

بررسی تأثیر تفریح درمانی بر مهارت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولانی

دکتر مسعود فلاحي خشکناپ

چکیده

هدف: تفریح درمانی یکی از روش‌های توانبخشی می‌باشد که در این نوع درمان، درمانگر با مشارکت دادن مددجو در انواع فعالیتهای مختلف که جنبه تفریحی و سرگرمی نیز دارند بدنبال دستیابی به اهدافی همچون بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. هدف این تحقیق پاسخ به این سؤال بوده است که آیا تفریح درمانی می‌تواند منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی (رفتاری و ارتباطی) گردد؟

روش بررسی: در یک مطالعه مداخله‌ای از نوع قبل و بعد ۴۵ مددجوی اسکیزوفرنیک با سیر طولانی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و سپس کلیه نمونه‌ها توسط ابزار اندازه‌گیری آسیب‌های وارده بر مهارت‌های روزمره زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس مداخله تحقیق که شامل یک سفر تفریحی ۱۰ روزه به شهر مشهد مقدس بود انجام گردید و پس از آن مجدداً کلیه نمونه‌ها توسط ابزار تحقیق مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین نمرات کسب شده مددجویان در ارزیابی‌های قبل و بعد با آزمون تی دانشجویی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از نظر آماری میانگین نمرات مهارت‌های ارتباط غیرکلامی، کلامی و رفتارهای مرتبط با ابراز وجود نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود که از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/01$)، همچنین معیارهای مربوط به پرخاشگری و مشکلات رفتار اجتماعی نیز کاهش یافته بود که نسبت به قبل از مداخله از نظر آماری با بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی دار بوده است ($P < 0/01$ و $P < 0/06$). نتیجه‌گیری: تفریح درمانی در بهبود وضعیت مهارت‌های اجتماعی (ارتباطی و رفتاری) مددجویان اسکیزوفرنیک مؤثر است.

کلید واژه‌ها: تفریح درمانی / توانبخشی روانی / اسکیزوفرنیا / مهارت‌های اجتماعی

دکترای آموزش پرستاری (توانبخشی روانی و روانپرستاری)، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۲/۲۰

آدرس نویسنده:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری.
تلفن: ۲۲۴۲۳۲۵۰ داخلی: ۲۵۱

Email: msflir@yahoo.com



مددجویان در زمینه‌های مختلف می‌باشند (۵).

یکی از انواع درمان‌های گروهی در توانبخشی تحت عنوان تفریح درمانی می‌باشد که در این نوع درمان، درمانگر با مشارکت دادن مددجو در انواع فعالیت‌های مختلف که جنبه‌های تفریحی و سرگرمی نیز دارد بدن‌بال دستیابی به اهدافی همچون بهبود و افزایش مهارت‌های اجتماعی، افزایش مهارت‌های ارتباطی و ارتقاء فعالیت‌های روزمره زندگی می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، مداخلات تفریح درمانی فواید و سودمندی‌های زیادی برای این بیماران نظیر بیرون ریختن احساسات خصمانه و سایر هیجانات نظیر احساس افسردگی و اضطراب (مورگان و گلدستون ۱۹۸۷، دیشمن ۱۹۸۶ و لویت ۱۹۸۸) کمک به گسترش مهارت‌های اجتماعی (بلوکاردت و سفارد ۱۹۹۵ و استامبو ۱۹۹۵) و علائق جدید و تصمیم‌گیری‌های فردی و گروهی (فری و پترز ۱۹۷۲ و آمارو ۱۹۸۰) داشته است (۶).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که تفریح درمانی، اجتماعی شدن و عملکرد روزانه بیماران اسکیزوفرنیک را افزایش می‌دهد (کورینگان ۱۹۹۳، فیل ۱۹۹۷ و پستل ۱۹۹۸). نشانه‌هایی نظیر فقر روابط بین فردی، مشکلات اجتماعی شدن و انزوا را کاهش داده و باعث ارتقاء وضعیت جسمی، عاطفی و بهداشت روان افراد می‌شود. همه این جنبه‌ها، نشانگرهای مهم رفتار مناسب هستند (۷).

به طور کلی خدمات تفریح درمانی، باعث گسترش و ارتقای رفتارهای مناسب در بیماران شده و شانس ماندن آنها را در جامعه افزایش می‌دهد. خدمات تفریح درمانی به افراد کمک می‌کند تا در زندگی در جامعه موفق‌تر باشند. اگرچه در این زمینه مطالعات متعددی در کشورهای مختلف صورت گرفته است ولی با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده در کشور ما و نوع و روش‌های مختلف تفریح درمانی و همچنین سیر و مدت بیماری مددجویان، محقق بر آن است تا تأثیر تفریح درمانی را بعنوان نوعی از شیوه‌های توانبخشی بر وضعیت روانی و رفتاری بیماران اسکیزوفرنیا بررسی نماید و بدن‌بال پاسخ این سؤال است که آیا استفاده از روش تفریح درمانی منجر به بهبود وضعیت روانی و رفتاری مددجو می‌گردد یا خیر؟

روش بررسی

این تحقیق، نیمه تجربی و از نوع مداخله‌ای به سبک قبل و بعد می‌باشد که با هدف بررسی تأثیر تفریح درمانی بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک با سیر طولانی در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی انجام گردیده است.

در این پژوهش ابتدا کلیه بیماران مزمنی که اجازه خروج از بخش را

امروزه اختلالات روانی بعنوان یکی از بزرگترین مشکلات جوامع بشری بوده و از میان اختلالات روانی، سایکوزها (روان پریشی‌ها) و بالاخص اسکیزوفرنیا یکی از چالش‌های دولت‌ها به سبب هزینه‌ها و پیامدهای آن (شامل ناتوانی گسترده) می‌باشد. اسکیزوفرنیا یک اختلال مزمن شونده، عود کننده و ناتوان کننده می‌باشد که منجر به بستری در بیمارستان، اشغال تخت و ایجاد ناتوانی در بیمار می‌گردد (۱).

شیوع اسکیزوفرنیا در منابع مختلف ۱ تا ۱/۹ درصد گزارش شده است که دو سوم آنها نیاز به بستری دارند در صورتیکه فقط نیمی از آنها علی‌رغم نیاز به درمان و شدت بیماری تحت درمان قرار می‌گیرند (۱). از بین مبتلایان به بیماری‌های روانی تعدادی مکرراً دچار عود و مقاوم به درمان بوده و نهایتاً تبدیل به بیماران روانی مزمن می‌شوند. از این رو تخمین زده می‌شود که میزان افراد دچار بیماری‌های روانی سخت و مزمن (SPMI) در ایالات متحده آمریکا بین ۱/۷ تا ۲/۴ میلیون نفر باشد که از این بین ۳۵۰ تا ۸۰۰ هزار نفر نوع سخت و مقاوم را دارا هستند (۲). ناب (۱۹۹۷) می‌نویسد: اسکیزوفرنیا بیماری گرانی است و با بستری، هزینه‌های درمان بیماری بسیار سنگین می‌شود (۳).

در ایران آمار مبتلایان به بیماری‌های نوع سخت (سایکوزها) و بالاخص اسکیزوفرنیا مشابه سایر کشورها بوده و حدود یک درصد جمعیت عمومی می‌باشد که اگر جمعیت کشور را ۶۰ میلیون نفر در نظر بگیریم حدود ۶۰۰ هزار نفر نیاز به خدمات درمانی و توانبخشی جدی و بستری دارند (۴).

از طرفی روی درمان بیماران روانی ونحوه مراقبت از آنها تحقیقات زیادی در کشورهای مختلف انجام گشته است و درمان‌های مختلفی روی بیماران اسکیزوفرنیک انجام شده است، ولی نتیجه حاصله نشان می‌دهد که هیچیک از درمان‌ها به تنهایی در درمان بیماری اسکیزوفرنیا موفق نبوده است.

یکی از مهمترین اختلالات روانی که نیاز به توانبخشی دارد اسکیزوفرنیا است. توانبخشی این بیماری به سبب تعدد گونه‌ها و تعدد علائم و مشکلات تشخیص، زمان بر می‌باشد. درمان و توانبخشی این بیماران دچار پیچیدگی‌های فراوان می‌باشد و بطور کلی درمان‌های آن شامل دو دسته درمان‌های ارگانیک (دارو درمانی، شوک و ...) و درمان‌های غیر ارگانیک (انواع روان درمانی‌های فردی، گروهی، خانوادگی و ...) می‌باشد. از طرفی مبتلایان به اسکیزوفرنیا دچار ناتوانی‌هایی در ابعاد مختلف زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی و ... می‌گردند که برای رفع آنها نیاز به توانبخشی ضروری می‌باشد. فعالیت‌های توانبخشی انواع مختلف داشته و هریک با هدف خاصی بدن‌بال رفع ناتوانی‌های



پژوهشگر با توجه به اینکه معیار آسیب وارد بر مهارت‌های زندگی تنها ابزار بکار گرفته شده و تأیید شده در ایران می‌باشد (که با استفاده از مجموع هفت ابزار معتبر بین‌المللی تدوین شده است) و این ابزار در مرکز روانپزشکی رازی که محیط پژوهش این تحقیق می‌باشد، قبلاً بکاررفته است، از آن سود جسته است.

کلیه مددجویان قبل از مداخله پژوهش سه بار با ابزار اندازه‌گیری آسیب‌های وارده به مهارت‌های زندگی ارزیابی شدند و میانگین سه بار ارزیابی فوق‌العاده نمره میانگین قبل از مداخله ثبت گردید و پس از انجام مداخلات مجدداً سه بار ارزیابی با ابزار فوق‌انجام و میانگین آن بعنوان میانگین بعد از مداخله ثبت گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-13 تجزیه و تحلیل شد. بدین شکل که میانگین‌های قبل و بعد با استفاده از آزمون تی جفت در سطح معنی داری ۹۵ درصد مقایسه شدند.

ملاحظات اخلاقی: روش پژوهش و اقداماتی که باید انجام می‌شد برای تمام مددجویان و خانواده‌های آنان بصورت دسته جمعی و همچنین بصورت فردی توضیح داده شد، رضایت نامه کتبی و آگاهانه اخذ گردید، همچنین مجوز لازم از روانپزشک و تیم درمان و توانبخشی جهت شرکت در فعالیت تفریح درمانی اخذ گردید.

یافته‌ها

- ۱- تعداد ۴۵ نفر از مددجویان روانی در این تحقیق شرکت داده شدند، که از آنها ۳۰ نفر مرد (۶۶/۷ درصد نمونه‌ها) و ۱۵ نفر زن (۳۳/۳٪) بودند.
- ۲- میانگین سنی نمونه‌های تحقیق ۳۹/۸ سال با انحراف معیار ۳/۳۱ بود.
- ۳- ۵۳/۳ درصد نمونه‌های تحقیق مجرد (۲۴ نفر)، ۶/۷ درصد آنها متأهل (۳ نفر) و ۴۰ درصد آنها مطلقه (۱۸ نفر) بودند. در مجموع بیش از ۹۳ درصد آزمودنی‌های تحقیق تنها زندگی می‌کردند.
- ۴- میانگین نمرات بعد از مداخله در موارد ارتباط غیر کلامی، ارتباط کلامی، ارتباط با سایر بیماران، ارتباط با پرسنل بخش، رفتارهای مرتبط با ابراز وجود، کاهش و کنترل پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه و کاهش مشکل در رفتار اجتماعی عمومی نسبت به قبل افزایش داشته و آزمون تی با بیش از ۹۹ درصد اطمینان این افزایش را معنی دار ارزیابی کرده است.
- ۵- میانگین نمرات کل آسیب‌های وارده بر مهارت‌های زندگی بعد از مداخله نسبت به قبل افزایش داشته و آزمون تی با بیش از ۹۹ درصد اطمینان این افزایش را معنی دار ارزیابی کرده است (جدول ۱).

داشتند با توجه به معیارهای چهارمین کتابچه تشخیصی آماری بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکان آمریکا (DSM-IV) مورد بررسی قرار گرفتند تا تشخیص اسکیزوفرنیا با سیر طولانی تأیید گردد. کلیه آزمودنی‌هایی که دارای اختلالات همراه و یا عقب ماندگی ذهنی بودند کنار گذاشته شدند. سپس رضایت کتبی بیمار، روانپزشک و خانواده بیمار جهت شرکت در برنامه تفریح درمانی اخذ گردید. در نهایت ۴۵ بیمار دارای شرایط مورد نظر بودند که کلیه آنها در تحقیق شرکت داده شدند. مداخله تحقیق شامل یک سفر تفریحی - زیارتی به شهر مقدس مشهد به مدت ۱۰ روز بود که با حضور تیم درمان و توانبخشی شامل روانشناس، روانپرستار، روان‌کار درمانگر و مددکار اجتماعی انجام گرفت. در این سفر قسمتی از وظایف بعهد تیم درمان و توانبخشی و قسمتی نیز جهت تقویت مسئولیت‌پذیری، افزایش حس تعاون و همکاری و تقویت مهارت‌های روزمره زندگی بعهد بیماران گذاشته شد. بیماران موظف بودند مراقبت از خود را بعهد بگیرند و در کارهای دسته جمعی سفر شرکت نمایند. همچنین با برنامه از پیش تعیین شده تهیه مقدمات قبل از سفر، حین سفر، و بعد از سفر با مشارکت کامل مددجویان انجام گرفت و کلیه مددجویان نقش فعال در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای برنامه‌های مختلف طی سفر را بعهد داشتند که از جمله می‌توان حضور و غیاب مددجویان، تهیه مقدمات و سرو صبحانه، ناهار، شام، شرکت در خریدها و بازدیدها و زیارت‌ها، مراقبت از مددجویان ضعیف‌تر و... را نام برد.

ابزاری که در این تحقیق بکار برده شد مقیاس آسیب وارد بر مهارت‌های زندگی می‌باشد. این مقیاس توسط کربلایی اسماعیل - بیان زاده در سال ۱۳۷۶ با استفاده از هفت مقیاس معتبر بین‌المللی شامل مقیاس ثبت اجرای عملکردی^۱، مقیاس فهرست ارزیابی ناتوانی‌های روانی سازمان جهانی سلامت^۲، مقیاس ارزشیابی مهارت‌های روزمره زندگی میل واک^۳، مقیاس ارزیابی توانبخشی ساترلند^۴، مقیاس بررسی مهارت‌های زندگی مستقل^۵، ارزشیابی مهارت‌های روزمره زندگی کوهلمن^۶ و ابزار ارزشیابی هال و بیکر^۷ طراحی گردید (۸).

معیار آسیب وارد بر مهارت‌های زندگی تدوین شده «کربلایی اسماعیل - بیان زاده» از ۵۶ مورد در سه بخش تشکیل شده است. بخش مهارت‌های مراقبت از خود، بخش مهارت‌های ارتباطی و بخش مشکلات رفتاری. این ابزار توسط کربلایی اسماعیل و همکاران در سال ۱۳۷۶ بر روی ۹۶ مددجوی روانی بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی و همچنین در سال ۱۳۸۰ توسط فلاحی و همکاران بر روی ۸۰ مددجوی اسکیزوفرنیک بستری در مرکز روانپزشکی رازی بکار گرفته شد و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت (۹).

1 - Functional Performance Record
 2 - W.H.O Psychiatric Disability Assessment Schedule
 3 - Milwaky, Evaluation of Living skills
 4 - Rehabilitation Assessment Scale (Southernland)
 5 - Independent Living Skills Survey
 6 - Kohlman, Evaluation of Living Skills
 7 - Rehabilitation Education of Hall& Baker



جدول ۱- تجزیه و تحلیل معیار مهارت‌های اجتماعی (ارتباطی و رفتاری) و زیر گروه‌های آن

ردیف	مورد	میانگین قبل	میانگین بعد	مقدار آماره t	درجه آزادی	P Value
۱	مهارت‌های ارتباط غیر کلامی	۱۰/۱۶	۱۲/۲۳	-۵/۴۲۹	۴۴	۰/۰۰۰
۲	مهارت‌های ارتباط کلامی	۵/۲۰	۵/۹۱	-۳/۰۲۷	۴۴	۰/۰۰۴
۳	مهارت در ارتباط با سایر بیماران	۸/۶۰	۱۱/۴۷	-۶/۸۸۶	۴۴	۰/۰۰۰
۴	مهارت در برقراری ارتباط با پرسنل بخش	۸/۲۰	۱۰/۶۹	-۵/۸۲۷	۴۴	۰/۰۰۰
۵	رفتارهای مرتبط با ابراز وجود	۷/۵۳	۹/۶۴	-۴/۲۹۵	۴۴	۰/۰۰۰
۶	پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه	۱۱/۸۷	۱۳/۳۱	-۲/۸۸۳	۴۴	۰/۰۰۶
۷	مشکل در رفتار اجتماعی عمومی	۵۴/۷۸	۵۹/۹۳	-۳/۷۹۳	۴۴	۰/۰۰۰
۸	کل ADL	۱۱۶/۸۷	۱۳۵/۴۹	-۵/۹۴۷	۴۴	۰/۰۰۰

بحث

در بررسی تأثیر تفریح درمانی بر مهارت‌های اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده در بعد رفتاری (شامل رفتار پرخاشگرانه و مشکل در رفتار اجتماعی عمومی) میانگین نمرات رفتار پرخاشگرانه قبل از مداخله ۱۱/۸۷ بوده است که پس از مداخله به ۱۳/۳۱ افزایش داشته است که آزمون تی، معنی داری تفاوت میانگین‌های فوق را با بیش از ۹۹ درصد اطمینان نشان داده است و در حقیقت میزان پرخاشگری کاهش یافته است ($P < ۰/۰۰۶$). همچنین میانگین نمرات مشکل در رفتار اجتماعی عمومی از ۵۴/۷۸ در قبل به ۵۹/۹۳ در بعد از آزمون افزایش نشان می‌دهد که آزمون تی با ۹۹ درصد اطمینان این اختلاف را معنی دار ارزیابی می‌نماید و بطور کلی بهبودی در رفتارهای اجتماعی مددجویان نشان داده می‌شود ($P < ۰/۰۰۱$).

در بعد ارتباطی، مقیاس آسیب وارده بر مهارت‌های زندگی در پنج قسمت اندازه‌گیری می‌گردد که شامل ارتباط کلامی، ارتباط غیر کلامی، ارتباط با سایر بیماران، ارتباط با پرسنل و رفتارهای مرتبط با ابراز وجود می‌باشد. در ارتباطات غیر کلامی میانگین نمرات از ۱۰/۱۶ در قبل از مداخله به ۱۲/۳۳ در بعد از مداخله افزایش یافته که از نظر آماری معنی دار بوده است. در ارتباطات کلامی میانگین نمرات از ۵/۲۰ در قبل از مداخله به ۵/۹۱ در بعد از مداخله افزایش یافته که از نظر آماری معنی دار بوده است. در قسمت ارتباطات با سایر بیماران میانگین نمرات از ۸/۶۰ در قبل از مداخله به ۱۱/۴۷ در بعد از مداخله افزایش یافته که از نظر آماری معنی دار بوده است. در بعد ارتباطات با پرسنل، میانگین نمرات از ۸/۲۱ در قبل از مداخله به ۱۰/۶۹ در بعد از مداخله افزایش یافته که از نظر آماری معنی دار بوده است. در قسمت رفتارهای مرتبط با ابراز

وجود، میانگین نمرات از ۱۸/۴۲ در قبل از مداخله به ۲۲/۱۰ در بعد از مداخله افزایش یافته که از نظر آماری معنی دار بوده است. و بطور کلی در همه ابعاد ارتباطی وضعیت بیماران بهبود یافته است. نتایج این تحقیق با تحقیقات مک کی (۱۹۹۷) که ارتباط مشارکت در گروه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی را با وضعیت شناختی بیماران اسکیزوفرنیک بررسی نمود (۱۰) و تحقیقات چامبون و همکاران (۱۹۹۶) که آموزش مهارت‌های اجتماعی را در کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک بررسی نموده بودند (۱۱) و همچنین با تحقیقات نیلسون و همکاران (۱۹۹۸) در بیماران اسکیزوفرنیک سوئدی و نروژی در مورد متمرکز بودن آموزش مهارت‌های مکالمه ای (۱۲) و سوتیلو و همکاران (۱۹۹۸) در پرو در مورد آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی (۱۳)، کلانسکی و بوتنر (۲۰۰۱) در مورد فعالیت‌های تفریحی در مبتلایان به دمانس (۱۴) و چو (۲۰۰۲) در مورد اثرات تفریح درمانی بر روی سالمندان (۱۵)، همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق فرضیه محقق را که مؤثر بودن تفریح درمانی در مهارت‌های اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک با سیر طولانی بود تأیید نموده و لذا بطور کلی تفریح درمانی می‌تواند بعنوان یک روش توانبخشی غیر ارگانیک و بدون عوارض که همراه با سرگرمی و لذت از ساعات فراغت می‌باشد، مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی، رفتاری و پرخاشگری بیماران اسکیزوفرنیک با سیر طولانی را بهبود بخشد، لذا استفاده از این روش بعنوان یک روش سودمند همراه سایر درمانها و روشهای توانبخشی روانی توصیه می‌گردد.

محدودیت‌های پژوهش: تفریح درمانی فقط یکی از مداخلاتی است که



تشکر و قدردانی

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 روانپزشکی رازی، مددجویان محترم و خانواده‌های آنان که بدون همکاری و مساعدت آنها انجام این تحقیق ممکن نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

به منظور توانبخشی مؤثر است و انواع دیگر مداخلات نیز برای بهبودی مددجویان بکار گرفته شده است. هرچند که برای رفع این محدودیت مددجویان با خودشان مقایسه شدند، ولی سوابق استفاده از فعالیتهای توانبخشی و میزان استفاده از این خدمات در پرونده مددجویان بطور دقیق مشخص نبود. یکی از محدودیت‌های دیگر نبودن تعداد کافی نمونه برای گزینش گروه شاهد بود و اندک افرادی که موجود بودند بعلت تنوع علائم و شرایط، جور (match) نبودند لذا از خود گروه مداخله بعنوان شاهد استفاده گردید.

منابع:

- 1- Kaplan H. Sadok B. Synopsis of psychiatry. 6th edition. Baltimore: William & wilkins co, 1995; p 905 .
- 2- Haber Judith. Comprehensive psychiatric nursing. 5th edition. St. Louis: mosby co, 1997; p 821.
- 3- Knobb M, Kavanagh S. Economic outcomes and costs in the treatment of schizophrenia. Clin-Ther J 1997 Jan-Feb; 19(1): 128-138.
- 4- فلاحی، مسعود و همکاران. طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیک. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد، ۱۳۸۱ سال ۱۰، شماره ۳. صص ۴۶-۳۹.
- 5- Pratt, Carlos W. Psychiatric Rehabilitation Santiago. Academic press 1999; p.27.
- 6- Stambo J N. Leisure education: theory and practice. Therapeutic recreational journal 1999; 33(3): 253.
- 7- Menditto A, Duston M, Jaclyn C. Therapeutic Recreation Journal 1999; 33(4): 275-287.
- ۸- کربلایی اسماعیل، حمید رضا. بررسی مقایسه ای مهارت‌های روز مره زندگی بیماران روانی مزمن. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۶. ص ۵۸.
- ۹- فلاحی، مسعود و همکاران. طراحی و ارزشیابی مدل پرستاری توانبخشی چند بعدی در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیک. تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰. صص ۲۱۳-۲۱۱
- 10- Mc Kee, et al. Cognitive and symptom correlates of participation in social skills training groups. Schizophrenia research Journal 1997; 23(3): 233-239.
- 11- Chambon O, et al. Social skill training for chronic psychotic patients. J of Europ Psychiatry 1996: 11: 775-845.
- 12- Nilsson K, et al. Efficacy of conversational skills training of schizophrenic patients in Sweden and Norway. International review of psychiatry Journal 1998 Feb; 10(1): 51-3.
- 13- Sotillo C, et al. Dissemination of a social training program for chronic schizophrenic patients in Peru. International review of psychiatry Journal 1998 Feb; 10(1): 3-15.
- 14- Kolanowski M, Buettner A. Linda Paul T, Costa Jr, Mark S. Capturing interests: Therapeutic recreation activities for persons with dementi. Therapeutic Recreation Journal 2001; 35(3): 220-236
- 15- Chow Y. The case of an in-home therapeutic recreation program for an older adult in a naturally occurring retirement community (NORC) Therapeutic Recreation Journal 2002; 36(2): 203-213