

تأثیر برنامه منزل کاردرمانی بر فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان فلج مغزی ۵ تا ۱۲ ساله

* سارا افشار^۱، مهدی رصافیانی^۲، سید علی حسینی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- دکترای تخصصی کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- دکترای تخصصی کاردرمانی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۰۵/۲۸
پذیرش مقاله: ۹۱/۰۸/۰۳

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه کاردرمانی

* تلفن: ۰۲۷ ۲۲۱۸۰۰ (۲۱) ۹۸+

* رایانامه:

afsharsara262@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایانه نامه دانشجویی می باشد.

چکیده

هدف: فلج مغزی یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی جسمی در دوران کودکی است که منجر به مشکلات متعددی در فرد شده، سطح استقلال و مشارکت در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی را کاهش می‌دهد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه منزل کاردرمانی بر میزان عملکرد در فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان فلج مغزی ۵ تا ۱۲ ساله است.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی، ۴۸ کودک در دسترس به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. تمرینات متداول کاردرمانی طی ۴ ماه برای هر دو گروه انجام شد. گروه مداخله علاوه بر آن از آموزش برنامه منزل به صورت کارگاه و جزوات آموزشی به همراه پیگیری تلفنی استفاده کردند. به منظور ارزیابی فعالیت‌های روزمره از آزمون مقیاس سنجش فعالیت‌ها در کودکان (ASK) و به منظور تجزیه و تحلیل از آزمون‌های t مستقل، کای اسکوتر، تست دقیق فیشر و آنالیز کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: اختلاف معنادار در فعالیت‌های روزمره زندگی در دو گروه دیده شد ($P=0/001$). در تمامی خرده‌مقیاس‌های فعالیت‌های روزمره زندگی -جز خرده آزمون بازی کردن- تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: برنامه منزل کاردرمانی، باعث افزایش میزان فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان فلج مغزی می‌شود و می‌تواند در کنار برنامه‌های متداول کاردرمانی سودمند واقع شود.

کلیدواژه‌ها: برنامه منزل کاردرمانی، فلج مغزی، آموزش، فعالیت‌های روزمره زندگی



مقدمه

فلج مغزی^۱ با شیوع ۲ در هر هزار تولد زنده یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی جسمی در دوران کودکی است. اختلالات حرکتی فلج مغزی اغلب با اختلال در حس^۲، دریافت^۳، شناخت^۴، ارتباط^۵ و رفتار^۶ و هم‌چنین همراه با صرع و مشکلات ثانویه اسکلتی-عضلانی است (۱). این اختلالات همراه با اختلالات حرکتی در کودکان فلج مغزی منجر به مشکلات متعددی در فرد شده، سطح استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی^۷ را کاهش می‌دهد (۲).

بر طبق چارچوب تمرینی کاردرمانی^۸ توانایی اجرای مستقل ADL تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله سلامت حسی، حرکتی و شناختی است که در تعامل با زمینه‌های محیطی و اجتماعی بوده و براساس الگوهای عادی و نقش‌های فردی می‌باشد (۳). از طرفی مشارکت در فعالیت‌های روزمره زندگی یکی از جنبه‌های مهم سلامتی، تندرستی و رشد کودک (۴) و از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم رضایت از زندگی آینده کودک است (۵).

برنامه کاردرمانی در منزل یک مداخله منحصر به فرد چند جانبه است که مشکلات در ساختار بدن، فعالیت و مشارکت که به همکاری والدین تشخیص داده می‌شود را مورد توجه قرار می‌دهد (۶). آموزش برنامه منزل کاردرمانی یا مراقبت ویژه در فعالیت‌های روزمره زندگی شامل: نگه داشتن، جابه‌جایی و وضعیت دهی مناسب و اصولی کودک است که عموماً با استفاده از دست‌ها و بدن شخص مراقب صورت می‌گیرد می‌باشد (۷). شیوه‌های مراقبت ویژه در درمان کودکان فلج مغزی به منظور پیشگیری از کانتراکتور و دفورمیتی و در راستای تسهیل حرکت و ایجاد کارکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تحقیقات نشان داده است این شیوه از درمان برای کودکان فلج مغزی ضروری است و نسبت به رویکردهای سنتی درمان موثرتر است، چرا که موقعیتی را برای تمرینات ساختارمند مکرر در محیط واقعی فراهم می‌کند که عامل اصلی یادگیری موفق و تعمیم‌دهی است (۸). در رابطه با اثر بخشی برنامه‌های منزل دو مطالعه در ایران انجام شده است که اثرات آموزش برنامه منزل کاردرمانی را بر دردهای اسکلتی-عضلانی و استرس و کیفیت زندگی مراقبین کودکان فلج مغزی سنجیده‌اند.

دالوند و همکاران در بررسی ۳ روش درمانی بوبت، آموزش نمونشی و آموزش مراقبت به والدین بر فعالیت‌های روزمره زندگی کودکان فلج مغزی ۳ تا ۵ ساله آموزش‌پذیر به این نتیجه رسیدند که اثرگذاری آموزش به والدین به طور معناداری بیش از روش بوبت و کمتر از آموزش نمونشی بوده است (۹).

تیلر^۹ و کان^{۱۰} در یک پژوهش تک موردی، اثرات یک برنامه درمانی در منزل به صورت فشرده و دو ماهه را در مورد یک کودک مبتلا به فلج مغزی آتوتوئید مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصل از اجرای برنامه حاکی از تغییر در الگوهای غذاخوردن، بازی و خواب کودک بود که نتیجه جایگزینی الگوهای مراقبت فیزیکی صحیح و مناسب توسط مادر کودک بود (۱۰).

هم‌چنین نوک^{۱۱} و همکاران در پژوهشی، تأثیر برنامه منزل را در ۳۶ کودک فلج مغزی در سن مدرسه مورد بررسی قرار دادند. برنامه منزل در این مطالعه شامل آموزش فعالیت‌های درمانی (مثل تمرین ساختاریافته و وظایف روزمره)، تطبیق محیط به منظور افزایش موفقیت کودک و آموزش والدین به منظور کمک به کودک برای موفقیت وی در انجام تمرینات بوده است. بعد از این برنامه ۸ هفته‌ای، عملکرد کودک و رضایت والدین در گروه مداخله در مقایسه با گروهی که برنامه منزل دریافت نکرده بودند، افزایش یافته بود (۸).

با توجه به اینکه از اولین اهداف مداخلات کاردرمانی کودکان ناتوان، قادر کردن این کودکان به مشارکت در فعالیت‌های روزمره زندگی و کسب بالاترین سطح ممکن استقلال فردی است (۱۱)، و حیطه‌های زیادی از زندگی این افراد تحت تأثیر ناتوانی آنها قرار می‌گیرد، لذا یافتن راهکارهایی در این رابطه ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اینکه «آیا برنامه‌های منزل کاردرمانی بر میزان استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی کودکان فلج مغزی موثر است؟» طراحی شده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر به صورت کارآزمایی بالینی یک سویه کور طراحی شد. جامعه هدف کودکان فلج مغزی ۵ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به مراکز کاردرمانی در سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۰ بودند. در این مطالعه کودکانی که دارای ملاک‌های ورود براساس پرونده پزشکی بودند به روش در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص فلج مغزی توسط نورولوژیست، دامنه سنی کودک بین ۵-۱۵ سال، نمره GMFCS بین ۳ تا ۵ بدین معنی که کودک توانایی راه رفتن نداشته باشد، توانایی خواندن و نوشتن مراقب اصلی کودک و اینکه مراقب وظیفه مراقبت از فرد معلول دیگری در خانواده را نداشته باشد. در ادامه هر دو گروه از نظر سن و شدت ناتوانی حرکتی درشت بررسی شدند تا شباهت آنها با یکدیگر محرز شود. معیارهای خروج نیز شامل وجود معلولیت‌های همراه بینایی و شنوایی و تشنج مقاوم به درمان بود.

1- Cerebral Palsy (CP)
6- Behavior
9- Tyler

2- Sensation
7- Activities of Daily Living (ADL)
10- Kahn

3- Perception
4- Cognition
5- Communication
8- Occupational therapy practice frame work
11- Novak



شامل موارد زیر است:
 اصل اول: وضعیت سر، وضعیت کل بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین بایستی در خط وسط قرار گیرد.
 اصل دوم: برای نگه داشتن، حمایت و کمک به کودک از مفاصل تنه و یا نزدیک به تنه استفاده کنید.
 اصل سوم: حتی المقدور در حین فعالیت کودک با افزودن ثبات به تنه به کودک کمک کنید.
 اصل چهارم: بتدریج میزان کمک به کودک را کاهش دهید.
 اصل پنجم: والدین در حین کار و فعالیت با کودک وضعیت صحیح و راحتی را به خود بگیرند.
 کتابچه «درباره فرزندمان بیشتر بدانیم، بهتر عمل کنیم» و جزوه مراقبت از خود جهت مطالعه والدین در صورت برخورد با مشکل به آنها داده شد. پس از آن به مدت ۴ ماه پیگیری تلفنی و در صورت نیاز والدین و رفع نشدن مشکل آنها ویزیت منزل صورت گرفت. لازم به ذکر است که والدین گروه مقایسه هیچگونه آموزشی دریافت نکردند اما هر دو گروه درمانهای معمول خود (حد اکثر سه جلسه کاردرمانی معمول در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه) را داشتند. پس از ارزیابی مجدد، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۱۶ و از آزمون‌های تی مستقل، کای دو، آزمون دقیق فیشر و آنالیز کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

اکثریت افراد شرکت کننده در پژوهش را پسران (۸۳/۳٪) با میانگین سنی ۷-۴ ماه، مبتلا به فلج مغزی کوادرپلژی (۶۲/۵٪) با توانایی هوشی < 50 (۵۴/۲٪) بودند که همگی از کاردرمانی جسمانی استفاده می‌کردند. مراقب اصلی آنها مادر (۹۲/۳٪) و با تحصیلات دیپلم (۶۸/۹٪) و خانه‌دار (۸۷/۵٪) بود. دو گروه مداخله و کنترل شرکت کننده در این مطالعه از نظر متغیرهای سن ($P=0/94$) و سطح مهارت حرکتی درشت ($P=0/58$) همگن بوده و به عبارتی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مخدوش کننده که می‌توانستند به نوعی بر نتایج مطالعه تأثیر داشته باشند از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند.
 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون و متغیر سطح مهارت حرکتی درشت تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه نشان داد ($F=52/29$) و ($P<0/001$)، بنابراین مداخله باعث افزایش نمرات عملکرد در فعالیت‌های روزمره زندگی شده است (جدول ۳).

ابزار مورد استفاده در این مطالعه مقیاس سنجش فعالیت‌ها در کودکان (ASK) بود. ASK یک ابزار ارزیابی برای ناتوانایی‌های جسمی در حوزه فعالیت‌های روزمره زندگی است که جایگاه کودک را در زمان مشخص معین می‌کند تا بتوانیم تغییرات را در طول زمان بسنجیم. این آزمون شامل ۳۰ آیتم و ۷ حوزه (مراقبت از خود، لباس پوشیدن، مهارت‌های دیگر، جابه‌جایی، بازی، انتقال و ایستادن) است. در این مطالعه از نسخه فارسی «ارزیابی عملکرد» آزمون با روایی محتوای ۰/۸۶ برای والدین، آلفای کرونباخ ۰/۹۹ استفاده شد (۱۲).

نمونه مورد نظر از کلینیک‌های توانبخشی مهر، مهرگان، محیا، توانیاب، آهنگ، امام علی (ع)، مرکز جامع توانبخشی ایران، گلها و شهدای جلالی پور انتخاب شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین، آزمون GMFCS از کودکان گرفته شد. پس از بررسی مجدد معیارهای ورود و خروج از مطالعه (نمره ۳، ۴، ۵ از GMFCS و نداشتن تشنج مقاوم به درمان، توانایی خواندن و نوشتن مراقب اصلی) ۴۹ کودک که دارای معیارهای متناسب با پژوهش بودند انتخاب شده و پس از شماره‌گذاری اسامی، افراد با شماره فرد در گروه آزمایش و افراد با شماره زوج با خروج شماره‌ها از جام در گروه کنترل قرار گرفتند. پس از بررسی سطح شناختی با پرسش از والدین برای همه کودکان شرکت کننده به صورت انفرادی در اتاق مخصوصی در کلینیک‌های ذکر شده پرسش‌نامه ASK در اختیار کودک (در صورت داشتن توانایی‌های حداقل برای پر نمودن پرسش‌نامه) یا والدین وی توسط کاردرمانگری که از گروه‌بندی افراد آگاهی نداشت، قرار داده شد. اتاق مدنظر مکانی آرام، ساکت و دارای شرایط تهویه، دما و فضای مناسب بود.

پس از آن کارگاه آموزشی به مدت ۳ ساعت برای مراقبین گروه مداخله برگزار شد. در طی کارگاه ابتدا توضیحاتی مختصر پیرامون فلج مغزی و انواع آن و مشکلات والدین در نتیجه مراقبت طولانی مدت از کودک فلج مغزی، هم‌چنین ضرورت مراقبت ویژه از کودک فلج مغزی ارائه می‌شد. سپس اصول اولیه درباره مراقبت از کودکان و اصول مراقبت از خود از طریق پاورپوینت^۱ و تصویر به مراقبین آموزش داده شد. اصول کلی مطرح شده در این کارگاه در ۵ گام اصلی ارائه شد و در انتهای توضیحات مربوط به هر اصل چگونگی به کارگیری و اجرای آن در فعالیت‌های روزمره زندگی از طریق رویکرد حل مسئله گروهی به بحث و گفتگو گذاشته شد و والدین مشکلات خود را در این زمینه مطرح کرده و راهنمایی‌های لازم را دریافت می‌کردند. ۵ اصل به طور کلی



جدول ۱- بررسی متغیرهای زمینه‌ای

احتمال	آماره کای دو	کل		شاهد		مداخله		متغیر
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۲۶۰		۸۳/۳	۴۰	۷۶/۹	۲۰	۹۰/۹	۲۰	پسر
		۱۶/۷	۸	۲۳/۱	۶	۹/۱	۲	دختر
		۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۲	کل
۰/۰۴۸		۲۲/۹	۱۱	۳۰/۸	۸	۱۳/۰۶	۳	دایپلژی
		۶۲/۵	۳۰	۶۵/۴	۱۷	۵۹/۱	۱۳	کوادروپلژی
		۱۴/۶	۷	۳/۸	۱	۲۷/۳	۶	سایر
۰/۷۸۹	۰/۴۷۳	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۲	کل
		۵۴/۲	۲۶	۵۰	۱۳	۵۹/۱	۱۳	کمتر از ۵۰
		۱۸/۸	۹	۱۹/۲	۵	۱۸/۲	۴	بین ۵۰ تا ۷۰
۰/۷۸۹	۰/۴۷۳	۲۷/۱	۱۳	۳۰/۸	۸	۲۲/۷	۵	بالاتر از ۷۰
		۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۲	کل

جدول ۲- شاخص‌های آماری سن آزمودنی‌ها و والدین آنها با توجه به گروه

مقدار احتمال	آماره t	انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	گروه
۰/۹۴۱	۰/۰۷۴	۱/۸۱	۷/۴۲	۱۱	۵	۲۲	مداخله
		۲/۶۲	۷/۳۷	۱۲	۵	۲۶	شاهد
۰/۰۵۶	-۰/۹۶۱	۴/۳۵	۳۸/۵۲	۴۶	۳۱	۲۱	مداخله
		۶۳/۵	۴۱/۵۰	۵۴	۳۳	۲۴	شاهد
۰/۳۱۵	-۱/۰۱	۴/۵۳	۳۴/۵۴	۴۹	۳۰	۲۲	مداخله
		۳/۵	۳۵/۹۶	۴۹	۲۶	۲۶	شاهد

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره عملکرد در فعالیت‌های روزمره زندگی در دو گروه مداخله و شاهد با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس

مقدار احتمال	آماره f	df	شاهد (n=۲۶)		مداخله (n=۲۲)		موقعیت
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۵۲/۲۹	۱	۱۵/۸۳	۱۸/۲۹	۲۲/۰۵	۳۰/۹۲	فعالیت‌های روزمره زندگی

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره خرده‌مقیاس‌های عملکرد در فعالیت‌های روزمره زندگی در دو گروه مداخله و شاهد با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس

مقدار احتمال	آماره f	df	شاهد (n=۲۶)		مداخله (n=۲۲)		متغیر
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۸	۷/۹۶	۱	۲/۲۲	۱/۸۳	۳/۷۸	۳/۳۱	مراقبت از خود
<۰/۰۰۱	۱۱/۴۳	۱	۲/۴۲	۱/۱۱	۳/۴۳	۲/۵۰	لباس پوشیدن
<۰/۰۰۵	۳/۸۰	۱	۱/۹۴	۱/۹۶	۴/۲۵	۳/۸۳	دیگر مهارت‌ها
<۰/۰۰۱	۱۳/۶۷	۱	۴/۹۴	۴/۴۶	۶/۰۲	۷/۸۶	جابه‌جایی
۰/۹۵۲	۰/۰۰۴	۱	۲/۰۸	۰/۸۸	۲/۱۱	۱/۲۷	بازی کردن
۰/۰۱۹	۵/۹۰	۱	۴/۲۲	۴/۶۹	۵/۵۱	۷/۳۶	منتقل شدن
۰/۰۰۳	۹/۷۲	۱	۵/۳۱	۷/۳۴	۶/۲۳	۱۰/۳۱	ایستادن



فعالیت‌های روزمره زندگی گردیده است (۱۳). نواک در مطالعه دیگری با موضوع تأثیر برنامه منزل بر ۲۰ کودک فلج مغزی اسپاستیک همی‌پلژی گروه سنی ۲ تا ۷ سال نیز دریافت که تغییر معناداری در نمره مشارکت در فعالیت‌های روزمره کودکان رخ داده بود (۱۴).

در نهایت می‌توان ساز و کار اثر برنامه منزل کاردرمانی در این مطالعه بر افزایش معنادار میزان فعالیت‌های روزمره زندگی را اینگونه توجیه کرد:

از آنجا که تکمیل‌کنندگان پرسشنامه مادران بوده‌اند، نگرش ایشان در مورد فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان و تناوب آن در کودک تأثیرگذار می‌باشد. از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین فوائد تشکیل جلسات آموزش گروهی والدین نیز همین تغییر نگرش است. به این ترتیب که مادران در خلال جلسه آموزشی در می‌یابند که بسیاری از مشکلات در خصوص درگیری در فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان در بین تمامی خانواده‌ها مشترک و مشابه می‌باشد. در نتیجه انتظارات آنها از خود و کودکان به صورت واقع‌گرایانه‌تری در خواهد آمد. از طرفی بودن در جمع همتایان، اهمیت دادن به افزایش آگاهی و سلامت والدین، توانمند شدن آنان در زمینه مراقبت از کودک فلج مغزی در کارگاه آموزشی و همچنین ایجاد شبکه ارتباطی بین والدین هم‌تا با هدف به اشتراک گذاشتن دانسته‌ها از ویژگی‌های مفید برنامه آموزشی بوده که می‌تواند در افزایش انگیزه آنها برای کار با کودک و استفاده از شیوه‌های مراقبتی و کار با کودک موثر بوده باشد. از نقاط قوت دیگر این مطالعه نداشتن بار مضاعف به خانواده‌ها جهت کار با کودک و تطبیق راهکارهای آموزشی با شرایط کودک و خانواده دانست که نه تنها سبب کاهش فشار ناشی از تمرینات اضافه برای مراقب می‌شد بلکه با استفاده درست از اصول مراقبتی به ادامه روند درمان کودک از کلینیک به منزل نیز کمک کرده و مشکلات و فشارهای ناشی از حمل و نقل و مراقبت نادرست را نیز به همراه نداشت.

نتیجه‌گیری

به طور کلی این مطالعه نشان داد که برنامه منزل کاردرمانی در کنار برنامه‌های روتین توانبخشی، می‌تواند نقش تأثیرگذاری در افزایش میزان مشارکت در فعالیت‌های روزمره زندگی کودکان فلج مغزی بگذارد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه عدم همکاری والدین و همکاری نامناسب مدیران برخی از مراکز توانبخشی و نزدیکی اجرای برنامه آموزشی به ایام نوروز و مشغله خانواده‌ها در این زمان بود.

با توجه به جدول ۴، پیش‌آزمون اثر معناداری بر نمرات پیش‌آزمون همه خرده‌مقیاس‌های عملکرد در فعالیت‌های روزمره زندگی داشته است ($P < 0/001$). پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، نمرات خرده‌مقیاس‌های عملکرد در فعالیت‌های روزمره زندگی گروه مداخله (به جز خرده‌آزمون بازی کردن) به‌طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بوده است ($P < 0/05$); بنابراین، مداخله باعث افزایش نمرات عملکرد در فعالیت‌های روزمره شده است.

بحث

نتایج کسب شده حاکی از این است که گروه مداخله طی مدت ۴ ماه اخذ پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمامی خرده‌مقیاس‌ها جز خرده‌آزمون بازی کردن بهبود معناداری داشته‌اند. این یافته‌ها از همخوانی بالایی با مطالعات پیشین برخوردار است. به عنوان مثال حمید دالوند و همکاران در مطالعه خود به تأثیر آموزش والدین، روش بوبت و آموزش نمونشی پرداختند و دریافتند اثرگذاری آموزش به والدین بیش از روش بوبت و کمتر از آموزش نمونشی بوده است (۹). یافته‌های مطالعاتی تیلر و کان نیز نشان داد که آموزش به‌طور معناداری در الگوهای غذا خوردن، بازی و خواب در یک کودک فلج مغزی تغییر ایجاد کرده است (۱۰). عدم معناداری خرده‌مقیاس بازی کردن و تفاوت آن با نتیجه‌ای که تیلر در مطالعه خود گرفت می‌تواند ناشی از این باشد که این برنامه آموزشی بر نحوه اجرای فعالیت‌های مراقبتی از کودک متمرکز بود. از طرفی خرده‌آزمون بازی در آزمون ASK مشتمل بر دو سوال است که به بررسی فعالیت بازی کردن کودک با سایر همسالان می‌پردازد و در نتیجه نمی‌تواند به خوبی تمام جنبه‌های بازی و بازی‌های انفرادی کودک را مورد بررسی قرار دهد. نواک و همکاران نیز با بررسی تأثیر برنامه منزل در ۳۶ کودک فلج مغزی در سن مدرسه شامل آموزش فعالیت‌های درمانی (مثل تمرین ساختار یافته و وظایف روزمره)، تطبیق محیط به منظور افزایش موفقیت کودک و آموزش والدین به منظور کمک به کودک برای موفقیت وی در انجام تمرینات بعد از برنامه ۸ هفته‌ای، دریافتند که عملکرد کودک و رضایت والدین در گروه مداخله در مقایسه با گروهی که برنامه منزل دریافت نکرده بودند، افزایش یافته بود (۸).

رضایی نیز در بررسی اثرات آموزش فعالیت‌های روزمره زندگی به مادران کودکان عقب مانده ذهنی، دریافت میزان آگاهی مادران از روش‌های صحیح آموزش فعالیت‌های روزمره زندگی افزایش یافته و ارائه برنامه آموزشی و مشاوره فعالیت‌های روزمره زندگی به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی در زمینه یادگیری



استفاده از جامعه آماری بزرگتر، اجرای آموزش به صورت منحصر به فرد و با توجه به مشکلات کودک و خانواده، استفاده از سایر ابزارهای اندازه‌گیری فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت برای انجام مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود. به‌علاوه با توجه به مشکلات رفتاری کودکان و انگیزه کودکان فلج مغزی که به گزارش والدین ناشی از وابستگی زیاد در فعالیت‌های روزمره زندگی و یا عدم توجه برخی کاردرمانگران در درمان این موارد است بهتر است در مطالعات بعدی این عامل نیز بررسی شود.

منابع

- 1-Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007 Feb; 109: 8-14.
- 2-Odding E, Roebroek ME, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disabil Rehabil.* 2006; 28 (4): 183-91.
- 3-American Occupational Therapy Association A. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *Am J Occup Ther.* 2002; 56: 606-39.
- 4-Law M, Petrenchik T, Ziviani JM, King G. Participation of children in school and community In: Rodgers S, Ziviani JM, editors. *Occupational Therapy with Children: Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* Oxford Blackwell 2006. p. 67-90.
- 5-Kinney WB, Coyle CP. Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 1992; 73 (9): 863-9.
- 6-Novak I, Cusick A. Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: Where to start? *Australian Occupational Therapy Journal.* 2006; 53 (4): 251-64.
- 7-Mardani B, Rassafiani M, Dalvand H. [Knowing more about our children and doing better (a guide for parents) (Persian)]. Tehran: Valieasr Rehabilitation Foundation; 2009.
- 8-Novak I, Cusick A, Lannin N. Occupational therapy home programs for cerebral palsy: double-blind, randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2009; 124 (4): 606-14.
- 9-Dalvand H, Dehghan L, Feizi A, Amirjalali S. [The evaluation of 3 method, Bobbat, Conductive education approach and instruct to parents on activities of daily living of children with cerebral palsy (persian)]. *j rehab.* 2008; 1 (9): 6-12.
- 10-Tyler NB, Kahn N. A home-treatment program for the cerebral-palsied child. *Am J Occup Ther.* 1976; 30 (7): 437-40.
- 11-Law M, Finkelman S, Hurley P, Rosenbaum P, King S, King G, et al. Participation of children with physical disabilities: relationships with diagnosis, physical function, and demographic variables. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2004; 11 (4): 156-62.
- 12-Dehghan SK, Rassafiani M, Akbar Fahimi N, Farahbod M, Salehi M. [Validity and reliability of Activities Scale for Kids (ASK) in children with cerebral palsy (persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences.* 2011; 7 (3): 157.
- 13-Rezaee M. [Evaluation of the effectiveness of activities of daily living's instruction and counseling on mothers of children with mental retardation (persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 1998: 213.
- 14-Novak I, Cusick A. a pilot study on the impact of occupational therapy home programming for young children with cerebral palsy. *Am J Occup Ther.* 2007; 4 (61): 463.

Effect of Occupational Therapy Home Program on Activities of Daily Living of 5-12 Years Old Children

*Afshar S. (M.Sc.)¹, Rassafiani M. (Ph.D.)², Hosseini S.A. (Ph.D.)³

Receive date: 18/08/2012

Accept date: 24/10/2012

1-M.Sc. Student in Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2-Ph.D. in Occupational Therapy, Department of Occupational Therapy, Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3-Ph.D. in Occupational Therapy, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*Correspondent Author Address:
Occupational Therapy Department,
University of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences, Koodakyar
Alley, Daneshjoo Blvd, Evin,
Tehran, Iran.

*Tel: +98 (21) 22180037

*E-mail: afsharsara262@yahoo.com

«This Article is Resulted from a Student's Thesis»

Abstract

Objective: Cerebral palsy is one of the most common causes of physical disability in childhood that leads to various difficulties and reduces the level of independence and participation in activities of daily living. The aim of this study was to investigate the effects of Occupational Therapy Home Program on activities of daily living of 5-12 year-old children.

Materials & Methods: In this clinical trial, 48 children were selected and randomly divided into the intervention and control groups. Common practices of occupational therapy were applied for a period of 4 months for both groups. In addition, the intervention group received the Occupational Therapy Home Program in the form of workshops and educational pamphlets with telephone follow-ups. The Activities Scale for Kids (ASK) was used to assess activities of daily living, and independent t-test, chi-square test, Fisher exact test and covariance analysis were used to analyze the results.

Results: There was significant difference in activities of daily living between the two groups ($P=0.001$). There were significant differences in all subtests of the activities of daily living ($P<0.05$), except the play subtest ($P>0.05$).

Conclusion: Occupational Therapy Home Program increased activities of daily living of children with cerebral palsy and can be considered useful in addition to common occupational therapy programs.

Keywords: Occupational Therapy Home Program, Cerebral palsy, Instruct, Activities of Daily Living