

اثربخشی توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی و اثربخشی آن بر روند بهبود درمان فرزندان

زهرا السادات فهندژ سعدی^۱، حمیدرضا نوربخش^۲، نازنین هنرپروران^{۳*}

چکیده

مقدمه: فلج مغزی یک نابهنجاری غیرپیشرونده است که در مغز در حال رشد رخ می دهد که باعث ایجاد نواقص نرولوژیکی، حرکتی و پوسچرال در کودکان در حال رشد می شود. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی و نیز اثربخشی آن بر روند بهبود درمان فرزندان می پردازد.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل مادران دارای فرزند فلج مغزی در شهر شیراز است و نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مادرانی بود که به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره ی مداخله و کنترل تقسیم شدند. "آزمون کوتاه وضعیت ذهنی" جهت سنجش وضعیت روانی مادران بعنوان شرط ورود به پژوهش انجام گرفت. سپس دو آزمون «کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی» و «آزمون کن تب» به عنوان پیش آزمون و پس آزمون جهت سنجش بین این دو گروه، پیش و پس از مداخله انجام شد. مداخله درمانی مادران، به وسیله پروتکل های توان بخشی شناختی توسط نرم افزار توان بخشی شناختی کاپیتان لاگ در ۲۰ جلسه یک ساعته انجام پذیرفت. همچنین کودک فلج مغزی آن ها نیز با انجام تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان، به صورت پیش آزمون و پس آزمون توسط کار درمانگر ارزیابی شده و تحت درمان وی قرار گرفتند. داده های خام پرسشنامه ها بعد از جمع آوری در دو سطح توصیفی و استنباطی به وسیله ی نرم افزار اس پی اس اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی، اثربخشی مثبت و معناداری دارد. همچنین توان بخشی شناختی مادران دارای کودک فلج مغزی توانست اثربخشی خود را بر روند بهبود کودکان که تحت درمان کاردرمانی قرار گرفته بودند، نشان دهد که این امر اثر مثبت و معناداری بر روند بهبود درمان فرزندان دچار فلج مغزی داشته است.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود در آموزش بالینی و نظری دانشجویان و پرسنل پرستاری از مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت روانی جهت توانمند کردن بیشتر بیماران به خصوص بیماران مزمن استفاده بیشتر گردد.

واژه های کلیدی: اصلاح شناختی، بهبود درمان، توان بخشی شناختی، کیفیت زندگی، فلج مغزی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۳/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۲۱

استناد: فهندژ سعدی زهرا السادات، نوربخش حمیدرضا، هنرپروران نازنین. اثربخشی توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی و اثربخشی آن بر روند بهبود درمان فرزندان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۱): ۱۷۶-۱۵۸

^۱ - دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه تهران، تهران ایران

^۲ - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۳ - نویسنده مسئول، دکتری مشاوره، استادیار گروه مشاوره واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران nazanin48@gmail.com

مقدمه:

فلج مغزی یک ناهنجاری غیرپیشرونده است که در مغز در حال رشد رخ می‌دهد که باعث ایجاد نواقص نرولوژیکی، حرکتی و پوسچرال در کودکان در حال رشد می‌شود. میزان بروز فلج مغزی در جوامع غربی حدود یک و نیم تا پنج و نیم در هر هزار تولد زنده و شیوع فلج مغزی در ایران دو در هزار تولد زنده است. کودکان با فلج مغزی معمولاً فعالیت‌های اصلی روزمره زندگی مثل خوردن، لباس پوشیدن، دستشویی رفتن، حمام کردن و تحرک مستقل را به‌سختی انجام می‌دهند و برای رشد و کسب زندگی مستقل نیازمند کمک هستند. (۱)

سلامت عمومی در هر چهار حیطه (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی)، در والدین با کودکان فلج مغزی تحت اثربخشی قرار می‌گیرد. همه جنبه‌های زندگی این والدین (جسمی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، خواب و آزادی و استقلال) متأثر می‌شوند. والدین این کودکان عنوان می‌کنند زمانی که نگهداری از کودکان از آن‌ها می‌گیرد، با توجه به نیازهای روزانه زندگی کودکان، خصوصاً آن‌هایی که آسیب‌دیدگی‌های شدید دارند، بسیار زیاد است. چون بیشتر وقت خود را به نگهداری از کودکان اختصاص می‌دهند، وظایفشان تغییر کرده و برخی از آن‌ها کمرنگ شده که درنهایت میزان رضایت آن‌ها از زندگی کم می‌شود. طوری که علاوه بر مشکل در مراقبت از کودک، در انجام فعالیت‌های شخصی و روزانه خود نیز دچار مشکل می‌شوند و زمان کافی برای پرداختن به فعالیت‌های اوقات فراغت ندارند و نمی‌توانند درگیر سایر فعالیت‌ها شده و از زندگی اجتماعی خود محروم می‌شوند (۲). مادران دارای کودک فلج مغزی با فشارهای بزرگ‌تر و قابل‌توجهی نسبت به مادران فرزندان سالم مواجه می‌شوند. این مادران نقش کلیدی در فراهم نمودن مراقبت و درمان کودکان فلج مغزی ایفا می‌کنند. ساعات بیشتری را به مراقبت فیزیکی از فرزندشان اختصاص می‌دهند. زمان کمتری را نسبت به مادران کودکان سالم به سرگرمی‌های فعالانه و فعالیت‌های مشارکتی-اجتماعی اختصاص می‌دهند. بعضی اوقات نمی‌توانند زمان لازم را برای کارهایی که دوست دارند از قبیل تفریح و یا حضور در کارهای خارج از منزل و یا شرکت در کلاس‌های ورزشی در نظر بگیرند و رضایت کمتری از استفاده از زمان دارند. لذا جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی این مادران متأثر می‌شود. (۳).

کیفیت زندگی از واژه‌هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ اگرچه مردم به شکل غریزی معنای آن را به‌راحتی درک می‌کنند، لیکن این مفهوم برای همه آن‌ها یکسان نیست. از آنجاکه مانند سایر متغیرها اندازه‌گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد. بسیاری از تحقیقات، تعریفی از کیفیت زندگی ارائه نمی‌دهند. این امر یا به این علت است که تعریف آن را بسیار ساده می‌انگارند یا به جهت پیچیده بودن این مفهوم از تعریف آن اجتناب می‌کنند، درحالی‌که با توجه به عدم اجماع در مورد تعریف این واژه، انتظار می‌رود در پژوهش‌های مربوط، این مفهوم و ابعاد در نظر گرفته شده برای آن به‌صورت شفاف مشخص شوند. امروزه موضوعات مربوط به کیفیت زندگی به‌طور گسترده‌ای در رشته‌های علمی مختلف موردبحث قرار گرفته می‌شود به همین دلیل علی‌رغم تعاریف زیادی که از این مفهوم وجود دارد، هیچ‌یک از تعاریف موجود مقبولیت عام نیافته‌اند (۴).

از طرفی، کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است و والدین کودکان با ناتوانی برای مدت طولانی در معرض انبوهی از عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند (۵). کودکانی که معلولیت دارند چالش‌های ویژه‌ای برای والدینشان ایجاد می‌کنند. نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه کیفیت زندگی این والدین ممکن است به متخصصان توان بخشی کمک کند تا مشکلات کودکان معلول و والدین آن‌ها را بهتر درک کنند، از طرفی این کودکان به مراقبت بیشتری نیاز دارند و والدین آن‌ها بیشترین استرس را برای

مراقبت از آن‌ها تجربه می‌کنند (۶). مراقبت از یک کودک مبتلا به فلج مغزی نیازمند فعالیت‌های مراقبتی شدید و طولانی‌مدت است و این شرایط مزمن باعث می‌شود والدین این کودکان مشکلات سلامتی جسمی و روانی بیشتری را تجربه کنند (۷).

ارزیابی کیفیت زندگی برای بهبود رابطه پزشک و بیمار در ارزیابی اثربخشی و شایستگی نسبی درمان‌های مختلف، ارزیابی خدمات بهداشتی، تحقیق و سیاست‌گذاری درمان بسیار مهم است و همین‌طور سطح آسیب کیفیت زندگی خانواده‌هایی که کودکانی با شرایط مزمن و شدید دارند، ممکن است به‌وسیله عوامل پیچیده محیطی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی، حمایت‌های اجتماعی، خصوصیات کودک، خصوصیات والدین، مشکلات رفتاری کودک، استراتژی‌های مقابله‌ای والدین و سطح استرس والدین که با شدت ناتوانی کودک در ارتباط است، تحت تأثیر قرار گیرد (۸). از طرفی اضطراب به‌منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد در حدی اعتدال آمیز وجود دارد و در این حد، به‌عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما اضطراب ممکن است جنبه مزمن و مداوم بیابد که در این صورت نه‌تنها نمی‌توان آن را پاسخی سازش یافته دانست بلکه باید آن را به‌منزله منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده‌ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند و طیف گسترده‌ای از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیرموجه و وحشت‌زدگی‌ها را ایجاد می‌کند. هنگامی که بیماری‌های مزمن و طولانی‌مدت در کودک وجود دارد، والدین در معرض درگیری بیشتری با مشکلات عاطفی و رفتاری قرار می‌گیرند (۹).

در این راستا تغییر و توسعه شناختی ساختن فرایندهای تفکر، ازجمله یادآوری، حل مسئله و تصمیم‌گیری از دوران کودکی تا نوجوانی و بزرگسالی است. توان‌بخشی شناختی یک رویکرد درمانی است که برای بهبود عملکرد شناختی پس از ضعف سیستم عصبی مرکزی طراحی شده است که مجموعه‌ای از روش‌های درمانی و بازآموزی و یا کاهش مشکلات ناشی از نقص در توجه، پردازش تصویری، زبان، حافظه، استدلال، حل مسئله و عملکرد اجرایی را شامل می‌شود. توان‌بخشی شناختی شامل وظایفی است که برای تقویت یا تثبیت الگوهای اخلاقی رفتاری یا ایجاد مکانیسم‌های جبرانی جدید برای نارسایی سیستم‌های نورولوژیک طراحی شده است. بهبود کیفیت زندگی یا توانایی بهبود عملکرد در زندگی در خانه و جامعه، از نتایج مطلوب این درمان است. توان‌بخشی شناختی ممکن است توسط یک پزشک، روانشناس یا یک متخصص فیزیکی، کار درمانگر یا گفتار درمانگر انجام شود (۱۰).

در توان‌بخشی شناختی یا بازتوانی شناختی، دو رویکرد عمده وجود دارد: رویکرد جبران یا سازش و دیگری رویکرد درمان شناختی. باید توجه داشت که در عمل هیچ‌گاه جداسازی این دو رویکرد اتفاق نمی‌افتد و هم‌پوشانی این دو در درمان اجتناب‌ناپذیر است. رویکرد اول: رویکرد جبران یا تطبیق است. در این رویکرد، هدف آن است تا با ایجاد تغییراتی در محیط، عادات و روش انجام کارها و نیز راهکارهای اجرایی، محدودیت‌های فرد کنار گذاشته شوند. این سه هدف درمانی یادآور مفهوم ارگونومی شناختی هستند که بر اساس اصول پردازش اطلاعات بوده و سبب کاهش درگیری حافظه کاری می‌شود. رویکرد دوم: رویکرد درمان شناختی است. این رویکرد، تلاشی است جهت بازگرداندن ظرفیت‌های شناختی از دست‌رفته که توسط تمرینات و ارائه محرک‌های هدفمند صورت می‌پذیرد و هدف آن، بهبود عملکرد فرد در اجرای فعالیت‌هاست (۱۱).

با توجه به مطالب ذکرشده و با توجه به شیوع بالای فلج مغزی و عقب‌ماندگی ذهنی و ناتوانایی شدید ناشی از این معلولیت‌ها و همچنین اثرات طولانی‌مدت ناتوانایی کودک بر زندگی خانواده این کودکان و به‌خصوص مادران آن‌ها، در زمینه کیفیت زندگی این گروه از مادران تا به حال در ایران هیچ‌گونه تحقیقی که اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی انجام شده باشد صورت نگرفته است و چنین پژوهشی برای تعیین میزان آسیب‌ها و حیطه‌های آسیب‌دیده احتمالی لازم به نظر می‌رسد تا با توجه به اطلاعات

به دست آمده بتوان برنامه ریزی مناسبی برای این گروه از افراد به عمل آورد؛ بنابراین این مطالعه به منظور اثربخشی توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی و اثربخشی آن بر روند بهبود درمان فرزندان شان صورت گرفته است. به نظر می رسد که می توان با افزایش کیفیت زندگی و ایجاد اصلاحات شناختی در مادران، اثربخشی بسزایی در روند بهبود درمان فرزندان شان گذاشت. لذا اصلی ترین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی و روند بهبود درمان فرزندان شان اثربخش است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر با توجه به اهداف پیش بینی شده، از نوع تحقیق نیمه تجربی، آزمایشی و طرح آن پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه مداخله به روش توان بخشی شناختی و گروه کنترل است. در این پژوهش، تفاوت احتمالی بین مادران دارای فرزند فلج مغزی در دو گروه مداخله به روش توان بخشی شناختی و گروه کنترل و در نهایت اثربخشی این مداخله بر روند درمان فرزندان شان مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای فرزند فلج مغزی در شهر شیراز است. در این پژوهش ۳۰ مادر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه به شرح زیر قرار می گیرند. ۱۵ نفر برای اجرای توان بخشی شناختی به عنوان گروه مداخله و ۱۵ نفر برای گروه کنترل. هر دو گروه از لحاظ سن، طبقه اجتماعی، وضعیت اقتصادی و تحصیلات همگن گردیدند. روش جمع آوری داده ها از طریق پرسشنامه صورت گرفت. بدین شکل است که ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند فلج مغزی را از مراکز کاردرمانی دولتی و خصوصی شهر شیراز انتخاب کرده و سه آزمون کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱، آزمون کن تب^۲ و آزمون کوتاه وضعیت ذهنی^۳ و به عنوان پیش آزمون جهت سنجش بین این دو گروه، پیش از مداخله انجام می شود. آزمون کوتاه وضعیت ذهنی جهت سنجش وضعیت روانی مادران است و کسب نمره ۲۷ در این آزمون، شرط ورود به پژوهش می باشد. آزمون کن تب معتبرترین آزمون کامپیوتری جهت ارزیابی عملکردهای شناختی است و همچنین آزمون کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جهت بررسی کیفیت زندگی این مادران مورد استفاده قرار می گیرد. پس از انجام این سه آزمون، مادران به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره مداخله و کنترل تقسیم بندی می شوند. هم زمان با آزمون هایی که از مادران گرفته می شود، کودک فلج مغزی آن ها نیز با انجام تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان به صورت پیش آزمون و پس آزمون توسط کار درمانگر ارزیابی شده و تحت درمان وی قرار می گیرند. مادران گروه مداخله نیز تحت درمان پروتکل های توان بخشی شناختی توسط نرم افزار توان بخشی شناختی کاپیتان لاگ^۴ قرار گرفته و توسط آزمون کن تب به صورت پس آزمون، میزان ارتقاء عملکرد و اصلاح شناختی آن ها سنجیده می شود. بعد از مداخله درمانی و اصلاح شناختی، مجدداً تست کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از مادران به عنوان پس آزمون گرفته می شود و نسبت به پیش آزمون و پس آزمون لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان^۵ مورد سنجش قرار خواهد گرفت تا تفاوت معنادار بین مادران گروه مداخله و گروه کنترل قبل و بعد از آزمون نسبت به کیفیت زندگی آن ها مورد سنجش قرار بگیرد. در نهایت با مشخص شدن کیفیت زندگی مادران در دو گروه مداخله و کنترل (پیش و پس از آزمون ها)، روند بهبود کودکان شان که فلج مغزی دارند سنجیده خواهد شد. داده های خام پرسشنامه ها بعد از جمع آوری در دو سطح توصیفی و استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

^۱ WHOQOL-BRIEF

^۲ Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)

^۳ Mini-Mental State Examination (MMSE)

^۴ CAPTAIN'S LOG

^۵ Pediatric Evaluation Of Disability Inventory (PEDI)

جهت ارزیابی مؤلفه‌های شناختی از ارزیابی کامپیوتری شناختی (کن تب) که عمدتاً در حیطه‌های پژوهشی و بالینی است، مورد استفاده قرار می‌گیرد. از آنجایی که بر طبق مطالعات پیشین مادران دارای کودکان فلج مغزی اضطراب و استرس فراوانی را تجربه می‌کنند و بر این اساس دچار اختلالات شناختی فراوانی می‌شوند، جهت شناسایی این اختلالات از نرم‌افزار کن-تب که یک نرم‌افزار ارزیابی عصب روان‌شناختی کامپیوتری است به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده می‌شود. این نرم‌افزار زیر نظر دانشگاه کمبریج انگلستان است که سازنده آن شرکت کمبریج کاگنیشن^۱ می‌باشد. نرم‌افزار کن-تب، حساس‌ترین و معتبرترین نرم‌افزار تحقیق شناختی موجود در دنیاست و در حال حاضر بسیاری از مراکز علمی، تحقیقاتی، توان‌بخشی، علوم شناختی و علوم اعصاب در ایران از جمله آزمایشگاه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی تهران، دانشکده دانش‌های نوین دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کلینیک خصوصی سلامت مغز دانا به سرپرستی دکتر نامی در شیراز و ...، این نرم‌افزار جهت ارزیابی و گاه‌ا‌توان‌بخشی شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مجموعه دارای ۲۵ آزمون در ۵ حیطه اصلی شامل حافظه دیداری (۴ آزمون)، کارکردهای اجرایی (۵ آزمون)، توجه (۳ آزمون)، حافظه کلامی/معنایی (۲ آزمون)، تصمیم‌گیری و کنترل پاسخ (۴ آزمون) و شناخت اجتماعی (۱ آزمون) می‌باشد که بر روی کامپیوتر یا تبلت انجام می‌شود.

تست غربالگری مشکلات دیداری، حرکتی و ادراکی^۲. این تست همچنین به‌عنوان آشنایی آزمودنی با اجرای آزمون‌های کن تب مورد استفاده قرار می‌گیرد. ارزیابی یادگیری و ادراک^۳

آزمون‌های حافظه دیداری: ارزیابی انطباق ادراکی فوری و تأخیری^۴، ارزیابی حافظه رویدادی و یادگیری^۵، ارزیابی بازشناسی دیداری^۶، ارزیابی بازشناسی فضایی^۷

آزمون‌های عملکرد اجرایی، حافظه فعال و برنامه‌ریزی: ارزیابی انعطاف‌پذیری شناختی^۸، ارزیابی یادگیری قوانین و تغییر توجه^۹، ارزیابی برنامه‌ریزی فضایی^{۱۰}، ارزیابی برنامه‌ریزی فضایی و کنترل موتور^{۱۱}، ارزیابی ظرفیت حافظه فعال^{۱۲}، ارزیابی حافظه فعال و طرح‌ریزی راهبردی^{۱۳}

¹ Cambridge Cognition Ltd

² Motor screening (MOT)

³ Big/ Little Circle (BLC)

⁴ Delayed Matching to Sample (DMS)

⁵ Paired Associates Learning (PAL)

⁶ Pattern Recognition Memory (PRM)

⁷ Spatial Recognition Memory (SRM)

⁸ Attention Switching Task (AST)

⁹ Intra-Extra Dimensional Set Shift (IED)

¹⁰ One Touch Stockings of Cambridge (OTS)

¹¹ Stockings of Cambridge (SOC)

¹² Spatial Span (SSP)

¹³ Spatial Working Memory (SWM)

آزمون‌های ارزیابی توجه: ارزیابی سرعت واکنش در پارادایم‌های ۲-انتخابی ساده^۱، ارزیابی توانایی انطباق محرک‌های دیداری و ارزیابی زمان واکنش^۲، ارزیابی سرعت واکنش در پارادایم‌های ۵ انتخابی^۳، ارزیابی توجه مداوم دیداری^۴، ارزیابی سرعت واکنش به محرک‌های ساده و انفرادی^۵

آزمون‌های ارزیابی حافظه کلامی - معنایی: ارزیابی حافظه معنایی از طریق ارزیابی توانایی نام‌گذاری اشیاء^۶، ارزیابی بازآوری آزاد، بازشناسی فوری و تأخیری برای اطلاعات کلامی^۷

آزمون‌های شناخت اجتماعی: ارزیابی شناخت اجتماعی از طریق ارزیابی صورتهایی با احساسات متفاوت^۸

برای اندازه‌گیری این متغیر از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که بر طبق طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای و شامل ۲۶ سؤال استفاده می‌شود. ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به دو صورت WHOQOL و WHOQOL-BREF می‌باشند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات ۱۰۰- WHOQOL ایجاد شد و دارای ۲۶ سؤال است. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان می‌دهند. در این مطالعه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به علت کم بودن تعداد سؤالات و در نتیجه راحتی استفاده، انتخاب شده است. این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان طراحی و به زبان‌های متفاوت ترجمه شده است. لذا مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان می‌باشند. جهت روایی این متغیر با توجه به اینکه سنجش این متغیر در پژوهش خیاط زاده ماهانی (۸) استفاده شده است، از روایی برخوردار است. پرسشنامه کیفیت زندگی با توجه به آلفای کرونباخ که بالای ۰/۷ (۰/۷۶۸) است، نشان دهنده این است که این متغیر از پایایی لازم برخوردار است.

روند بهبود درمان کودکان فلج مغزی: تیمارگری^۹ کودک با فلج مغزی با هدف بهبود توانایی‌های کارکردی، معمولاً ایفای نقش تخصص‌های گوناگون از جمله کاردرمانی را در بر می‌گیرد. به‌طور سنتی رایج‌ترین رویکرد مورد استفاده برای کودکان با فلج مغزی درمان عصبی - رشدی^{۱۰} است. این رویکرد جهت فراهم آوردن تجربیات حسی - حرکتی که رشد الگوهای حرکتی بهنجار را بهبود می‌دهد، طراحی شده است. در مطالعات پیشین گزارش شده است که بیش از ۵۰ درصد کودکان با فلج مغزی از خدمات کاردرمانی بهره می‌گیرند. کاردرمانی بر رشد مهارت‌های ضروری برای فعالیت‌های روزمره زندگی (مشمول است بر بازی و فعالیت‌های خودیاری از جمله لباس پوشیدن، نظافت و خوردن)، مهارت‌های حرکتی ظریف (از جمله نوشتن و ترسیم) و توانایی‌های شناختی و ادراکی (به‌ویژه در حوزه دیداری حرکتی) متمرکز است. دیگر جنبه کاردرمانی عبارت است از تطبیق تجهیزات و صندلی‌ها به‌منظور ایجاد امکان استفاده بهتر از اندام‌های فوقانی و ارتقای استقلال کارکردی. افزون بر این، ارائه مشاوره به والدین جنبه مهمی از مداخله کاردرمانی در جهت بهبود توانایی‌های کارکردی کودک با فلج مغزی محسوب می‌شود (۱۲). کاردرمانی برای کودکان با فلج مغزی معمولاً در نخستین روزهای پس از تشخیص (اغلب در نخستین ماه‌های پس از تولد) آغاز می‌شود. ارزیابی‌های کاردرمانی از کودکان با فلج مغزی فرایندی است پویا که

¹ Choice Reaction Time (CRT)

² Match to Sample Visual Search (MTS)

³ Reaction Time (RTI)

⁴ Rapid Visual Information Processing (RVP)

⁵ Simple Reaction Time (SRT)

⁶ Graded Naming Test (GNT)

⁷ Verbal Recognition Memory (VRM)

⁸ Emotion Recognition Task (ERT)

⁹ Management

¹⁰ Neurodevelopmental treatment

چارچوب نظری کاری^۱ و عصبی - رشدی را مورد استفاده قرار می‌دهد. نتایج ارزیابی آگازین نیمرخ دقیقی از کارهایی که برای کودکان و مراقبان معنادار است را نیز شامل می‌شود (۱۳).

لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان^۲: فلج مغزی یکی از اختلالات شایع در کودکان است که منجر به اختلال در کارکرد آن‌ها می‌شود؛ بنابراین برای ارائه برنامه درمانی مناسب به‌منظور بهبود کارکرد این کودکان به ابزار ارزیابی معتبر نیازمندیم. «لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان» با هدف ارزیابی کارکرد کودکان ناتوان در سه حوزه مراقبت از خود، تحرک و کارکرد اجتماعی طراحی شده است. در ایران بررسی پایایی نسخه فارسی تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان بر روی کودکان فلج مغزی ۳ تا ۹ ساله انجام شده است. نتایج نشان داد نسخه فارسی تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان به‌منظور بررسی کارکرد کودکان فلج مغزی فارسی‌زبان از همخوانی درونی و پایایی آزمون - بازآزمون برخوردار است؛ بنابراین می‌توان از این نسخه به‌صورت پژوهشی و بالینی برای ارزیابی کودکان فلج مغزی در ایران استفاده کرد. مهم‌ترین گام در فرآیند توان‌بخشی کودکان دارای ناتوانی رشدی و اکتسابی ارزیابی است. در دیدگاه توان‌بخشی سنتی بر ارزیابی رشد مطلوب و قابل‌انتظار کودک تأکید می‌شد و برنامه درمانی نیز بر رسیدن کودک به الگوی رشد نرمال متمرکز بود؛ اما با گذشت زمان درمانگران دریافتند که کودکان ناتوان هرگز مهارت رشدی مطلوب را باز نمی‌یابند ولی می‌توانند مهارت کارکردی مهم و پایه را به دست آورند و کیفیت زندگی خود را بهبود دهند. بدین ترتیب دستیابی به سطوح بالای استقلال در مهارت‌های کارکردی پایه هدف اصلی مداخلات توان‌بخشی در کودکان با ناتوانی شد. ویژگی کارکردی به‌عنوان توضیح و توصیف نظام‌مند از توانایی شخص (یا کودک) برای انجام فعالیت‌های موردنیاز زندگی تعریف می‌شود. ویژگی کارکردی در واقع بخشی از مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است و منظور از آن عملکرد شخص در فعالیت‌های کارکردی روزمره است. علاوه بر این ارزیابی کارکرد در کودکان نیازمند توجه ویژه به انتظارات و تغییرات رشدی است. از این منظر انتخاب ابزار و روش ارزیابی به‌منظور درک بهتر تغییرات مهارت کارکردی اهمیت می‌یابد. تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان دارای سه مقیاس مهارت کارکردی، کمک مراقب و اصلاحات است. هر یک از سه مقیاس تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان ارزشیابی کارکردی را در سه حوزه مراقبت از خود، تحرک و کارکرد اجتماعی بر عهده دارد. هر کدام از این حوزه‌ها متشکل از تعدادی زیر مقیاس است. تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان ابزاری برای سنجش پیامد کلینیکی و پژوهشی می‌باشد و با ۲۱۷ مورد اطلاعات گسترده‌ای از عملکرد کارکردی فراهم می‌کند. شکل نمره دهی این تست و مقیاس اندازه‌گیری این تست نیز برای درک و ارزیابی کارکرد، آسان می‌باشد. این لیست برای اندازه‌گیری ویژگی کارکردی در کودکان ناتوان تهیه شده است و دارای سه مقیاس مهارت کارکردی، کمک مراقب و اصلاحات است. هر یک از سه مقیاس لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان، ارزشیابی کارکرد را در سه حوزه مراقبت از خود، تحرک و کارکرد اجتماعی بر عهده دارد.

آزمون کوتاه وضعیت ذهنی هم قابلیت (آنچه کودک می‌تواند انجام دهد) و هم عملکرد (آنچه کودک در محیط واقعی انجام می‌دهد) کودک را ارزشیابی می‌کند و برای کودکان سنین ۶ ماه تا ۷/۵ سال طراحی شده است و همچنین می‌تواند برای کودکان که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در رشد کارکرد تأخیر نشان می‌دهند، در سنین بالاتر نیز استفاده شود. در مقیاس مهارت کارکردی مهارت‌ها در سه حوزه نام برده اندازه‌گیری می‌شوند و به‌طور مستقیم قابلیت کارکرد را اندازه می‌گیرند و جزییات کافی برای تعیین نقص الگوی بالینی، در اکتساب مهارت کارکردی فراهم می‌سازد. مقیاس کمک مراقب میزان کمک فراهم شده توسط مراقب را در موقعیت‌های روزمره اندازه می‌گیرد. با تعیین میزان نیاز به کمک مراقب برای انجام فعالیت کارکردی نیز عملکرد کودک در فعالیت کارکردی روزمره اندازه‌گیری

¹ Occupational² Pediatric Evaluation Of Disability Inventory (PEDI)

می‌شود و مقیاس اصلاحات نیز آگاهی از عملکرد واقعی کودک را افزایش می‌دهد. اجرای این تست به سه روش مصاحبه با پدر و مادر، قضاوت افراد متخصص که با کودک آشنایی دارند و یا ترکیبی از هر دو است. همچنین این تست به درمانگر اجازه انعطاف‌پذیری در اجرا می‌دهد. بسته به علائق کودک، اولویت درمانی و یا تشخیص درمانگر این ۳ حوزه به صورت مستقل از هم بکار می‌رود. از آنجایی که در کشور ما ابزار سنجش پیامد به منظور ارزیابی کارکرد کودکان محدود است و طراحی ابزار جدید بدین منظور از نظر مالی و نیروی انسانی هزینه‌بر و زمان‌بر می‌باشد. تست لیست ارزشیابی ناتوانی کودکان از این منظر ابزار جامع و تأیید شده است.

یافته‌ها:

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد اصلاح شناختی مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		میانگین	انحراف معیار	تعداد
		گروه				
سرعت عکس‌العمل	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۵/۵۳	۰/۹۵	۱۵	
	پس‌آزمون	کنترل	۲۷/۸۳	۱/۶۶	۱۵	
		آزمایش	۲۷/۲۱	۲/۰۵	۱۵	
		کنترل	۲۷/۹۳	۱/۶۰	۱۵	
تمرکز و توجه	پیش‌آزمون	آزمایش	۲/۸۱	۱/۰۰	۱۵	
	پس‌آزمون	کنترل	۳/۱۲	۰/۶۵	۱۵	
		آزمایش	۳/۵۴	۱/۰۳	۱۵	
		کنترل	۳/۱۸	۰/۷۴	۱۵	
توان استدلال	پیش‌آزمون	آزمایش	۱/۲۷	۰/۶۸	۱۵	
	پس‌آزمون	کنترل	۱/۸۱	۱/۰۰	۱۵	
		آزمایش	۱/۵۴	۰/۸۲	۱۵	
		کنترل	۱/۸۸	۱/۰۵	۱۵	
حافظه	پیش‌آزمون	آزمایش	۲/۶۲	۱/۳۰	۱۵	
	پس‌آزمون	کنترل	۲/۷۹	۰/۷۰	۱۵	
		آزمایش	۲/۹۳	۱/۳۹	۱۵	
		کنترل	۲/۸۶	۰/۷۲	۱۵	

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار ابعاد اصلاح شناختی مادران در دو گروه کنترل و آزمایش محاسبه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		میانگین	انحراف معیار	تعداد
		گروه				
	پیش‌آزمون	آزمایش		۵۹/۵۳	۶/۶۲	۱۵

کیفیت زندگی	کنترل	۵۸/۶۶	۶/۷۶	۱۵
پس آزمون	آزمایش	۷۶/۶۰	۱۲/۷۲	۱۵
	کنترل	۶۰/۴۶	۷/۲۱	۱۵

همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است در مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران در دو گروه کنترل و آزمایش محاسبه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار عملکرد کودکان در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	تعداد
		گروه			
مراقبت از خود	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۱۳	۲/۶۶	۱۵
		کنترل	۱۸/۸۶	۲/۴۴	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۳۰/۵۳	۴/۹۱	۱۵
		کنترل	۲۵/۲۰	۲/۶۵	۱۵
تحرک	پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۴۰	۲/۸۹	۱۵
		کنترل	۹/۶۶	۲/۳۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۰/۴۶	۳/۲۲	۱۵
		کنترل	۱۷/۴۶	۲/۶۴	۱۵
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۲۲/۷۳	۳/۳۲	۱۵
		کنترل	۲۳/۰۰	۲/۶۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۹/۰۶	۴/۳۰	۱۵
		کنترل	۲۷/۸۰	۳/۸۲	۱۵

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است در مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون میانگین و انحراف معیار عملکرد کودکان در دو گروه کنترل و آزمایش محاسبه شده است.

فرضیه اول: توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که در ادامه نتایج حاصل از آن آمده است. قبل از بررسی این فرضیه با آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره، ابتدا پیش فرض های این آزمون شامل آزمون لوین و آزمون کلموگروف اسمیرونوف بررسی خواهند شد.

جدول ۴: بررسی آزمون لوین و آزمون کلموگروف اسمیرونوف

متغیر	درجه آزادی	مقدار F	آزمون لوین			آزمون کلموگروف اسمیرونوف		
			سطح معناداری	n	z	سطح معناداری	n	z
کیفیت زندگی	۱	۲/۱۷۶	۰/۱۱۲	۳۰	۰/۷۶۸	۰/۴۳۹		

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که با توجه به سطوح معناداری به‌دست‌آمده از این دو آزمون، پیش‌فرض‌های مربوط به برابری واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها برقرار بوده و می‌توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیر پژوهش مورد استفاده قرار داد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس تک متغیره جهت بررسی فرضیه اول پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش‌آزمون	۱۴۱۶/۹۰۶	۱	۱۴۱۶/۹۰۶	۲۴/۲۳۷	۰/۰۰۱
گروه	۱۷۲۷/۸۹۲	۱	۱۷۲۷/۸۹۲	۲۹/۵۵۷	۰/۰۰۱
خطا	۱۵۷۸/۴۲۸	۲۷	۵۸/۴۶۰		

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص می‌شود که مقدار F در نمره پس از آزمون کیفیت زندگی $[F=۲۹/۵۵۷, p<۰/۰۰۱]$ معنادار شده است؛ بنابراین فرضیه‌ی اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت؛ و از آنجایی که کیفیت زندگی مادران در گروه آزمایش در پس از آزمون افزایش داشته می‌توان گفت توان‌بخشی شناختی بر افزایش کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. فرضیه دوم: توان‌بخشی شناختی بر اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که در ادامه نتایج حاصل از آن آمده است. قبل از بررسی این فرضیه با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون شامل آزمون ام‌باکس، آزمون لوین و آزمون کلوموگروف اسمیرونوف بررسی خواهند شد.

جدول ۶: بررسی آزمون لوین و آزمون کلوموگروف اسمیرونوف

آزمون لوین			آزمون کلوموگروف اسمیرونوف		
متغیر	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	n	z
سرعت عکس‌العمل	۱	۱/۸۷۵	۰/۱۳۱	۳۰	۰/۸۸۸
تمرکز و توجه	۱	۱/۲۳۶	۰/۱۶۵	۳۰	۱/۲۱۵
توان استدلال	۱	۱/۰۹۸	۰/۱۸۷	۳۰	۱/۴۵۷
حافظه	۱	۱/۹۸۷	۰/۱۲۶	۳۰	۱/۵۶۴

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که با توجه به سطوح معناداری به‌دست‌آمده از این دو آزمون، پیش‌فرض‌های مربوط به برابری واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها برقرار بوده و می‌توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیر پژوهش مورد استفاده قرار داد.

جدول ۷: جدول بررسی آزمون ام‌باکس

درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	مقدار F	ام‌باکس	سطح معناداری
۱۰	۳۷۴۸/۱۰	۱/۴۹۱	۱۷/۶۶۶	۰/۱۳۶

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که با توجه به سطوح معناداری به دست آمده از این آزمون، پیش فرض های مربوط به ام باکس برقرار بوده و می توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیر پژوهش مورد استفاده قرار داد.

جدول ۸: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره جهت بررسی فرضیه دوم پژوهش

آزمون	مقدار	F	Df	P
پیلایی	۰/۳۶۱	۲/۹۶۱	۲۸	۰/۰۴۴
لامبدای ویلکس	۰/۶۳۹	۲/۹۶۱	۲۸	۰/۰۴۴
T ² هاتلینگ	۰/۵۶۴	۲/۹۶۱	۲۸	۰/۰۴۴
ریشه ی روی	۰/۵۶۴	۲/۹۶۱	۲۸	۰/۰۴۴

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره ($p \leq 0.044$) کوچک تر از سطح معناداری ($\alpha = 0.05$) می باشد بنابراین بین ابعاد اصلاح شناختی مادران دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی توان بخشی شناختی بر اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی اینکه این درمان بر کدام یک از ابعاد اصلاح شناختی اثربخشی داشته، در ادامه یک آزمون کواریانس تک متغیره انجام شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۹ آمده است

جدول ۹: آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی ابعاد اصلاح شناختی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	ss	df	ms	F	P
سرعت عکس العمل	۹/۴۴۰	۱	۹/۴۴۰	۵/۰۲۶	۰/۰۳۴
تمرکز و توجه	۱/۴۰۵	۱	۱/۴۰۵	۷/۱۴۵	۰/۰۱۳
توان استدلال	۰/۱۷۸	۱	۰/۱۷۸	۲/۰۱۵	۰/۱۶۹
حافظه	۰/۵۰۶	۱	۰/۵۰۶	۳/۶۲۵	۰/۰۶۹

با توجه به جدول فوق و سطوح معناداری به دست آمده مشخص می شود که از چهار بعد اصلاح شناختی، تنها ابعاد سرعت عکس العمل و تمرکز و توجه دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین های مشاهده شده در بخش توصیفی مشخص شد که نمرات گروه آزمایش در ابعاد سرعت عکس العمل و تمرکز و توجه در مرحله پس آزمون افزایش یافته. به عبارتی فرضیه پژوهش تأیید می شود و می توان گفت توان بخشی شناختی بر افزایش ابعاد سرعت عکس العمل و تمرکز و توجه اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد.

فرضیه سوم: توان بخشی شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی بر روند بهبود درمان فرزندان نشان اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که در ادامه نتایج حاصل از آن آمده است. قبل از بررسی این فرضیه با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره، ابتدا پیش فرض های این آزمون شامل آزمون ام باکس، آزمون لوین و آزمون کلوموگروف اسمیرونوف بررسی خواهند شد.

جدول ۱۰: بررسی آزمون لوین و آزمون کلوموگروف اسمیرونوف

متغیر	درجه آزادی	مقدار F	آزمون لوین			سطح معناداری
			سطح معناداری	n	z	
مراقبت از خود	۱	۱/۹۹۸	۰/۱۲۱	۳۰	۲/۶۵۴	۰/۰۷۶
تحرک	۱	۱/۱۱۱	۰/۱۷۸	۳۰	۱/۰۰	۰/۱۷۸
کارکرد اجتماعی	۱	۱/۳۷۷	۰/۱۵۴۷	۳۰	۱/۳۶۸	۰/۱۳۳

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که با توجه به سطوح معناداری به دست آمده از این دو آزمون، پیش فرض های مربوط به برابری واریانس ها و نرمال بودن داده ها برقرار بوده و می توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیر پژوهش مورد استفاده قرار داد.

جدول ۱۱: جدول بررسی آزمون ام باکس

درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	مقدار F	ام باکس	سطح معناداری
۶	۵۶۸۰/۳۰	۱/۷۱۹	۱۱/۶۸۵	۰/۱۱۲

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که با توجه به سطوح معناداری به دست آمده از این آزمون، پیش فرض های مربوط به ام باکس برقرار بوده و می توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیر پژوهش مورد استفاده قرار داد.

جدول ۱۲: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره جهت بررسی فرضیه سوم پژوهش

آزمون	مقدار	F	df	P
پیلایی	۰/۴۹۰	۷/۳۶۶	۲۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکس	۰/۵۱۰	۷/۳۶۶	۲۸	۰/۰۰۱
T ² هاتلینگ	۰/۹۶۱	۷/۳۶۶	۲۸	۰/۰۰۱
ریشه ی روی	۰/۹۶۱	۷/۳۶۶	۲۸	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره ($P \leq 0.001$) کوچک تر از سطح معناداری ($\alpha = 0.05$) می باشد بنابراین بین ابعاد عملکرد کودکان دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی توان بخشی شناختی بر روی مادران بر عملکرد فرزندان نشان اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی اینکه این درمان بر کدام یک از ابعاد عملکرد کودکان اثربخشی داشته، در ادامه یک آزمون کواریانس تک متغیره انجام شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۱۳ آمده است.

جدول ۱۳: آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی ابعاد عملکرد فرزندان در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	ss	df	ms	F	P
مراقبت از خود	۱۸۱/۹۴۶	۱	۱۸۱/۹۴۶	۱۵/۲۵۶	۰/۰۰۱
تحرک	۴۷/۰۲۲	۱	۴۷/۰۲۲	۱۰/۸۶۱	۰/۰۰۳
کارکرد اجتماعی	۱۳/۶۹۷	۱	۱۳/۶۹۷	۲/۴۴۳	۰/۱۳۱

با توجه به جدول فوق و سطوح معناداری به دست آمده مشخص می شود که از سه بعد عملکرد کودکان، تنها ابعاد مراقبت از خود و تحرک دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین های مشاهده شده در بخش توصیفی مشخص شد که نمرات گروه آزمایش در ابعاد مراقبت از خود و تحرک در مرحله پس آزمون افزایش یافته. به عبارتی فرضیه پژوهش تأیید می شود و میتوان گفت توان بخشی شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی بر روند بهبود درمان فرزندانشان اثربخشی معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی و اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی و اثربخشی آن بر روند بهبود درمان فرزندان در شهر شیراز انجام شد. فرضیه اول: توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ مشاهده شد. با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص می شود که مقدار F در نمره پس از آزمون کیفیت زندگی معنادار شده است؛ بنابراین فرضیه دوم پژوهش مورد تأیید قرار گرفت؛ و از آنجایی که کیفیت زندگی مادران در گروه آزمایش در پس از آزمون افزایش داشته میتوان گفت توان بخشی شناختی بر افزایش کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. نتیجه این آزمون با نتایج تحقیقات شریعت و همکاران (۱۴)، دولقی، شاکر، نریمانی، افروز، حسنی، باغداساریانس، (۱۵)، جلیلی و همکاران (۱۶) همسو است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که کیفیت زندگی مادران با توجه به تمامی حیطه های بعد جسمانی با شدت ناتوانی کودک رابطه معناداری دارد. بدین معنا که با شدت ناتوانی کودک، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی مادران کاهش می یابد. کودک فلج مغزی اغلب به مراقبت های خاص و طولانی مدت نیاز دارد، به همین دلیل است که خانواده های دارای کودکان ناتوان، نسبت به خانواده های دارای کودکان سالم از سلامت فیزیکی و روانی کمتری برخوردار بوده و دارای کیفیت زندگی پایین تری هستند از آنجایی که والدین این کودکان، برای انجام کارها و نیازهای ویژه کودکان خود مثل حمام بردن، حمل و نقل، غذا دادن و... زمان زیادی را صرف می کنند، بیشتر مبتلا به دردهای مزمن و بیماری های جسمانی می شوند؛ بنابراین نیازهای شدت معلولیت کودکان بر سلامت جسمانی والدین اثربخشی منفی می گذارد.

فرضیه دوم: توان بخشی شناختی بر اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۸ مشاهده شد بین ابعاد اصلاح شناختی مادران دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی توان بخشی شناختی بر اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. همچنین جهت بررسی اینکه این درمان بر کدام یک از ابعاد اصلاح شناختی اثربخشی داشته، در ادامه یک آزمون کواریانس تک متغیره انجام شد که با توجه به جدول ۹ و سطوح معناداری به دست آمده مشخص می شود که از چهار بعد اصلاح شناختی، تنها ابعاد سرعت عکس العمل و تمرکز و توجه دو گروه در

مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین‌های مشاهده شده در بخش توصیفی مشخص شد که نمرات گروه آزمایش در ابعاد سرعت عکس‌العمل و تمرکز و توجه در مرحله پس از آزمون افزایش یافته. به عبارتی فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و میتوان گفت توان بخشی شناختی بر افزایش ابعاد سرعت عکس‌العمل و تمرکز و توجه اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخشی معناداری دارد. نتیجه این آزمون با نتایج که با پژوهش‌های پاستر و همکاران (۱۷)؛ وانگ و همکاران (۱۸)؛ پروتی و سینگ (۱۹) همسو است. در تبیین این نتیجه باید گفت که مادران دارای فرزند فلج مغزی، به دلیل شرایط خاص زندگی که تحت اثربخشی فرزند دارای ناتوانی جسمی-روانی می‌باشد، از سلامت فیزیکی و روانی کمتری برخوردارند. این مشکلات می‌توانند در بخش‌های توجه و تمرکز، حافظه، سرعت واکنش و یا سایر مؤلفه‌های شناختی فرد نمود کنند. از جمله رویکردهای درمانی، می‌توان به درمان توان بخشی شناختی اشاره کرد (۴) که بر طبق اصل شکل‌پذیری مغزی نه تنها به‌طور مستقیم، شاخصه‌های کارکردهای اجرایی را از جمله توجه (توجه پایدار، توجه انتخابی، توجه تقسیم شده، توجه جایگزین)، حافظه کاری (کلامی و دیداری-فضایی) و سایر مهارت‌های شناختی را تقویت می‌کند، بلکه سایر عملکردهای اجتماعی فرد را نیز بهبود می‌بخشد و درعین حال فاقد عوارض جانبی ناخوشایند می‌باشد (۹). اهداف اصلی توان بخشی توانا ساختن افراد ناتوان و دارای اینگونه نابهنجاری‌ها، رسیدن به سطح مطلوبی از سلامت، کاهش تأثیر مشکلاتشان بر زندگی روزمره و کمک به آن‌ها در برگشتن به مناسب‌ترین محیط‌هاست. از این رو در این پژوهش، مادران دارای فرزند فلج مغزی که بالطبع تحت اثربخشی شرایط جسمی-روانی فرزند خود می‌باشند، در دو مرحله (پیش از انجام درمان توان بخشی شناختی و پس از درمان) مورد سنجش شناختی قرار گرفتند که نتایج حاصله نشان داد که به‌طور کلی، توان بخشی شناختی، اثربخشی مثبتی را در بهبود و ارتقای اصلاح شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی داشته است.

فرضیه سوم: توان بخشی شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی، بر روند بهبود درمان فرزندانشان اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۱۲ مشاهده شد. همان گونه که در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره ($p \leq 0/001$) کوچک‌تر از سطح معناداری ($\alpha = 0/05$) می‌باشد بنابراین بین ابعاد عملکرد کودکان دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی توان بخشی شناختی بر روی مادران بر عملکرد فرزندانشان اثربخشی معناداری دارد. جهت بررسی اینکه این درمان بر کدام یک از ابعاد عملکرد کودکان اثربخشی داشته، در ادامه یک آزمون کواریانس تک متغیره انجام شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۱۳ آمده است. با توجه به جدول ۱۳ در فصل چهار و سطوح معناداری به دست آمده، مشخص می‌شود که از سه بعد عملکرد کودکان، تنها ابعاد مراقبت از خود و تحرک دو گروه در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین‌های مشاهده شده در بخش توصیفی مشخص شد که نمرات گروه آزمایش در ابعاد مراقبت از خود و تحرک در مرحله پس از آزمون افزایش یافته. به عبارتی فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و میتوان گفت توان بخشی شناختی مادران دارای فرزند فلج مغزی بر روند بهبود درمان فرزندانشان اثربخشی معناداری دارد. نتیجه این آزمون با نتایج تحقیقات نوواک و هونان (۲۰)، کروجسن، کتار و همکاران (۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف کلی درمان توان بخشی شناختی، افزایش خودآگاهی، تسهیل خود ادراکی بهتر و بهبود خودکنترلی به وسیله رشد مناسب مهارت‌های شناختی است. در واقع، توان بخشی شناختی یا CRT از مجموعه برنامه‌های هدفمندی تشکیل شده که با هدف ترمیم یا ارتقای کارکردهای شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۰). روش‌های بازتوانی شناختی کمک می‌کنند تا با کمک ابزارهای کامپیوتری با نقاط ضعف و قوت مغز فرد به‌طور جامع آشنا شد و به تقویت کارکرد مغز پرداخت. در واقع مغز در این روش‌ها کاملاً نقش فعال را دارد و به سمت خودتنظیمی هدایت می‌شود. توان بخشی شناختی روشی جهت بازگرداندن ظرفیت‌های شناختی از دست رفته است که توسط تمرینات و ارائه محرک‌های هدفمند صورت می‌گیرد و هدف آن بهبود عملکرد فرد در اجرای فعالیت‌هایش است. در این روش درمانگر اطلاعات حاصل از ارزیابی جلسات را در نظر گرفته بر طبق آن تکالیفی برای تقویت کارکردهای شناختی مغز طراحی می‌کند که با

پیشرفت بیماری درجه دشواری تکلیف افزایش می‌یابد. برنامه توان‌بخشی شناختی با ارزیابی شروع می‌شود و بعد از مداخله نیز با ارزیابی پایان می‌یابد. ارزیابی شامل: خودآگاهی، جهت‌یابی، فراموشی، توجه، پردازش بینایی، بینایی حرکتی، برنامه‌ریزی حرکتی، حافظه، سازمان‌دهی، حل مشکل و عملکردهای اجرایی است. بر اساس سطح آسیب برای هر کارکرد تکلیف بهبوددهنده آن طی جلسات آموزش توان‌بخشی ارائه می‌شود. پس از پایان جلسات مجدداً ارزیابی صورت می‌گیرد و وضعیت کارکردهای موردنظر، ارزیابی می‌شود.

محدودیت پژوهش:

جامعه پژوهش حاضر شامل مادران دارای فرزند فلج مغزی در شهر شیراز بود که محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم نتایج در جوامع دیگر ایجاد می‌کند. استفاده از پرسشنامه به‌عنوان تنها ابزار گردآوری اطلاعات که خود دارای محدودیت‌های ذاتی است. به دلیل محدودیت ناشی شناسایی همه افراد جامعه مورد تحقیق، امکان نمونه‌گیری تصادفی امکان‌پذیر نبود و به صورت در دسترس انجام شد.

تضاد منافع:

بدین‌وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر:

نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References:

1. Nejat S. Quality of life and its measurement. Iran epidemiology. 2009;4(2):57-62. [Persian]
2. Liu L. Quality of life as a social representation in China: A qualitative study. Social Indicators Research. 2006;75(2):217-40.
3. Rahimi, M., Khayyer, M. Relationship between family communication patterns and the quality of life of high school students in Shiraz. Studies in Education and Psychology. 2010; 10(1): 5-25. [Persian]
4. Susniene, D., & Jurkauskas, A. The Concepts of Quality of Life and Happiness - Correlation and Differences. The Engineering Economics, 2009. 63.
5. Khayatzaheh Mahani M. A comparative Study about quality of life in Mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children. Daneshvar. 2009;16(83):49-58. [Persian].
6. Yuen Shan Leung, Cecilia Wai Ping Li-Tsang. Quality of Life of Parents who have Children With Disabilities, Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 2003;13(1): 19-24.

7. Ahmadizadeh, Z., Rassafiani, M., Ehsani, F., Hosseini, A. Comparing the quality of life of mothers with cerebral palsy children based on walking ability. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 2014; 10(1): 88-98. 10.22122/jrrs.v10i1.1147
8. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo V, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescent with pervasive developmental disorder. *Health and quality of life outcomes*, 2007; 5-22. 10.1186/1477-7525-5-22.
9. Sajedi F, Vameghi R, Ali-Zad V, Malek-Khosravi G, Karimlou M, Ravarian A et al . Is Anxiety More Common in Mothers of Children with Cerebral Palsy?. *jrehab* 2011; 11: 15-20 <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-679-fa.html>
10. Wilson B.A. Cognitive Rehabilitation in the 21st Century, OBE, First Published June 1; 2002.
11. Ma H., Trombly K. A. Effects of task complexity on reaction time and movement kinematics in elderly people. *Am. J. Occup. Ther.* 2004; 58: 150–158.
12. Fakharynia F., Rassafiani M., Sourtiji H., Jalili N., Bakhshi E. Comparison of the Effectiveness of Group-based Handling Training and Individualized Handling Training on the Quality of Life in Mothers of 1-6-Year-Old Children with Cerebral Palsy. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 2017; 6(2): 91-101. <https://doi.org/10.22037/jrm.2017.1100313>
13. Nazari M.A, Jafarpour S. Impact of working memory capacity on temporal processing in preschool children. *JCP* 2015; 2(4): 31-40.URL: <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-2454-fa.html>
14. Shariat A., Ghamarani A., Abedi A., Sharif T. Meta-analysis of the Effectiveness of Couple Therapy on Increasing Marriage Satisfaction (Iran 2006-2012). *Journal of Woman and Family Studies*, 2015; 3(1): 93-109. <https://doi.org/10.22051/jwfs.2015.2197>
15. SHaker dolagh A., Narimani M., Afrouz G., Hasani F., Baghdasarias, A. The Effectiveness Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Improvement Function Family in Divorce Applicant Clients. *Quarterly Journal of Health Breeze*, 2014; 2(1): 53-60. https://jfh.sari.iau.ir/article_639706.html?lang=fa
16. Jalili N., Godarzi M., Rassafiani M, Haghgou H., Dalvand H., Farzi M.. The influenced factors on quality of life mothers of children with severe cerebral aplasia: a survey study. *J Modern rehabilitation Internet*]. 2013;7(3): 40-47.
17. Paster A, Brandwein D, Walsh J. A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Res Dev Disabil*, 2009; 30(6): 1337-1342.4
18. Wang M, Turnbull AP, Summers JA, Little TD, Poston DJ, Mannan H. Severity of disability and income as predictors of parents' satisfaction with their family quality of life during early childhood years. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 2004; 29(2): 82-94.
19. Pruthi G, Singh T. Psychosocial burden and quatlity of life in parents of children with thalassemia and CP. *Journal of Psychological Research*, 2010; 2(1): 46-57.

20. Novak I., Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. Australian Occupational Therapy Journal; 2019. doi:10.1111/1440-1630.12573.
21. Kruijsen-Terpstra A.J.A., Ketelaar M., Boeije H., Jongmans M.J., Gorter J.W., Verheijden J., Verschuren O. Parents' experiences with physical and occupational therapy for their young child with cerebral palsy: a mixed studies review. Child: Care, Health and Development, 2013; 40(6): 787-796.