

تأثیر مداخلات کاردرمانی مراجع مدار بر رضایتمندی و عملکرد سالمندان مبتلا به سکتة مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی

(مقاله پژوهشی)

مرجان قوامی^{۱*}، احمدعلی اکبری کامرانی^۲، زهره سرفراز^۳، ماندانا فلاح پور^۴، مهدی رهگذر^۵

چکیده:

هدف: این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخلات کاردرمانی مراجع مدار بر عملکرد و رضایتمندی افراد مبتلا به سکتة مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی انجام شده است. **روش بررسی:** در این مطالعه ۲۴ نفر از افراد سکتة مغزی مراجعه کننده به مرکز توانبخشی رفیده به صورت نمونه در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند که ۲ نفر از گروه مداخله از ادامه درمان خودداری کردند. سپس افراد در گروه مداخله ۲۴ جلسه تحت مداخله کاردرمانی مراجع مدار در حیطه فعالیتهای خودمراقبتی قرار گرفتند؛ مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه بود. گروه کنترل کاردرمانی رایج را دریافت کردند. رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیتهای خود مراقبتی این افراد، قبل و بعد از مداخله ارزیابی شد. ابزارهای جمع آوری اطلاعات شامل فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس ارزیابی عملکرد کاری کانادائی و آزمون بارتل بود.

یافته‌ها: بین دو گروه در نمره رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیتهای خودمراقبتی قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت. بعد از مداخله هم بین دو گروه در نمره رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیتهای خودمراقبتی تفاوت معناداری مشاهده نشد ولی قبل و بعد از مداخله درمانی در گروه مداخله اختلاف معناداری در نمره رضایتمندی ($p=0/009$)، عملکرد ($p=0/028$) و استقلال ($p=0/019$) در فعالیتهای خودمراقبتی وجود داشت؛ همچنین اختلاف معناداری در گروه کنترل بین قبل و بعد از مداخله در نمره رضایتمندی ($p=0/011$)، عملکرد ($p=0/007$) و استقلال ($p=0/029$) در فعالیتهای خودمراقبتی مشاهده شد. **نتیجه گیری:** براساس نتایج فوق مداخله کاردرمانی مراجع مدار بر رضایتمندی، عملکرد و استقلال فعالیتهای خود مراقبتی افراد مبتلا به سکتة مغزی تأثیر داشته است اما این تأثیر آنقدر زیاد نبوده که این نتایج را بتوان در مقایسه دو گروه باهم مشاهده کرد، فقط این تأثیر در مقایسه بین قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله مشاهده شد. **کلید واژه‌ها:** کاردرمانی مراجع مدار، عملکرد، رضایتمندی، فعالیتهای خودمراقبتی، سکتة مغزی.

۱- کارشناسی ارشد کاردرمانی جسمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
* پست الکترونیک نویسنده مسئول: marjan_22220@yahoo.com
۲- دانشیار گروه بالینی و مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۳- عضو هیئت علمی گروه آموزشی کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۴- دانشجوی دکتری تخصصی کاردرمانی (PhD)، عضو گروه آموزشی کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۵- استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم زیستی و توانبخشی تهران.

مقدمه

آسیب‌های بینائی، شخصیتی، تغییرات هوشی و دامنه پیچیده‌ای از آسیبهای گفتاری و زبان می‌باشند (۶).

امروزه با شناسائی عوامل خطر این بیماری و نیز پیشرفت روشهای درمانی، آمار منجر به مرگ کاهش یافته است، ولی به دلیل ناتوانیهای ناشی از آن نیاز به خدمات توانبخشی افزایش پیدا کرده است. این واقعیت نشان دهنده لزوم ارائه خدمات توانبخشی بویژه کاردرمانی جهت بازگشت به فعالیتهای متفاوت زندگی می‌باشد (۷و۸). از این رو بکارگیری روشهای درمانی مناسب به منظور ارتقاء فعالیتهای روزمره زندگی و فعالیتهای خود مراقبتی در افراد مبتلا به سکتة مغزی ضروری می‌باشد. مهارتهای خود مراقبتی شامل فعالیتهای پایه‌ای روزمره زندگی می‌باشد که یک شخص برای استقلال و حفظ خود در زندگی انجام می‌دهد و

سکتة مغزی عبارت است از اشکال در گردش خون مغز به علت خونریزی یا انسداد که منجر به بروز علائم و نشانه‌هایی نظیر نقص در هوشیاری، ارتباط، حافظه، شناخت، حس، حرکت، فلج، تحلیل عضلات، مشکل در کنترل بدنی و سیستم خودکار، بسته به محل درگیری می‌شود (۱). سکتة مغزی یکی از شایعترین بیماریهای ناتوان کننده نورولوژیک در سنین میانسالی و سالمندی می‌باشد. همچنین این بیماری سومین علت شایع مرگ و میر بعد از سرطان و بیماریهای قلبی و عروقی می‌باشد که شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد (۵-۲).

سکتة مغزی به همراه اختلال حرکتی، اختلالات دیگری را بوجود می‌آورد که بعضی از آنها آسیب حسی، اختلالات درکی،

(۲۰۰۲) مطالعه‌ی مشابهی انجام دادند. هدف از این تحقیق این بود که آیا استفاده از رویکرد مراجع مدار با ابزار COPM بر درک بیمار جهت شرکت فعال در فرآیند توانبخشی تأثیر می‌گذارد؟ اکثر بیماران در گروه مداخله بیان کردند که با تعیین اهداف درمانی، شرکت فعالی در فرآیند توانبخشی داشتند و همچنین توانایی بیشتری در مدیریت خود، بعد از پایان برنامه توانبخشی در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. نتایج مطالعه حاکی از آن است که استفاده از COPM مشارکت بیمار در پروسه‌ی توانبخشی را بهبود می‌بخشد (۱۴). Sunil و همکاران (۲۰۰۲) تأثیر برنامه‌ی کاردرمانی مراجع مدار در بیماران سکنه مغزی حاد در منزل، پس از ترخیص از بیمارستان را بررسی کردند. بیماران قبل و بعد از مداخله با COPM و MMAS و MBI ارزیابی شدند، دوره درمان ۱۰ هفته طول کشید. نتایج مطالعه نشان داد که کاردرمانی مراجع مدار میزان نمره‌ی عملکرد و رضایتمندی بیماران را طی دوره‌ی درمان در منزل بهبود می‌بخشد (۱۵). (Bodiam 1997) از COPM برای اندازه‌گیری نتیجه‌ی درمان توانبخشی بالغین مبتلا به بیماری‌های نورولوژیک استفاده نمود. نتایج مطالعه حاکی از افزایش آماری قابل توجهی در میزان عملکرد و رضایتمندی بیماران بود و در سطح رضایتمندی افزایش بیشتری را نشان می‌داد (۱۶) در سال ۱۳۸۲، کارایی COPM در مورد بیماران نورولوژیک کلینیک کاردرمانی دانشکده علوم توانبخشی توسط آتشی و اکبری مورد ارزیابی قرار گرفت، نتایج این تحقیقات نشان داد که تغییرات رضایتمندی بیشتر از عملکرد بوده است (۱۷).

عدم بکارگیری روشهای مناسب به منظور ارتقاء فعالیت‌های خود مراقبتی در این افراد منجر به از دست دادن استقلال بیماران و افزایش وابستگی به اطرافیان، کاهش اعتماد به نفس و عوارض روانی مثل افسردگی و... کاهش رضایتمندی، افت کیفیت زندگی و... می‌شود.

با توجه به مطالب ذکر شده و با توجه به ماهیت گسترده بیماری سکنه مغزی، ضرورت بکارگیری روشهای درمانی سودمند و مؤثر آشکار است. در روش مداخله‌ای مراجع مدار با تأکید بر مشارکت بیمار در تعیین اهداف درمانی، برنامه درمانی مناسب و منحصر به فرد برای بیمار طرح‌ریزی می‌شود. از آنجائیکه در حال حاضر بکارگیری این روش درمانی در کشور ما چندان رایج نمی‌باشد ضرورت طراحی مداخلات درمانی مراجع مدار به منظور ارتقاء فعالیت‌های خودمراقبتی ضروری به نظر می‌رسد. از جمله مزایای این روش درمانی در مقایسه با روشهای روتین سنتی و متداول

شامل تحرک، جابجایی در بستر، نشستن و انتقال از جایی به جای دیگر، غذا خوردن، آرایش کردن، لباس پوشیدن، حمام کردن و بهداشت شخصی و توالی رفتن می‌باشد (۹).

در این میان نتایج مطالعات پیشین نشان داده است که یکی از این راهکارها در دنیا که ضرورت بکارگیری آن اثبات شده است روش مداخله مراجع مدار می‌باشد. رویکرد مراجع مدار طبق تعریف انجمن کاردرمانی کانادا (CAOT) عبارت است از، رویکرد فراهم سازی و ارائه خدمات کاردرمانی بر پایه فلسفه احترام به افراد دریافت کننده خدمات و حضور و مشارکت فعال آنان در دریافت خدمات (۱۰).

از جمله مزایای این روش درمانی در مقایسه با روشهای روتین سنتی و متداول دیگری که در مراکز توانبخشی کشورمان جهت ارتقاء سطح فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی انجام می‌شود، می‌توان به نقش فعال بیمار در تعیین مشکلات و مشخص کردن اهداف درمانی اشاره کرد. در روش سنتی بیمار نقشی در مشخص کردن اهداف نداشته و درمانگر با توجه به ارزیابی‌هایی که روی بیمار انجام می‌دهد، اهداف و برنامه درمانی را اولویت‌بندی و طرح‌ریزی می‌نماید ولی در روش مراجع مدار، این بیمار است که مشخص می‌کند کدام مشکل برای او اولویت داشته و مهم‌تر است و به درمانگر کمک می‌کند تا با توجه به نیازهای خود و در نظر گرفتن اهداف بیمار از درمان، برنامه درمانی را طرح‌ریزی نماید (۱۱).

مطالعات زیادی درباره بررسی تأثیرات این روش درمانی بر میزان عملکرد و رضایتمندی عملکرد کاری افراد مبتلا به سکنه مغزی انجام شده است. Roberts و همکاران (۲۰۰۸) تأثیر مداخلات کاردرمانی بر عملکرد کاری مراجعین را با استفاده از COPM بررسی کردند؛ در این مطالعه ۶۲ بیمار شرکت کردند. بیماران COPM را در مصاحبه اولیه و در پایان مداخله کامل کردند. یافته‌های آماری تغییرات معناداری در عملکرد کاری و رضایتمندی بیماران بعد از مداخلات کاردرمانی مراجع مدار را نشان می‌دهد. مهارت‌های خودمراقبتی در اکثر بیماران جزء اولویت‌ها بود. Cheng و همکاران (۲۰۰۲) کاربرد رویکرد مراجع مدار و مقیاس COPM را در توانبخشی بیماران نورولوژی در تایوان بررسی نمودند (۱۲). در این مطالعه COPM و RNL قبل و بعد از یک ماه درمان توانبخشی به منظور ارزیابی عملکرد کاری ارزیابی شد. نتایج این مطالعه نشان دهنده افزایش معنا داری در نمرات عملکرد و رضایتمندی بیماران بود (۱۳). Wressle و همکاران

دیگر که در مراکز توانبخشی کشورمان جهت ارتقاء سطح فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی انجام می‌شود، می‌توان به نقش فعال بیمار در تعیین مشکلات و مشخص کردن اهداف درمانی اشاره کرد. با توجه به مطالب گفته شده در این زمینه، تصمیم به انجام این مطالعه گرفته شد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر مداخلات کاردرمانی مراجع مدار بر عملکرد و رضایتمندی فعالیت‌های خود مراقبتی افراد مبتلا به سکنه مغزی بوده است.

روش بررسی

نوع مطالعه، مداخله‌ای از نوع تجربی می‌باشد. جامعه هدف در این تحقیق، افراد مبتلا به سکنه مغزی و جامعه در دسترس افراد مبتلا به سکنه مغزی مراجعه کننده به کلینیک توانبخشی بیمارستان توانبخشی رفیده در تابستان ۸۸ بود. بیماران، پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی به صورت نمونه در دسترس، ۲۴ نفر انتخاب شدند که بصورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند، که ۲ نفر به علت عدم مراجعه به مرکز از گروه مداخله حذف شدند. شاخص‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: داشتن تشخیص قطعی سکنه مغزی بر اساس نظر پزشک معالج و مدارک پزشکی، ابتلا به سکنه مغزی برای یکبار که حداکثر دو سال از سکنه مغزی گذشته باشد، عدم ابتلا به بیماری‌های دیگر همراه که منجر به بروز ناتوانی جسمی و روانی بیمار شود (بر اساس تشخیص پزشک و پرونده پزشکی بیمار (آزایمر، افسردگی شدید، MS، میوپاتی، توانایی شناختی مناسب بر اساس نمره آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی ($MMSE > 22$) و نمره آزمون بارتل ($BI < 95$)، بدین معنی که فرد در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مستقل نباشد. بیمار توانایی برقراری ارتباط و تکلم و درک دستورات کلامی را داشته و تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشد.

شاخص‌های خروج از مطالعه شامل وجود بیماری‌های جدید که باعث ایجاد ناتوانی‌های بیشتری در بیمار گردد، غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات درمانی و نداشتن هر یک از شرایط ورود به مطالعه می‌باشد. ابزار استاندارد مورد استفاده در رویکرد مراجع مدار در این مطالعه، مقیاس ارزیابی عملکرد کاری کانادایی (COPM) می‌باشد که جهت بررسی عملکرد و رضایتمندی بیمار در حیطه‌ی عملکرد کاری (شامل فعالیت‌های خود مراقبتی، فعالیت‌های تولیدی و اوقات فراغت) بکار می‌رود (۱۱). از این پرسشنامه فقط قسمت فعالیت‌های روزمره زندگی، خرده مقیاس

فعالیت‌های خودمراقبتی که شامل شش فعالیت (تحرک، غذا خوردن، آرایش کردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، بهداشت شخصی و توالیت رفتن) می‌باشد توسط بیمار زیر نظر ترابست در این پژوهش ارزیابی شد. این پرسشنامه‌ها توسط مصاحبه تکمیل گردید و هر آیتم به صورت جداگانه نمره‌دهی شد. سپس افراد در گروه مداخله به مدت ۸ هفته (سه روز در هفته، هر جلسه ۴۵ دقیقه) تحت درمان مداخلات کاردرمانی مراجع مدار به منظور ارتقاء فعالیت‌های خود مراقبتی قرار گرفتند. کاردرمانی مراجع مدار در گروه مداخله به این صورت اجرا شد که ابتدا ۲ مشکلی که خود بیمار مشخص کرده بود و از نظر او مهم بود به عنوان برنامه درمانی در نظر گرفته شد، قابل ذکر است در بیمارانی که سواد نداشتند پرسشنامه‌ها توسط ارزیاب با پرسش از بیمار یا اطرافیان وی، کامل شد. پس از تعیین مشکل، بیمار از نظر حرکتی و چگونگی انجام آن فعالیت مشکل مشاهده شد و نواقص و محدودیت‌های حرکتی که مانع انجام آن فعالیت می‌شد، مشاهده و مشخص گردید. سپس فعالیت مورد نظر به اجزاء کوچکتر و ساده‌تر تجزیه شد و پیش نیازهای لازم برای انجام آن فعالیت و انجام مداخلات درمانی برای رفع و کاهش علائم و بهبود نحوه انجام فعالیت تعیین گردید و در نهایت، مشکلات خود مراقبتی که بیمار مشخص کرده بود بر اساس کتب و منابع معتبر کاردرمانی به وی آموزش داده شد. درمان در گروه مداخله توسط محقق و در گروه کنترل توسط همکاران کاردرمانگر در بخش کاردرمانی انجام شد. قابل ذکر است که برنامه درمانی بیماران در روش مراجع مدار منحصر به فرد بوده و مربوط به نیازهای شخص بیمار در حیطه فعالیت‌های خودمراقبتی است و روی فعالیت‌هایی که از نظر بیمار دارای بیشترین اهمیت و کمترین عملکرد و رضایتمندی است متمرکز گردید. در گروه کنترل مداخله کاردرمانی مراجع مدار انجام نشد و فقط تحت درمان با روش کاردرمانی رایج قرار گرفتند. درمان در گروه کنترل شامل تمام فعالیت‌هایی بود که به صورت روتین در کلینیک‌های کاردرمانی توسط کاردرمانگران اجرا می‌شود. پرسشنامه Barthel's Index جهت بررسی میزان وابستگی در فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران سکنه مغزی جهت ورود به مطالعه قبل و بعد از مداخله توسط محقق کامل گردید. بعد از اتمام مداخله درمانی، در هر دو گروه مجدداً پس از آزمون (آزمون COPM و آزمون بارتل) به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS17 و از آزمون‌های آماری مجذور کا، t مستقل، t زوجی و آزمون آماری کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد.

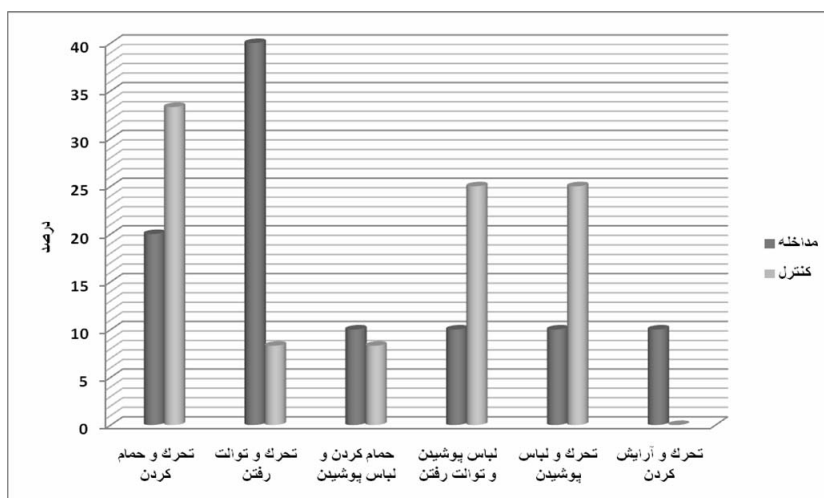
یافته‌ها

همسانی دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ سن، مدت زمان سپری شده پس از سکته مغزی، وضعیت شناختی، میانگین نمرات پیش آزمون رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیتهای خودمراقبتی اختلاف معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت، این بدین معنی است که هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای فوق همسان بوده‌اند.

همسانی متغیرهای زمینه‌ای براساس آزمون مجذور کا برای بررسی همسانی دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ توزیع جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل، توزیع مشکلات مشخص شده در فعالیتهای خودمراقبتی بیماران سکته مغزی، سمت درگیر بدن و استفاده از مراکز توانبخشی و استفاده از خدمات دیگر توانبخشی و همچنین براساس آزمون t مستقل برای بررسی

جدول ۱- مقایسه میانگین سن، مدت زمان سپری شده پس از سکته مغزی، وضعیت شناختی، رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکته مغزی کلینیک توانبخشی رفیده در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	مقدار احتمال	حدود اطمینان 95/0	
							حد پایین	حد بالا
سن	مداخله	4/57	98/8	20	814/0	425/0	70/11-	17/10
	کنترل	1/58	38/14					
زمان سپری شده پس از سکته مغزی	مداخله	4/8	12/5	20	146/0-	885/0	71/2-	17/6
	کنترل	6/6	84/4					
وضعیت شناختی	مداخله	60/26	50/2	20	877/0	391/0	92/1-	62/1
	کنترل	25/25	28/4					
رضایتمندی	مداخله	85/2	45/2	20	352/0-	729/0	90/1-	35/1
	کنترل	12/3	06/1					
عملکرد	مداخله	40/4	12/2	20	32/1	314/0	74/0-	21/2
	کنترل	66/3	17/1					
استقلال در فعالیتهای خود مراقبتی	مداخله	90/72	37/17	20	27/1	216/0	99/4	79/20
	کنترل	00/65	48/11					



نمودار ۱- ارزیابی همسانی توزیع مشکلات مشخص شده توسط بیماران سکته مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی کلینیک رفیده در گروه مداخله و کنترل

میانگین نمرات پس آزمون رضایتمندی و عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون آماری t مستقل هم مقایسه شد، که در جدول ۲ آمده است. مشاهده می‌شود که در هیچ یک از متغیرهای فوق، پس از پایان مداخله درمانی تغییرات معناداری مشاهده نشد ($p < 0.05$). برای آزمون فرضیات سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

جدول ۲- مقایسه میانگین پس آزمون رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی در گروه مداخله و کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	مقدار احتمال	حدود اطمینان 95/0	
							حد بالا	حد پایین
رضایتمندی	مداخله	16/5	18/3	20	549/0	589/0	61/1-	76/2
	کنترل	58/4	62/1					
عملکرد	مداخله	50/5	39/2	20	938/0	359/0	91/0-	41/2
	کنترل	75/4	28/1					
استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی	مداخله	70/74	11/18	20	25/1	225/0	40/5-	63/21
	کنترل	58/66	18/12					

همچنین میانگین نمرات رضایتمندی و عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی در گروه مداخله با استفاده از آزمون آماری زوجی مقایسه شد، که در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی گروه مداخله

متغیر وابسته	گروه مداخله	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	درجه آزادی	آماره t زوجی	مقدار احتمال	حدود اطمینان 95/0	
								حد بالا	حد پایین
رضایتمندی	قبل مداخله	85/2	45/2	31/2-	9	31/3-	009/0	88/3-	732/0-
	بعد مداخله	16/5	18/3						
عملکرد	قبل مداخله	40/4	12/2	10/1-	9	617/2-	028/0	05/2-	149/0-
	بعد مداخله	50/5	39/2						
استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی	قبل مداخله	90/72	37/17	80/1-	9	86/2-	019/0	22/3-	377/0-
	بعد مداخله	70/74	11/18						

میانگین نمرات رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی کلینیک رفیده در گروه کنترل با استفاده از آزمون آماری t زوجی مقایسه شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران سکنه مغزی در گروه کنترل

متغیر وابسته	گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	درجه آزادی	آماره t زوجی	مقدار احتمال	حدود اطمینان 95/0	
								حد بالا	حد پایین
رضایتمندی	قبل مداخله	12/3	06/1	45/1-	11	04/3-	011/0	51/2-	405/0-
	بعد مداخله	58/4	62/1						
عملکرد	قبل مداخله	66/3	17/1	08/1-	11	33/3-	007/0	79/1-	368/0-
	بعد مداخله	75/4	28/1						
استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی	قبل مداخله	00/65	48/11	58/1-	11	50/2-	029/0	97/2-	189/0-
	بعد مداخله	58/66	18/12						

مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل را می توان اینگونه توجیه کرد که شاید در پژوهش حاضر تعداد افراد شرکت کننده در مطالعه کمتر از مطالعات مشابه بوده است. به عبارتی کم بودن حجم نمونه و از طرفی کم بودن زمان مداخله را می توان به عنوان دلیلی برای عدم تفاوت معنی دار بین دو گروه مداخله و کنترل بیان کرد. از طرفی توانبخشی بیماران سکتته مغزی پروسه طولانی و پیچیده ایست که طی ۸ هفته درمان به صورت ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته، شاید نتوان به نتایج بهتری دست یافت. از این رو احتمالاً برای کسب نتایج قطعی تر نیازمند انجام تحقیق و مطالعات بیشتری با طول درمان بیشتر و تعداد افراد بیشتر می باشد که با توجه به محدودیتهای موجود در این پژوهش دستیابی به این مهم امکان پذیر نبود. البته گروه کنترل، درمان به روش کاردرمانی رایج دریافت کرد و از نظر اخلاقی ما نمی توانیم در گروه کنترل درمان نداشته باشیم. به عبارتی نمی توانیم گروه No treatment داشته باشیم. شاید اگر می توانستیم گروه کنترل بدون درمان داشتیم، نتیجه درمان بهتر نشان داده می شد و امکان بررسی بهتری وجود داشت. همچنین این مطالعه در بیمارانی که حداکثر ۲ سال از زمان سکتته آنها گذشته است، انجام شده و از آنجا که بیشترین تأثیر توانبخشی در این بیماران در همان ۲ سال اول رخ می دهد، به نظر می رسد بهبودی در گروه کنترل با این قضیه نیز در ارتباط می باشد. شاید اگر این مطالعه در بیماران سکتته مغزی بالای ۲ سال انجام شود با حذف این عامل، تأثیر مداخله کاردرمانی مراجع مدار در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بیشتر قابل مشاهده باشد.

اما در پژوهش ما این نتیجه بدست آمد که میزان رضایتمندی از میزان عملکرد در گروه مداخله بیشتر بوده است. این مطلب با این قسمت از مطالعه انجام شده توسط Sunil BM و همکاران (۲۰۰۲) که بیان کردند میزان رضایتمندی بیشتر از میزان عملکرد بهبود داشته است همخوانی دارد. نتایج پژوهش ما با نتایج مطالعه (1999) Badiam نیز همسو می باشد. قابل ذکر است که در این مطالعه میزان بهبودی در رضایت (۴/۰۱) میانگین تغییر (بیشتر از عملکرد) میانگین تغییر ۱/۳ بوده است. همچنین با نتایج مطالعه pound و همکاران (1999)، Clarke (1995) و همکاران & Gilbertson (1995) Drummonds & walker (1995) و همکاران (2000) و همکاران مطابقت دارد. نتایج این پژوهش با مطالعه‌ای که توسط Law و همکاران (1996) انجام شد مطابقت دارد. نتایج

باتوجه به جدول ۴ مشاهده می شود که، اختلاف میانگین پیش آزمون و پس آزمون میزان رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی در گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار می باشد ($p < 0/05$). این بدان معناست که میزان رضایتمندی، عملکرد و استقلال در فعالیت‌های خود مراقبتی در گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری را نسبت به پیش آزمون نشان می دهد.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر مداخلات کاردرمانی مراجع مدار بر میزان رضایتمندی، عملکرد و استقلال بیماران مبتلا به سکتته مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی بود. نتایج بدست آمده از این مطالعه حاکی از آن است که مداخله کاردرمانی مراجع مدار باعث افزایش میزان رضایتمندی، عملکرد و استقلال بیماران مبتلا به سکتته مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی در گروه مداخله می شود. ولی در این مطالعه بین گروه مداخله و کنترل از نظر میزان رضایتمندی، عملکرد و استقلال بیماران مبتلا به سکتته مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی تغییر معناداری مشاهده نشد (جدول ۲). نتایج این مطالعه با مطالعه مشابهی که توسط Sunil BM و همکاران (۲۰۰۲) انجام شد همخوانی ندارد. در مطالعه وی ۳۶ بیمار مبتلا به سکتته مغزی (۱۸ نفر در گروه کنترل و ۱۸ نفر در گروه مداخله) شرکت داشتند و بعد از انجام مداخله درمانی به مدت ۱۰ هفته، نتایج حاصل از یافته‌های آماری نشان داد که در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تغییر معناداری در رضایت و عملکرد و استقلال در فعالیتهای روزمره زندگی دیده شده است و به این معناست که گروه مداخله عملکرد و رضایت بهتری بعد از ۱۰ هفته در مقایسه با گروه کنترل داشته است. همچنین بیان کردند میزان رضایتمندی بیشتر از میزان عملکرد بهبود داشته است (۳۳). همچنین با مطالعه Phipps و همکاران (۲۰۰۷) که در تحقیق خود روی ۱۵۵ بیمار، تغییر در عملکرد و رضایتمندی بیماران سکتته مغزی و ضربه مغزی در حیطه عملکرد کاری را بررسی کردند، همخوانی ندارد. نتایج مطالعه آنان تغییر معناداری در میزان عملکرد و رضایتمندی بیماران در حیطه فعالیتهای خود مراقبتی، فعالیتهای تولیدی و اوقات فراغت، قبل و بعد از مداخله درمانی به روش مراجع مدار نشان می دهد و این نمایانگر این است که در تحقیق حاضر، بر اساس یافته‌های فوق تغییر نکردن میزان رضایتمندی، عملکرد و بهبود استقلال بیماران مبتلا به سکتته

فراغت شده‌اند بررسی شود که با نتایج حاصل از این مطالعه بتوان این روش را به این بیماران نیز تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج فوق مداخله کاردرمانی مراجع مدار بر رضایتمندی، عملکرد و استقلال فعالیت‌های خود مراقبتی افراد مبتلا به سکتة مغزی تأثیر داشته است و این تأثیر در نمرات ارزیابی گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل در سه حوزه‌ی رضایتمندی، عملکرد و استقلال بوده است، لیکن از نظر آماری این تفاوتها معنی دار نبوده است. از آنجا که مداخله کاردرمانی مراجع مدار بر اساس اهداف درمانی انتخاب شده از طرف بیمار می‌باشد و در عمل هم به همان اندازه کاردرمانی سنتی مؤثر است، به نظر می‌رسد روش ترجیحی در مداخلات کاردرمانی باشد.

تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، بویژه همکاران و مسئولین محترم بیمارستان توانبخشی رفییده و تمام آزمودنی‌های محترم این تحقیق کمال تشکر را دارم.

حاصل از مطالعه Law و همکاران نشان می‌دهد که درمانجویان احساس رضایت بیشتری می‌کنند زیرا آنها را قادر می‌سازد که روی علایقی که احساس می‌کنند بر شخصیتشان اثر می‌گذارد تمرکز کنند. تحقیق اخیر خاطر نشان می‌کند که درمان جویان تغییر بیشتری را در میزان رضایتشان (میانگین تغییر ۹۴/۱) نسبت به عملکرد (میانگین تغییر = ۴/۱) نشان می‌دهند. البته این مورد قبلاً توسعه cheswert و همکاران (۲۰۰۲) نیز گزارش شده بود که میانگین سطح تغییر در رضایت در تحقیق وی ۲/۳ و در عملکرد ۶/۲ بود.

توصیه می‌شود نظیر چنین مطالعاتی و نقش آن در بهبود عملکرد و رضایتمندی در حیطه‌های دیگر عملکرد کاری از جمله کار و فعالیت‌های بهره‌وری و همچنین فعالیت‌های اوقات فراغت انجام پذیرد. همچنین توصیه می‌شود مطالعه فوق با حجم نمونه بیشتر و پروسه طولانی‌تر در بیماران سکتة مغزی انجام شود تا نتایج بهتری حاصل شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه فوق در بیماران سکتة مغزی که بیشتر از ۲ سال از زمان سکتة آنها گذشته انجام شود. پیشنهاد می‌شود که نقش مداخله کاردرمانی مراجع مدار در بیماران دیگری مثل بیماران ضایعه نخاعی، ضربه مغزی و ... به طور کل بیمارانی که در اثر ضایعه دچار معلولیت در حیطه فعالیت‌های خود مراقبتی، فعالیت‌های تولیدی و فعالیت‌های اوقات

REFERENCES

منابع

1. Gillen G, Burkhart A, Stroke rehabilitation(a function-based approach). 2nd ed. New York: Mosby; 2004.
2. Feigin VL. Stroke epidemiology in the developing world. *Lancet*. 2005;365(9478): 2160-1.
3. Tegos TJ, Kalodiki E, Daskalopoulou S, Nicolaides AN. Stroke: epidemiology, clinical picture, and risk factors. *Angiology* 2000; 51: 793-808.
4. The world health report 2000 [Internet] 2000. Available from available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
5. Foulkes MA, Wolf PA, Price TR, Mohr JP, Hier DB. The stroke data bank: design, methods, and baseline characteristics. *Stroke* 1998; 19: 547-54.
6. Fuller KS. Stroke. In Goodman CC, Boissonnault WG(eds). *Implication for the Physical therapy*. Philadelphia: WB Saunders ;1998.
7. Pedretti LW, Smith JA, Pendelton HM. *Cerebral Vascular accident. Occupational therapy practice skills for physical disfunction*. 4th edition. Mission; 1996.
8. Pedretti LW. *Occupational therapy practice skills for physical disfunction*. United States of America: Mosby;2001.
9. Catherine AT, Trombly Latham CA. *Occupational therapy for physical dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2008.
10. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Can J Occup Ther* 1995; 62(5): 250-257.
11. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Pltajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure*. Ottawa: CAOT Publ;1998.
12. Roberts AEK, James A, Drew J, Moreton S, Thompson R, Dickson M. *International journal of Therapy and Rehabilitation* 2008;15(1): 22-29.
13. Chenq YH, Rodgers S, Polatjko H. Experience with the copm and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup Ther INT*. 2002;9(3);167-84.
14. Wressle Ewa., Eeg-Olofson., Marcusson J.,Henriksson. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J rehabil Med*. 2002;34(1): 5-11.
15. Sunil BM, Rajani SK, Ona AV. Client centred occupational therapy for acute stroke patients. *The Indian Jour of Occup Ther*. 2002; XXXIV(1).
16. Bodiam C. The use of COPM for assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational therapy* 1999;62(3): 123-126.
17. Atashi N, Akbari M. To assess the effect of COPM on outcomes of neurologic disorders. [Bachelor thesis] Iran University of Medical Sciences.