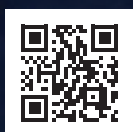


OCCUPATIONAL THERAPY

نشریه علمی کار درمانی | شماره دهم | بهار ۱۴۰۵



بازوی توانا؛
از هم صدایی
تا هم توانی



سینماتراپی
Forrest Gump



درد فانتوم
درد واقعی، اندام خیالی



گفت‌وگو با
آقای نادر مقیمی





«وقتی دست‌های درمانگر، عزم مددجو و دل‌های خانواده در همبستگی کامل گره می‌خورند، هر حرکت کوچک کاردرمانی دیگر فقط یک تمرین نیست؛ تبدیل به طوفانی می‌شود که دیوار وابستگی را فرو می‌ریزد و استقلال را دوباره بنا می‌کند.»



Telegram Channel:
t.me/ot_magazine



برای طرح نظرات و انتقادات، همکاری و ارسال مطالب از طریق
کانال تلگرامی نشریه علمی کاردرمانی، با ما در ارتباط باشید.

| نشانی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز، جنب دانشکده پزشکی، ساختمان امید، طبقه
سوم، خانه نشریات

| تلفن

۰۴۱۳۳۳۷۷۷۹۲



نشریه علمی کاردرمانی | دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سری دوم | شماره ۱۰ | بهار ۱۴۰۵



شناسنامه

■ **صاحب امتیاز:** انجمن علمی گروه

کاردرمانی دانشکده توان بخشی،

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

■ **مدیرمسئول:** اتابک آزاد خیابانی

■ **سر دبیر:** یاسمین بغدادی نسب

■ **اعضای هیئت تحریریه:** زهرا

ایچادی، مهدی نجفپوری ترکمانی،

زهرا پورمحمدی وفا، یاسمین

بغدادی نسب، اتابک آزاد خیابانی،

زهرا احمدزاده، فاطمه ولائی، فاطمه

حسینی، اسما شیرین زاده، مبین جمال

زبردست، نگین اسمعیل زاده، مبین

فلاح گل، محیا نصیراله پور، پیام بهاری،

کوثر مختاری.

■ **ویراستاری:** یاسمین بغدادی نسب،

الینا اسدی اصل، شادی پاکزاد،

مبین فلاح گل

■ **گرافیک و صفحه آرایی:** توحید دمیده

(۰۹۳۷۸۰۷۹۰۰۸)

فهرست



۸ بنیان های کاردرمانی

۹ چهره های ماندگار

۱۲ مدل ها و نظریه ها (CDM)

۱۶ افق های کاردرمانی

روایت ۳۰ سال حضور در خط مقدم توان بخشی؛ گفت و گو با

آقای نادر مقیمی ۱۷

بازوی توانا؛ از هم صدایی تا هم توانی [پرونده ویژه] ۲۲

یادداشت مهمان ۲۴

۲۶ از تئوری تا بالین

قصه اعضای گم شده ی بدن (درد فانتوم؛ درد واقعی، اندام

خیالی) ۲۷

سربه جلو؛ ناهنجاری آرام، اثر عمیق ۳۳

از اسکرول تا کنترل؛ سلامت روان دیجیتال از نگاه کاردرمانی

..... ۳۶

در کنار مادر؛ فهم تازه ای از روزهای پس از تولد ۳۹

۴۴ دنیای هنر در کاردرمانی

توماتیس؛ راهی برای بهتر شنیدن (موسیقی درمانی) ۴۵

وقتی رنگ ها سخن می گویند؛ تفسیر نقاشی کودک، قسمت

ششم ۴۸

۵۲ سینماترپی (Forrest Gump)



۴۵



۱۷



۳۳

سرمقاله

درود فراوان به همراهان نشریه علمی کاردرمانی دانشگاه علومپزشکی تبریز. آنچه پیش روی شماست، حاصل ساعت‌ها اندیشه، نوشتن، بازنویسی و همدلی گروهی از دانشجویان و فعالان حوزه کاردرمانی است که با وجود مشغله‌های فراوان، فرصت را برای به اشتراک گذاشتن دانسته‌ها و تجربه‌هایشان مغتنم شمرده‌اند. این نشریه را ثمره همراهی جمعی می‌دانیم؛ جمعی که ارتقای دانش خود و بهبود کیفیت زندگی مراجعان را سرلوحه کار قرار داده‌اند.

در فصل اول این شماره، به بنیان‌های کاردرمانی بازمی‌گردیم؛ در بخش چهره‌های ماندگار، به معرفی یکی از نخستین چهره‌های تاثیرگذار کاردرمانی در کشورمان پرداخته‌ایم که از او به‌عنوان «مادر کاردرمانی ایران» یاد می‌شود، چراکه راه را برای نسل‌های بعدی هموار کرده‌است. همچنین با مدل CDM آلن، یکی از نظریه‌های کاربردی در کاردرمانی، آشنا می‌شویم.

فصل دوم، با نگاهی به افق‌های کاردرمانی، میزبان گفت‌وگویی خواندنی با جناب آقای نادر مقیمی است؛ کاردرمانگر باسابقه‌ای که از دل تجربه‌هایش، روایتی شنیدنی برای ما به ارمغان آورده است. پرونده ویژه این شماره با عنوان «بازوی توانا؛ از هم‌صدایی تا هم‌توانی» به دغدغه‌های صنفی و ضرورت همگرایی در جامعه کاردرمانی اختصاص یافته است. در یادداشت مهمان، میزبان دکتر ماندانا رضایی گرامی، از اساتید محترم رشته فیزیوتراپی، هستیم تا از نگاه ایشان، اهمیت کار تیمی در توانبخشی را واکاوی کنیم.

در فصل سوم، بخش از تئوری تا بالین، به سراغ چالش‌های بالینی کمتر پرداخته‌شده رفته‌ایم: از درد فانتوم و مدیریت آن، تا ناهنجاری سر به جلو و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، از سلامت روان در دنیای دیجیتال و آسیب‌های فضای مجازی، تا افسردگی پس از زایمان و نقش کاردرمانی در همراهی با مادران در این دوره حساس. هر یک از این مباحث، تلاشی است برای نزدیک‌تر شدن به نیازهای واقعی مراجعان و پر کردن فاصله میان دانسته‌های نظری و آنچه در بالین با آن روبرو می‌شویم.

در فصل چهارم، بخش دنیای هنر در کاردرمانی، سری به موسیقی‌درمانی و رویکرد توماتیس می‌زنیم که از مسیر صدا و شنیدن، دریچه‌ای نو به توانبخشی می‌گشاید. در ادامه، با قسمت ششم از مجموعه تفسیر نقاشی کودک، همچنان به‌دنبال رمزگشایی از زبان تصویری کودکان هستیم. در بخش سینماتراپی، فیلم فارست گامپ را مرور کرده‌ایم؛ فیلمی که شاید بیش از هر اثر دیگری، معنای زیستن با تفاوت‌ها و عبور از محدودیت‌ها را به تصویر کشیده است.

در پایان، از تمامی نویسندگان، همکاران، اساتید و دانشجویانی که در تهیه این شماره ما را همراهی کرده‌اند، سپاسگزاریم. نشریه، متعلق به همه ماست و رشد آن در گرو نگاه نقادانه و همراهی شما مخاطبان عزیز است. همواره منتظر شنیدن نظرات و پیشنهادهای ارزشمندتان هستیم.

سپاس و احترام فراوان

یاسمین بغدادی نسب

سردبیر نشریه کاردرمانی دانشگاه علومپزشکی تبریز

سخن مدیر مسئول

همراهان و دغدغه‌مندان جامعه‌ی کاردرمانی؛

شماره‌ی جدید نشریه علمی کاردرمانی را با این امید تقدیم حضور شما می‌کنیم که گامی هرچند کوچک در مسیر اعتلای این رشته‌ی انسان‌محور برداشته باشد. این نشریه، تلفیقی است از دو رویکرد مکمل «توسعه‌ی دانش بالینی» و «بازتاب دغدغه‌های صنفی»؛ از همین رو، از یکایک همکاران و دانشجویان گرامی تقاضا داریم که ضمن بهره‌مندی از یافته‌های علمی ارائه‌شده، نسبت به مسائل حقوقی، تعرفه‌ای، استانداردهای حرفه‌ای و تعاملات بین‌رشته‌ای نیز دیدی نقادانه داشته باشند. تنها در سایه‌ی توجه هم‌زمان به این دو عرصه است که می‌توان به ارتقای جایگاه کاردرمانی در نظام سلامت کشور امیدوار بود. امید که همراهی صمیمانه‌ی شما، پشتوانه‌ی استوار این راه باشد.

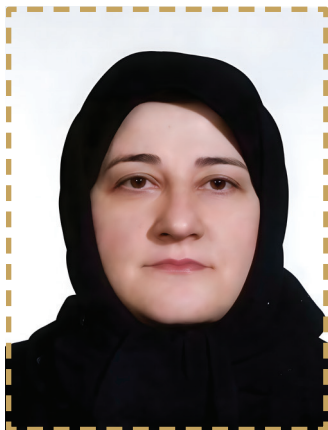
ارادتمند،

اتابک آزاد خیابانی



چهره‌های ماندگار

معرفی اشخاص تاثیرگذار در تاریخ کاردرمانی



زهرا ایجادی | دانشجوی سال آخر کاردرمانی



مهدی نجف‌لوی ترکمانی | دانشجوی سال دوم کاردرمانی



ایران هنوز نوزادی کوچک بود؛ نه زیرساخت داشت، نه جایگاه مشخص، نه حمایت کافی. حتی بسیاری از پزشکان نمی‌دانستند کاردرمانی دقیقا چیست. اما همین ناشناخته بودن، نقطه آغاز نقش‌آفرینی او شد. او از آن سال‌ها با لیخندی همراه با تلخی یاد می‌کند: «اول کار، خیلی‌ها می‌گفتند این رشته به درد کشور نمی‌خورد. گاهی باید می‌جنگیدیم تا فقط بگوییم کاردرمانی چیست.»

در دوران پرتلاطم سال‌های ۱۳۵۶ و ۱۳۵۷، که بسیاری از ساختارهای آموزشی در معرض خطر و تغییر بود، او برخلاف فضای آشفتنه، تمام توانش را برای بقای رشته گذاشت. نقش او در این تلاش‌ها به حدی مهم بود که به‌عنوان نماینده دانشگاه شهید بهشتی در ستاد انقلاب فرهنگی فعالیت کرد؛ جایی که باید چراغ دانشکده‌ها و برنامه‌های آموزشی را از نو روشن می‌کردند. در همان سال‌ها، او به‌تدریج جایگاهی ساخت که نه با عنوان، بلکه با عمل و ایستادگی تعریف می‌شد:

- دفاع از رشته در جلسات رسمی
 - تدوین و تثبیت ساختارهای آموزشی
 - تلاش برای شناسایی کاردرمانی به عنوان یک شاخه‌ی ضروری توانبخشی
 - و مهم‌تر از همه، تربیت اولین نسل دانشجویان
- ژاندارک اقلیدی در سکوت و پشتکار، کاری کرد که سال‌ها بعد دانشجویان و خانواده‌ها وقتی نام «کاردرمانی» را می‌شنوند، به رشته‌ای معتبر، علمی و کاربردی فکر کنند - نه واژه‌ای مبهم. این فصل از زندگی او بازتاب یک حقیقت روشن است: رشته‌ها خودبه‌خود رشد نمی‌کنند بلکه انسان‌هایی آنها را می‌سازند.

صحنه‌ای که هرگز خاموش نشد: کلاس‌هایی که فقط کلاس درس نبودند.

برای بسیاری از دانشجویان کاردرمانی، «کلاس‌های خانم

در این شماره از نشریه به روایت زندگی، باورها و مسیر حرفه‌ای بانویی می‌پردازیم که علم کاردرمانی را در ایران پروراند: بانو ژاندارک اقلیدی، مادر کاردرمانی ایران.

آغاز مسیر: انتخابی که شاید تصادفی بود اما آینده‌ی یک رشته را ساخت

روزهای انتخاب رشته برای بسیاری از دانش‌آموزان کنکوری پر از تردید و سردرگمی است اما گاهی یک نگاه کوتاه یا یک اتفاق ساده، مسیر یک زندگی -و حتی مسیر یک رشته‌را- تغییر می‌دهد. برای ژاندارک اقلیدی، آن اتفاق ساده، یک قدم زدن عادی در محوطه‌ی دانشگاه تهران بود.

او درباره آن روز چنین روایت می‌کند: «روز قبل از انتخاب رشته از جلوی دانشکده توانبخشی گذشتم. روی دیوار کتابچه‌ای درباره‌ی کاردرمانی نصب شده بود. ایستادم و خواندم... نمی‌دانستم چیست، اما همان چند خط در من جرقه‌ای زد.»

او در کنکور سراسری سال ۱۳۵۲ پذیرفته شده بود و برای ورود نهایی باید در مصاحبه‌ای شرکت می‌کرد که توسط خانم فتحی‌مزیو، نماینده سازمان جهانی بهداشت (WHO) و یکی از پایه‌گذاران رسمی رشته کاردرمانی در ایران، انجام می‌شد. در آن روز، شاید هنوز نام «کاردرمانی» برایش ناشناخته بود؛ اما انگیزه‌ای درونی سال‌ها پیش در دلش شکل گرفته بود: «کمک کردن به مردم، به‌خصوص افراد ناتوان، همیشه برایم سرشار از شادی بود. انگار بودن در کنارشان بخشی از روح من است.» و همین حس، سبب انتخاب سرنوشت‌سازش شد؛ انتخابی که بعدها او را به یکی از تأثیرگذارترین چهره‌های تاریخ توانبخشی ایران تبدیل کرد.

زمانی که کاردرمانی در ایران فقط یک اسم بود
وقتی ژاندارک اقلیدی وارد کاردرمانی شد، این رشته در

بنیان‌های کاردرمانی



اقلیدی» فقط یک واحد درسی نبود؛ تجربه‌ای بود که می‌توانست مسیر زندگی‌شان را عوض کند. او تنها یک استاد نبود، بلکه راوی انسان‌ها بود. راوی آنچه در توانبخشی اهمیت دارد: فهمیدن انسان، نه فقط درمان بیماری. در فضای آرام و صمیمانه‌ی کلاس‌هایش، دانشجویان همیشه با این تصور وارد می‌شدند که قرار است درس بدهد، اما کمی بعد درمی‌یافتند که او دارد دید می‌دهد، چشم می‌دهد، و راهی پیش‌روی‌شان می‌گذارد که در هیچ کتابی پیدا نمی‌شود.

گفته‌های دانشجویانش سال‌هاست تکرار می‌شود:

«حضور او در کلاس، خودش یک درس بود.»

«کاردرمانی را نه‌فقط در دانشگاه، بلکه کنار خانم اقلیدی یاد گرفتیم.»

«درستش عیناً تبدیل می‌شد به ایمان؛ ایمان به اهمیت توانبخشی.»

نگاه انسانی، احترام عمیق به مددجو، و شیوه‌ای که در آن بالین، نظریه و اخلاق را مثل سه ضلع یک مثلث کنار هم می‌نشاند، سبب شد نسل‌های مختلف دانشجویان، سال‌ها بعد هم کلاس‌های او را به‌عنوان نقطه شروع معنای واقعی کاردرمانی به‌یاد بیاورند.

در پشت آن آرامش و لبخند همیشگی اما یک حقیقت نهفته بود:

او کاردرمانی را فقط تدریس نمی‌کرد؛ آن را زندگی می‌کرد.

نقش‌آفرینی در توسعه علمی کشور

اقلیدی تنها درمانگر نبود؛ او پژوهشگری فعال هم بود. حضور او در مطالعات بالینی، پژوهش‌های دانشگاهی و همکاری با مراکز مجهز توانبخشی، باعث شد دامنه فعالیت کاردرمانی در ایران فراتر از درمان‌های سنتی برود و به حوزه‌هایی نظیر اختلالات یادگیری کودکان، توانبخشی پس از سکته مغزی، اختلالات تعادل، بررسی طرحواره‌های شناختی، مطالعات روان‌شناختی و... گسترش پیدا کند.

دست‌آورد پژوهشی او از مقالات مرتبط با اسپلینت‌های داینامیک و استاتیک در بیماران سکته مغزی تا تحلیل‌های روان‌شناختی درباره بیماران گوارشی گسترده است؛ آثاری که نشان می‌دهد نگاه او به توانبخشی، فقط جسم‌محور نیست؛ بلکه انسانی، جامع و علمی است.

زنی که ایستاد: مدیریت، مسئولیت و ساختن آینده‌ای که تصورش سخت بود

وقتی از سمت‌های مدیریتی صحبت می‌شود، معمولاً ذهن به‌سمت عنوان‌ها و میزها می‌رود. اما برای ژاندارک اقلیدی، مدیریت نه یک عنوان، بلکه مسئولیتی سنگین بود؛ مسئولیتی که او با جسارت، صبوری و اخلاق از پس آن برآمد.

در یکی از پیچیده‌ترین دوره‌های آموزشی کشور -حوالی سال‌های پس از انقلاب- زمانی که بسیاری از بخش‌ها بی‌ثبات، سردرگم یا تعطیل شده بود، او از معدود افرادی بود که مسئولیت پذیرفت و ایستاد. در دوران مدیریت گروه کاردرمانی، دغدغه‌اش

تنها نظم اداری نبود؛ بلکه حفظ کیفیت آموزش، پایدار کردن برنامه درسی و ایجاد آینده‌ای روشن برای دانشجویان بود.

او از آن سال‌ها نه با غرور، بلکه با فروتنی بیاد می‌کند: «وقتی چیزی را دوست داری، مسئولیتش را هم دوست داری. وظیفه داشتم کاری کنم که رشته‌مان زمین نخورد.» و حقیقت همین بود - رشته زمین نخورد، بلکه ریشه دواند.

او با ثبات و تدبیر، گروه را از دوران‌های سخت گذراند؛ کلاس‌ها را سرپا نگه داشت؛ نسل جدید اعضای هیئت علمی را همراه کرد و محیطی ساخت که در آن کاردرمانی فقط تدریس نمی‌شد، بلکه شکل می‌گرفت. از نگاه همکاران و دانشجویان، مهم‌ترین ویژگی او مدیریت از نوع اقتدار نبود، بلکه مدیریت از جنس اعتماد بود؛ اعتمادی که با رفتار انسانی، پشتکار، احترام متقابل و مسئولیت‌پذیری عمیق ساخته می‌شد.

در سال‌هایی که بسیاری ناامید می‌شدند، او راه را ادامه داد. در سال‌هایی که کنار کشیدن آسان بود، او ماند.

و همین ماندن‌هاست که امروز کاردرمانی ایران را به جایگاهی رسانده که نسل‌های جدید بر آن تکیه کرده‌اند.

اخلاق حرفه‌ای در عمل

برای ژاندارک اقلیدی، اشتباه نه لکه‌ای سیاه بود که باید پنهانش کرد، نه بهانه‌ای برای تحقیر یک همکار؛

بلکه دریچه‌ای بود برای گفت‌وگو، برای یاد گرفتن و برای رشد. او همیشه می‌گفت: «در کاردرمانی، اشتباه فقط زمانی بزرگ می‌شود که درباره‌اش حرف نزنیم.»

در برخورد با خطاهای حرفه‌ای، شیوه‌اش همان قدر انسانی بود که علمی. هیچ‌وقت مستقیماً تذکر نمی‌داد، هیچ‌وقت کسی را مقابل بیمار یا همکارانش کوچک نمی‌کرد و هیچ‌وقت فراموش نمی‌کرد که شغل ما در نهایت درباره‌ی انسان‌هاست - نه درباره‌ی غرورها، نه درباره‌ی برتری‌ها.

نخست ارتباط می‌ساخت، بعد همدلانه گفت‌وگو می‌کرد و همیشه یادآور می‌شد که هدف، درمان بهتر است؛ نه اثبات اینکه حق با من است. شاید همین اخلاق حرفه‌ای است که او را در نگاه چند نسل از کاردرمانگران ایرانی، نه‌فقط یک استاد، که یک الگوی حرفه‌ای به تمام معنا کرده است.

آینده‌ای که می‌بیند: امید، هشدار و افق‌های دور

گفت‌وگو با ژاندارک اقلیدی درباره‌ی آینده‌ی کاردرمانی، همیشه ترکیبی است از امید واقع‌بینانه و هشدار دل‌سوزانه. کاردرمانی از نظر او، یکی از ستون‌های اصلی توانبخشی است؛ رشته‌ای که به‌دلیل نگاه «جامع‌نگر» و «کل‌نگر» خود، در جهان مسیر رو به رشدی دارد. اما آینده‌ی یک رشته، فقط به ساختارش وابسته نیست؛ به نگرش فعالانش هم بستگی دارد. او با صداقت می‌گوید: «در زمان ما انگیزه برای تلاش بیشتر بود؛ امروز بسیاری از فارغ‌التحصیلان، بالین را می‌بینند اما افق را نه.» و بعد همان مثال همیشگی‌اش را می‌آورد - مثالی که سال‌هاست دانشجویان از او نقل می‌کنند: «وقتی از پله بالا می‌روید، فقط ۴ پله جلوی



مادر کاردرمانی ایران ژاندارک اقلیدی

پایه‌گذار آموزش و خدمات کاردرمانی در ایران
پیشگام، معلم و الهام بخش نسل‌های بعد

داشت.

از او پرسیدند: «چه شد که ماندید؟»

گفت: «چون باید کسی می‌ماند تا

این رشته بماند.»

این جمله، نه غرور دارد نه خودنمایی.

این جمله حقیقت است. حقیقت

ایستادن زنی که حضورش باعث

شد رشته‌ای نوپا ریشه بدواند و امروز

-سال‌ها بعد- بسیاری از کاردرمانگران

ایرانی، بی‌آنکه او را از نزدیک دیده

باشند، میراث او را زندگی می‌کنند:

میراثی از انسان‌دوستی، صبر، اخلاق،

دل‌سوزی و نگاه جامع‌نگر به انسان.

اگر کاردرمانی ایران امروز مسیر

مشخص و هویت حرفه‌ای دارد، بخشی

از آن را باید در همان روزهایی جست‌وجو

کرد که او تنها بود، اما رشته‌اش را تنها

نگذاشت.

نامی که می‌ماند، چراغی که ادامه دارد

ژاندارک اقلیدی سال‌هاست از

تدریس فاصله گرفته است، اما تأثیر

او در راهروهای دانشکده، در ذهن

دانشجویان و در روح کاردرمانی ایران

هنوز جاری است. نام او تنها یادآور یک

استاد نیست؛ یادآور نسلی است که

با عشق کار کرد، با ایمان ساخت و با

اخلاق ادامه داد.

او برای بسیاری، نماد تعهد است؛

برای برخی، معلم؛

برای برخی دیگر، تکیه‌گاهی در دوران دانشجویی؛

و برای همه‌ی ما، یادآور این حقیقت که رشته‌های بزرگ را

انسان‌های بزرگ می‌سازند.

پرونده را با این جمله می‌توان بست - جمله‌ای که نه فقط

توصیف او، که میراث اوست: او از کاردرمانی فقط حرف نزد؛ آن را

زندگی کرد. تا زمانی که این رشته در ایران ادامه دارد، نام ژاندارک

اقلیدی نیز با آن ادامه خواهد داشت.

منابع

- دانشکده توانبخشی دانشگاه تهران. «تاریخچه گروه کاردرمانی»
- انجمن علمی کاردرمانی ایران. «گزارش‌ها و اسناد توسعه حرفه»
- مصاحبه انجام شده با خانم ژاندارک اقلیدی در سایت <https://rehab.sbm.ac.ir>

خود را نبینید؛ افق را هم نگاه کنید.»

در نگاه او آینده‌ی این رشته در ایران «یکنواخت» است؛ نه به

معنای ناامیدکننده، بلکه به معنای این که «می‌تواند روشن‌تر

باشد اگر بخواهیم.»

پیام او به نسل امروز کاردرمانگران کوتاه اما عمیق است: اگر

افق داشته باشید، آینده‌ی این رشته نه یکنواخت، که نورانی

خواهد بود.

مسئولیت، صبر و نسلی که ساخته شد

عبارت «مادر کاردرمانی ایران» برای ژاندارک اقلیدی فقط

یک لقب نیست؛ خلاصه‌ای است از سال‌ها تلاش، شب‌بیداری،

مبارزه با بی‌اعتمادی‌ها و ساختن زیرساخت‌هایی که امروز

نسل‌های جدید روی آن قدم می‌گذارند.

او در سال‌هایی کار می‌کرد که کاردرمانی هنوز برای بسیاری

نامی گنگ بود. در سال‌هایی ایستاد که برخی حتی ضرورت این

رشته را زیر سؤال می‌بردند. در جلسات رسمی، در ستاد انقلاب

فرهنگی، در گفت‌وگوها و برنامه‌ریزی‌های آموزشی، بارها از این

رشته دفاع کرد؛ نه با شعار، نه با تندروی - بلکه با استدلال،

با منش حرفه‌ای و با ایمان به ارزش‌های رشته‌ای که دوستش

مدل‌ها و نظریه‌ها

مدل ناتوانی‌های شناختی آلن (CDM)



زهرا پورمحمدی وفا | دانشجوی کارشناسی ارشد کاربردی

آیا «عینک IRM» برای شما مناسب بود؟ آیا در دیدگاه شما نسبت به مراجعان و شیوه ارتباط درمانی‌تان تأثیرگذار بوده است؟ اگر هنوز با IRM آشنایی ندارید یا تصویر روشنی از آن در ذهنتان نیست، پیشنهاد می‌شود به شماره قبلی نشریه مراجعه کرده و آن را مرور کنید. اما اگر از شماره پیش همراه ما بوده‌اید، عینک خود را فعلاً کنار نگذارید؛ زیرا همچنان با مدل‌هایی سروکار خواهیم داشت که به حوزه شناخت و ابعاد روان‌شناختی مرتبط‌اند. در این شماره، تمرکز خود را بر معرفی مدل ناتوانی‌های شناختی آلن، یعنی (CDM: Cognitive Disabilities Model)، قرار خواهیم داد.

از شکل‌گیری CDM تا دریافت جایزه النور کلارک اسلاگل

کلودیا آلن از اواخر دهه ۱۹۶۰ فعالیت حرفه‌ای خود را در محیط‌های روان‌پزشکی آغاز کرد. او به تدریج دریافت که روش‌های رایج آن زمان، پاسخ‌گوی نیازهای واقعی افراد با مشکلات شناختی و اختلالات روانی مزمن نیست. آلن بر این باور بود که در بسیاری از موارد، به جای تلاش برای «اصلاح» ناتوانی‌های شناختی، باید فعالیت‌ها و محیط را با توانایی‌های باقی‌مانده فرد تطبیق

داد تا امکان مشارکت بیشینه‌ی او در زندگی روزمره فراهم شود. جرقه‌های اولیه شکل‌گیری مدل ناتوانی‌های شناختی (CDM) از همین مشاهدات بالینی آغاز شد و در نهایت، آلن در سال ۱۹۸۷ به پاس ابداع و توسعه این مدل، موفق به دریافت جایزه معتبر النور کلارک اسلاگل شد.

مدل ناتوانی‌های شناختی آلن (CDM) چیست و چگونه کار می‌کند؟

نگاهی به مفاهیم و بنیان‌های نظری
ناتوانی شناختی را می‌توان به صورت «محدودیت‌های قابل مشاهده در رفتارهای معمول و وظایف روزمره که ناشی از اختلال در فرایندهای زیستی و شناختی مغز هستند» تعریف کرد. از دیدگاه کلودیا آلن، این محدودیت‌ها زمانی اهمیت پیدا می‌کنند که بر مشارکت فرد در فعالیت‌های معنادار روزمره اثر بگذارند. درحالی‌که بسیاری از رویکردهای نوروسایکولوژی بر عملکردهای جزئی شناختی مانند حافظه، ادراک دیداری یا زبان تمرکز دارند، CDM بر مفهوم «شناخت کلی»^۱ تأکید می‌کند؛ یعنی عملکرد یکپارچه و هماهنگ همه فرایندهای شناختی مغز و تأثیر آن بر عملکرد کاری^۲. در این مدل، پرسش اصلی این است که فرد در بستر زندگی واقعی و فعالیت‌های روزمره چگونه از ظرفیت شناختی خود استفاده می‌کند.

«می‌تواند»، «می‌خواهد»، «ممکن است»: سه پرسش کلیدی در CDM

آلن برای توضیح عملکرد انسان سه پرسش اساسی را مطرح می‌کند:

- فرد چه کاری می‌تواند انجام دهد؟ (Can -Do)
- چه کاری می‌خواهد انجام دهد؟ (Will-Do)
- چه کاری را ممکن است انجام دهد؟ (May-Do)

اگرچه CDM بر افراد دارای ناتوانی‌های شناختی تمرکز دارد، اما هم‌زمان، جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی فرد را در نظر می‌گیرد. آلن معتقد بود که عملکرد انسانی و تجربه بیماری، حاصل تعامل پویا میان سه بُعد زیر است:

- «می‌تواند انجام دهد»: ظرفیت‌های واقعی زیستی و

- شناختی؛ شامل فرآیندهای مغزی و توانایی‌های فرد.
 - «می‌خواهد انجام دهد»: ابعاد روان‌شناختی و معنایی؛ از جمله انگیزه، ارزش‌ها، علایق و بافتار فرهنگی-معنوی.
 - «ممکن است انجام دهد»: شرایط و محدودیت‌های اجتماعی؛ شامل حمایت خانواده، قوانین، منابع و دسترسی‌پذیری محیط.
- کاردرمانگر در CDM می‌کوشد با ایجاد تناسب میان این سه بُعد، بهترین سطح عملکرد واقعی فرد را تسهیل کند. در صورتی که میان آنچه فرد می‌تواند، می‌خواهد و ممکن است انجام دهد تعادل وجود نداشته باشد، احتمال بروز اختلال عملکردی افزایش می‌یابد.

ایمنی در CDM

ایمنی در CDM به قضاوت‌های لازم برای پیشگیری یا کاهش خطر برای خود و دیگران اشاره دارد. این قضاوت‌ها وابسته به پردازش صحیح اطلاعات محیطی در تمامی مراحل ورودی، پردازش، خروجی و بازخورد هستند. در مواردی که یادگیری جدید مختل شده است، فرد بیشتر به حافظه‌ی روبه‌ای و مهارت‌های خودکار متکی می‌شود و ممکن است برای پیشگیری از خطر، به حمایت دیگران نیاز داشته باشد. درمانگر باید با توجه به ظرفیت‌های شناختی فرد، میان ریسک‌پذیری سالم و نیاز به پیشگیری از خطر و حمایت بیشتر، تمایز قائل شود.

مقیاس سطوح شناختی آلن (ACS^۳)

مقیاس سطوح شناختی آلن، عملکرد شناختی را در شش سطح (۱ تا ۶)، همراه با پنج حالت فرعی (اعشاری) برای شناسایی دقیق‌تر توانایی‌ها و نیازهای حمایتی افراد دسته‌بندی می‌کند.

- سطح ۱ (اقدامات خودکار): پاسخ به محرک‌های پایه‌ای؛ نیازمند کمک کامل.
- سطح ۲ (اقدامات وضعیتی): توجه به نشانه‌های حسی، انجام حرکات ساده با راهنمایی.
- سطح ۳ (اقدامات دستی): استفاده از دست‌ها برای انجام کارهای ساده، انجام بخشی از خودمراقبتی تحت نظارت.
- سطح ۴ (اقدامات هدفمند): انجام فعالیت‌های آشنا به‌طور مستقل، دشواری در حل مسائل جدید.
- سطح ۵ (اقدامات اکتشافی): یادگیری از طریق آزمون و خطا، توانایی زندگی مستقل با کمک محدود.
- سطح ۶ (اقدامات برنامه‌ریزی شده): برنامه‌ریزی، پیش‌بینی پیامدها و قضاوت مستقل.



Claudia K. Allen, MA, OTR, FAOTA

ارزیابی‌ها در مدل ناتوانی‌های شناختی (CDM)
در CDM، هدف ارزیابی فراتر از تعیین یک نمره شناختی است؛ هدف اصلی، دستیابی به درکی جامع از «ظرفیت شناختی عملکردی موجود» فرد است تا بتوان تناسب مناسبی میان فرد، فعالیت و محیط ایجاد کرد (Creating a Fit).
فرآیند ارزیابی معمولاً با دریافت پروفایل کاری^۴ شروع می‌شود و سپس با استفاده از ابزارهای استاندارد مبتنی بر عملکرد تکمیل می‌گردد.

غربالگری سریع سطح شناختی (5-ACLS):

5-ACLS ابزاری مبتنی بر فعالیت دوخت چرم است که تخمینی از سطح عملکرد شناختی فرد در محدوده سطوح ۳ تا ۵ ارائه می‌دهد. این آزمون شامل سه نوع دوخت با پیچیدگی فزاینده است:

- دوخت ساده (Running Stitch)
- دوخت حاشیه‌دوزی (Whip Stitch)
- دوخت بند چرمی (Single Cordovan Stitch)

این ابزار به‌عنوان آزمون غربالگری استفاده می‌شود و نمرات آن باید با سایر مشاهدات و آزمون‌ها تکمیل و تفسیر شوند.

ارزیابی حل مسئله در موقعیت‌های جدید (2-ADM):
ADM-۲ مجموعه‌ای از فعالیت‌های کاردستی و پروژه‌های کوچک است که فرآیندهای شناختی پیچیده‌تر مانند یادگیری اطلاعات جدید، حل مسائل ناآشنا و تنظیم رفتار در شرایط جدید را آشکار می‌سازد. این ابزار برای ارزیابی ایمنی و نحوه مواجهه فرد با چالش‌های تازه اهمیت ویژه‌ای دارد.

بررسی روتین‌های روزمره از چند دیدگاه (RTI-E):

RTI-E امکان مقایسه عملکرد فرد را از دیدگاه خود فرد، مراقب و درمانگر فراهم می‌کند و اطلاعات ارزشمندی درباره میزان آگاهی فرد از توانایی‌ها و محدودیت‌های خود ارائه می‌دهد.

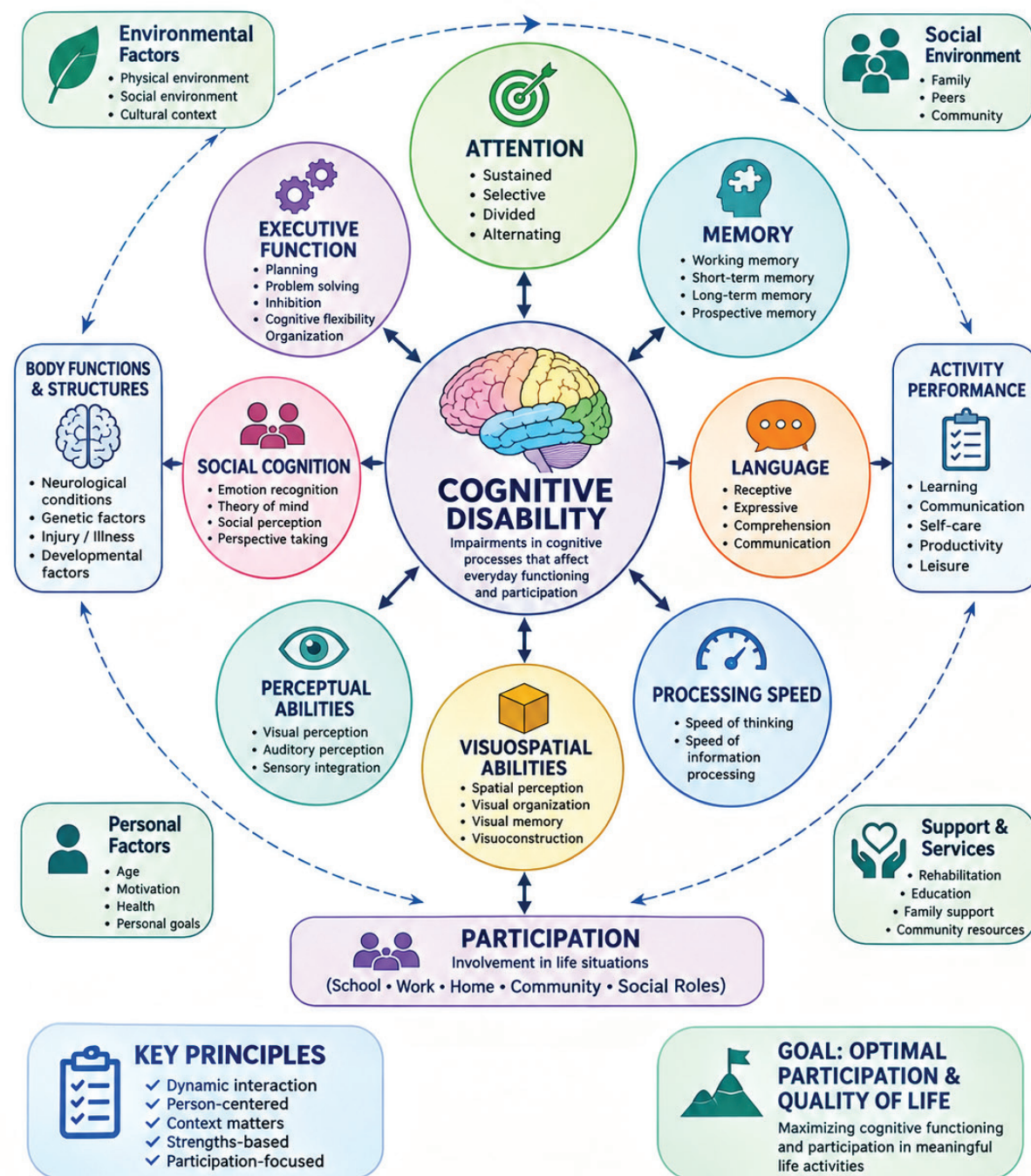
ارزیابی شناخت عملکردی در دمانس (FCA):

(FCA-Functional Cognitive Assessment) ابزاری مبتنی بر عملکرد است که به‌طور خاص برای بزرگسالان مبتلا به آلزایمر و دمانس طراحی شده و نیاز فرد به حمایت در فعالیت‌های ADL و IADL و فعالیت‌های تفریحی را نشان می‌دهد.



COGNITIVE DISABILITIES MODEL

Interaction of Individual Capacities, Activity Performance, and Contextual Factors



رویکردهای مداخله بر اساس CDM و ۳-OTPF

در CDM، مداخلات کاربردی همسو با ۳-OTPF در چند محور اصلی سازماندهی می‌شوند. هدف مشترک آنها، ایجاد تناسب میان توانایی‌های شناختی عملکردی فرد، ملزومات فعالیت و ویژگی‌های محیط است. این محورها عبارتند از: تعدیل فعالیت‌ها و محیط‌ها، ایجاد یا بازسازی الگوهای عملکردی و مهارت‌ها، ایجاد یا بازسازی ظرفیت‌های شناختی زیربنایی، پیشگیری و نگهداشت.

هنر تطبیق: کاربرد CDM برای طراحی مداخله

جین، خانم ۹۲ ساله‌ای با سابقه دمانس و آرتریت روماتوئید است که پیش‌تر به‌عنوان منشی در بانک فعالیت داشته و به بافندگی، مطالعه و ورزش علاقه‌مند بوده است. او در یک مرکز مراقبت زندگی می‌کند و دچار محدودیت‌هایی در انجام فعالیت‌های روزمره و برقراری ارتباط است. کاهش مشارکت جین در فعالیت‌های مرکز و ناتوانی دخترش در یافتن فعالیت‌های مشترک در زمان ملاقات، دلیل ارجاع به کاربردی بوده است.

یافته‌های ارزیابی

- مشاهدات: سردرگمی جین در زمان و مکان، مشکل در به‌یادآوردن نام‌ها و چهره‌ها، و نیاز به کمک در فعالیت‌های روزمره.
- نتایج ابزارهای استاندارد: نمره ۵-ACL5 برابر با ۳/۴ و عملکرد شناختی در سطح ۳/۶ مقیاس آلن بود.
- تحلیل Can-Do/Will-Do/May-Do: Can-Do وجود محدودیت‌های جسمی مانند ضعف قدرت گرفتن، کاهش دامنه حرکتی و حدت بینایی، اما حفظ توانایی انجام حرکات ظریف و استفاده از کمک‌های شنوایی و بینایی.

- Will-Do: انگیزه برای مشارکت در فعالیت‌های آشنا.
- May-Do: بهبود عملکرد با حمایت‌های شناختی و فیزیکی.
هدف مداخله: طراحی و اجرای حداقل چهار فعالیت متناسب با سطح شناختی عملکردی جین (۳.۶ در مقیاس آلن)، علایق پیشین و شرایط محیطی موجود.

مداخلات مبتنی بر CDM

- تحلیل و تعدیل فعالیت‌ها:
 - ورزش: پیاده‌روی با واکر و استفاده از دوچرخه ثابت.
 - معاشرت: گفت‌وگو درباره اشیاء و خاطرات آشنا.
 - بافندگی: جایگزینی با رشته کردن مهره‌ها.
 - مطالعه: خواندن داستان زندگی جین توسط دخترش.
- آموزش مراقبان: هماهنگی فعالیت‌ها با توانایی‌های جین و استفاده از محرک‌های محیطی مناسب.
- نتایج مداخله
- افزایش درک دختر جین از توانایی‌های مادر و بهبود کیفیت تعاملات.
- لذت بردن جین از فعالیت‌های تعدیل‌شده و مشارکت مؤثر در فعالیت‌ها.
- ارتقای کیفیت زندگی جین از طریق حمایت هدفمند از توانایی‌های شناختی باقی‌مانده.

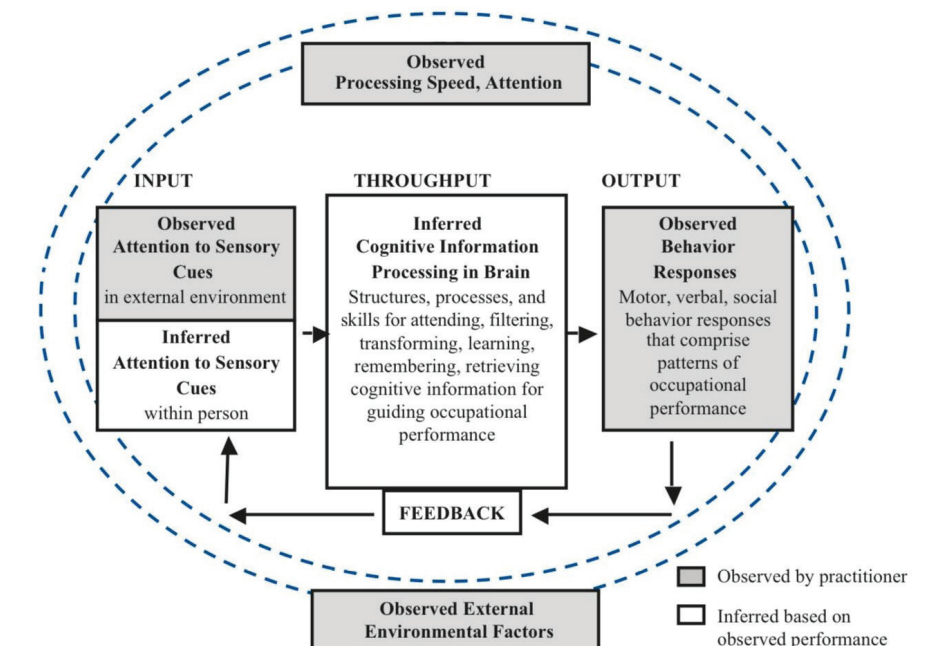
آیا لنز CDM برای شما مناسب است؟

مدل ناتوانی‌های شناختی آلن با تمرکز بر توانایی‌های باقی‌مانده، ابزار مناسبی برای درک ارتباط میان ظرفیت شناختی، پیچیدگی فعالیت و محیط فراهم می‌کند. این مدل با رویکردی انسان‌محور و از طریق تعدیل فعالیت‌ها و محیط، امکان طراحی حمایت‌های مناسب، فعالیت‌های ایمن و ارتقای مشارکت معنادار افراد با ناتوانی‌های شناختی را فراهم می‌آورد.

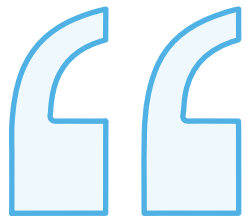
اما انتخاب نهایی با شماست:
آری به CDM یا خیر؟

منابع:

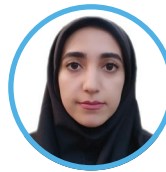
Cognition, Occupation, and Participation Across the Lifespan: Neuroscience, Neurorehabilitation, and Models of Intervention in Occupational Therapy. 4th ed., AOTA Press, 2020Katz, Noomi, and Joan Toglia, editors.



روایت سی سال حضور در خط مقدم توان بخشی گفت‌وگو با آقای نادر مقیمی



یاسمین بغدادی نسب | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی



کاردرمانی در ایران، به‌ویژه در مراکز توانبخشی غیردولتی، ریشه‌ای عمیق در تلاش پیش‌کسوتانی دارد که نه‌تنها در بالین بیماران، بلکه در ساختارهای صنفی و مدیریتی نیز نقش‌آفرین بوده‌اند. یکی از این چهره‌های شاخص، جناب آقای نادر مقیمی، پیش‌کسوت محترم رشته کاردرمانی و رئیس انجمن مراکز توانبخشی استان آذربایجان شرقی، هستند. در این شماره از نشریه با افتخار میزبان هم‌صحبتی با ایشان هستیم و امیدواریم سخنان ارزشمندشان چراغ راهی باشد برای نسل جوان کاردرمانی ایران.

پیشنهاد دوستان و همکاران و با توجه به نیاز موجود در استان، قبل از اینکه به خدمت سربازی اعزام شوم، دو سه ماهی در سازمان بهزیستی استان و مرکز بهزیستی شهید چمران تبریز فعالیت داشتم. پس از پایان خدمت سربازی به این فکر افتادم که یک مرکز توانبخشی تاسیس کنم تا بتوانم در حوزه کودکان کم‌توان ذهنی و به‌طور کلی کودکان با نیازهای ویژه فعالیتی همه‌جانبه داشته باشم. در اردیبهشت ماه ۱۳۷۶ مرکز توانبخشی روان‌تن را افتتاح کردم. در واقع نزدیک به ۲۹ الی ۳۰ سال است که در این مرکز مشغول فعالیت هستم.

از ابتدا علاقه‌مند بودم که در امور مربوط به مراکز توانبخشی فعالیت منسجمی داشته باشم، لذا از همان آغاز تاسیس مرکز توانبخشی روان‌تن، فعالیت‌های صنفی را نیز دنبال کردم. در آن زمان انجمن مراکز توانبخشی به‌شکل کنونی نبود؛ انجمن مدیران مراکز توانبخشی بود که ویژه کودکان کم‌توان ذهنی فعالیت

ضمن عرض سلام و تشکر بابت وقتی که در اختیار ما می‌گذارید، لطفاً خودتان را برای مخاطبان نشریه معرفی بفرمایید و مختصری از سابقه علمی و تجربی خود شرح دهید.

عرض سلام دارم خدمت شما و تشکر می‌کنم از برگزاری این گفت‌وگو که به‌نوعی پیوندی است میان رشته کاردرمانی و مراکز توانبخشی؛ پیوندی ناگسستنی که نقش کاردرمانگرها در آن بسیار بارز و سازنده است.

بنده نادر مقیمی هستم، فارغ‌التحصیل رشته کاردرمانی از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی تهران در سال ۱۳۷۳. تجربه کاری من با چند ماه اشتغال در سازمان بهزیستی استان، در یک بخش کاردرمانی که متأسفانه کاردرمانگر نداشت، آغاز شد. جزو اولین کاردرمانگرانی بودم که در تبریز مشغول به کار شدند. به



افق‌های کاردرمانی



می‌کرد. من به همراه چند تن از همکاران، از مؤسسان این انجمن در تهران بودیم و در استان آذربایجان شرقی نیز شعبه آن را تاسیس کردیم. این حضور و فعالیت تا امروز نیز ادامه دارد و در خدمت دوستان و مراکز توانبخشی هستیم. همچنین در دوره‌هایی افتخار حضور در انجمن مراکز توانبخشی کشور را داشتیم که به‌نوبه‌ی خود، در تصمیم‌سازی‌ها و روند فعالیت مراکز توانبخشی موثر واقع شد. در حال حاضر در شعبه استان آذربایجان شرقی، به‌عنوان رئیس هیئت مدیره انجمن مراکز توانبخشی استان در خدمت همکاران هستیم.

انجمن مراکز غیردولتی چه ماموریت‌های مشخصی در پیگیری حقوق صنفی و حرفه‌ای کاردرمانگران شاغل در مراکز توانبخشی دارد و چه دستاوردهایی تا امروز در این زمینه داشته است؟

در یک مرکز توانبخشی، مجموعه‌ای از فعالیت‌های توانبخشی _یسته به نوع کاربری_ انجام می‌گیرد؛ در مراکز توانبخشی کم‌توان ذهنی، که امروزه با عنوان مراکز رشدی‌هوشی شناخته می‌شود، همکاران کاردرمانگر و گفتاردرمانگر نقش بارزی در تیم توانبخشی دارند. در مراکز کم‌شنوایی، همکاران شنوایی‌شناس فعالیت می‌کنند. در مراکز کم‌بینایی، همکاران بینایی‌سنج و در مراکز جسمی-حرکتی، کاردرمانگران، فیزیوتراپ‌ها و گفتاردرمانگران نقش محوری ایفا می‌کنند. نقش انجمن در این میان، تبیین جایگاه این رشته‌ها در آیین‌نامه‌های تخصصی مراکز توانبخشی است؛ چه در تعیین اهداف درمانی و آموزشی، چه در ارزیابی‌های تخصصی و گزارش‌نویسی، چه در کیس‌ریپورت‌ها و کیس‌کنفرانس‌هایی که در این مراکز برگزار می‌شوند. در همه این موارد نقش تیم توانبخشی به‌ویژه کاردرمانگران، برجسته است. کاردرمانگران در تک‌تک جایگاه‌های آیین‌نامه‌های مراکز توانبخشی نقشی بسزا ایفا می‌کنند. به‌هر حال اگر بخواهیم از منظر یک فعالیت حرفه‌ای و صنفی دفاع کنیم، انجمن کل مراکز توانبخشی مانع از آن شده است که افراد تکنسین در مراکز فعالیت داشته باشند. همواره تاکید بر این بوده است که حتما کاردرمانگرانی که از دانشگاه‌های علوم پزشکی یا علوم توانبخشی فارغ‌التحصیل شده‌اند در مراکز توانبخشی فعالیت داشته باشند. برخلاف گذشته که حضور تکنسین‌ها در مراکز رایج بود، اکنون مراکز توانبخشی ملزم به جذب همکاران رشته کاردرمانی هستند و این امر، به نظر من، نقش بسزایی در اشتغال این عزیزان داشته است. امروزه موج عظیمی از فارغ‌التحصیلان کاردرمانی را در شهرهای مختلف کشور شاهد هستیم و بی‌تردید مراکز توانبخشی جایگاه مناسبی برای ایشان فراهم کرده‌اند. تصور کنید اگر مراکز توانبخشی با این وسعت و دامنه حضور جغرافیایی وجود نداشتند، این تعداد از کاردرمانگران نمی‌توانستند در این سطح اشتغال یابند. از یک سو نیاز مراکز توانبخشی به کاردرمانی از طریق

دانشگاه‌ها تامین شده است و از سوی دیگر، این مراکز به بستری برای فعالیت عزیزان کاردرمانگر تبدیل شده‌اند. به قول معروف این پیوند یک پیوند دو طرفه است؛ یعنی هم مراکز توانبخشی به حضور کاردرمانگران نیازمند شده‌اند و هم کاردرمانگران در این مراکز جایگاه مناسبی یافته‌اند. خوشبختانه این تعامل و همکاری میان کاردرمانگران و مراکز توانبخشی به نیکویی برقرار است. ما توانستیم از طریق انجمن مراکز توانبخشی و همچنین انجمن کاردرمانی استان به یک هم‌فکری و تعامل برسیم و بتوانیم در یک فضای خوب و مثبت در استان فعالیت داشته باشیم.

اساسنامه و ساختار این انجمن، تا چه اندازه با نیازها و مطالبات صنف کاردرمانی هم‌خوانی دارد؟

اساسنامه انجمن مراکز توانبخشی اختصاصاً به رشته‌های توانبخشی مرتبط نیست؛ بلکه یک اساسنامه صنفی است که در چارچوب فعالیت‌های روزانه و شبانه‌روزی مراکز توانبخشی تدوین شده تا از حقوق صنفی این مراکز دفاع کند. البته در جزئیات فعالیت‌ها و اساسنامه، انجمن در تعامل با سازمان بهزیستی و تدوین آیین‌نامه‌های تخصصی و شرایط دقیق‌تر فعالیت مراکز، نقش سازنده‌ای دارد. طبیعتاً وقتی انجمن در نوشتار و تبیین آیین‌نامه‌های تخصصی دخیل است، جایگاه رشته‌های توانبخشی برایش بسیار حائز اهمیت است. هرچند در برخی استان‌ها با کمبود شدید کاردرمانگر یا سایر رشته‌ها مواجه هستیم، اما هویت یک مرکز توانبخشی به حضور کارشناسان توانبخشی به‌ویژه رشته کاردرمانی گره خورده است؛ یعنی زمانی معنی می‌یابد که رشته‌های توانبخشی، به‌خصوص کاردرمانی، بتوانند به‌شکلی فعال، علمی و منسجم در کنار سایر فعالیت‌های توانبخشی و آموزشی مراکز حضور داشته باشند. لذا انجمن شاید به‌طور مستقیم در خصوص رشته کاردرمانی ورود نکند، اما در تدوین آیین‌نامه‌ها و پیگیری اموری که در شرایط خاص موثرند و هویت یک مرکز توانبخشی را حفظ می‌کنند، قطعاً نقش دارد. به‌عنوان یک کاردرمانگر تعصب خاصی نسبت به حضور کاردرمانگرهای خبره در مراکز توانبخشی دارم و به‌جد پیگیر این موضوع هستیم و بر حضور هر چه بیشتر کاردرمانگران در مراکز تاکید داریم. این پیگیری هم برای همکاران کاردرمانگر ما مفید است و هم به پویایی بیشتر مراکز توانبخشی کمک می‌کند. فعالیت ما در این زمینه به‌صورت کلی است و امیدواریم بتوانیم مشکلات موجود را نیز برطرف کنیم.

با توجه به اینکه شما خود کاردرمانگر هستید، از نگاه شما، سازمان بهزیستی در سیاست‌گذاری‌های خود، جایگاه کاردرمانی را تا چه اندازه به رسمیت می‌شناسد و چه شکاف‌هایی بین سیاست و عمل وجود دارد؟

درباره جایگاه کاردرمانی در سیاست‌گذاری‌های سازمان بهزیستی، باید توجه داشت که رشته کاردرمانی به‌عنوان یک رشته تخصصی به حساب می‌آید. تا جایی که بنده مطلع هستم و بر اساس جلساتی که برگزار می‌شود، نقش کاردرمانگر در فرایندهای تخصصی و آموزشی مراکز توانبخشی بسیار برجسته دیده می‌شود؛ به‌گونه‌ای که از مراکزی که مؤسس، صاحب‌امتیاز یا مسئول فنی آنها کاردرمانگر باشد، استقبال زیادی می‌شود. البته سایر رشته‌ها نیز جایگاه خود را دارند، اما از آنجا که کاردرمانگران در اکثر کاربری‌های مراکز توانبخشی فعال هستند، اولویت با کاردرمانی است که نشانگر اهمیت این رشته و شناخت کامل سازمان بهزیستی از آن است. من منکر توانایی سایر رشته‌های توانبخشی در اداره مرکز نیستم، اما آنچه مشاهده کرده‌ام، نشان می‌دهد که رشته کاردرمانی در دیدگاه سازمان بهزیستی به‌عنوان یک نیروی توانبخشی همه‌جانبه‌نگر، جایگاهی ویژه دارد؛ چه در موضوعات تخصصی و چه در فعالیت‌های آموزشی مراکز روزانه یا شبانه‌روزی. این جایگاه به‌دلیل فعالیت‌های انجام شده در این زمینه و توانمندی‌هایی است که همکاران کاردرمانگر در اداره یک مرکز توانبخشی از خود نشان داده‌اند. در بسیاری از موارد، کاردرمانگران حتی در سطوح مدیریتی سازمان بهزیستی کشور و استان نقش آفرینی داشته‌اند و این نشانگر توانایی‌های همکارانی است که توانسته‌اند این جایگاه را _چه از لحاظ علمی و چه از لحاظ مدیریتی و اجرایی_ در سازمان بهزیستی تثبیت کنند. همان‌طور که عرض کردم برای سازمان بهزیستی ترجیحاً بسیار مهم است که نقش کاردرمانگر در یک مرکز بارزتر باشد. این بارز بودن می‌تواند در مؤسس بودن، صاحب امتیاز بودن یا مسئول فنی بودن مرکز تجلی یابد. لذا تصور بنده به‌عنوان یک کاردرمانگر این است که دست کم در استان خودمان، کاردرمانگران جایگاه ویژه و خوبی دارند و توجه بیشتری نسبت به این موضوع در سازمان بهزیستی استان وجود دارد.



یکی از دغدغه‌های همیشگی، تعرفه‌های خدمات کاردرمانی در مراکز غیردولتی است. انجمن برای اصلاح تعرفه‌ها و ایجاد انگیزه‌ی مالی در کاردرمانگران، چه اقداماتی انجام داده‌است؟

به‌طور کلی سازوکار تعرفه‌گذاری در کشور ما معیوب است؛ از سازمان نظام پزشکی بگیرید تا رشته کاردرمانی و دیگر حوزه‌های تخصصی و کارشناسی. هیچ‌گاه آن مبلغ یا تعرفه مطلوب کسب نشده است، چه در زمینه اقدامات جراحی، چه تعرفه‌های نظام پزشکی برای متخصصان و پزشکان، چه در حوزه رشته‌های توانبخشی. این مسئله‌ای است که به‌طور کلی هیچ‌گاه امکان تحقق آن نبوده است و به‌دلیل تنگناهایی است که در سطوح بالادستی و نهادهای متولی تعرفه‌گذاری وجود دارد. مراکز توانبخشی نیز از این قاعده مستثنا نیستند و همواره تحت فشار شرایطی بوده‌اند که نه با استانداردهای یک مرکز خوب همخوانی دارد و نه با فعالیت‌های شایسته. با وجود آنکه قانون حمایت از حقوق معلولان هرساله بر این موضوع تاکید دارد، متأسفانه مبالغ مصوب، هیچ‌گاه برای مراکز توانبخشی مطلوب و قابل قبول نبوده است. طبیعتاً این امر بر کلیه فعالیت‌های یک مرکز توانبخشی تاثیر می‌گذارد. با این وجود می‌توان گفت که در حال حاضر تعرفه خدمات کاردرمانی و دیگر رشته‌های توانبخشی در این مراکز نسبتاً متناسب در نظر گرفته شده است و تلاش شده که همکاری سازنده‌ای بین کاردرمانگران و مراکز توانبخشی فراهم آید. البته نوع فعالیت مراکز توانبخشی با کلینیک‌های کاردرمانی تفاوت دارد؛ هم از نظر تعرفه و هم از نظر ماهیت فعالیت. مراکز توانبخشی برای کاردرمانگران تسهیلاتی در نظر گرفته‌اند که شاید در کلینیک‌ها وجود نداشته باشد؛ برای مثال در مرکز توانبخشی ما به‌دنبال جست‌وجوی بیمار برای یک کاردرمانگر نیستیم و سایر هزینه‌هایی که در یک کلینیک لازم است سرمایه‌گذاری شود وجود ندارد و همکاران کاردرمانگر بر اساس ساعت حضورشان در این مجموعه فعالیت می‌کنند. اگر فعالیت کاردرمانگر را با فردی که در سیستم دولتی استخدام شده است مقایسه کنیم، شرایط در مراکز توانبخشی کاملاً به نفع کاردرمانگر است. لذا همان‌طور که عرض کردم همواره سعی بر این بوده است که تعرفه‌ای متناسب و متعادل، با توجه به شرایط جامعه و تعرفه‌های موجود، تعیین شود؛ تعرفه‌ای که بتواند فعالیت‌های مفید و موثر را در این شرایط رقم بزند. هرچند در شرایط کنونی، هیچ تعرفه‌ای واقعاً مطلوب شرایط کشور و همکاران توانبخشی یا پزشکان یا متخصصان نیست. متأسفانه توان مالی ما، به‌عنوان یک رشته خدماتی در حوزه توانبخشی، با شرایط تورمی حاکم بر کشور تناسبی ندارد. هر مبلغی که در ابتدای سال تعیین می‌شود تا پایان سال بدون تغییر می‌ماند و افزایش تورم در آن لحاظ نمی‌شود. این معضلی است که باید در نهادهای تعرفه‌گذار مورد بازبینی قرار گیرد. امیدواریم که با بهبود شرایط و دستیابی مراکز توانبخشی به تعرفه‌ای قانونی و متناسب، بتوان گامی موثر برداشت و همکاران را با شرایط مالی بهتر جذب کرد.



به‌عنوان رئیس انجمن مراکز غیردولتی توانبخشی و یک کاردرمانگر، چه پیامی برای اعضای انجمن، کاردرمانگران شاغل در مراکز و دانشجویان کاردرمانی دارید؟

شاید لازم باشد مجدداً یادآوری کنم انجمن مراکز توانبخشی، در زمینه برگزاری دوره‌های آموزشی برای نیروهای تخصصی مراکز توانبخشی –چه مربیان و چه سایر نیروهای تخصصی– پیشرو بوده است. انجمن مراکز توانبخشی استان دوره‌های متعددی را تدارک دیده است و در سمینارهای علمی و کارگاه‌های موثر، از اساتید برجسته و صاحب‌نامی دعوت به عمل آورده است. در دوره‌های مختلف توانستیم نقش خود را به‌عنوان یک کاردرمانگر در بستر مراکز توانبخشی به‌خوبی ایفا کنیم و جای دارد از تک‌تک همکاران و اساتیدی که در این مسیر به ما کمک کردند تشکر کنم. این دوره‌ها بسیار مفید و کارگشا بودند و در جایگاه خود تأثیری انکارناپذیر بر ارتقای سطح کیفی مراکز توانبخشی داشتند. امیدواریم با تعاملاتی که از این پس می‌توانیم با انجمن علمی کارمانی استان داشته باشیم، این دوره‌ها را تداوم بخشیم و در فضایی علمی و سازنده، سطح تخصصی مراکز توانبخشی و همکاران فعال در این حوزه را بیش از پیش ارتقا دهیم.

شروع فعالیت بسیاری از همکاران از مراکز توانبخشی رقم می‌خورد. همه همکاران نمی‌توانند بلافاصله پس از فراغت از تحصیل اقدام به تاسیس کلینیک کنند یا در کلینیک‌های کاردرمانی مشغول به کار شوند. از این منظر، مراکز توانبخشی بستری مناسب و مطلوب برای کاردرمانگران به‌شمار می‌روند؛ به‌ویژه برای تازه فارغ‌التحصیلان، این مراکز دروازه‌ای است برای ورود به بازار کار تخصصی کاردرمانی. بسیاری از کاردرمانگران موفق که اکنون در کلینیک‌های کاردرمانی فعالیت می‌کنند، مسیر حرفه‌ای خود را از مراکز توانبخشی آغاز کرده‌اند. بنابراین مرکز توانبخشی می‌تواند برای یک کاردرمانگر حکم سکوی پرتاب را داشته باشد؛ جایی که بدون نیاز به هزینه گزاف یا تبلیغات ویژه، فعالیت کند، خدمات مطلوب ارائه دهد، خود را معرفی نماید و در میان گروه‌های هدف، جایگاهی مشخص برای خود بیابد. بی‌تردید ارتباط و تعامل دوسویه بین مراکز توانبخشی و کاردرمانگران می‌تواند هم در ارتقا سطح فعالیت مرکز موثر باشد هم در رشد حرفه‌ای کاردرمانگر. امروز عرصه رقابت‌های تنگاتنگ است؛ با توجه به حضور گسترده کاردرمانگران عزیز، خانواده‌ها بر اساس کیفیت و شیوه کار، کاردرمانگر خود را انتخاب می‌کنند و بی‌گمان، نوع و نحوه فعالیت هر کاردرمانگر در مرکز توانبخشی، در آینده شغلی‌اش تأثیرگذار خواهد بود.

از تک‌تک همکاران کاردرمانگری که در مراکز توانبخشی متعهدانه و حرفه‌ای کار می‌کنند و تعاملات خوبی با مدیریت مراکز و خانواده‌ها دارند، صمیمانه سپاسگزارم. آنچه برای من بسیار حائز اهمیت است، آن است که کاردرمانگران، به‌عنوان عضوی از تیم توانبخشی، نقش خود را در مرکز ایفا کنند. جایگاه کاردرمانگر و هر یک از رشته‌ها بسته به نوع فعالیت‌هایی که فرد در آن مجموعه دارد تعیین می‌شود و بدون تردید کاردرمانگران می‌توانند نقشی برجسته و تعیین‌کننده در مراکز توانبخشی داشته باشند. لذا خواهش من این است که کاردرمانگران عزیز، همان‌گونه که اکنون نیز چنین است، در فعالیت‌های تیمی نقش موثر و بسزایی ایفا کنند، تعاملات را ارتقا دهند و جایگاه کاردرمانی را به‌عنوان رشته‌ای کارآمد و مفید در فضای تخصصی مراکز توانبخشی حفظ نمایند. امیدوارم اکنون که رشته کاردرمانی جایگاه شایسته خود را میان خانواده‌ها، اساتید و پزشکان یافته است، بتوانیم این جایگاه را هرچه بیشتر در امورات تخصصی مراکز توانبخشی ارتقا دهیم. برای تک‌تک همکاران گرامی آرزوی موفقیت و سربلندی دارم.

چه همکاری‌هایی بین انجمن مراکز غیردولتی و انجمن علمی استانی مقدور است؟

در مورد همکاری و تعاملات بین انجمن مراکز توانبخشی و انجمن علمی کاردرمانی استان، باید عرض کنم که انجمن مراکز توانبخشی استان به‌ویژه بنده در زمینه ایجاد انگیزه برای حضور همکاران بسیار تلاش کرده‌ایم. امسال شاهد یکی از پرشورترین انتخابات انجمن علمی کاردرمانی استان با حداکثر مشارکت و بیشترین جذب همکاران کاردرمانگر بودیم. این استقبال بی‌تردید مرهون فراخوان انجمن مراکز توانبخشی استان، پیگیری‌های همکاران کاردرمانگر در مراکز توانبخشی و نیز لطف و محبتی بود که همکاران نسبت به پیش‌کسوتان خود داشتند. به همین دلیل، امسال انتخابات انجمن کاردرمانی با حداکثر حضور برگزار شد و فضایی رقابتی و پویا به خود گرفت.

بنده به‌عنوان عضو هیئت ناظر و هیئت برگزارکنندگان انتخابات انجمن علمی کاردرمانی، تا آخرین لحظه با تهران هماهنگ بودم. این نشانگر این است که ما خود را جدا از انجمن علمی کاردرمانی نمی‌دانیم و خواستار این بوده‌ایم که در استانمان، انجمنی پرپرا، تأثیرگذار و همه‌جانبه‌نگر داشته باشیم. هرچه این همه‌جانبه‌نگری در تعامل با سایر مجموعه‌ها و انجمن‌ها بیشتر باشد، نتایج مطلوب‌تری حاصل خواهد شد؛ چراکه همه ما عضوی از یک پیکره و یک خانواده هستیم. هرقدر همکاری‌ها و تعاملات گسترده‌تر باشد، همدلی‌ها و درک متقابل از شرایط نیز عمیق‌تر خواهد شد و در فضایی مثبت و تعاملی، به نتایج مطلوب‌تری دست خواهیم یافت. من با جسارت و به ضرس قاطع عرض می‌کنم که تعاملات بین انجمن کاردرمانی و انجمن مراکز توانبخشی زبانزد خاص و عام است. ما یکی از موثرترین انجمن‌های تخصصی را در استان‌مان داریم و امیدواریم انجمنی که به‌تازگی فعالیت خود را آغاز کرده است، بتواند با بهره‌گیری از تمام ظرفیت‌ها در این عرصه حضوری پویا داشته باشد. باید این تعاملات را بیش از پیش فعال کنیم و ذیل انجمن علمی کاردرمانی، سمینارها و دوره‌های علمی مفیدی را برای همکاران مراکز توانبخشی ترتیب دهیم و مراکز توانبخشی و انجمن کاردرمانی را هرچه بیشتر به یکدیگر پیوند دهیم تا نتایج مطلوب‌تری حاصل شود.



بازوی توانا؛ از هم‌صدایی تا هم‌توانی



اتابک آزاد خیابانی | عضو هیئت مدیره‌ی انجمن علمی کاردرمانی استان آذربایجان شرقی

نوایی تنها فلسفه‌ی والای کاردرمانی را فریاد می‌زند؛ دانشجویی در کلاس درس؛ درمانگری در بیمارستان؛ اما چه می‌شود اگر این صدا، تنها طنین‌انداز شود و پاسخی نیابد؟

یا در مقابل، نواهای پراکنده که از دل دانشگاه‌ها، کلینیک‌ها و مراکز پژوهشی برمی‌خیزد، به یک سمفونی یکپارچه بدل شود! **هم‌صدایی** ما در انتخابات نظام‌پزشکی و انجمن علمی

استانی، طلوع این وحدت بود. آنگاه که یک‌صدا، ریاست انجمن پروانه‌داران استان آذربایجان شرقی را به فردی از خانواده‌مان سپردیم، در حقیقت نخستین نت‌های سمفونی قدرت جمعی خود را نواختیم.

اکنون اما زمان آن است که از **هم‌صدایی** به قلمرو **هم‌توانی** گام نهیم. این گذار، نیازمند بازوهای توانایی است که بتواند این سمفونی را در تالارهای تصمیم‌گیری، طنین‌انداز کند! در این مقاله، به سراغ **پنج بازوی توانا** می‌رویم که می‌توانند ارکستر ما را به تالارهای عملی و حرفه‌ای برسانند:

- **معاونت درمان**
- **نظام‌پزشکی**
- **اداره‌ی بهزیستی**



- **آموزش و پرورش استثنائی**
- **انجمن علمی استانی.**

اگر مشتاقید بدانید چگونه می‌توانیم نغمه‌های توانبخشی را به گوش تمامی این تالارها برسانیم و کارزار کاردرمانی را به حریمی گسترده‌تر ببریم، این نوشتار را پی بگیرید.

■ بازوی اول: معاونت درمان

معاونت درمان، رکنی از وزارت بهداشت است که مسئولیت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و پشتیبانی از نظام ارائه‌ی خدمات درمانی در کشور را بر عهده دارد. وظایف آن را می‌توان در چند محور اصلی دسته‌بندی کرد:

۱. سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان:

- تدوین برنامه‌های استراتژیک و بلندمدت برای ارتقای کیفیت خدمات درمانی در کشور.

- تعیین و تصویب تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی برای بخش‌های دولتی و خصوصی.

۲. صدور مجوز و نظارت:

- صدور، تمدید و لغو پروانه‌ی فعالیت برای تمام مراکز درمانی اعم از بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، کلینیک‌ها، خانه‌های سالمندان و غیره.

- بازرسی مستمر و نظارت بر عملکرد این مراکز از نظر رعایت استانداردهای فنی، بهداشتی و ایمنی.

- نظارت بر نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات توسط کادر درمان.

۳. توسعه و مدیریت منابع:

مانند برنامه‌ریزی برای نیروی انسانی متخصص (پزشکی، پیراپزشکی، توانبخشی و پرستاری) در بخش درمان.

۴. استانداردسازی و ارزیابی کیفیت:

اعم از تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، اجرای برنامه‌های ارزیابی کیفیت خدمات و رضایت بیماران و نظارت بر پروتکل‌های بالینی برای تشخیص و درمان.

ساختار سازمانی:

ساختار معاونت درمان، به دو سطح ستاد مرکزی و معاونت‌های استانی تقسیم می‌شود.

در هر یک از دانشگاه‌های علوم‌پزشکی کشور که مسئولیت بهداشت و درمان استان را بر عهده دارند، یک معاونت درمان وجود دارد که بازوی اجرایی ستاد مرکزی در استان‌ها می‌باشد.

اما چگونه می‌توان با این نغمه هم‌آواز شد؟

ارتباط با معاونت درمان، نیازمند زبانی مشترک است؛ زبانی که در آن، داده‌های مستند و منافع نظام سلامت، واژگان اصلی هستند.

مسیرهای این ارتباط عبارت‌اند از:

- ارائه‌ی مستندات علمی و آماری:

مثلا تهیه و ارائه‌ی گزارش‌های مستدل که نشان می‌دهد مداخلات کاردرمانی، چگونه می‌توانند طول مدت بستری را کاهش دهند، از بازگشت بیمار جلوگیری کنند و در نهایت بار مالی سیستم سلامت را بکاهند.

- حضور فعال در کمیته‌های تخصصی:

مشارکت جدی در کمیته‌هایی مانند کمیته توانبخشی بیمارستانی یا کمیته‌های تدوین پروتکل‌های درمانی.

- رایزنی مبتنی بر گفت‌وگو:

انجام گفت‌وگوهای مستمر و ساختاریافته با مسئولان مربوطه برای تغییر یا بازنگری در تعرفه‌ها و غیره و ایجاد ارتباط پیوسته بین صنف کاردرمانی و معاونت درمان.

اما این هم‌آوازی چه ثمری برای صنف ما به ارمغان می‌آورد؟

ثمره‌های فراوانی از جمله تصویب تعرفه‌های عادلانه که نه‌تنها باعث ارتقای وضعیت معیشتی همکاران می‌شود، بلکه ارزش واقعی خدمات ما را در نظام سلامت به رسمیت می‌شناسد و گسترش دامنه‌ی خدمات کاردرمانی و نهادینه‌شدن جایگاه کاردرمانی.

■ بازوی دوم: نظام‌پزشکی

این نهاد را می‌توان پارلمان حرفه‌ای جامعه‌ی پزشکی دانست؛



جایی که نه‌تنها مسائل صنفی و حقوقی رشته‌های مختلف در آن مطرح می‌شود، بلکه هویت جمعی و صدای واحد ما در برابر نهادهای دولتی نیز در آن شکل می‌گیرد.

(مباحث تکمیلی این بخش را می‌توانید در شماره‌های آتی نشریه دنبال کنید).

■ بازوی سوم: سازمان بهزیستی

(در رابطه با این سازمان در بخش گفت‌وگوی این شماره از نشریه صحبت کرده‌ایم).

■ بازوی چهارم: دایره‌ی آموزش و پرورش استثنائی

■ بازوی پنجم: انجمن علمی استانی

این انجمن را می‌توان قلب تپنده‌ی هویت علمی و حرفه‌ای ما دانست.

خانه‌ی مشترکی که باید پیوند ناگسستنی بین بالین، پژوهش و آموزش، بین علم و صنف برقرار کند.

انجمن، به‌عنوان یک **پل ارتباطی** بین دانشجویان، اساتید، درمانگران و موسسان، با نهادهای علمی و اجرایی نظیر **انجمن مرکزی کاردرمانی ایران، کمیته‌ی درمان، سازمان نظام‌پزشکی، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش استثنائی** و سایر ارگان‌های دست‌اندرکار عمل می‌کند.

کمیته‌های تخصصی:

انجمن کاردرمانی استان، شامل هیئت مدیره و کمیته‌های تخصصی علمی، صنفی و روابط عمومی می‌شود.

کمیته‌ی علمی، وظیفه‌ی شناسایی گپ‌ها و نیازهای علمی دانشجویان و فارغ‌التحصیلان و برنامه‌ریزی و اجرای کارگاه‌ها، سمینارها و وبینارها و غیره در جهت رفع این نیازها و اعتلای دانش و مهارت کاردرمانگران، به‌عنوان یک **بازوی توانمندسازی صنف کاردرمانی** را بر عهده دارد.

کمیته‌ی صنفی، وظیفه‌ی شناسایی نیازها و مطالبات صنفی درمانگران و ابلاغ و پیگیری این مطالبات از ارگان‌های مربوطه، رسیدگی به گزارشات تخلف‌های صنفی، ورود افراد غیرمجاز به حیطه‌ی کاری کاردرمانی و دغدغه‌های حرفه‌ای درمانگران را بر عهده دارد.

درنهایت، **هیئت مدیره‌ی انجمن**، وظیفه‌ی مشورت و برنامه‌ریزی و یکپارچه‌سازی برنامه‌ها و اقدامات را بر عهده می‌گیرد.

سخن پایانی؛ از هم‌صدایی تا هم‌توانی، نقشه‌ی راهی که با هم می‌سازیم.

ما در این سفر، از طلوع هم‌صدایی در انتخابات صنفی آغاز کردیم و به افق هم‌توانی با پنج بازوی توانا رسیدیم. این گذار، یک انتخاب نیست، بلکه یک ضرورت در تاریخ کاردرمانی ایران است.

ما ثابت کردیم که وقتی هم‌نوا می‌شویم، می‌توانیم در تالارهای تصمیم‌سازی طنین‌انداز شویم.

و اکنون، با هم‌توانی، خواهیم توانست آینده‌ی حرفه‌ایمان را بسازیم.

یادداشت مهمان



زهرا احمدزاده | دانشجوی سال آخر کاردرمانی



در دنیای توانبخشی، هیچ تخصصی به‌تنهایی نمی‌درخشد. کاردرمانگر، فیزیوتراپیست، گفتاردرمانگر، شنوایی‌شناس، روان‌شناس و پزشک هر یک قطعه‌ای از پازل پیچیده‌ی درمان هستند. اما آنچه این قطعات را به تصویر کامل تبدیل می‌کند، «کار تیمی» است.

در این شماره از نشریه، در خدمت یکی از اساتید برجسته‌ی فیزیوتراپی، سرکار خانم دکتر ماندانا رضایی (دکتری تخصصی فیزیوتراپی و عضو هیئت‌علمی گروه فیزیوتراپی دانشگاه علوم‌پزشکی تبریز) هستیم تا از نگاه ایشان، به چالش‌ها، فرصت‌ها و ضرورت‌های کار تیمی در فضای درمانی بپردازیم.

دکتر رضایی:

«همکاری بین رشته‌ای اصول کار توانبخشی است و اگر ما به‌صورت تیمی در توانبخشی جلو نرویم نتیجه نخواهیم گرفت. زمانی که بیمار به دلایل مختلفی ناتوانی دارد، همکاری تنگاتنگ بین فیزیوتراپیست و کاردرمانگر به اضافه بقیه اعضای تیم درمان مسئله خیلی مهمی است؛ تا بیمار بتواند در مرکزی باشد که دسترسی راحت به خدمات توانبخشی، ارتوپد فنی، پزشک، روانشناس و متخصص تغذیه را داشته باشد. مثلاً بیشتر مراجعان نورولوژی دچار خستگی

هستند و بخشی از این خستگی به تغذیه برمی‌گردد.

ما در رشته‌های خودمان خیلی جاها به هم‌زبانی رسیده‌ایم و توانسته‌ایم برنامه درمانی بیمارانمان را باهم تنظیم کنیم.

توصیه من این است که نه‌تنها به توانبخشی نگاه کنیم که به ابعاد دیگر تیم درمان و پزشکی هم توجه داشته باشیم.»

- از نظر شما، همکاری بین‌رشته‌ای در توانبخشی چه جایگاهی دارد؟

به نظر من همکاری بین رشته‌ای مایلستون است و اگر نباشد ما نتیجه نمی‌گیریم.

ما ابتدا باید یک ارزیابی دقیق از بیمار داشته باشیم؛ طبق ICF به بیمار نگاه کنیم، مشکلات بیمار را دسته‌بندی کنیم، سپس هر کدام از ما براساس ICF^۱ جایگاهمان را پیدا کنیم.

مثلاً وقتی بیمار ارتوپدی مشکل در ADL^۲ و مشارکت هم دارد، درمانگر هم باید ورود پیدا کند. بنابراین مهم است بدانیم که در مورد چه بیماری صحبت می‌کنیم، نگاهمان در ICF به چه صورت است و باید هر کدام از اعضای تیم که نیاز است باشند تا بیمار به سطح استقلال برسد را فراخوان کنیم و همکاری بکنیم تا بیمار نتیجه بگیرد. هدف همه ما این است که بیمار به سطح استقلال قابل قبولی برسد، کیفیت زندگی‌اش ارتقا پیدا کند و از درمان رضایت داشته باشد.

- آیا تجربه‌ای از یک همکاری موفق بین فیزیوتراپیست و کاردرمانگر دارید که بخواهید با ما به اشتراک بگذارید؟

در حال حاضر ما در بخش نورولوژی بیمارستان رازی تبریز یک همکاری تنگاتنگ و صمیمانه بین بخش کاردرمانی، گفتاردرمانی و فیزیوتراپی داریم؛ ما نه‌تنها با هم کار می‌کنیم، بلکه بارها برای تصویربرداری با همکاران رادیولوژیست هم ارتباط گرفته‌ایم. در بخش نورولوژی بیمارستان رازی ما neuro rehabilitation کار می‌کنیم و سال‌هاست که این مجموعه را داریم و به نظرم موفق عمل می‌کنیم. اینگونه هم آموزش بهتر اتفاق می‌افتد و هم بیماران راضی‌تر هستند.

تنها مشکلی که داریم نداشتن گرند راند است و فعلاً این بستر فراهم نشده است که برای بیمار خاصی تمامی اساتید حضور داشته باشند و نظرات هم‌زمان اساتید را در مورد بیمار داشته باشیم.

- به نظر شما، چه مهارت‌هایی باید در دوران دانشجویی برای همکاری تیمی تقویت شوند؟

واحدهای اصول توانبخشی خیلی خیلی مهم هستند. اینکه در سرفصل دروس اصول توانبخشی و مبانی هر رشته چقدر به همکاری تیمی تأکید می‌شود یک بخش آن به اساتید برمی‌گردد و بخش دیگرش به تلاش دانشجویها و مهارت ارتباطی آنها مربوط است و بخش دیگرش به اخلاق حرفه‌ای بر می‌گردد.

بنابراین لازم است در این زمینه مطالعه کنیم تا هم از نظر



آکادمیک و هم بالینی توانمندی‌ها را به دست بیاوریم. به نظر من یک بخش خیلی مهم هم کوریکولوم پنهان است؛ یعنی اینکه چقدر اساتید و همکارانی که فارغ‌التحصیل شده‌اند را برای خودمان الگو قرار می‌دهیم و سعی می‌کنیم از آنها یاد بگیریم که به چه ترتیب می‌توانیم تعامل تیمی داشته باشیم.

- با توجه به تغییرات نظام سلامت، آینده‌ی همکاری بین‌رشته‌ای را چگونه می‌بینید؟

به نظر من الان خیلی در این مورد کم کار شده است و ما در سیاست‌گذاری‌ها در این زمینه خیلی مشکل داریم. این مسئله اصلاً فردی نیست؛ در خیلی از جلسات دانشگاه که من در مورد ICF و جایگاه اعضای تیم صحبت کردم، متوجه شدم حتی واژه ICF برای خیلی از اساتید ما غریبه است. این نشان می‌دهد که مشکل خیلی جدی است. اینکه در سیستم دانشگاه علوم‌پزشکی تبریز چقدر به این مسئله توجه شود و افراد با تخصص‌های مختلف کنار هم جمع شوند خیلی جای کار دارد. در حوزه‌های سیاست‌گذاری هم باید به این مسئله بهای بیشتری داده شود.

- چه توصیه‌ای برای دانشجویان و درمانگران جوان دارید تا بتوانند در تیم‌های درمانی مؤثرتر عمل کنند؟

پیشنهاد من این است که مطالعه‌شان را در مورد رشته‌های مختلف بیشتر کنند و با ابعاد رشته‌های مختلف آشنا شوند. سعی کنند روی مهارت‌های ارتباطی‌شان بیشتر کار کنند و اینکه سعی کنند از نظر عملی روی اخلاق پزشکی و اخلاق در بالین و اخلاق حرفه‌ای کار کنند. به‌طور کلی این مسئله سودمند است.

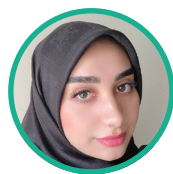
نکته‌ای که از سخنان خانم دکتر رضایی به‌روشنی شنیده می‌شود این است: همکاری تیمی در توانبخشی نه یک انتخاب، که یک ضرورت است. از ارزیابی مشترک براساس ICF تا همدلی در بالین، همه مسیر رسیدن بیمار به استقلال را هموار می‌کنند. امیدواریم که با بازتاب چنین تجربیات موفق، فرهنگ همکاری میان‌رشته‌ای بیش از پیش در نظام سلامت کشور نهادینه شود.



طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت
2 Activities of daily living



قصه‌ی اعضای گم‌شده بدن درد فانتوم؛ درد واقعی، اندام خیالی



فاطمه ولائی | دانشجوی سال دوم کاردرمانی

قطع عضو معمولاً پیامد بیماری دیابت، ضربه‌های شدید یا سرطان است. از دست دادن اندام در اثر جنگ نیز یکی از دلایل رایج قطع عضو به شمار می‌رود. PLP به‌عنوان یک درد نوروپاتیک یا «وضعیت درد پیچیده سیستم عصبی حسی-پیکری» در نظر گرفته می‌شود و تصور می‌شود که ناشی از ناهنجاری‌های سیستم عصبی مرکزی باشد. بااین‌حال تحقیقاتی که به بررسی سهم سیستم عصبی محیطی و عملکرد آن می‌پردازند نیز باید در نظر گرفته شوند. اگرچه مکانیسم‌های دقیق ایجاد PLP هنوز به‌طور کامل شناخته نشده‌اند، اما مشخص است که پایانه‌های عصبی و سلول‌های عصبی حساس‌شده و سازمان‌دهی‌شده در اندام محیطی می‌توانند بر CNS تأثیر بگذارند و موجب تغییراتی در مسیرهای پردازش حسی شوند. اختلال قابل توجهی در کیفیت زندگی افراد قطع عضو ایجاد می‌شود و درک بهتر از پاتوفیزیولوژی و علت آن می‌تواند به توسعه روش‌های درمانی جدید برای کاهش رنج ناشی از آن منجر شود.

سیستم عصبی مرکزی در برابر سیستم عصبی محیطی
پژوهشگران همواره درباره مکانیسم‌های ایجاد درد اندام خیالی و نقش سیستم عصبی مرکزی و سیستم عصبی محیطی در آن بحث و گفت‌وگو دارند. درحال حاضر، رایج‌ترین نظریه مرتبط با CNS، نظریه بازنقشه‌برداری قشری مغز است که بر اساس آن، مغز در واکنش به قطع عضو، نقشه‌های حسی-پیکری خود را بازسازمان‌دهی می‌کند.

نظریه‌های اولیه تنها بر نقش نوروم‌ها (رشد یا ضخیم‌شدگی غیرطبیعی بافت عصبی) تمرکز داشتند، اگرچه شواهدی از بروز درد بلافاصله پس از جراحی نیز وجود داشت. تحقیقات جدیدتر درباره علل محیطی PLP بر ناتوانی اعصاب قطع‌شده در ترمیم اتصالات قبلی (با یا بدون تشکیل نوروم)، نقش گانگلیون‌های ریشه پستی نخاع (DRG) و تأثیر درد پیش از قطع عضو تمرکز دارند.

اگرچه قطع عضو مستقیماً بر PNS تأثیر می‌گذارد، CNS نیز به‌دلیل تغییرات در سیگنال‌های حسی و حرکتی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

مردی میان‌سال چند روز پس از عمل قطع عضو، شب‌ها از خواب می‌پرید؛ درد شدیدی را در انگشتان پایش حس می‌کرد، انگشتانی که دیگر وجود نداشتند. او این درد را به‌صورت سوزش، تیر کشیدن و فشار توصیف می‌کرد، گویی اندامش هنوز سر جای خود بود. هر بار که درد سراغش می‌آمد، انگار خاطره‌ای از اندامش در ذهنش زنده می‌شد؛ خاطره‌ای که نه با دارو خاموش می‌شد و نه با منطق قابل توضیح بود. پزشکان ابتدا تصور می‌کردند این درد واکنشی طبیعی به قطع عضو است، اما با گذشت زمان مشخص شد که با پدیده‌ای پیچیده و رازآلود به نام «درد اندام فانتوم» روبه‌رو هستند. این تجربه نه‌تنها جسم او را آزار می‌داد، بلکه ذهنش را نیز درگیر کرده بود؛ چرا مغز چیزی را حس می‌کند که دیگر وجود ندارد؟ آیا حافظه عصبی می‌تواند اندامی را زنده نگه دارد که دیگر نیست؟ یا شاید نقشه بدن در مغز، از واقعیت فیزیکی مستقل‌تر از آن است که تصور می‌کردیم.

قطع عضو باعث ایجاد تغییراتی در سیستم عصبی محیطی و مرکزی می‌شود؛ از جمله این موارد ایجاد حس اندام خیالی (PLS)^۱ می‌باشد که با حس حضور اندام قطع‌شده همراه است. اکثر افراد قطع عضو PLS را تجربه می‌کنند و حتی می‌توانند حرکات خیالی مانند تکان دادن انگشتان یا باز و بسته کردن دست را بلافاصله بعد از جراحی کنترل کنند. همچنین، اکثر این افراد دچار حملات شدید درد در سراسر اندام قطع‌شده می‌شوند که به آن درد اندام خیالی (PLP)^۲ گفته می‌شود که با احساس ضربان، ضربه، شوک الکتریکی و حتی احساس گرفتگی و بی‌حرکتی دردناک اندام مشخص می‌شود. حس اندام خیالی در هنگام کنترل پروتز مفید می‌باشد، اما درد اندام خیالی یک وضعیت ناتوان‌کننده است که به‌شدت کیفیت زندگی را مختل می‌کند.

جراح فرانسوی، آمبرواز پار، احتمالاً اولین کسی بود که در قرن شانزدهم نمونه‌ای از PLP را ثبت کرد؛ بااین‌حال، این اصطلاح تا زمان جنگ داخلی آمریکا رایج نشد، زمانی که توسط جراح میدان نبرد و بعدها متخصص مغز و اعصاب، سیلاس ویر میچل، توصیف شد. پزشکان تا همین اواخر میزان بالایی بروز یا اساس پاتوفیزیولوژیکی PLP را درک نمی‌کردند. در آن دوران، به‌ویژه در عصر جنگ داخلی، اغلب درد اندام خیالی را به مشکلات روانی نسبت می‌دادند.

از تئوری تا بالین



1 Phantom limb sensations

2 Phantom limb pain

اندام حمایت می‌کند.

تفکیک بین بینایی و حس عمقی

حرکت اندام‌ها معمولاً به همکاری هم‌زمان سیستم‌های بینایی و حس عمقی وابسته است. برای مثال بینایی نقش اصلی را در هدایت حرکت دست به‌سوی یک هدف ایفا می‌کند، درحالی‌که در حین حرکت، مغز بازخورد حس عمقی را درباره موقعیت اندام نسبت به بدن دریافت می‌کند. مغز با هماهنگ‌سازی این اطلاعات، حرکت هدفمند را کامل می‌کند.

با وقوع قطع عضو، بازخورد دیداری از اندام حذف‌شده دیگر در دسترس نیست. بااین‌حال، حس عمقی مربوط به موقعیت اندامی که پیش‌تر سالم بوده است، چه از طریق حافظه‌های موقعیتی و چه از طریق فعال‌سازی پایانه‌های عصبی باقی‌مانده در اندام قطع‌شده، همچنان باقی می‌ماند. ممکن است ناتوانی در مشاهده اندام قطع‌شده برای غلبه بر اطلاعات حس عمقی کافی نباشد.

احتمال دیگر آن است که تفسیر مغز از سیگنال‌های متناقض بین دو سیستم (بینایی و حس عمقی) منجر به بازسازی ذهنی اندام خیالی شود. موفقیت نسبی درمان‌های مبتنی‌بر تصویرسازی در کاهش درد اندام خیالی نشان می‌دهد که دقت حاصل از ترکیب بینایی و حس عمقی ممکن است نقش کلیدی در کاهش این نوع درد ایفا کند.

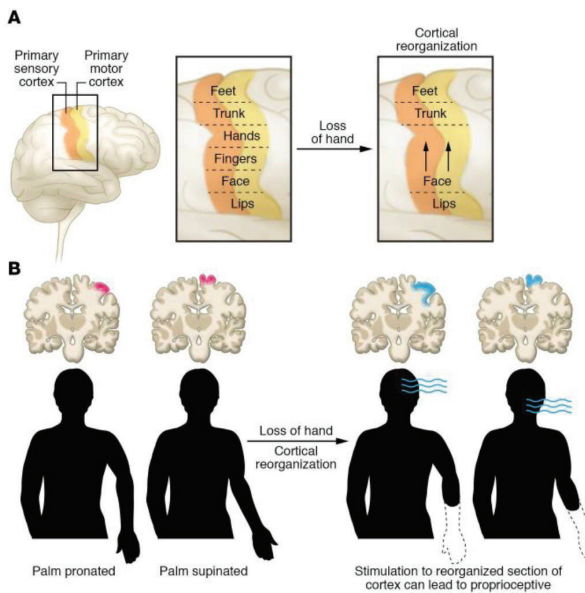
نظریه‌های مرتبط با سیستم عصبی محیطی

بر خلاف سیستم عصبی مرکزی که به‌خوبی محافظت می‌شود، سیستم عصبی محیطی به‌شدت در معرض آسیب قرار دارد. پژوهش‌های اولیه، PNS را عامل اصلی ایجاد و تداوم درد اندام خیالی می‌دانستند. بااین‌حال، عوامل محیطی به‌تنهایی نمی‌توانند موجب بروز PLP شوند، بلکه احتمالاً PNS در تعامل با CNS در ایجاد و حفظ این نوع درد نقش دارد.

در این زمینه بحث‌های زیادی درباره نقش مکانیسم‌های «از پایین به بالا»^۶ در برابر «از بالا به پایین»^۷ در تداوم PLP وجود دارد. مکانیسم‌های درد از پایین به بالا بیان می‌کنند که آسیب به اعصاب محیطی موجب تولید ورودی‌های نابهنجار بیش از حد می‌شود که به‌نوبه خود بر تغییر یا عدم تغییر در قشر مغز تأثیر می‌گذارند. در مقابل، تعدیل درد از بالا به پایین به احساسات دردناکی اشاره دارد که توسط CNS حفظ می‌شوند و به‌شدت تحت تأثیر وضعیت هیجانی، خاطرات و توجه قرار دارند.

درد پیش از قطع عضو

مطالعات نشان داده‌اند که افرادی که پیش از قطع عضو درد داشته‌اند، با احتمال بیشتری درد اندام خیالی را تجربه می‌کنند. البته این تحقیقات شواهدی مبنی‌بر نقش درد پیش از قطع در تداوم بلندمدت PLP ارائه نمی‌دهند، بلکه تنها به ارتباط آن با دردهای بلافاصله پس از جراحی اشاره دارند.



درد تبدیل شود. بیماران دچار آسیب نخاعی اغلب PLP و PLS را تجربه می‌کنند.

حافظه موقعیتی یا حافظه حس عمقی^۴

یکی از مکانیسم‌های احتمالی در ایجاد درد اندام خیالی، حافظه موقعیتی یا حافظه حس عمقی است. حس عمقی به آگاهی مغز از موقعیت اندام‌های بدن در فضای سه‌بعدی اطلاق می‌شود. افراد دچار قطع عضو همچنان حس عمقی اندام از دست‌رفته را تجربه می‌کنند، که شامل حرکات ارادی و غیرارادی است. حس حرکت ارادی زمانی رخ می‌دهد که فرد تلاش می‌کند اندام خیالی را حرکت دهد، درحالی‌که حس حرکت غیرارادی شامل احساس یخ‌زدگی یا حرکت‌های پراکنده و خودبه‌خودی اندام خیالی است.

بر اساس یک نظریه، اطلاعات موقعیتی مورد نیاز برای انجام وظایف خاص ممکن است در قالب «حافظه حس عمقی» ذخیره شوند تا در آینده انجام آن وظایف با سرعت و کارایی بیشتری صورت گیرد. پس از قطع عضو، حتی باوجوداینکه بازخورد بصری فقدان اندام را تایید می‌کند، نمودارهای حافظه‌ای^۵ اندام حفظ می‌شوند.

مطالعه‌ای در زمینه تغییر موقعیت اندام پس از بی‌حسی موضعی نشان داد که بیماران گزارش کردند اندامشان در آخرین موقعیتی که پیش از بی‌حسی به یاد داشتند، باقی مانده است. همچنین، حافظه موقعیتی ممکن است نقش محافظتی داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، موقعیت‌های دردناک و نحوه اصلاح آنها، مانند خارج کردن مفصل از وضعیت کشش بیش از حد، بدون نیاز به تأیید دیداری را یادآوری می‌کند.

بر همین اساس، برخی حرکات خاص با اندام خیالی می‌توانند حافظه‌های دردناک موقعیتی را فعال کنند. افراد دچار قطع عضو نیز گزارش کرده‌اند که اندام خیالی‌شان در آخرین موقعیتی که پیش از قطع عضو به یاد داشتند گیر کرده است، که این امر از وجود حافظه موقعیتی ذخیره‌شده به‌عنوان آخرین بازخورد از



مطرح کرده‌اند. همچنین تحریک مغناطیسی قشر حسی مغز توانسته شدت PLP را کاهش دهد که بیانگر نقش عملکردی این ناحیه در تجربه درد است.

نظریه‌های زیرقشری: نقش تالاموس در درد اندام خیالی (PLP)

قشر حسی-پیکری و حرکتی مغز تنها بخش‌هایی نیستند که در اثر قطع عضو تحت تأثیر قرار می‌گیرند؛ ساختارهای زیرقشری از جمله تالاموس نیز ممکن است دچار بازسازمان‌دهی شوند. این تغییرات در سطح زیرقشری می‌توانند منشأ قشری داشته باشند و از طریق ارتباطات و ابران قوی به تالاموس و ساختارهای پایین‌تر منتقل شوند. همچنین این احتمال وجود دارد که فرآیندهای بازآرایی ابتدا در سطح تالاموس آغاز شده و سپس به قشر مغز منتقل شوند.

در تلاش برای نقشه‌برداری از تالاموس در افراد دچار قطع عضو، پژوهشگران با استفاده از تحریک‌های میکروالکتریکی و ثبت‌های میکروالکترودی دریافتند که بازنمایی اندام باقی‌مانده در تالاموس نسبت به نواحی متناظر در افراد سالم بزرگتر است و تحریک تالاموس می‌تواند موجب بروز احساس اندام خیالی (PLS) و حتی درد اندام خیالی (PLP) شود.

تالاموس همچنین به‌عنوان ساختاری مستقل در تولید درد مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند که پس از آسیب نخاعی، تحریک‌پذیری بیش از حد نورون‌های تالاموسی مستقل از ورودی‌های سیناپسی نخاعی رخ می‌دهد، که نشان می‌دهد تالاموس می‌تواند به یک مولد مستقل سیگنال‌های

نظریه‌های مکانیکی درد اندام خیالی (PLP) مرتبط با سیستم عصبی مرکزی

■ بازنمایی نوروماتریکس

بسیاری از نظریه‌هایی که به تبیین علت درد اندام خیالی (PLP) می‌پردازند، بر پایه مفهوم «بازنمایی خود در مغز» بنا شده‌اند؛ مفهومی که تحت تأثیر تجربه‌های زیستی فرد دچار تغییر می‌شود و با عنوان نوروماتریکس شناخته می‌شود. پس از قطع عضو، بازنمایی‌های قشری و محیطی بدن فرد همچنان حفظ می‌شوند، اما دیگر با یکدیگر هم‌خوانی ندارند. این عدم تطابق به‌واسطه نبود بازخورد دیداری از اندام از دست‌رفته تشدید می‌شود و در نتیجه حتی در غیاب محرک حسی مستقیم، درد شدیدی ایجاد می‌گردد.

■ CRT

نظریه بازنقشه‌برداری قشری مغز (CRT)^۳ بیان می‌کند که بازآرایی عملکردی نواحی حسی-پیکری پس از قطع عضو، عامل نوروفیزیولوژیک درد اندام خیالی (PLP) است. شواهد حاصل از مطالعات حیوانی و انسانی نشان می‌دهند که نورون‌های ناحیه مربوط به اندام قطع‌شده به محرک‌های نواحی مجاور پاسخ می‌دهند. این تغییرات با کاهش مهار GABAergic و آشکارسازی اتصالات سیناپسی خاموش همراه‌اند. بااین‌حال، برخی مطالعات رابطه مستقیمی میان بازنقشه‌برداری قشری و PLP نیافته‌اند و نقش عوامل مرکزی و محیطی در حفظ بازنمایی اندام خیالی را



بصری به شبیه‌سازی اندام سالم و ازدست‌رفته افراد با قطع عضو کمک می‌کند. بیماران از عینک واقعیت مجازی برای تجسم نمایشی از اندام ازدست‌رفته استفاده می‌کنند.

■ tDCS^۹

تحریک جریان مستقیم ترانس کرانیال (tDCS) یک تکنیک تحریکی غیرتهاجمی مغز است که حین انجام آن جریان‌های مستقیم با دامنه کم از طریق الکترودهای پوست سر اعمال شده و از جمجمه عبور کرده و وارد مغز می‌شوند.

مداخله tDCS در افراد قطع

عضو با افزایش مهار درون قشری و تسهیل مرکز ثقل در نیمکره آسیب‌دیده همراه است. tDCS احتمالاً با تغییر اتصال تالاموس و قشر حرکتی، درد نوروپاتیک را کاهش می‌دهد. فعال‌شدن مسیرهای تالاموس، ورودی‌های آورانی را فراهم می‌کند که اثرات فقدان آوران‌های حسی را خنثی می‌کنند و در نتیجه سطح تالاموس و دیگر مسیرهای مهار مرتبط با درد را افزایش می‌دهند.

از آنجایی که tDCS یک نورومدولاتوری است (فقط احتمال شلیک خودبخودی نورون‌ها را تغییر می‌دهد)، اثر بهینه آن زمانی است که با یک مداخله رفتاری مانند آینه‌درمانی ترکیب شود.

■ rTMS^{۱۰}

در مطالعاتی نشان داده شده‌است که تحریک مغناطیسی فراجمه‌ای (rTMS) منجر به کاهش گذرای درد، کاهش مهار درون قشری و افزایش تسهیل درون قشری در نیمکره مقابل PLP می‌شود.

نقشه‌برداری TMS نشان داد که یک سوگیری قابل توجه مرکز ثقل و افزایش ناحیه تحریک‌پذیر در نیمکره مقابل قطع عضو وجود دارد. TMS همچنین می‌تواند در صورت اعمال مکرر، بر عملکرد مغز تأثیر بگذارد.

rTMS با فرکانس بالا که بر روی قشر حرکتی طرف مقابل (M۱) اعمال شود یا rTMS با فرکانس پایین که بر روی نیمکره سالم اعمال شود، ممکن است بهبود بالینی قابل توجهی در PLP ایجاد کند.

نکات پایانی:

- اگر چه PLP افراد قطع عضو را آزار می‌دهد، اما این وضعیت هنوز هم محققان را گیج کرده است، زیرا هیچ درمان جهانی موثری در دسترس نیست.
- تحقیقات بیشتر در مورد علت‌شناسی PLP، به‌ویژه هدف

عصبی، شدت و دفعات درد نوروپاتیک را کاهش می‌دهند. اپیوئیدها نیز مدت‌هاست برای درمان دردهای نوروپاتیک مورد استفاده قرار گرفته‌اند و برخی مطالعات اثربخشی آنها را در کاهش علائم PLP تأیید کرده‌اند. مکانیسم احتمالی اثر اپیوئیدها در کاهش PLP، کاهش بازسازمان‌دهی قشر حسی-پیکری مغز است.

■ آینه‌درمانی

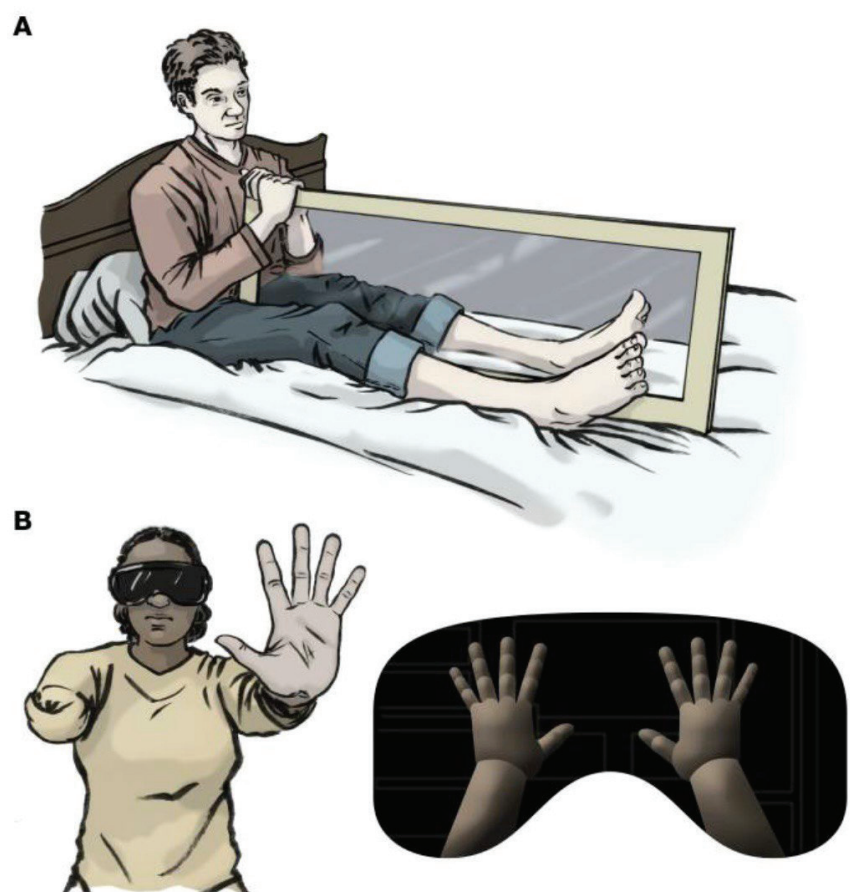
آینه‌درمانی یکی از روش‌های غیرتهاجمی، کم‌هزینه و در عین حال مؤثر در درمان درد اندام خیالی محسوب می‌شود. یافته‌های تکمیلی نشان داده‌اند افراد با قطع عضو که آینه‌درمانی را تمرین کرده بودند، کاهش درد بیشتری نسبت به کسانی داشتند که صرفاً تلاش ذهنی برای تصور حرکت اندام از دست‌رفته انجام داده بودند. همچنین، زمان رسیدن به

تسکین درد به شدت اولیه درد بستگی داشت.

در مطالعه‌ای بر روی افراد دچار قطع دوطرفه اندام تحتانی، مشاهده حرکت اندام‌های فرد دیگر به‌صورت مشابه با اندام‌های خیالی خودشان، موجب کاهش PLP در هر دو اندام شد. این یافته‌ها نقش بازخورد دیداری در تعدیل پاسخ‌های درد را تقویت می‌کنند. مطالعه‌ای توسط فُئل و همکارانش نشان داد که آینه‌درمانی موجب بازگشت سازمان قشر حسی-پیکری به وضعیت پایه پیش از قطع عضو می‌شود. همچنین، اثربخشی آینه‌درمانی در کاهش PLP پس از آسیب شبکه بازویی که در آن اندام سالم ولی فاقد ورودی حسی است، نشان می‌دهد که تعامل بین سیستم عصبی مرکزی و محیطی در کاهش PLP نقش دارد. در این رویکرد که توسط رامانچاندرا ابداع شده است، فرد قطع عضو سعی می‌کند با حرکت دادن اندام سالم خود در مقابل آینه، PLP را کاهش دهد تا یک نمایش بصری از اندام ازدست‌رفته ایجاد کند و هم‌زمان اندام خیالی را نیز حرکت دهد. اگر چه نشان داده شده است که آینه‌درمانی در کاهش PLP در بسیاری از افراد قطع عضو مؤثر است، اما مکانیسم‌های کاهش درد به‌خوبی درک نشده‌اند. آینه‌درمانی از بازخورد بصری حرکات اندام سالم برای کاهش درد استفاده می‌کند که برای اثربخشی بسیار مهم است.

■ VR^۸

مشابه آینه‌درمانی، واقعیت مجازی (VR) از طریق بازخورد



هم‌بستگی بین سازماندهی مجدد قشری و تجربه PLP و استفاده روزانه از پروتز نیز مورد مطالعه قرار گرفته است و مشخص شده است که استفاده روزانه از پروتز هم توسط میزان سازماندهی مجدد قشری و هم توسط میزان تجمعی تجربه شده، مختل می‌شود. مطالعه‌ای روی تعداد کمی از افراد قطع عضو نشان داد که در افرادی که PLP را تجربه کرده‌اند، نواحی قشر حرکتی تحریک‌پذیرترند و سازماندهی مجدد بیشتری در نواحی قشر حسی-پیکری، که نمایانگر اندام قطع شده است، نشان داده‌اند. مشخص شد که سازماندهی مجدد حرکتی و شدت PLP با استفاده از پروتز هم‌بستگی منفی دارند؛ به این معنی که هر چه فرد قطع عضو بیشتر از پروتز استفاده کند، سازماندهی مجدد و PLP کمتری رخ می‌دهد.

درمان‌های PLP

با وجود درمان‌های دارویی و رفتاری متعدد موجود برای مدیریت درد مزمن اندام خیالی در افراد قطع عضو، درمان این اختلال هنوز یک چالش بزرگ است و نتایج متعددی دارد. در ادامه مطلب به چند مورد از درمان‌های رایج اشاره می‌کنیم.

■ دارودرمانی

رایج‌ترین درمان‌های دارویی برای PLP شامل گاباپنتین و پرگابالین هستند؛ داروهای ضدتشنج که با کاهش تحریک‌پذیری

نادرست، برخی عضلات بیش از حد فعالیت می‌کنند و برخی دیگر کشیده یا ضعیف می‌شوند؛ استمرار این وضعیت می‌تواند موجب درد، محدودیت حرکتی، تغییر شکل ساختاری و کاهش اعتمادبه‌نفس شود.

هدف اصلی پوسچر عبارت است از ایجاد تراز بدنی پایدار، صرف کمترین انرژی ممکن و کاهش فشار بر ساختارهای بدن مانند دیسک‌ها، مهره‌ها، مفاصل و عضلات.

فاطمه حسنی | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی تعریف پوسچر سر به جلو و معیارهای بیومکانیکی:

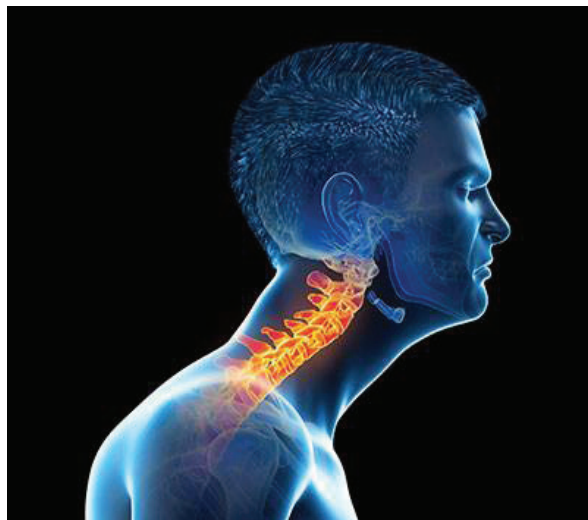
پوسچر سر به جلو^۱ حالتی است که در آن سر نسبت به محور تنه جلوتر قرار گرفته و امتداد عمودی گوش‌ها نسبت به سطح مفاصل شانه‌ها به جلو منتقل می‌شود. از منظر بیومکانیکی، این وضعیت با هیپراکستنشن مهره‌های بالایی گردن و جابجایی قدامی مهره‌های پایینی گردن مشخص می‌شود؛ یعنی مهره‌های بالای ستون فقرات گردنی بیش از حد به عقب خم شده و مهره‌های پایین گردن به سمت جلو متمایل می‌شوند. یکی از شاخص‌های کمی مهم برای ارزیابی این ناهنجاری زاویه کرانیوورتنرال (CVA) است که در نمای جانبی بین امتداد خط وصل‌کننده مهره هفتم گردنی (C7) به مرکز گوش (تراگوس) و خط افقی محاسبه می‌شود. در افراد با پوسچر طبیعی، این زاویه حدود ۵۰ درجه یا بیشتر است و مقادیر کمتر از ۴۸-۵۰ درجه نشان‌دهنده پوسچر سر به جلو هستند؛ هرچه زاویه کوچک‌تر باشد، میزان جلوآمدگی سر بیشتر است. به‌طور معمول، انحراف سر بیش از ۲/۵ سانتی‌متر نسبت به محور بدن به‌عنوان وضعیت غیرطبیعی تلقی شده و نیازمند اصلاح است.

عوامل خطر و پاتوفیزیولوژی

عوامل متعددی در بروز و تشدید پوسچر سر به جلو نقش دارند که مهم‌ترین آنها الگوهای حرکتی و ارگونومی نامناسب در زندگی روزمره است. نشستن‌های طولانی مدت پشت میز با حالت خمیده یا سر به جلو و استفاده بیش از حد از گوشی در وضعیت نگاه کردن به پایین از دلایل شایع این ناهنجاری هستند. همچنین ارتفاع بلند بالش باعث قرارگیری سر در زاویه رو به جلو می‌شود و به مرور زمان ستون فقرات گردنی با این وضعیت تطابق می‌یابد. ضعف عمومی عضلات نگه‌دارنده قامت به‌ویژه عضلات پشت و گردن و حفظ پوسچر غلط برای مدت طولانی نیز احتمال بروز این وضعیت را افزایش می‌دهد. علاوه‌بر این، برخی عوامل جمعیتی و سبک زندگی نیز مؤثرند؛ زن بودن، سن بالا، سابقه سیگار، استرس شغلی بالا، پایین بودن حمایت اجتماعی و سبک زندگی کم‌تحرك با شیوع بیشتر پوسچر سر به جلو همراه است و زمان طولانی در حالت درازکش ماندن و فعالیت بدنی کم نیز از عوامل پیش‌بینی‌کننده آن هستند.

از منظر پاتوفیزیولوژیک، قرارگیری طولانی‌مدت سر در وضعیت جلوآمده باعث عدم تعادل عضلانی و تغییر در طول و قدرت عضلات گردن و کمر بند شانه‌ای می‌شود. در این حالت برخی عضلات دچار کوتاهی و افزایش تنش می‌شوند و گروه‌های

سر به جلو ناهنجاری آرام، اثر عمیق



هر روز ساعت‌ها می‌نشینیم، راه می‌رویم یا به صفحه‌ی موبایل خیره می‌شویم، اما چند بار به وضعیت بدن یا پوسچرمان توجه کرده‌ایم؟ پوسچر به نحوه‌ی قرارگیری بدن در حالت ایستاده، نشسته یا حرکت گفته می‌شود و نه تنها ظاهر بدن را مشخص می‌کند، بلکه نقش کلیدی در سلامت دستگاه اسکلتی-عضلانی دارد. وقتی راستای بدن به درستی حفظ شود، نیروها به‌طور متوازن روی مفاصل و عضلات پخش شده و بدن بدون فشار اضافی فعالیت می‌کند؛ اما پوسچر نادرست می‌تواند به‌تدریج زمینه‌ی دردهای گردن، کمر و اختلالات مزمن را فراهم کند. با گسترش استفاده از تلفن‌های هوشمند و افزایش مدت زمان نشستن، ناهنجاری‌هایی مانند پوسچر سر به جلو به‌ویژه در سنین پایین شیوع یافته‌اند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلالات عضلانی-اسکلتی مانند گردن‌درد و کمردرد از مهم‌ترین علل ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در جهان هستند و بخش مهمی از آنها ناشی از وضعیت‌های بدنی نادرست است. در این شماره از نشریه، به‌طور جامع به تعریف و معیارهای بیومکانیکی، عوامل خطر و پاتوفیزیولوژی، پیامدهای عملکردی، روش‌های ارزیابی و نقش کاردرمانی در پوسچر سر به جلو پرداخته می‌شود. پوسچر صحیح اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا وزن بدن به‌طور متعادل روی عضلات و مفاصل تقسیم می‌شود و فرد بدون خستگی یا فشار اضافی قادر به نشستن، ایستادن یا حرکت است. در وضعیت‌های



عضلانی مقابل کشیده و ضعیف می‌گردند. این الگو که به‌صورت ضعف عضلات عمقی و پشت همراه با سفتی عضلات سطحی قدامی و فوقانی شناخته می‌شود، سندرم متقاطع فوقانی^۲ نامیده می‌شود. به‌عنوان مثال، در گردن اکستانسورهای عمقی مانند سمی اسپاینالیس سرویس^۳ کشیده و ضعیف می‌شوند، درحالی‌که اکستانسورهای سطحی بالای گردن مانند سمی اسپاینالیس کاپیتیس^۴ کوتاه و دچار اسپاسم می‌گردند. در عضلات قدامی گردن، لونگوس کولی^۵ تمایل به کوتاهی دارد و لونگوس کاپیتیس^۶ کشیده و ضعیف است. تغییرات مشابهی در کمر بند شانه‌ای نیز رخ می‌دهد؛ عضلات بالابرنده کتف^۷، بخش فوقانی تراپزیوس و پکتورالیس ماژور و مینور مستعد کوتاهی و افزایش تنش هستند، درحالی‌که رومبوئیدها، بخش میانی و پایینی تراپزیوس و فلکسورهای عمقی گردن کشیده و ضعیف می‌شوند. این وضعیت باعث اختلال در الگوی حرکتی گردن و شانه و کاهش توانایی عضلات در حفظ پوسچر صحیح می‌شود.

تداوم پوسچر سر به جلو موجب تغییرات اسکلتی نیز می‌شود؛ کایفوز تشدید می‌یابد و نیروهای گرانشی مزمن فشار بیشتری بر مهره‌های گردن اعمال می‌کنند که باعث افزایش نیروهای فشاری بر مفاصل فاست و کشیدگی لیگامان‌های حمایتی می‌شود. در درازمدت، این فشار اضافی می‌تواند دژنراسیون دیسک‌های بین‌مهره‌ای و تشکیل استئوفیت را تسریع کند. تغییر مکان مهره‌ها به جلو همچنین باعث تنگ‌تر شدن سوراخ‌های بین‌مهره‌ای می‌شود و ممکن است ریشه‌های عصبی گردنی را تحت فشار قرار دهد که منجر به گزگز، بی‌حسی اندام فوقانی یا درد تیرکشنده دست‌ها می‌شود. کوتاهی مزمن عضلات پس‌سری و افزایش تنش آنها نیز می‌تواند اعصاب پس‌سری را تحت فشار قرار دهد و عامل بروز سردردهای گردنی-تنشی باشد.

پیامدهای عملکردی و عوارض

پوسچر سر به جلو می‌تواند مجموعه‌ای از مشکلات جسمانی و عملکردی را ایجاد کند. شایع‌ترین پیامد آن درد مزمن گردن و شانه‌ها، گرفتگی و خستگی عضلات پشت گردن و تراپزیوس فوقانی و سردردهای کششی^۸ است که ناشی از تنش عضلات پس‌گردن و فشار بر اعصاب پس‌سری می‌باشد. جلوگیری از تنش عضلات سر همچنین بر مفصل گیجگاهی‌فکی (TMJ) اثر می‌گذارد و می‌تواند موجب درد فک، خستگی عضلات جونده، صدا دادن فک و کاهش دامنه حرکتی آن شود. افتادگی سر و شانه‌ها هماهنگی عضلات کمر بند شانه‌ای را مختل کرده و باعث درد شانه، نشانگان گیرافتادگی مفصل شانه و فشار بر تاندون‌های روتاتور کاف می‌شود که در صورت مزمن شدن ممکن است منجر

به التهاب یا پارگی آنها شود.

پوسچر ناصحیح سر تأثیر مهمی بر عملکرد تنفسی نیز دارد؛ قرارگیری سر و گردن در وضعیت جلوآمده، قفسه سینه را فشرده کرده و حرکت طبیعی آن را محدود می‌سازد، که کاهش ظرفیت ریوی و تنفس سطحی را به همراه دارد و منجر به خستگی زودرس و کاهش استقامت هوازی می‌شود. علاوه‌بر این، تغییر مرکز ثقل سر به جلو تعادل ایستا را مختل کرده و باعث افزایش نوسان تنه، خستگی زودرس عضلات راست‌کننده ستون فقرات و کاهش تحمل ایستادن یا نشستن طولانی می‌شود.

نکته قابل ذکر آن است که شدت تأثیرات پوسچر سر به جلو بر درد و عملکرد می‌تواند در میان افراد متفاوت باشد و همیشه همبستگی مستقیمی با احساس درد ندارد. برخی پژوهش‌های جدید، ارتباط ساده‌ی وضعیت سر به جلو با شدت گردن‌درد را مورد تردید قرار داده‌اند. برای مثال، نتایج یک سیستماتیک ریویو در سال ۲۰۱۹ نشان داد که در همه‌ی مطالعات، ارتباط معناداری بین کاهش زاویه کرانیوورتبرال (شدت پوسچر سر به جلو) و میزان درد گردن پیدا نکرده‌اند و به نظر می‌رسد عواملی نظیر سن می‌توانند در این رابطه نقش داشته باشند. به عبارتی، هرچند پوسچر ناصحیح یک عامل خطر برای ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی است، اما وجود پوسچر سر به جلو لزوماً به معنی بروز حتمی گردن‌درد شدید نیست و عوامل فردی و تطابقات بدنی نیز تعیین‌کننده‌اند. در مجموع نگه‌داشتن سر در وضعیت جلوآمده، زمینه را برای طیفی از مشکلات دردناک و اختلال عملکرد مهیا می‌کند و از این جهت نیازمند توجه پیشگیرانه و درمانی است.

ارزیابی بالینی و ابزارهای تشخیصی

تشخیص پوسچر سر به جلو عمدتاً بر پایه‌ی معاینه بالینی وضعیت بدن انجام می‌شود. درمانگر از نمای جانبی، موقعیت سر نسبت به شانه‌ها و تنه را بررسی می‌کند و معیار ساده‌ای مانند خط شاقول فرضی از مرکز گوش تا مفصل شانه به کار می‌رود؛ در پوسچر طبیعی، گوش دقیقاً بالای شانه قرار می‌گیرد و جلو بودن سر نشان‌دهنده شدت ناهنجاری است. گاهی از بیمار خواسته می‌شود چانه را عقب ببرد تا توانایی اصلاح وضعیت سر بررسی شود؛ دشواری در این حرکت می‌تواند نشانگر خشکی عضلات و تثبیت پوسچر غلط باشد.

ابزارهای ساده و کمی نیز برای ارزیابی وجود دارند، مانند تست دیوار که در آن فرد با پشت و سر صاف به دیوار تکیه می‌دهد و فاصله پشت گردن تا دیوار اندازه‌گیری می‌شود؛ فاصله بیش از ۵ سانتی‌متر یا تراگوس-دیواری بیش از ۱۰ سانتی‌متر غیرطبیعی تلقی می‌شود و شاخص شدت خمیدگی سر و قوس گردنی است.

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 2 Upper Crossed Syndrome | 6 Longus Capitis |
| 3 Semispinalis Cervicis | 7 Levator Scapulae |
| 4 Semispinalis Capitis | 8 Tension-type headache |
| 5 Longus Colli | |

ابزارهای دقیق‌تر شامل عکس‌برداری جانبی و آنالیز تصویری برای اندازه‌گیری زاویه کرانیوورتبرال و زوایای مرتبط هستند؛ تصویربرداری رادیوگرافیک دقیق‌ترین روش است اما به‌دلیل هزینه و اشعه، بیشتر در پژوهش‌ها کاربرد دارد.

ارزیابی بالینی تنها به موقعیت سر محدود نمی‌شود و سایر بخش‌های بدن نیز بررسی می‌شوند. وضعیت کایفوز سینه‌ای، افتادگی یا چرخش شانه‌ها و تیلت لگن بررسی می‌شوند، زیرا این نواحی با راستای سر ارتباط دارند. دامنه حرکتی گردن در فلکشن، اکستنشن، چرخش و خم شدن جانبی اندازه‌گیری شده تا محدودیت حرکتی یا کوتاهی عضلات و تغییر شکل مهره‌ها مشخص شود. قدرت و طول عضلات کلیدی گردن و شانه مانند فلکسورهای عمقی گردن، پکتورالیس و تراپزیوس نیز ارزیابی می‌شود تا اطلاعات لازم برای طراحی برنامه توانبخشی فراهم گردد. به‌طور خلاصه، ترکیبی از مشاهده پوسچر، آزمون‌های ساده، اندازه‌گیری‌های زاویه‌ای و معاینه عملکردی عضلات و مفاصل برای تشخیص دقیق شدت و علل پوسچر سر به جلو به کار گرفته می‌شود.

نقش کاردرمانی در درمان FHP

درمان پوسچر سر به جلو نیازمند رویکردی جامع و چندجانبه است که هدف اصلی آن بازگرداندن راستای صحیح سر و گردن، کاهش درد و تنش عضلانی و پیشگیری از تغییرات دژنراتیو است. نخستین گام آموزش پوسچر صحیح و اصلاح ارگونومی در فعالیت‌های روزمره است؛ تنظیم ارتفاع صفحه نمایش، استفاده از صندلی با حمایت کمری، فاصله گرفتن هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه از میز کار و بالا آوردن تلفن همراه یا تبلت تا سطح چشم از نکات مهم هستند. در منزل، انتخاب بالش مناسب، به تبدیل حالت صحیح سر و شانه به عادت روزمره کمک می‌کند.

کاردرمانی نقش محوری در اصلاح پوسچر ایفا می‌کند و معمولاً شامل ترکیبی از تمرین‌درمانی، درمان دستی و آموزش وضعیت است. تمرین‌ها شامل کشش عضلات کوتاه‌شده مانند تراپزیوس فوقانی، اسکالن‌ها، استرنوکلیدوماستوئید و پکتورالیس ماژور و مینور، حرکات نرمشی گردن و ستون فقرات برای افزایش دامنه حرکت و کاهش کایفوز سینه‌ای، و تقویت عضلات ضعیف‌شده مانند فلکسورهای عمقی گردن و عضلات بین‌کتفی است. تمرینات ایزومتریک و دینامیک، حرکت chin tuck و فشردن کتف‌ها به هم^۹، دپرشن شانه به پایین و عقب^{۱۰}، عضلات عمقی گردن و اسکاپولار را فعال و تقویت می‌کنند و به‌تدریج زاویه سر به عقب را اصلاح می‌کنند.

نتایج یک سیستماتیک ریویو در سال ۲۰۲۴ نشان داد که ترکیب تمرینات کششی، تقویتی و تصحیح پوسچر توانسته است علاوه‌بر بهبود زاویه سر به جلو، وضعیت گرد شانه‌ها و میزان کایفوز سینه‌ای را نیز اصلاح کند. بر این اساس، توصیه می‌شود برنامه‌ی توانبخشی به‌صورت جامع تمام گروه‌های عضلانی درگیر در سندرم متقاطع فوقانی را هدف قرار دهد تا بهترین نتیجه‌ی عملکردی حاصل شود.

در کنار تمرین‌درمانی، درمان‌های دستی (منوال تراپی) مانند

آزادسازی میوفاشیال، فشار نقطه‌ای روی نقاط ماشه‌ای و ماساژ عضلات پشت گردن و شانه به کاهش اسپاسم، درد و خستگی عضلانی کمک می‌کنند. ارگونومی و تعدیل محیطی نیز بخش جدایی‌ناپذیر درمان است؛ تنظیم ارتفاع صندلی و میز، اصلاح نحوه حمل کیف یا کوله‌پشتی و استفاده موقت از ارتزهای پوسچرال یا کینزیوتیپ می‌تواند یادآوری وضعیت صحیح را تسهیل کند.

رویکرد چندرشته‌ای بهترین نتایج را به همراه دارد و در صورت نیاز، پزشک متخصص می‌تواند داروهای ضدالتهاب یا شل‌کننده عضلانی تجویز کند. مداخلات تهاجمی نادر است و معمولاً تنها در موارد مشکلات ساختاری شدید، مانند تغییر شکل استخوانی یا فتق دیسک حاد، ضرورت دارد. در اغلب موارد، با توانبخشی محافظه‌کارانه و همکاری فعال بیمار، پوسچر سر به جلو قابل اصلاح یا بهبود نسبی است و از پیشرفت عوارض جلوگیری می‌شود.

جمع‌بندی:

پوسچر سر به جلو به‌عنوان یک اختلال شایع پوسچرال، تأثیرات گسترده‌ای بر سیستم اسکلتی-عضلانی و عملکرد روزمره فرد دارد و در صورت عدم مداخله می‌تواند به دردهای مزمن، کاهش کیفیت زندگی و افت کارایی منجر شود. ارزیابی به‌موقع و آموزش اهمیت حفظ پوسچر صحیح، به‌ویژه در محیط‌های کاری و تحصیلی، نقش پیشگیرانه مهمی دارد. اجرای برنامه توانبخشی جامع شامل آموزش پوسچر، تمرینات کششی و تقویتی، اصلاح ارگونومی و مداخلات دستی می‌تواند اصلاح تدریجی و مؤثر وضعیت سر به جلو را ممکن سازد. همکاری میان رشته‌های توانبخشی و بهره‌گیری از دانش پزشکی در صورت لزوم، بهترین نتایج را در مدیریت این مشکل فراهم می‌کند. با پیگیری منظم تمرینات و رعایت نکات ارگونومیک، اکثر افراد می‌توانند به پوسچر مناسب‌تر دست یافته و از درد و عوارض ناشی از پوسچر سر به جلو رهایی یابند.

References:

- Effectiveness of Therapeutic Exercise on Forward Head Posture : A Systematic Review and Meta-analysis- Rahman Sheikhhoseini (2018)
- The effect of various therapeutic exercises on forward head posture, rounded shoulder, and hyperkyphosis among people with upper crossed syndrome : a systematic review and meta-analysis- Simin Sepehri (2024)
- Evaluation of forward head posture in sitting and standing positions- B Shaghayeghfard (2016)
- The Relationship Between Forward Head Posture and Neck Pain : a Systematic Review and Meta-Analysis- NF Mahmoud (2019)
- Effect of forward head posture on thoracic shape and respiratory function- F Kakizaki (2019)
- Effects of forward head posture on static and dynamic balance control- JH Lee (2016)

- Scapular Retraction
- Depression and Retraction

از اسکرول تا کنترل سلامت روان دیجیتال از نگاه کاردرمانی



اسما شیرین زاده | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی



مبین جمال زبردست | دانشجوی سال دوم کاردرمانی

گسترش فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی در دهه‌های اخیر، به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی روزمره افراد، تأثیرات عمیقی بر سلامت روان و الگوهای فعالیتی آنان گذاشته است. استفاده افراطی یا ناسالم از این فضا می‌تواند منجر به مشکلاتی چون اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت خواب، اختلال در تعادل نقش‌های آکوپیشنال و اجتماعی شود. در چنین شرایطی، کاردرمانی به‌عنوان رشته‌ای مبتنی بر فعالیت و مشارکت اجتماعی، جایگاهی ویژه در پیشگیری و مدیریت پیامدهای روانی ناشی از حضور در فضای مجازی دارد.

کاردرمانگران با بهره‌گیری از رویکردهای علمی و مبتنی بر شواهد، قادرند مداخلاتی طراحی کنند که نه تنها به کاهش وابستگی دیجیتال کمک کند، بلکه مهارت‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری و بازسازی الگوهای سالم زندگی را نیز تقویت نماید. ازسوی دیگر، ظهور فناوری‌های نوین و مداخلات دیجیتال فرصت‌های تازه‌ای برای ارائه خدمات کاردرمانی فراهم کرده است.

بنابراین، بررسی نقش کاردرمانی در سلامت روان افراد مبتلا به اعتیاد به فضای مجازی نه تنها یک ضرورت علمی، بلکه یک نیاز عملی برای ارتقای کیفیت زندگی افراد در جامعه امروز محسوب می‌شود.

کاردرمانی و سایر سایکولوژی: فرصت های نوین

سایبرسایکولوژی به مطالعه‌ی نحوه‌ی شکل‌دهی متقابل انسان و فناوری می‌پردازد و شامل موضوعاتی مانند هویت آنلاین، روابط مجازی، اعتیاد اینترنتی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، سایبربولینگ^۱، FOMO^۲، کاهش تمرکز و تفکر انتقادی، تعامل انسان و هوش مصنوعی، ذهن آگاهی دیجیتال و عادت‌های تکنولوژی می‌باشد.

پیامدهای اعتیاد به فضای مجازی

۱ Cyberbullying: یک رفتار تکرارشونده، مخرب و هدفمند است که با استفاده از فضای مجازی انجام می‌شود و می‌تواند به آسیب‌های روانی مثل اضطراب، افسردگی، کاهش عزت‌نفس و احساس ناامنی منجر شود.

۲ Fear of Missing Out: به معنای ترس از جاماندن یا از دست دادن تجربه‌های لذت‌بخش و مهم است. این احساس معمولاً با شبکه‌های اجتماعی تشدید می‌شود، چون



با گسترش فناوری، اثرات منفی متعددی بر سلامت جسم، روان، خواب و رفتارهای اجتماعی مشاهده شده است. اعم از:

۱. پیامدهای جسمی شامل دردهای اسکلتی-عضلانی، پاسچر نامناسب بدنی، بی‌حرکی و اختلال در عملکرد روزانه.
۲. پیامدهای روان‌شناختی شامل افسردگی و اضطراب، کاهش مهارت‌های تفکر انتقادی، کاهش ظرفیت شناختی، اعتیاد به تکنولوژی (گیمینگ، شبکه‌های اجتماعی)، مقایسه اجتماعی، کاهش عزت‌نفس و مشکلات تصویر بدنی.
۳. پیامدهای مرتبط با خواب شامل بد خوابی، قطع خواب، به خواب نرفتن، پرخاشگری و تکانش‌گری، مشکلات توجه، خواب‌آلودگی روزانه و تغییرات در ریتم شبانه‌روزی.

تحقیقات متعدد رابطه‌ی مستقیم بین استفاده زیاد از صفحه‌نمایش و افسردگی، اضطراب و کاهش شناخت را نشان می‌دهند. طبق بررسی‌ها استفاده از موبایل قبل خواب شدیداً کیفیت خواب را کاهش می‌دهد.

از جمله رفتارهای پرخطر آنلاین می‌توان به سایبربولینگ، انزوای اجتماعی، کاهش کیفیت روابط واقعی، کاهش احساس تعلق و قرار گرفتن در معرض اطلاعات زیاد^۳ اشاره کرد.

نقش کاردرمانگران در مدیریت اعتیاد به فضای مجازی

کاردرمانگران با رویکردی زیستی-روانی-اجتماعی می‌توانند به افراد در تحلیل الگوهای استفاده از فناوری کمک کنند.

افراد دائماً تصاویر و اخبار مربوط به فعالیت‌های دیگران را می‌بینند.

۳ Information Overload: افراد به دلیل حضور دائمی در شبکه‌های اجتماعی، گوشی هوشمند و جریان بی‌وقفه اطلاعات، دچار اضافه‌بار شناختی می‌شوند که به استرس، فشار ذهنی، و کاهش تمرکز می‌انجامد.

این رویکرد شامل پایش میزان استفاده، شناسایی پیامدهای عملکردی و آموزش عادات سالم دیجیتال است.

مداخلات کاردرمانی در وابستگی به فضای مجازی

۱- تنظیم هدف و محدودکردن زمان استفاده از فضای مجازی: از جمله‌ی این موارد می‌توان به تعیین زمان مشخص برای استفاده از صفحه‌نمایش، استفاده از یادآورها یا سیستم‌های هشدار، استفاده از برنامه‌های دیجیتال‌دی‌توکس^۴ و مداخلات ذهن‌آگاهی اشاره کرد.

۲- آموزش مدیریت زمان و طراحی روتین‌های سالم: شامل ایجاد روتین‌های روزانه دربرگیرنده فعالیت‌های معنادار، جایگزینی سرگرمی‌های غیر دیجیتال، فعالیت‌های ورزشی، خلاقانه و اجتماعی می‌باشد.

۳- اصلاح محیط:

شامل ایجاد محیط بدون تکنولوژی، محدودکردن نور و صدای دستگاه‌ها، ارتقا کیفیت محیط خواب و کاهش عوامل حواس‌پرتی دیجیتال می‌باشد.

۴- استفاده از اپلیکیشن‌های کمکی:

مانند استفاده از اپلیکیشن‌های کنترل استفاده از فضای مجازی، ردیابی خواب و اپ‌های ذهن‌آگاهی.

۵- توانمندسازی دیجیتال:

بر اساس گزارش Royal College of Occupational Therapists RCOT, 2023، همه کاردرمانگران باید مهارت‌های سواد دیجیتال داشته باشند تا بتوانند از مزایای فناوری در توانبخشی استفاده کنند.

- آموزش استفاده ایمن از فناوری‌های روزمره (موبایل، اپلیکیشن‌ها، شبکه‌های اجتماعی).
- حمایت از افراد برای مشارکت در فعالیت‌های دیجیتال بدون خطر حذف اجتماعی.
- طراحی مداخلات مبتنی بر فناوری مثل تله‌هلت، اپلیکیشن‌های سلامت، واقعیت مجازی برای ارتقای عملکرد.
- سواد سلامت دیجیتال شامل توانایی جستجو، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات سلامت در منابع الکترونیک است.
- کمک به مراجعان برای استفاده از اپلیکیشن‌های پایش خواب یا مدیریت استرس.
- آموزش مهارت‌های شناختی برای تحلیل داده‌های سلامت دیجیتال.
- ارتقای عدالت دیجیتال و کاهش شکاف دیجیتال (Digital Divide).

توانمندسازی دیجیتال بخشی از شهروندی دیجیتال است؛ یعنی افراد یاد می‌گیرند چگونه در فضای مجازی رفتار اخلاقی، ایمن و مسئولانه داشته باشند.

۴ Digital Detox Programs: به مجموعه‌ای از ابزارها، اپلیکیشن‌ها یا رویکردهای رفتاری گفته می‌شود که هدفشان کاهش وابستگی به فناوری‌های دیجیتال (مثل تلفن همراه، شبکه‌های اجتماعی و اینترنت) و ایجاد تعادل سالم در استفاده از آنهاست.

- آموزش رفتار صحیح در شبکه‌های اجتماعی.
- حفاظت از سلامت روان و جسم در برابر استفاده افراطی.
- مشارکت فعال و سالم در جوامع آنلاین.

۶- بهبود کیفیت خواب با رویکردهای کاردرمانی: از تحلیل عادات تا تغییر سبک زندگی کاردرمانگران با تحلیل عادات خواب (الگو، مدت، کیفیت)، ارزیابی محیط خواب، تغییرات رفتاری مثل عدم استفاده از موبایل قبل خواب، CBT برای اصلاح باورهای غلط درباره خواب، تمرینات آرام‌سازی، تنفس، ذهن‌آگاهی و تغییر سبک زندگی (ورزش، تغذیه، کاهش نور صفحه) به ارتقا کیفیت خواب این افراد کمک می‌کنند.

۷- استفاده از رویکردهای مدل محور:

- مدل MOHO

کاردرمانگر به بررسی انگیزه، عادات و هویت عملکردی فرد در فضای دیجیتال جهت تحلیل اختلال در مشارکت آنلاین و کمک به بازسازی عادات سالم تکنولوژی می‌پردازد.

- مدل PEO

در این مدل کاردرمانگر به تحلیل تعامل شخص-محیط-آکوپیشن در فضای مجازی، بررسی تناسب فرد با محیط دیجیتال و بهینه‌سازی عملکرد در محیط‌های تکنولوژیک می‌پردازد.

- مدل EHP

پس از تحلیل زمینه، فرد، تکلیف و عملکرد به طراحی مداخله در زمینه‌های دیجیتال برای کاهش موانع و افزایش مشارکت می‌پردازد.

۸- مشاوره آموزشی برای اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی کاردرمانگران با مشورت با مراجعان خود مداخله‌ای را طراحی می‌کنند که افراد را نسبت به ماهیت، پیامدهای اعتیاد و رفتارهای خطرناک آنلاین آگاه می‌کند تا بتوانند رفتار خود را اصلاح کنند؛ در واقع به افراد کمک می‌کنند خودشان رفتارهای آنلاین را پایش و تحلیل کنند.

۹- تقویت مهارت‌های مقابله‌ای

کاردرمانی نقش مهمی در تقویت راهبردهای مقابله‌ای مثبت دارد. از جمله این موارد می‌توان مدیریت استرس و اضطراب با تکنیک‌های آرام‌سازی و ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی (CBT) برای اصلاح افکار غیرمنطقی و خودتنظیمی و خودآگاهی از طریق نوشتار درمانی، مدیتیشن یا بازتاب فردی اشاره کرد.

سلامت روان دیجیتال: کاردرمانی و چالش نوموفوبیا نوموفوبیا به معنای ترس یا اضطراب شدید از نبود ارتباط، قطع اینترنت، یا دور بودن از تلفن همراه می‌باشد. این اصطلاح نخستین بار در سال ۲۰۰۸ توسط اداره پست بریتانیا برای توصیف اضطراب کاربران هنگام عدم دسترسی به گوشی مطرح شد.

مداخلاتی که کاردرمانگران در این زمینه می‌توانند انجام



در کنار مادر فهم تازه‌ای از روزهای پس از تولد



نگین اسمعیل‌زاده | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

می‌شوند، در روزهای ۵ تا ۷ اوج نمود علائم را می‌بینیم و معمولاً تا روز ۱۲ شاهد برطرف‌شدن آنها خواهیم بود. اگر علائم بیش از ۲ هفته طول کشید، می‌بایست به پزشک مراجعه شود. افسردگی پس از زایمان یک بیماری روانی جدی است که مغز را درگیر می‌کند و بر رفتار و سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد. اگر افسردگی وجود داشته باشد، احساس اندوه یا پوچی اولیه‌ی به‌وجودآمده از بین نمی‌رود و می‌تواند در زندگی روزمره اختلال ایجاد کند. ممکن است احساس ناتوانی در ارتباط با نوزاد خود به وجود بیاید، انگار که مادر احساس نمی‌کند مادرِ کودکش است، یا ممکن است نوزادش را دوست نداشته باشد یا نخواهد که از او مراقبت کند. این احساسات می‌توانند هم خفیف و هم شدید باشند.

• افسردگی شدید پس از زایمان

افسردگی شدید پس از زایمان می‌تواند در هر زمانی از روزهای اول یا هفته‌های بعد از زایمان آغاز شود و بسیار جدی‌تر از افسردگی خفیف پس از زایمان است. از آنجایی که اختلال مورد بحث نوعی اختلال خلقی و بیماری بیولوژیکی ناشی از تغییرات شیمیایی در مغز است، نمی‌توان گفت که خود مادر یا شخصیت ضعیف یا ناپایدار او عامل به وجود آمدن این اختلال است.

علائم افسردگی شدید پس از زایمان شامل خلق افسرده در بیشتر روزها_ تقریباً هر روز_ به مدت

حداقل ۲ هفته و از دست دادن علاقه یا لذت از فعالیت‌هایی است که قبلاً از آنها لذت می‌بردند^۱. سایر علائم شامل خستگی، احساس بی‌قراری یا کندی، حس گناه یا بی‌ارزشی، مشکل در تمرکز، بی‌خوابی و افکار مکرر درباره مرگ یا خودکشی می‌شود. با این وجود مادر ممکن است بسیار نگران سلامت نوزادش باشد. البته برخی از زنانی که دچار افسردگی شدید پس از زایمان

تجربه‌ی مادر شدن؛ سفری شگفت‌انگیز و پر از تحول، دنیایی سرشار از عشق بی قیدوشرط، لحظات ناب و فراموش‌نشدنی و رشد و بلوغی عمیق برای هر زن. این تجربه با تمام زیبایی‌هایش، مادر را با چالش‌های فراوانی روبه‌رو می‌کند؛ از لحظه تولد فرزند، مادر با مسئولیت‌های جدید، تغییرات هورمونی و کمبود خواب مواجه می‌شود که همگی می‌توانند زمینه را برای بروز احساسات متفاوتی فراهم کنند.

در کنار تمام جنبه‌های مثبت و شیرین مادرانگی، مانند اولین لبخند نوزاد، لمس دستان کوچکش و حس عمیق ارتباط با او، برخی مادران ممکن است با سایه افسردگی پس از زایمان روبه‌رو شوند. این حالت می‌تواند شامل احساساتی نظیر غم، اضطراب شدید، خستگی مفرط و از دست دادن علاقه به فعالیت روزمره باشد. شناخت این چالش‌ها و فراهم آوردن حمایت لازم، گامی حیاتی در جهت تضمین سلامت روان مادر و ایجاد محیطی سرشار از آرامش و عشق برای او و فرزندش است. در این بخش از نشریه به بررسی این جنبه‌ها، از زیبایی‌های بی‌بدیل مادرانگی تا علائم و راه‌های مقابله با افسردگی پس از زایمان می‌پردازیم.

مادران باردار ممکن است پس از زایمان احساس اندوه یا پوچی یا ناامیدی داشته باشند. این احساسات منفی، احساس معمولی یا مورد انتظار مادر شدن نیستند. در این دوره مادر نوزاد ممکن است نوسانات خلقی داشته باشد که شامل لحظاتی از گریه، اضطراب یا تحریک‌پذیری است که با زمان‌هایی از احساس خوب‌بودن درهم آمیخته است. علاوه‌بر همه‌ی این مشکلات، اختلالات خواب نیز محتمل است.

برای بسیاری از زنان، این علامت‌ها در طی چند روز از بین می‌رود اما اگر ادامه‌دار باشد، احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان بالا می‌رود. علائم معمولاً ۳ تا ۵ روز بعد از زایمان شروع



بدهند؛ شامل:

- CBT برای اصلاح افکار غیرمنطقی
- ذهن‌آگاهی
- تکنیک‌های تنفس و آرام‌سازی
- تنظیم محیط و روتین‌ها
- فعالیت‌درمانی، طراحی سبک زندگی و مشارکت اجتماعی
- تحلیل فعالیت برای شناسایی موانع عملکردی می‌باشند.

تعادل کاری و استفاده مشکل‌ساز از اینترنت در دانشجویان تعادل کاری به معنای تجربه فرد از داشتن ترکیب درست و مناسب از فعالیت‌های مختلف در الگوی عملکرد روزانه‌اش می‌باشد. این مفهوم شخصی و ذهنی است و دو بعد کمی (مقدار زمانی که صرف فعالیت‌ها می‌شود و تعداد فعالیت‌ها) و کیفی (تنوع فعالیت‌ها، میزان رضایت از آنها، و معنا و اهمیت فعالیت‌ها) دارد. فناوری در زندگی روزمره دانشجویان نقش مهمی دارد و نگرانی‌ها درباره اعتیاد اینترنت افزایش یافته است. وابستگی به اینترنت باعث کاهش انگیزه و عملکرد تحصیلی و رفتار فبینگ می‌شود.

هرچه تعادل کاری دانشجویان بهتر باشد؛ اعتیاد به اینترنت و فبینگ کاهش پیدا می‌کند. بنابراین تقویت تعادل کاری می‌تواند یک استراتژی مهم برای کاهش اعتیاد اینترنت و رفتارهای مخرب دیجیتالی باشد.

جمع‌بندی

شبکه‌های اجتماعی روابط را آسان‌تر کرده‌اند، اما کیفیت روابط واقعی را کاهش داده و منجر به سطحی‌تر شدن روابط و

کاهش احساس تعلق شده‌اند. با توجه به این موارد و پیامدهای روانی-اجتماعی ناشی از استفاده افراطی، کاردرمانی می‌تواند با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی و بهره‌گیری از مدل‌های نظری، نقش مهمی در پیشگیری و مدیریت وابستگی دیجیتال ایفا کند. مداخلات کاردرمانی شامل اصلاح عادات، توانمندسازی دیجیتال، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقای کیفیت خواب، نه تنها به بهبود عملکرد فردی و اجتماعی کمک می‌کند بلکه تاب‌آوری و سلامت روان دیجیتال را نیز تقویت می‌نماید. این رویکرد، راهکاری علمی و عملی برای ارتقای کیفیت زندگی در جامعه امروز محسوب می‌شود.

منابع:

1. Jahrami H. Unlocking the potential: Exploring the opportunities for occupational therapists in cyberpsychology. Hong Kong J Occup Ther. 2024;35(1):1 5.
2. Romero Té bar A, Serrano Parra MD, Ferrer Casas A, Traver Martí J, Pastor Ruiz Y, Ferrer Cascales R, et al. Analysis of occupational balance and its relation to problematic internet use in university occupational therapy students. Healthcare (Basel). 2021;9(2):197.
3. How Occupational Therapy Encourages Positive Coping Strategies. OT Potential. 2025 [cited 2025 Dec 5]. Available from : <https://www.otpotential.com>

هستند، افکار روان‌پیشانه (توهم یا هذیان) را تجربه می‌کنند و احتمال کم اما واقعی وجود دارد که بتوانند به فرزندانشان آسیب برسانند.

حدود ۱۰٪ تا ۱۵٪ از مادران دچار افسردگی شدید پس از زایمان می‌شوند، اما این مشکل اغلب تا چند ماه پس از زایمان تشخیص داده نمی‌شود. گاهی مادری که به‌تازگی زایمان کرده است به‌دلیل کمبود انرژی ناشی از بیماری یا ترس از قضاوت دیگران، مراجعه به پزشک را به تعویق می‌اندازد. مادر ممکن است به‌خاطر افسردگی خود احساس گناه کند، درحالی‌که به‌دلیل مادر شدن طبیعتاً انتظار می‌رود احساس خوشایندی را تجربه کند. اعضای خانواده و پزشکان نیز ممکن است نتوانند علائم را به‌عنوان افسردگی شناسایی کنند و به‌جای آن باور داشته باشند که حالت مادر یک واکنش طبیعی به استرس مراقبت از نوزاد است.

• چه عواملی باعث افسردگی پس از زایمان می‌شوند؟

دقیقاً مشخص نیست که چه چیزی باعث افسردگی پس از زایمان می‌شود، اما تحقیقات به عوامل هورمونی اشاره دارند که ممکن است به‌نوبه‌ی خود بر دیگر عوامل شیمیایی مغز تأثیر بگذارند. در زمان زایمان، میزان استروژن و پروژسترون در خون و مغز به‌طور ناگهانی کاهش می‌یابد. زنانی که دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند، ممکن است به این تغییر به‌خصوص حساس باشند زیرا بدن در حال بازگشت به تعادل طبیعی خود است. علت مهم دیگری که هرچند نادر است، کم‌کاری غده تیروئید و افت هورمون‌های تیروئید پس از زایمان است که در صورت شناسایی، درمان آن نسبتاً آسان است.

تغییرات شیمیایی مغز در افسردگی پس از زایمان احتمالاً مشابه ناهنجاری‌هایی است که محققان معتقدند در انواع دیگر افسردگی وجود دارد. این دیدگاه با این واقعیت تقویت می‌شود



که افسردگی پس از زایمان بیشتر در زنانی که در زمان‌های دیگر افسردگی داشته‌اند یا بستگان نزدیکشان افسردگی دارند (که در این صورت عامل وراثتی‌بودن بیماری را نیز تقویت می‌کند) رخ می‌دهد.

• چه کسانی در معرض خطر افسردگی شدید پس از زایمان هستند؟

مهم‌ترین عامل خطر برای افسردگی پس از زایمان، تجربه یک دوره مشابه قبلی است. بیش از نیمی از زنانی که قبلاً پس از زایمان دچار افسردگی شده‌اند، هنگام زایمان دوباره دچار افسردگی خواهند شد. اگر زنی در هر زمان دیگری از زندگی‌اش دچار افسردگی شده باشد، خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان نیز در او افزایش می‌یابد؛ از حدود ۱۰٪ (خطر برای زنی که سابقه افسردگی ندارد) تا ۲۵٪ زنان مبتلا به بیماری افسردگی-شدیدی (که به‌عنوان اختلال دوقطبی نیز شناخته می‌شود) نیز در معرض خطر بسیار بالایی هستند. همچنین درصورتی‌که مادر در دوران بارداری دچار افسردگی شده باشد یا اگر قبل از بارداری علائم خلقی پیش از قاعدگی قابل توجهی داشته باشد یا اگر بستگان نزدیکش دچار افسردگی یا اختلال دوقطبی باشد، آسیب‌پذیرتر می‌باشد. بسیار مهم است که زنی با سابقه شخصی یا خانوادگی اختلال خلقی با پزشک خود صحبت کند تا بتوان او را به‌دقت تحت نظر قرار داد. وضعیت‌های استرس‌زا (مانند مشکلات سلامتی در نوزاد، اختلالات زناشویی، نداشتن شریک زندگی حمایتگر) نیز ممکن است یک مادر را در معرض خطر بیشتری برای افسردگی شدید پس از زایمان قرار دهد.

• آیا افسردگی پس از زایمان درمان‌نشده بر روی نوزاد تأثیر خواهد گذاشت؟

مطالعات درمورد مادران مبتلا به افسردگی نشان داده‌اند که افسردگی پس از زایمان می‌تواند تأثیرات منفی قابل توجهی بر روی نوزاد داشته باشد که ممکن است تا دوران کودکی ادامه یابد. مادرانی که دچار افسردگی هستند ممکن است کمتر با فرزندانشان وارد تعامل شوند. اختلال تعاملات بین مادر و نوزاد، می‌تواند بر رفتارهای بعدی کودک تأثیر بگذارد. مطالعات نشان داده‌اند که چنین کودکانی ممکن است در برخی از مراحل تکاملی به خوبی کودکانی که مادرانشان افسرده نبودند، عمل نکنند. توانایی آنها برای تعامل با سایر کودکان نیز ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد و ممکن است مشکلات رفتاری و یادگیری داشته باشند. بنابراین شناسایی و درمان افسردگی پس از زایمان در اسرع وقت بسیار مهم است.

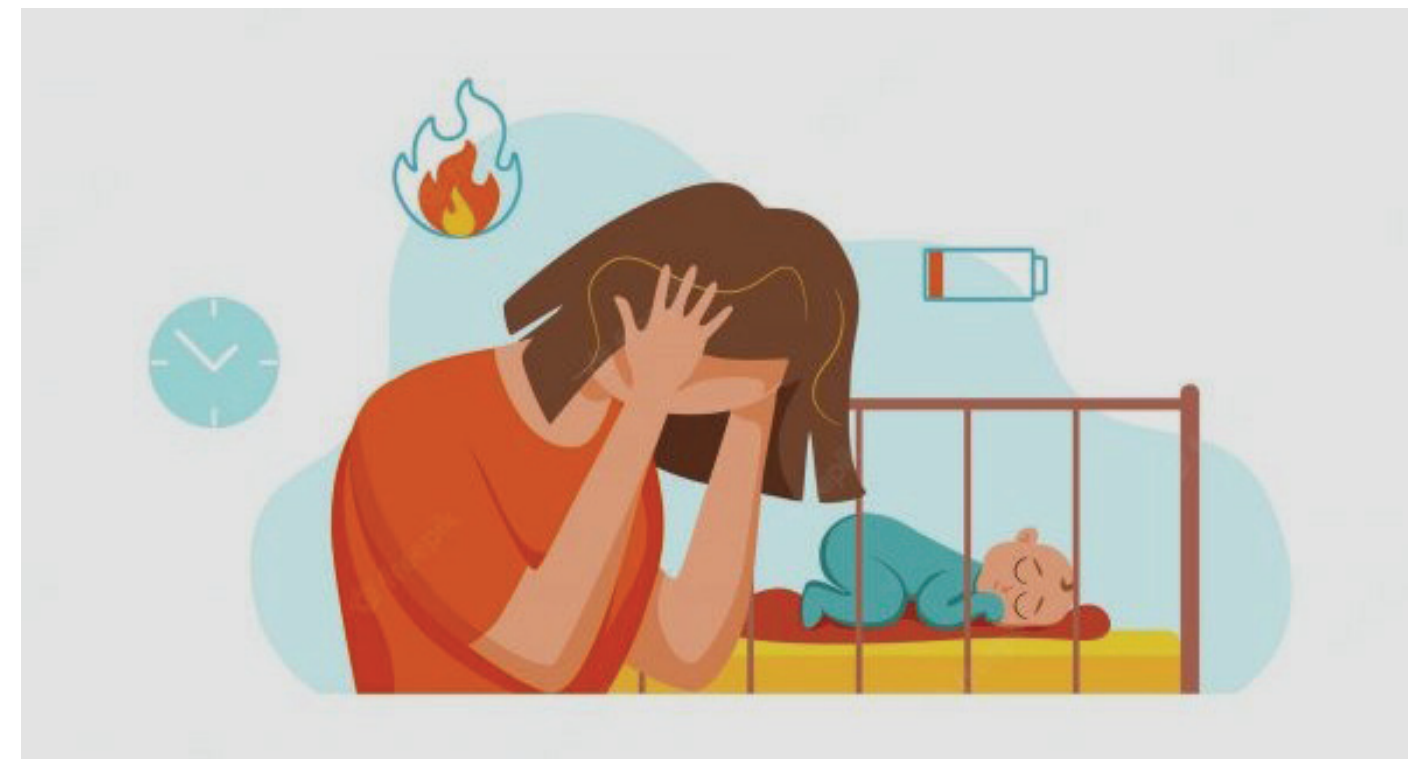
• افسردگی پس از زایمان چگونه درمان می‌شود؟

درمان افسردگی پس از زایمان به شدت علائم بستگی دارد. بر اساس تعریف، افسردگی خفیف پس از زایمان فقط چند روز تا حداکثر ۲ هفته طول می‌کشد. معمولاً با کمک اضافی در مراقبت از نوزاد و حمایت عاطفی از مادر، این احساسات به‌سرعت از بین می‌روند. بااین‌حال، زمانی که افسردگی عمیق‌تر شده و برای

مدت طولانی‌تری ادامه یابد، درمان فعال‌تری مورد نیاز است. اگر افسردگی به اندازه‌ای خفیف باشد که فرد بتواند به فعالیت‌های روزمره‌اش ادامه دهد، ممکن است از روان‌درمانی تخصصی بهره‌مند شود. بااین‌حال، اگر علائم واضحی از افسردگی شدیدتر وجود داشته باشد، کارشناسان توصیه می‌کنند که داروهای ضدافسردگی به‌دقت انتخاب شده و با مشاوره و حمایت ترکیب شوند. هرچه افسردگی شدیدتر باشد، کارشناسان بیشتر بر استفاده از دارو تأکید می‌کنند. درصورتی‌که مادر به داروها پاسخ ندهد یا در حال شیردهی باشد، ممکن است بخواهد از مصرف داروها پرهیز کند. بااین‌وجود، اطلاعاتی در مورد تأثیرات چندین داروی ضدافسردگی بر نوزادان شیرخوار جمع‌آوری شده است که هیچ نشانه‌ای از بروز مشکلات جدی ناشی از مصرف داروهای مورد نظر نشان نمی‌دهد. اگر مادر علائم بسیار شدیدی مانند افکار خودکشی یا روان‌پریشی داشته باشد، ممکن است نیاز باشد که پزشک برای تأمین امنیت خودش و نوزادش او را در بیمارستان بستری کند. درمان الکتروشوک یک گزینه جایگزین است که باید در نظر گرفته شود.

• داروهای ضدافسردگی

انواع مختلفی از داروهای ضدافسردگی با اثرات شیمیایی و عوارض جانبی متفاوت در دسترس هستند. برای افسردگی پس از زایمان در یک مادر شیرده، کارشناسان داروهای به نام مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) را توصیه می‌کنند که بر ماده شیمیایی مغز یعنی سروتونین تأثیر می‌گذارند. انتخاب اصلی آنها در میان این داروها سرتالین (زولفت) است، که پرکاربردترین داروی ضدافسردگی در مادران شیرده و نوزادان آنهاست. ازآنجایی‌که مقادیر کمی از آن به شیر مادر وارد می‌شود، اثرات این دارو در نوزادان به مقدار کم یا هیچ هستند و به نظر می‌رسد هیچ اثر جانبی وجود ندارد. پاروکستین (پاکسیل) نیز یک انتخاب بسیار خوب است. پاروکستین در شیر مادر یا نوزادان شیرده قابل تشخیص نیست. دو SSRI دیگر که به‌طور گسترده استفاده می‌شوند، فلوکستین (پروزاک) و سیتالوپرام (سلکسا)، در مقادیر کم وارد شیر مادر می‌شوند اما به‌عنوان گزینه‌های قابل قبول در نظر گرفته می‌شوند. داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای، که نوع قدیمی‌تری از داروها هستند، نیز توسط کارشناسان به‌عنوان انتخاب مناسبی برای مادران شیرده در نظر گرفته می‌شوند. ایمی‌پرامین (توفانیل) و نورتریپتیلین (پاملور) دو نمونه از داروهای سه‌حلقه‌ای هستند. به‌طور کلی تری‌سیکلیک‌ها معمولاً عوارض جانبی بیشتری در مادر نسبت به SSRI ها ایجاد می‌کنند اما گاهی اوقات مؤثرتر هستند. اگر نوزاد مشکلات سلامتی داشته باشد، پزشک اطفال می‌تواند نمونه‌ای از خون بگیرد تا ببیند آیا داروی ضدافسردگی در نوزاد به مقدار قابل توجهی وجود دارد یا نه و ممکن است به مشکل کمک کند یا خیر. برای نوع بسیار شدید افسردگی که در آن مادر علائم روان‌پریشی (توهم یا هذیان) دارد، مهم است که داروی ضدافسردگی را با نوع دیگری از دارو به نام آنتی‌سایکوتیک ترکیب کنند. اگر مادر در حال شیردهی است، کارشناسان نوع قدیمی‌تری به نام آنتی‌سایکوتیک‌های



سنتی (مانند هالیدول) را توصیه می‌کنند؛ در غیر این صورت انواع جدیدتر (آنتی‌سایکوتیک‌های غیر معمول مانند رپراید یا زیپراسا) ترجیح داده می‌شوند، اما به اندازه کافی در مادران شیرده و نوزادانشان آزمایش نشده‌اند.

• درمان‌های روان‌شناختی

برای مشاوره و حمایت از مادری که از افسردگی شدید پس از زایمان رنج می‌برد، کارشناسان کمک‌های خانگی و درمان با یک متخصص بهداشت روان را توصیه می‌کنند. اگر افسردگی شدید باشد، کارشناسان توصیه می‌کنند که فردی برای ماندن و کمک به مادر در تمام اوقات وجود داشته باشد، مانند یکی از بستگان، دوستان یا یک کمک‌کار پرداختی. خانواده و دوستان می‌توانند حمایت بدون قضاوت، دلگرمی، امید و تأیید توانایی‌های مادر را ارائه دهند. مسائل رایج در روان‌درمانی برای افسردگی پس از زایمان شامل ترس‌های فراوان از مسئولیت‌های جدید و احساس گناه به خاطر افسرده‌شدن در چنین زمان حساسی می‌باشد. دو تکنیک که با قرار دادن این مشکلات در چشم‌انداز، افسردگی را درمان می‌کنند، درمان بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری هستند. معمولاً مهم است که همسر یا دیگر مراقب اصلی در درمان گنجانده شوند تا به فرد کمک کنند علائم افسردگی را درک کند و با استرس افزایش یافته بر خانواده مقابله کند.

اگر زنی در گذشته دچار افسردگی پس از زایمان شده باشد، بیشتر کارشناسان توصیه می‌کنند که درمان پیشگیرانه با داروهای ضد افسردگی و مداخلات روانی-اجتماعی بلافاصله پس از زایمان آغاز شود. برخی از کارشناسان در صورتی که مادر در معرض خطر

بسیار بالایی باشد، برنامه پیشگیرانه را در سه‌ماهه سوم بارداری آغاز می‌کنند. یک برنامه معمولی ممکن است شامل شروع روان‌درمانی از ۲-۳ ماه قبل از تاریخ زایمان باشد و سپس در چند هفته پایانی که تقریباً هیچ خطری برای جنین وجود ندارد، داروی ضد افسردگی اضافه شود.

تا به اینجا درباره تعریف افسردگی پس از زایمان، نشانه‌ها و عوامل ایجاد آن، درمان‌های دارویی و درمان روان‌شناختی آن صحبت کردیم. برای مطالعه ادامه مطلب که به‌طور ویژه به نقش کاردرمانی در درمان افسردگی پس از زایمان می‌پردازد، در شماره بعدی نشریه همراه ما باشید.

• منابع:

1. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis - Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021).
2. POSTPARTUM DEPRESSION: A Guide for Patients and Families. Margaret L. Moline, PhD, David A. Kahn, MD, Ruth W. Ross, MA, Lori L. Altshuler, MD, and Lee S. Cohen, MD.
3. www.womensmentalhealth.org
4. The impact of maternal depression on familial relationships - Burke, L. (2003).



توماتیس؛ راهی برای بهتر شنیدن



مبین فلاح‌گل | دانشجویان سال آخر کاردرمانی | محیا نصیراله‌پور



این سؤال ساده اما عمیق، نقطه‌ی شروع تحقیقات گسترده‌ی توماتیس شد. او با تحلیل صداها صدای حرفه‌ای^۲ به کشف مهمی رسید: کیفیت تولید صدا، بازتاب مستقیم کیفیت شنیدن است. بر پایه این کشف، او سه قانون بنیادین توماتیس را تدوین کرد که اساس روش درمانی او را شکل داد و در نهایت به این نتیجه رسید که گوش و شنوایی نه تنها برای دریافت صدا، بلکه برای تنظیم مغز، بدن، توجه، حرکت و زبان، حیاتی هستند.

سه اصل بنیادین متد توماتیس عبارتند از:

اصل اول: ما فقط می‌توانیم آنچه را که می‌شنویم، بازتولید کنیم (برای مثال در گفتار یا موسیقی).

اصل دوم: تغییر در شنیدن، تغییر در گفتار و رفتار را به دنبال دارد.

اصل سوم: تحریک صحیح شنوایی، موجب بهبود مغز و سیستم عصبی می‌شود.

توماتیس دریافت که گوش تنها یک دستگاه شنیداری نیست؛

در شماره‌ی دوم نشریه، درباره موسیقی درمانی صحبت کرده بودیم. در این شماره به معرفی متد توماتیس^۱، یکی از معروف‌ترین روش‌های موسیقی درمانی، خواهیم پرداخت که نحوه‌ی اجرای موسیقی درمانی را شرح می‌دهد.

وقتی از متد توماتیس سخن می‌گوییم، منظورمان مجموعه‌ای تخصصی از تحریکات شنیداری و مداخلات عصبی می‌باشد که با هدف بهبود پردازش شنیداری، توانایی‌های زبانی و مهارت‌های شناختی طراحی شده است. ریشه این روش، به پژوهش‌های آلفرد توماتیس، پزشک فرانسوی متخصص گوش و عارض صدا در دهه ۱۹۴۰ بازمی‌گردد. توماتیس، که در خانواده‌ای موسیقی‌دوست رشد یافته بود، سال‌های اولیه فعالیت حرفه‌ای خود را در محیط‌های موسیقی کلاسیک و میان خوانندگان و نوازندگان سپری کرد. در همان سال‌ها مشکلی توجهش را جلب کرد؛ برخی خوانندگان با استعداد، توانایی صوتی خود را به مرور از دست می‌دادند. این پرسش در ذهن او شکل گرفت: «آیا می‌توان چیزی را تولید کرد که گوش قادر به شنیدن دقیق آن نیست؟»

TOMATIS ۱

۲ منظور از صدای حرفه‌ای، صدای موسیقی‌موزیسین‌هایی است که توانایی صوتی خود را از دست داده بودند. بررسی حرفه‌ای و دقیق این صدا و علت‌یابی این اختلالات توسط آلفرد توماتیس، در نهایت منجر به نتایج جالب‌توجهی شد.



دنیای هنر در کاردرمانی

بلکه کانالی کلیدی برای انتقال اطلاعات به مغز و تنظیم تعاملات حسی-حرکتی و هیجانی است. او با اختراع دستگاهی موسوم به «گوش الکترونیکی»، این امکان را فراهم کرد تا فرکانس‌ها، شدت‌ها و مسیرهای صوتی به‌طور هدفمند تغییر یابند و سیستم شنوایی و مسیرهای عصبی مرتبط، دوباره تنظیم شوند. فرایندی که می‌توان آن را مشابه کوک دوباره‌ی یک ساز تصور کرد. توماتیس تفاوت روشن میان شنیدن و گوش‌دادن را به تصویر می‌کشد. به عقیده او، شنیدن، دریافت بی‌اختیار صداست و گوش‌دادن، شامل توانایی تنظیم اطلاعات شنیداری اطراف ما، همچون نادیده‌انگاری محرک‌های ناخواسته می‌باشد.

با گذشت زمان، روش توماتیس در حوزه‌های مختلف بالینی به‌کار گرفته شد؛ از کودکان با اختلالات پردازش شنیداری و تاخیر گفتاری گرفته تا افراد مبتلا به اوتیسم، اختلالات یادگیری، مشکلات توجه و اضطراب. وجه تمایز این روش، تنها پایه‌های علمی آن نیست؛ بلکه نگاه انسان‌محور آن است.

توماتیس معتقد بود گوش پیش از دریافت

صدا، پل ارتباطی میان فرد و محیط،

کودک و والدین و البته میان انسان

و جهان درونی خود است.

در این روش نیازی نیست

که گوش به‌طور مداوم

درگیر گوش‌دادن باشد و

می‌توان به کارهای دیگر

و حتی بازی پرداخت. متد

توماتیس تلاش می‌کند

این پل را بازسازی، تقویت

و تثبیت کند و این کار را با

زبانی جهانی انجام می‌دهد:

زبان موسیقی و صدا.

امروزه، متد توماتیس ترکیبی

از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی

رشد، موسیقی‌شناسی و فناوری است.

در مرکز این روش، همان پیام ساده‌ی توماتیس

باقی‌مانده است: با بازگرداندن گوش به دنیای صدا،

می‌توان توانایی‌های زبانی، شناختی و هیجانی انسان را ارتقا داد.

این رویکرد، برخلاف روش‌های صرفاً شنیداری، تجربه‌ای جامع و چندحسی از بازتوانی شنوایی و توانمندسازی فرد ایجاد می‌کند.

پس از درک فلسفه و بنیان علمی متد توماتیس، گام بعدی،

تبدیل این دانش به عمل است. طراحی برنامه‌های درمانی شخصی‌سازی‌شده، امکان بازتنظیم سیستم شنوایی و هم‌زمان، تقویت مسیرهای عصبی مرتبط با توجه، زبان و تعاملات اجتماعی را فراهم می‌کند. برای دستیابی به این هدف، ارزیابی دقیق اولیه ضروری است؛ این مرحله، اطلاعات پایه برای تصمیم‌گیری‌های درمانی را فراهم می‌کند و تضمین می‌کند هر مداخله‌ای منطبق با نیازها و توانایی‌های فرد باشد.

ارزیابی اولیه (Initial Assessment)

ارزیابی اولیه، شامل سنجش آستانه‌های شنوایی، پردازش شنیداری، تمایز فرکانس و تشخیص الگوهای صوتی است و غالبیت شنوایی (به‌ویژه گوش راست) نیز بررسی می‌شود. مهارت‌های زبانی و شناختی شامل وضوح گفتار، سرعت پردازش کلامی، خواندن و درک، و حافظه‌ی کاری نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. رفتارهای هیجانی، الگوهای حرکتی و حساسیت‌های حسی نیز به‌دقت مشاهده می‌شوند. نتیجه این ارزیابی، نقشه‌ای دقیق از عملکرد شنیداری و شناختی فرد است که اساس طراحی برنامه‌ای اختصاصی خواهد بود.

طراحی برنامه‌ی اختصاصی فرد (Individualized Protocol Design)

بر اساس داده‌های ارزیابی، برنامه‌ای شخصی‌سازی‌شده طراحی می‌شود. موسیقی کلاسیک-به‌ویژه آثار موتزارت—به‌دلیل ساختارهای ریتمیک و طیف‌های فرکانسی متنوع، محور اصلی برنامه است. نسخه‌ی فیلترشده صدای مادر نیز برای کودکان استفاده می‌شود تا حس امنیت و پیوند هیجانی تقویت شود. شدت تحریک، تغییرات فرکانسی و نسبت هدایت صوتی هوایی و استخوانی، بر اساس پروفایل فرد مشخص می‌شوند. همچنین تعداد جلسات، طول دوره‌ها و تمرین‌های مکمل زبانی و حرکتی با دقت تعیین می‌شوند.

بعد از ارزیابی اولیه و طراحی برنامه‌ی اختصاصی، باید به اجرای برنامه بر اساس ارزیابی و طرح‌ریزی‌های انجام‌شده پرداخت. مداخلات در سه فاز مداخله و یک دوره‌ی استراحت انجام می‌شوند:

فاز اول مداخله: بازتنظیم شنوایی (First Listening Phase)

در این مرحله، هدف، بازتنظیم سیستم شنوایی است و معمولاً شامل ۱۲ تا ۱۵ جلسه تحریک شنیداری می‌باشد. موسیقی پردازش‌شده، از طریق هدفون‌هایی که هدایت صوتی هوایی و استخوانی دارند، ارائه می‌شود. استفاده از «سوئیچ فرکانسی» موجب تحریک هدفمند گوش و مغز می‌شود و حساسیت شنیداری، توجه و کنترل هیجانی، بهبود می‌یابد و مسیرهای عصبی برای مراحل بعدی آماده می‌شوند.

دوره استراحت: فاز ادغام عصبی (Integration Break)

پس از فاز اول، یک دوره استراحت ۲ تا ۴ هفته‌ای در نظر گرفته می‌شود تا مغز فرصت داشته باشد تغییرات تازه شکل گرفته را

تثبیت و سازمان‌دهی کند. این مرحله نقش مهمی در پردازش اطلاعات و آمادگی برای فازهای بعدی دارد.

فاز دوم مداخله: تحریک شناختی-زبانی (Active Listening Phase)

در این مرحله، فرد فعالانه در فرآیند درمان مشارکت می‌کند. موسیقی با پیچیدگی بیشتر ارائه شده و تمرین‌هایی مانند خواندن با صدای بلند، تکرار کلمات و فعالیت‌های ریتمیک انجام می‌شوند. این تمرین‌ها به تقویت پردازش زبان، توجه شنیداری، سرعت پردازش و مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کنند.

فاز سوم مداخله: تثبیت و تعمیم (Stabilization and Generalization)

تمرکز این فاز بر تثبیت مهارت‌های کسب‌شده و انتقال آنها به محیط‌های واقعی است. جلسات سبک‌تر اما هدفمند هستند و هماهنگی شنوایی-حرکتی، کنترل آوایی گفتار و خودنظارتی را تقویت می‌کنند. تمرین‌ها به فرد کمک می‌کنند تا تغییرات به زندگی روزمره و تعاملات اجتماعی تعمیم یابند.

ارزیابی پایانی (Final Assessment)

در پایان، ارزیابی، مشابه مرحله‌ی نخست انجام می‌شود تا میزان پیشرفت فرد مشخص شود. نتایج آزمون‌های شنوایی، پردازش شنیداری، زبان و عملکردهای شناختی با وضعیت اولیه مقایسه می‌شوند و تغییرات رفتاری، ارتباطی و هیجانی نیز بررسی می‌شوند. بازخورد والدین، معلمان یا خود مراجع برای تصمیم‌گیری درباره ادامه یا خاتمه درمان، اهمیت دارد.

نتایج مبتنی بر شواهد از متد توماتیس:

تحقیقات نشان داده‌اند که صدا درمانی توماتیس، بر بهبود توجه شنیداری، سرعت پردازش و کارکردهای اجرایی (توجه انتخابی، انعطاف پذیری شناختی، استدلال انتزاعی، توانایی برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی) دانش‌آموزان دارای اختلال خواندن (دیسلکسیا) تاثیرگذار است. همچنین در مهارت‌های خواندن و مهارت‌های حرکتی ظریف این دانش‌آموزان نیز بهبودی مشاهده شده است. از آنجایی که متد توماتیس روی سیستم عصبی تاثیر مثبتی داشته است، می‌تواند راه‌های عصبی منتهی به عضلات و سیستم‌های مختلف را نیز تقویت کند. تقویت این راه‌های عصبی، کنترل حرکتی ظریف را بیشتر کرده و در نهایت، حرکات ظریف، با کنترل بالاتری اجرا می‌شوند.

توماتیس به این نتیجه رسیده است که فرکانس‌های بالای صدا، می‌توانند فرایند تولید انرژی توسط مغز را تسریع کرده و بر روی وضعیت جسمانی، جریان انرژی، نگرش فرد و وضعیت عضلات تاثیر بگذارند.

صدا درمانی، موجب ساخت و تقویت ارتباط میان نوروها در قشر مخ (خصوصاً قشر پیشانی) می‌شود، که فرایندی شبیه به فرایند تکامل مغز است.

موسیقی همراه با نظم و ساختار می‌تواند به‌عنوان تقویت

کننده‌ای جهت تسهیل رفتار و کنترل تحریکات استفاده شود. آوازها و بازی‌های موسیقایی که صدا را به اعمال، دستورات یا اشیاء ربط می‌دهند، می‌توانند به یادگیری، درک و پاسخ به محرک‌های شنوایی کمک کنند.

در پژوهش‌ها، مشخص شده است که نوع موسیقی به‌کار رفته، در اثربخشی نتایج تاثیر ندارد. توماتیس نیز به این نتیجه رسیده است که بدون در نظر گرفتن سلیقه شنونده و بدون در نظر گرفتن این نکته که آیا شنونده آشنایی قبلی با موسیقی موتزارت داشته است یا خیر، این موسیقی همواره به شنونده آرامش داده، فهم تجسمی را تقویت کرده و به آنها اجازه داده که با وضوح و آگاهی بیشتری به بیان احساسات و افکار خود اقدام کنند. یافته‌های توماتیس نشان می‌دهد، موتزارت بهترین نتایج و اثبات‌ترین واکنش‌ها را بر جای می‌گذارد.

صوت درمانی به روش توماتیس و استفاده از موسیقی موتزارت، ممکن است تولید یک ماده شیمیایی در مغز (به احتمال زیاد آندورفین‌ها) را تحریک نماید. آزاد شدن این ماده در سیستم لیمبیک مغز، به‌طور مستقیم بر فشار خون، نبض و درجه‌ی حرارت تاثیر می‌گذارد؛ سوخت‌وساز بدن را کاهش می‌دهد و حتی تولید آنزیم‌ها و هورمون‌ها را تنظیم می‌کند. دستگاه لیمبیک شامل تالاموس، هیپوتالاموس، آمیگدال و اجزای دیگری است و نقش مهمی در حافظه، یادگیری و احساسات مختلف دارد. فرکانس‌های بالاتر اصوات، گوش داخلی را تحریک کرده و باعث افزایش عملکرد شنوایی مغز شده و باعث می‌شود مغز، فعالیت‌های پردازشی را با دقت بیشتری انجام دهد.

با توجه به مطالب ذکر شده، می‌توان نتیجه گرفت که متد توماتیس، فراتر از یک مداخله شنیداری ساده است؛ این روش تجربه‌ای چندحسی است که گوش، مغز و هیجانات را در تعامل با یکدیگر بازسازی می‌کند. هر نوت موسیقی و هر فرکانس تنظیم‌شده، فرصتی است برای تقویت توانایی‌های طبیعی انسان، ارتقای مهارت‌های زبانی و شناختی، و ایجاد اعتمادبه‌نفس و آرامش بیشتر. این روش به هزاران کودک و بزرگسال در سراسر جهان کمک کرده است که نه‌تنها بهتر بشنوند، بلکه زندگی را با آگاهی و تجربه‌ای عمیق‌تر از ارتباط و یادگیری، تجربه کنند.

منابع:

۱. نرگس رحمانی، مهناز استکی، دهشته نیوشا. (۱۳۹۸). اثربخشی صدا درمانی به روش توماتیس بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان دارای مشکلات خواندن.
۲. نرگس رحمانی، مهناز استکی، دهشته نیوشا. (۱۳۹۸). اثربخشی صدا درمانی به روش توماتیس بر مهارت خواندن و مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان دارای مشکلات خواندن.
3. Gerritsen, J. (2010). The Effect of Tomatis Therapy on children with Autism : eleven case studies
۴. Yujia Fu, et all (۲۰۲۴). Improvement of symptoms in children with Autism by Tomatis training: a cross sectional and longitudinal study
5. www.tomatis.com

وقتی رنگ‌ها سخن می‌گویند... تفسیر نقاشی کودک - قسمت ششم



پیام بهاری مقدم | کارشناس کاردرمانی

در شماره قبلی نشریه، یکی از مهم‌ترین جنبه‌های نقاشی، یعنی سیر رشد ترسیم در کودکان را بررسی کردیم و نکات مهم هر دوره رشدی را مرور نمودیم. در این شماره قصد داریم سری به دنیای رنگ‌ها بزنیم تا بتوانیم دنیا را رنگی‌تر ببینیم.

نگاهی نظری به رنگ در نقاشی کودک

در پژوهش‌های کلاسیک هنر کودک، تأکید شده است که نقاشی و رنگ‌آمیزی تنها فعالیتی تزئینی نیست، بلکه پنجره‌ای به رشد شناختی و عاطفی کودک محسوب می‌شود. کودک در سال‌های پیش‌دستان، از خط‌خطی‌های ساده و بازی با رنگ آغاز می‌کند و به‌تدریج، هم شکل و هم رنگ را هدفمندتر به کار می‌گیرد؛ در ابتدا، رنگ بیشتر جنبه بازی و تخلیه انرژی دارد، اما با رشد شناختی و تجربیات اجتماعی، به ابزاری برای نزدیک شدن به واقعیت و بیان احساسات پیچیده تبدیل می‌شود. حتی خط‌خطی‌ها و انتخاب‌های به ظاهر ساده‌ی رنگ نیز بخشی از فرایند «ساختن معنا» در ذهن کودک هستند. کودک با رنگ‌ها تلاش می‌کند تجربه‌های روزمره، هیجان‌ها و روابط مهم زندگی خود را نظم دهد و به تصویر بکشد؛ بنابراین به‌جای قضاوت سریع درباره‌ی درست یا غلط بودن رنگ‌ها، بهتر است روند انتخاب و استفاده از رنگ را مشاهده کنیم؛ این که کودک چقدر در انتخاب رنگ مردد است، چگونه تکرار می‌کند و چه زمانی رنگ را عوض می‌کند، خود می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره سبک فکر کردن و دنیای عاطفی او بدهد.

اهمیت رنگ در ارزیابی و مداخله کاردرمانی

از منظر کاردرمانی، نقاشی کودک تنها یک تولید هنری نیست، بلکه یک «فعالیت معنادار» است که می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد حوزه‌های مختلف عملکردی او بدهد. کاردرمانگر در حین مشاهده نقاشی، علاوه‌بر محتوای عاطفی و نمادین رنگ‌ها، به مهارت‌های دیداری-حرکتی، برنامه‌ریزی حرکتی، تحمل ناکامی، توجه پایدار، سطح سازمان‌یافتگی و الگوی تنظیم هیجان کودک نیز توجه می‌کند. برای مثال، نحوه گرفتن مداد، توالی رنگ‌آمیزی، برگشت به بخش‌های نیمه‌تمام و واکنش کودک به اشتباه‌های کوچک (مثل بیرون‌زدن رنگ از خطوط) برای کاردرمانگر در برنامه‌ریزی مداخله اهمیت دارد.



در ارزیابی‌های کاردرمانی، نقاشی و رنگ‌آمیزی می‌توانند به‌عنوان ابزار کمکی در کنار سایر آزمون‌ها و مشاهده‌های بالینی به کار روند تا تصویر کامل‌تری از نقاط قوت و چالش‌های کودک به دست آید. در مداخله، کاردرمانگر می‌تواند با طراحی فعالیت‌های رنگ‌محور هدفمند مثل رنگ‌آمیزی ساختارمند برای تقویت توجه و کنترل حرکتی یا نقاشی آزاد رنگی برای تسهیل بیان هیجان، هم‌زمان روی چند حوزه کار کند: مهارت‌های حرکتی ظریف، یکپارچگی دیداری-حرکتی، مهارت‌های اجتماعی و خودتنظیمی هیجانی. به‌این‌ترتیب، رنگ در نقاشی کودک به پلی میان «ارزیابی» و «درمان» تبدیل می‌شود.

روان‌شناسی رنگ‌ها در نقاشی کودکان

مطالعات بسیاری، تأثیر رنگ‌های محیط بر ذهن و حالات روحی افراد را بررسی کرده‌اند. این حوزه شاخه‌ای مستقل از روان‌شناسی نیست، اما می‌توان آن را بخشی از روان‌شناسی شناختی و عاطفی دانست. اثر رنگ‌ها تا حدی جنبه ذهنی دارد و با توجه به جنسیت، سن و فرهنگ افراد می‌تواند متفاوت باشد، هرچند بسیاری از رنگ‌ها معانی و تأثیرات نسبتاً مشترکی در فرهنگ‌های مختلف دارند؛ برای مثال، رنگ‌های طیف قرمز به‌عنوان رنگ‌های گرم شناخته می‌شوند و می‌توانند از احساس گرما و صمیمیت تا خشم و عصبانیت را القا کنند.

تا حدود هفت سالگی، رنگ‌ها بیشتر جنبه تزئینی دارند و کودک بدون محدود کردن خود از رنگ‌های مختلف استفاده می‌کند. پس از هفت سالگی، استفاده از رنگ‌های ملایم اغلب نشانه‌ی عواطف غنی و ظریفی است که کودک توان بیان مستقیم آنها را ندارد، درحالی‌که به‌کارگیری رنگ‌های بسیار تند و زننده می‌تواند بیانگر عواطف شدید و گسترده‌ای مانند عشق، کینه و خشم باشد. رنگ‌آمیزی منظم و زیبا معمولاً نشان‌دهنده‌ی احساس ایمنی و کمال است و در مقابل، رنگ‌آمیزی کدر، کثیف و مغشوش می‌تواند بازتاب دوسوگرایی، پنهان‌کاری و گاهی مسائل مربوط به تثبیت مقعدی باشد.

استفاده بیشتر از رنگ‌های سرد مانند آبی، سبز، سیاه و... معمولاً گرایش به درون‌گرایی را تداعی می‌کند و می‌تواند نشانه حالت‌های انفعالی، سکون و احساس غم و اندوه باشد. در مقابل، به‌کارگیری بیشتر رنگ‌های گرم مانند قرمز، زرد، صورتی و...

غالباً با برون‌گرایی، تحرک و فعالیت همراه است و الهام‌بخش روشنایی و شادی و جنب‌وجوش در زندگی کودک است. رنگ‌های خنثی مانند خاکستری نیز در برخی منابع با ویژگی‌هایی چون استدلال، خودمختاری و در عین حال تمایل به دفاع یا حمله‌وری مرتبط است.

روان‌شناسی رنگ‌ها و مطالعه‌ی آنها به‌عنوان عواملی اثرگذار بر رفتار و واکنش‌های افراد، اهمیت زیادی دارد؛ به همین دلیل، گاهی از آزمون‌های مبتنی بر رنگ برای کمک به شناخت ابعاد شخصیتی افراد بر اساس رنگ‌های ترجیحی آنان استفاده می‌شود. البته این آزمون‌ها باید با احتیاط و در کنار سایر ابزارها تفسیر شوند.

رنگ به‌عنوان زبان هیجان

روان‌شناسی رنگ برای مدت طولانی برای ایجاد احساسات خاص در افراد مورد استفاده قرار گرفته است، اما میزان و نوع تأثیر رنگ‌ها بر افراد مختلف، یکسان نیست. شواهدی وجود دارد که انتخاب رنگ می‌تواند با دمای محیط، خلق‌وخو و تجربه‌های فردی ارتباط داشته باشد؛ برای مثال، افرادی که بیشتر احساس سرما می‌کنند، ممکن است به رنگ‌های گرم مانند قرمز و زرد گرایش پیدا کنند، درحالی‌که افراد گرم‌مزاج بیشتر رنگ‌های سرد مانند آبی و سبز را می‌پسندند.

در دوران کودکی، رنگ یکی از ابزارهای اصلی برای بیان احساسات، نیازها و تجربه‌های درونی است. بسیاری از کودکان، پیش از آنکه بتوانند احساسات خود را به زبان بیاورند، آنها را از طریق انتخاب رنگ و نحوه‌ی رنگ‌آمیزی در نقاشی‌های خود نشان می‌دهند؛ به همین دلیل توجه والدین، مربیان و کاردرمانگران به این نشانه‌ها می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

رنگ و شرایط خانوادگی و هیجانی

کودکانی که والدین‌شان از هم جدا شده‌اند یا در زندگی با



مشکلات بیشتری روبه‌رو هستند، معمولاً در نقاشی‌های خود از تعداد رنگ‌های کمتری استفاده می‌کنند و گاهی به سه رنگ محدود می‌شوند. در بسیاری از این موارد، رنگ بنفش یکی از رنگ‌های غالب است که می‌تواند نشانه‌ای از اضطراب و تنش درونی کودک باشد؛ چنین کودکانی اغلب با فشار زیاد مداد یا ماژیک روی کاغذ کار می‌کنند و نقاشی‌هایشان بیشتر به خط‌خطی‌های پرتنش شباهت دارد.

در مقابل، کودکانی که احساس آسودگی و امنیت بیشتری دارند، معمولاً از تنوع رنگی بیشتری بهره می‌برند و در نقاشی‌هایشان بیش از پنج رنگ دیده می‌شود. این تنوع رنگی اغلب بازتاب دنیای عاطفی بازتر، احساس امنیت بیشتر و آزادی کودک در بیان احساسات خود است.

تحول رابطه کودک با رنگ

در فاصله سنی حدود ۳ تا ۶ سالگی، کودک بیشتر تحت تأثیر فشارهای درونی و عواطف خود است؛ در این دوره علاقه زیادی به رنگ دارد و رنگ را بر شکل مقدم می‌داند. به‌تدریج، هم‌زمان با رشد شناختی، آموزش‌های مدرسه و افزایش سن، وابستگی او به رنگ کاهش می‌یابد و شکل و واقع‌نمایی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. در این روند، رنگ‌هایی که به کار می‌گیرد زنده‌تر و هدفمندتر می‌شوند و سپس به‌سمت رنگ‌های ملایم‌تر تعدیل می‌گردند.

معمولاً در کودکان، بیشتر کودکان تمایل دارند از رنگ‌های گرم و تند استفاده کنند، زیرا این رنگ‌ها با انرژی و هیجان آنها هماهنگ است. در مقابل، کودکانی که در خانه تحت نظارت بسیار شدید قرار دارند یا با محدودیت‌های عاطفی روبه‌رو هستند، بیشتر به رنگ‌های سرد گرایش نشان می‌دهند که می‌تواند بازتاب مشکلات عاطفی و روانی آنها باشد.

هر رنگ چه می‌گوید؟

در روان‌شناسی نقاشی کودک، هر رنگ می‌تواند حامل پیام‌های عاطفی باشد، اما این پیام‌ها همیشه باید همراه با سن، موضوع نقاشی و شرایط زندگی کودک در نظر گرفته شوند. نکات زیر بیشتر «سرنخ» هستند تا «تشخیص قطعی».

قرمز: رنگ انرژی، هیجان و حرکت است؛ می‌تواند نشانه شور، جرئت و ابرازگری باشد اما در برخی نقاشی‌ها با خشم، اعتراض یا تنش درونی نیز همراه می‌شود. به‌ویژه وقتی با فشار زیاد و به‌صورت تکراری استفاده شود.

آبی: اغلب با آرامش، نظم و حس امنیت گره خورده است اما در بعضی نقاشی‌ها (به‌خصوص اگر فضای زیادی را پوشانده باشد و در کنار سیاه و خاکستری بیاید) می‌تواند به احساس تنهایی یا غم هم اشاره کند.

سبز: معمولاً به رشد، طبیعت، بازی و آرامش مربوط می‌شود و برای خیلی از کودکان رنگ «زمین امن» است؛ در عین حال، گاهی در ترکیب با رنگ‌های تیره می‌تواند نوعی انزوا یا فاصله‌گذاری عاطفی را بازتاب دهد.



می‌تواند شدت اضطراب را در کودکان کاهش دهد و تجربه‌ی آنها از درمان را قابل تحمل‌تر کند. در مجموع، وقتی رنگ به‌صورت آگاهانه در نقاشی، طراحی فضای اتاق و فعالیت‌های هنری به کار گرفته می‌شود، می‌تواند به ابزاری مؤثر برای تنظیم هیجان، تخلیه احساسات و تقویت تاب‌آوری روانی کودک تبدیل شود.

جمع‌بندی

در این نوشتار تلاش شد نشان داده شود که رنگ در نقاشی کودک، فقط یک انتخاب زیباشناختی ساده نیست؛ بلکه زبان پنهان هیجان‌ها، تجربه‌های خانوادگی، رشد شناختی و حتی فرصتی برای مداخله‌ی درمانی و گفت‌وگو با کودک است. والدین، مربیان و کاردرمانگران با نگاه کنجکاو و بدون برچسب‌زنی، می‌توانند از طریق دنیای رنگ‌ها به دنیای درونی کودک نزدیک‌تر شوند، نشانه‌های ظریف اضطراب یا امنیت را بهتر ببینند و زمینه‌ای برای بیان و تنظیم هیجان فراهم کنند. در شماره بعدی این مجموعه، به سراغ «خط در نقاشی کودکان» خواهیم رفت تا ببینیم چگونه شکل خطوط، فشار دست و نوع ترسیم، داستان دیگری از دنیای درون کودک برای ما تعریف می‌کند.

منابع:

۱. خانم دکتر زهره مهدیان
2. Eng, H. (2014). The Psychology of Children's Drawings. Routledge
3. Lowenfeld, V., & Brittain, W. L. (1987). Creative and Mental Growth. Macmillan
4. Gardner, H. (1980). Artful Scribbles: The Significance of Children's Drawings. Basic Books
5. Di Riso, D., et al. (2014). The "Colour Family Drawing Test". Psychology, 5, 2127-2140

خانوادگی، موضوع نقاشی، گفت‌وگوی بالینی و سایر آزمون‌ها دیده شود.

جنبه‌های درمانی رنگ در کار با کودکان

رنگ در کار با کودکان فقط نقش تشخیصی یا تفسیری ندارد، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک ابزار درمانی فعال نیز به کار گرفته شود. در برنامه‌های نقاشی درمانی که با تأکید بر رنگ طراحی می‌شوند، کودک فرصت پیدا می‌کند احساسات خود را بدون فشار کلامی و در فضایی امن روی کاغذ منتقل کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این نوع مداخلات می‌توانند به بهبود مهارت‌های اجتماعی، همدلی و بیان هیجان در کودکان کمک کنند. وقتی کودک آزادانه در انتخاب و ترکیب رنگ‌ها مشارکت می‌کند، نوعی حس کنترل، خلاقیت و خودابرازی را تجربه می‌کند که خود بخشی از فرایند درمان است.

در جلسات هنردرمانی و کاردرمانی، استفاده هدایت‌شده از رنگ‌ها مانند رنگ‌آمیزی ماندالا، الگوهای تکرارشونده یا صفحات رنگ‌آمیزی ذهن آگاهانه، به تنظیم هیجان و کاهش اضطراب کودکان کمک می‌کند. این فعالیت‌ها با درگیر کردن حواس، ریتم حرکتی و انتخاب آگاهانه رنگ، سطح برانگیختگی را کاهش داده و توجه کودک را از افکار اضطراب‌آور به یک کار ملموس و لذت‌بخش منتقل می‌کنند. بسیاری از درمانگران از کودک می‌خواهند «احساسات مختلف را با رنگ‌های متفاوت» نشان دهد؛ همین تمرین ساده، هم آگاهی هیجانی را بالا می‌برد و هم پیدا کردن واژه برای هیجان‌ها را آسان‌تر می‌کند.

در برخی محیط‌های پزشکی و درمانی، از اصول رنگ‌درمانی (کروموتراپی) نیز به‌طور مکمل استفاده می‌شود؛ برای مثال، به‌کارگیری رنگ‌ها و نورهای آرام‌بخش در اتاق انتظار یا فضای درمان، به کاهش اضطراب کودکان قبل از اقدامات پزشکی کمک کرده است. مطالعات بالینی گزارش کرده‌اند که قرار گرفتن در فضاهایی با تم رنگی ملایم و همچنین انجام رنگ‌آمیزی درمانی،

استفاده از فضای باز، نشانه آرامش و احساس کنترل بیشتر است.

چه کارهایی را انجام ندهیم؟

- **برچسب‌های قطعی نزنیم:** جملاتی مثل «سیاه کشیدی یعنی افسرده‌ای» یا «قرمز یعنی عصبانی هستی» هم ترسناک‌اند و هم نادرست. چون یک نشانه را به یک تشخیص تبدیل می‌کنند.
- **سلیقه خودمان را تحمیل نکنیم:** این‌که «چرا آسمان را بنفش کشیدی» یا «درخت باید حتماً سبز باشد» خلاقیت کودک را کاهش می‌دهد و پیام می‌دهد که احساسات او اشتباه است؛ بهتر است والد یا درمانگر بگوید: «چقدر جالب! دوست دارم بدانم چرا آسمان را بنفش دیدی؟».

چگونه از نقاشی برای گفت‌وگو درباره احساسات استفاده کنیم؟

- به‌جای تفسیر، سؤال باز بپرسیم: «این رنگ چه حسی به تو می‌دهد؟» یا «اگر می‌توانستی حال‌وهوای امروزت را با یک رنگ نشان بدهی، کدام را انتخاب می‌کردی؟»
- اجازه بدهیم کودک «داستان رنگ‌ها» را خودش تعریف کند: وقتی می‌گوید «این قرمز یعنی آتیش عصبانی من» یا «این آبی یعنی وقتی دلم گرفته»، فرصتی طلایی برای همدلی و همراهی ایجاد می‌کند.

کاربرد بالینی روان‌شناسی رنگ‌ها در نقاشی کودک

نقاشی کودک تنها یک فعالیت سرگرم‌کننده نیست، بلکه در کار بالینی می‌تواند به‌عنوان یک «پنجره» به دنیای درونی او عمل کند.

برخی پژوهش‌های بالینی نشان داده‌اند که کودکان برای ترسیم موضوع‌های خوشایند و دوست‌داشتنی، بیشتر از رنگ‌های روشن، شاد و مورد علاقه‌شان استفاده می‌کنند و برای موضوع‌های ترسناک، نگران‌کننده یا ناراحت‌کننده، به‌سمت رنگ‌های تیره‌تر، به‌ویژه سیاه و ترکیب‌های تند می‌روند؛ این الگو بیانگر استفاده نمادین کودک از رنگ برای بیان هیجان است. در محیط‌های بیمارستانی و موقعیت‌های استرس‌زا نیز گزارش شده است که کودکان مضطرب یا تحت فشار روانی، معمولاً نقاشی‌هایی با رنگ‌های کمتر، خطوط متراکم‌تر و فشار بیشتر مداد روی کاغذ ارائه می‌دهند و ارزیابی خودشان از نقاشی‌شان منفی‌تر است. این شواهد نشان می‌دهد که مشاهده الگوی استفاده از رنگ می‌تواند به متخصص کمک کند تا نشانه‌های پنهان اضطراب، غم یا تنش خانوادگی را زودتر تشخیص دهد و در گفت‌وگو با کودک یا والدین، به آنها توجه ویژه‌ای نشان دهد. بااین‌حال، همه متون بالینی و هنردرمانی بر یک نکته‌ی کلیدی تأکید می‌کنند: رنگ‌ها «تشخیص» نمی‌گذارند، بلکه «سؤال» ایجاد می‌کنند. استفاده مکرر از یک رنگ، انتخاب رنگ‌های تیره، یا محدود شدن نقاشی به دو یا سه رنگ، هرچند می‌تواند نشانه‌ای از فشار هیجانی یا تجربه‌های دشوار باشد، اما به‌تنهایی کافی نیست و باید همیشه در کنار سن، فرهنگ، شرایط

زرد: رنگ نور، کنجکاو و هوشیاری است. کودکان شاد و پرانرژی گاهی به‌طور طبیعی به‌سمت زرد می‌روند، اما استفاده بسیار تند و نامتعادل از زرد می‌تواند نشان‌دهنده بی‌قراری یا تحریک‌پذیری باشد.

صورتی: اغلب با محبت، خیال‌پردازی و دنیای رمانتیک و کودکانه پیوند دارد؛ در برخی موارد، پررنگ شدن صورتی در نقاشی‌ها می‌تواند نیاز به توجه، نوازش و رابطه عاطفی گرم را نشان دهد.

بنفش: رنگی میانگر است که هم می‌تواند نشانه حساسیت، تخیل و عمق عاطفی باشد و هم در بعضی پژوهش‌ها با اضطراب و تنش درونی مرتبط شده است. به‌خصوص وقتی یکی از معدود رنگ‌های به‌کاررفته در نقاشی باشد.

سیاه: بسته به بافت نقاشی ممکن است نماد قدرت، تأکید و جدیت باشد یا با ترس، خشم، احساس تهدید و ناامیدی ارتباط پیدا کند. پررنگ شدن سیاه در بخش‌های خاص (مثل چهره‌ها یا خانه) معمولاً نیازمند توجه و گفت‌وگوی بیشتر با کودک است.

خاکستری: گاهی به‌عنوان رنگ خنثی، کنترل و احتیاط دیده می‌شود؛ در برخی کودکان می‌تواند نماد فاصله‌گرفتن، محافظه‌کاری یا تلاش برای نامرئی شدن باشد به‌خصوص اگر با حذف رنگ‌های شاد همراه شود.

هیچ رنگی به‌خودی‌خود «خوب» یا «بد» نیست؛ معنای هر رنگ را باید در کنار سایر رنگ‌ها، نوع خطوط، موضوع نقاشی و مهم‌تر از همه، گفت‌وگو با خود کودک درک کرد.

راهنمای والد/ درمانگر: چگونه به نقاشی رنگی کودک نگاه کنیم؟

نقاشی کودک می‌تواند پلی میان دنیای درونی او و دنیای بیرون باشد، به‌شرطی که به‌جای قضاوت، با کنجکاو و مهربانی به آن نگاه کنیم. والدین و کاردرمانگران در نقش آموزش‌دهنده خانواده، با چند نکته ساده می‌توانند نقاشی کودک را بهتر درک کنند.

به چه چیزهایی نگاه کنیم؟

- **تعداد و تنوع رنگ‌ها:** نقاشی‌هایی با فقط یک یا دو رنگ تکراری (به‌خصوص در کودکان بزرگ‌تر) می‌توانند نشانه انقباض هیجانی یا دوره‌های پرتنش باشند درحالی‌که تنوع رنگی بیشتر، اغلب با احساس آزادی و امنیت همراه است.
- **رنگ‌های غالب و تکرارشونده:** اگر کودکی در چند نقاشی پشت سر هم، یک رنگ خاص را به‌طور وسواس گونه تکرار می‌کند، این موضوع می‌تواند دعوتی برای گفت‌وگو باشد: «به نظرم این رنگ را خیلی دوست داری، دوست داری درباره‌اش برابم بگویی؟».
- **فشار مداد و فضای کاغذ:** فشار خیلی زیاد، خط‌خطی‌های عصبی و گوشه‌های شلوغ و متراکم، با تنش درونی بیشتر همراه است، درحالی‌که رنگ‌آمیزی نسبتاً یکنواخت و

سینما تراپی

Forrest Gump

کوثر مختاری | دانشجوی سال دوم کاربردی



معرفی فیلم:

فارست گامپ (Forrest Gump)

سال ساخت: ۱۹۹۴، ساخت آمریکا

ژانر: درام / کمدی

کارگردان: رابرت زامکس

نویسنده: اریک راث

بازیگران: تام هنکس، رابین رایت، گری سینایس، میکلتی

ویلیامسون، سالی فیلد، آفیمو آملا، سونی شرویر، دیک

کویت، ژاکلین لاول

نمره IMDb: ۸٫۸ از ۱۰

گاهی در شلوغی دنیا، میان آدم‌هایی که با تمام توان می‌دوند تا از هم سبقت بگیرند، داستانی پیدا می‌شود که به آرامی دستت را می‌گیرد و یادت می‌آورد خوشبختی همیشه در پیچیده‌ترین شکلش پیدا نمی‌شود. یادت می‌آورد که برای بهترین شدن، نیازی نیست کامل و بی نقص باشی. یادت می‌آورد که همیشه قرار نیست برای زندگی برنامه داشته باشی. یادت می‌آورد معجزه در ادامه دادن و تلاش کردن است.

«فارست گامپ» روایت مردی است که ساده می‌بیند، ساده می‌فهمد، اما عمیق‌تر از همه عاشق می‌شود. بدون هیچ چشم‌داشتی صادقانه تلاش می‌کند و شرافتمندانه موفق می‌شود. مردی که با قلب بی نقاب و روح بی ادعا، به ما ثابت می‌کند گاهی «سادگی» همان چیزی است که جهان را نجات می‌دهد و زندگی را شگفت‌انگیز می‌کند.

این فیلم سفری میان عشق و رنج، شکست و امید و خواستن، توانستن است را بر ایمان به تصویر می‌کشد. سفری که در آن یاد می‌گیری حتی یک قدم کوچک، می‌تواند سرنوشت را به سمتی ببرد که هرگز تصورش را نمی‌کردی. داستان فارست، داستان انسان‌هایی است که با همه‌ی محدودیت‌ها و نواقص‌شان، باز هم تلاش می‌کنند و می‌درخشند. داستان کسانی که به معنای واقعی کلمه، فعل «توانستن» را صرف می‌کنند.

فارست، مردی با بهره هوشی^۱ پایین اما با قلبی پاک، پا در مسیری می‌گذارد که کمتر کسی جرئت پیمودن آن را دارد. فارست سفرش در این دنیای بی‌رحم را با پاهای ناتوان و ذهنی ساده‌تر از دیگران شروع می‌کند، اما جهان را با نگاهی می‌بیند که از پیچیدگی و تلخی بزرگسالان خالی است و با همین سادگی، به قدرت و موفقیت‌های زیادی می‌رسد.

روایت زندگی مردی را می‌بینیم، که ناخودآگاه در مهم‌ترین لحظات تاریخ آمریکا حضور دارد؛ از جنگ ویتنام تا رسوایی واترگیت، از قهرمانی در دویدن، فوتبال و تبدیل شدن به سرباز نمونه‌ی ارتش تا قهرمانی در پینگ‌پونگ و موفقیت در تجارت میگو. اما نکته‌ی اصلی این نیست که او چه کارهای بزرگی انجام داد؛ نکته این است که او هر کاری را با صداقت، بی‌توقعی و تلاش خالصانه انجام داد.

فارست در دوران کودکی به‌خاطر تاخیر تکامل حرکتی مجبور بود از بریس استفاده کند و همان‌طور که در فیلم مشهود است، همه افراد جامعه با نگاه‌هایی آمیخته از ترحم و تمسخر به او خیره می‌شوند. فارست در اولین روز مدرسه در اتوبوس، هیچ جایی برای نشستن پیدا نمی‌کند و هیچ کس حاضر نمی‌شود با او هم‌نشین شود و او از این بابت بسیار ناراحت و دل شکسته می‌شود، تا اینکه دختری به نام جنی از او می‌خواهد که کنارش بنشیند و در واقع تمام قلب فارست را تسخیر می‌کند، از همان لحظه دوستی عمیقی بین آن دو شکل می‌گیرد که بعدها این دوستی تبدیل به عشق آتشینی می‌شود که تمام روح و افکار فارست را درگیر خود می‌کند. اما آنها در دو جهان متفاوت زندگی‌شان را سپری می‌کنند؛ جهانی ساده و بی‌نقاب و پر از موفقیت در برابر جهانی پیچیده و زخمی و پوچ. این عشق، مسیر و سرانجام شوکه کننده‌ای دارد...

فارست همچنین در ابتدا به‌دلیل نقص خفیف شناختی و IQ پایین (حدود ۷۵) اجازه تحصیل در مدرسه عادی را پیدا نمی‌کند، اما در میان نگاه‌های سنگین، ناامیدکردن‌ها و تمسخرها، مادر فارست تمام تلاش خود را می‌کند تا فارست هیچ تفاوتی بین خود و بقیه احساس نکند، در واقع مادر فارست یک مشوق بی‌نظیر و

Tom Hanks is Forrest Gump



۱ IQ یا Intelligence Quotient: معیاری که توانایی های شناختی مانند استدلال، حل مسئله، درک الگوها، حافظه‌ی کاری و سرعت پردازش را می‌سنجد.

الهام‌بخش زندگی اوست.

همین تلاش مادر برای عادی جلوه دادن تفاوت‌های فارست و تلاش برای انگیزه و امید دادن به او تأثیر زیادی در زندگی و موفقیت‌های فارست داشت. مادر دقیقاً مثل یک تراپیست او را راهنمایی و تشویق می‌کرد.



از دیالوگ‌های ماندگار مادر فارست که همیشه سعی می‌کرد حقایق را برای فارست قابل درک توصیف کند:

“Life is like a box of chocolates.

You never know what you're gonna get.”

«زندگی مثل جعبه شکلاته... هیچ‌وقت نمی‌دونی قراره چی نصیبت بشه.»

“My mama always said you've got to put the past behind you before you can move on.”

«مامان همیشه می‌گفت تا گذشته رو پشت سر نداری، نمی‌تونی به زندگی ادامه بدی.»

و هروقت کسی برچسب احمق بودن روی فارست می‌گذاشت، این دیالوگ در ذهن او تداعی می‌شد:

“Mama always said: ‘Stupid is what stupid does.’”

«مامان همیشه می‌گفت: احمق کسیه که کار احمقانه می‌کنه.»

فارست با وجود بهره‌هوشی پایین، در لحظه زندگی می‌کرد و از کارهایی که می‌کرد لذت می‌برد؛ این چیزی است که آدم‌های باهوش بلد نیستند! درکل او صادق، وفادار، خوش‌قول و تلاشگر بود و همه‌ی اینها باعث ارزشمندی شخصیت او شده بود.

یکی از دیالوگ‌های عمیق فارست که تا آخر فیلم ذهن را به خود مشغول می‌کند چنین بود:

“I don't know if we each have a destiny, or if we're all just floating around accidental-like on a breeze.”

«نمی‌دونم ما سرنوشت از پیش تعیین‌شده داریم یا فقط مثل پر، اتفاقی در باد شناوریم.»

فارست گامپ نشان می‌دهد که انسان‌ها ممکن است محدودیت‌های زیادی داشته باشند، اما اگر نیت‌شان روشن باشد و تلاش‌شان خالصانه باشد، جهان به عجیب‌ترین شکل ممکن درهایش را برایشان باز می‌کند. این فیلم یادآوری می‌کند که «زندگی مثل یک جعبه شکلات است»؛ پر از اتفاق‌های غیرمنتظره، تلخ‌وشیرین و در این میان تنها چیزی که اهمیت دارد این است که با آنچه داری، بهترینت را انجام بدهی.

به‌طور خلاصه؛ پیام اصلی فیلم این است که قهرمانی الزاماً از هوش، قدرت یا جاه‌طلبی نمی‌آید؛ گاهی قهرمان کسی است که فقط راه خودش را می‌رود، معنی عشق را می‌فهمد، گذشته را رها می‌کند و ادامه دادن را بر سطح هوشی ترجیح می‌دهد.

فارست گامپ به‌عنوان نماد سینمای دهه ۹۰ میلادی شناخته می‌شود. فیلم در زمان خودش، بسیار مورد نقد و بررسی مخاطبان قرار گرفت و موفق به دریافت ۶ جایزه‌ی اسکار شد. از جمله‌ی این جوایز می‌توان به اسکار بهترین کارگردان، بهترین فیلم‌نامه، بهترین بازیگر و... اشاره کرد.

اگر می‌خواهید قدرت تاب‌آوری انسان، تأثیر محیط بر رشد فرد و نقش حمایت و انگیزه در توانبخشی را به‌شکل ملموس ببینید، Forrest Gump را از دست ندهید.

با دیدن فیلم در خواهید یافت که حتی کسی با محدودیت‌های جسمی و شناختی می‌تواند با حمایت، امید و استمرار، زندگی پرباری بسازد؛ داستانی که به هر کاردرمانگر یادآوری می‌کند که هر حرکت کوچک، هر تشویق و هر فرصت، می‌تواند مسیر زندگی یک فرد را تغییر دهد.

فارست گامپ الهام‌بخش است، نه‌فقط به‌عنوان یک قهرمان داستان، بلکه به‌عنوان الگویی از قدرت اراده و استمرار در مسیر رشد و استقلال.

«بدو فارست، بدو!» **“Run, Forrest, run!”**

منابع:

1. Wikipedia contributors. Forrest Gump
2. IMDb. Forrest Gump (1994) - Awards



فراخوان همکاری

حوزه‌های فعالیت

علمی • اخبار و اطلاع‌رسانی • تهیه مصاحبه و گزارش

Telegram Channel: t.me/ot_magazine

به اطلاع می‌رسانیم کلیه‌ی دانشجویان و اساتید علاقه‌مند به همکاری می‌توانند به عضویت نشریه کاردرمانی درآیند و ما را در جمع‌آوری مطالب یاری کنند. همچنین با تمام وجود، منتظر انتقادات و پیشنهادات شما عزیزان هستیم.

توانایی را ببین نه محدودیت را!



OCCUPATIONAL THERAPY
SPRING 2026

نشریه علمی کاردرمانی | شماره دهم | بهار ۱۴۰۵