62 \pm 0/74$	$0/83 \pm 0/61$		حیطه روانی - اجتماعی
$0/013 \pm 0/47$	$0/47 \pm 0/49$		حیطه انگیزه و انرژی*
$0/69 \pm 0/74$	$0/41 \pm 0/67$		حیطه علائم و عوارض جانبی
$14/9 \pm 10/96$	$19/33 \pm 14/42$		نمره کل کیفیت زندگی*

\*  $P < 0/001$  - گروه مورد: انجام کاردرمانی به مدت ۲۰ ساعت در هفته در طی ۶ ماه - گروه شاهد: بدون انجام کاردرمانی  
گروه شاهد:  $n=30$  گروه مورد:  $n=32$

## بحث:

روانی - اجتماعی و مربوط به احساس افسردگی و تنهایی و مشکل در ارتباط با مردم است ( $26,7\%$ ) که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد. سایر تحقیقات نیز نشان داده اند هر چه کارکرد روابط بین فردی بیماران بهتر باشد کیفیت زندگی آنان بالاتر است ( $26,7\%$ ).

در این پژوهش عملکرد بیماران در حیطه روانی - اجتماعی و روابط بین فردی ضعیف بوده است. همچنین کاردرمانی بر کل کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن مؤثر است در همین زمینه تحقیق Morris و همکاران نشان داده اند کار درمانی باعث افزایش عملکرد بیماران از سطح ۲۹ درصد به ۴۲ درصد در زمینه تعاملات اجتماعی و افزایش اثرات شناختی و عملکردی می شود (۸). سایر تحقیقات نیز نشان داده

نتایج پژوهش نشان داده است میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنیک  $64/77 \pm 15/47$  می باشد و با توجه به دامنه نمره ۲۰-۹۴، ۷۵ درصد بیماران نمره کمتر از  $78/25$  کسب نموده اند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده اند. نتایج این تحقیق با نتایج برخی مطالعات متفاوت است ( $24-26$  و  $6-7$ ) که علت می تواند به دلیل مسایل فرهنگی - اجتماعی - جغرافیایی و خصوصیات دموگرافیک نمونه های پژوهش باشد، همچنین در این تحقیق بیماران اسکیزوفرن مسزمن، در حالی که تحقیق Browne و همکاران بیماران اسکیزوفرن حاد مورد بررسی قرار گرفته است ( $24$ ). نتایج تحقیقات نیز نشان داده است که بیشترین مشکلات بیماران در حیطه

ساختار پیچیده، چند بعدی، پویایی و ماهیت ذهنی و کاملاً منحصر به فرد مفهوم کیفیت زندگی از یک سو، شرایط و موقعیت اجتماعی بیماران به علت بستری بودن دایم و قطع روابط اجتماعی آنان و مصرف طولانی مدت داروها توسط بیماران از سوی دیگر از جمله عواملی است که می تواند در دست یابی به یافته های این مطالعه دخیل باشد. بنابراین پیشنهاد می گردد از درمان های دیگر در جهت تعدیل یا رفع علائم بیماران اسکیزوفرن و ارتقاء فعالیت های روانی - اجتماعی استفاده شود، شایان ذکر است که تشابهات و اختلافات در نتایج این مطالعه با یافته های مطالعات دیگر بیانگر این نکته مهم است که پژوهش های مشابه در آینده، مدت زمان طولانی و با تاکید بر اندازه گیری مکرر متغیر کیفیت زندگی کل و ابعاد آن باشد.

### نتیجه گیری:

با توجه به نتایج تحقیق و تاثیر مثبت کار درمانی بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن پیشنهاد می گردد برنامه های توانبخشی و از جمله کاردرمانی در مورد این بیماران و بخصوص در بیمارستان های روانی مزمن توسط کار درمانگر اجرا گردد همچنین پیشنهاد می گردد مطالعات مداخله ای مشابه با نمونه های بزرگتری طراحی گردد و تحقیقات دیگری در جهت استفاده از درمان های مختلف برای ارتقاء فعالیت های روانی - اجتماعی و تعدیل یا رفع علائم و عوارض جانبی دارویی در بیماران اسکیزوفرن انجام شود.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت پژوهشی دانشگاه، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان سینا و همه کسانی که در تکمیل این پژوهش زحمت کشیدند، اعلام می دارند.

کار درمانی تاثیر مثبت بر روی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک دارد (۹-۱۳) و می تواند در آموزش مهارت های اجتماعی و کمک به افراد روانی برای وارد شدن به اجتماع و مفید بودن در موقعیت های اجتماعی موثر باشد (۲۷). مداخله روان درمانی مداخله ای است که هدف آن قرار دادن بیمار در محیط اجتماعی بدون وابستگی به درمان دارویی است. کار درمانی بالینی با استفاده از فعالیت های روزانه روی یک محور به بهبود وضعیت بیمار کمک می کند و مثلث ارتباطی (فعالیت - بیمار - درمانگر) وضعیتی را خلق می کند و محیطی را گسترش می دهد که بیماران یادگیری و امکان بکارگیری نیرو را تجربه کرده و یک فضای بیمارگونه می تواند تبدیل به یک محیط خلاق و سازنده شود بنابراین بیمار پی به محدودیت های خود برده و تعاملات اجتماعی اش را گسترش می دهد (۲۸)، ولی در این مطالعه کاردرمانی بر حیطه روانی - اجتماعی و علائم و عوارض جانبی تاثیری نداشته و تنها بر حیطه انگیزه و انرژی کیفیت زندگی موثر بوده است، Eklund در تحقیقی نشان داد علی رغم انتظار، اجرای کار درمانی بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن تاثیری نداشته است که این مسئله می تواند به علت نحوه اجرای کار نه صرفاً اجرای آن، درک و رضایت بیماران از کار درمانی و وجود کار درمانگر آگاه و زبده باشد (۱۴). تحقیق Bayer و همکاران نیز نشان داده است اجرای کاردرمانی و ارگو تراپی کوتاه مدت نمی تواند تاثیری بر اتحاد عناصر اجتماعی بیماران اسکیزوفرن در طولانی مدت داشته باشد (۱۵). پژوهش Salize نیز نشان داده است برنامه های توانبخشی کاردرمانی تاثیر چندانی بر هزینه های درمانی بیماران اسکیزوفرن نداشته است (۱۶). پژوهشگر با عنایت به تجربه خود در محیط پژوهش و با استناد به منابع و متون معتبر چنین احتمال می دهد که

## منابع:

۱. Bayanzaded SA, Karbalaee Noori A, Ashairi H, Azordegan F. [Quality of life's out-patient schizophrenic patients. Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology. ۱۹۹۸; ۴(۱): ۴-۱۳.] Persian
۲. Hoseiny M. The roles of nursing care and education on treatment and enhancement ability of patients with chronic schizophrenia. Second national congress on midwifery and nursing care of Kermanshah Univ of Med Sci Iran. ۲۰۰۳; ۶.] Persian
۳. Bayanzadeh SA, Nori Ghasemabadi R, Karbali Nori A. [Surveying the condition of chronic schizophrenic patients and their carers after discharge. J Iran Univ of Med Sci. ۲۰۰۲; ۹(۳۱): ۴۹۱-۹۹.] Persian
۴. Antunes HK, Stella SG, Santos RF, Bueno OF, de Mello MT. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. Rev Bras Psiquiatr. ۲۰۰۵ Dec; ۲۷(۴): ۲۶۶-۷۱.
۵. Goodman M, Smith TE. Measuring quality of life in schizophrenia. Medscape Psychiatr & Ment Health J. ۱۹۹۷; ۲(۶): ۲۲۵.
۶. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MN, Fonseca JO. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. Cad Saude Publica. ۲۰۰۵ Sep-Oct; ۲۱(۵): ۱۳۳۸-۴۰.
۷. Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. J Nerv Ment Dis. ۱۹۹۵ May; ۱۸۳(۵): ۲۸۱-۵.
۸. Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. Arch Gen Psychiatry. ۲۰۰۱ Aug; ۵۸(۸): ۷۶۳-۸.
۹. Aubin G, Hachey R, Mercier C. Meaning of daily activities and subjective quality of life in people with severe mental illness. Scand J Occup Therap. ۱۹۹۹; ۶(۲): ۵۳-۶۲.
۱۰. Eklund M. Psychiatric patients occupational roles: changes over time and associations with self-rated quality of life. Scand J Occup Therap. ۲۰۰۱ Sep; ۸(۳): ۱۲۵-۳۰.
۱۱. Eklund M, Hansson L, Bejerholm U. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. ۲۰۰۱ Feb; ۳۶(۲): ۷۹-۸۳.
۱۲. Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. ۱۹۹۸ Dec; ۳۳(۱۲): ۶۲۴-۳۱.
۱۳. Bejerholm U, Eklund M. Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. Am J Occup Ther. ۲۰۰۷ Jan-Feb; ۶۱(۱): ۲۱-۳۲.
۱۴. Eklund M, Leufstadius C. Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. Can J Occup Ther. ۲۰۰۷ Oct; ۷۴(۴): ۳۰۳-۱۳.
۱۵. Bayer W, Koster M, Salize HJ, Hohl W, Machleidt W, Wiedl KH, et al. [Longer-term effects of inpatient vocational and ergotherapeutic measures on the vocational integration of patients with schizophrenia] Psychiatr Prax. ۲۰۰۸ May; ۳۵(۴): ۱۷۰-۳.
۱۶. Salize HJ, Schuh C, Reichenbacher M, Stamm K, Langle G. [Lowering vocational rehabilitative measures during inpatient psychiatric longterm treatment costs of patients with schizophrenia? Results of a controlled multicenter study]. Psychiatr Prax. ۲۰۰۷ Jul; ۳۴(۵): ۲۴۶-۸.

۱۷. Ritsner MS, Gibel A. The effectiveness and predictors of response to antipsychotic agents to treat impaired quality of life in schizophrenia: a ۱۲-month naturalistic follow-up study with implications for confounding factors, antidepressants, anxiolytics, and mood stabilizers. *Prog Neuro Psycho Pharmacol Biol Psychiatr*. ۲۰۰۶ Dec; ۳۰(۸): ۱۴۴۲-۵۲.
۱۸. Bechdolf A, Pukrop R, Kohn D, Tschinkel S, Veith V, Schultze-Lutter F, et al. Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: a comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls. *Schizophr Res*. ۲۰۰۵ Nov; ۷۹(۱): ۱۳۷-۴۳.
۱۹. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *Br J Psychiatry*. ۲۰۰۰ Jul; ۱۷۷: ۴۲-۶.
۲۰. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental health. ۲<sup>nd</sup> ed. New York: Publisher Lexi Comp Inc. ۲۰۰۳; ۲۲۷-۵۵.
۲۱. Kuo PJ, Chen-Sea MJ, Lu RB, Chung MS, Kuo CC, Huang WC, et al. Validation of the Chinese version of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision ۴ (SQLS-R۴) in Taiwanese patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. ۲۰۰۷ Nov; ۱۶(۹): ۱۵۳۳-۸.
۲۲. Luo N, Seng BK, Xie F, Li SC, Thumboo J. Psychometric evaluation of the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) in English- and Chinese-speaking Asians in Singapore. *Qual Life Res*. ۲۰۰۸ Feb; ۱۷(۱): ۱۱۵-۲۲.
۲۳. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*. ۱۹۹۸ Aug; ۱۵۵(۸): ۱۰۸۷-۹۱.
۲۴. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. ۲۰۰۰ Feb; ۱۷۶: ۱۷۳-۶.
۲۵. Levitt AJ, Hogan TP, Bucosky CM. Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. *Psychol Med*. ۱۹۹۰ Aug; ۲۰(۳): ۷۰۳-۱۰.
۲۶. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry*. ۱۹۹۲ Aug; ۴۳(۸): ۷۹۴-۸.
۲۷. Salahshoor N. [The roles of occupational therapy on social skills training in the mentally ill patients. Second national congress on rehabilitation nursing. ۲۰۰۳; ۲۷.] Persian
۲۸. Buchain PC, Vizzotto AD, Henna Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. ۲۰۰۳ Mar; ۲۵(۱): ۲۶-۳۰.