

## تأثیر خدمات کاردرمانی روانی - اجتماعی بر کیفیت زندگی

## بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن

\*الهه حجتی عابد<sup>۱</sup>، اشرف کربلایی نوری<sup>۲</sup>، حسن رفیعی<sup>۳</sup>، مسعود کریملو<sup>۴</sup>

## چکیده

هدف: ارتقاء کیفیت زندگی هدفی مهم از مراقبتهای بهداشتی در روانپزشکی شناخته می‌شود. در تحقیق حاضر با انجام مداخلات کاردرمانی روانی- اجتماعی بر روی بیماران دچار اختلالات روانی مزمن، به بررسی کیفیت زندگی آنها پرداخته شد.

روش بررسی: این مطالعه مداخله‌ای به صورت شبه تجربی می‌باشد و بر روی ۲۴ بیمار مبتلا به اختلالات روانی مزمن مراجعه کننده به مرکز روزانه سینا به عنوان گروه مداخله و ۵۰ بیمار دارای اختلالات روانی مزمن که خدمات کاردرمانی دریافت نمی‌کردند به عنوان گروه مقایسه انجام شد. نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری ساده و در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش «پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع ویسکانسین» بود که شامل ۸ خرده‌مقیاس می‌باشد. خدمات کاردرمانی که شامل گروه درمانی، فعالیت درمانی و هنردرمانی بود، طبق برنامه مرکز هفته‌ای ۲ بار، به مدت ۹۰ دقیقه و به طول ۳ ماه بر روی گروه مداخله انجام شد. در این مدت هر دو گروه تحت نظر روانپزشک و دارودرمانی قرار داشتند. برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله در هیچ یک از حیطه‌ها و کیفیت زندگی کل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت، ولی بعد از مداخله میانگین نمره رضایت از زندگی، فعالیت اشتغالی، سلامت و آسایش روانی، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی کل ( $P < 0/001$ ) و همچنین روابط اجتماعی ( $P = 0/005$ ) و وضعیت مالی ( $P = 0/003$ ) دو گروه تفاوت معناداری داشت. میانگین نمره علائم ( $P = 0/227$ ) و فعالیت روزمره زندگی ( $P = 0/020$ ) دو گروه بعد از مداخله نیز تفاوت معناداری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: خدمات کاردرمانی روانی- اجتماعی بر میزان رضایتمندی و کیفیت زندگی بیماران اختلالات روانی مزمن مؤثر است.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی / اختلالات روانی مزمن / خدمات کاردرمانی روانی - اجتماعی / پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع ویسکانسین

- ۱- کارشناس ارشد کاردرمانی روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- دانشجوی دکتری کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- دکتری آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۴/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۱۷

\*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، میدان هفت تیر، خ قائم مقام، کوچه ۲۲، کلینیک مشاوره و توانبخشی سینا

تلفن: ۸۸۸۲۱۷۴۲

\*E-mail: elah\_e\_hojati@yahoo.com



## مقدمه

در حال حاضر اختلالات روانی و رفتاری عمده، ۸۱۳ تا ۸۲۳ میلیون نفر یعنی حدود ۱۴٪ جمعیت جهان را گرفتار کرده است. سازمان بهداشت جهانی درصدها به خطر افتادن سلامتی به دلیل اختلال روانی را در سال ۱۹۹۰ در حدود ۱۰/۵ درصد اعلام کرده است (۱). بیماری روانی، افراد را در کلیه سنین، فرهنگ‌ها و سطح تحصیلات یا درآمد می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. اتحادیه بیماری روانی و بهداشت روانی در کانادا اعلام کرده است حداقل از هر ۵ نفر در کانادا یک نفر در طول عمر به بیماری روانی مبتلا می‌شود (۲).

بیماران روانی نه تنها در کنترل احساسات و افکار و رفتار خود مشکل دارند، بلکه در انجام فعالیت‌های روزمره و آسایش بخش نیز با مشکل روبرو هستند (۳). اختلال روانی، بیماری قابل تشخیصی در پزشکی است که نقص در توانایی‌های شناختی، هیجانی و عاطفی بوجود می‌آید (۴). اختلال روانی زمانی بروز می‌کند که به هر دلیلی شخص توان نگهداری و حفظ موقعیت تعادلی خود با محیط را از دست می‌دهد و لذا برای پذیرش عملکرد فعالیت‌های روزمره ناتوان می‌شود (۵). فدراسیون جهانی سلامت روان در بیانیه خود مطرح کرده که تمام بیماران روانی از این حق برخوردارند که با آنها مانند دیگر بیماران و با همان معیارهای اخلاقی و حرفه‌ای رفتار شود. این امر باید شامل تلاش برای ارتقاء بالاترین حد استقلال و مسئولیت شخصی در نزد آنان باشد (۶). پایه اصلی کاردرمانی ارتقاء سبک زندگی به صورت متعادل و رضایتمند بوده است. یکی از پایه‌های اساسی کاردرمانی اعتقاد به کاربرد درمانی فعالیت هدفمند است. فعالیت هدفمند باعث توانمند شدن افراد برای دستیابی به مطلوب‌ترین سطح استقلال با وجود محدودیت‌های طبیعی و شدت بیماری می‌گردد و از پیشرفت بیماری جلوگیری می‌کند و طول زمان بیماری را کاهش می‌دهد (۳).

هنکلیف و همکاران ۱۹۹۳ معتقدند سلامتی همیشه یک مفهوم نسبی است، بنابراین برای ارزیابی آن در جامعه باید مشخص شود که ارائه چه نوع مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز است و بدین منظور لازم است ابتدا نیازهای افراد جامعه بررسی و شناخته شود. امروزه برای تأمین نیازها و ارتقاء سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آنها را مورد بررسی قرار می‌دهند (۷).

کیفیت زندگی در حقیقت چکیده‌ای از کل اهداف مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی را بررسی می‌کند، این بدان معناست که مراقبت بهداشتی زمانی به عنوان مراقبت مطلوب و شایسته مطرح می‌گردد که کیفیت زندگی به خوبی کمیت زندگی در فرد بهبود یافته باشد (۷).

تاکنون تحقیقاتی در زمینه بررسی کیفیت زندگی بیماران روانی و خانواده‌های آنان انجام شده است. از جمله، بیگلو و همکاران (۱۹۹۱) به ارزیابی تأثیر خدمات بهداشت روانی بر کیفیت زندگی بیماران روان پرداختند (۸). هلزنر و همکاران (۱۹۹۸) تأثیر توانبخشی مبتنی بر کار را بر کیفیت زندگی این بیماران بررسی کردند (۹). اوبین جی و همکاران (۱۹۹۹) رابطه بین فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی را ارزیابی کرده (۱۰) و دولی و هینوجوسا (۲۰۰۴) نیز تأثیر کاردرمانی را بر کیفیت زندگی بیماران آلزایمری مورد بررسی قرار دادند (۱۱). در همه این تحقیقات سودمندی مداخلات ذکر شده در موارد مورد مطالعه اثبات شده است، ولی در هیچ‌کدام از این تحقیقات به بررسی تأثیر خدمات کاردرمانی به صورت کاملاً مشخص و تحت مداخلات و روش‌های مختلف همچون گروه درمانی، فعالیت درمانی و هنردرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی پرداخته نشده است. لذا این تحقیق با هدف ارزیابی تأثیر مداخلات کاردرمانی روانی - اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران مزمن اختلالات روان انجام شد.

## روش بررسی

مطالعه مداخله‌ای حاضر از نوع شبه تجربی می‌باشد و جامعه پژوهشی برای گروه مداخله بیماران روانی مزمنی که به منظور دریافت خدمات کاردرمانی به مرکز سینا مراجعه می‌کردند بود که از بین آنها به صورت ساده و در دسترس ۲۴ نفر انتخاب شدند. همچنین از بین بیماران اسکیزوفرنیک با سیر طولانی که در منزل بوده و خدماتی دریافت نمی‌کردند، از طریق انجمن احبا (مرکز حمایت از بیماران اسکیزوفرنیک) ۵۰ نفر به همین شیوه انتخاب شده و با گروه مداخله بر اساس فاکتورهای جمعیت شناختی از قبیل سن، جنس و ... همسان شدند.

- معیار انتخاب افراد گروه مداخله از مرکز روزانه سینا به قرار زیر بوده است:
- ۱- حداقل یکی از اختلالات روانی براساس نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) توسط روانپزشک مربوطه در پرونده بیمار ثبت شده باشد.
  - ۲- مراجعینی که از شروع بیماری آنها حداقل ۲ سال گذشته باشد.
  - ۳- سواد خواندن و نوشتن داشته باشند.
  - ۴- توجه و تمرکز در حدی که بتوانند به سؤالات پاسخ دهند داشته باشند.
  - ۵- بیشتر از یک ماه از ورود آنها به مرکز سینا نگذشته باشد.



توانبخشی روان آسای به صورت نمونه گیری آسان انتخاب شدند و ارزیابی از طریق بازآزمایی به مدت ۷ الی ۱۰ روز انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همخوانی درونی<sup>۱</sup> و آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج تعیین پایایی نشان داد که همخوانی درونی برای هر حیطة و نمره کل کیفیت زندگی به قرار زیر است: سطح رضایت از زندگی ۰/۸۷، فعالیت اشتغالی ۰/۷۲، علائم ۰/۷۲، سلامت روانی ۰/۸۰، سلامت جسمانی ۰/۸۱، روابط اجتماعی ۰/۷۳، وضعیت اقتصادی ۰/۷۵، فعالیت روزمره زندگی ۰/۸۳ و کیفیت زندگی ۰/۸۹. نتایج نشان داد که پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع جهت ارزیابی کیفیت زندگی بیماران روانی پایا و ابزارى مناسب برای ارتقاء درک رابطه بین کیفیت زندگی و نتایج مداخلات است.

به منظور ارزیابی روایی صوری<sup>۲</sup> پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع، پرسشنامه مزبور به دو کارشناس متخصص در محتوای آن داده شد و حیطة مورد سنجش برای کارشناسان فوق تعریف شده و از آنها خواسته شد مناسب و ارتباط آزمون را با حیطة مورد نظر مورد قضاوت قرار دهند که پرسشنامه به تشخیص کارشناسان متخصص از روایی برخوردار بوده است.

پس از ارزیابی اولیه نمونه‌ها و طرح ریزی اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، برنامه درمانی بر اساس کاهش محدودیتها و افزایش توانمندیها و کسب نیازمندیهای آنها ارائه شد که مبتنی بر سه بخش بوده است:

۱- گروه درمانی که مشتمل بر گروههای روانی درمانی و ارتباطی بوده و به صورت گروههای بحث و گفتگو، آموزش مهارتهای اجتماعی، مدیریت استرس و... برگزار گردید.

۲- فعالیت درمانی که مشتمل بر فعالیتهای اجتماعی (روزنامه نگاری، فعالیت‌های ورزشی، آشپزی، گردشهای خارج از مرکز، آموزش مهارتهای زندگی و مراقبت از خود و بازی‌های گروهی) و فعالیتهای کاری (نجاری، سفالگری، کاردستی، گلیم بافی، حصیر بافی و تایپ) بود.

۳- هنردرمانی شامل موسیقی درمانی، نقاشی، طراحی، معرق و طراحی روی پارچه بود.

برنامه‌های درمانی ذکر شده هفته‌ای ۲ بار به مدت ۹۰ دقیقه در طی ۳ ماه برای گروه مداخله انجام شد.

جداول توصیفی، شاخصهای مرکزی و پراکندگی و تجزیه و تحلیل اطلاعات بانرم افزار آماری اس.پی.اس.اس. ویرایش ۱۱/۵ انجام شد. برای بررسی برابری توزیع متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون

۶- تحت نظر روانپزشک باشند و دارودرمانی در برنامه آنها قرار داشته باشد. بیماران گروه مقایسه از خدمات کاردرمانی استفاده نمی‌کرده، تحت نظر روانپزشک بوده و تنها برنامه درمانی آنها دارودرمانی و از شروع بیماری آنها ۲ سال گذشته بود. این بیماران به گونه‌ای انتخاب شدند که از لحاظ سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و محل سکونت با بیماران روانی مرکز سینا همسان و یا نزدیک به شرایط آنها باشند (یکسان سازی).

به منظور جمع آوری اطلاعات ابتدا به نمونه‌های پژوهشی دو گروه، پرسشنامه کیفیت زندگی داده شده و نظرات آنها اخذ شد. پس از سه ماه از زمان جمع آوری اطلاعات اولیه که در این مدت مداخلات مورد نظر برای گروه آزمون انجام شد، مجدداً همان پرسشنامه به نفرات دو گروه داده شد و پاسخ‌های آنها گردآوری شد.

قبل از پاسخگویی به سئوالات، هدف از ارائه پرسشنامه برای کلیه نمونه‌ها بیان شده و توضیحاتی در رابطه با نحوه پرکردن پرسشنامه به ایشان داده شد. زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه حدوداً ۲۰ دقیقه می‌باشد.

ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع ویسکانسین<sup>۱</sup> بود که توسط بیکر، دیاموند و سین فرت در سال ۱۹۹۳ تهیه و ارائه شده است. این پرسشنامه مقیاسی برای اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران روانی بوده و جنبه‌های مهم و خاص زندگی را که از نقطه نظر بیمار دارای اهمیت است تعیین کرده و همچنین ابعاد عینی و ذهنی و بنیادین کیفیت زندگی را در بر می‌گیرد (۱۲). این پرسشنامه توسط بیان زاده و کربلایی نوری در سال ۱۳۷۵ ترجمه شده و جهت ارزیابی مشکلات و کارایی پرسشنامه در جامعه ایرانی یک مطالعه مقدماتی توسط نوری بر روی ۱۰ نفر بیمار روانی انجام پذیرفت و با بررسی نتایج، تغییرات لازمه جهت تطبیق با فرهنگ<sup>۲</sup> در پرسشنامه انجام شد (۱۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی ویسکانسین دارای دو قسمت عمده است. قسمت اول به ویژگیهای جمعیت شناختی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت بیماری، شروع بیماری و منبع درآمد می‌پردازد. در قسمت دوم این پرسشنامه به ۸ حیطة از جنبه‌های مهم زندگی پرداخته می‌شود: ۱- رضایت عمومی از زندگی ۲- فعالیتهای اشتغالی ۳- سلامت و آسایش روانی ۴- علائم ۵- سلامت جسمانی ۶- روابط اجتماعی ۷- وضعیت مالی (پول) ۸- فعالیتهای روزمره زندگی.

به هر حیطة بسته به نوع پاسخ نمره‌ای بین ۳- تا ۳+ تعلق می‌گیرد. نمرات کسب شده از هر حیطة با یکدیگر جمع و بر ۸ تقسیم می‌شود. نمره نهایی نشان دهنده نمره کلی کیفیت زندگی است.

جهت تعیین پایایی آزمون، ۱۱ بیمار روانی غیر بستری از مرکز

1- Wisconsin Quality of Life Client Questionnaire (WQOLCQ)  
2- Culture free  
3- Internal Consistency Coefficient (ICC)  
4- Face Validity



مجذور خی<sup>۱</sup> استفاده شد. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع حیطه‌ها در قبل از شروع مطالعه از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف و از آزمون تی مستقل<sup>۲</sup> برای مقایسه تأثیر مداخلات کاردرمانی بین دو گروه و برای مقایسه درون گروهی قبل و بعد از مداخله، از آزمون تی زوجی<sup>۳</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

در جداول (۱) و (۲) اطلاعات جمعیت شناختی و متغیرهای زمینه‌ای دو گروه ارائه شده است. چنانچه ملاحظه می‌شود بین دو گروه از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سن شروع بیماری، مدت بیماری و محل سکونت تفاوت معناداری وجود نداشته و دو گروه از این جهات یکسان می‌باشند.

بررسی و تحلیل داده‌های هر یک از حیطه‌های پرسشنامه کیفیت زندگی در گروه کنترل بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از آزمون تی زوجی، حاکی از عدم تفاوت معنادار در تمام موارد مورد بررسی بود، در حالی که این بررسی در گروه مداخله در تمامی حیطه‌ها و نمره کل پرسشنامه کیفیت زندگی و یسکانسین تفاوت معناداری را نشان داد ( $P < 0/001$ ).

همچنین مقایسه دو گروه قبل از مداخله نشان دهنده عدم اختلاف معنادار در تمامی حیطه‌ها و نمره کل پرسشنامه با استفاده از آزمون تی مستقل بود (جدول ۳)، در حالی که بعد از مداخله به جز خرده‌مقیاس علائم ( $P = 0/277$ ) و فعالیت روزمره زندگی ( $P = 0/020$ )، سایر حیطه‌ها و نمره کل پرسشنامه بین دو گروه تفاوت معناداری داشت (جدول ۴).

جدول ۱ - مقایسه دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای کیفی زمینه‌ای و

### جمعیت شناختی

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۹	۳۶	۷۲٪
	زن	۵	۱۴	۲۸٪
وضعیت تأهل	متأهل	۲	۱۳	۲۶٪
	مطلقه	۲	۹	۱۸٪
میزان تحصیلات	راهنمایی	۷	۱۴	۲۸٪
	متوسطه	۶	۲۵	۵۰٪
محل سکونت	دانشگاهی	۱۱	۱۱	۲۲٪
	جنوب شهر	۶	۱۲	۲۴٪
محل سکونت	مرکز شهر	۱۱	۲۲	۴۴٪
	شمال شهر	۷	۱۶	۳۲٪

جدول ۲ - مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کمی زمینه‌ای و جمعیت شناختی

متغیر	گروه مداخله (n=۲۴)		گروه کنترل (n=۵۰)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۶/۲۵	۱۱/۹۱	۳۶/۵۴	۹/۷۶
سن شروع بیماری	۱۸/۷۱	۶/۵۵	۲۲/۱۰	۷/۷۰
مدت بیماری	۱۷/۵۴	۷/۵۵	۱۴/۴۴	۹/۹۷

در بررسی تحلیل داده‌ها، میزان هر یک از حیطه‌های موجود در پرسشنامه و کیفیت زندگی بین دو گروه در قبل و بعد از مداخله مقایسه شد. نتایج در جدول (۳) مشخص شده است.

جدول ۳ - مقایسه حیطه‌ها و کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و مقایسه، قبل از انجام مداخله

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۱/۳۵	۱/۲۰	۰/۷۵	۰/۹۵
فعالیت اشتغالی	۰/۲۶	۱/۶۵	-۰/۱۴	۱/۶۴
سلامت و آسایش روانی	۰/۱۰	۱/۲۷	-۰/۶۵	۱/۱۶
علائم	۱/۱۰	۰/۷۴	۱/۰۳	۰/۸۸
سلامت جسمانی	۰/۵۳	۱/۳۵	۰/۰۱	۱/۵۵
روابط اجتماعی	۱/۳۰	۱/۱۵	۱/۰۱	۱/۵۰
وضعیت مالی	۰/۶۰	۱/۵۰	۰/۰۰	۱/۶۴
فعالیت روزمره زندگی	۱/۱۴	۱/۴۰	۰/۹۰	۱/۲۸
کیفیت زندگی	۰/۸۰	۰/۹۰	۰/۳۶	۰/۷۲

جدول ۴ - مقایسه حیطه‌ها و کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و مقایسه، بعد از انجام مداخله

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۱/۵۹	۰/۹۵	۰/۵۸	۰/۶۵
فعالیت اشتغالی	۱/۲۴	۱/۳۶	-۰/۳۳	۱/۵۲
سلامت و آسایش روانی	۰/۵۰	۱/۱۵	-۰/۷۱	۱/۱۳
علائم	۱/۱۹	۰/۸۵	۱/۰۰	۰/۷۸
سلامت جسمانی	۰/۹۴	۱/۰۰	-۰/۳۱	۱/۴۱
روابط اجتماعی	۱/۷۰	۱/۱۰	۰/۸۰	۱/۵۰
وضعیت مالی	۰/۸۰	۱/۳۵	-۰/۳۰	۱/۵۳
فعالیت روزمره زندگی	۱/۵۰	۱/۳۰	۰/۷۴	۱/۲۰
کیفیت زندگی	۱/۲۰	۰/۷۶	۰/۱۷	۰/۶۵

1- Chi-square      2- T-Test      3- Paired - Test



بحث

تغییرات اندک در وضعیت علائم بیماری را در طی دوره مداخله نشانه‌ای از بهبودی محسوب نکرده باشند. در نهایت باید در نظر داشت که منظور از علائم بیماری در این پژوهش و پرسشنامه، پریشانی عاطفی مانند احساس افسردگی، اضطراب و شنیدن اصوات می‌باشد و احساس و نظر بیمار در رابطه با این موارد سنجیده می‌شود. در زمینه فعالیتهای روزمره زندگی و دلیل تأثیر نداشتن مداخله در این حیطه می‌توان احتمال داد که در بین برنامه‌های درمانی مرکز، مداخلات مشخص و برنامه ریزی شده ثابتی در رابطه با فعالیتهای روزمره زندگی برای بیماران تعیین نشده است. در این صورت باید در رابطه با یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی بیماران که همان فعالیتهای روزمره زندگی است در مداخلات کاردرمانی تجدید نظر شود.

پن و همکاران ۲۰۰۵ در طی تحقیقی گزارش کردند که مداخلات روانی اجتماعی و رفتاردرمانی بر روی بیماران سایکوز باعث کاهش علائم بیماری و بستری شدن در بیمارستان می‌شود که البته نوع مداخله و علائم با پژوهش حاضر متفاوت است (۱۶).

نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های حاصل از این تحقیق مداخلات کاردرمانی در سطوح رضایت از زندگی، فعالیتهای اشتغالی، سلامت و آسایش روانی، سلامت جسمانی، وضعیت مالی، روابط اجتماعی و کیفیت کلی زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی مؤثر است. در رابطه با علائم و فعالیتهای روزمره زندگی مداخلات انجام شده تأثیری نداشت. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی ضمن بررسی دقیق‌تر تأثیر مداخلات کاردرمانی در دو حیطه ذکر شده با نمونه‌های بیشتر و مدت طولانی‌تر، تأثیر گروه درمانی، فعالیت درمانی و هنر درمانی نیز به طور جداگانه بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران و مسئولین مرکز سینا که در این پژوهش همکاری داشتند سپاسگزاری می‌گردد.

با مقایسه سطوح رضایت از زندگی، فعالیتهای اشتغالی، سلامت و آسایش روانی، سلامت جسمانی، وضعیت مالی، روابط اجتماعی، علائم، فعالیتهای روزمره زندگی و کیفیت زندگی بین دو گروه قبل از مداخله مشخص شد که بین دو گروه در هیچ یک از حیطه‌های موردنظر و کیفیت زندگی اختلاف معناداری وجود ندارد و میزان حیطه‌های هشتم و کیفیت زندگی در قبل از مداخله در یک سطح و نزدیک به هم می‌باشد، ولی با مقایسه دو گروه در سطوح رضایت از زندگی، فعالیتهای اشتغالی، سلامت و آسایش روانی، سلامت جسمانی، وضعیت مالی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی کلی بعد از مداخله اختلاف معناداری بین دو گروه وجود داشت و میزان سطوح این حیطه‌ها و کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش یافت.

دولی و هینوجوسا (۲۰۰۴) عنوان می‌کنند خدمات کاردرمانی بر سطح مراقبت از خود بیماران آلزایمری تأثیر مثبت داشته است (۱۱). اسونسن (۱۹۹۹) نشان داد که شناخت درمانی بر عملکرد روانی اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک تأثیر داشته و شکایات عمده آنها کاهش یافته است (۱۴). دیکینسون (۲۰۰۶) در تحقیقی نشان داد که کاردرمانی به افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دمانس کمک می‌کند (۱۵).

در رابطه با علت تغییر نکردن سطح علائم بیماران پس از مداخله می‌توان این احتمال را داد که معمولاً اکثر بیماران مراجعه کننده پس از یک دوره دارودرمانی و کنترل در سطح علائم بیماری به مرکز خدمات کاردرمانی ارجاع داده می‌شوند. بنابراین تا حدودی سطح علائم آنها ثبات پیدا کرده است. در اغلب موارد تغییر عمده در سطح علائم بیشتر در اوایل دوره دارودرمانی مشهود می‌باشد. با ادامه مصرف دارو سطح علائم روندی با ثبات و تا اندازه‌ای یکنواخت را طی می‌کند. از طرف دیگر پرسشنامه کیفیت زندگی معیاری است که به خودسنجی بیماران می‌پردازد و نتایج حاصله مشمول احساسات و عقاید بیمار می‌باشد و از آنجا که اکثر بیماران اختلالات روانی و به ویژه اسکیزوفرنیک دچار عدم انگیزه و ناامیدی می‌باشند، ممکن است

منابع:

1- Afzalan M. [Evaluation of quality of life in psychiatric patient's family (Persian)]. Thesis for Bachelor of Science social in worker. University of Social Welfare & Rehabilitatin Sciences; 2002, pp: 30-62.  
 2- Alberta A. Brief to the provincial mental health planning project's steering committee on developing a provincial mental health plan. CAOT. ACE. 2004 Oct 25. Available From: <http://www.aarot.ca/pro>  
 3- Creek J. Occupational therapy and mental health. 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh: Churchill livingstone; 2002, pp: 245-293.  
 4- Pratt CW, Gill K, Barrett NM, Roberts M.M. Psychiatrique réhabilitation. 2<sup>nd</sup> ed. Hard corer: Academic Press; 1999, PP:10-12.  
 5- Early M.B. Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant. 3<sup>rd</sup> ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2002, pp: 336-337.



- 6- Tudor K. Mental health promotion paradigms and practices. Khajavi M. (Persian translator) first edition. Tehran. Social welfare institute; 2003, pp: 26-72.
- 7- Hesamzade A. [Comparison of quality of life between the older adults resident family and older adults resident old people's home (Persian)]. Thesis for master of science in nursing. University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 2004, pp: 18-53.
- 8- Katsching H, Freeman H, Sartorius N. Quality of life in mental disorder. 2<sup>nd</sup> ed. NewYork: John Wiley & Sons; 2006, pp: 12-15.
- 9- Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work- related rehabilitation on the quality of life of patients with Schizophrenia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1998 November; 33 (12): 624-637.
- 10- Aubin G, Hachey R, Mercier C. Meaning of daily activities and subjective quality of life in person with sever mental illness. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 1999 June; 6 (2): 53-62.
- 11- Dooly NR, Hinojosa J. Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers. Brief occupational therapy intervention 2004 September; 58 (5): 561-569.
- 12- Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with sever and persistent mental illness. Quality of Life Research 1993; 2 (3): 239-257.
- 13- Karbalaie Noori A. [Evaluation of community-based rehabilitation effect on quality of life of schizophrenic patients in Shahid Esmaili center (Persian)]. Thesis for master of sciences in occupational therapy. Iran University of Medical Sciences; 1998, pp: 38-49.
- 14- Svensson B, Hansson L. Rehabilitation of Schizophrenic and other long-term mentally ill patients: Result from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. Eur psychiatry 1999; 14: 325-332.
- 15- Dickinson E. Occupational therapy improves quality of life for dementia patients and their Carers. Medical News Today 2006 NOV.
- 16- Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Liberman J.A. Psychosocial treatment for first- episode psychosis: A research update. The American Journal of Psychiatry 2005 December; 162 (12): 2220-224.