

کاردرمانی مراجع محور مبتنی بر روش چهارچوب فرآیند کاری کانادایی در بیمار اسکیزوافکتیو: مطالعه موردی

ساره زرشناس*، زهرا عسگری^۱، پارسا هوش ور^۲، علی طهماسبی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه بررسی تأثیر مدل کاری مراجع محور در درمان مبتنی بر کار در بیمار اسکیزوافکتیو بر اساس چهارچوب فرآیندکاری کانادایی است.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق موردی، خانم ۳۸ ساله با تشخیص اسکیزوافکتیو مورد مطالعه قرار گرفت. جهت ارزیابی از آزمون‌های مقیاس عملکرد کانادایی و مقیاس افسردگی بک-۲ و همچنین آزمون شناختی لوتکا استفاده شد، مداخله به مدت ۲۱ جلسه درمان مستقیم و در ادامه مشاوره مبتنی بر چهارچوب کاری عملکرد کانادایی انجام شد که درمان مراجع محور را تسهیل می‌کرد. در تمام فرآیند درمان ارزش‌ها و علایق مراجع مورد احترام قرار گرفت و مراجع در ارزیابی و تعیین اهداف مشارکت فعال داشت.

یافته‌ها: نتایج بررسی میزان تأثیر مداخله با آزمون COPM حاکی از افزایش و تغییر میزان عملکرد و رضایت مراجع به میزان ۵/۷ و ۵/۳ و کاهش شدت میزان افسردگی فرد از شدید به متوسط (۵۰ به ۲۰) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از موثر بودن این رویکرد در اختلال اسکیزوافکتیو به خصوص در حوزه مهارت‌های اجتماعی و کارهای روزمره و کاهش افسردگی وی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کاردرمانی، چهارچوب مراجع محور، چهارچوب فرآیند کاری کانادایی، اختلال اسکیزوافکتیو

ارجاع: زرشناس ساره، عسگری زهرا، هوش ور پارسا، طهماسبی علی. کاردرمانی مراجع محور مبتنی بر روش چهارچوب فرآیند کاری کانادایی در بیمار اسکیزوافکتیو: مطالعه موردی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۲؛ ۹ (۴): ۷۶۷-۷۷۶.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۹

* کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی گروه آموزشی کاردرمانی دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: zarshenas.otr@gmail.com

۱- کارشناس کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو گروه آموزشی کاردرمانی دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجو، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

کاردرمانی مراجع محور و مبتنی بر کار دو مفهوم اصلی و اساسی در کاردرمانی هستند. مراجع محور بودن به معنای مشارکت فعال مراجع در تمام طول فرآیند درمان به همراه احترام و حفظ ارزشهای اوست (۱). از سوی دیگر کاردرمانی مبتنی بر کار نیز از جمله مداخلات مراجع محور است که طی آن درمانگر و مراجع با همکاری یکدیگر به انتخاب و طراحی فعالیت می پردازند، به گونه ای که برای مراجع معنی دار باشد و نیازها، رضایت و سلامت او را نیز برآورده کند (۱، ۲). یکی از رویکردهای نسبتاً جدید در این زمینه چهار چوب کاری فرآیند درمان کانادایی (Canadian Process Practice) Framework می باشد که جهت تسهیل استفاده از رویکرد مراجع محور، درمان مبتنی بر شواهد و مبتنی بر کار میباشد (۳-۶).

CPPF توسط خانم Polatajko و همکاران در ۲۰۰۷ مورد بررسی قرار گرفت و شامل ۸ حوزه کلیدی جهت راهنمایی انجام مراحل درمان و تمرینات کاردرمانی است (۷). این مراحل شامل:

- ۱) شروع ارتباط مراجع و درمان گر جهت شروع درمان.
- ۲) تنظیم مراحل درمان یا همکاری مراجع با مشخص نمودن انتظارات و فرضیات در قواعد و اهداف کاری.
- ۳) ارزیابی و ارزشیابی عوامل فردی، کاری و محیطی موثر بر حوزه های کاری مراجع.
- ۴) توافق در مورد اهداف و برنامه درمان میان مراجع و درمانگر.
- ۵) اجرای تدریجی برنامه درمانی.
- ۶) کنترل و اصلاح روش های مداخله با ارزیابی های مداوم درمانگر در طول درمان جهت مطمئن شدن از جهت گیری صحیح اهداف.
- ۷) ارزیابی مجدد نتایج جهت بررسی رسیدن به هدف یا در صورت نیاز تغییر هدف.
- ۸) بررسی نتایج درمان با حضور مراجع و تصمیم گیری در مورد ادامه درمان یا ترخیص.

بنابراین CPPF به بررسی میزان دانش و تجربه و ارزش های مراجع و درمانگر در رابطه با فرآیند درمان می پردازد. تعامل پویا میان درمانگر و مراجع در تمام طول ۸ مرحله از نکات برجسته CPPF است که این امکان را فراهم می کند تا این چهارچوب در جایگاه های مختلف درمان در قالب کار تیمی استفاده شود. ضمناً منعطف بودن CPPF مانع از ایجاد یک فرآیند خطی در درمان می شود، البته کاردرمان با توجه به نوع مداخله از این مراحل استفاده می کند و لزومی در به کارگیری ۸ مرحله در هر نوع درمان نیست. مشارکت در فعالیت از موارد ضروری جهت معنی دار بودن زندگی برای تمام افراد است (۸، ۹)، درمراجین با تشخیص اختلالات روان، مشکلات عملکردی تأثیر منفی بر کارکردهای کاری روزانه آنها می گذارد که البته میزان آن بستگی به شدت بیماری و نیز مرحله یا نوع بیماری دارد (۱۰). با توجه به مطالعات انجام شده از نظر کیفی و کمی، به نظر می رسد این روش در مقایسه به دیگر روش ها کمتر مورد مطالعه در خصوص اختلالات روان به خصوص بیماران با تشخیص اسکیزوافکتیو قرار گرفته است و مطالعه در خصوص بیماران داون و سکتی مغزی جزء معدود موارد گزارش شده است (۳، ۱۱) و از سوی دیگر مطالعات مراجع محور گزارش شده در با این روش و بر این مراجعین تا کنون در ایران گزارش نشده است.

مواد و روش ها

در این مطالعه موردی به بررسی تأثیر کاردرمانی مراجع محور بر اساس CPPF در یک مراجع خانم مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو مزمن در قالب یک مطالعه موردی پرداخته شد. بیماران اسکیزوافکتیو از جمله اختلالات روان است که طی آن علائم مانیک و افسردگی به همراه علائم اسکیزو فرنی ظاهر می شود و باید حداقل تا دو هفته علائم اسکیزو فرنی بدن علائم خلقی دوام داشته باشد. تشخیص اختلال توسط روانپزشک بر اساس ملاک DSM-IV صورت گرفت و جهت ارزیابی عملکرد از مقیاس عملکرد کانادایی COPM، جهت ارزیابی میزان افسردگی با توجه به نوع اختلال، مقیاس

داوطلبانه با سمت مربی شاغل بوده است که بعد از تجربه دوران حد تمام نقش های او به عنوان فرزند و نیز تکالیفی که در منزل و خارج از آن انجام می داده، همه تحت تأثیر قرار گرفته و تقریباً حذف شده‌اند و فرد بیشتر اوقات خود را در خواب و یا کشیدن نقاشی گذرانده و هیچ ارتباط صحیح و صمیمی را تجربه نکرده است. در طی مصاحبه سعی شد اطلاعاتی در مورد دیدگاه فرد نسبت به اختلال و نیز نگرانی ها و خواسته هایش جمع آوری شود. وی در توصیف خود، به نقاط قوتش مانند نقاشی و دیگر کارهای هنری مانند کار با چرم و شمع‌سازی و تحصیلاتش در مقطع لیسانس اشاره داشت و خود را نسبت به سایر مراجعین توانمند تر توصیف می کند. او خود را شخصی مستقل در امور فردی مانند حمام رفتن، غذا خوردن، لباس پوشیدن و رفت و آمد و دیگر کار های مراقبت از خود می داند و نیز بر عدم ارتباط مناسب با مادر و نیز خواهران متأهلش اشاره داشت که تمایلی به رفت و آمد با آنها ندارد و در عین حال خود را تنها و ناامید توصیف می کند.

با توجه به نتایج مصاحبه، دریافتیم که نقش‌های کاری فرد شامل مراقبت کننده از خود و نقش های اجتماعی مانند فرزند و نیز عضو مرکز توانبخشی می‌باشد و محدودیت های عملکردی او بیشتر مربوط به امور مشارکتی منزل و نیز فعالیت حرفه ای و ارتباط اجتماعی بود.

پس از مصاحبه از مراجع خواسته شد تا در جلسه ارزیابی آزمون شناختی لوتکا حاضر شود که پس از گرفتن آزمون مشخص شد مراجع در مورد آگاهی از زمان و مکان نمره (۱۶/۱۶)، در زمینه ادراک (۲۳/۲۴) و در زمینه سازماندهی بینایی حرکتی (۲۵/۲۸) و در زمینه تفکر اجرایی (۲۵/۲۷) را کسب کرد که در مجموع سطح شناختی بالا را نشان می دهد و از سوی دیگر نمره افسردگی فرد (۵۰) حاکی از افسردگی بالای وی بود. جهت ارزیابی دقیق مشکلات عملکردی فرد از آزمون سنجش عملکرد کانادایی استفاده شد که در قالب مصاحبه نیمه ساختار یافته است. این آزمون به فرد این امکان را می دهد تا میزان اهمیت و رضایت و عملکرد خود را در

افسردگی بک ۲ و جهت بررسی نقش و علایق و ارزش‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. طول مدت مداخله ۲۱ جلسه درمان مستقیم (۲ جلسه در هفته) و هر جلسه به مدت ۱,۵ ساعت و نیز درمان غیر مستقیم در قالب تکلیف در منزل و مشاوره بود. قبل از شروع مداخله از سطح شناختی مراجع و عدم ابتلا به سایر اختلالات نورولوژیک و ارتوپدیک و نیز تمایل وی در خصوص شرکت در مطالعه اطمینان حاصل شد تا مراتب اخلاقی رعایت شده باشد. لازم به ذکر است که آزمون لوتکا از جمله آزمونهای شناختی عملکردی است که حوزه های آگاهی زمان و مکان، سازماندهی بینایی و فضایی و ادراک و نیز تفکر اجرایی و تمرکز و توجه را می‌سنجد و نسخه فارسی آن توسط نوری و همکاران مورد پایایی و روایی قرار گرفت (۱۲) و از آزمون‌های رایج و کاربردی در این زمینه است، نسخه فارسی آزمون عملکرد کانادایی که سه حوزه مراقبت از خود، اوقات فراغت و بهره‌وری را می‌سنجد، نیز توسط آتشی و همکاران در نسخه فارسی مورد تأیید از نظر پایایی قرار گرفت (۱۳). آزمون شدت افسردگی بک از آزمون‌های سنجش شدت افسردگی است که قاسم‌زاده و همکاران مورد روایی قرار دادند (۱۴).

م. ش یک مراجع ۳۷ ساله با تحصیل لیسانس کودکان استثنایی است که با مادر خود در منزل شخصی زندگی می کند. وی به مدت ۱۰ سال است که از اختلال اسکیزوفکتیو رنج میبرد و پس از یک بار بستری در بخش حاد به مدت ۷ سال است که به مرکز روزانه بیماران مزمن مراجعه می کند. لازم به ذکر است که در این مدت در هیچ گونه فرآیند توانبخشی منسجم شرکت نداشته است.

در شروع فرآیند کاردرمانی از طریق مصاحبه با مراجع و مادرش سعی شد تا نقش ها و تکالیف و علایق مراجع در تمام دوران اختلال و قبل از آن مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به مصاحبه به نظر می‌آید مراجع قبل از اختلال در کارهای مانند آشپزی، جارو، گردگیری و خرید با مادر مشارکت داشته و به نقاشی حرفه‌ای و گفتن شعر و نوشتن آنها نیز بسیار علاقه‌مند و در یک مهد کودک به عنوان کار

با توجه به اهمیت درک بافتار فیزیکی، فرهنگی، فردی، مجازی و زمانی و معنوی در عملکرد فرد، جهت برنامه ریزی از مدل PEO (Person-Environment-Occupation) استفاده شد تا حوزه های مورد اشاره فرد بیشتر مورد توجه قرار گیرد (۱۶، ۱۷). این مدل بر تعامل فرد و محیط و تأثیر آن بر موقعیت فرد تأکید دارد (۱۸).
 به عنوان نمونه هدف «برقراری ارتباط» در قالب مدل PEO در جدول ۱ تا ۳ آمده است.

حوزه‌های مراقبت از خود و اوقات فراغت و بهره‌وری را که نیاز به توسعه دارد، اعلام کند (۱۵) و امکان بررسی دقیق میزان پیشرفت مراجع را نیز فراهم می‌کند. سه حوزه ای که مراجع به اهمیت آن‌ها اشاره داشت، برقراری ارتباط، کار داوطلبانه و مدیریت منزل بود که میزان عملکرد و رضایت فرد به ترتیب بدین شرح بود: (برقراری ارتباط ۲،۱)، (کار داوطلبانه ۴،۲) و (مدیریت منزل ۳،۴) از ۱۰ بود.

جدول ۱. ارتباط فرد و کار در مدل PEO

فرد - کار
<ul style="list-style-type: none"> • بهبود توانمندی های مربوط به برقراری ارتباط با سایرین در قعیت های مختلف اجتماعی و حفظ حریم شخصی • حفظ انگیزه جهت برقراری ارتباط صحیح • آگاه از نحوه برقراری ارتباط صحیح در موقعیت های مختلف • تشخیص موقعیت های مختلف اجتماعی (رسمی - غیر رسمی) و کسب آگاه در مورد آن‌ها • آگاه شدن از نحوه و میزان تماس چشمی حین درخواست در یک موقعیت اجتماعی رسمی • توسعه مهارت‌های استفاده از جملات مناسب و مهارت‌های کلامی • آگاه شدن از چهارچوب و حریم شخصی افراد مختلف حین برقراری ارتباط

جدول ۲. ارتباط کار و محیط در مدل PEO

کار - محیط
<ul style="list-style-type: none"> • محیط کلاس جهت انجام فعالیت گروهی • انتخاب محل نشستن • مرور لیست وسایل مورد نیاز جهت اجرای تمام فعالیت • قرض گرفتن وسایل مربوط به فعالیت • استفاده از یز و صندلی کلاس به صورت مناسب • بررسی کتب مختلف در کتاب فروشی‌ها برای الگوبرداری

جدول ۳. ارتباط فرد و محیط در مدل PEO

فرد - محیط
<ul style="list-style-type: none"> • توسعه و ایجا مشارکت اجتماعی صحیح و متناسب با موقعیت • حمایت مداوم خانواده جهت تسهیل ارتباط با سایرین • دریافت بازخورد اجتماعی مثبت از اطرافیان • بهره مند شدن از حمایت اجتماعی و خانوادگی • ارتقای کیفیت زندگی • دستیابی به انتظارات فردی • احترام به قوانین مرکز توانبخشی و قوانین گروهی

که یکی از فرمتهای رایج و به روز در زمینه نوشتن اهداف می باشد (۱۹)، نوشته شدند که نمونه ای از آن در ذیل آمده است:

سپس اهداف با استفاده از فرمت SMART (Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Timely)

هفته دوم: مراجع در محل برگزاری کلاس حضور یابد و تماس چشمی کوتاه مدت با مربی در ابتدای کلاس برقرار کند.

هفته سوم: شرکت کرن در جلسه درمان گروهی با سایر مراجعین جهت طراحی داستان دسته جمعی.

هفته چهارم: یادداشت برداری از وسایل مورد نیاز جهت انجام فعالیت کلاس و درخواست مودبانه از مربی در شروع کلاس.

هفته پنجم: حضور داشتن در کلاس به مدت ۴۵ دقیقه و خارج شدن از کلاس با اجازه گرفتن از مربی به مدت ۱۰ دقیقه و جواب دادن به تلفن همراه در این زمان و بازگشت به کلاس برای ۴۵ دقیقه بعدی.

هفته ششم: شرکت در جلسه درمان گروهی اجرای نمایش با ماسک صورت و اجرای گفتگو همراه با دیگر مراجعین.

هفته هفتم: نشان دادن محصول کار خود در انتهای جلسه به مربی و سوال کردن از نقاط قوت و ضعف محصول خود.

نمونه ای از نحوه اجرای مداخلات انفرادی

مداخلات مربوط به برقراری ارتباط که خود مراجع آن را از دیگر اهداف برای خود مهم تر می دانست بدین شرح بود: در ابتدا با همکاری خود مراجع شرح اجرای هدف نوشته شد و جلسات بدین صورت تنظیم شد، در جلسه اول از مراجع خواسته شد که طبق هدف سعی کند تا مدت ۴۵ دقیقه نشستن در کلاس را تحمل کند، مراجع دو جلسه این تمرین را در کلاس هنر با مربی هنر تمرین کرد و اظهار داشت که در تحمل این مدت دچار اضطراب شده است و نمی تواند قضاوت صحیحی در مورد میزان نزدیک شدن به دیگر اعضا و نیز مربی داشته باشد، در نتیجه با مشارکت روانشناس به فرد تکنیک تنفس شکمی برای کاهش اضطراب آموزش داده شد و مشاوره ای در مورد سلام و احوال پرسی کوتاه با سایرین نیز نوشتن لیست وسایل مورد نیاز برای دستیابی سریع تر به آنها و نیز نحوه درخواست کردن به او داده شد و در قالب بازی نقش تمرین شد و از وی خواسته شد تا مجدداً تمرین را در جلسات بعد و در دیگر کلاس ها تکرار کند و بعد از هر

برای مدت ۲ هفته (T1) مراجع در مورد مراحل برقراری ارتباط با دیگران (S1) و تعریف حریم شخصی در موقعیت های مختلف اجتماعی (S2) توسط کاردرمانگر آموزش ببینند. در محل برگزاری کلاس حضور یابد (A1) و با مربی کلاس به مدت ۱۰ ثانیه جهت گفتن سلام و احوالپرسی کردن بدون در آغوش گرفتن یا بوسیدن مربی تماس چشمی برقرار کند (M1). در هفته سوم (T2) مراجع در جلسه درمان گروهی با موضوع طراحی داستان دسته جمعی و بیان کردن در جمع، با هدف برقراری ارتباط کلامی مناسب با موقعیت با مراجعین و درمانگر، شرکت کند (S3). در طی سه هفته بعد (T3) مراجع در شروع کلاس فهرست وسایل لازم جهت انجام فعالیت مربوط به خود را یادداشت کند و از مربی با کلمات مودبانه درخواست نماید (A3). به مدت ۴۵ دقیقه در کلاس حضور داشته باشد (M2) و به انجام فعالیت خود بپردازد، سپس با برقراری ارتباط چشمی با مربی به مدت ۱۰ ثانیه (M3) از وی اجازه خروج بگیرد. در مدت ۱۰ دقیقه استراحت می تواند با تلفن همراه خود صحبت کند (A4) یا یک میان وعده بخورد و سپس مجدداً به کلاس باز گردد. مراجع به مدت ۱ هفته (T4) در جلسه درمان گروهی با عنوان ایفای نقش در یک نمایشنامه با استفاده از ماسک صورت و بیان گفت و گوی نقش ها با مراجعین دیگر جهت بهبود ارتباط کلامی در چند موقعیت متفاوت اجتماعی و آگاه شدن از زبان بدن شرکت کند (S5). برای ۱ هفته بعد (T5) مراجع در پایان زمان کلاس محصول فعالیت خود را به مربی نشان دهد و در مور نقاط قوت و ضعف آن بحث کند و نظر مربی را جویا شود (A5). در نهایت با ارزیابی مجدد عملکرد و افسردگی (R1)، پیشرفت و رضایت مراجع بازبینی شود (R2).

مراحل اجرای مداخله بر اساس هدف

هفته اول: آموزش مرحله به مرحله نحوه برقراری ارتباط در موقعیت های مختلف اجتماعی و حفظ حریم شخصی خود و دیگران در موقعیت رسمی با مشارکت خود.

جهت ارزیابی مشاهده ای و نیز ارائه بازخورد به مراجع بسیار موثر بود. در پایان جلسات مداخله پس از مصاحبه مجدد با خانواده و مراجع، اظهار داشتند که در تمایل به برقراری ارتباط و نیز رفت و آمدهای وی و نیز میزان انرژی مثبت فرد در این رابطه افزایش یافته است و فرد از کاهش اضطراب در برقراری ارتباط و حضور در جمع سایرین اظهار رضایت و خشنودی داشت و کار داوطلبانه نیز همراه با رضایت و عملکرد بیشتر همراه بود و ارتباط های موثر کاری برقرار شده بود که فرد را برای مشغول شدن در کار تمام وقت رسمی آماده می کرد، اظهارات مادر و خود فرد حاکی از مشارکت فعال مراجع در کار های منزل شامل آشپزی، مراقبت از مادر، خرید، تمیز کردن منزل و اصلاح الگوی خواب به دلیل افسردگی و اضطراب کمتر بود.

یافته ها

پس از انجام مداخلات، نتایج زیر بر اساس مقیاس عملکرد کانادایی حاصل شد که با توجه به نحوه نمره گذاری ای آزمون حاکی از $5/3$ تغییر در نمره رضایت مندی و $5/7$ نمره تغییر در میزان عملکرد است، در جدول ۴ آمده است. میزان شدت علائم افسردگی نیز کاهش چشمگیری را نشان می دهد که در جدول ۵ آمده است.

جلسه مریبان و نیز خود مراجع میزان پیشرفت را گزارش می دادند و سپس برای تعمیم مهارت به محیط های واقعی تر از وی خواسته شد تا با توجه به توانایی های دیگرش تنها و بدون کمک سارین به دانشگاه بیاید و حضور در یک کلاس فعالیت را در جمعی بزرگتر تجربه کند.

در مورد اولویت دوم مراجع که انتخاب و یافتن کار داوطلبانه بود به این ترتیب اجرا شد: با همکاری مراجع لیستی از کار های داوطلبانه تهیه شد و علایق مراجع در مورد آنها بررسی و مراجع از تفاوت کار های داوطلبانه و رسمی آگاه شد، هماهنگی های لازم با یک موسسه آموزش هنری انجام گرفت و نحوه حاضر شدن در محل کار و وظایفش به وی یادآوری شد و قرار شد حداقل با هفته ای یک روز کار خود را آغاز کند و در طول این مدت مدام به مراجع در مورد مشکلات در این رابطه مشاوره داده می شد و خانواده نیز در بعضی جلسات جهت هماهنگی های بیشتر حضور می یافتند.

نمونه ای از نحوه اجرای مداخلات گروهی: فرد در دو جلسه درمانی گروهی دعوت شد، جلسه اول با هدف بهبود مهارت های بیان چهره ای و زبان بدن و تعامل با دیگران تشکیل شد و مراجع در آن شرکت فعال داشت در جلسه دوم گروه با هدف آموزش مهارت های بین فردی و نیز پذیرش مسئولیت در تعامل با سایرین در قالب دراما و با ماسک هایی که توسط خود اعضا ساخته شده بود، اجرا شد.

از مراجع خواسته شد تا جهت بررسی میزان عملکرد و ایجاد تعادل در حوزه های مختلف فعالیت های خود را در طول شبانه روز در یک دایره تقسیم بندی شده بنویسد و مدت زمانی را که به هر کار اختصاص داده را نیز ذکر کند، این روش هم در

جدول ۴. تغییر در میزان عملکرد و رضایت مندی بر اساس مقیاس عملکرد کانادایی

مشکلات عملکرد کاری	عملکرد ۱	رضایت مندی ۱	ارزیابی مجدد عملکرد ۲	ارزیابی مجدد رضایت مندی ۲
۱. برقراری ارتباط	۱	۲	۶	۷
۲. کار داوطلبانه	۲	۴	۸	۸
۳. مدیریت خانه	۴	۳	۱۰	۱۰

جدول ۵: تغییر شدت علائم افسردگی قبل و بعد از مداخله

شدت علائم افسردگی	قبل از مداخله	بعد از مداخله
	۵۰	۲۰

ارتباط استفاده شد که رضایت نهایی مراجع رانیز به همراه داشت (۳، ۱۱). به نظر می رسد مداخله مبتنی بر CPPF از روش های موثر در مداخله مراجع محور است و با توجه به نوع آزمون استفاده شده در مدل های کانادایی که کاملاً برای این مدل طراحی شده اند مانند COPM، استفاده از آن، ارزیابی نتایج و اطمینان از مراجع محور بودن آن را تضمین می کند. از سوی دیگر در مقایسه با دیگر مدل های مداخله ای مانند occupational performance model و occupational therapy performance framework تأکید بیشتری بر ارزیابی مجدد و مشارکت مراجع در تمام مراحل درمان دارد (۲۱، ۲۲). با توجه به نتیجه این مطالعه موردی، میتوان گفت این روش در خصوص بیماران روان با سطح شناختی متوسط به بالا می تواند موثر باشد.

پیشنهادها

پیشنهاد می شود با توجه به مراجع محور بودن و نیز داشتن ویژگی مبتنی بر کار و شواهد این روش در مورد سایر اختلالات نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه مرکز توانبخشی روان قائم و نیز اعضای تیم درمان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

بحث

هدف از این مطالعه بررسی تأثیر کاردرمانی مراجع محور بر اساس فرآیند چهارچوب کانادایی بود. از دیدگاه کلی این مراجع یک داوطلب مناسب برای کاردرمانی بود و از سوی دیگر تأخیر زیاد در مراجعه به کاردرمانی از موارد منفی محسوب می شد. بعد از ۲۱ جلسه کاردرمانی مستقیم و نیز جلسات مشاوره و مشارکت در جلسات آن، به نظر می آید مراجع تغییرات قابل توجهی در خصوص برقراری ارتباط اجتماعی، کار داوطلبانه و مدیریت منزل داشته است و شدت افسردگی از شدید به متوسط تغییر یافته بود. در ادامه جلسات درمان، قرار شد تعداد جلسات مستقیم کمتر شود و در صورت هر گونه مشکل در این حوزه ها آن را با کاردرمان درمیان گذارد و مشاوره به خانواده و فرد ادامه یابد. نتایج حاکی از موثر بودن رویکرد مراجع محور فرایند عملکرد کانادایی است و در این خصوص همکاری بین رشته ای بین اعضاء تیم از اهمیت خاص برخوردار است (۲۰) و استفاده از مقیاس عملکرد کانادایی یک وسیله خوب برای چیدن اهداف و مشخص شدن مسیر درمان به دست می دهد. در مطالعه موردی صورت گرفته توسط Ciucurel و همکار در مورد بیمار داوون و افسردگی در بیمار استروک که از این روش استفاده شده بود، حاکی از موثر بودن این روش بوده است، البته حوزه های دیگری از عملکرد کاری در این مطالعه با توجه به نوع اختلال مورد مداخله قرار گرفته بود و از سوی دیگر در مطالعه حاضر از پتانسیل مداخلات گروهی نیز با توجه به مشکل در برقراری

References

1. Schindler VP. A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses. *Occup Ther Int* 2010; 17(3): 105-12.
2. Sumsion T, Smyth G. Barriers to client-centredness and their resolution. *Can J Occup Ther.* 2000 Feb; 67(1):15-21.

3. Ciucurel C, Iconaru E I. A Case Study of Occupational Therapy for Post stroke Depression in Elderly. Proc edia- Social and Behavioral Sciences 2012; 46: 3865 – 9.
4. Schell B A. Willard and Spackmans Occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
5. Townsend E ,tanton S, Polatajko H, Baptiste S, Thompson-Franson T, Kramer C ,Swedlove F, Brintnell S, Campanile L .Research and written for Canadian Association of Occupational Therapist . Enabling occupation: An occupational therapy perspective (Rev. ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002.
6. Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the context. In E. A. Townsend,& H. J. Polatajko, Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.
7. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In E. A. Townsend, & HJ. Polatajko, Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa :ON: CAOT Publications ACE; 2007: 247-72.
8. Lee J. Achieving Best Practice: A Review of Evidence Linked to Occupation-Focused Practice Models. Occup Ther Health Care. 2010 Jul; 24(3):206-22.
9. Kielhofner G. Model of Human Occupation:Theory and Application. (4st Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
10. Mairs H , Bradshaw T . Life skills training in schizophrenia. British Journal of Occupational Therapy. 2004;67(5):217-24.
11. Ciucurel C, Iconaru EI. Occupational therapy for children with down syndrome a case study. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012; 46: 3825 – 9.
12. Karbalaiee Nouri A, Sadeghi A, Shamsolmaali Z. Persian Validity of Lovenstein Cognitive Assessment in Occupational therapy. Tavanbakhshi 2009 ; 2: 107-3.
13. Atashi N, Aboutalebi S. Reliability of the Persian version of Canadian Occupational Performance Measure for Iranian elderly population. IRJ ; 2010, 8(12): 26-30 .
14. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric Properties of Persian-Language Version of The Beck Depression Inventory 2st ED . BDI-II-Persian : Depression And Anxiety; 2005 : 185-92.
15. Edmans J. Occupational Therapy and Stroke. 2st ed. Wiley-Blackwell; 2010.
16. Rogers J. C . Occupational diagnosis in: Molineux M., editor .Occupation for occupational therapists: Oxford: Blackwell; 2004; 17-31
17. Strong S, Rigby B, Stewart D, Law M. Application of the Person-Environment-Occupation Model: a practical tool. Can J Occup Ther. 1999; 66(3): 122-33.
18. Metzler M J, Metz G A. Analyzing the barriers and supports of knowledge translation using the PEO model. Can J Occup Ther. 2010 Jun; 77(3):151-8.
19. Doran G.T. There is a S.M.A.R.T way to write managements goal and objectives.Management Review . 1981;70(11):35-6.
20. Steultjens E, Dekker J, Bouter LM, Van de Nes JC, Cup E, Van den Ende C . Occupational therapy for stroke patients - a systematic review , Stroke . 2003; 676-34 .
21. Roley SS, DeLany JV, Barrows CJ, Brownrigg S, Honaker D, Sava DI, Talley V, Voelkerding K, Amini DA, Smith E, Toto P, King S, Lieberman D, Baum MC, Cohen ES, Cleveland PA, Youngstrom MJ Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. Am J Occup Ther. 2008 Nov-Dec;62(6):625-83
22. Rodger S. Becomming more occupation centered with children. occupation centered practice with children. USA: Blackwell; 2010. p : 32.

Client-Centered Occupational Therapy on the basis of Canadian Process Performance Framework in Schizoaffective: a Case Study

Sareh Zarshenas*, Zahra Asgari¹, Parsa Houshvar², Ali Tahmasebi³

Original Article

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of client-centered model in form of Canadian Process Performance Framework in a client with schizoaffective diagnosis, in order to demonstrate its application in occupational base practice.

Materials and Methods: In this case-study, a 38 schizoaffective woman was studied. Measures such as Canadian Occupational Therapy Measurement (COPM), Beck Depression Inventory II (BDI-II) and Lowenstein cognitive assessment were used to document the differences in performances of the client during therapy sessions. In all evaluations, twenty-one sessions of intervention and goal planning process, client had an active participation and the occupational therapist tried to respect her values and interests accordingly.

Results: Results demonstrate that the amount of performance and satisfaction increased, according to COPM (5.3, 5.7) and the rates of depression decreased from sever to moderate (50 to 20).

Conclusion: The results confirmed that current approach can be a useful approach to improve social skills and activities of daily living in patients afflicted with schizoaffective disorder.

Keywords: Occupational therapy, Client-centered framework, Canadian Process Performance Framework, Schizoaffective Disorder

Citation: Zarshenas Sareh, Asgari Zahra, Houshvar Parsa, Tahmasebi Ali. **Client-Centered Occupational Therapy on the basis of Canadian Process Performance Framework in Schizoaffective: A Case Study.** J Res Rehabil Sci 2013; 9(4): 767-776.

Received date: 27/2/2013

Accept date: 11/8/2013

*M.Sc. OTR. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) zarshenas.otr@gmail.com

1- BSc. OT, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- M.Sc. OTR. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Student, Student Research Committee, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran