
בדיקת תוקף לגרסה העברית של אבחון להערכת מעורבות בעיסוקים: Profiles of Occupational Engagement in People with Schizophrenia (POES)

הדס חדזה לוי, אריאל זילברשטיין, לנה ליפסקיה-וליקובסקי

הדס חדזה לוי, MSc, OT, היחידה לטיפול יום, החטיבה הפסיכיאטרית, הקריה הרפואית רמב"ם.
hadasle@gmail.com

אריאל זילברשטיין, MD, פסיכיאטר, היחידה לטיפול יום, החטיבה הפסיכיאטרית, הקריה הרפואית רמב"ם.
a_zilberstein@rambam.health.gov.il

לנה ליפסקיה-וליקובסקי, PhD, OT, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב. lenasky@gmail.com

מילות מפתח: ריפוי בעיסוק, בריאות הנפש, אבחון והערכה, השתתפות בעיסוקים

תקציר

סקיזופרניה הינה מחלה פסיכיאטרית המאופיינת על ידי מצבים פסיכויים וכוללת תסמינים רגשיים, מוטיבציוניים, קוגניטיביים ומוטוריים המשפיעים על מעורבות בעיסוקים. מעורבות בעיסוקים נקשרת למדדי בריאות ורווחה אישית והיא מהווה מוקד בתהליך ההתערבות בריפוי בעיסוק. אבחון Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES) מאפשר לבנות פרופיל מעורבות בעיסוקים ולהעריך איוון עיסוקי, בהתבסס על יומן שימוש-בזמן, בקרב אנשים עם סכיזופרניה. האבחון תורגם לעברית, אך טרם בוססו מדדים פסיכומטריים לגרסה זו. מטרה: ביסוס תוקף קריטריון ומבנה לגרסה העברית של אבחון POES, כדי לאפשר שימוש בו. שיטה: נערך מחקר חתך, השוואתי, ובו השתתפו 42 נבדקים, לפי שלוש קבוצות: (1) אנשים עם סכיזופרניה (N=14), (2) עם הפרעת אישיות (N=14) ו- (3) ללא אבחנה פסיכיאטרית (N=14), התואמים מבחינת גיל ומגדר לקבוצת המחקר הראשונה. במחקר נעשה שימוש באבחונים האלה: POES, שאלון השתתפות ואבחונים להערכת יכולת תפקודית ותפקוד קוגניטיבי כללי. תוצאות: נמצא הבדל ברמות המעורבות בעיסוקים על פי POES בין נבדקים עם וללא אבחנות פסיכיאטריות ($Z < -4.57$, $p < .001$). בקרב קבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה נמצאו קשרים חיוביים בין מדד ה-POES ובין מדדים של יכולת קוגניטיבית ושל יכולת תפקודית ($r_s = 0.566$, $p < .05$); ומדד גיוון השתתפות ומדד גיוון (בהתאמה) ($r_s = 0.78$, $p < .001$) והעברה ראשונה ובין תוצאות העברה שנייה של ה-POES תוך בקרה על משתנה מתערב של מספר הימים ביניהן ($r_{\text{partial}} = 0.577$, $p < .05$). דיון ומסקנות: תוצאות המחקר הן עדות ראשונית לתוקף מבחין בין קבוצות, תוקף קריטריון בו-זמני ותוקף מבנה מתכנס של גרסתו העברית של אבחון ה-POES. ממצאים אלו תומכים בשימוש בגרסתו העברית של הכלי כחלק מתהליך הערכה בריפוי בעיסוק בישראל בקרב אנשים עם סכיזופרניה והפרעות פסיכיאטריות נוספות.

תודות

המאמר נכתב על בסיס עבודת תזה שנעשתה כחלק מלימודי מוסמך בחוג לריפוי בעיסוק של אוניברסיטת תל אביב.

המסר העיקרי

1. מעורבות בעיסוקים נקשרת למדדי בריאות ורווחה אישית והיא מוקד של הערכה והתערבות בריפוי בעיסוק.
2. היום בריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש חסרים כלים להערכה מקיפה של מעורבות בעיסוקים ושל איוון עיסוקי בעשייה היום-יומית, ומשום כך יש צורך בפיתוח כלים מסוג זה.
3. לאחרונה תורגם לעברית אבחון POES היוצר פרופיל מעורבות בעיסוקים בקרב אנשים עם אבחנות פסיכיאטריות ותוקפו נבדק בקרב אנשים עם סכיזופרניה, אך יש מקום להמשך המחקר בקרב אוכלוסיות נוספות תוך שימוש במדדים נוספים.

סקירת ספרות

מבוא

המקצועית בריפוי בעיסוק (ועדת המתע"מ המחודש, 2016). על מנת לתכנן התערבות תוך קביעת מטרות המותאמות ליכולות, לצרכים, לערכים ולהקשרי החיים של אדם עם אבחנה של סכיזופרניה יש חשיבות לאומדן, להבנה ולתיעוד שיטתי של מעורבותו בעיסוקים, דפוסי העיסוק, היום-יום שלו והחוויה האישית שלו מהם (Bejerholm, 2010 a, b; Bejerholm & Eklund, 2004). הבנה רב ממדית והתייחסות שיטתית למצבים שונים של מעורבות בעיסוקים יכולה לעזור למרפאים בעיסוק לתמוך בתהליך ההחלמה של אנשים עם סכיזופרניה באופן יעיל יותר, מכיוון שמעורבות בעיסוקים משמעותיים היא ממד חשוב בתהליך זה (Doroud, Fossey, & Fortune, 2015; Sutton, Hocking, & Smythe, 2012). לשם כך יש צורך בכלים מהימנים ותקפים העונים על מטרה זו. כלים מסוג זה מעטים הם ולרוב אינם מותאמים לישראל.

סכיזופרניה, בריאות הנפש והשלכות על תפקוד, השתתפות ומעורבות בעיסוקים

סכיזופרניה היא מחלה פסיכיאטרית המאופיינת על ידי מגוון תסמינים המערבים פגיעה בבוחן המציאות, הפרעות בארגון הדיבור, בחשיבה ובהתנהגות, ירידה בתפקודים רגשיים ובמוטיבציה, ליקויים קוגניטיביים והפרעות מוטוריות (Najas-Garcia, Gomez-Benito, & Huedo-Medina, 2018; Olsson, Hjärthag, & Helldin, 2016). האבחנה ניתנת בהתבסס הן על התסמינים הקליניים שתוארו והן על שינויים בהתנהגות ובתפקוד בתחומים החברתי, התעסוקתי והטיפול העצמי (איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות, 1995 American Psychiatric Association, 2013). ביטוי המחלה השונים, ובכלל זה הביטויים התפקודיים משתנים בין המאובחנים בה

ריפוי בעיסוק הוא מקצוע טיפולי-שיקומי המתמקד בקידום בריאות ואיכות חיים באמצעות מעורבות בעיסוקים משמעותיים, בקרב אנשים שעקב מגבלה כלשהי חווים צמצום בתפקודם ובמעורבותם בעיסוקים (ועדת המתע"מ המחודש, 2016). צמצום זה מאפיין אנשים רבים עם אבחנה של סכיזופרניה, המתמודדים עם מגבלה הנובעת מתסמיני המחלה, מירידה ביכולות הקוגניטיביות והתפקודיות ומאפייני סביבה מגבילים (Bejerholm, 2010 b; Bejerholm & Eklund, 2004, 2006a, 2007; Krupa, Woodside, & Pocock, 2010; Switaj et al., 2012; Urllic & Lentin, 2010).

הערכה הינה הבסיס להתערבות הטיפולית ומאפשרת מדידת תוצאות בתהליך העשייה

Lipskaya, Jarus, & Kotler, 2011; Mehta et al., 2013; Najas-Garcia et al., 2018; Olsson et al., 2016; Nielsen, 2011; Silberstein & Harvey, (2019); Switaj et al., 2012; Trapp et al., 2013

ריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש

מוקד ההתערבות בריפוי בעיסוק הינו הרחבת מעורבות בעיסוקים בעלי משמעות ומטרה על מנת לאפשר השתתפות במארג החיים (בוני, ליפסקיה, חיים-ליטבסקי והדס לידור, 2010; ועדת המתע"מ המחודש, 2016). מעורבות בעיסוקים מוגדרת כביצוע של עיסוקים או פעילויות, מתוך בחירה עצמאית ומוטיבציה של האדם (ועדת המתע"מ המחודש, 2016). היא כוללת את משמעות העיסוק לאדם, חוויה בעיסוקים, מגוון העיסוקים המשמעותיים בחייו, שגרות חייו ומידת האיוון אצלו בין פעילות למנוחה. יתרה מכך, יש חשיבות להקשר החברתי כשמתייחסים למעורבות בעיסוקים (ועדת המתע"מ המחודש, 2016; Edgelow, 2016; Bejerholm & Eklund, 2006b; Krupa et al., 2011). המושגים "מעורבות בעיסוקים" ו"איוון עיסוקי" נקשרים ומייצגים היבטים שונים של האינטראקציה בין האדם לבין הסביבה, כאשר מעורבות בעיסוקים היא מרכיב יותר אובייקטיבי, ואילו איוון עיסוקי מתייחס להיבט יותר סובייקטיבי (Eklund et al., 2017).

מחקרים מתחום בריאות הנפש מצאו כי מעורבות בעיסוקים היא גורם משמעותי בהשגת תחושת רווחה אישית, איכות חיים והפחתה בתסמינים בקרב אנשים עם סכיופריניה (Eklund et al., 2001; Bejerholm & Eklund, 2007; Urlic & Lentin, 2010). יתרה מכך, מדדים סובייקטיביים של מעורבות בעיסוקים, כגון שביעות רצון, נקשרים למדדי בריאות שונים ואיכות חיים באוכלוסייה זו (Eklund et al., 2001). בקרב אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות חוויה של איוון עיסוקי הייתה קשורה

ואף אצל אותו האדם לאורך חייו (אליצור ועמיתים, 2010; APA, 2013; Najas-Garcia et al., 2018; Olsson et al., 2016). כך טווח העיסוקים של אנשים המאובחנים עם סכיופריניה יכול לנוע בין ביצוע פעילויות שקטות ללא מעורבות אנשים אחרים ועם תחושת משמעות מעטה, ובין עיסוקים בעלי משמעות הנמשכים לאורך זמן וכוללים אינטראקציות חברתיות (Bejerholm, 2010 b; Bejerholm & Eklund, 2004, 2006 a, b, 2007; Krupa et al., 2010; Urlic & Lentin, 2010). עם זאת, בהסתכלות רחבה נמצא כי אנשים עם סכיופריניה, בשכיחות גבוהה, מתמודדים עם קשיים בכל תחומי החיים. סקירה שיטתית של מאמרים שפורסמו לאורך עשרים שנה הגדירה יותר ממאה קשיים פסיכו-סוציאליים, והשכיחים בהם היו צמצום בתפקוד היום-יומי באופן כללי, ובכלל זה תפקוד תעסוקתי, חברתי ובין-אישי, וירידה באיכות החיים (Switaj et al., 2012).

הספרות מורה על מגוון גורמים המשפיעים על הרצון ועל היכולת של אנשים עם סכיופריניה להיות מעורבים בעיסוקים וליצור באמצעותם מבנה, מטרה ומשמעות בחייהם, ובהם חומרת התסמינים הפסיכיאטריים, השינויים ביכולות התפקודיות, אסטרטגיות ההתמודדות הנקטות, סביבות החיים והמאבק היום-יומי לנהל את המחלה (Bejerholm, 2010 b; Bejerholm & Eklund, 2004, 2006 a, 2007; Krupa et al., 2010; Urlic & Lentin, 2010). ליקוי קוגניטיבי נמנה על המאפיינים המרכזיים והשכיחים בסכיופריניה, והוא כולל מרכיבים רבים ומגוונים, בהם קשב, זיכרון, תפקודים ניהוליים, יכולות חשיבה מופשטת וקוגניציה חברתית. ספרות ענפה מראה על קשר בין הליקויים הקוגניטיביים ובין היכולת לבצע עיסוקים יום-יומיים מגוונים, תוך שמירה על איוון בין פעילות למנוחה, בתוך מגוון סביבות חברתיות ופיזיות (אליצור ועמיתים, 2010; Bosia et al., 2017; Lexén & Bejerholm, 2018);

Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES)

אבחון ה- Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES) (Bejerholm, 2006), פותח על מנת לספק דרך מובנית לאיסוף מידע שיטתי, פירוש והערכה של היבטים שונים של מעורבות בעיסוקים ואיוון עיסוקי. הכלי מאפשר התבוננות על עיסוקי החיים האמיתיים של אנשים, תוך התבססות על אופנים של שימוש בזמן במהלך יומם. האבחון ממוקד לקוח, מתאים לשימוש בקרב אנשים החיים בקהילה ומסייע בזיהוי בעיות מהותיות כגון היעדר עיסוקים משמעותיים, היעדר איוון בין מנוחה ובין פעילות, ומיעוט הזדמנויות עיסוקיות וסביבתיות (Bejerholm, 2006; Bejerholm et al., 2006; Bejerholm & Eklund, 2006 a).

בגרסתו האנגלית הכלי מהימן ותקף ונמצא בשימוש מחקרי וקליני (Bejerholm, 2010 a; Bejerholm et al., 2006; Bejerholm & Eklund, 2006 a, b; Bejerholm & Lundgren-Nilsson, 2015). על אף שבמקור פותח לאנשים עם סכיזופרניה, הורחב השימוש בו לכלל האנשים המתמודדים עם מחלה נפשית יותר משנתיים, ללא קשר לאבחנתם, מתוך ההבנה כי כל מחלה נפשית חמורה משפיעה על מעורבות בעיסוקים של האדם במהלך שגרת חייו (Bejerholm & Lundgren-Nilsson, 2015). בעקבות זאת, שונה שמו של האבחון ל- The Profiles of Occupational Engagement in people with Severe mental illness (POES). האבחון תורגם לעברית ועבר הליך תקני של העברה בין תרבותית על ידי אהרון וליפסקיה (2014), אך אין נתונים פסיכומטריים לגבי גרסה זו, ומשום כך יש צורך לבסס אותם במטרה לאפשר את השימוש בכלי זה בארץ.

למדדים של רווחה אישית והחלמה, זאת כשלרוב הם דיווחו על תת-עיסוק (Eklund & Argentzell, 2016). לכן ההתערבות בריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש בכלל ובקרב אנשים עם סכיזופרניה בפרט, מתמקדת בקידום רווחה אישית באמצעות יצירת איוון עיסוקי והגברת מעורבות בעיסוקים, (ועדת המתע"מ המחודש, 2016; Bejerholm & Eklund, 2006 b; Urlic & Lentin, 2010). תפיסה זו של מקצוע הריפוי בעיסוק היא בהלימה עם תפיסת ההחלמה, הרווחת בתחום בריאות הנפש כיום. החלמה מתייחסת לתהליך שבו אדם המתמודד עם מחלה נפשית משיב לעצמו תחושת זהות עצמית חיובית, תחושת שליטה ועצמאות, תוך בנייה מחודשת של חיים בעלי משמעות ומלאי תקווה, עם ולצד המגבלות שנגרמות עקב מחלתו (רועה ועמיתים, 2011; Anthony, 1993). יתרה מזו, מעורבות בעיסוקים משמעותיים היא ממד חשוב של תהליך ההחלמה של אדם המתמודד עם מחלה נפשית (Doroud et al., 2015), לכן על מנת לתמוך בתהליך זה יש חשיבות לקידום מעורבות בעיסוקים בעלי מטרה ומשמעות בסביבות החיים השונות של האדם ויש לחתור להבנה של החוויה והמשמעות של המעורבות בעיסוקים בעבורו (Doroud et al., 2015; Sutton et al., 2012; Stoffel, 2011).

היום בריפוי בעיסוק מצויים כמה כלים להערכת היבטים מגוונים של השתתפות, כגון שאלון הערכת השתתפות והנאה של בוגרים ומבוגרים בעיסוקים שונים (ירוס ועמיתים, 2004), ו-COPM, The Canadian Occupational Performance Measure (Law et al., 1998). עם זאת, חסרים כלים להערכה רב-ממדית של מעורבות בעיסוקים ושל מידת איוון עיסוקי בקרב אנשים עם אבחנה של סכיזופרניה.

יש חשיבות להערכה של רמת המעורבות בעיסוקים והכרת החוויה האישית של האדם המאובחן עם סכיזופרניה כדי להבין את מצב הבריאות שלו, ליצור ברית טיפולית, לקבוע מטרות ולתכנן טיפול מותאם לחייו, ליכולותיו ולתחומי העניין שלו (Bejerholm, 2010 a, b; Bejerholm & Eklund, 2004, 2006 a, b, 2007). כמו כן הגברת ההבנה של מצבים שונים של מעורבות בעיסוקים, החוויה והמשמעות שלהם בעיני האדם, יעזרו למטפלים לתמוך בתהליך ההחלמה באופן יעיל יותר (Sutton et al., 2012). אבחון ה-POES הוא כלי ייחודי המאפשר לאסוף מידע ולספק תיאור שיטתי של מגוון היבטים של מעורבות בעיסוקים בקרב אנשים עם סכיזופרניה החיים בקהילה (Bejerholm et al., 2006). באין עדויות לתוקף לגרסה העברית של האבחון - היכולת להשתמש בכלי זה בפרקטיקה מוגבלת. מטרת מחקר זה היא אפוא ביסוס תוקף לגרסה העברית של ה-POES כדי לאפשר את השימוש בכלי בישראל.

ההשערה ראשונה הייתה כי ימצאו הבדלים בין קבוצת המחקר הכוללת אנשים המאובחנים עם סכיזופרניה, לבין קבוצת האנשים המאובחנים עם הפרעת אישיות ואנשים ללא אבחנות נפשיות כלל, בתוצאה המסכמת של אבחון POES. והצפי הוא שמעורבות בעיסוקים של אנשים עם סכיזופרניה תהיה נמוכה מזו של הקבוצות האחרות. זאת לצורך ביסוס תוקף מבנה מבחין בין קבוצות. השערה נוספת הייתה כי ימצא קשר בין התוצאה הכללית במדד "רמת מעורבות בעיסוקים" לפי POES, ובין מדדי השתתפות על פי שאלון הערכת השתתפות והנאה של בוגרים ומבוגרים בעיסוקים שונים (ירוס ועמיתים, 2004), בקרב קבוצת הנבדקים המאובחנים עם סכיזופרניה. זאת במטרה לבסס תוקף קריטריון בו-זמני. כמו כן,

קיום תוקף לכלי אבחוני מאפשר מבט מבוסס ראיות והוא אחד הקריטריונים ההכרחיים להערכת יעילותו (בייט-מרום, 2009; Taylor, 2017). שימוש בכלי שלא בוססו בעבורו מדדי תוקף מקשה על פענוח ועל פרשנות של התוצאות המתקבלות, וכך יורדת במידה ניכרת התרומה של הכלי לעשייה הקלינית (Taylor, 2017). כל שינוי שנעשה בכלי, ובכלל זה תרגום והעברה בין תרבותית, מצריך ביסוס מחדש של התוקף (Taylor, 2017). חשוב לבסס תוקף מבנה שיוכיח קשר בין המשתנים כפי שמצופה בהתבסס על התיאוריה (בייט-מרום, 2009; Taylor, 2017). לצורך כך יש לאשש את זה שהכלי אכן מבחין בין האוכלוסייה שהוא מיועד לה, לבין אוכלוסיות בעלות מאפיינים אחרים. על אף שיש כמה סוגים של תוקף, על פי מחברות הכלי יש לתקף את ה-POES מול מדד המתייחס למעורבות בעיסוקים (Bejerholm & Eklund, 2006 a), וכך יהיה אפשר לבסס תוקף קריטריון בו-זמני, המתייחס למידה שבה ציוני המבחן הנבדק קשורים לקריטריון חיצוני רלוונטי, כגון ציון של כלי אבחון אחר להערכת אותו המושג, שנתונו זמינים (בייט-מרום, 2009). זאת ועוד, על מנת לבסס תוקף מבנה מסוג מתכנס, יש לבחון קשר בין תוצאות הכלי ובין מדדים ביצועיים הקשורים למשתנה הנמדד (בייט-מרום, 2009; Taylor, 2017). כדוגמת יכולת תפקודית ויכולות קוגניטיביות, שנמצאו קשורות אל מעורבות בעיסוקים והשתתפות בעיסוקים אצל אנשים עם סכיזופרניה (Bejerholm & Eklund, 2006a; Bosia et al., 2017; Lipskaya et al., 2011; Mehta et al., 2013; Najas-Garcia et al., 2018; Olsson et al., 2016; Nielsen, 2011; Trapp et al., 2013).

יותר נשים באופן מובהק בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות; נמצאו הבדלים מובהקים במשתנים מצב משפחתי, מצב תעסוקתי ומסגרת מגורים, בין שתי קבוצות האנשים בעלי אבחנה פסיכיאטרית לבין קבוצת האנשים ללא אבחנה, כאשר האנשים ללא אבחנה רובם עבדו בעת המחקר ולא התגוררו עם משפחות המקור. כל הנבדקים נולדו בישראל. לא השתתפו במחקר אנשים המאובחנים עם מגבלה שכלית-התפתחותית, פגיעות ראש, דמנציה ומחלות מוטוריות ו/או נירולוגיות אחרות, המגבילות תפקוד יום-יומי. כמו כן, לא נכנסו למחקר אנשים שהיה לגביהם ספק אם המחלה הנפשית היא משנית למצבים בריאותיים אחרים, אנשים שדיווחו על התמכרות עכשווית לסמים או לאלכוהול ואנשים שיש להם אפוטרופוס. במהלך המחקר נשרו שלושה משתתפים מקבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה ואחד מקבוצת הנבדקים עם הפרעת אישיות, בגלל קושי להשלים את הליך המחקר.

קבוצות הנבדקים עם אבחנה פסיכיאטרית הורכבו מכמה תת אבחנות. קבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה כללה תשעה אנשים עם אבחנה של הפרעה סכיזואפקטיבית (35.7%) וקבוצת הנבדקים עם הפרעות אישיות כללה שלושה-עשר אנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות גבולית (92.9%) ואחד עם אבחנה של הפרעת אישיות לא מוגדרת - Unspecified (7.1%). מבין כלל המדדים הקשורים למחלה, נמצא כי נבדקים עם סכיזופרניה חוו בעבר יותר אשפוזים פסיכיאטריים, ובעת ההשתתפות במחקר מרבית הנבדקים עם הפרעות אישיות קיבלו טיפול במסגרת טיפול יום [ראו טבלה 2].

כלי המחקר

1. הערכת מעורבות בעיסוקים. נעשתה באמצעות

שוער כי בקבוצה זו ימצא קשר בין התוצאה הכללית במדד "רמת מעורבות בעיסוקים" לפי POES, ובין התוצאה הכללית של האבחון הקוגניטיבי Modified Mini Mental State Examination (3Ms) ובין היכולת התפקודית כפי שנמדדת באמצעות Observed Tasks of Daily Living (OTDL-R). זאת על מנת לבסס תוקף מבנה מתכנס מול אבחון סינון קוגניטיבי (3Ms) ומול מדד של יכולת תפקודית (OTDL-R).

שיטת המחקר

מחקר זה הוא מחקר חתך רוחבי (Cross sectional), מתאמי, שבו הושוּו 3 קבוצות: (1) אנשים בעלי אבחנה פסיכיאטרית מסוג סכיזופרניה, (2) אנשים עם הפרעה פסיכיאטרית ללא תסמינים פסיכויטיים - אבחנה מסוג הפרעת אישיות ו-(3) אנשים ללא אבחנה פסיכיאטרית. הדגימה הינה דגימת נוחות, מבוססת מתנדבים.

מדגם

במחקר השתתפו 42 נבדקים, 23 נשים (54.8%) ו-19 גברים (45.2%), בטווח גילאים 20-62 שנים (חציון 32, טווח בין רבעוני 27-44.25), יודעי קרוא וכתוב בשפה העברית, שהתגוררו בקהילה והיו באשפוּו חלקי או בטיפול מרפאתי בעת המחקר. בנבדקים היו שלוש קבוצות: אנשים עם אבחנה של סכיזופרניה (N=14), אנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות (N=14), כפי שנקבע בבדיקת פסיכיאטר על פי הקריטריונים האבחנתיים של DSM-V וקבוצת אנשים ללא אבחנה פסיכיאטרית על פי דיווח עצמי (N=14), שהותאמה לקבוצת האנשים עם סכיזופרניה במשתני גיל ומגדר (טבלה 1). נמצאו ההבדלים האלה בין קבוצות המחקר: קבוצת האנשים עם הפרעות אישיות הייתה צעירה יותר וכללה

האבחון פותח בשפה האנגלית (Bejerholm et al., 2006) ולגרסה זו בוססו מדדים פסיכומטריים (Bejerholm et al., 2006; Bejerholm & Eklund, 2006a). מהימנות בין בודקים נבדקה על פי רמת ההסכמה בין שני בודקים שבחנו 24 יומנים ונמצאה מספקת לציון הכללי של האבחון ($Kappa=0.7$). כאשר טווח התוצאות בעבור כל פריט בנפרד נע בין 0.50-0.82 (Bejerholm et al., 2006) ובעבור המדד של איון עיסוקי ($Kappa=0.78$) כשטווח הציונים נע בין 0.69-0.90 (Bejerholm, 2010 a). עקביות פנימית חושבה בעבור שני הבודקים בנפרד ונמצאה גבוהה ($Cronbach's\ alpha < 0.97 > 0.93$) (Bejerholm et al., 2006; Bejerholm & Lundgren-Nilsson, 2015). תוקף מבנה בוסס באמצעות מתאם בין הציונים הסופיים של POES ובין האבחונים Global Assessment Scale (GAF) ($r=0.73$) ו-Satisfaction with Daily Occupations (SDO) (רמת פעילות $r=0.70$, שביעות רצון מעיסוקים יום-יומיים $r=0.50$) (Bejerholm & Eklund, 2006 a). תוקף מבנה פנימי נבדק באמצעות Rasch Analysis (בקרוב אנשים עם מחלות נפשיות חמורות ונמצא מספק (Bejerholm & Lundgren-Nilsson, 2015).

לאחר קבלת אישור מן המחברות, ב-2014 נעשה תחליף תרגום והעברה בין תרבותית בעבור ה-POES כדי להתאימו לשימוש בישראל (אהרון וליפסקיה, 2014), אך עדיין אין נתונים באשר למידת תקפותו.

2. הערכת השתתפות. נעשתה באמצעות שאלון הערכת השתתפות והנאה של בוגרים ומבוגרים בעיסוקים שונים (ירוס ועמיתים, 2004). מטרת הכלי לבדוק ולדרג השתתפות ודפוסי השתתפות, בתפקודי יום-יום במגוון תחומי עיסוק, בקרב אנשים מעל גיל 18 (ברנע ועמיתים, 2006). הכלי הוא שאלון למילוי עצמי, המורכב מרשימה של

אבחון Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES) (Bejerholm, 2006). האבחון מורכב משלושה חלקים:

חלק 1 כולל את איסוף הנתונים, בהתבסס על מילוי יומן שימוש בזמן של יום האתמול. חלק זה מועבר תחילה למילוי עצמי, כשלאחריו מתבצע ריאיון להשלמת הפרטים החסרים. גיליון היומן נדרש לכל שעה במהלך היום לפי ארבעה ממדים: מה נעשה, עם מי, איפה ומה הייתה החוויה מן העיסוק (Bejerholm, 2004; Bejerholm & Eklund, 2006). חלק 2 הוא שלב הקידוד, ובו מתורגם המידע שנאסף ביומן לפרופיל מעורבות בעיסוקים, לפי תשע קטגוריות של מעורבות בעיסוקים שהוגדרו על ידי מחברות האבחון: קצב יומי של פעילות ומנוחה, מקום, מגוון וטווח של עיסוקים, סביבה חברתית, אינטראקציה חברתית, פרשנות, היקף העיסוקים המשמעותיים, שגרות וזיזמת ביצוע (Bejerholm, 2010 a; Bejerholm & Eklund, 2006 a; Bejerholm, Hansson, & Eklund, 2006). הדירוג של כל קטגוריה נעשה באמצעות סולם סדר של ארבע רמות מעורבות, המתוארות בפירוט במדריך האבחון. ציון כולל של האבחון, המסמל את רמת המעורבות בעיסוקים של הנבדק, מתקבל על ידי סכימת תוצאות הדירוג של כל אחת מתשע הקטגוריות. טווח הציונים נע בין 9 ל-36 ואפשר לחלקו לשלוש רמות מעורבות: ציון הנע בין 9-18 מראה על רמה נמוכה, ציון בין 19-27 על רמה בינונית וציון בין 28-36 מראה על רמה גבוהה של מעורבות בעיסוקים. חלק 3 של האבחון מתמקד באיון עיסוקי תוך בדיקת ניצול הזמן של הנבדק, ללא קשר לפרופיל המעורבות בעיסוקים שלו, ומתבסס על פירושו האישי: מצוי במצב של תת-עיסוק, בעל איון עיסוקי/או מצוי במצב של עיסוק-יתר (Bejerholm, 2006; Bejerholm & Eklund, 2004, 2006 b, 2007). לא נעשה שימוש בחלק זה של האבחון במחקר זה.

תיאור המשתנים הדמוגרפיים בשלוש קבוצות המחקר

בדיקת הבדלים בין הקבוצות Kruskal-Wallis	ביקורת (3) (N=14) חציון (IQR) טווח	הפרעת אישיות (2) (N=14) חציון (IQR) טווח	סכיזופרניה (1) (N=14) חציון (IQR) טווח	
$\chi^2_{22}=7.46^*$ $2 < 3, 2 < 1$	39.5 (46.75-30) 62-20	27.5 (32.75-24.5) 44-22	39.5 (46.75-30) 62-20	גיל
$\chi^2_{22}=5.8$	16 (19-14.75) 24-12	13 (15-12) 20-12	14 (17-12) 22-10	שנות השכלה
Chi-square	N (%)	N (%)	N (%)	
13.3** $2 < 3, 2 < 1$	5 (35.7%) 9 (64.3%)	13 (92.9%) 1 (7.1%)	5 (35.7%) 9 (64.3%)	מגדר: נשים גברים
17.57**	4 (28.6%) 10 (71.4%) 0 0	12 (85.7%) 1 (7.1%) 1 (7.1%) 0	8 (57.1%) 3 (21.4%) 2 (14.3%) 1 (7.1%)	מצב משפחתי: רווקים נשואים גרועים אלמנים
15.75*** 15.89*	14 (100%) 0 3 (21.4%) 0 11 (78.6)	5 (35.7%) 6 (42.9%) 3 (21.4%) 2 (14.3) 3 (21.4%)	5 (35.7%) 5 (35.7) 5 (35.7) 1 (7.1%) 3 (21.4%)	עובדים בעת המחקר: מגורים: משפחת המקור לבד עם שותף/ים עם בני זוג/ משפחה

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

מה מידת ההנאה ושיעור הרצון שלו ממנה והאם נעזר בסיוע לביצועה.

לכלי יש מהימנות מבחן חוזר למדד תדירות הביצוע בעבור הפעילויות השונות. תוקף מבנה אושש על ידי מבחן ניתוח גורמים שנעשה לבדיקת חלוקת העיסוקים לקטגוריות השונות. כמו כן, יש תוקף מבנה מבחן בין הקבוצות השונות שנבדקו בתדירות ביצוע העיסוקים, במספר העיסוקים שנעשים בכל קטגוריה ובסך כל הקטגוריות. וכן נמצא כי מבחינת ההשתתפות הכללית נבדקים עם מגבלות נפשיות מבצעים פחות פעילויות באופן מובהק מנבדקים ללא

52 עיסוקים ופעילויות מחיי היום-יום, המחולקים לתשע קטגוריות לפי תחומים: פעילויות טיפול בענייני בית ומשפחה, פעילויות פנאי מסוג בילויים, טיפול בילדים ובמבוגרים אחרים, פעילויות לימודים והעשרה, פעילויות פנאי ופעילות גופנית/ספורטיבית, טיפול עצמי, פעילויות פנאי מסוג פעילות שקטה, רוחניות והשתתפות דתית ועבודה. בעבור כל פעילות המוצגת בשאלון מתבקש הנבדק לדרג את תדירות הביצוע שלה, נכון לארבעת החודשים האחרונים שקדמו למילוי השאלון (מפעם אחת ועד כמה פעמים ביום). אם ביצע אותה בתקופה זו, עליו לסמן עם מי הוא ביצע אותה, היכן,

מגבלה נפשית (ברנע ועמיתים, 2006).

1998). במהלך האבחון מתבקש הנבדק לבצע תשע משימות בשלושה תחומים: נטילת תרופות, שימוש בטלפון וניהול תקציב (Diehl, Willis, & Schaie, 1995). כל משימה מלווה בכמה שאלות, כך שהאבחון כולל 13 שאלות, ועל הנבדק לבצע צעדים הכרחיים לצורך מציאת התשובה הנכונה אליהן. בעת הצורך ניתנים רמזים מובנים במטרה למקד את האדם בביצוע המטלה. הניקוד של כל שאלה כולל את אופן הביצוע (נכון או לא נכון) ואת הצורך במתן עזרה במהלך הביצוע. טווח הציונים נע בין 0 (לא מגיע לתשובה נכונה על אף הרמזים שניתנו) ל-28 (יכול לענות נכון על כל השאלות המוצגות ומראה התמצאות יום-יומית טובה) (Diehl et al., 2005).

לאבחון מהימנות בין בודקים ($r=0.71$), עקביות פנימית ($r=0.80$), תוקף מבנה ($\chi^2=16.3722$) ותוקף מתכנס אשר בוסס באמצעות בדיקת קשר בין תפקודים אקוטיביים המוערכים על ידי קטגוריזציה ויכולת חשיבה דדוקטיבית, ובין מדד ביצוע IADL המוערך על ידי ה-OTDL-R (כמו $r=0.506, p<.01$; $r=0.796, p<.01$ בהתאם). כן נמצא קשר בין הציון של האבחון ובין גיל האדם והשכלתו ($r=-0.602, p<.01$; $r=0.716, p<.01$ בהתאם) (Diehl et al., 1998; Goverover & Josman, 2004). וכן לאבחון תוקף מבחין בביצוע IADL בקרב אוכלוסיות עם ליקויים קוגניטיביים על רקע אטיולוגיות שונות, ובכללן אבחנות פסיכיאטריות. הכלי עבר תהליך תרגום - תרגום חוזר לעברית והוא נמצא תקף בגרסתו העברית (Goverover & Josman, 2004).

הליך המחקר

המחקר נערך לאחר קבלת אישור מוועדת הלסינגי של בית החולים שבו נערך ולאחר קבלת אישור של ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל-אביב. לצורך

3. הערכת יכולת קוגניטיבית. בוצעה באמצעות אבחון Modified Mini Mental State Examination (Teng & Chui, 1987) (3Ms), שנועד להעריך תפקוד קוגניטיבי כללי והוא הרחבה של ה-Mini Mental State Examination (MMSE), אבחון נפוץ בעל תוקף ומהימנות עם סולם מדידה מצומצם יותר (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). האבחון מיועד לאנשים מעל גיל 18 עם חשש לירידה קוגניטיבית, והוא בודק מגוון תחומים: התמצאות, זיכרון לטווח מיידי ולטווח קצר, ריכוז, יכולות קשב וחישוב, שפה וביצוע פקודות, התמצאות בתאריך ובמקום לידה, שטף מילוי, צד שווה והיזכרות מאוחרת (Teng & Chui, 1987). טווח ציונים של האבחון נע בין 0 ל-100, כאשר ציון גבוה יותר מסמן תפקוד קוגניטיבי טוב יותר.

לאבחון מהימנות מבחן-מבחן חוזר ($r=0.78$), מהימנות בין בודקים ($ICC=0.98$) ועקביות פנימית ($\alpha=0.91$). כמו כן, מחקרים הראו קשר בין ציוני MMSE ובין 3Ms ($r=0.95$), כאשר 3Ms נמצא בעל רגישות וסגוליות גבוהות יותר בהשוואה ל-MMSE בשל טווח ציונים אפשרי רחב יותר (Bassuk & Murphy, 2003). בישראל נמצאו מהימנות בין בודקים גבוהה (מעל $r=0.98$), תוקף מקביל למדדים קוגניטיביים אחרים ותוקף ניבוי ($r=0.78$) (ליף קמחי ועמיתים, 2013).

4. הערכת יכולת תפקודית. נמדדה באמצעות אבחון Revised Observed Tasks of Daily Living (OTDL-R) (Diehl, Marsiske, Horgas, & Saczynski, 1998). זוהי הערכה של יכולת תפקודית בפעילויות יום-יומיות בתחום IADL, המתבססת על ביצוע מטלות ופתרון בעיות, בקרב מבוגרים (גוברובר ויוסמן, 2005; Diehl et al.,

תיאור המשתנים הקשורים באבחנה הפסיכיאטרית

משתנה	סקיזופרניה (1) (N=14) N (%)	הפרעת אישיות (2) (N=14) N (%)	בדיקת הבדלים Chi-square χ^2
מסגרת הטיפול: מרפאה טיפול	7 (50%)	2 (14.3%)	4.09*
יום	7 (50%)	12 (85.7%)	4.09*
אושפזו בעבר:	12 (85.7%)	7 (50%)	1.47
סל שיקום פעיל:	6 (42.9%)	3 (21.4%)	
	חציון (IQR) טווח	חציון (IQR) טווח	Mann-Whitney Z
גיל פריצת המחלה:	24.5 (33.5-17) 45-15	23.5 (25.25-15) 43-12	-1.01
שנות מחלה (שנים מלאות):	10.5 (17.75-4.5) 34-1	6.5 (11.75-1) 16-0	-1.82
מספר אשפוזים מלאים:	2.5 (7.75-1) 10-0	0.5 (1-0) 10-0	-2.61**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

נבדקים מאובחנים עם סכיזופרניה עברו שתי פגישות הערכה, וכל פגישה כללה מילוי יומן של יום האתמול כחלק מאבחון POES וכן אבחון תפקודי (OTDL-R) או לחלופין שאלון השתתפות ואבחון קוגניטיבי (3Ms). סדר האבחונים השתנה מנבדק לנבדק ובמהלך כל פגישה. הציון של אבחון POES בעבר קבוצת נבדקים זו חושב על פי ממוצע הציונים של שתי ההעברות. נבדקים משתי קבוצות הביקורת השתתפו בפגישת הערכה אחת בלבד, שכללה את מילוי היומן מאבחון POES. קבוצת הנבדקים עם אבחנה של הפרעת אישיות מילאו גם שאלון השתתפות. יש לציין כי פגישות ההערכה למטפלי מחלקת טיפול יום שהשתתפו במחקר התקיימו לאחר יום שבו הם לא הגיעו למחלקה, כדי שהדיווח על מעורבותם בעיסוקים ייצג יום שגרתי בחייהם מחוץ לטיפול. הליך זה מבוסס על ההנחיות להעברת האבחון.

גיוס המשתתפים בקבוצות המחקר של אנשים עם אבחנה פסיכיאטרית נעשתה פנייה למטופלים בחטיבה הפסיכיאטרית של בית חולים ציבורי בצפון הארץ (הכוללת מחלקת אשפוז מלא, מחלקת טיפול יום ומרפאות חוץ) שענו על קריטריוני ההכללה וההוצאה. הפנייה נעשתה על ידי עורכת המחקר או על ידי צוות המרפאה ו/או מחלקת טיפול יום. מטופלים שנמצאו מתאימים והביעו את הסכמתם להשתתף במחקר קיבלו הסבר מפורט ומלא באשר למטרת המחקר וההליך המצופה, ולאחריו חתמו על טופס הסכמה מדעת. במקביל לכך החל תהליך גיוס נבדקים לקבוצת הביקורת של אנשים ללא אבחנה פסיכיאטרית, התואמים מבחינת גיל ומגדר לקבוצת הנבדקים עם אבחנה של סכיזופרניה. גיוס הנבדקים לקבוצה זו נעשה באמצעות דגימת נוחות.

הבדלים בין קבוצות בתוצאות אבחון POES

הבדלים בין קבוצות	טווח	IQR	חציון	N	
	31.5-12.5	28.12-18.25	24	14	סכיזופרניה (1)
$\chi^2=27.72^{***}$	31-17	28-20.5	24	14	הפרעות אישיות (2)
	36-35	36-35	36	14	קבוצת ביקורת (3)

ניתוח הנתונים

הפסיכיאטרית: נבדקים עם סכיזופרניה ($Z=-4.579$, $p<.001$) ועם הפרעות אישיות ($Z=-4.581$, $p<.001$). לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטי בין שתי הקבוצות של אנשים עם אבחנות פסיכיאטריות ($Z=-0.346$, $p>.05$) רמות המעורבות בעיסוקים בקרב האוכלוסייה ללא האבחנה הפסיכיאטרית היו גבוהות מאלו של האוכלוסייה עם הפרעות פסיכיאטריות, מסוג סכיזופרניה והפרעות אישיות.

עיבוד הנתונים נעשה באמצעות שימוש בתוכנת SPSS.21 (IBM). לצורך אפיון של שלוש קבוצות המחקר נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית על פי סוג המשתנה. נעשתה בדיקה של אופן התפלגות הנתונים באמצעות מבחן Shapiro-Wilk. נמצא כי הממד המסכם של אבחון POES מתפלג באופן שונה מנורמלי; לכן הבדלים בין שלוש קבוצות המחקר בממד המסכם של POES נבחנו באמצעות מבחן Kruskal-Wallis. לאחריו נבדק מקור ההבדלים בין כל שתי קבוצות באמצעות מבחן Mann-Whitney. קשרים בין משתנים כמותיים ואורדינליים במחקר נבדקו באמצעות מקדם מתאם Spearman בשל סוג המשתנה או אופן ההתפלגות. במקרה של משתנים שמיים נעשה שימוש מבחן Chi-square לבדיקת קשר/הבדלים. רמת המובהקות המקובלת במחקר זה לכל הנתונים היא 0.05.

בקרב אנשים עם סכיזופרניה נמצא כי רמת מעורבות כללית בעיסוקים על פי אבחון POES קשורה למדדים האלה של שאלון ההשתתפות: מגוון ההשתתפות ומספר הפעילויות שביצע/ה בעבר אך אינו/ה מבצע/ת כיום (ראו טבלה 4). ככל שמגוון הפעילויות שהאדם מבצע גדול יותר, כן מדד המעורבות בעיסוקים גבוה יותר. כמו כן, ככל שרמת מעורבות כללית בעיסוקים נמוכה יותר, כן גבוה יותר מספר הפעילויות שהאדם הפסיק את השתתפותו בהן. עם זאת, לא נמצאו קשרים בין מדד מעורבות בעיסוקים ובין מדדים של עוצמת ההשתתפות, הנאה מהשתתפות ושביעות רצון (טבלה 4).

תוצאות

תוקף מבנה מבחן

תוקף מבנה מתכנס

נמצא קשר חיובי חזק בין תוצאות אבחון POES ובין תוצאות אבחון 3Ms [ראו טבלה 5], כך שככל שהרמה הקוגניטיבית הייתה גבוהה יותר, גם מדד

נמצא הבדל מובהק בין קבוצות המחקר בציון מסכם של ה-POES (ראו טבלה 3), ומקור ההבדל הוא בין קבוצת הביקורת של הנבדקים ללא אבחנה פסיכיאטרית לבין קבוצות הנבדקים עם האבחנה

טבלה 4

קשר בין תוצאות אבחון POES למדדי שאלון השתתפות בקרב אנשים עם אבחנה

אבחנה פסיכיאטרית (N=28)	הפרעת אישיות (N=14)	סכיזופרניה (N=14)	
			מדדי שאלון ההשתתפות
			מגוון ההשתתפות
rs=0.45*	rs=0.09	rs=0.73**	מספר הפעילויות שביצע/ה בעבר
rs=-0.43*	rs=-0.25	rs=-0.58*	אך אינו/ה מבצע/ת כיום
			עוצמת ההשתתפות (תדירות ביצוע פעילויות)
rs=0.12	rs=-0.02	rs=0.24	רמת הנאה
rs=0.10	rs=0.33	rs=0.27	שביעות רצון מן הביצוע
rs=0.13	rs=-0.51	rs=-0.25	

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

טבלה 5

הקשר בין תוצאות אבחון POES ובין תוצאות האבחונים OTDL-R ו-3Ms בקרב אנשים עם סכיזופרניה (N=14)

מקדם מתאם	טווח	חציון (טווח בין רבעוני)	
rs=0.566*	24-3	18 (21.25-15.75)	OTDL-R
rs=0.78***	100-69	94.5 (97-91.75)	3Ms

אבחון POES לקבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה לצורך ביסוס מהימנות של הכלי. לא נמצא קשר בין תוצאות העברה ראשונה להעברה השנייה של ה-POES (rs=0.526, p>.05). בבדיקת קשר זה תוך בקרה על משתנה מתערב של מספר הימים בין העברה ראשונה להעברה שנייה, אשר נע בין 7-21 יום (Partial correlation), נמצא קשר מובהק בין תוצאות שתי ההעברות (r partial=0.577, p<.05), ממצא שתומך במהימנות של הכלי.

המעורבות בעיסוקים היה גבוה יותר. כמו כן, נמצא הקשר בין תוצאות אבחון תפקודי OTDL-R ובין התוצאה המסכמת של האבחון POES, ככל שהיכולת התפקודית הייתה גבוהה יותר, כן מדד המעורבות בעיסוקים היה גבוה יותר [ראו טבלה 5].

ניתוחים נוספים: מהימנות מבחן-מבחן חוזר

מלבד בחינת השערות המחקר נעשתה גם בדיקת קשר בין העברה ראשונה להעברה שנייה של

דיון

אכן, תוצאות מחקר זה תואמים לספרות המעידה כי גם בקרב אנשים עם הפרעות אישיות יש קושי להיות מעורבים בעיסוקים בתחומי חיים שונים ובאמצעותם לשאוף ולהשיג מטרות בעלות משמעות (Hengartner et al., 2014; Falklöf & Haglund, 2010). ממצאי המחקר הראו כי יש הבדלים ברמת המעורבות בעיסוקים בין קבוצות האנשים עם אבחנה פסיכיאטרית, הן סכיזופרניה והן הפרעת אישיות, לבין קבוצת האנשים ללא אבחנה. כלומר, לפי תוצאות המחקר הכלי מזהה את הירידה ברמת המעורבות בעיסוקים, שהיא מאפיין של אנשים עם אבחנה פסיכיאטרית לעומת אנשים ללא אבחנה (אליצור ועמיתים, 2010; ברנע ועמיתים, 2006; Bejerholm & Eklund, 2004; APA, 2013; Cook, Chambers, & Coleman, 2006 b, 2007; Ivarsson, Carlsson, & Sidenvall, 2004; WHO, 2015). תוצאות אלו קיבלו תמיכה במחקר אחר שנערך על ידי Bejerholm & Lundgren (2015) Nilsson, ובו הורחבה אוכלוסיית היעד של אבחון ה-POES לכלל האנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית חמורה הנמשכת לפחות שנתיים, ללא קשר לאבחנתם הפסיכיאטרית, ובעקבותיו אף שונה שם הכלי ל- Profiles of Occupational Engagement in people with Serious mental illness. אכן תוצאות מחקר זה תואמים לספרות המעידה כי גם בקרב אנשים עם הפרעות אישיות יש קושי להיות מעורבים בעיסוקים בתחומי חיים שונים, ובאמצעותם לשאוף ולהשיג מטרות בעלות משמעות (Hengartner et al., 2014; Falklöf & Haglund, 2010).

תוקף קריטריון בו-זמני

"מעורבות בעיסוקים" ו"השתתפות בעיסוקים" הינם שני מונחי מפתח במקצוע הריפוי בעיסוק, בעלי קרבה זה לזה, הנבדקים באופנים דומים. לכן, לצורך

מטרתו של מחקר זה הייתה לבסס מדדים פסיכומטריים מסוג תוקף קריטריון ותוקף מבנה לגרסתו העברית של אבחון POES (Bejerholm, 2006), המערך מעורבות בעיסוקים בקרב אנשים עם סכיזופרניה ואבחנות פסיכיאטריות אחרות, כדי לאפשר שימוש בכלי זה בארץ. כמו כן, נבדקה מהימנותו של הכלי. ממצאי המחקר מבססים תוקף מבנה מבחין בין קבוצות, תוקף קריטריון בו-זמני, תוקף מבנה מתכנס ומהימנות מבחן-מבחן חוזר. על אף שלא התקבלו תוצאות מובהקות בכל ההשוואות, מדדי התוקף והמהימנות הגיעו לתוצאות מספקות, כפי שיידון בהמשך פרק זה, ולכן תוצאות המחקר תומכות בשימוש בכלי זה בגרסתו העברית בישראל.

תוקף מבנה מבחין בין קבוצות

במחקר זה שיערנו כי ימצאו הבדלים בין שלוש קבוצות המחקר בתוצאה המסכמת של אבחון POES, המייצגת את רמת המעורבות בעיסוקים. זאת בהתבסס על ספרות מחקר ולפיה הקשיים התפקודיים שחווים אנשים עם סכיזופרניה אופייניים וייחודיים להם, גם על פני מגוון של הפרעות נפשיות אחרות (אליצור ועמיתים, 2010; APA, 2013; Falklöf & Haglund, 2010; Hengartner et al., 2014; Najas-Garcia et al., 2018; Olsson et al., 2016). המחקר בחן זאת מול אנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות. בבחינה מעמיקה של הספרות אפשר למצוא עדויות לכך שעל אף המיקוד ברבדים אישיותיים התפתחותיים, יש פגיעה עיסוקית בקרב אנשים עם הפרעת אישיות. הפרעה זו מתאפיינת באוסף דפוסיים לא סתגלניים ומתמשכים של חשיבה, הרגשה והתנהגות לאורך החיים, הגורמים למצוקה אישית ו/או לפגיעה בתפקוד החברתי והמקצועי (אליצור ועמיתים, 2010; APA, 2013).

לכלל העיסוקים שבהם השתתף הנבדק במהלך ארבעת החודשים שקדמו למילוי והוא כולל עיסוקים משגרת חייו הנוכחית של הנבדק, וכן גם ימי שבת, חג ו/או שגרה קודמת שהייתה לו. כמו כן, בין שתי קבוצות הנבדקים עם אבחנות פסיכיאטריות נמצאו הבדלים מובהקים בגיל, במגדר ובמספר האשפוזים הפסיכיאטריים בעברם. על פי מחקרים שנעשו ברחבי העולם בקרב אנשים עם אבחנות פסיכיאטריות גיל נקשר למאפיינים של מעורבות בעיסוקים, כך שצעירים יותר מעורבים יותר בתחומי תעסוקה וחברה לעומת מבוגרים העוסקים יותר בפנאי, בדומה לתוצאות באוכלוסייה הרגילה (Harvey et al., 2006; Shimitras, Fossey, & Harvey, 2003). מגדר הוא מאפיין דמוגרפי נוסף הנקשר למעורבות בעיסוקים: מחקרים שקדמו לזה שהשתמשו באבחון POES מצאו כי מצויים הבדלים קלים בקשר שבין מעורבות בעיסוקים ובין מדדי הבריאות בין נשים לגברים (Bejerholm & Eklund, 2006b; Eklund et al., 2001; Leufstadius & Eklund, 2008).

תוקף מבנה מתכנס

מחקרים רבים בתחום בריאות הנפש מדגימים כי ליקויים קוגניטיביים וירידה ביכולת התפקודית, המשקפת את היכולת של האדם לבצע פעילויות בתנאים מיטיביים, מאפיינים את מחלת הסכיזופרניה ומשפיעים במידה ניכרת על תפקודו של האדם בעיסוקים שונים במהלך חייו (אליצור ועמיתים, 2010; Bejerholm & Eklund, 2006 b; Bosia et al., 2017; Lexén & Bejerholm, 2018; Lipskaya et al., 2011; Mehta et al., 2013; Najas-García et al., 2018; Olsson et al., 2016; Nielsen, 2011; Silberstein & Harvey, 2019; Switaj et al., 2012; Trapp et al., 2013). בהמשך לכך, השערות המחקר היו כי יבוסס תוקף מבנה מסוג

ביסוס תוקף קריטריון בו-זמני הושוו תוצאות אבחון POES למדדים של "שאלון הערכת השתתפות והנאה של בוגרים ומבוגרים בעיסוקים שונים" (ירוס ועמיתים, 2004). בבחינה של קבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה נמצא קשר בין רמת המעורבות בעיסוקים ובין מדדי ההשתתפות המתייחסים למגוון הפעילויות שמבוצעות בפועל ולמספר הפעילויות שאינן מתבצעות לעומת העבר. כך שמדד מעורבות בעיסוקים גבוה יותר תאם להשתתפות במגוון עיסוקים רחב יותר, ומנגד, ככל שדווח על מספר גבוה יותר של פעילויות שהופסקו, מדד המעורבות בעיסוקים היה נמוך יותר. ממצאים אלו תומכים בקיום תוקף קריטריון בו-זמני לאבחון ה-POES בקרב אוכלוסיית הנבדקים עם סכיזופרניה.

בהמשך, על פי ממצאי מחקר זה ועל פי הספרות, איחדנו את שתי קבוצות האנשים עם אבחנה פסיכיאטרית: אנשים עם סכיזופרניה ואנשים עם הפרעת אישיות. בניגוד להשערות המחקר, בקרב כלל הנבדקים עם אבחנה פסיכיאטרית, ברוב המדדים שנבדקו לא נמצא קשר בין תוצאות אבחון POES לבין תוצאות שאלון ההשתתפות. הסבר אפשרי לכך יכול להיות טמון במאפיינים הייחודיים של אנשים עם הפרעות אישיות, כגון נטייה לאי-עקביות בדיווח עצמי, שהשפיעה על האופן המילוי של כלי כמו שאלון השתתפות, אך ייתכן שההסבר הוא בהבנה מעמיקה של הגדרת המושגים האלה. על אף הדמיון ביניהם, המושג "השתתפות" שם יותר דגש על המרכיבים של העשייה לצד החוויה, ואילו המושג "מעורבות" יותר ממוקד בחוויה שבעיסוק והמשמעות שנותן לו האדם (ועדת המתע"מ המחודש, 2016; Morris & Cox, 2017). הסבר אפשרי נוסף הוא בשוני באופן המדידה. אבחון ה-POES מציג תמונה נוכחית ומתייחס לימים אחדים בלבד בחייו של הנבדק, תוך בקרה על כך שמולא לאחר יום טיפוס (למשל, לא לאחר שבת או חג). לעומת זאת, שאלון ההשתתפות מתייחס

נועד למספר העברות חוזרות על מנת לאסוף מידע מקיף ככל האפשר. כמו כן, ההנחיות לשימוש בכלי אינן מגדירות פרקי זמן בין העברות או מגבילות אותן. מסיבות טכניות של איסוף הנתונים, בפועל פערי הזמנים בין שתי ההעברות של האבחון נעו בין 7-21 ימים. הממצאים שהראו כי מספר הימים בין העברות של הכלי הם גורם מתערב במציאת קשר בין הציגונים המסכמים של שתי העברות, מכוונים לגבי פרקי זמן בין העברות הנדרשים על פי המטרות השונות של שימוש בכלי: איסוף מידע מקיף לעומת מדידה חוזרת של התוצאות. מבחינה קלינית, על פי הממצאים ניתן להמליץ על העברות בפרקי זמן של שבוע עד שבועיים לצורך איסוף מידע מקיף, זאת כשהעברות חוזרות לצורך מדידת יעילות אפשר לעשות בפרק זמן של שלושה שבועות לפחות. עם זאת, ייתכן שתוצאות הניתוח של הקשר ללא בקרה על מדד הזמן הושפעו ממספר הנבדקים הקטן ($N=14$) וכי אילו היו יותר נבדקים, היינו מוצאים קשר בין שתי העברות בלי להגביל את מדד הזמן.

מגבלות המחקר והמלצות למחקרי המשך

על אף שתוצאות המחקר תומכות בקיום תוקף לגרסתו העברית של אבחון ה-POES, יש לציין כמה מגבלות. מחקר זה התבסס על מדגם קטן באופן יחסי, שהורכב משלוש קבוצות מחקר, כשכל הנבדקים נדגמו במדגם נוחות. כמו כן, לא נעשתה התאמה בין קבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה לבין קבוצת הנבדקים עם הפרעת אישיות במשטני גיל ומגדר, שני משתנים בעלי פוטנציאל להשפיע על מאפיינים ודפוסים של מעורבות בעיסוקים. ייתכן כי במדגם גדול ומגוון יותר היה אפשר לזהות תופעות נוספות וללמוד יותר על מאפייני תוקף בעבור כלל אוכלוסיית היעד של האבחון.

יותר מזה, ייתכן שהיו משתנים מתערבים נוספים

מתכנס לגרסה העברית של האבחון, על ידי הדגמת קשרים בין הרמה הקוגניטיבית לבין רמת המעורבות בעיסוקים לפי POES ובין היכולת התפקודית לבין רמת המעורבות בעיסוקים. בהתאם להשערות, נמצא קשר בין היכולות הקוגניטיביות הכלליות והיכולת התפקודית לבין מדד מעורבות בעיסוקים. ממצאים אלו תומכים בקיום תוקף מבנה מתכנס לגרסה העברית של אבחון ה-POES.

מהימנות מבחן-מבחן חוזר

במחקר זה נערכה בדיקה להתאמה בין תוצאות שתי העברות שונות של אבחון ה-POES לקבוצת הנבדקים עם סכיזופרניה, שנעשתה כדי לאסוף מידע מקיף יותר על מעורבות בעיסוקים, כפי שנדרש בהנחיות להעברת האבחון (Bejerholm, 2006). איסוף נתונים אלו אפשר לבחון מהימנות מבחן-מבחן חוזר. נמצא קשר בין שתי הערכות תוך בקרה על משך הזמן ביניהן, כלומר: כששתי העברות של הכלי הן בפרקי זמן קרובים שתיהן יניבו תוצאות דומות זו לזו. תוצאות המחקר ללא בקרה על מדד הזמן הראו נטייה לקשר בלבד.

במובן הקליני משמעות הממצאים היא שניתן להשתמש בתוצאות האבחון לאחר העברה אחת כדי לקבל תוצאות שאכן משקפות את הפרופיל הנוכחי של מעורבות בעיסוקים, מה שמפשט את תהליך העברתו ומרחיב את השימושיות של הכלי. כמו כן התוצאות מכוונות כי אפשר להשתמש ב-POES כמדד לבדיקת התקדמות בטיפול, וזאת בדומה לתוצאות מחקרם של Bejerholm and Lundgren-Nilsson (2015) ולפיו אפשר להשתמש בתוצאות האבחון כדי למדוד מעורבות בעיסוקים ולהעריך שינויים לאורך זמן. יש לציין שמחקרים אחרים בנושא לא בדקו קשר זה בין מספר העברות קרובות של הכלי, מכיוון שהכלי אצלם

שבו הורחבה אוכלוסיית האבחון לכלל האנשים עם מגבלה פסיכיאטרית הנמשכת יותר משנתיים. ממצאים אלו תומכים בשימוש בכלי חדש וייחודי זה, המספק דרך שיטתית לכמת היבטים מוגדרים של מעורבות בעיסוקים כחלק מתהליך הערכה ולסייע בבניית בסיס להתערבות טיפולית בתחום בריאות הנפש (Bejerholm, 2006). הכלי יכול לתרום לארגו הכלים של מקצוע הריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש ולסייע בבניית בסיס להתערבות טיפולית בתחום. תהליך העברה של הכלי, הכולל ריאיון ודיון משותף פתוח על הממצאים, מעמיד פלטפורמה להיכרות עם המטופל תוך שימוש במונחים מעולם המושגים של הריפוי בעיסוק ומעולם התוכן הייחודי של כל אדם. כמו כן, ה-POES מאפשר מעורבות ישירה ופעילה של האדם בתהליך ההערכה וכך מאפשר לו לחוות שליטה, הכוונה עצמית, העצמה וקידום מטרות אישיות (Bejerholm, 2006), מה שתואם את הערכים של תפיסת ההחלמה המנחה את שירותי בריאות הנפש כיום.

מקורות

אהרון, ר' וליפסקיה, ל' (2014). אבחון והערכה של

מעורבות בעיסוקים בקרב אנשים שמתמודדים

עם סכיזופרניה-התאמת כלי הערכה לישראל.

עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך בריפוי בעיסוק,

אוניברסיטת תל אביב.

אליצור, א', טיאנו, ש', מוניץ, ח' ונוימן, מ' (2010).

פרקים נבחרים בפסיכיאטריה (מהדורה חמישית).

212-183. תל אביב: הוצאת פפירוס, אוניברסיטת

תל אביב.

בוגי, א', ליפסקיה, ל', חיים-ליטבסקי, ד' והדס לידור, נ'

(2010). ריפוי בעיסוק-תרומה, יעילות והשפעה.

על ייחודיות מקצוע הריפוי בעיסוק בשילוב

שהשפיעו על תוצאות מחקר זה ולא נבדקו, כדוגמת מאפיינים של המחלה וחומרת התסמינים שעיימם התמודדו הנבדקים בעת הדגימה (Bejerholm & Eklund, 2007; Harvey et al., 2006; Leufstadius & Eklund, 2008). על פי המלצת מחברות האבחון (Bejerholm & Eklund, 2006 a) חשוב לתקף את ה-POES אל מול כלים הבודקים שלב במחלה ותסמינים. יש חשיבות להמשך מחקר ולביסוס הנתונים הפסיכומטריים של גרסה זו של האבחון, מסוג מהימנות בין בודקים, לקידוד המידע הנאסף באמצעות יומן שימוש בומן. כמו כן, יש לבדוק את הקשר בין כמה נקודות הערכה של האבחון לאורך זמן, כדי לחזק את קיום מהימנות מבחן-מבחן חוזר ולבחון את מידת הרגישות של הכלי לשינוי. חלקו השלישי של האבחון מתמקד באיזון העיסוקי כפי שהוא בא לידי ביטוי בניצול הזמן של הנבדק ומתבסס על פירושו האישי. על אף שמידע זה הינו חשוב ומשמעותי כחלק מתהליך הערכה והטיפול בריפוי בעיסוק, הוא לא נבדק במחקר זה. יש חשיבות לערוך מחקר המשך על מנת לבסס את הנתונים הפסיכומטריים של חלק זה של האבחון בגרסתו העברית.

מסקנות והשלכות קליניות

מחקר זה הוא עדות ראשונה לביסוס מדדים פסיכומטריים לגרסה העברית של אבחון POES:

פרופיל מעורבות בעיסוקים בקרב אנשים עם סכיזופרניה. על פי ממצאי המחקר לאבחון תוקף מבנה מבחן בין קבוצות, תוקף קריטריון בו-זמני, תוקף מבנה מתכנס ומהימנות מבחן-מבחן חוזר, כאשר שתי העברות קרובות ביניהן בומן. זאת ועוד, בתהליך התיקוף שנעשה בארץ נכללה גם אוכלוסיית האנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות, במקביל למחקר שנעשה על הגרסה האנגלית של האבחון,

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association Author.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11. doi: 10.1037/h0095655
- Bassuk, S. S., & Murphy, J. M. (2003). Characteristics of the Modified Mini-Mental State Exam among elderly persons. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(7), 622-628. doi: 10.1016/s0895-4356(03)00111-2
- Bejerholm, U. (2006). *Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia, POES*. Department of Health Sciences, Division of Occupational Therapy and Gerontology Medical Faculty at Lund University Sweden.
- Bejerholm, U. (2010a). Occupational balance in people with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(1), 1-17. doi: 10.1080/01642120802642197
- Bejerholm, U. (2010b). Relationships between occupational engagement and status of and satisfaction with sociodemographic factors in a group of people with תפישות חדשות בהתערבויות טיפוליות בבריאות הנפש. *מדיסין-פסיכיאטריה*, 16, 47-42.
- בייט-מרום, ר' (עורכת) (2009). *מבחנים פסיכולוגיים: תאוריה ומעשה, ספר נלווה*. בית ההוצאה לאור של האוניברסיטה הפתוחה.
- ברנע, ר', וסרלאוף, נ', בורץ, ל', יקואל, ש', גל און, ע', פלג, ל', גרינבאום, ס' וירוס, ט' (2006). פיתוח שאלון השתתפות לאוכלוסייה הבוגרת בישראל The Israeli Adults Assessment of Participation. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק*, doi:10.2307/23468905. 111-39, (2) 15
- ועדת המתע"מ המחודש (2016). *העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל- מרחב ותהליך*. תל-אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- ירוס, ט', בורץ, ל', ברנע, ר', גל-און, ע', גרינבאום, ס', וסרלאוף, נ', יקואל, ש' ופלג, ל' (2004). *שאלון הערכת השתתפות והנאה של בוגרים ומבוגרים בעיסוקים שונים*. החוג לריפוי בעיסוק, בית הספר למקצועות הבריאות, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.
- ליף קמחי, א', סרסור, מ', ארינון, ז', שור, ר', פינקלטיב, ב' וברנר, י' (2013). *בדיקת תוקף ומהימנות לגרסה העברית של ה- The Modified Mini Mental State Examination - 3MS*. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק*, 22(1), 47-28.
- רועה, ד', טל, א', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס לידור, נ', תלם, ע' ולכמן, מ' (2011). *השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. ביטחון סוציאלי*, 86, 94-224.

- instrument based on time-use diaries. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 58-68. doi: 10.1177/030802260606900203
- Bejerholm, U., & Lundgren-Nilsson, Å. (2015). Rasch Analysis of the Profiles of Occupational Engagement in people with Severe mental illness (POES) instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 130. doi: 10.1186/s12955-015-0327-0
- Bosia, M., Buonocore, M., Bechi, M., Spangaro, M., Pighi, A., Croci, M., ... & Cavallaro, R. (2017). Cognitive remediation and functional improvement in schizophrenia: Is it a matter of size? *European Psychiatry*, 40, 26-32. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.06.007
- Cook, S., Chambers, E., & Coleman, J. H. (2009). Occupational Therapy for People with Psychotic Conditions in Community Settings: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Rehabilitation*, 23(1), 40-52. doi: 10.1177/0269215508098898
- Dickinson, D., Ragland, J. D., Calkins, M. E., Gold, J. M., & Gur, R. C. (2006). A comparison of cognitive structure in schizophrenia patients and healthy controls using confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Research*, 85(1), 20-29. doi: 10.1016/j.schres.2006.03.003
- schizophrenia. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 17(3), 244-254. doi: 10.3109/11038120903254323
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2004). Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 27-47. doi: 10.1300/j004v20n01_02
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006a). Construct validity of a newly developed instrument: Profile of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES). *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(3), 200-206. doi: 10.1080/08039480600636239
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006b). Engagement in occupations among men and women with Schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 13(2), 100-121. doi: 10.1002/oti.210
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 21-32. doi: 10.5014/ajot.61.1.21
- Bejerholm, U., Hansson, L., & Eklund, M. (2006). Profiles of occupational engagement in people with schizophrenia (POES): the development of a new

- ajot.2011.001313
- Eklund, M., & Argentzell, E. (2016). Perception of occupational balance by people with mental illness: a new methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 304-313. doi: 10.3109/11038128.2016.1143529
- Eklund, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2001). Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(2), 79-85. doi: 10.1007/s001270050293
- Eklund, M., Leufstadius, C., & Bejerholm, U. (2009). Time use among people with psychiatric disabilities: Implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 177. doi: 10.2975/32.3.2009.177.191
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L. K., & Håkansson, C. (2017). The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 41-56. doi: 10.1080/11038128.2016.1224271
- Falklöf, I., & Haglund, L. (2010). Dickinson, D., Ragland, J.D., Gold, J.M., & Gur, R.C., 2008. General and specific cognitive deficits in schizophrenia: Goliath defeats David. *Biological Psychiatry*, 64, 823–827. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.04.005
- Diehl, M., Marsiske, M., Horgas, A., & Saczynski, J. (1998). Psychometric properties of the Revised Observed Tasks of Daily Living (OTDL-R). *In Annual Meeting of the Gerontological Society of America*.
- Diehl, M., Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1995). Everyday problem solving in older adults: observational assessment and cognitive correlates. *Psychol Aging*, 10(3), 478-491. doi: 10.1037/0882-7974.10.3.478
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 378-392. doi: 10.1111/1440-1630.12238
- Edgelow, M., & Krupa, T. (2011). Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 267-276. doi: 10.5014/

- American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 569-576. doi: 10.5014/ajot.59.5.569
- Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 327-335. doi: 10.1007/s00127-013-0739-2
- Ivarsson, A., Carlsson, M., & Sidenvall, B. (2004). Performance of Occupations in Daily Life among Individuals with Severe Mental Disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(2), 33-50. doi: 10.1300/j004v20n02_02
- Krupa, T., Woodside, H., & Pocock, K. (2010). Activity and social participation in the period following a first episode of psychosis and implications for occupational therapy. *The British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 13-20. doi: 10.4276/030802210x12629548272628
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure manual*. Canada: Canadian Association of Occupational Therapy Publications.
- Leufstadius, C., & Eklund, M. (2008). Time Daily occupations and adaptation to daily life described by women suffering from borderline personality disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 354-374. doi: 10.1080/0164212x.2010.518306
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Goverover, Y., & Josman, N. (2004). Everyday Problem Solving among Four Groups of Individuals with Cognitive Impairments: Examination of the Discriminant Validity of the Observed Tasks of Daily Living-Revised. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24(3), 103-112. doi: 10.1177/153944920402400304
- Harvey, C., Fossey, E., Jackson, H., & Shimitras, L. (2006). Time use of people with schizophrenia living in North London: Predictors of participation in occupations and their implications for improving social inclusion. *Journal of Mental Health*, 15(1), 43-55. doi: 10.1080/09638230500513118
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health-some critical remarks. *The*

- a descriptive framework for “occupational engagement”. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 152-164. doi: 10.1080/14427591.2017.1319292
- Najas-Garcia, A., Gomez-Benito, J., & Huedo-Medina, T. B. (2018). The relationship of motivation and neurocognition with functionality in schizophrenia: a meta-analytic review. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1019-1049. doi: 10.1007/s10597-018-0266-4
- Nielsen, R. E. (2011). Cognition in schizophrenia—a systematic review. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8(1), 43-48. doi: 10.1016/j.ddstr.2011.09.004
- Olsson, A. K., Hjärthag, F., & Helldin, L. (2016). Predicting real-world functional milestones in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 242, 1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.015
- Sayer, L. C. (2005). Gender, time and inequality: Trends in women's and men's paid work, unpaid work and free time. *Social Forces*, 84(1), 285-303. doi: 10.1353/sof.2005.0126
- Shimitras, L., Fossey, E., & Harvey, C. (2003). Time use of people living with schizophrenia in a North London catchment area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 46-54. doi: 10.1080/11038128.2017.1290135
- Lexén, A., & Bejerholm, U. (2018). Occupational engagement and cognitive functioning among persons with schizophrenia: an explorative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(3), 172-179. doi: 10.1080/11038128.2017.1290135
- Lipskaya, L., Jarus, T., & Kotler, M. (2011). Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 180-187. doi: 10.3109/11038128.2010.490879
- Mattingly, M. J., & Blanchi, S. M. (2003). Gender differences in the quantity and quality of free time: The US experience. *Social Forces*, 81(3), 999-1030. doi: 10.1353/sof.2003.0036
- Mehta, U. M., Thirthalli, J., Subbakrishna, D. K., Gangadhar, B. N., Eack, S. M., & Keshavan, M. S. (2013). Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia research*, 148(1), 3-11. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.009
- Morris, K., & Cox, D. L. (2017). Developing

- Teng, E. L., & Chui, H. C. (1987). The Modified Mini-Mental State (3MS) examination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 314-318.
- Trapp, W., Landgrebe, M., Hoesl, K., Lautenbacher, S., Gallhofer, B., Günther, W., & Hajak, G. (2013). Cognitive remediation improves cognition and good cognitive performance increases time to relapse—results of a 5 year catamnestic study in schizophrenia patients. *BMC Psychiatry*, 13(1), 184. doi: 10.1186/1471-244x-13-184
- Urlic, K., & Lentin, P. (2010). Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(5), 310-317. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00849.x
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- World Health Organization (2015, October). Mental Disorders. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- 10.1177/030802260306600202
- Silberstein, J., & Harvey, P. D. (2019). Cognition, social cognition, and Self-assessment in schizophrenia: prediction of different elements of everyday functional outcomes. *CNS Spectrums*, 24(1), 88-93. doi: 10.1017/s1092852918001414
- Stoffel, V. (2011). Recovery. In C. Brown, V. Stoffel & J.P. Muñoz (Eds.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation* (pp.3-15). Philadelphia: F.A. Davis.
- Sutton, D. J., Hocking, C. S., & Smythe, L. A. (2012). A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 142-150. doi: 10.2182/cjot.2012.79.3.3
- Switaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J. & Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, 12(1), 193. doi: 10.1186/1471-244x-12-193
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's research in occupational therapy: Methods of inquiry for Enhancing practice*. Philadelphia FA Davis.