

مقدمه

سلامتی یعنی داشتن ظرفیت مطلوب برای اجرای سؤثر نقشها و وظایف در چارچوب اجتماع پارسون با مرور برنامه ی یک روز خود از بامداد تا شامگاه، در می یابیم که توانایی اجرای مستقل فعالیتهای روزمره ی زندگی (Activities of Daily Living (ADL) تا چه حد ضامن اعتماد به نفس در فرد می باشد.. صرف نظر از هر نقش اجتماعی یا خانوادگی و مسئولیتهای فردی، اجرای مستقل خوردن غذا، پوشیدن لباس، تحرک و راه رفتن و حفظ آراستگی از ضروریات محسوب می گردد. اگرچه ماهیت فعالیتهای روزمره ی زندگی از فردی به فرد دیگر، از فرهنگی به فرهنگ دیگر، در هر شرایط سنی و بسته به انقشهای مختلف فردی متفاوت می باشد، اما آنچه که بطور عام فعالیت های روزمره زندگی اطلاق می گردد، تقریباً برای همه ی افراد در تمام سنین و برای تمام نقشهای ممکن در طول زندگی یکسان است و وابستگی در آن استقلال فردی را مختل می نماید و نیاز دائمی به حضور مراقب در منزل، کمک مداوم خانواده و یا زندگی در مراکز نگهداری را حتمی می سازد. این امر موجب بی کفایتی در اداره ی محبط و فقدان عزت نفس وی می گردد.

لذا ارزیابی، مداخله و اقدامات در این رابطه نه تنها به مراجع که به خانواده ی او نیز کمک می نماید هزینه ی گزاف بستری و مراقبت در سیستم های بهداشتی و درمانی را

فعالیت های روزمره زندگی

کاهش می‌دهد و سلامت روانی خانواده را نیز بطور چشمگیری تضمین می‌نماید. در این فصل با مفاهیم مربوط به فعالیت های روزمره‌ی زندگی بیشتر آشنا می‌شویم.

تعریف فعالیت های روزمره‌ی زندگی

اصطلاح فعالیت های روزمره‌ی زندگی برای اولین بار در سال ۱۹۵۴ در متون کاردرمانی مطرح گردید. هولدمن در آن سال بیان نمود "... عملکرد یا فعالیت های روزمره‌ی زندگی، راهنمایی برای ارزیابی فرآیندهای مراجع می‌باشد..." در گذشته فعالیت های روزمره‌ی زندگی به مفهوم گزارش پیشرفت یا دست آوردها، نیازهای فیزیکی زندگی روزانه و فعالیت های کارکردی بود(۱). اما برداشت امروزه از این اصطلاح با آنچه که در گذشته وجود داشته دارای تفاوت‌های مشهودی است.

به منظور دستیابی به مفهوم امروزی فعالیت های روزمره‌ی زندگی همانطور که از جمع بندی قسمت عوامل مؤثر در اجرای فعالیت های روزمره‌ی زندگی بر پایه‌ی مدل های کاردرمانی " استنباط می‌گردد، بعد ADL شامل مجموعه تکالیف (وظایفی) می‌باشد که در مدلها و چارچوبهای کاربردی مختلف دارای طبقه بندی های متعدد بوده و عوامل مرتبط با آن نیز متفاوت هستند. از آنجایی که ارزیابی و مداخلات درمانی نیز بر پایه‌ی پروتکل خاص هر مدل خواهد بود، لذا ارائه‌ی تعریفی واحد و منحصر به فرد از ADL

فعالیت های روزمره زندگی

علیرغم ضرورت، امکان پذیر نبوده و بدین منظور با مروری بر پیشینه ی متون موجود،

به

ذکر

فعالیت های پیشرفته ی روزمره ی زندگی (Advanced Activities of Daily Living)

فعالیت های گسترده روزمره ی زندگی (Extended Activities of Daily Living (EADL)

فعالیت های پیشرفته روزمره ی زندگی AADL گروهی از فعالیت های IADL میباشند

که اجرای آنها به توان فیزیکی و قدرت جسمانی بیشتری نیاز دارد. برخی از انواع آن

عبارتند از:

انجام فعالیت های ورزشی تا زمان عرق کردن، راه رفتن در مسافتی به طول یک مایل با

بیشتر، راه رفتن در مسافتی به طول یک چهارم مایل یا بیشتر (بدون استراحت)، فعالیت

های سرگرم کننده در منزل، ملاقات با اطرافیان در منزل، غذا خوردن با دوستان در بیرون

از خانه، کارهای تفریحی مسافرتی خارج شهر. بر طبق بیانیه AOTA در سال ۲۰۰۲،

این فعالیت ها در چارچوب بازی، اوقات فراغت و یا شرکت اجتماعی طبقه بندی می

گردند [10، 20]. در حالیکه، در منابعی AADL شامل فعالیتهایی چون دویدن، رانندگی

بیش از ۵ مایل، تفریحی و سرگرم کننده و کارهای داوطلبانه است که بر مبنای OTPF

سال (۲۰۰۳) می تواند بیشتر شامل فعالیتهای کار و اوقات فراغت باشد تا IADL .

تعریف فعالیتهای پایه و کارساز روزمره ی زندگی

به منظور ارزیابی و اقدامات متناسب با شرایط و نیاز مراجع و همچنین همراستا با تخصص هر یک از اعضاء تیم، ضروری است برای هر یک از فعالیت های پایه و کارساز روزمره ی زندگی تعریف مشخصی قرارداد شود تا بتوان براساس این چارچوب، برنامه های درمانی را طراحی کرد. در ادامه به شرح هریک پرداخته شده است.

فعالیت های BADL

استحمام Showering Bathing

دسترسی و بکارگیری وسایل لازم، صابون زدن، شستن و لیف زدن، خشک کردن بدن، حفظ وضعیتهای مناسب برای شستن قسمتهای مختلف بدن، ورود به حمام و خروج از آن، جابجایی در حمام، تغییر وضعیت های لازم در حمام و حین شستشو.

توالت کردن و بهداشت توالت (Toileting and toilet Hygiene) : دسترسی و بکارگیری وسایل لازم پوشیدن و درآوردن لباس، حفظ وضعیت در توالت و موقع تخلیه، نشستن و بلند شدن از توالت، تمیز کردن خود، مراقبتهای کنترل دفع (شامل سوند، شیاف و کولوستومی)، مراقبتهای لازم در زمان عادت ماهانه بانوان و کنترل ارادی کامل حرکات دفع از روده ها و ادرار از مثانه است، در صورت لزوم، بکارگیری ابزار با عواملی برای کنترل مثانه .

فعالیت های روزمره زندگی

پوشیدن و در آوردن لباس (Dressing): انتخاب لباس و وسایل مناسب برحسب موقعیت مکانی، زمانی و متناسب با دمای هوا و فصل، برداشتن لباس از کمد، ترتیب و توالی در مراحل پوشیدن و درآوردن، بستن گیره ها، بند و دگمه به تناسب لباس و کفش، پوشیدن و درآوردن ابزار شخصی اسپلینت ها، پروتزها و ارتزها.

اعصاب و محیطی نحوه ی وضعیت دهی دست؛ و یا آموزش روش های خانه داری برای فردی دچار ضربه و با اختلال شدید تعادلی و مهارتهای شناختی، براساس توانایی های باقی مانده اش. هدف تمامی ای درمانگران در آموزش فعالیت ها، اجرای وظایف کارکردی و تعمیم این توانایی در محیط های مختلف می باشد. کاردرمانگر موظف است در صورتی که مراجع قادر به اجرای مستقل با ایمن ADL نباشد خانواده و تیم درمان او را از وابستگی وی و نیاز به حضور مراقب آگاه سازد.

عوامل مؤثر در اجرای فعالیت های روزمره زندگی بر پایه ی مدل های

کاردرمانی

در دیدگاه های مختلف عوامل متعددی، در زمانها و فرهنگهای متفاوت بر اجرای فعالیتهای روزمره ی زندگی مؤثر بوده اند. برخی از دیدگاه ها، حتی مدل های آکوپیش کاردرمانی را نیز به گونه ای تحت تأثیر قرار داده که در این رابطه می توان به مدل ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی WHO در سال ۲۰۰۱ "زیستی روانشناختی

فعالیت های روزمره زندگی

اجتماعی " Bio - Psycho - Social اشاره نمود که مبنای سیستم طبقه بندی جهانی کار کرد ICF گردید.

برای اقدامات مؤثر با هدف ارتقاء سطح استقلال فردی، نیاز مبرم به برنامه ریزی دقیق براساس شواهد بدست آمده از ارزیابی ها و گزارشات مراجع می باشد. لازمه ی جمع آوری چنین اطلاعات سیستماتیکی، انتخاب چارچوب و یا مدلی مشخص و اجرا برطبق دستورالعمل مدون است. از آنجایی که اقدامات در زمینه ADL از وظایف منحصر به فرد کاردرمانی بشمار می آید، لذا مرور اجمالی بر مدل های مفهومی با کاربردی و چارچوب های اصلی کاردرمانی ضروری به نظر می رسد. در این قسمت علاوه بر بررسی جایگاه ADL در مدل های اصلی کاردرمانی، مروری هر چند کوتاه بر مدل های ناتوانی و معرفی ICF خواهیم داشت. جهت آگاهی و توضیحات بیشتر پیرامون هر مدل مراجعه به منابع توصیه می شود.

مدل های ناتوانی و طبقه بندی جهانی کار کرد ICF

تاریخچه مدل های ناتوانی در رابطه با تعریف و تعیین حدود ناتوانی و معلولیت، نظرات متعددی وجود دارد و این مفهوم در اقوام و فرهنگ های مختلف و حتی در طول زمان نیز دچار تحولاتی گردیده است. در قدیمی ترین مدل ناتوانی یا «مدل اخلاقی» ناتوانی همواره همراه با احساس گناه و شرمندگی برای فرد و خانواده اش بوده است. خانواده

فعالیت های روزمره زندگی

ناچار به پنهان کردن فرد ناتوان بوده و در سیاست گذاریها نیز برای دولت و مردم مسئولیتی از نظر تأمین خدمات اجتماعی برای این گروه در نظر گرفته نمی شد. در اوایل قرن ۱۹ «مدل پزشکی» غالب بود که در واقع کلیه مداخلات درمانی محدود به اقدامات دارویی و پزشکی می گردید. بر اساس این مدل، انسان یا سالم و یا بیمار بود. افراد ناتوان، محروم از حقوق اجتماعی از قبیل استفاده از خدمات آموزشی، حرفه ای و تفریحی ویژه، بر اساس تواناییهایشان بودند. «مدل توانبخشی مشابه مدل پزشکی است، اما در این مدل به نیاز فرد ناتوان به خدمات متخصصین توانبخشی بمنظور درمان، آموزش و مشاوره اشاره شده است. از نظر تاریخی، ظهور این مدل به بعد از هماهنگی نه تنها در درون خویشتن که بین خود با طبیعت و دیگران بوده و در برخی در س طح متعالیه جوی معمای هستی زندگی، یقین درونی، امید و معنا است.

محیط بیرونی: تعامل بین چهار بعد اجتماعی، فرهنگی، فیزیکی و حسی محیط اطراف است که به و اجرای آکوییشن را تحت تأثیر قرار می دهد. محیط فیزیکی در شکل دهی رفتار و محیط حسی در مورد جنبه های فیزیکی - اجتماعی - فرهنگی و شرط بقاء در محیط، اطلاعاتی را به فرد می دهد، محیط امامی شامل ساختارهایی از ارزشها، باورها، ایده ال ها و آداب و رسوم است و در آخر محیط اجتماعی که دربرگیرنده الگوهای ارتباطی بین افراد می باشد.

فعالیت های روزمره زندگی

بر طبق مدل اجرای اکوپیش استرالیایی فعالیت های خود حفاظتی شامل امور عادی، وظایف و خرده وظایفی است که به منظور سلامتی و رفاه فرد در محیط انجام می شود و می توانند به شکلهایی از عادت‌ها (لباس پوشیدن و غذا خوردن)، یا غیرعادی و موقتی (خوردن دارو) داشته باشند. شرایط محیطی تعیین کننده‌ی نیاز به آنها خواهد بود. این فعالیت ها با اجرای اکوپیشن، عناصر محوری و شرایط محیطی ارتباط متقابل دارند.

مدل آکوپیشن انسانی MOHO

کاربرد مدل آکوپیشن انسانی MOHO، بطور فزاینده ای در طول ۲۰ سال گذشته توسعه یافته است. این مدل، اولین بار در اواخر سالهای ۱۹۷۰ و اوایل سالهای ۱۹۸۰ از سوی کیلهافنر (۲۰۱۰-۱۹۴۹)، بروک و آیچی ارائه گردید و در طی ۴ مقاله به چاپ رسید. بازنگری های آن در سالهای ۱۹۸۵، ۱۹۹۵ و ۲۰۰۲، با مشارکت بسیاری از همکاران و اساتید دانشگاه ها در سراسر دنیا انجام شد. در حال حاضر ۲۵۰ مقاله ی چاپ شده در ژورنالهای معتبر دنیا، تحقیقات و پروتکل‌های درمانی متعدد، شواهدی بر تأیید اعتبار و پایایی این مدل می باشند.

MOHO در ابتدا بر پایه ی تئوری سیستم باز طراحی شد؛ اما به مرور به سمت اصول تئوری آشوب و تئوری سیستمهای پویا میل پیدا کرد. این سیستمها بر "ماهیت پویای اجرای آکوپیشن و نقش آن بر حفظ سازماندهی سیستمی و ایجاد تغییر" تأکید دارند.

فعالیت های روزمره زندگی

اجرای آکوپیشن در این مدل به معنای انجام کار، بازی یا فعالیت های روزمره ی زندگی در زمینه ی زمانی، فیزیکی و اجتماعی - فرهنگی است که مشخص کننده ی زندگی انسان می باشد. اجرای آکوپیشن در این مدل، ساختار رفتار آکوپیشنی را به سه زیرساختار تقسیم می نماید که عبارت است از:

1. اراده: انگیزه ی انتخاب فعالیت بر مبنای ارزشها، علیت شخصی و علائق فردی
2. خوگیری: عبارتست از الگوی نیمه ارادی رفتار و امور عادی در چارچوب نقشها و عادات.
3. ظرفیت اجرا: ظرفیت فرد برای مولد بودن است و بستگی به قابلیت سیستم های اسکلتی عضلانی، قلبی ریوی و ... و همچنین حالت ذهنی و شناختی شخص دارد.

جنبه ی نهایی مدل MOHO تعامل تمام این عوامل با محیط و زمینه است . اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد. کاردرمانگران از علت ارجاع به پخش و هدف و انتظار مراجع را از امدارات کاردرمانی جویا شوند. این پروفایل اگر چه در جلسه اول تهیه می شود، اما لازم است که در طول جلسات درمان نیز تکمیل شود.

تعیین اهداف / Goal Setting / هدف گیری نتایج مورد نظر

پس از جمع آوری داده ها و سازماندهی، وظیفه نهایی جمع بندی آنها برای تعیین دقیق مشکلات اجرایی مراجع در اکوییشنهایش می باشد. سپس کاردرمانگر باید برای هر اختلال اجرایی، دلایل احتمالی نقایص اجرایی را پیش بینی نماید. قبل از اقدام به تصمیم گیری در مورد مداخلات درمانی، لازم است تا فهرست روشن و مشخصی از اهداف مداخلات تهیه شود. این اهداف را می توان در قالب برنامه های اهداف کوتاه مدت (قابل دستیابی در طی چند روز، هفته با یک ماه و با ۱۲ هفته) و یا بلند مدت (قابل دستیابی بیش از دو ماه یا یک سال طبقه بندی نمود. فهرست مذکور را باید مراجع ملاحظه و تأیید کرده باشد، در حد پتانسیل توانایی او بوده و مورد توافق تمامی اعضا تیم باشد و همگی در آن جهت برنامه ریزی نمایند و گام بردارند.

اهداف شخصی تمایلاتی هستند که امید به دستیابی آنها می رود. برخی از این اهداف می تواند فقط فیزیکی، مالی، روانشناختی و یا مربوط به ارتباطات فردی و در مواردی تلفیقی از چندین مورد باشد. این تفاوت در اهداف شخصی می تواند ناشی از اختلاف در عملکرد، رفتار و نگرش افراد نسبت به یکدیگر باشد

اما همانطور که اشاره گردید از ضروریات مداخلات درمانی مؤثر، تعیین نمودن اهداف مناسب و سودمند است. درمانگر در موقع تعیین اهداف باید بخاطر داشته باشد که یکی

فعالیت های روزمره زندگی

از بزرگترین مخاطرات در این مرحله، دور شدن اهداف درمانی می باشد که درمانگر برای مراجع در نظر گرفته است و نزدیک شدن به اهدافی باشد که مراجع برای خودش در نظر می گیرد. اگرچه در بسیاری از رویکردها نظر مراجع در رأس اقدامات است، اما اهداف باید واقعی و دست بافتنی باشند و کمک به تسریع آنها سرلوحه ی اقدامات قرار گیرد. لذا توافق اهداف و کمک به دستیابی آنها مهارت درمانگر است و نیاز به زمان دارد. در مواردی ممکن است اهداف مراجع با درمانگر، خانواده و یا اجتماع همسو نباشد. دستیابی به اهداف به معنی یافتن راههایی برای رفع اهداف متناقض و ایجاد اهداف مشترک است تا فرد به استقلال برسد.

روشهای مختلفی برای نوشتن اهداف وجود دارد که عبارتند از:

1. ABCD این روش نحوه ی نوشتن اهداف، ترکیبی است از اول حروف Audience فردی که رفتاری را انجام می دهد؛ Behavior رفتار کار یا عملی است که فرد باید انجام دهد؛ Condition محیط و شرایطی است که رفتار در آن انجام می شود؛ Degree بخش قابل اندازه گیری و سنجش هدف می باشد و نشان می دهد که برای نیل به هدف چند بار، چند درصد و یا چه درجه ایی از رفتار باید اجرا شود.

2. FEAST: در این روش نیز Function عملکرد محدوده های از اجرای آکوپیشنال هستند که امید می رود با مراجع به آنها دست یابد مانند لباس پوشیدن یا خرید کردن

فعالیت های روزمره زندگی

Expectation انتظاری که مراجع می رود؛ Action در واقع فعل هدف می باشد مانند بنویسد. حمل کند. جابجا شود؛ Specific condition مشابه C در روش بالا است، شرایطی که فرد رفتار را انجام می دهد بطور نمونه فرد در حالت ایستاده بتواند مسواک بزند و یا بطور مستقل لباس بپوشد؛ Timeline چه مدت زمانی برای نیل به هدف تعیین شده نیاز است

۳ : RHUMBA (Rumba) در این روش نیز هدف باید Related /Relevant مرتبط :
How long تعیین دقیق مدت زمان لازم برای کسب هدف؛ Understandable قابل فهم بودن برای هر خواننده؟ Measurable داشتن قابلیت اندازه گیری؛ Behavioral دیدنی با شنیدنی بودن Achiavable واقعی و قابل اجرا باشد .

4. SMART در این روش نیز هدف باید بگونه ای تعیین و نوشته شود که Specific (Significant) کاملا مشخص بوده و توانایی انجام تغییر مشخصی را در زندگی وی ایجاد کند Measurable بودن مانند RHUMBA باید بوضوح هدف را نشانه بگیرد، فرد قادر باشد خودش غذایش را در کمتر از ۳۰ دقیقه بخورد، و یا بدون دستور کلامی لباسش را مستقل بپوشد . Achievable مانند RHUMBA باید درمانگر حدس بزند که چه میزان از اجرای هدف در چارچوب زمانی مورد نظر قابل دستیابی است. هر قدر درمانگر با تجربه تر این پیش بینی صحیح تر Relates. مانند RHUMBA هدف بگونه ایی تعیین شود که ارزیابی

فعالیت های روزمره زندگی

های انجام شده با نیازهای مراجع مربوط و متناسب باشد و در قالب اهداف بلند و کوتاه مدت تدوین گردد Time bound. زمان دستیابی به هدف مشخص شود. اگر اهداف کوتاه مدت در زمان تعیین شده کسب نگردید بطور قطع باید اهداف بلند مدت را مورد تجدید نظر قرار داد .

جدول ۱-۲: عوامل مورد نظر در ارزیابی

موارد مورد ارزیابی	
ابتکار و نوآوری	تاریخچه و سوابق پزشکی
نگرش فرد به ناتوانی	تاریخچه ی داروهای دریافتی
سطح انگیزه	ارتباطات (سطح، زبان، توانمندی)
حالت ذهنی و عاطفی	تحرک
نگرشهای اجتماعی	عملکرد
زمینه های فرهنگی	تغذیه
وضعیت مالی	محیط (منزل، کار، جامعه)
استخدام با شرایط شغلی	تفریحات
تمایل و توانایی یادگیری	ساختارهای حمایتی و ارتباطات خانوادگی
اهداف و انتظارات مراجع و خانواده اش	نیازهای روحی

کاردرمانگران با اهداف متعددی از جمله تعیین میزان ظرفیت کاری، بررسی تواناییهای عملکردی، تشخیص محدودیتهای در اجرای فعالیتهای و ... مراجعانشان را از نظر استقلال فردی ارزیابی می نمایند تا سطح عملکرد مستقل مراجع را مشخص نمایند، مصاحبه، مشاهده. ایرسشنامه و آزمونهای ملاکی با هنجاری از شیوه های ارزیابی می باشند. با ثبت نتایج ارزیابی های اولیه، دوره ای و پایانی در پرونده مراجع، می توان با مقایسه ی مسیر پیشرفت علائم و وضعیت عملکردی وی پیرامون ادامه روند درمانی تصمیم گیری نمود

از آنجایی که پایه های درمان مؤثر، در بستر ارزیابی دقیق، هدفمند و دارای اعتبار و بایستی بنا شده است، در این فصل ضمن مرور اجمالی بر اهداف، روش و پارامترهای مؤثر بر ارزیابی به معرفی برخی از شاخصهای مطرح در ارزیابی ADL می پردازیم.

رویکردهای ارزیابی

نقش کاردرمانگران در برخورد با مراجعین از یک سو تسهیل انجام وظایف اصلی زندگی آنان است و از سوی دیگر برقراری تعادل در انجام فعالیتهای سه محدودهی اجرایی فعالیتهای روزمره زندگی، کار و اوقات فراغت) می باشد. به منظور نیل به اقدامات مؤثر، لازم است تا کاردرمانگران در ترسیم برنامه های درمانی خود عواملی چون شخصیت،

فعالیت های روزمره زندگی

مهارتها، محدودیتها، نیازها، فرهنگ، ارزشها و فرم زندگی مراجع را در نظر بگیرند.

در ارزیابی مراجعین دو رویکرد عمده وجود دارد که عبارتند از:

- رویکرد نزولی یا (TOA) Top - Down Approach

- رویکرد صعودی یا (DTA) Down - Top Approach

نقطه ی شروع اقدامات کاردرمانی بر مبنای رویکرد نزولی، از بالاترین سطح مدل ICF یعنی بررسی چگونگی شرکت اجتماعی فرد، محدودیت های اجرایی او در فعالیتهای زندگی فردی و اجتماعی و همچنین نحوه ی حضور او در جامعه می باشد. هدف از این اقدامات ارزیابی و درمان (اعادهی وظایف لازم برای ایفای بهتر نقش های اجتماعی و فردی است و در آخر به احراز قابلیت هایی برای حضور در اجتماع منتهی می گردد. بر طبق این رویکرد آسیب ها همواره کاملاً درمان نمی شوند، اما شرکت اجتماعی و اجرای فعالیتهای را می توان با بکارگیری روشهای جبرانی تسهیل نمود. استدلال های زیر تأیید کننده ی رویکرد نزولی می باشند:

1. ارزیابی و درمان از توانمندسازی در اجرای وظایفی آغاز گردد که برای مراجع

حائز ارزش است.

2. در حین انجام وظایف است که عوامل مؤثر در اجرا بخوبی مشخص می گردند.

روند ارزیابی

با ذکر است برای کار درمانگران نتایج ارزیابی ADL در تصمیم گیری های بالینی نقش کلیدی دارد | منظور قبل از اقدام به ارزیابی مراجع لازم است تا ابتدا درمانگران حمله اقدامات را در چارچوب | احل زبر تعیین نمایند تا به اطلاعات دقیقی دست یابند. این مراحل عبارتند از :

1. تعیین اهداف کلی ارزیابی
2. مشخص نمودن نیازها، علایق و مشکلات در اجرای ADL/IADL مراجع در اکوییشنال پروفایل وی ام.
3. تلاش در یافتن فعالیتهای بیشتر و مرتبطتر با آکوییشنهای مراجع و تعریف کاربردی آنها
4. تخمین عوامل مؤثر بر اجرای آکوییشنهای معمولاً روند ارزیابی
5. تعیین عوامل محیطی مؤثر بر ارزیابی
6. بررسی ابزار ارزیابی
7. یکی جه نمودن و جمع بندی اطلاعات بدست آمده از مراحل ۱ تا ۶ و انتخاب ابزار مناسب. در اداسدای این فصل به شرح هر یک از این موارد می پردازیم.

قدم اول: تعیین اهداف کلی ارزیابی

ارزیابی فعالیتهای روزمره زندگی اغلب با اهداف متعدد و متفاوتی انجام می گیرد. در سطح بالینی هدف از ارزیابی می تواند بررسی محدودیت های اجرایی فرد در فعالیتهای برای طرح مداخلات درمانی تصمیم گیری پیرامون ترخی، صلاحیت در تملک اموال، نیاز به ایجاد تغییر، اصلاح و با بررسی مجدد مداخلات و بررسی میزان بازده اقدامات، مستندسازی باشد؛ در سطح برنامه ریزی هدف از ارزیابی نیاز به جمع وری مدارک و شواهد برای توسعه، تخمین و بررسی نقادانه مداخلات است. درمانگر پیش از اقدام به شروع ارزیابی شوری است که بداند به چه اطلاعاتی برای شروع و با ادامهی اقداماتش نیاز دارد، از اهداف ارزیابی و کاربرد نتایج آن آگاه باشد و قادر به برقراری زمینه ی مساعد برای جمع آوری اطلاعات لازم و متناسب باشد. اهداف جمع آوری اطلاعات و ارزیابی بدین شرح است:

هدف اول: ارزیابی طرح و پایش مداخلت کار درمانی

این نوع ارز باید به منظور طرح و پایش مداخلات و تسهیل در تصمیم گیری انجام می گیرند. در این رابطه تعیین سطح پایه اجرایی مراجع، قبل از شروع مداخلات، امری کاملاً ضروری بشمار می آید. بدین ترتیب اهداف و برنامه های درمانی مطرح شده، قابلیت

فعالیت های روزمره زندگی

رفع مشکلات مراجع را خواهد داشت. با بررسیهای زیر بنا- ناوی مراجع تشخیص داده می شود و سپس پتانسیل و توانایی او برای اصلاح الگوهای

برخی از معیارهای ارزیابی فعالیتهای پایه روزمره زندگی

PULSES Profile (Moskowitz & Maccann, 1957)

هدف از طراحی تعیین شدت ناتوانی و میزان تغییرات بیماران جسمی بزرگسال (مانند سکتة مغزی بیماریهای پرولوژی، سوختگی، مشکلات قلبی، قطع عضو اندام تحتانی و سالمندان) می باشد. ارزیابی شامل چهارده فعالیت در گروه است که ترکیب اولین حرف هر سرگروه کلمهی PULSES را تشکیل می دهد. این گروه ها عبارتند از :

Physical condition: (شرایط فیزیکی سلامتی با بیماری)

Performance using the Upper extremities اجرا با بکارگیری دستیار انجام

فعالیتهای خودمراقبتی نوشیدن و خوردن، پوشیدن لباس و بریس و با اندام مصنوعی، شستشو و استحمام. مراقبتهای حین دفع).

Nobility as permitted by the Lower extremities lunction حرکت با کار کرد

اندامهای تحتانی جابجایی، حرکت، راه رفتن، بله، حرکت با صندلی چرخدار.

Communication & Sensory performance کارکردهای حسی و ارتباطی (دیدن و

ارتباط)

Bowel & bladder or Excretory performance : کارکردهای دفعی روده ها و مثانه.

فعالیت های روزمره زندگی

Psychological Status : وضعیت روانشناختی (تطابق پذیریهای عاطفی و هوشی،

حمایت از جانب خانواده و حمایتهای مالی)

روش اجرا: مشاهده، مصاحبه و با اجرای فعالیت

امتیاز دهی: معیار امتیاز دهی رتبه ای است و به اجرای هر فعالیت از ۱ تا ۴ نمره داده می شود. نمره یک بمنزله اجرای طبیعی اسالم و ۴ بیانگر اجرای غیر طبیعی وابستگی کامل است و امتیاز کلی ۲۴ خواهد بود.

زمان اجرای تست: این معیار فاقد پارامتر مدت زمان است (۵۳، ۵۴. زمان نمره دهی بین ۲۰-۱۵ دقیقه (۵۴) و مدت زمان تکمیل فرم ۵ تا ۱۰ دقیقه.

مزایا: حساسیت به تغییر، سیستم امتیاز دهی مناسب، بر مبنای تئوریهای کاردرمانی (اجزا اجرایی در زمینه های محیطی) بودن، ترتیب آن بر اساس روند تصمیم گیری بالینی و قیمت ارزان آن از مزایای این معیار می باشد.

اعتبار و پایایی: در رابطه با میزان پایایی همسانی درونی گزارشی وجود ندارد. همبستگی پایانی باز آزمایی 0/87 و پایایی ارزیابها بیش از 0/95 گزارش شده است. اعتبار PULSES از آنجایی که تنها ۱۴ مورد از فعالیتهای روزمره را برای ارزیابی کل فعالیت

های خودمراقبتی معیار قرار داده، فاقد قابلیت

(1965 Florence Mahoeny & Dorothea Barthiel) Barthel Index

فعالیت های روزمره زندگی

در ابتدا هدف از طراحی اندازه گیری تغییرات کار کردی بیماران بستری در بیمارستانها بوده و بتدریج برای پیش بینی مدت اقامت و میزان کمک دریافتی از بخش پرستاری در بخشهای توانبخشی مورد استفاده قرار گرفت. کاربرد آن در گروه مراجعان با اختلالات عصبی عضلانی با اسکلتی عضلانی و برای تمام انواع تشخیصها و گروههای سنی بزرگسال میباشد.

فعالتهای مورد ارزیابی این شاخص فعالتهای خودمراقبتی و تحرک است و شامل ۱۰ فعالیت، غذا خوردن، حرکت از توالی به تخت و برگشت، بهداشت شخصی و آراستن خود، توالی و دستشویی استحمام، راه رفتن، بالا رفتن و پایین آمدن از پله، لباس پوشیدن، کنترل ادرار و مدفوع می باشد.

روش اجرا ارزیابی توسط متخصص توانبخشی به روش مشاهده، مصاحبه، گزارشات پرونده پزشکی مصاحبه تلفنی و پرسشنامه انجام می گیرد.

سیستم امتیازدهی سیستم نمره دهی به هر یک از فعالیت ها در شاخص بارتل تابع سیستم درجه بندی وزنی (صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵) بوده، لذا فعالیتها نه تنها از نظر میزان ارزش فعالتهای مهمتر در استقلال) دارای نمرات متفاوتی هستند، بلکه هر یک برحسب نحوه ی اجزای اجرای مستقل، با کمک و عدم توانایی اجرا) هم دارای نمره ی خاصی است.

بعنوان مثال، دو فعالیت راه رفتن و خوردن براساس شاخص بارتل دارای امتیاز متفاوتی

فعالیت های روزمره زندگی

هستند، راه رفتن مستقل ۱۵ نمره و غذا خوردن مستقل ۱۰ نمره دارد. همچنین، فعالیتهای مورد ارزیابی نیز از نظر میزان کمک دریافتی دارای امتیاز مختلفی هستند، غذا خوردن مستقل ۱۰ و همراه با کمک ۵ نمره دارد.

امتیاز کلی بین (۰-۱۰۰) خواهد بود که پس از جمع نمرات بدست آمده از هر فعالیت محاسبه می گردد. امتیاز صفر به معنی وابستگی کامل و ۱۰۰ در این معیار به معنی استقلال کامل در فعالیتهای مورد ارزیابی میباشد. امتیاز ۶۰ در شاخص بارتل بمعنی مرز بین استقلال و وابستگی است.

شایان ذکر اینکه امتیاز ۱۰۰ در شاخص بارتل بمنزله ی استقلال در تمام ابعاد ADL نمی باشد و دارای قابلیت تعمیم نمی باشد، زیرا بسیاری از فعالیتهای IADL مانند آشپزی، خانه داری، اجتماعی بودن و ... مورد ارزیابی قرار نگرفته است.

مزایا: یکی از دقیق ترین ارزیابی ADL ، با کاربرد وسیع بالینی و پژوهشی بدلیل اعتبار و پایایی بالا، روش اجرا و نمره دهی آسان، زمان ارزیابی کوتاه .

معایب: حساسیت پایین و اثر تارک ceiling effect برای بیماران با استقلال بالا .

زمان لازم: ۱۰-۵ دقیقه به روش مصاحبه و شیوهی خودگزارشی، ۲۵ دقیقه به روش

مشاهده ی حین اجرا

فعالیت های روزمره زندگی

اعتبار و پایایی: پایایی بازآزمایی 0/89 یا ۹۸ در مبتلایان به سکته مغزی ، پایایی ارزیابها 0/95 و 0/99 ، ضریب کاپا در دامنه 0/88 – 0/54 حساسیت درونی 0/87-0/92

آلفا

گروه F: استقلال در تمام موارد، بجز وابستگی در استحمام، لباس پوشیدن، توالت رفتن، جابجایی و در یک فعالیت دیگر.

گروه G : وابستگی در تمام موارد دیگر: وابستگی در حداقل دو فعالیت یا بیشتر که در گروه های بالا گنجانده نشده است.

در این ارزیابی نحوه و چگونگی استقلال و وابستگی در هر یک از فعالیت ها توضیح داده شده است.

زمان لازم: در برخی متون زمان اجرای تست ۳۰ دقیقه و در برخی دیگر بدون محدودیت گزارش شده است.

مزایا و معایب: از نقاط ضعف ارزیابی می توان به نداشتن دستورالعمل خاص و ابهام در برخی موارد اشاره نمود. روند سلسله مراتبی این شاخص نشان میدهد که اگر فردی در یکی از فعالیت ها قادر به اجرای مستقل باشد، قطعا فعالیت های سطح پایینتر را نیز مستقل انجام می دهد.

اعتبار و پایایی در رابطه با میزان پایایی همسانی درونی و پایایی بازآزمایی اطلاعی در دست نمی باشد ، پایایی بین ارزیابان مطلوب بوده و همبستگی پایایی ارزیابها در

فعالیت های روزمره زندگی

پژوهشی بین چهار پرستار در سطح بالا گزارش شده است. اعتبار محتوا فعالیتها از پیچیده به ساده است و با روند رشدی مطابقت دارد. اعتبار سازه 0/74 - 0/76 و 0/81 - 0/88 می باشد. این شاخص بعنوان ابزاری مناسب برای گزارش روند بهبودی بیماران سکته مغزی معرفی شده است.

نتیجه: با کتز سرعت و بسادگی موارد مورد لزوم خودمراقبتی را می توان ارزیابی کرد. این روش از نظر بالینی سودمندتر از متدهای دیگر است.

نسخه فارسی: نسخه فارسی این شاخص در مبتلایان سکته مغزی حاد ایرانی ابزاری پایا است بطوریکه ضریب همبستگی ICC در پایایی باز آزمون 0/81 و حساسیت درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰ / ۷۸ می باشد.

Klein - Bell Index (1982 Beverly J, Bel/Ronald M. Klein)

کلین روانشناس و بل کاردرمان این شاخص را معرفی و ارائه نمودند [۵۳]. هدف از طراحی دستیابی به روشی برای ارزیابی کمی توانایی های خودمراقبتی بزرگسالان و کودکانی با مشکلات اجرایی در ADL بود. این شاخص شامل ۱۷۰ فعالیت در شش گروه اصلی دفع، پوشیدن و درآوردن لباس، تحرک، بهداشت و استحمام، خوردن و ارتباط با اورژانس می باشد. در هر گروه اصلی هر فعالیت تا حد امکان به مهارت های جزئی تر تقسیم شده است. بعنوان مثال لباس پوشیدن به قسمتی چون بلوز پوشیدن و آن هم به اجزایی چون چرخاندن لباس، بردن دست در آستین، باز کردن دگمه یا بستن آن ..

فعالیت های روزمره زندگی

. تقسیم گردیده و بدین ترتیب در شش گروه اصلی ۱۷۰ مهارت مورد ارزیابی قرار می گیرد .

روش اجرا: مشاهده نحوه ی اجرای فعالیت توسط متخصصان توانبخشی.

اساس معیار COPM بر پایه ی اصل مراجع مدار است، به این معنی که مراجع با توجه به نقش جود و مورد انتظارش، محیط و شرایط زندگی و مرحله ی رشدی وی، مشکلات خود را در اجرای کاری ارزیابی، اهداف درمانی موردنظر را تعیین و سپس تغییرات را در طی مداخلات توانبخشی بررسی می نماید. این معیار برای بزرگسالان و کودکان طراحی شده است.

روند اجرا: روند اجرا در COPN بدین ترتیب است که ابتدا کاردرمانگر طی مصاحبهی انیمه ساختار یافته با مراجع یا مراقب او، مواردی از ADL ، کار و اوقات فراغت را که برای مراجع از نظر انجام اقدامات کاردرمانی مهم است را تعیین کرده و سپس طی ۴ مرحله اقدامات درمانی را دنبال می نمایند. این مراحل عبارتند از:

تعریف مشکل، وزن دهی به مشکل، نمره گذاری، ارزشیابی مجدد.

ارزیاب با ارائه ی توضیحاتی برای هر یک از وظایف اجرای کاری و تعیین محدوده ی آنها برای مراجع، به او فرصت انتخاب فعالیت مورد نیاز و درخواستش را می دهد. اگر فعالیت پیشنهادی مورد نظر مراجع نباشد، ارزیاب وظیفه ی دیگری را شرح می دهد. پس از تکمیل فهرست مشکلات مراجع، او به هر یک از مشکلات براساس میزان اهمیتی

فعالیت های روزمره زندگی

که برایش دارد از نظر وزنی نمره می دهد. در آخر پس از انجام مداخلات، مراجع

ارزیابی مجدد را انجام داده و نمره گذاری می نماید

سیستم امتیازدهی: معیار نمره گذاری برای نحوه ی اجرا و میزان رضایت او از اجرا و

اهمیت آن هر یک ۱-۱۰ میباشد.

زمان لازم: زمان اجرای تست ۴۰-۳۰ دقیقه و تحت تأثیر تبحر ارزیاب می باشد. اعتبار

و پایایی: پایایی ارزیابان در فاصله ۱-۲ هفته برای اجرا 0/89-0/63 و رضایت 0/88-

0/76 میباشد. این معیار به همراه FIM، زمان ترخیص را ۶۵٪ صحیح پیش بینی می نماید.

مزایا: کاربرد وسیع آن در بیماران مختلف، ترجمه به بیش از ۲۰ زبان دنیا و بهره گیری

در بیش از ۳۵ کشور جهان از نقاط قوت این معیار بشمار می آید.

(1990 ، Arnalottir)The Aradortir OT- ADL Neurobehavioral Evaluation

(A-ONE)

هدف از طراحی، ارزیابی اختلالات کارکردی کورتکس در حین انجام فعالیتهای روزمره

ی زندگی است که اثر اختلالات عصبی رفتاری بر نحوه ی اجرای ADL مورد بررسی

قرار می گیرد. این روش بیشتر بر یافتن مشکلات در کی مؤثر بر ارزیابی اجرایی ADL

متمرکز است.

روش اجرا: دارای در دو بخش است، که بخش دوم آن اغلب جنبه اختیاری دارد بخش

اول دارای دو معیار ارزیابی استقلال کار کردی (Functional Independence

فعالیت های روزمره زندگی

Scale(FIS) و ارزیابی عصبی رفتاری می باشد. FIS شامل مشاهده ی نحوه ی اجرای پوشیدن لباس، بهداشت فردی و آراستن، جابجایی و تحرک، غذا خوردن و ارتباطات است که در مجموع در بر گیرنده ی ۲۲ مورد می باشد او براساس معیار نمره بندی (۴-۰) تکمیل می گردد. سپس بخش عصبی رفتاری مورد ارزیابی قرار می گیرد که شامل ۱۹ مورد از آسیب های اجرایی عصبی رفتاری از قبیل کنش پرشی حرکتی، کنش پرشی

2. خصوصیات فراگیر، توانایی و قابلیت های فردی برای یادگیری را می توان با عوامل زیادی تعیین نمود. پتانسیل های شناختی از عوامل بسیار مؤثر در یادگیری بشمار می آیند و دارای تأثیرات عصبی بیولوژیکی، عاطفی، تجربی و اجتماعی فرهنگی است. عوامل نورو بیولوژیکی، در حیطه ی کارکرد شناختی بطور وسیعی همراه با اختلالات فیزیولوژیکی و آناتومیکی مغز، با توانایی یادگیری مرتبط می گردد. عوامل عاطفی، بدلیل بروز افسردگی و اضطراب در فرد موجب اختلال در روند مداخلات درمانی می گردد. از موارد دیگر انگیزه است که با ایجاد انگیزه قوی در فراگیر می توان شرکت او در فعالیتها و تحمل درد و خستگی را تسهیل نمود. زمینه های تجربی و اجتماعی فرهنگی از جمله سطح پایین تحصیلات مطالعه موارد آموزش را غیرممکن یا دشوار می سازد.

برای انتخاب فعالیت مناسب درمانی براساس خصوصیات هر فراگیر Nesitudadlat (۱۹۹۵) روشی را ارائه نمود که درمانگر را قادر می سازد تا با جمع آوری این اطلاعات خطوط راهنمای کار را تعیین نماید این سؤالات عبارتند از:

فعالیت های روزمره زندگی

- بکارگیری از چه نوع درون دادحسی (لمسی، شنوایی یا بینایی برای فراگیر
میتواند روند کار را تسهیل نماید؟

- انجام چه نوع وظایفی (حرکتی یا رفتاری) برای فراگیر امکان پذیر است؟

- چه وظایفی برای فراگیر معنی دار است و یادگیری وی چگونه تسهیل می شود؟

- تا چه حد فراگیر قادر به انتقال آموخته هایش از مهارتهای خاص به وظایف
متعدد در شرایط محیطی مختلف می باشد؟

۳- شرکت فعال فراگیر: یادگیری روندی فعال است حتی اگر مانند ماساژ با
مانیپولاسیونهای مفصلی مداخلات بطور غیرفعال انجام گیرد، به منظور نیل به اهداف
مورد نظر حضور و شرکت فعال فراگیر در جلسات درمانی ضروری است. فراگیر با
حضور فعالش می تواند مطالب آموزشی را بطور اروشتتری درک کند. در موارد انتخاب
روش یادگیری اخباری فرادهنده باید با طرح سؤالاتی حضور فعال فراگیرش را مورد
سنجش قرار دهد.

۴- مهارتهای خودآگاهی و خودپایشی (فراشناخت فراگیر: برنامه ها با مجموعه قوانینی
هستند که فرد را در شرایط مختلف به سوی اجرای عملی هدایت می نمایند. راهکارهای
حرکتی شامل عوامل یکپارچه ی کینتیکی و کینماتیکی وسیع بر مبنای اجرای حرکات
مؤثر و ماهرانه هستند. راهکارهای شناختی دربرگیرنده ی روشهای چندگانه ای برای
کمک به تسهیل پردازش، ذخیره و بازیافت اطلاعات می باشد. با راهکارهای بین فردی

فعالیت های روزمره زندگی

فراگیر قادر به برقراری تقابلات اجتماعی با افراد دیگر می گردد. راهکارهای از عهده برآمدن اجازه می دهد تا افراد بطور ساختار یافته ای بر استرس و فشارهای روانی غلبه کنند.

با راهکارهای ویژه ی مهارتهای بنیادی، شرایط مواجهه فراگیر با موقعیتهای در حال تغییر، متنوع و در محیطهای متعدد فراهم می شود تا او قادر باشد آموخته هایش را تعمیم دهد. فراگیران در حین مقابله با مشکل است که ناچار به یافتن راه حل های دیگر می شوند و با کنترل تاثیرات آنها به راهکارهای جدیدتری دست می یابند. لذا کاردرمانگران لازم است تا با انتخاب محیط و وظایف مربوط امکان توسعه ی ایجاد راهکارهای مطلوب را فراهم سازند. دارا بودن مهارتهای آگاهی از خود، کنترل بر خود از پیش نیازهای ضروری است و بکارگیری راهکارهای مناسب و تواناییهای فراشناختی در طرح راهکارهای مؤثر نقش بسزایی دارند

۵- طول مدت درمان: کاردرمانگران تعداد جلسات مورد نیاز را براساس طول مدت بستری در بیمارستان، مرکز توانبخشی با پرستاری، پوششهای بیمه ای تعداد جلسات ممکن را تخمین می زنند... همچنین چگونگی وضعیت پزشکی، شدت آسیب و پتانسیل های یادگیری بیمار از عوامل مؤثر در طول درمان است. آگاهی از طول مدت بستری به درمانگران این امکان را می دهد که آنها بتوانند مرحله ای از یادگیری را که مراجع قبل از

فعالیت های روزمره زندگی

اتمام دوره بستری به آن دست یابد را پیش بینی کنند. برای ترخیص ارائه ی توصیه های درمانگران ضروری است.

6- مراحل یادگیری: یادگیری طی سه مرحله ی شناختی، حرکتی و خودکاری انجام می گیرد که توانایی فراگیر از عوامل مؤثر می باشد.

7-انتظار از نتایج یادگیری: نیازهای یادگیری در دریافت کننده های خدمات کاردرمانی بسیار متنوع است. دو هدف نهایی یادگیری عبارتند از: اکتساب مهارت‌های خاص برای انجام یک وظیفه و اکتساب راهکارهای عمومی. درمانگران با ژرف اندیشی نیاز فراگیر را از نظر هدف نهایی درمان تعیین می نمایند " آیا فرد تنها لازم است یک وظیفه را انجام دهد و یا بتواند آنرا تعمیم دهد و با مهارت یاد گرفته شده را در شرایط مختلف اجرا نماید. این امر بشکلی به روشهای آموزشی، طول مدت درمان و پیش نیازهای انتقال و تعمیم نیاز دارد.

8- رعایت اصول درجه بندی روش آموزش: این اصول عبارتند از:

الف- درجه بندی برنامه های مداخله ای: برنامه های مداخله ای همواره باید پویا و با شرایط فراگیر منعطف باشند و بر آن اساس تغییر نمایند. ضروری است تا همواره نتایج مداخلات در جهت اعاده‌ی تواناییها باشد. بطوریکه درجه بندی برنامه های درمانی در رویکرد بازگشت توانایی، برحسب میزان آسیب و راهکارهای درمانی فراگیر است. اما اساس درجه بندی در مداخلات بر پایه ی هر دو رویکرد جبرانی و بازگشت توانایی،

فعالیت های روزمره زندگی

بسمت کاهش مناسب سازه‌ها و تطابقات در محیط می باشد. در مداخلاتی که بمنظور رفع محدودیت اجرایی در فعالیتهای طراحی می شوند معیار درجه بندی بر مبنای افزایش سطح استقلال ارتقاء سطح مسئولیت پذیری فراگیر نسبت به ایمنی خود، ارتقاء سطح رضایت فردی، کاهش سختی اجرا، کاهش مدت زمان اجرا با حذف رفتارهای نامتعارف است.

ب- درجه بندی بر اساس پیشرفت از فعالیتهای آسانتر به سمت اجرای فعالیتهای دشوارتر: شرط اصلی شروع برنامه، از فعالیتهای آسان برای فراگیر است و بمرور از او خواسته شود تا فعالیتهای دشوارتر را انجام دهد. این روند پیشرفت بستگی به سطح فعالیتهای محدود شده دارد. بعنوان مثال فردی کوادری پلژی فعالیتهای مربوط به اقدامات مالی (با بکارگیری وسایل کمکی نوشتن را بسیار آسانتر از