


The Effectiveness of Participation in Recreational-Sport Activities on Quality of Life in Women with Schizophrenia

Mitra Fakhraee Aghdam ¹, Anahita Khodabakhshi-Koolae ^{2*}, Mahnaz Khatiban ³

1. MSc, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Branch Of Central, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology & Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Mother & Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info	Abstract
Received: 2017/04/3 Accepted: 2017/07/3 Published Online 2017/07/17	<p>Introduction: A lot of people who suffer from psychological diseases declare how physical activities play a significant role in various aspects of quality of life. This study was aimed to investigate the effects of the participation of women with Schizophrenia in recreational and physical activities.</p>
DOI:	<p>Methods: Research design was Semi-experimental. The statistical society consisted of all women referred to Razi psychiatric hospital in 2015. Among them 24 were selected by purposive sampling and were divided into two groups (12 experimental and 12 control). Experimental group received 12 sessions of recreational physical activity, 3 times a week. Research instruments was Quality of Life Questionnaire which has four sub-scales of public health, environmental health, mental health and physical health and were performed pre-test and post-test. The data was analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance and SPSS23.</p>
Original Article	<p>Results: According to the findings there was a significant difference between the two groups in the total score of quality of life ($F=91.82$, $sig=0.001$). Moreover, the significant difference has been indicated in sub-scales of questionnaire like; physical health ($F=34.39$, $sig=0.001$), mental health ($F=27.24$, $sig=0.001$), social health ($F=59.63$, $sig=0.001$), and environmental health ($F=80.81$, $sig=0.001$).</p>
Use your device to scan and read the article online	<p>Conclusion: The results showed that Participation in recreational sports activities, improves quality of life in people with chronic mental disorders. In Addition, participation in Physical - recreational activities leads to increased physical, mental, social and environmental health of these patients.</p>
	<p>Keywords: Recreational-Sport Activity; Quality of Life; Schizophrenia.</p>
Corresponding Information	<p>Dr. Anahita khodabakhshi-Koolae, Assistant Professor, Department of Psychology & Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran email: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir</p>

How to Cite This Article:

Fakhraee Aghdam M, Khodabakhshi-Koolae A, Khatiban M. The Effectiveness of Participation in Recreational-Sport Activities on Quality of Life in Women with Schizophrenia. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2017; 25 (4)

اثربخشی مشارکت در فعالیتهای گروهی ورزشی - تفریحی بر کیفیت زندگی بیماران زن اسکیزوفرنی

میترا فخرایی اقدم^۱، آناهیتا خدابخش کولایی^۲، مهناز خطیبان^۳

۱. کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات مرکزی، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: بسیاری از افرادی که با بیماری روانی مزمن دست‌به‌گریبان هستند، بر نقش فعالیتهای ورزشی در جنبه‌های بهبود وضعیت روان‌شناختی و مدیریت علائم بیماری‌شان تأکید دارند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی آثار شرکت در فعالیتهای ورزشی - تفریحی بر کیفیت زندگی افراد با اختلال اسکیزوفرنیا شکل گرفت.</p> <p>روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن با اختلال اسکیزوفرنیا بود که در بیمارستان روان‌پزشکی رازی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بستری بودند. از میان آنها ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و به دو گروه (۱۲ نفر آزمایش و ۱۲ نفر کنترل) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که ۴ خرده‌مقیاس سلامت اجتماعی، سلامت محیطی، سلامت روان و سلامت جسمانی دارد. پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۲ هفته و هر هفته ۳ جلسه حضور در فعالیتهای ورزشی - تفریحی گروهی را دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.</p> <p>یافته‌ها: با توجه به یافته‌های پژوهش میان دو گروه در نمره کل کیفیت زندگی اختلاف معناداری وجود داشت ($F=91/82$, $sig = 0/001$). همچنین نتیجه تحلیل مانکوای گروه‌ها پس از حذف اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون عامل سلامت جسمانی ($F=34/39$, $sig = 0/001$)، در عامل سلامت روانی ($F=27/24$, $sig = 0/001$)، در عامل سلامت اجتماعی ($F=59/63$, $sig = 0/001$) و در نهایت در عامل سلامت محیط ($F=80/81$, $sig = 0/001$) وجود دارد. نتایج آشکار ساخت که تغییرات ایجادشده به دلیل اثربخشی برنامه‌های ورزشی - تفریحی در گروه آزمایش است.</p> <p>نتیجه‌گیری: حضور در فعالیتهای ورزشی - تفریحی به افزایش کیفیت زندگی در افراد با اختلالات روانی مزمن منجر می‌شود. همچنین حضور در فعالیتهای ورزشی - تفریحی به ارتقای سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی آنها منتج می‌شود. توصیه می‌شود که روان‌شناسان، کاردرمانگران و سایر متخصصان بهداشت روان که در مراکز روان‌پزشکی کشور مشغول به کار هستند، از فعالیتهای ورزشی - تفریحی برای ارتقای سطح روان‌شناختی بیماران بهره بگیرند.</p> <p>واژه‌های کلیدی: فعالیتهای تفریحی ورزشی، کیفیت زندگی، اسکیزوفرنیا</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱/۱۴</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱۲</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۴/۲۶</p> <p>نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخش کولایی</p> <p>استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.</p> <p>پست الکترونیک: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir</p>

مقدمه

اسکیزوفرنيا، يکي از ناتوان کننده ترين بيماري هاي سيستم عصبی و مغزی است که با علائمی مثل توهم، هذيان، رفتار و گفتار آشفته، برنامه ریزی ضعيف، کاهش انگيزه و خلق سطحی همراه است [۱]. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، ۲۱ ميليون نفر در جهان به اين بيماری مبتلا هستند [۲]. در ايران نيز همانند ساير کشورها شيوع اسکیزوفرنيا ۱٪ است [۳]. با اين حال برآوردها به نقل از انجمن حمايت از بيماران اسکیزوفرنيا (احبا) ۷۵۰ هزار نفر بيمار شناسایی شده تا سال ۱۳۹۵ در کشور وجود دارد [۴].

يکي از مشکلاتی که اين اختلال به همراه دارد، کاهش شديد شاخص های کیفیت زندگی است. شواهد پژوهشی نشان می دهند که به دو دليل عمده، سطح کیفیت زندگی اين بيماران پس از بروز بيماری به شدت افت می کند: نخست، اين بيماری در اوایل نوجوانی بر فرد عارض می شود و دوم، علی رغم درمان های دارویی و غيردارویی که برای آنها در نظر گرفته می شود، قريب به دو سوم آنها تا پايان عمر همچنان علائم باقی مانده اختلال را با خود دارند [۵].

در اين میان، بنابر پژوهش های انجام شده، ابتلای افراد به انواع بيماری های جسمانی و روانی می تواند با کاهش کیفیت زندگی در بيماران و خانواده های آنان همراه شود. به عبارتی ديگر، هرچند بيماری های روانی انواع مختلفی دارند و می توانند به خفيف و غيرقابل تشخيص تا شديد و ناتوان کننده تقسيم شوند؛ اما نوع مزمن آنها مشکلات جدی را در حوزه های گوناگون زندگی برای اين افراد ايجاد می کند که از جمله آنها می توان به اختلال در عملکرد روانی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی اشاره کرد. اين اختلال های روانی مزمن به نقص در مهارت های رفتاری، گفتاری و تفکر، هيجان ها، حافظه و قضاوت منجر می شوند که در نهايت به کاهش کیفیت زندگی اين افراد می انجامد [۶،۷].

از طرفی، براساس تعريف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک فرد از موقعيتش در زندگی است که برپایه فرهنگ و نظام ارزشی ای است که در آن زندگی می کند و با اهداف، انتظارات، معيارها و دل مشغولی های وی در ارتباط است [۸]. جایگاه و لزوم توجه به کیفیت زندگی سبب شده تا تلاش برای ارتقای آن از مهم ترین اصول و اولويت های برنامه ريزان و سياست گذران اجتماعی، مديران و مسئولان در هر کشوری باشد؛ لذا به جرأت می توان گفت که کلیه برنامه ها، سياست ها و تصميم گیری های اجرایی در یک جامعه در راستای ارتقای کیفیت زندگی مردم آن جامعه است [۹]. از جمله مقوله های مرتبط با کیفیت زندگی افراد به ويژه در گروه های افراد در معرض خطر و بيماران روانی، چگونگی گذران اوقات فراغت و انجام فعاليت های متفاوت جسمانی و تفریحی در مدت یا دوره بيماری آنها است [۱۰].

در تعريف سازمان بهداشت جهانی از مفهوم سلامت نيز يکي از ابعاد سلامت افراد، سلامت جسمانی محسوب می شود که خود می تواند مقدمه ای بر سلامت روانی و اجتماعی افراد باشد که متأثر از ورزش و فعاليت های جسمانی است [۸].

در واقع ورزش به عنوان يک رکن اساسی شیوه زندگی سالم در نظر گرفته شده است و به طور واضح با سلامت روان در ارتباط بوده و در طول زندگی فرد می تواند موجب پیشگیری از بروز بسیاری از بيماری های گوناگون جسمانی یا روانی شده یا آنها را مهار و کنترل کرده و از عوارض آنها بکاهد [۱۱]. سطح فعاليت بدنی به ويژه در بزرگسالان، بر وضعیت روانی و اجتماعی آنان تأثیرگذار است و عوامل روانی و اجتماعی مانند خودپنداره و روابط با گروه همسالان و داشتن سبک زندگی فعال را به دنبال دارند [۱۰]. در پژوهشی که به منظور بررسی اثربخشی حضور در فعاليت های ورزشی بر سلامت روان شرکت کنندگان صورت گرفت، کاهش چشمگیر اضطراب و افسردگی در شرکت کنندگان در برنامه های ورزشی مشاهده شد [۱۲].

Boyera و همکاران (۲۰۱۴) و Bize و همکاران (۲۰۱۴) نيز انجام فعاليت های فیزیکی را با افزایش کیفیت زندگی افراد مرتبط می دانند [۱۳،۱۴]. یافته های پژوهشی، انجام و مشارکت در فعاليت های تفریحی و ورزشی را برای گروه های بالینی ديگر نيز نشان داده است، به عنوان مثال، Bahrami و Einolgasi و همکاران [۱۵] انجام فعاليت های ورزشی و فیزیکی را بر افزایش کیفیت زندگی و خواب سالمندان مرد مؤثر دانسته اند. همچنین، مقایسه اثربخشی دو نوع فعاليت بدنی مفرح و معمولی بر سطح تحرک و علاقمندسازی به ورزش در زنان سالمند نشان داد، هرچند هر دو روش تأثیر معناداری بر افزایش تحرک زنان سالمند دارند، با اين حال تمایل به شرکت در فعاليت های ورزشی هنگام ترکیب با برنامه های تفریحی بیشتر بود [۱۶]. بنابراین می توان گفت انجام و شرکت در فعاليت های ورزشی در کنار تغذیه مناسب از جمله مسائل مهمی محسوب می شود که می توانند با افزایش سلامت جسمانی فرد علاوه بر جلوگیری از ابتلا به بيماری های جسمانی به افزایش شادکامی و سلامت روانی او بینجامد [۱۷].

با اين حال، بیشتر شواهد پژوهشی در زمینه برنامه های مداخله ای برای بيماران اسکیزوفرنيا بر انجام و آموزش فعاليت های زندگی جمعی و فعاليت های اجتماعی بر کیفیت زندگی [۱۸،۱۹] و آموزش مهارت های کنترل خشم بر بهبود مؤلفه های کیفیت زندگی در اين بيماران پرداخته اند [۲۰].

با اين حال باید به خاطر داشت، هرچند فعاليت های فیزیکی یا جسمانی فوایدی دارند که بر کسی پوشيده نیست، اما ايجاد انگيزه و رغبت، برای شروع و ادامه فعاليت ها به ويژه در افراد با اختلالات روانی مزمن از جمله اسکیزوفرنيا، نیازمند افزودن برخی برنامه های جانبی به فعاليت های ورزشی است [۲۱]. از اين رو در نظر گرفتن ۳ نکته در اجرای فعاليت های ورزشی برای افراد اين گروه قابل توجه است که شامل: ۱. ايجاد تنوع و سرگرمی، ۲. تقويت نقاط مثبت، ۳. استفاده از طرح های خلاقانه و ابداعی هستند [۱۳].

ورزش به عنوان عاملی توان بخشی و مدیریت درمان در بيماران اسکیزوفرنيا مطرح است و بدین جهت لازم است با

هم‌زمان تحت مداخله ورزشی - تفریحی و یا روان‌شناختی دیگری نباشند. ۴. عدم وابستگی به مواد مخدر. ۵. بیماری جسمانی یا معلولیت محدودکننده‌ای برای انجام فعالیت‌های ورزشی نداشته باشند.

معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱. غیبت بیش از سه جلسه از مداخله و ۲. ترخیص موقت از بیمارستان یا مرگ شرکت‌کنندگان بود.

طراحی برنامه ورزشی - تفریحی از سوی پژوهشگر و کارشناس تربیت‌بدنی صورت گرفت. برنامه کلی درمان شامل ۱۲ هفته، ۳ جلسه در هر هفته به صورت یک روز در میان و هر جلسه حدود ۲۰ دقیقه در داخل سالن و در صورت مساعد بودن آب و هوا در حیاط بیمارستان بود. در طول هر جلسه، پژوهشگر و کارشناس تربیت‌بدنی و کاردرمانگر به‌عنوان راهنما در گروه هنگام انجام فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کردند. همچنین در کلیه جلسات ورزشی، پزشک پیش از شروع برنامه ورزشی، افراد را معاینه می‌کرد و در طول انجام فعالیت‌ها حضور داشت. زمان برگزاری جلسات ساعت ۱۰ صبح و یک ساعت پس از خوردن صبحانه بود. انواع برنامه‌های ورزشی در ۳ دسته کلی نرمش‌های کششی و جنبشی همراه با موسیقی انجام می‌شدند. در آخر تمام جلسات از شرکت‌کنندگان پذیرایی به عمل آمد. خلاصه‌ای از فعالیت‌های ورزشی - تفریحی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۱ نمایش داده شده است. پس از اتمام ۱۲ هفته فعالیت‌های ورزشی نیز اقدام به تکمیل پرسش‌نامه کیفیت زندگی کردند.

برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسش‌نامه کیفیت زندگی استفاده شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی: پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) یک ابزار خود گزارشی است که در سال ۱۹۹۳ از سوی سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. این پرسش‌نامه ۲۶ سؤال دارد. دو سؤال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را ارزیابی می‌کند و ۲۴ سؤال دیگر به بررسی ۴ بعد اصلی این پرسش‌نامه یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌پردازند. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به هر سؤال پاسخ دهد. عبارات مربوط به زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمانی: ۱، ۱۱، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۴، ۳؛ سلامت روان: ۲۶، ۱۹، ۱۱، ۷، ۶، ۵؛ روابط اجتماعی: ۲۲، ۲۱، ۲۰؛ سلامت محیط: ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۹، ۸. در سؤالات ۲۶، ۴، ۳ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. این آزمون در ایران از سوی Nejat در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ابعاد بدین شرح گزارش شده است: سلامت جسمانی ۸۷٪، سلامت روانی ۷۴٪، روابط اجتماعی ۵۵٪ و سلامت محیط ۷۴٪. این ضرایب حاکی از پایایی و روایی مطلوب آزمون هستند [۲۲].

در اجرای این پژوهش با توجه به کد اخلاقی مصوب ۱۳۹۲۰۳۹۴۲۰۱۲۱۲۱۶۰ دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و

سایر فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی ترکیب شود. زیرا به افزایش رغبت افراد برای حضور در جلسات تمرینی منجر می‌شود. [۸]. آثار ابتلای افراد به بیماری اسکیزوفرنیا، علاوه بر کاهش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف و تحمیل هزینه‌های مالی و انسانی گزاف برای فرد، خانواده و جامعه [۲۱] به کاهش کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنها منجر خواهد شد.

گرچه، اثربخشی فعالیت‌های ورزشی بر گروه‌های دیگر در جامعه انجام شده است و شواهدی دال بر اثربخشی این برنامه‌ها دارد، اما پژوهش‌های اندکی به انجام و مشارکت در فعالیت‌های ورزشی و البته تفریحی اختصاصاً درباره بیماران اسکیزوفرنیا پرداخته‌اند؛ لذا پرسش اصلی پژوهش این است که آیا اثربخشی برنامه‌های ترکیبی فعالیت‌های ورزشی و تفریحی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا تأثیر دارد؟ همچنین، آیا این برنامه‌ها می‌توانند به‌عنوان برنامه‌های غیردارویی این بیماران در مراکز روان‌پزشکی از سوی متخصصان بهداشت روان و سلامت استفاده شوند؟

روش کار

روش این مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه تحقیق شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنیا که در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان روان‌پزشکی رازی شهر تهران ساکن در بلوک‌های نگهداری ویژه بیمارانِ رسوبی (افرادی که در این بلوک‌ها زندگی می‌کنند، عمدتاً مراقب ندارند یا با خانواده زندگی نمی‌کنند) بودند. از میان ۲۱۸ بیمار زن اسکیزوفرنیای مقیم در بلوک‌های نگهداری زنان، از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با مراجعه به فهرست اسامی بیماران، ۱۰۸ زن واجد شرایط انتخاب شدند. سپس ۲۶ شرکت‌کننده که کمترین نمره را در پرسش‌نامه کیفیت زندگی داشتند، براساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش انتخاب شدند که در ادامه پژوهش دو نفر از آنها به دلیل بی‌رغبتی از شرکت در مداخله کنار گذاشته شدند و در نهایت ۲۴ نفر از آنها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص داده شدند و داده‌ها براساس ۲۴ نفر در هر گروه ۱۲ نفر تحلیل شد. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸۰ و مطالعات انجام‌شده پیشین [۳۰، ۳۱] ۲۴ محاسبه شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: ۱. تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا از سوی فرد متخصص یعنی روان‌پزشک و پرونده‌های روان‌پزشکی آنها و براساس معیارهای تشخیصی DSM-V تشخیص‌گذاری انجام شد. ۲. میزان سواد حداقل سیکل و بهره هوشی متوسط برای درک و فهم سؤالات و پاسخ‌گویی مستقلانه و همچنین درک دستورهای مربی برای شرکت در مداخله بررسی شد. هوش‌بهر این بیماران با آزمون هوشی ماتریس‌های پیش‌رونده ریون نسخه سیاه و سفید سنجیده شد و نتایج نشان داد که هوش شرکت‌کنندگان در پژوهش در حد متوسط بود و میانگین، ۹۲/۱۲ و انحراف استاندارد ۱۳/۲۹ به‌دست آمد. ۳. شرکت‌کنندگان در پژوهش

در پایان برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد و تحلیل داده‌ها در سطح آماری توصیفی با هدف تعیین شاخص‌های گرایش مرکزی، پراکندگی و شاخص‌های توزیع انجام شد. در سطح آمار استنباطی نیز از مدل‌های آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شد.

تحقیقات، رعایت کلیه موازین و معیارهای اخلاقی در پژوهش انجام گرفت؛ از جمله: ۱. محرمانگی پرسش‌نامه‌ها ۲. رضایت آگاهانه ۳. خروج داوطلبانه شرکت‌کنندگان از پژوهش ۴. برگزاری ۴ جلسه ورزشی - تفریحی برای شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از اتمام مداخله.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله برنامه‌های ورزشی - تفریحی

جلسات	اهداف و محتوا
جلسه اول	آشنایی و شرح اهداف جلسه گروهی - انجام حرکات کششی و نرمش - دویدن در سالن
جلسه دوم	انجام حرکات کششی و نرمش - ریلکسیشن در حالت خوابیده با چشمان بسته و دم و بازدم عمیق - رقص و انجام حرکات موزون با موزیک
جلسه سوم	انجام حرکات کششی و نرمش - دویدن در سالن - انجام مسابقه فوتبال دستی و بازی پینگ‌پنگ
جلسه چهارم	انجام حرکات کششی و نرمش - دویدن در زمین چمن - برگزاری مسابقه دارت - پس از اتمام مسابقه، به بیماران به‌عنوان جایزه شیر و کیک داده شد.
جلسه پنجم	انجام حرکات کششی و نرمش - بازی وسطی - تمرین ریلکسیشن در حالت خوابیده
جلسه ششم	انجام حرکات کششی و نرمش - راه رفتن روی تردمیل - پس از آن مددجویان دارت بازی کردند.
جلسه هفتم	انجام حرکات کششی و نرمش - دویدن در سالن به‌طور دسته‌جمعی - انجام بازی فوتبال دستی، تنیس‌روی‌میز و بدمینتون
جلسه هشتم	پیاده‌روی مددجویان در محوطه بیمارستان با نظارت کاردرمان، پرستار و روان‌شناس انجام شد. حین پیاده‌روی، از باغ پرندگان موجود در محوطه بیمارستان دیدن کردند و در آخر از آنها با کیک و آبمیوه پذیرایی شد.
جلسه نهم	انجام حرکات کششی و نرمش - آغاز پیاده‌روی - سپس پرتاب توپ بسکتبال در تور - گوش دادن به موسیقی و اجرای حرکات موزون
جلسه دهم	گردش و پیاده‌روی در محوطه بیمارستان انجام شد. سپس به فروشگاه بیمارستان برده شدند تا خوراکی خریداری کنند.
جلسه یازدهم	انجام حرکات کششی و نرمش در سالن ورزش همراه با موزیک - انجام پیاده‌روی آرام و تند - در مرحله بعدی مددجویان ورزش‌های فوتبال دستی، دارت، تنیس‌روی‌میز، بدمینتون و تردمیل را به‌نوبت انجام دادند.
جلسه دوازدهم	انجام ورزش‌های کششی و نرمش - حرکات موزون همراه با موسیقی - انجام بازی وسطی به‌صورت گروهی

یافته‌ها

سنی ۳۲ تا ۳۵ ساله بودند، ۸ نفر (۳۳/۵٪) در گروه سنی ۳۶ تا ۳۹ ساله بودند و ۲ نفر (۸٪) در گروه سنی ۴۰ تا ۴۳ قرار داشتند. در جدول ۲ و ۳ یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

توزیع سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، در دو گروه آزمایش و کنترل از این قرار بود: ۱۴ نفر (۵۸/۵٪) در گروه

جدول ۲. یافته‌های توصیفی کیفیت زندگی در گروه آزمایش

متغیر	سطح	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۲	۱۵/۴۰	۱/۸۹	۰/۱۳	۰/۹۸
	پس‌آزمون	۱۲	۱۸/۹۰	۱/۹۱	۰/۰۵	-۰/۸۷
سلامت روان	پیش‌آزمون	۱۲	۱۵/۶۰	۲/۰۱	۰/۲۷	-۰/۷۵
	پس‌آزمون	۱۲	۱۸/۷۰	۲/۳۱	-۰/۵۵	-۰/۳۰
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲	۶/۱۰	۱/۵۲	۰/۷۳	۰/۰۴
	پس‌آزمون	۱۲	۸/۶۰	۱/۳۴	-۰/۰۹	۰/۱۳
سلامت محیط	پیش‌آزمون	۱۲	۲۳/۵۰	۲/۱۷	۰/۰۱	-۰/۵۳
	پس‌آزمون	۱۲	۲۶/۷۰	۱/۸۸	۰/۴۱	-۰/۵۶
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۲	۶۰/۶۰	۳/۲۷	۰/۴۱	-۰/۵۶
	پس‌آزمون	۱۲	۷۲/۹۰	۳/۶۳	-۰/۹۹	۰/۶۴

جدول ۳. یافته‌های توصیفی کیفیت زندگی در گروه کنترل

متغیر	سطح	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کجی	ضریب کشیدگی
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱۲	۱۴/۸۰	۲/۶۵	۰/۲۲	۱/۱۳
	پس آزمون	۱۲	۱۴/۷۰	۲	-۰/۷۳	-۰/۲۳
سلامت روان	پیش آزمون	۱۲	۱۶/۷۰	۲/۰۵	۰/۱۲	-۱/۰۸
	پس آزمون	۱۲	۱۶/۴۰	۲/۰۶	۰/۵۵	-۰/۸۰
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۱۲	۵/۶۰	۱/۲۶	۰/۵۴	۰/۰۲
	پس آزمون	۱۲	۵/۶۰	۱/۴۲	۰/۳۱	-۰/۱۶
سلامت محیط	پیش آزمون	۱۲	۲۳/۳۰	۲/۴۹	۰/۲۷	-۰/۶۳
	پس آزمون	۱۲	۲۲/۷۰	۲/۹۸	-۰/۰۴	-۰/۶۵
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۲	۶۰/۴۰	۳/۳۳	-۰/۱۶	-۰/۸۷
	پس آزمون	۱۲	۵۹/۴۰	۴/۹۷	-۰/۱۱	-۰/۷۷

که تغییرات ایجاد شده به دلیل اثربخشی برنامه‌های ورزشی - تفریحی در گروه آزمایش است.

برای بررسی اثربخشی مداخله بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتیجه تحلیل مانکوا گروه‌ها پس از حذف اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون عامل سلامت جسمانی ($F=۳۴/۳۹$, $sig = ۰/۰۰۱$)، در عامل سلامت روانی ($F=۲۷/۲۴$, $sig = ۰/۰۰۱$)، در عامل سلامت اجتماعی ($F=۵۹/۶۳$, $sig = ۰/۰۰۱$) و در نهایت در عامل سلامت محیط ($F=۸۰/۸۱$, $sig = ۰/۰۰۱$) وجود دارد. نتیجه جدول ۵ نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده به دلیل اثربخشی برنامه‌های ورزشی - تفریحی در گروه آزمایش است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون آنکوا و مانکوا یا تحلیل واریانس یک‌راهه و چندراهه با استفاده از آزمون اسمیرنوف - کولمگروف نرمالیتی توزیع داده‌ها، بررسی هم‌گنی واریانس‌ها با آزمون لون و در نهایت بررسی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام - باکس انجام شد. پس از اطمینان از برقراری پیش‌فرض‌ها از تحلیل‌های آنکوا و مانکوا استفاده شد.

نتیجه تحلیل کوواریانس گروه‌ها پس از حذف اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون کیفیت زندگی (نمره کلی) وجود دارد.

($F=۹۱/۸۲$, $sig = ۰/۰۰۱$). نتیجه جدول ۴ نشان می‌دهد

جدول ۴. تحلیل کوواریانس مرتبط با تأثیر فعالیت‌های ورزشی بر کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۰۷/۳۳	۱	۲۰۷/۳۳	۲۶/۳۱	۰۰/۱۰
گروه	۸۸۲/۸۵	۱	۸۸۲/۸۵	۱۱۲/۰۳	۰۰/۱۰
خطا	۱۳۳/۹۶	۱۷	۷/۸۸	-	-

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چندمتغیره مرتبط با تأثیر فعالیت‌های ورزشی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۷۲/۶۲	۱	۷۲/۶۲	۳۴/۳۹	۰۰/۱۰
سلامت روان	۵۰/۸۴	۱	۵۰/۸۴	۲۷/۲۴	۰۰/۱۰
سلامت اجتماعی	۲۹/۶۳	۱	۲۹/۶۳	۳۵/۳۹	۰۰/۱۰
سلامت محیط	۸۰/۸۱	۱	۸۰/۸۱	۵۰/۵۲	۰۰/۱۰

بحث

میان فردی می‌انجامد [۳۰]. به‌طور کلی خود مشارکت و داشتن فعالیت‌های گروهی تفریحی و سرگرم‌کننده به روابط بهتر بیمار با دیگران، خودتعیینی و تجربه مثبت در زندگی کمک می‌کند [۳۱].

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است، که از میان آنها می‌توان به در نظر نگرفتن متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله تحصیلات و موقعیت‌های خانوادگی اشاره کرد. از سوی دیگر با توجه به اینکه این بیماران عمدتاً رسوبی بودند و در بلوک‌ها زندگی می‌کردند، اطلاعات مکفی و تکمیلی به دلیل دسترسی نداشتن به خانواده‌ها وجود نداشت. همچنین، فقدان بررسی تداوم تأثیرات مشارکت در برنامه‌های ورزشی - تفریحی در فاز پیگیری از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بود. برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود که از روش‌های تفریح‌درمانی دیگری از جمله باغبانی، استفاده از سینما، شعر، اردوها و کمپ‌های مسافرتی نیز در برنامه‌های تفریحی استفاده شود. همچنین، برای دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر، متغیرهای جمعیت‌شناختی دیگری به جز سن، بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه نشان می‌دهد کاربرد فعالیت‌های ورزشی - تفریحی گروهی با فراهم‌سازی محیطی مفرح برای بیماران اسکیزوفرنیا، فرصت برقراری روابط اجتماعی و تعامل با دیگران را ایجاد می‌کند که نه فقط منجر به بهبود روابط اجتماعی و سلامت جسمانی آنها می‌شود، بلکه با کاهش تنش و اضطراب و افزایش خلق بیماران به ارتقای سلامت روان آنها یاری رسانده و در نهایت کیفیت زندگی آنها را بیشتر می‌کند. بنابراین به‌نظر می‌رسد استفاده از این روش در محیط‌های درمانی به‌عنوان یک فعالیت درمانی و توان‌بخشی روانی مناسب و غیردارویی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثرگذار باشد و با افزایش کیفیت زندگی بیماران به درمان آنها کمک و روند بهبود و توانایی را تسریع کند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره نویسنده اول با کد مصوب ۱۳۰۳۹۴۲۰۳۹۴۲۱۶۰۱۲۱۲۱۶ دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات مرکزی است. در پایان از کلیه مسئولان و کاردرمانگران و کارکنان بخش توانبخشی بیمارستان روان‌پزشکی رازی شهر تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد در منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

نتیجه این مطالعه نشان داد که انجام حرکات ورزشی به‌همراه تفریح برای بیماران زن اسکیزوفرنیا، به افزایش کیفیت زندگی آنها منجر شد. این یافته با پژوهش Beebe و همکاران (۲۰۰۵) هم‌سو است. آنها در پژوهش خود نشان دادند که ورزش می‌تواند به ارتقای سلامت روانی و جسمانی بیماران اسکیزوفرنیا کمک کند [۲۳]. همچنین پژوهش‌های دیگر نشان دادند که فعالیت‌های ورزشی منسجم می‌تواند به افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، کارآمدی سیستم قلبی - عروقی و در نهایت تناسب اندام بیماران اسکیزوفرنیا یاری برساند [۲۴، ۲۵].

هرچند که فعالیت‌های ورزشی برای بیماران اسکیزوفرنیا مناسب هستند، اما برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انجام فعالیت‌های ورزشی بدون توجه به تفریح و سرگرمی چندان تأثیری بر وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران ندارند [۲۶]. به‌عنوان مثال Moxham و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که با توجه به ماهیت پیچیده بیماری اسکیزوفرنیا و تداخل عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی گوناگون، بیماران به دامنه وسیعی از تفریحات و سرگرمی‌ها در کنار فعالیت‌های ورزشی نیازمند هستند [۲۷].

همچنین نتایج آشکار ساخت که انجام فعالیت‌های ورزشی - تفریحی بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران اثر مثبت دارد. در همین راستا Pedersen و Saitin (۲۰۱۵) در فراتحلیلی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که انجام فعالیت‌های ورزشی بر ۲۶ بیماری، منجر به کاهش علائم بیماران می‌شود و به‌ویژه در بیماران روانی باعث ارتقای بهزیستی آنها و اصلاح سبک زندگی و کاهش عود علائم می‌شود [۲۸].

علاوه بر این، یافته‌های مطالعاتی دیگری نیز نشان داده‌اند، ۳۰ دقیقه ورزش روزانه به‌اندازه دارو درمانی در بهبود اختلالات روان‌شناختی مؤثر بوده و از این طریق به افزایش سلامت روان و بهزیستی آنها منجر می‌شود [۲۹].

Scheewe و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود اظهار می‌دارند که انجام فعالیت‌های ورزشی یک یا دو بار در هفته به بهبود قابلیت‌های اجتماعی، روابط میان فردی، مهارت‌های عملی و روابط میان فردی، خوداتکایی و افزایش ادراک اجتماعی منجر شده و سلامت اجتماعی و روان‌شناختی بیماران را ارتقا می‌دهد. همچنین، به‌لحاظ جسمی باعث بهبود سیستم قلبی - عروقی و گوارشی آنها می‌شود و نیاز به مراقبت دائم را کاهش می‌دهد [۲۹].

در عین حال ورزش کردن و شرکت در فعالیت‌های تفریحی - ورزشی گروهی به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی توان‌بخشی با افزایش خلق افراد، تخلیه هیجانات منفی و نمایش هیجان‌های مثبت در آنان، سلامت روان را افزایش داده، بر مهارت‌های ارتباطی می‌افزاید و در عین ارتقای کیفیت زندگی به بهبود روابط و مهارت‌های ارتباطی

References

- McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*. 2004;2:13. DOI: [10.1186/1741-7015-2-13](https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13).
- Saha S, Chant D, Welham J, and McGrath J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*. 2005 ; 2(5):e141. doi: [10.1371/journal.pmed.0020141](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141) PMID: PMC1140952.
- What is Schizophrenia? http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- The population of Schizophrenia in Iran. <http://www.isna.ir/news/95100603447/750>
- Murray CJ, Lopez AD, editors. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996,PP:990.
- Koolae AK, Etemadi A. The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010;56(6):634-46. doi: [10.1177/0020764009344144](https://doi.org/10.1177/0020764009344144)
- Callaghan P. Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing*. 2004;11(4):476-83. DOI: [10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x)
- World Health Organization. Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.
- Li SG, Lu F, Wang AHH. Exploring the relationships of physical activity, emotional intelligence and health in Taiwan college students. *Journal of Exercise Science and Fitness*. 2009;7(1):55-63.
- Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, Tessier S, Oppert JM, Hercberg S, et al. Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Prevention Med*. 2005;41(2):562-9. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.01.006> PMID: 15917053
- Parker AG, Hetrick SE, Jorm AF, Yung AR, McGorry PD, Mackinnon A, Moller B, Purcell R. The effectiveness of simple psychological and exercise interventions for high prevalence mental health problems in young people: a factorial randomized controlled trial. *Bio Med Central*. (2011);12:76. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-76>
- Berchtold N.C, Castello N, Cotman C.W. "Exercise and time – dependent benefits to learning and memory". *Neuroscience*. 2010;167(3):588-97. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2010.02.050>
- Boyera L, Baumstarcka K, Iordanovaa T, Fernandez J, Jeanb P, Auquieria P. A. poverty-related quality of life questionnaire can help to detect health inequalities in emergency departments. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014;67(3):285-95. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.021>
- Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2014;45(6):401-15. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017>
- Bahrami Einolgasi H, Khodabakhshi koolae A, Taghvae D. Efficacy of group physical activity on sleep quality and quality of life among older adults in Kahrizak nursing home. *joge*. 2016;1(1):29-39. <https://doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.1.45>
- Mazlloom SR., Najafi Z., Kooshyar H., & Azhari A. Comparison of the effect of two fun and regular physical activities on the rate of activity and interest to perform exercise in older women residential in Mashhad nursing homes. *IJOGI*, 2015;18(162):1-10. DOI: [10.22038/ijogi.2015.4973](https://doi.org/10.22038/ijogi.2015.4973)
- Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Tharp T, Rex J. Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2003;57(8):803-10. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.8.803>
- Khodabakhshi-Koolae A, & Falsafinejad MR. Effects of communal living Skills on improving Activities of daily living of male patients with schizophrenia, *Schizophrenia Research*. 2014;1(1):4-8
- Hematimanesh A, Azkhosh M, Khodabakhshi-koolae A., Khodae MR. effectiveness of group training program for social skills in the improvement of daily life skills of male patients with schizophrenia. *Research in rehabilitation science*. 2012;8(1):113-21.
- Khodabakhshi-Koolae A, Ebrahim Baighi H, Navidian A. Effects of Communication Skills Training on Aggression and Quality of Life of Male Patients with Chronic Mental Illnesses. *JCCNC*. 2016;2 (1):3-10 URL: <http://jccnc.iuums.ac.ir/article-1-79-en.html>
- Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: bio-psychosocial interactions*, 8th ed. New York: Wiley; 2014.83-7.

22. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph*. 2006;4(4):1-12. URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
23. Beebe LH, Tian L, Morris N, Goodwin A, Allen SS, and Kuldau J. EFFECTS OF EXERCISE ON MENTAL AND PHYSICAL HEALTH PARAMETERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. *Issues in mental health Nursing*, 2005;26(6):661-7. <https://doi.org/10.1080/01612840590959551>
24. Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C, Dickerson F, Brown CH, Kreyenbuhl J, Wohlheiter K, & Dixon LB. Physical Activity Patterns in Adults With Severe Mental Illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2005;193(10):641-6. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180737.85895.60> PMID 16208158
25. Gorczyński P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36:665-6. Google Scholar Medline , DOI: [10.1002/14651858.CD004412.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2).
26. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013;207:25-32. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.026>
27. Moxham L, Patterson C, Taylor E, Perlman D, Sumskis S, and Brighton R. A multidisciplinary learning experience contributing to mental health rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 2017;39(1):98-103. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1146358>
28. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science Sports*, 2015;25:1–72. DOI: 10.1111/sms.12581. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
29. Scheewe T.W, Backx F.J, Takken T. et al. “Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomized controlled trial,” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013;127(6):464-73. DOI: 10.1111/acps.1202
30. Picton C, Moxham L & Patterson C. Therapeutic recreation for people with a mental illness is beneficial. *Australian Nursing and Midwifery Journal*. 2016;23(10):39. PMID:27424455
31. Moxham L, Liersch-Sumskis S, Taylor E, Patterson C & Brighton R. Preliminary outcomes of a pilot therapeutic recreation camp for people with a mental illness: Links to recovery. *Therapeutic Recreation Journal*, 2015;49(1):61-75.