

## The Effect of Occupational Therapy on Self-Steem of Housewives with Mood Disorders After Discharge from the Hospital: a Clinical Trial Study

Saeed Vaghee<sup>1</sup>, Zohre Nakhaee Moghaddam<sup>2</sup>, Seyed Alireza Sajadi<sup>3</sup>, Hamid Chamanzari<sup>4</sup>, Mohsen Sepehriki<sup>5</sup>, Nastaran Vaghei<sup>6</sup>, Azam Salarhaji<sup>6\*</sup>

1. Instructor of Psychiatric Nursing, Evidence Based Care Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. MSc in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Associate Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Evidence Based Care Research Centre, Instructor of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. MSc in Psychiatric Nursing, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
6. Phd Student in Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

### Article Info

Received: 2017/06/06  
Accepted: 2017/06/30  
Published Online 2017/07/17

DOI: 10.30699/sjhnmf.26.1.49

Original Article

Use your device to scan and read the article online



### Abstract

**Introduction:** Although self-esteem has an important role on predicting the symptoms of depression and mania in patients with mood disorders, this subject has been less paid attention to in numerous studies. This study aimed to determine the effect of occupational therapy on self-esteem activities in housewives with mood disorders after discharge from the hospital.

**Methods:** In this randomized clinical trial, 75 housewives with mood disorders discharged from Ibn-Sina psychiatric hospital in Mashhad during 94-95, were studied in two intervention group (n = 35) and control group (n = 35). Occupational therapy intervention group (according to the model of psychosocial occupational therapy Cara), received 20 sessions each 120 minutes, twice a week and the control group received routine care. The research tool was Cooper Smith self-esteem questionnaire which was completed both before the intervention and 2.5 months after the intervention in both groups simultaneously. Data analysis was performed using SPSS 11.5, Fisher's exact test, and paired t-test.

**Results:** In the pre-intervention, there was no significant difference between the mean scores of self-esteem of intervention group ( $97/2 \pm 11/4$ ) and control group ( $95/9 \pm 10/4$ ) ( $P= 0/17$ ). But considering the change in the mean scores of self-esteem before and after the intervention, there was a significant difference between the intervention group ( $13/8 \pm 11/2$ ) and control group ( $3/3 \pm 9/6$ ) ( $P < 0/001$ ).

**Conclusion:** Implementation of occupational activities can improve self-esteem in patients with mood disorders. Hence, it is suggested that occupational activities be paid more attention to even after the discharge from hospitals.

**Keywords:** Occupational Therapy, Self-Esteem, Mood Disorders

### Corresponding Information

Azam Salarhaji. PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran Email: salarha961@mums.ac.ir  
Tel: 09156983896

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

### How to Cite This Article:

Vaghee S, Nakhaee Moghaddam Z, Sajadi S A, Chamanzari H, Sepehriki M, Vaghei N et al . The Effect of Occupational Therapy on Self-Steem of Housewives with Mood Disorders After Discharge from the Hospital: a Clinical Trial Study. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (1): 49-56

## تأثیر کاردرمانی بر عزت‌نفس زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی پس از ترخیص از بیمارستان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

سعید واقعی<sup>۱</sup>، زهره نخعی مقدم<sup>۲</sup>، سید علیرضا سجادی<sup>۳</sup>، حمید چمنزاری<sup>۴</sup>، محسن سپهری کیا<sup>۵</sup>، نسترن واقعی<sup>۶</sup>،  
اعظم سالارحاجی\*

۱. مربی، گروه آموزش روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. کارشناسی ارشد آموزش روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران
۶. دانشجوی مقطع دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه:</b> علی‌رغم اهمیت نقش عزت‌نفس در پیشگویی علائم افسردگی و مانیا در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، در مطالعات متعدد کمتر به این موضوع پرداخته شده است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر کاردرمانی بر عزت‌نفس زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی پس از ترخیص از بیمارستان انجام شد.</p> <p><b>روش کار:</b> در این کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی، ۷۵ نفر از زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی ترخیص شده از بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد در سال ۹۵-۹۴ در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و شاهد (۳۵ نفر) تحت مطالعه قرار گرفتند. گروه مداخله تحت کاردرمانی (مطابق مدل کاردرمانی روانی - اجتماعی (Cara) طی ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به مدت دو بار در هفته قرار گرفتند و گروه شاهد مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپر اسمیت بود که پیش از مداخله و ۲/۵ ماه پس از اجرای مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد به‌طور هم‌زمان تکمیل شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوج انجام شد.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره عزت‌نفس بین گروه مداخله (۱۱/۴ ± ۹۷/۲) و شاهد (۱۰/۴ ± ۹۵/۹) تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۰/۱۷)؛ اما از نظر تغییرات میانگین نمره عزت‌نفس قبل و پس از مداخله، بین گروه مداخله (۱۱/۲ ± ۱۳/۸) و شاهد (۹/۶ ± ۳/۳) تفاوت معنادار بود (P&lt;۰/۰۰۱).</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> اجرای فعالیت‌های کاردرمانی می‌تواند موجب تقویت عزت‌نفس در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی شود؛ لذا پیشنهاد می‌شود که به خدمات‌رسانی کاردرمانی حتی پس از ترخیص بیماران از بیمارستان توجه بیشتری شود.</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۰۳/۱۶</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۹</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۴/۲۶</p> <p><b>نویسنده مسئول:</b> <b>اعظم سالارحاجی</b></p> <p>دانشجوی مقطع دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران</p> <p>تلفن: ۰۹۱۵۶۹۸۳۸۹۶</p> <p><b>پست الکترونیک:</b> salarhA961@mums.ac.ir</p>
<p><b>واژه‌های کلیدی:</b> کاردرمانی، عزت‌نفس، اختلالات خلقی</p>	

### مقدمه

طبقه مجزای اختلالات دوقطبی و اختلالات افسردگی در DSM-۵، اختلالات افسردگی بالاترین میزان شیوع را میان بیماری‌های روان‌پزشکی (حدود ۱۷٪) دارد و بروز سالانه اختلالات دوقطبی کمتر از ۱٪ تخمین زده شده است [۲]. از طرفی، زنان که بزرگ‌ترین نقش را در جوامع و کشورهای مختلف بازی می‌کنند، به‌خاطر وظایف متعدد و شرایط زندگی‌شان بیش از مردان در معرض مشکلات بهداشت روان قرار می‌گیرند [۳]. به‌گونه‌ای که شیوع اختلالات افسردگی در زنان دو برابر مردان است و اگرچه اختلالات دوقطبی در مردان و زنان شیوع یکسانی دارد ولی دوره‌های مختلط مانیا

اختلالات خلقی یکی از وخیم‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی هستند که به‌دلیل پیامدهای اجتناب‌ناپذیر، ماهیت عودکننده و صرف هزینه‌های سنگین، در ردیف اختلالات ناتوان‌کننده قرار می‌گیرند [۱]. در واقع این اختلالات با ایجاد تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی از قبیل خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر نظم‌های زیستی موجب مختل شدن کارکردهای فردی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شوند [۲]. نتایج مطالعات نیز حاکی از تداوم شیوع جهانی اختلالات خلقی و آمار بالای خودکشی ناشی از آن است [۱]. به‌طوری که با توجه به تقسیم اختلالات خلقی به دو

*I. catastrophic*

کاردرمانی بر بهبود علائم افسردگی در اختلالات افسردگی [۲۰] و سطح عملکرد عمومی و سایکوپاتولوژی در بیماران اسکیزوفرن وجود دارد [۲۱].

لذا از آنجایی که کاردرمانی شاخه‌ای از آموزش‌های بین‌حرفه‌ای در حرفه‌های مراقبت بهداشتی درمانی است که روان‌پرستاران و متخصصین کاردرمانی می‌توانند به‌صورت اشتراکی از فعالیت‌های کاردرمانی به‌منظور ارتقای بهداشت روان بیماران استفاده کنند [۲۲] و با توجه به وجود نتایج متناقض تأثیر کاردرمانی و محدود بودن مطالعات انجام‌شده در زمینه عزت‌نفس اختلالات خلقی پس از ترخیص از بیمارستان، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر کاردرمانی بر عزت‌نفس زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی پس از ترخیص از بیمارستان انجام دهد.

### روش کار

این کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده، در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا در شهر مشهد و روی ۷۵ نفر از زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی ترخیص‌شده از این بیمارستان انجام شد. حجم نمونه براساس مطالعه پابلوت که روی ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات خلقی ترخیص‌شده انجام شده بود و با استفاده از فرمول «مقایسه میانگین و انحراف‌معیاری دو جامعه» از طریق محاسبه میانگین و انحراف‌معیار نمره کل عزت‌نفس پس از مداخله، در گروه مداخله ( $10/4 \pm 10/9$ ) و شاهد ( $9/3$ )  $92/4 \pm$  با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۵٪، برای هر گروه ۳۵ نفر برآورد شد که با احتساب ۱۵٪ ریزش حجم نمونه، ۴۰ نفر در هر گروه (در مجموع ۸۰ نفر) در نظر گرفته شد. پس از آن به‌طور تصادفی، نمونه‌ها به دو گروه مداخله (۴۰ نفر) و شاهد (۴۰ نفر) تخصیص داده شدند. بدین صورت که لیستی از زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال خلقی واجد شرایط مطالعه تهیه و اعدادی به آنها اختصاص داده شد. سپس یک شماره به‌طور تصادفی به روش دستی از جدول اعداد تصادفی انتخاب و دو رقم سمت راست آن در صورت مطابقت با شماره لیست افراد تا تکمیل ۴۰ نفر برای گروه اول در نظر گرفته شد و لیست باقی‌مانده به‌عنوان گروه دوم انتخاب شد که در انتها به‌صورت قرعه‌کشی گروه اول به‌عنوان گروه مداخله و گروه دوم به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تأیید تشخیص اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی؛ سن بین ۵۰ - ۱۸ سال؛ حداقل سطح تحصیلات پنجم دبستان؛ حداقل توانایی جسمانی و شناختی؛ استعمال نکردن مواد مخدر. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه؛ استفاده از درمان‌های غیردارویی یا سایر برنامه‌های آموزشی ویژه به‌طور هم‌زمان؛ غیبت بیش از ۲ روز از جلسات کاردرمانی؛ شاغل بودن در زمان اجرای پژوهش؛ بروز بحران‌های جدید از قبیل بارداری؛ طلاق و مرگ عزیزان در حین اجرای پژوهش؛ شرکت نکردن در پس آزمون.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم

و افسردگی در زنان بیش از مردان رخ می‌دهد [۲].

مطابق دیدگاه رفتاری - شناختی Beck (۱۹۶۷)، تفکرات منفی و عزت‌نفس پایین میزان آسیب‌پذیری افراد را نسبت به اختلالات افسردگی افزایش داده و به‌عنوان تجربه محرومیت و طرد شدن عمل می‌کند [۴]. مطالعات متعددی نیز نشان داده‌اند که فاز حاد اختلالات افسردگی با تحریفات شناختی خاص از قبیل تفکرات منفی نسبت به خود، ارزیابی منفی از خود و بی‌ارزشی همراه است که حتی پس از بهبودی نیز تداوم دارد [۵]. این در حالی است که عزت‌نفس پایین در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی که دارای نوساناتی اساسی در عاطفه و فرایندهای مربوط به خود هستند [۶]، پیشگویی‌کننده هر دو علائم افسردگی و مانیا در آینده است [۷]؛ به‌طوری که این بیماران اغلب ویژگی‌های مفهوم خود-منفی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به خود که اغلب به‌صورت هذیان‌های بزرگ‌منشی تظاهر می‌کنند، دارند [۸] و از عزت‌نفس پایین حتی پس از بهبودی رنج می‌برند [۹،۱۰]. از سویی دیگر، انگ و تبعیض نسبت به اختلالات خلقی نیز تهدیدی برای مفهوم «خود» بوده که موجب کاهش عزت‌نفس در این بیماران می‌شود [۱۱،۱۲]. در واقع، اختلالات خلقی با ایجاد تفکرات منفی نسبت به خود (حتی پس از بهبودی از بیماری)، موجب کاهش تعاملات اجتماعی با دوستان در اختلالات دوقطبی و قطع ارتباط با دیگران در اختلالات افسردگی می‌شود [۱۳].

نتایج مطالعات متآنالیز نشان داده است که فعالیت‌های فیزیکی در مقایسه با سایر مداخلات سنتی دارودرمانی و روان‌درمانی اثرات جانبی کمتر و اثربخشی بیشتری دارد؛ به‌طوری که کاربرد آن در بیماری‌های جسمی و روانی می‌تواند موجب بهبود بهداشت روان در مسائلی از قبیل اضطراب، استرس، عزت‌نفس و مفهوم خود شود [۱۴]. در همین خصوص، کاردرمانی که یکی از برنامه‌های توان‌بخشی در اختلالات خلقی است، از طریق اجرای فعالیت‌های فردی و گروهی موجب تقویت روحیه و بهبود روابط اجتماعی در افراد شده [۲] و هدف اصلی آن ارتقا، توسعه و حفظ توانایی‌های لازم برای تطابق با فعالیت‌های زندگی روزانه برای پیشگیری از افت عملکرد، افزایش استقلال و عزت‌نفس، خودسازی و مهارت‌های اجتماعی در این بیماران است [۱۵]. در واقع کاردرمانی به‌طور اولیه بر اجرای فعالیت‌های مختلفی در حوزه‌های خودمراقبتی، تفریحی، خانه‌داری و فعالیت‌های مربوط به شغل و وظیفه متمرکز بوده که موجب ارتقای توانمندی‌های بیمار در اجرای نقش‌های زندگی به‌طور بهینه می‌شود [۱۶]. نتایج مطالعات نیز حاکی از تأثیر خدمات کاردرمانی بر ارتقای عزت‌نفس و کاهش طول مدت بستری در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن [۱۷]، افزایش کارکرد روزانه و افزایش مشارکت اجتماعی و به‌زیستی افراد مبتلا به دمانس و مراقبین آنها [۱۸] و بهبود عملکرد روزانه افراد مبتلا به پارکینسون در فعالیت‌های خودمراقبتی است [۱۹]. از سویی، نتایج متناقضی مبنی بر بی‌تأثیر بودن اجرای

1. self-concept
2. dysfunctiona

مطالعه، کاردرمانی طی جلسات کمتری (۱۰ جلسه) به همراه پمفلت‌های آموزشی مربوط به کاردرمانی و مزایای آن به گروه شاهد داده شد. جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله پیش از مداخله و ۲/۵ ماه پس از اجرای مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد به‌طور هم‌زمان انجام شد.

در تمامی مراحل پژوهش، کلیه نکات اخلاق در پژوهش مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مرتبط با مطالعه حاضر، شامل کسب موافقت‌نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه، اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی و تحویل آن به رئیس بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان در مطالعه، کدگذاری پرسش‌نامه‌ها به‌منظور حفظ اسرار شرکت‌کنندگان و اطمینان به آنها برای خروج از پژوهش در هر زمان (در صورت تمایل نداشتن به ادامه مطالعه)، رعایت شد.

آنالیز داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ صورت گرفت. به‌منظور بررسی توزیع طبیعی داده‌های کمی، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و تی مستقل به‌منظور بررسی همگنی متغیرهای کیفی و کمی تحت مطالعه استفاده شد. به‌منظور مقایسه بین‌گروهی متغیرها از آزمون تی مستقل و برای مقایسه درون‌گروهی از آزمون تی زوجی استفاده شد. در آزمون‌های انجام‌شده، سطح اطمینان ۰/۹۵ و سطح معنی‌داری  $\alpha=0/05$  مدنظر بود.

### یافته‌ها

اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه متأهل (۳۹ نفر)  $55/5\%$ ، سطح تحصیلات سوم راهنمایی (۲۳ نفر)  $32/5\%$  و مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۴۵ نفر)،  $64/5\%$  با میانگین سنی  $2/3 \pm 35/1$  سال بودند. بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیر اطلاعات دموگرافیک سن، مدت ابتلا به بیماری، دفعات بستری، تحصیلات، وضعیت تأهل و نوع اختلال تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $P < 0/05$ ) و دو گروه از این نظر همگن بودند (جدول ۱). از ۷۵ نفری که وارد مطالعه شدند، در نهایت ۷۰ نفر تحت مطالعه قرار گرفتند؛ بدین صورت که ۵ نفر از گروه کنترل از شرکت در پس آزمون امتناع کردند و در گروه مداخله یک نفر در پس آزمون و ۴ نفر حین برگزاری جلسات غایب بودند (نمودار ۱).

در مقایسه بین‌گروهی نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که پیش از مداخله، از نظر میانگین نمره عزت‌نفس بین گروه مداخله  $11/4 \pm 97/2$  و شاهد  $10/4 \pm 95/9$  تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $P = 0/17$ ). اما نتایج آزمون تی مستقل نشانگر این است که از نظر میانگین تغییرات نمره عزت‌نفس، پیش و پس از مداخله، بین گروه مداخله  $11/2 \pm 13/8$  و شاهد  $9/6 \pm 3/3$  تفاوت آماری معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ ).

در مقایسه درون‌گروهی، نتایج آزمون تی زوج نشان داد که در گروه مداخله بین میانگین نمره عزت‌نفس پیش از مداخله  $11/4 \pm 97/2$  با پس از مداخله  $11/1 \pm 110/8$

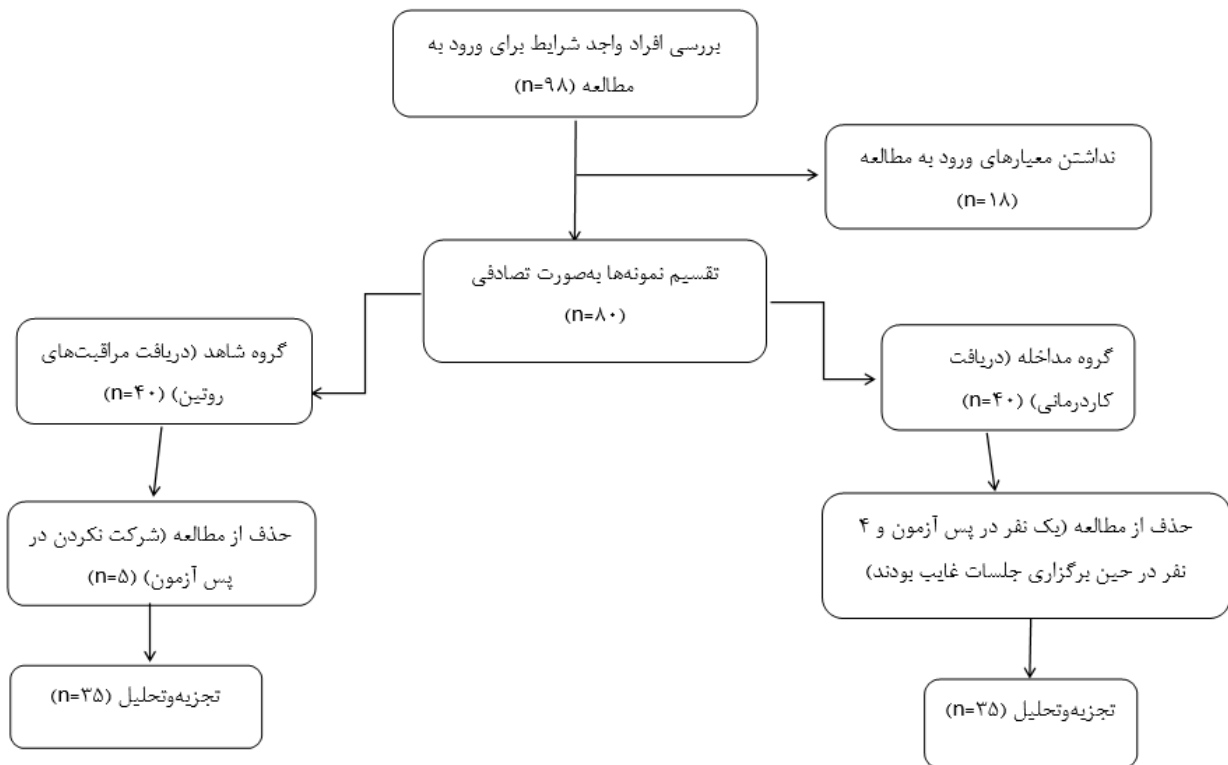
مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپراسمیت<sup>۱</sup> بود. پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپراسمیت ۳۵ سؤال دارد. نحوه نمره‌دهی به گزینه‌ها در برخی سؤالات به‌صورت ۱. کاملاً موافقم ۲. موافقم ۳. مخالفم ۴. کاملاً مخالفم و در بعضی سؤالات دیگر عکس این حالت است. دامنه نمره این پرسش‌نامه بین ۳۵ تا ۱۴۰ است. به‌عبارتی پایین‌ترین میزان عزت‌نفس ۳۵ و بالاترین میزان ۱۴۰ است. روایی محتوای پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپراسمیت در مطالعه حاضر از سوی ۷ نفر از استادان دانشگاه علوم پزشکی مشهد ( $CVI=0/92$ ) و ( $CVR=0/96$ ) تأیید و پایایی این پرسش‌نامه به روش آزمون مجدد ( $r=0/85$ ) و همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ  $\alpha=0/78$  محاسبه شد.

نمونه‌گیری ابتدا به روش غیراحتمالی از بین زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی واجد شرایط، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شد. بدین صورت که پس از ترخیص بیمار از سوی روان‌پزشک از طریق مددکار اجتماعی با خانواده بیمار تماس حاصل می‌شد تا نسبت به ترخیص بیمار اقدام کنند. در همین زمان، پژوهشگر با مراجعه به بخش‌ها و تماس با بیماران و خانواده‌های آنها ضمن توضیح راجع به اهداف پژوهش، از بیماران واجد شرایط در صورت تمایل و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از بیماران و خانواده وی (قیم بیمار) برای شرکت در مطالعه که در بیمارستان آموزشی روان‌پزشکی ابن‌سینا در مشهد اجرا می‌شد، دعوت به‌عمل می‌آورد.

برای گروه مداخله فعالیت‌های کاردرمانی طی ۲۰ جلسه و به‌مدت ۱۲۰ دقیقه در طول ۱۰ هفته (هر هفته دو روز) با نظارت محقق و از سوی تیم کاردرمانی بیمارستان روان‌پزشکی با هدف کاهش محدودیت‌ها و افزایش توانمندی‌ها با توجه به علائق و توانایی‌های بیمار و طبق مدل کاردرمانی روانی اجتماعی Cara [۲۳] در بخش کاردرمانی بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا، اجرا شد. طبق این مدل، فعالیت‌های کاردرمانی پس از ترخیص بیمار از بیمارستان، در ۴ بخش صورت گرفت که عبارت بودند از بخش اول: فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی شامل تنیس روی میز، گلف، شوت توپ با پا یا دست و بازی فکری شامل منچ و شطرنج؛ بخش دوم: فعالیت‌های اجتماعی و گروهی شامل شرکت در گروه‌درمانی و گروه‌های بحث و گفتگو؛ بخش سوم: فعالیت‌های کاری و حرفه‌ای شامل گل‌سازی، نجاری، سفالگری، کاردستی، گلیم‌بافی، حصیربافی، بافتنی و هویه‌کاری؛ بخش چهارم: فعالیت‌های هنری شامل موسیقی درمانی، شعر، نقاشی، طراحی، معرق، روزنامه‌نگاری و قصه‌نویسی. افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله بنا به برنامه تنظیم‌شده و همچنین براساس میل و درخواست خودشان به‌صورت داوطلبانه و با نظارت متخصص کاردرمانی برای تشویق بیماران به شرکت در کلیه فعالیت‌های کاردرمانی، هر هفته حداقل در یکی از فعالیت‌های هر بخش شرکت می‌کردند. گروه شاهد تحت مراقبت‌های روتین قرار گرفتند؛ لذا به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، پس از پایان

تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ )؛ ولی در گروه شاهد بین نمره مذکور قبل ( $10/4 \pm 59/9$ ) و پس از مداخله ( $9/8 \pm 99/2$ ) تفاوت آماری معناداری مشاهده شد ( $P = 0/06$ ) (جدول شماره ۲).

تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ )؛ ولی در گروه شاهد بین نمره مذکور قبل ( $10/4 \pm 59/9$ ) و پس از مداخله ( $9/8 \pm 99/2$ ) تفاوت آماری معناداری مشاهده شد ( $P = 0/06$ ) (جدول شماره ۲).



نمودار ۱. فلوجارت ورود افراد به مطالعه براساس کنسورت

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی شرکت‌کننده در مطالعه به تفکیک دو گروه مداخله و شاهد

نتیجه آزمون	مداخله تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	گروه متغیر
<b>وضعیت تأهل</b>			
$P = 0/78^*$	۱۱ (۳۱)	۱۳ (۳۸)	مجرد
	۲۱ (۶۰)	۱۸ (۵۱)	متأهل
	۳ (۹)	۴ (۱۱)	مطلقه
<b>سطح تحصیلات</b>			
$P = 0/99^{**}$	۶ (۱۷)	۵ (۱۵)	ابتدایی
	۱۱ (۳۱)	۱۲ (۳۴)	راهنمایی
	۱۲ (۳۵)	۱۳ (۳۷)	دیپلم
	۶ (۱۷)	۵ (۱۴)	آکادمیک
<b>نوع اختلال</b>			
$P = 0/80^{**}$	۲۲ (۶۳)	۲۳ (۶۶)	افسردگی اساسی
	۱۳ (۳۷)	۱۲ (۳۴)	دو قطبی نوع یک
<b>میانگین <math>\pm</math> انحراف معیار</b>			
$P = 0/55^{***}$	$33/1 \pm 8/8$	$34/3 \pm 9/1$	سن
$P = 0/56^{***}$	$2/5 \pm 0/6$	$2/6 \pm 0/7$	مدت ابتلا به بیماری
$P = 0/81^{***}$	$2/4 \pm 1/0$	$2/3 \pm 0/9$	دفعات بستری
* دقیق فیشر، ** مجذور کای، *** تی مستقل			

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره عزت‌نفس در زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی در دو گروه مداخله و شاهد

گروه	قبل از کاردرمانی میانگین $\pm$ انحراف معیار	بعد از کاردرمانی میانگین $\pm$ انحراف معیار	اختلاف قبل و پس از مداخله میانگین $\pm$ انحراف معیار	نتایج آزمون تی زوج
مداخله	۹۷/۲ $\pm$ ۱۱/۴	۱۱۰/۸ $\pm$ ۱۱/۱	۱۳/۸ $\pm$ ۱۱/۲	df = ۳۴ t = ۴/۰۴ P < ۰/۰۰۱
شاهد	۹۵/۹ $\pm$ ۱۰/۴	۹۹/۲ $\pm$ ۹/۸	۳/۳ $\pm$ ۹/۶	df = ۳۴ t = ۱/۹۵ P = ۰/۰۶
نتایج آزمون تی مستقل	df = ۶۸ t = ۱/۳۸ P = ۰/۱۷	df = ۶۸ t = ۵/۰۴ P < ۰/۰۰۱	df = ۶۸ t = ۴/۲۲ P < ۰/۰۰۱	

## بحث

همکاران (۲۰۰۸) نیز حاکی از تأثیر نداشتن طولانی‌مدت کاردرمانی بر سطح عملکرد عمومی و سایکوپاتولوژی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از دو سال است [۲۱] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. از جمله دلایل این ناهمخوانی می‌تواند متفاوت بودن جامعه پژوهش باشد؛ زیرا بیماری اسکیزوفرنی در مقایسه با اختلالات دوقطبی پیش‌آگهی بدتر و عملکرد عمومی ضعیف‌تری نسبت به اختلالات دوقطبی دارد. از طرفی، زمان اجرای پس‌آزمون در این مطالعه در مقایسه با مطالعه حاضر طولانی‌تر (۲/۵ ماه در مقایسه با دو سال) بوده که می‌تواند نتایج مطالعه را تحت‌تأثیر قرار دهد. لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که کاردرمانی با این فرضیه اساسی که افراد از طریق آنچه که انجام می‌دهند، می‌توانند کارآمد و متکی‌به‌نفس شوند [۲۶]، توانایی این را دارد که با اشتغال به کار و فعالیت افراد منجر به ایجاد حس کنترل درونی، کشف و تسلط بر محیط و اکتساب حس ارزشمندی، خودکارآمدی و کفایت، انطباق با محیط، برقراری روابط اجتماعی و دریافت تأیید و دستیابی به معنا در زندگی شده و نهایتاً منجر به رشد شخصی و خودشکوفایی فرد شود [۲۷].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، نبود امکان همسان‌سازی دارویی در بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بود که می‌تواند نتایج مطالعه حاضر را تحت‌تأثیر قرار دهد.

## نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کاردرمانی می‌تواند از طریق اجرای فعالیت‌های فردی و گروهی موجب تقویت عزت‌نفس در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی پس از ترخیص از بیمارستان شود. لذا پیشنهاد می‌شود در درمان اختلالات خلقی، به خدمات‌رسانی کاردرمانی پس از ترخیص بیماران توجه بیشتری شود و بیماران مبتلا به اختلالات خلقی خارج از زمان بستری نیز از این خدمات بهره‌مند شوند.

## سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش روان‌پرستاری مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورخه ۱۳۹۴/۴/۳ با شماره طرح ۹۳۰۷۹۴ و شماره مجوز اخلاقی IR.MUMS.REC.۱۳۹۴.۲۵۳ با کد کارآزمایی بالینی IRCT۲۰۱۵۰۷۲۲۲۳۲۹۲N۱ است.

طبق نتایج مطالعه حاضر، پس از اجرای کاردرمانی، میانگین نمره عزت‌نفس در گروه مداخله به‌طور معناداری در مقایسه با گروه شاهد افزایش یافت. به عبارتی دیگر، کاردرمانی می‌تواند موجب ارتقای عزت‌نفس در زنان خانه‌دار مبتلا به اختلالات خلقی پس از ترخیص از بیمارستان شود.

نتایج مطالعه پایلوت Chen و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که برنامه کاردرمانی به‌مدت ۸ جلسه یک‌ساعته هفته‌ای دو بار و در طول ۴ هفته می‌تواند موجب تقویت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی شود [۲۴]. اگرچه این مطالعه در مقایسه با مطالعه حاضر دارای تعداد نمونه پایین (۲۱ نفر) و جلسات کاردرمانی کمتر است ولی از آنجایی که قبل از مطالعه حاضر انجام شده، نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو است. نتایج مطالعه Rezvan و Alizadeh (۲۰۱۳) نیز که در مقایسه با مطالعه حاضر، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و طبق دستور روان‌پزشک معالج به‌منظور اجرای کاردرمانی، روی ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی (۱۷ نفر)، دوقطبی (۱۵ نفر) و افسردگی (۸ نفر) مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی انجام شده بود [۱۷]، از آنجایی که قبل از مطالعه حاضر اجرا شده، با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر کاردرمانی بر ارتقای عزت‌نفس هم‌سو است. نتایج مطالعه Sturkenboom و همکاران (۲۰۱۴) نیز، مبنی بر تأثیر کاردرمانی بر ارتقای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پارکینسون (۲۰۱۳) [۱۹] و نتایج مطالعه Graff و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر تأثیر کاردرمانی بر ارتقای مشارکت اجتماعی و به‌زیستی افراد مبتلا به دمانس و مراقبین آنها [۱۸] نیز اگرچه در مقایسه با مطالعه حاضر، روی اختلالات پارکینسون و دمانس اجرا شده ولی چون قبل از این مطالعه انجام شده، تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر است.

از سویی دیگر، نتایج مطالعات Daremo و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر بهبود علائم افسردگی قبل از اجرای کاردرمانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی [۲۵] با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو نیست که از جمله دلایل آن می‌تواند اجرای کاردرمانی در حین بستری بیماران باشد که در این زمان بیماران دارای علائم حاد بیماری بوده که می‌تواند نتایج مطالعه را تحت‌تأثیر قرار دهد. نتایج مطالعه Bayer و

شرکت‌کنندگان محترم به‌خاطر همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، استادان و مربیان محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، کارکنان بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا و

## References

- Collins P, Patel V, Joestl S, March D, Insel T, Daar A. Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature*. 2011;475(7354):27-30. PMID: 21734685, <https://doi.org/10.1038/475027a>.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2015.
- Nehal S, Disha L. Study of Mental Health Status of House Wives Living in Surat City. *Int J Adv Res Eng Manag*. 2015;1-6.
- Beck A. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York: Harper and Row; 1967.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive Vulnerability to Depression. New York: Guilford Press; 1998.
- Knowles R, Tai S, Jones SH, Highfield J, Morriss R, Bentall RP. Stability of self-esteem in bipolar disorder: Comparison among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*. 2007; 9 (5): 490-5. PMID: 17680919, <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00457.x>.
- Pavlickova H, Varese F, Turnbull O, Scott J, Morriss R, et al. Symptomspecific self-referential cognitive processes in bipolar disorder: A longitudinal analysis. *Psychol Med*. 2013; 43(9):1895-907. PMID: 23194640, <https://doi.org/10.1017/S0033291712002711>
- Jones L, Scott J, Haque S, Gordon-Smith K, Heron J, et al. Cognitive style in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187: 431-437. PMID: 16260818, DOI:10.1192/bjp.187.5.431. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.431>
- Pavlickova H, Varese F, Smith A, Myin-Germeys I, Turnbull OH, Emsley R, et al. The Dynamics of Mood and Coping in Bipolar Disorder: Longitudinal Investigations of the Inter-Relationship between Affect, Self-Esteem and Response Styles. *PLoS One*. 2013;8(4):1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062514>
- Blairya S, Linottea S, Souerya D, Papadimitrioub GN, Dikeosb D, Lererc B, et al. Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *J Affect Disord*. 2004;79(2004):97-103. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00347-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00347-6)
- Kordloo F, Kabir K, Bahador H, Dehghan-Naieri T. Is Mental Health Training Courses in the Field of Nursing Students' Attitudes towards Stigmatized Disorders Mental Change? *J Alborz Univ Med Sci*. 2015;4(4):248-54.
- Hojjati H, Sharifinia H, Nazari R. The Effect of Blended Clinical Teaching on Nursing Students' Attitude toward Psychiatric Patients. *Education in medical science*. 2012;3(11):238-44. (Persian)
- Shapira B, Zislin J, Gelfin Y. Social Adjustment and Self-esteem in Remitted Patients with Unipolar and Bipolar Affective Disorder: A Case-control Study. *Compr Psychiatry*. 1999;40(1):24-30. PMID: 9924873, [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90072-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90072-X)
- Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(8):1-17. PMID: 26241879, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134804>
- World Federation of Occupational Therapy [http://www.wfot.org]: WFOT Org; 2010.
- Sturkenboom IHK, Keus SHJ, Munneke M, Bloem BR. Physical and occupational therapy. In: Pahwa R, Lyons KE, eds. *Handbook of Parkinson's Disease*. 5th ed. Boca Raton: CRC Press, 2013: 520-38. <https://doi.org/10.3109/9781841849096.026>
- Rezvan Z, Alizadeh A. Effectiveness of Occupational Therapy on Self - Esteem and the Length of Hospitalization in patients with chronic mental patients. *J Res Rehabil Sci*. 2013;9(4):658-67.
- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *Bmj*. 2006;333(7580):1196. PMID: 17114212, <https://doi.org/10.1136/bmj.39001.688843.BE>
- Sturkenboom I, Graff MJ, Borm GF, Adang EM, Nijhuis-van der Sanden MW, Bloem BR, et al. Effectiveness of occupational therapy in Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(1):34. PMID: 23374761, <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-34>
- Eklund M, Leufstadius C. Relationships between

- occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Can J Occup Ther.* 2007;74(4):303-13. PMID: <https://doi.org/10.1177/000841740707400403>
21. Bayer W, Koster M, Salize H, Hohl W, Machleidt W, Wiedl K, et al. [Longer-term effects of inpatient vocational and ergotherapeutic measures on the vocational integration of patients with schizophrenia]. *Psychiatr Prax.* 2008;35(4):170-3. PMID: [17768687](https://doi.org/10.1055/s-2007-970957), <https://doi.org/10.1055/s-2007-970957>
22. Donovan ML, McCumber S. Interprofessional Collaborative Practice: Dementia Case Studies Engage Nurse Practitioner and Occupational Therapy Students. *J Nurs Educ.* 2015;54(9):536. PMID: [26334342](https://doi.org/10.3928/01484834-20150814-11), <https://doi.org/10.3928/01484834-20150814-11>
23. Cara E, MacRae A. *Psychosocial occupational therapy: An evolving practice*: Nelson Education; 2012.
24. Chen Y-L, Pan A-W, Hsiung P-C, Chung L. Quality of Life Enhancement Programme for Individuals with Mood Disorder: A Randomized Controlled Pilot Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy.* 2015;25:23-31. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2015.04.001>
25. Daremo A, Kjellberg A, Haglund L. Occupational Performance and Affective Symptoms for Patients with Depression Disorder. *Advances in Psychiatry.* 2015.
26. Cara E, MacRae A. *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice*: Cengage Learning; 2005.
27. Wilcock AA. *An occupational perspective of health*: Slack Incorporated; 2006.