



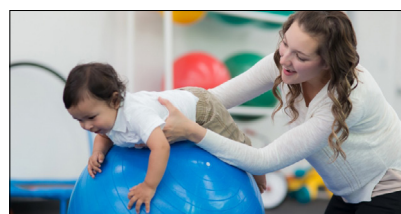
نشریه علمی کاربردی / شماره اول
مهر، آبان ۹۸ / قیمت ۵۵۰۰۰ تومان



رشته علوم پزشکی
خدمات بهداشتی و درمانی

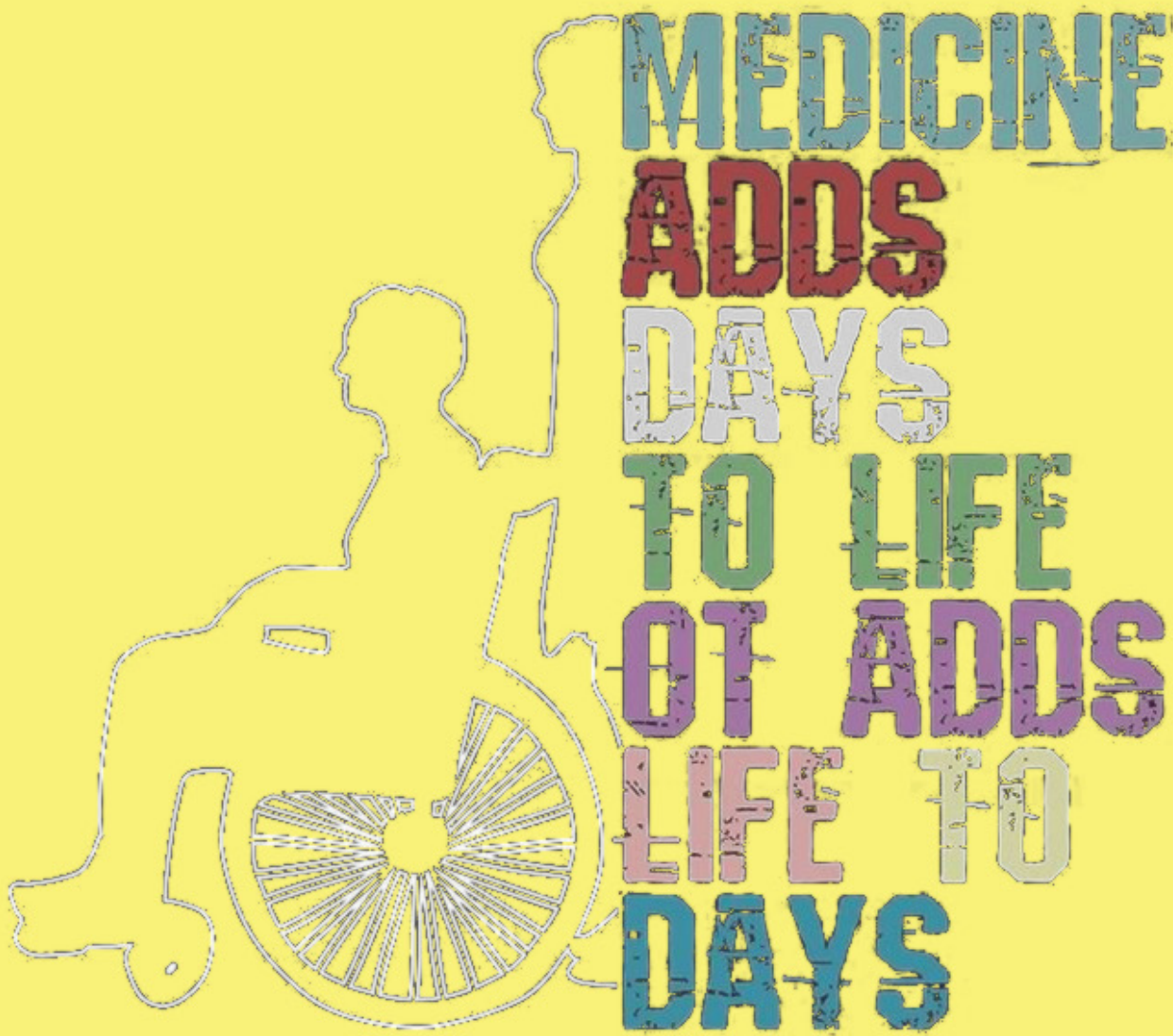


مصاحبه با جناب آقای
دکتر مهدی رصافیانی



آیا سن پایین عاملی محدودکننده برای تمرینات تعادلی است؟
تأثیرات تمرینات تعادلی کودک محور
در کودکان و نوجوانان

« نظریه انگیزش فروید »



OCCUPATIONAL THERAPY
nobody knows what we do



نشریه علمی کاردرمانی / شماره اول / مهر، آبان ۹۸

شناسنامه نشریه

صاحب امتیاز: انجمن علمی کاردرمانی
دانشکده توانبخشی تبریز

مدیر مسئول: محمد رضا غلامپور

سر دبیر: سمانه زهرابی

طراح و صفحه آرایی: سینا اصغری

اعضای هیئت تحریریه این شماره: سمانه
زهرابی، منا غفاری فرد، محمد رضا
غلامپور، آیدا کاظم نژند، مطهره سخایان

با تشکر از: آقایان محمود فیضی و محمد
پارسایی و اعضای هیئت علمی گروه
کاردرمانی دانشکده ی علوم توانبخشی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Thomas Willis, M.D.



۱۵

تأثیرات

تمرینات تعادلی

کودک — مور

در کودکان و نوجوانان

۶

تاریخچه‌ی

کاردرمانی

۹

نظریه‌ی انگیزش

فروید



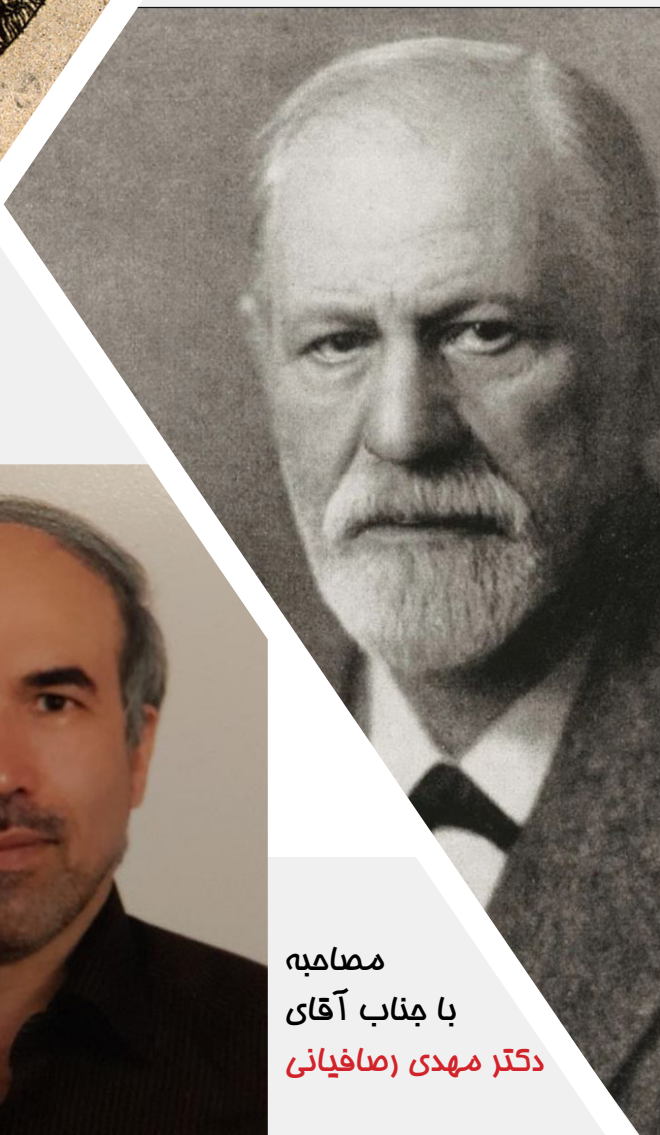
۱۲



مصاحبه

با جناب آقای

دکتر مهدی رصافیانی



پیشگفتار

حوزه جهت شناساندن هرچه بیشتر رشته کاردرمانی فراهم سازد تلاش میکند تا مخاطبین خود، بخصوص جامعه دانشجویان را نسبت به مسائل و مشکلات این رشته که در عرصه های مختلف شغلی یا دانشگاهی وجود دارد آگاه تر سازد؛ به این امید که این خود آگاهی نسبت به مسائل موجود، موجب برداشتن قدم هایی مثبت توسط همین دانشجویان درآینده گردد. امیدواریم کاری درخور و با ارزش در این راستا انجام داده باشیم.

جهت کوتاه کردن کلام به معرفی قسمت های مختلف «نشریه علمی کاردرمانی» می پردازیم. این نشریه از چهار قسمت تاریخچه کاردرمانی، نوشتار، مصاحبه، و ترجمه مقاله تشکیل شده است. مخاطب در هر شماره با بخشی از تاریخچه ظهور و سیر تحولانی رشته کاردرمانی آشنا خواهد شد که به شکل سلسله نوشته هایی از رفرنس های خارجی ترجمه شده است. همچنین علاقه مندان به این حوزه میتوانند نوشته ها و مطالب خود را در ارتباط با تاریخچه کاردرمانی ایران و جهان جهت انتشار در نشریه ارسال کنند. بخش دوم که به بخش نوشتار تعلق میگیرد شامل مطالب و نوشته هایی علمی در مورد کاردرمانی است که توسط دانشجویان جمع آوری یا تالیف میشود. بخش سوم شامل مصاحبه هایی است توسط اعضای هیئت تحریریه با اساتید داخل یا خارج از کشور صورت گرفته است و هدف آن نیز معرفی رشته، بیان تجربیات ارزشمند اساتید و همچنین طرح مشکلات رشته کاردرمانی میباشد. در نهایت بخش ترجمه مقاله قرار میگیرد که ترجمه بخش های کاربردی مقالات علمی کاردرمانی را شامل می شود. این بخش نیز همانند سایر بخش ها توسط دانشجویان انجام شده است و تمامی دانشجویان علاقه مند می توانند ترجمه های خود را که شامل بخشی از مقالات یا رفرنس های علمی است به ما ارسال کنند.

پس از دو سال تحصیل در رشته کاردرمانی و آشنایی با فضای ارزشمند دانشگاه و به عنوان افرادی که زیست روزمره خود را در فضایی غنی از فعالیت های مختلف، چه در عرصه علم و چه در سایر عرصه های فرهنگی و اجتماعی، می گذرانند بی تحرکی و درس خواندن صرف وضعیتی نبود که مورد پسند یک دانشجو به عنوان کسی که زیست علمی خود را در فضایی متفاوت از مدرسه میگذراند باشد. شاید بهترین کلمه برای توصیف این زیست علمی متفاوت واژه آکادمی است. مفهوم آکادمی از دوره افلاطون، فیلسوف بزرگ یونان، به یادگار مانده است. فیلسوفی که مدرسه ای با نام آکادمی را برای خردورزی، فلسفه و علم آموزی در یونان باستان بنا نهاد. با این اوصاف اگر دانشگاه را فضایی آکادمیکی در نظر بگیریم، که یقیناً چنین است، در آن صورت خردورزی و آموزش چیزی فراتر از آموزش به سبک مدارس دوران پیش از دانشگاه خواهد بود. با تجربه دو ساله خود در این فضا، علم آموزی و کسب دانش مفهوم متفاوتی را در ذهن ما تداعی کرده است. فهومی که خود را با واژه هایی چون تحرک و فعالیت در آمیخته. ما نیز به عنوان کسانی که خود را در یک فضای آکادمیکی میابیم بر خود لازم دیدیم تا با فعالیت در چنین موقعیت بی نظیری که شاید دیگر نصیب هیچ یک از ما نگردد، خود را هرچه بیشتر به مفهوم واژه آکادمیسین نزدیک تر سازیم. آگاهی از چنین مفهوم و شرایطی ما را به این اندیشه فرو برد تا قدمی مثبت و در حد توان خود جهت معرفی رشته کاردرمانی به عنوان دانشجویان علاقه مند به این رشته ارزشمند برداریم و نتیجه این اندیشه نشریه ایست که هم اکنون در دست مخاطبان گرامی قرار گرفته است: نشریه علمی کاردرمانی.

«نشریه علمی کاردرمانی» علاوه بر این که سعی دارد شرایطی را برای فعالیت دانشجویان علاقه مند به این

برای طرح نظرات و انتقادات خود، یا جهت همکاری و ارسال مطالب میتوانید از طریق ادرس ایمیل **tbz.ot.magazine@gmail.com** با ما در ارتباط باشد.



تاریخچه کاردرمانی

ترجمه و گردآوری: منا غفاری فرد / کاردرمانی ۹۶

قسمت اول

مقدمه

تاریخچه کاردرمانی به زمان پیدایش و توسعه آن باز می‌گردد. با وجود آن که کاردرمانی تقریباً رشته جدیدی است که در اوایل قرن بیستم شکل گرفت؛ شناخت اثرات درمانی کار به هزاران سال پیش برمی‌گردد. تاریخچه کاردرمانی، خود داستانی است از درک ما در مورد مفهوم علمی کار. این نگرش، تاریخچه کاردرمانی را از پنجره زمان پیدایش مفهوم کار به عنوان عامل تاثیرگذار در سلامت بررسی می‌کند. سپس ما به بررسی مسیر توسعه حرفه کاردرمانی و پس از آن، به بررسی رشد علم و تخصص‌گرایی در یک زمینه بزرگتر و این که چگونه این عوامل توسعه کاردرمانی را تحت تاثیر قرار داده‌اند می‌پردازیم. بیان این مطالب اساس این موضوع را آشکار می‌کند که چگونه علم و پزشکی در پیدایش کاردرمانی تاثیر گذار بوده‌اند.

کارها
که از آن لذت
برند؛ مانند
شکار، ماهی
مطالعات
اما استفاده
درمان جنون
بود و درمان

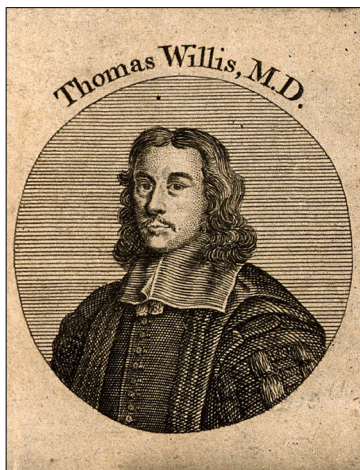
کاردرمانی در دوره پیشا تاریخی

مشاهدات اخیر، اثرات درمانی کار را در اولین نوشته‌های بشری نشان می‌دهند. اولین اسنادی که استفاده از کار را به عنوان روش درمانی نشان می‌دهند به دوره مصریان باستان برمی‌گردند. قدیمی‌ترین شواهد از آثار درمانی کار و استفاده از آن به عنوان

بخشی از برنامه درمانی در درمان **madness** یا **insanity** (جنون) دیده می‌شود که امروزه به عنوان بیماری‌های روحی (**mental**) شناخته می‌شوند.

برای نمونه **Thomas Willis**، که اولین بار واژه **neurology** را به کاربرد و با واژه‌ی حلقه ویلیس^۱ (**circle of Willis**) به شهرت رسید، ارزش درمانی کار را در بهبود جنون تشخیص داده است. او بیماران را مستقیماً به سمت هدایت می‌کرد

بیشتری می
موسیقی، رقص،
گیری و حتی
ریاضی و شیمی.
از این مفهوم در
کمتر متداول
پزشکی جنون،
خون و به وسیله
رفت. شلاق زدن
یکی از کارهای
که به پتانسیل
قرار می‌گرفت.
جنون شکل



متشکل از حجامت کردن و درمان تهوع بود که برای تمیز کردن مواد تهوع آور برای تضعیف بیماری و کنترل بیمار به کار می‌و کتک زدن به صورت روزانه استفاده می‌شد؛ زیرا آزار جسمی کنترل رفتار به حساب می‌آمد. این روش تا آغاز سده نوزدهم درمانی کار پی برده شد به طور گسترده‌ای مورد استفاده در این دوره با تاسیس نوانخانه‌ها پیشرفت بنیادینی در درمان



درمان اخلاقی جنون در نتیجه انقلاب اجتماعی عصر روشنگری به وجود آمد. این باور اساسی به وجود آمد که درمان جنون نیازمند رفتار انسانی به جای رفتار بی رحمانه است. این انقلاب نتیجه ی یک انقلاب اجتماعی بزرگ تر بود که سبب ایجاد تغییراتی در شرایط کار، سیستم قضایی و حقوق کودکان شد. علاوه بر این، دلایل کاربردی تر دیگری نیز برای تغییر درمان جنون وجود داشت. تعدادی از کارکنان محل های نگهداری این بیماران دریافتند که آزار و اذیت روزانه و کارهایی مانند حجامت و... که در آن دوران روش های شایع بودند؛ به جای بهبودی،

سبب مرگ بیماران می شوند. تعدادی از افراد متوجه این مساله شدند که تمرکز بر روی مدیریت رفتار، همزمان با کاهش استفاده از درمان های پزشکی و دارویی باعث افزایش بهبودی بسیاری از آنان شد. در نتیجه ی این مشاهدات و روح انقلابی که متأثر از شرایط زمان بود، درمان اخلاقی متولد شد. درمان اخلاقی یکی از سه پیشرفت مهم در عرصه پزشکی در کنار هوشبری و روش های ضد عفونی در سده نوزدهم به حساب می آمد. کارها^۴ مهم ترین آیتم ها در درمان اخلاقی جنون بودند. بعضی پزشک ها در ابتدا از کارهای کشاورزی در درمان استفاده می کردند ولی با گذشت زمان در طول سده نوزدهم، کارهایی که در درمان این بیماری



گرفت: درمان اخلاقی^۲

پیدایش نوانخانه ها و درمان اخلاقی

با پیدایش نوانخانه ها در آغاز سده نوزدهم، تغییری اساسی در درمان جنون شکل گرفت و از رویکردهای انسان دوستانه تری در درمان استفاده شد. کلمه **asylum** (نوانخانه) ریشه در زبان یونانی و لاتین دارد که معنای پناهندگی یا مراقبت را می رساند. نوانخانه به عنوان یک نهاد انقلابی به شمار می رفت که دید مثبتی به درمان انسان دوستانه جنون می بخشید. پیدایش نوانخانه همچنین موجب شد

تا از علم پزشکی به شکل رسمی برای بهبود جنون استفاده شود. در سال ۱۸۰۸ ریل^۳ از واژه روانپزشکی به عنوان یک رشته جدید در درمان بیماری های روحی استفاده کرد. اساسی ترین رویکرد این رشته درمان اخلاقی بود که قصد داشت رفتار بی رحمانه را با رفتار انسانی و تنبلی و سستی را با مفهوم کار جایگزین کند. درمان اخلاقی یک مفهوم کلی را بیان می کند که **William Browne** خلاصه ای زیبا از آن مطرح می کند: «شاید بتوان درمان اخلاقی را در دو کلمه خلاصه کرد: مهربانی و کار»

بعضی آکیوپیشن ها نیز که در درمان اخلاقی استفاده می شدند از دوره موسسات قبلی برجای مانده بود. عبادات مذهبی نیز یک جز شایع از این آکیوپیشن ها بود؛ به طوری که تعدادی از کارکنان نوانخانه ها در ایالات متحده از افراد قدرتمند مذهبی بودند.

تاریخچه کاردرمانی از لحاظ زمانی، ارتباطی طولانی با مفهوم درمان اخلاقی دارد. توجه به



اخلاقی را داشتند. علاوه بر آن، درمان اخلاقی نشأت گرفته از شرایط اخلاقی و اجتماعی بود و نه برگرفته از اصول علمی. در نیمه دوم قرن نوزدهم پزشکی قدرت گرفت و اعمال آن بیشتر به دانش علمی پیوند خورد. این مسئله یک مشکل اساسی دیگر درمان اخلاقی را آشکار کرد: این روش بر پایه علمی بنا نشده است. در اواخر قرن نوزده، علم به یکی از مهم ترین آیتم های فرهنگ آمریکایی تبدیل شد. در عین حال که پزشکی بیشتر به سمت درمان بیماری های روحی حرکت می کرد، روش های غیر علمی مانند درمان اخلاقی نیز به حاشیه رانده شدند و با یک رویکرد درمانی جدید جایگزین گشتند: روان درمانی^۵ در حالی که بسیاری از افراد، بی اعتبار بودن و ناکارآمد شدن درمان اخلاقی را مطرح می کردند به نظر می رسید که کاملاً هم اینگونه نبوده است. رشد علم و ظهور روان درمانی، زمینه را برای ظهور یک تخصص جدید فراهم کرد: کاردرمانی^۶.

* ادامه دارد...

استفاده می شد نیز گسترده تر شد. شکل های مختلفی از شغل های دستی مانند کشاورزی، خیاطی و کار در کفاشی، در بین مشاغل که در درمان این بیماران استفاده می شد قرار گرفت. بعضی آکیوپیشن ها نیز که در درمان اخلاقی استفاده می شدند از دوره موسسات قبلی برجای مانده بود. عبادات مذهبی نیز یک جز شایع از این آکیوپیشن ها بود؛ به طوری که تعدادی از کارکنان نوانخانه ها در ایالات متحده از افراد قدرتمند مذهبی بودند.

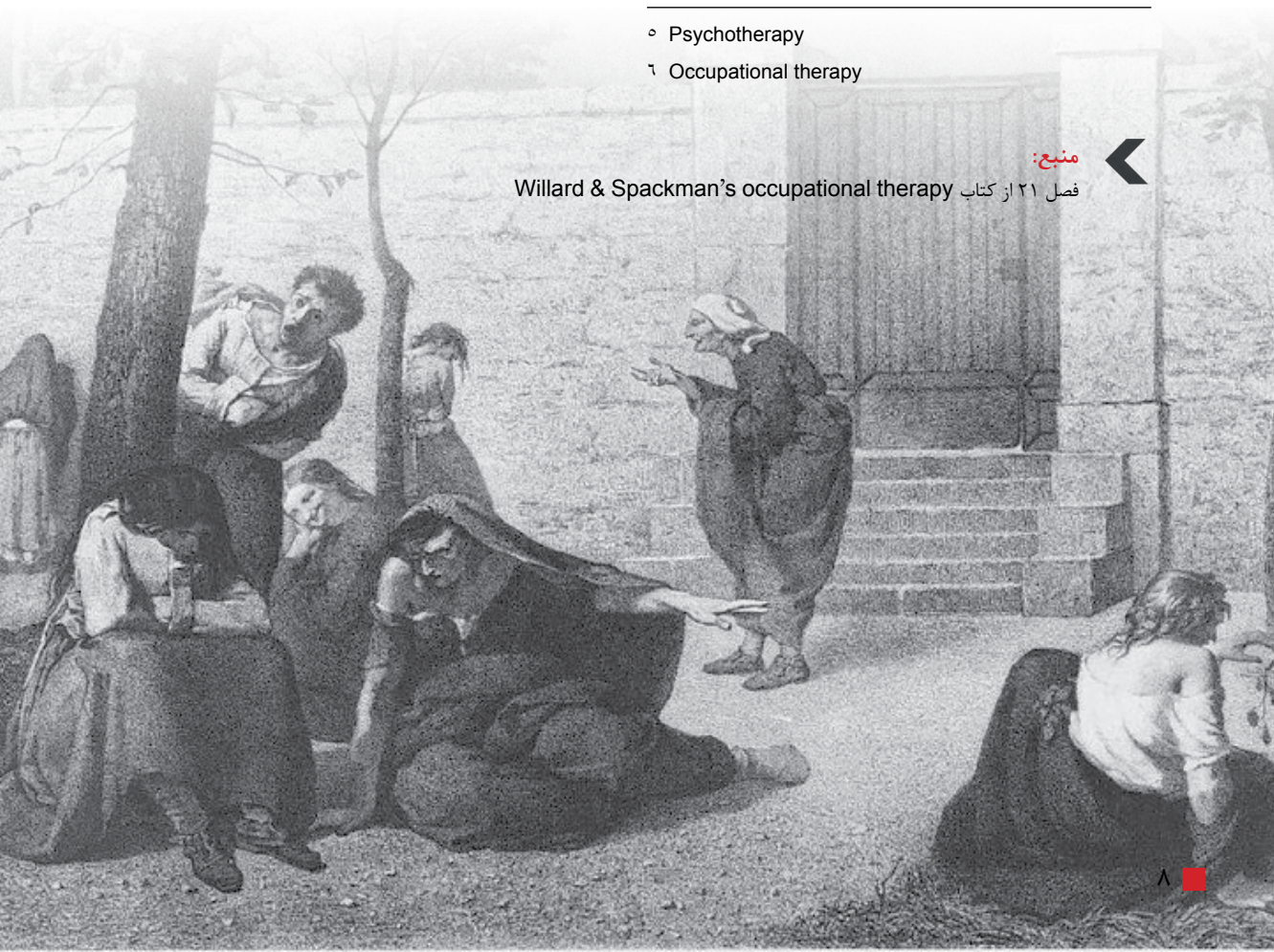
اگرچه درمان اخلاقی واقعا یک پیشرفت قابل توجه در درمان جنون بود؛ در اواخر سده نوزدهم از کانون توجه ها محو شد. ولی مفهوم رفتار انسانی با بیماران مبتلا به جنون از بین نرفت و به یکی از اصول پایه ای درمان در روانپزشکی تبدیل شد. لفظ درمان اخلاقی بنا به دلایل مختلفی دیگر کاربرد نداشت. یکی از دلایل اصلی این بود که درمان اخلاقی یک درمان پزشکی نبود. روحانیون، فیلسوف ها و حقوق دانان، همگی ادعای کاربرد درمان

۵ Psychotherapy

۶ Occupational therapy

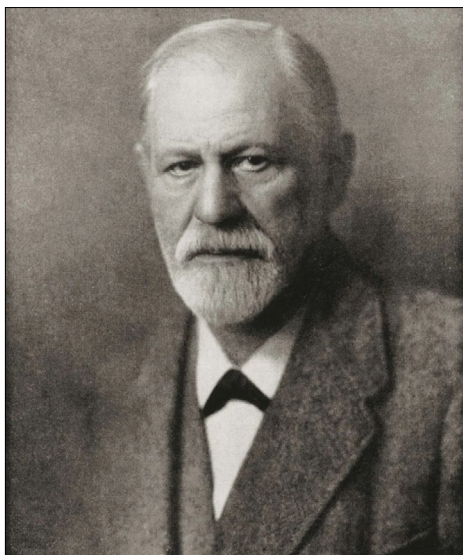
منبع:

فصل ۲۱ از کتاب Willard & Spackman's occupational therapy





نظریه‌ی انگیزش فروید



تهیه و تنظیم: ایدا کاظم نژند اصل / کاردرمانی ۹۶-
مطهره سخاییان / کاردرمانی ۹۵



انسان ها در زندگی بر اساس انگیزه های مختلفی رفتار می کنند. انگیزه ها عامل اصلی حرکت انسان ها هستند.

تعریف انگیزش (Motivation) بستگی به مفاهیم نظری روان شناسی دارد. در واقع تعریف یک روان شناس از انگیزش به دیدگاه او بستگی دارد. فروید، کتل، مورفی، هب و... تعاریفی را در مورد انگیزش ارائه کرده اند، اما در یک جمع بندی کلی می توان انگیزش را به صورت «مجموع متغیرهای پیچیده ارگانیسمی و محیطی که کنش آن ها به فعالیت عمومی و جهت دار احساس و رفتار منجر می شود.» تعریف کرد.

ایستا. بسیاری از انگیزه ها (و نه همه ی آن ها) از یک فرآیند چهار مرحله ای «پیش بینی، برانگیختگی، عمل رفتاری و پیامد» پیروی می کنند. در مدت پیش بینی، فرد انتظار پیدایی انگیزه را دارد. ویژگی آن وجود یک حالت محرومیت و تمایل به هدف است. در مدت برانگیختگی، محرک درونی یا بیرونی، انگیزه را تحریک نموده و به رفتار جهت می دهد. در مدت عمل رفتاری، فرد برای نزدیک شدن یا دور شدن از شی هدف انگیز، به رفتار هدف گرا می پردازد. در مدت پیامد، فرد پیامدهای سیری یا اشباع انگیزه (فروکشی انگیزتگی) را تجربه می کند.

هدف نظریه های انگیزشی که در طول تاریخ روانشناسی مطرح شده است، این است که توضیح دهد چه چیزی به رفتار و انرژی جهت می دهد و این فرایندهای انگیزشی چیستند و چگونه رفتار افراد را

چندین نظام انگیزشی، انسان ها را در تلاش مداوم برای رفع حالت های ناخوشایند می دیدند؛ نظیر «فروید» که انسان را در یک میدان نبرد دائمی با نیروهای جنسی و پرخاشگری می دید. انگیزش، فرآیندی پویا است و نه



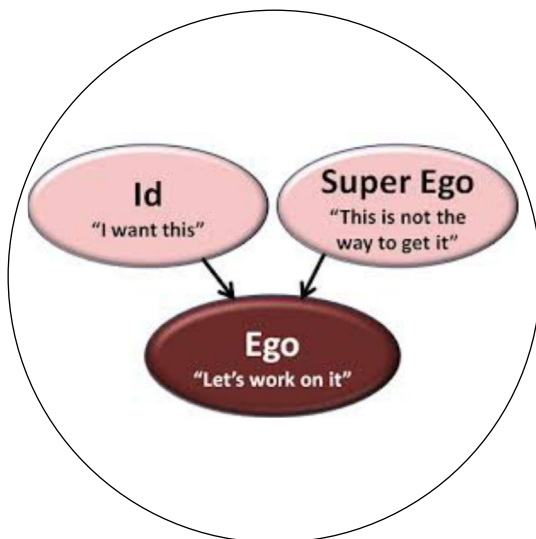


نیرومند می کنند.

تحلیل های مختلفی در زمینه ی انگیزش ارائه شده است که از مهم ترین آنها، بحث ذاتی و اکتسابی بودن انگیزش است. منظور از عوامل ذاتی انگیزش، عواملی است که از بدو تولد در انسان وجود دارد و انسان می تواند بدون یادگیری و آموزش، براساس این عوامل رفتار کند. نظریه پردازان بر این باورند که غریزه، سائق و برانگیختگی که عمدتاً پایه ی زیستی دارند، از عوامل ذاتی انگیزش هستند و عواملی که مبتنی بر یادگیری و فرایند های شناختی هستند، عوامل اکتسابی انگیزش را تشکیل می دهند.

نظریه ی غریزه (Instinct Theory):

این نظریه بیان می کند که انرژی در درون ارگانیسم ذخیره شده است و باعث ایجاد حالت های برانگیختگی می شود. نظریه ی روانکاوی فروید نیز همه ی فعالیت ها و رفتار ها را نتیجه ی غرائز زیستی و درونی انسان می داند که به دو بخش عمده تقسیم شده اند: غریزه ی زندگی (غریزه ی جنسی) و غریزه ی مرگ (پرخاشگری). از دیدگاه فروید جایگاه این غرائز در بخش نهاد است. اصل اساسی که نهاد را فعال می کند، اصل لذت است که به دنبال ارضای فوری نیاز های غریزی است.



غریزه زندگی در نظام انگیزشی فروید:

اولین طبقه غرایز، غرایز زندگی هستند که ساده تر از غرایز دیگر توصیف شده اند. این غریزه، زندگی را حفظ کرده و بقای فردی و اجتماعی را تضمین می کند. بنابراین غرایزی که مربوط به غذا، آب، هوا، خواب، تنظیم درجه حرارت، تسکین درد و نظیر آن هستند، همگی به زندگی و بقای فرد کمک می کنند. غرایز مربوط به میل جنسی، مهرورزی و پیوند جویی، به زندگی و بقای گونه کمک کرده اند و نیز بر تولید مثل تأکید دارند که فروید آن را از چارلز داروین اقتباس کرد.



غریزه مرگ در نظام انگیزشی فروید:

غرایز مرگ فرد را به سوی استراحت و صرفه جویی انرژی و به سمت آرامش جسمانی ثابت می‌کشاند. آرامش کامل و نه عدم تعادل یا اختلال جسمانی فقط می‌تواند از طریق استراحت کامل بدست آید که همان مرگ است. فروید هنگام بحث درباره غرایز مرگ بیشتر بر پرخاشگری تاکید داشت. پرخاشگری بخصوص فرد را وادار به نابود ساختن و کشتن می‌کند و در هوشیاری به صورت تمایل به انجام چنین کاری نمایان می‌شود.



نظریه ی سائق (Drive Theory):

سائق‌ها نیروهای درونی هستند که حالت تعادل حیاتی (homeostasis) یا مطلوب‌ترین حالت‌های سازوکارهای بدنی را حفظ می‌کنند. وقتی موجود زنده به دلیل محرومیت از یک عنصر اصلی (مانند غذا، هوا یا آب) نیازی را تجربه می‌کند، سائق فعال شده و موجود زنده را وادار به پاسخ‌دهی می‌کند. در صورت دریافت عنصر اساسی، نیاز، ارضا شده و موجب کاهش سائق می‌شود. فروید نظریه ی سائق خود را براساس چهار عنصر مطرح کرده است: ۱- منبع: کمبود زیستی بدن (مثل تشنگی) ۲- محرک: نیرویی در جهت برطرف کردن کمبود زیستی بدن ۳- هدف: برطرف کردن کمبود زیستی بدن است که اضطرابی را در وجود انسان ایجاد می‌کند تا به دنبال برطرف کردن این کمبود برود. ۴- شی: آن چیزی که به وسیله ی آن کمبود برطرف می‌شود.



منبع:

۱. نقد و بررسی انگیزش ذاتی بر اساس میانی انسان‌شناسی اسلامی / داوود نوده ئی، دکتر معصومه اسمعیلی، دکتر اصغر خندان، دکتر خدابخش احمدی-نوده / ۱۳۹۵
۲. دانشنامه ی رشد



■ مصاحبه با اساتید

مصاحبه کننده: سمانه زهرابی / کاردرمانی ۹۶



«مصاحبه با جناب آقای دکتر مهدی رصافیانی»

در این بخش از نشریه مصاحبه ای داشته ایم با جناب آقای دکتر رصافیانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. در این گفت و گو مطالبی را در رابطه با مفهوم کار و کاردرمانی، وضعیت کنونی رشته در ایران و جهان و نیز زمینه های پیدایش رشته از ایشان جویا شدیم که امید است شما مخاطبان گرانقدر استفاده و بهره ی لازم را از مطالب این بخش ببرید.



توسط دیگران در داخل و خارج ایران استفاده میشود. عمده این تحقیقات بر آموزش خانواده های کودکان فلج مغزی و سندرم داون بوده است که حاصل آن ها منجر به تهیه کتاب های راهنما و ارتقا کیفیت زندگی آنان شده است. علاوه بر این، تحقیقاتی نیز با همکاری تیمی قوی از عزیزان بر روی رویکرد کوآپ (COOP) در ایران انجام شده است که این رویکرد را بتدریج در ایران توسعه داده است.

«۲- آقای دکتر امکانش هست تا کمی راجع به مفهوم کار (آکیوپیشن) و رشته ی کاردرمانی بیشتر توضیح دهید؟ (عناوین و مفاهیمی که بسیاری از افراد درک درستی از آن ها ندارند)

انسان با فعالیت و کار از ابتدای زندگی تا آخر عمر عجین است. در طول روز، ما فعالیتهای مختلفی که بعضی همچون خوردن و آشامیدن به ظاهر عادی است و بعضی دیگر همچون کار و تفریح و مدرسه و تعاملات اجتماعی انجام میدهم. از دو جنبه میتوان به اهمیت این فعالیتها توجه نمود. از بعد رشدی و طبیعی، این فعالیتها و کارها به شخصیت ما شکل داده و هویت ما را تعیین میکنند. به علاوه، داشتن یک تعادل در انجام این فعالیتها میتواند منجر به ارتقا سلامتی و کیفیت زندگی شود. در صورت مشکل در انجام این فعالیتها و یا عدم تعادل (برای مثال در جوانهای نسل جدید، کار زیاد با تلفن همراه) بیماری به سراغ ما می آید. اثر عدم تعادل در فعالیت معمولا دراز

«۱- با سلام. خیلی خوشحال و مفتخریم که فرصت هم صحبتی با شما را داریم. امکانش هست تا خدوتان را به مخاطبان ما معرفی بفرمایید؟

با سلام خدمت شما، مخاطبین محترم و تمامی کاردرمان های عزیز. اینجانب دکتر مهدی رصافیانی، کاردرمانگر با سابقه حدود ۳۳ سال، فارغ التحصیل کارشناسی از دانشگاه علوم پزشکی ایران، کارشناسی ارشد از دانشگاه علوم بهزیستی و دکترای کاردرمانی از استرالیا هستم. تاکنون در دانشگاه های مختلفی مشغول به کار بوده ام؛ از جمله دانشگاه ایران، علوم بهزیستی، اردن و کویت. با توفیق حق توانسته ام در این مدت از راه های گوناگونی به رشته کاردرمانی و ارتقا آن کمک نمایم. مواردی از این کمک ها شامل، تاسیس گروه آموزش کاردرمانی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، راه اندازی دکترای کاردرمانی، عضو هیات مدیره انجمن کاردرمانی ایران، عضو نمودن کامل ایران در فدراسیون جهانی کاردرمانی و نماینده ایران در این فدراسیون از سال ۲۰۰۶ و اکریت کردن اکثریت گروه های آموزشی کاردرمانی ایران در فدراسیون میباشد.

به علاوه در حوزه پژوهش سعی کرده ام که تحقیقات بسیار خوبی را در قالب پروژه های تحقیقاتی دانشجویی دکترا و کارشناسی ارشد و گرانت های تحقیقاتی ارایه داده که ثمره آن بالغ بر ۱۴۰ مقاله ملی و بین المللی، با بیشترین ساینس و اچ ایندکس در بین کاردرمانهای ایران است. شاخصهای اچ و ساینس نشان میدهد که تا چه حد از دستاوردهای ما



به نظر من وضعیت ملی و بین المللی رشته قابل قبول است ولی نیاز به تلاش فراوان برای ارتقا داریم. وضعیت رشته و جایگاه آن دایما در حال پیشرفت بوده است. در سطح بین المللی، کاردرمانی در حال حاضر برای بسیاری از سازمان های جهانی شناخته شده است. در سطوح ملی، کشور به کشور فرق میکند ولی همگی در یک چیز مشترک هستند و آن هم پیشرفت می باشد. در ایران نیز وضعیت ما نسبتا خوب است در برخی از جنبه ها پیشرفت داشته ایم، ولی در برخی امور کند بوده ایم. البته پیشرفت ها نباید ما را راضی کند و همواره بایستی تلاش کنیم تا رشته خود را ارتقا بخشیده و به روز نماییم. لازم است کاردرمانی را در حیطه های جدیدی مثل بیماری های قلبی و استایل زندگی و... توسعه دهیم. لازم است کیفیت درمان و ارزیابی ها و... را ارتقا بخشیده و به روز نماییم.

این ارتقا و به روز سازی هرگز نمیتواند توسط یک یا چند نفر انجام شود. حمایت از رشته، وظیفه همه، از کاردرمانهای فارغ التحصیل گرفته تا دانشجویان ترم اول است. بعضی افراد باهوش و توانمند رشته را که علاقمند به نوآوری بوده، زحمت کش هستند و در کارها خلاقانه برخورد می کنند نیز بایستی شناسایی نمود و به آنها کمک کرد تا برای ارتقا و بروز رسانی رشته با حمایت سایرین فعالیت نمایند.

« ۵- آینده ی رشته را چگونه می بینید؟ پیش بینی تان از آینده ی این حرفه و رشته چگونه است؟ »

آینده رشته نسبت به آنچه الان داریم مطمئنا بهتر خواهد بود. کاردرمانی رشته ای است که در حیطه های متنوع، از ارتقا سلامتی در افراد سالم گرفته تا بهبود بیماران و افراد ناتوان فعالیت دارد. بنابراین نیاز به کاردرمانی دایما در حال رشد میباشد. البته وضعیت اقتصادی تاثیر بسزایی در سرعت پیشرفت ما دارد.

« ۶- آیا مقالات و تحقیقات لازم و کافی توسط اساتید و دانشجویان تحصیلات تکمیلی در ایران ارایه می شود؟ و تعداد این مقالات در مقایسه با تعداد مقالات چاپی کشورهای دیگر چگونه است؟ »

در طی ۱۰ ساله اخیر کیفیت و کمیت پژوهشهای کاردرمانی در کشور به سرعت بالا رفته است. این امر مدیون راه اندازی دکترای کاردرمانی و افرادی قوی که در این زمینه تلاش نمودند، می باشد. در نتیجه این پژوهشها، مقالات و کتابهای

مدت است. مثلا فردی که به مدت طولانی در وضعیت خاصی از تلفن همراه استفاده میکند؛ در دراز مدت عضلاتی ضعیف، انحرافات زیاد در ستون فقرات و مفاصل و دردهای بدنی را تجربه می کند. همین فرد ممکن است ارتباطات اجتماعی رودرروی ضعیفتری داشته باشد و فعالیتهای مربوط به مدرسه را به خوبی انجام ندهد. بنابراین از نظر روحی و روانی نیز تحت فشار قرار میگیرد. شناخت این فعالیتهای تعادل مناسب و ارایه راه هایی برای بهبودی و ارتقا سلامتی جامعه از هنرهای کاردرمانی است که هنوز به خوبی در ایران جای خود را باز نکرده است و نیاز به کار و تربیت نیروی مجرب در این زمینه بسیار حس میشود.

جنبه دیگری که بایستی به کار و فعالیت توجه نمود، به هنگام بیماری و ناتوانی است. فردی که دچار ناتوانی شده است در انجام کارها و فعالیتهای روزمره و عادی و همینطور مدرسه و شغل و... ممکن است دچار مشکل شود که این خود بر روی استقلال فرد تاثیر منفی گذاشته و در نتیجه مشکلات روحی و روانی و جسمانی بیشتری را در پی داشته و منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود.

کاردرمان با شناسایی این مشکلات به صورت تخصصی، فهم دقیق علل و زیر ساختارهای این مشکلات، تهیه برنامه درمانی مناسب هر فرد و آموزش و راهنمایی و درمان میتواند فشارهای وارده به فرد و خانواده و جامعه را کاسته و به سطح سلامتی آنان کمک نماید.

« ۳- در مورد علت و زمینه ی اصلی پیدایش این رشته چطور؟ چه عواملی منجر به پیدایش احساس نیاز به وجود این رشته و حرفه در تاریخچه ی این رشته شدند؟ »

مهمترین مساله تاثیر ناتوانیها بر روی فعالیتهای و تاثیر عدم انجام فعالیتهای بر روی سلامتی انسان بود که منجر به پیدایش این رشته شد. البته به تدریج کاردرمانها در مقاطعی توجه زیادی به ارتقا توانایی فیزیکی، حرکتی و سلامت روحی فرد نمودند و از کار مستقیم بر روی فعالیت و کارها دور شدند ولی مجددا به آن بازگشته اند.

« ۴- وضعیت کنونی رشته چگونه است؟ آیا با گذشت ۱۰۱ سال از پیدایش رشته، وضعیت و جایگاه کنونی رشته قابل قبول هست؟ و به نظر شما چه کسانی میتوانند در پیشرفت و تثبیت بیشتر جایگاه این رشته کمک کننده باشند؟ »



متعددی استخراج و در سطح ملی و بین المللی منتشر شده است. این روند به یاری خدا ادامه خواهد یافت.

« ۷- و در آخر پیشنهادتان برای دانشجویان این عرصه و رشته چیست؟

نیروی انسانی موجود در کاربردانی ایران خیلی کم می باشد و امکان آموزش به تعداد زیاد متناسب با جمعیت و نیاز کشور نیز بیش از این در حال حاضر امکان پذیر نیست. بنابراین با این تعداد اندک نیروی انسانی، لازم است هر فردی تلاش زیادی کرده و مسئولیت خود را در قبال رشته و جامعه به انجام رساند.

دانشجویان عزیز می توانند ابتدا تلاش کنند که توانایی ها و نقاط ضعف خود را به صورت واقعی بشناسند و بعد متناسب با آن و با دیدی مثبت، خود را ارزیابی کنند که چه کاری می توانند انجام دهند که قسمتی از مسئولیت خود را در قبال جامعه به ثمر برسانند. علاقه شما به ساخت وسیله است؟ به مدیریت کردن جایی علاقه مند هستید؟ خلاقیت شما بالا است؟ میتوانید روند درمان را بخوبی و در سطحی عالی پیاده کنید؟ فکر میکنید در یک حیطه جدید کارایی بالایی دارید؟ میتوانید در بازرگانی و تولید وسایل کاربردی موثر باشید؟ پتانسیل مشاوره دادن بالایی دارید؟ فردی مثبت هستید و بخوبی از کار دیگران حمایت میکنید؟ و...

سعی کنید خود را شناخته و از دوران دانشجویی یک سر نخ، حتی کوچک در هر کدام از موارد گفته شده بگیرید و خود را در آن پیشرفت دهید. به یاد داشته باشید که ۱. شما آیندگان رشته کاربردانی هستید و ۲. در هر جایی موفق باشید، عملارشته موفق است و با ارتقا رشته همگی برخوردار خواهند شد؛ از کاردرمانگران گرفته تا جامعه و اقشار نیازمند.

فراموش نکنیم که خداوند رحمان دریچه های برکت خود را به روی افراد زحمت کش، که نیت خیر دارند، همواره باز می کند و از برکات خود آنها را می چشاند. خداوند به همه شما توفیق خدمت به اقشار جامعه عنایت بفرماید.

خیلی متشکریم از همکاری بینظیر شما و زمانی که در اختیار ما قرار دادید.



ترجمه‌ی مقاله

آیا سن پایین عاملی محدودکننده برای تمرینات تعادلی است؟

تأثیرات تمرینات تعادلی کودک محور در کودکان و نوجوانان

Balance

مترجم: محمد رضا غلامپور
کاردرمانی ۹۶



چکیده

هدف مطالعه: مطالعات تمرینات تعادلی^۱ در کودکان، نتایج متناقضی را بدون وجود شواهدی دال بر بهبود تعادل در کودکان زیر ۸ سال گزارش می‌دهند. هدف از این مطالعه، مقایسه تطابقات تمرینات تعادلی در کودکان گروه‌های سنی مختلف بود تا مشخص شود که آیا سن پایین مانع از ثمربخشی تمرینات می‌شود یا خیر.

روش کار: تأثیرات ۵ هفته اجرای تمرینات تعادلی کودک محور در ۷۷ شرکت‌کننده (۳۸ دختر، ۳۹ پسر) از گروه‌های سنی مختلف (۶-۷ سال، ۱۱-۱۲ سال، ۱۴-۱۵ سال) بررسی و با کودکان هم‌سن در گروه کنترل، مقایسه شد. کنترل وضعیتی ایستا و پویا، قدرت انفجاری^۲ و میزان ارتفاع پرش ارزیابی شد.

نتایج: در میان گروه‌های سنی مداخله، نوسان کنترل وضعیتی پویا، کاهش و نیروی انفجاری افزایش پیدا کرد. پیشرفت‌های مختص به سن^۳ در نوسان وضعیتی پویا با بیشترین تأثیر در جوان‌ترین گروه سنی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: برخلاف مطالعات پیشین که از تمرینات تعادلی بزرگسال محور استفاده کرده‌اند؛ این مطالعه برای اولین بار بیان کرد که آموزش کنترل وضعیتی در صورت بکارگیری تمرینات تعادلی کودک محور، قابل اجرا در کودکان با سن ۶ سال نیز می‌باشد. از این رو مفهوم آموزش در بهبود مهارت‌های تعادلی در کودکان خردسال، لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: تمرینات تعادلی، کنترل وضعیتی، کودکان، نوجوانان، کودک محور





کلیات

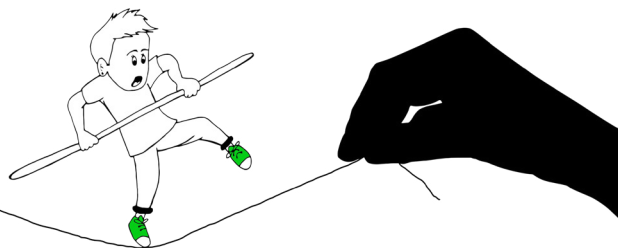
تمرینات تعادلی می تواند کنترل وضعیتی را بهبود بخشد. این موضوع اخیراً در بررسی هایی سیستماتیک در افراد بزرگسال و افراد جوان سالم تایید شده است. به علاوه، مطالعات متعددی وجود دارند که نشان می دهند مداخلات تمرینات تعادلی منجر به بهبود کنترل وضعیتی در کودکان / نوجوانان بالای ۱۲ سال می شود. با این وجود، شواهد بسیار ضعیف تری مبنی بر بهبود و پیشرفت کنترل وضعیتی با استفاده از تمرینات تعادلی در کودکان خردسال تر وجود دارد.

گفته می شود که سیستم کنترل وضعیتی در طول دوران کودکی و نوجوانی نمو می یابد و یک فرایند سازماندهی مجدد عمیق را در حدود سن ۶ سالگی پشت سر می گذارد.

کودکان خردسال به طور مشخصی برای حفظ تعادل خود به سیستم بینایی-دهلیزی وابسته می باشند؛ اما در حدود سن ۶ سالگی این وابستگی به سمت استفاده بیشتر از کنترل حسی-پیکری-دهلیزی متمایل می شود؛ با این وجود تا سن ۱۲ سالگی سیستم های کنترل تعادل، به مثابه یک فرد بزرگسال رفتار نمی کنند. به علاوه، سیستم های سلسله مراتبی سطح پایین تر کنترل وضعیتی (مثلاً رفلکس ها)، در زمان تولد هم حاضر هستند؛ در حالی که سیستم های سوپرا اسپاینال، دیرتر بالغ شده و تا حدود سن ۱۰ سالگی مانند یک فرد بزرگسال رفتار نمی کنند. این امر ممکن است تداعی کننده این باشد که کودکان خردسال به یک سیستم کنترل وضعیتی نارس متکی هستند و به همین دلیل، متفاوت تر از کودکان با سن بیشتر و نوجوانان، به تمرینات تعادلی پاسخ می دهند. به این دلیل که شواهد زیادی مبنی بر نقش زیاد مراکز سوپرا اسپاینال در پیشرفت های ناشی از تمرینات تعادلی وجود دارد؛ نارس بودن سیستم سوپرا اسپاینال می تواند موجب عدم پیشرفت در کنترل وضعیتی در کودکان خردسال شود. ممکن است اینگونه پنداشته شود که سن (یا سطح رشدی) نقش مهمی را در کسب و انتقال^۴ مهارت های تعادلی در دوران کودکی و نوجوانی ایفا می کند.

در کم سن و سال ترین مشارکت کنندگان با سن ۶ الی ۷ سال؛ با اجرای تمرینات تعادلی در طی چند هفته با استفاده از سطوح حمایتی بی ثبات، با تعداد و مدت زمان از پیش تعیین شده (برای مثال تمرینات تعادلی کلاسیک)

هیچ پیشرفتی در ثبات وضعیتی گزارش نشده است؛ با این وجود، این تمرینات برای ورزشکاران ممتاز و درجه یک، جوانان و افراد بزرگسالان، مفید بوده است. در هنگام اجرای تمرینات بندبازی^۵ در کودکان بالای ۱۰ سال، Donath و همکارانش، پیشرفت های مختص به فعالیت^۶ را در بندبازی مشاهده کردند. هر چند در موارد تمرین نشده تعادلی، هیچ پیشرفتی حاصل نشد. کنترل وضعیتی بهبود یافته در تست های انتقالی تعادلی، بعد از اسکیت سواری^۷ با کودکان حدوداً ۱۱ ساله مشاهده شد. به علاوه مطالعات متعددی وجود دارند که کنترل وضعیتی بهبود یافته را در فعالیت های وضعیتی تمرین شده و تمرین نشده، پس از مداخلات تمرینات تعادلی در کودکان و نوجوانان بالای ۱۲ سال نشان می دهد. بنابراین به نظر می رسد که با افزایش سن، اثرات مفید تمرینات تعادلی افزایش می یابد. صرف نظر از سن کودکان، محتوای مداخلات تمرینات تعادلی ممکن است به شدت در بهبود کنترل وضعیتی، تاثیرگذار باشد.



اخیراً این گونه پنداشته می شد که تمرینات تعادلی کلاسیک به عنوان گونه ای از مداخلات، برای کودکان خردسال نامناسب است. مولفان، این گونه فرض کردند که تمرینات تعادلی کلاسیک به طور کافی کودکان خردسال را برای مشارکت با نهایت توان تهییج نمی کنند؛ در حالی که مشارکت فعال در کودکان، تنها زمانی مشاهده شد که آن ها تحت نظارت مستقیم معلمشان قرار داشتند. مشخص نیست که محتوای تمرینات تعادلی مسئول نتایج واگرا در مطالعات پیشین تمرینات تعادلی با کودکان خردسال بوده است یا سن آن ها. برای روشن ساختن این مسئله، مطالعه حاضر، تمرینات تعادلی کودک محور را در سه گروه سنی مختلف (۶-۷ سال، ۱۱-۱۲ سال، ۱۴-۱۵ سال) اعمال کرد.

تمرینات تعادلی کودک محور اعمال شده، به طور ویژه با هدف افزایش انگیزه کودکان در طول مداخله به وسیله فراهم آوردن چالش های مطلوب برای هر شرکت کننده



در کنترل وضعیتی نشان دادند.

کنترل وضعیتی و قدرت انفجاری در طی سنین مختلف

کنترل وضعیتی همچون توانایی های نیرویی^۸ با افزایش سن نمو پیدا می کند و تا قبل از اوایل دوره بزرگسالی به

تهیه شده بود. این بدان معناست که سطوح دشواری مختلف برای هر تمرین فراهم شده و آن تمرینات و فعالیت ها، بارها تعدیل و تطبیق شده بود تا از یکنواختی و تکرار جلوگیری شود. به علاوه در برخی فعالیت ها، مشارکت کنندگان اجازه داشتند تا خود تصمیم بگیرند که چگونه یک فعالیت محول شده را مدیریت کنند.



حداکثر میزان خود نمی رسد. در حالی که جوان ترین گروه سنی در مطالعه حاضر، به طور مشخصی بدترین عملکرد را در تمامی تست ها از خود نشان داد؛ اختلاف بین ۲ گروه سنی مسن تر کم بوده و یا اصلا وجود نداشت. در تکالیف مربوط به کنترل وضعیتی و پرش، هیچ تفاوت آماری بین کودکان گروه سنی ۱۲-۱۱ سال و ۱۵-۱۴ سال شناسایی نشد. هر چند میزان رشد گشتاور به وضوح در بین تمام گروه های سنی متفاوت بود؛ که نشان

آیا تمرینات بهبود تعادل در کودکان سنین پایین نیز موثر است؟ چگونه؟

نتایج مطالعه ای نشان می دهد که مهارت های تعادلی می توانند به طور موفقیت آمیزی حداقل از ۶ سالگی به کودکان آموزش داده شوند. اگرچه مطالعات پیشین، مداخلات تعادلی را در کودکان و نوجوانانی که از نظر سن و محتوای تمرین ناهمسان بودند به کار بردند و نتایج مهمی را بدون شواهد روشن دال بر تاثیر مثبت تمرینات تعادلی



تعدادل پویا افزایش پیدا کرد. به علاوه، قدرت انفجاری به طور مشخصی، قبل و بعد از تست ها، در گروه های مداخله افزایش پیدا کرد. با این وجود که افزایش قدرت انفجاری بعد از تمرینات تعادلی در جوانان، بارها گزارش شده است؛ این اولین مطالعه ای است که بیان می کند تمرینات تعادلی می تواند بهبود دهنده قدرت انفجاری در کودکان و نوجوانان باشد.

جدای از این تأثیرات کلی در تمامی گروه های سنی مورد مطالعه، تطابقات تمرینی مربوط به سن در کنترل وضعیتی مشاهده شد. بر اساس مطالعات پیشین که هیچ تطابق و یا تطابقات محدودی را پس از اعمال تمرینات تعادلی در کودکان نشان می دادند؛ این گونه پنداشته شد که کودکان با سن بیشتر / نوجوانان، احتمالاً به دلیل سیستم کنترل پاسچرال بالغ تر خود، بیشتر از مداخلات بهره خواهند برد. هر چند جوان ترین گروه سنی به اندازه بیشتری نسبت به دو گروه سنی مسن تر که سازگاری های عملکردی مشابهی را نشان دادند، پیشرفت کرد. دلیل این پیشرفت بیشتر در جوان ترین گروه سنی، ممکن است به دلیل سطح پایین تر کنترل وضعیتی آن ها در ابتدا باشد. بنابراین، دامنه پیشرفت وسیع تری برای کودکان خردسال در دسترس است. در حالی که اثر سقف^۹ ممکن است در دو گروه مسن تر، پیشرفت های محدود داشته باشد. متناوباً، این موضوع که نارس بودن سیستم کنترل تعادل در کودکان، اندوخته تطابقی بزرگتری داشته و از این رو ممکن است سریع تر تطابق یابد، می تواند مورد بحث قرار گیرد. علی رغم این که نمی توانیم به این سوال که چرا جوان ترین گروه، بیشترین تأثیرات تمرینی را نشان دادند پاسخ دهیم؛ نتایج حاضر بیان می کنند که سن - یا سیستم کنترل وضعیتی نارس - یک عامل محدود کننده برای پیشرفت های ناشی از تمرینات تعادلی در کودکان خردسال نمی باشد.

محتوای تمرینات

مداخلات تمرینات تعادلی پیشین در کودکان سالم، به طور مشخصی با یکدیگر متفاوت بودند. نخستین مداخله تمرینی در کودکان خردسال، تمرینات تعادلی کلاسیک بود. بر طبق گفته مولفان، این نوع تمرین، به اندازه کافی کودکان را برای مشارکت فعال تهییج نمی کرد. مطالعات بعدی، محتوای تمرینی دیگری را همچون اسکیت سواری و یا بندبازی به کار بردند. با این وجود که مطالعات قبلی، پیشرفت هایی را در فعالیت های

دهنده عدم رشد موازی و همزمان قدرت انفجاری و کنترل وضعیتی در کودکان/ نوجوانان می باشد. از این رو، نتایج ما این فرضیه را که نیرو به طور مداوم و قابل ملاحظه ای در دوران کودکی افزایش پیدا می کند؛ در حالی که به نظر می رسد کنترل وضعیتی به صورت جدی بین سنین ۶ تا ۱۱ سالگی و به صورت حاشیه ای بین سنین ۱۱ تا ۱۴ سالگی بالغ می شود، حمایت می کند. بر این اساس، کنترل تعادل به مثابه بزرگسالان معمولاً در حدود سنین ۱۲ تا ۱۴ سالگی مشاهده می شود. همان طور که قبلاً اشاره شد؛ فرایند عمیق سازماندهی مجدد سیستم کنترل وضعیتی در حدود سن ۶ سالگی آغاز می شود. جوان ترین گروه سنی مطالعه حاضر، در ابتدای این فرایند سازماندهی مجدد قرار داشت و احتمالاً نسبت به سایر گروه های سنی مسن تر مورد مطالعه، از مکانیسم های دیگری برای کنترل تعادل استفاده می کرد. به این دلیل که دو گروه سنی مسن تر، عملکرد های تعادلی همانندی را به نمایش گذاشتند؛ اینگونه می پنداریم که این دو گروه، به استراتژی های کنترل وضعیتی مشابه و بالغ تری متکی هستند.

تطابقات تمرینی

مطالعات گذشته بر روی تمرینات تعادلی در کودکان زیر ۱۲ سال، هیچ گونه تأثیری را بر روی کنترل وضعیتی، تطابقات مختص به فعالیت و یا حتی پیشرفت کنترل وضعیتی در فعالیت های انتقالی، گزارش نکردند. هرچند، مقایسه بین این مطالعات به دلیل تفاوت فاحش سن شرکت کنندگان و محتوای تمرینات به سختی ممکن است. به این دلیل، اولین قدم در ارزیابی تطابقات تمرینی حال حاضر، اندازه گیری تأثیر کلی تمرینات تعادلی کودک محور است. برای مثال اندازه گیری این تأثیر در هر سه گروه سنی. هنگامی که هر ۳ گروه مداخله را با هم تجزیه و تحلیل کردیم،





تمرینی مثبت است. در نتیجه، باید تاکید جدی بر روی محتوای تمرینات برای پیشرفت کنترل وضعیتی در کودکان خردسالان) و نوجوانان وجود داشته باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد که کنترل وضعیتی در فعالیت های انتقالی و قدرت انفجاری می توانند به وسیله تمرینات تعادلی کودک محور در کودکان و نوجوانان، بهبود یابند. تطابقات تمرینی مختص به سن با بیشترین میزان در جوان ترین گروه سنی به دست آمد. فرض می کنیم که سطح عملکردی پایین تر کودکان خردسال موجب این پیشرفت بیشتر و بزرگتر می شود. مهم تر از همه، نشان داده ایم که سن پایین و همچنین نارس بودن سیستم کنترل وضعیتی، مانع از تطابقات مثبت نمی شود. این اولین مطالعه ای است که اظهار می دارد کنترل وضعیتی می تواند به وسیله تمرینات تعادلی از سن ۶ سالگی در کودکان تمرین داده شود. به نظر می رسد پیش نیاز ابتدایی این امر، محتوای تمرینات تعادلی می باشد که می بایست با نیازهای کودکان و نوجوانان، مناسب و همگام شود.

انتقال وضعیت تایید کردند؛ مطالعات جدیدتر تنها پیشرفت های مختص به فعالیت را در بندبازی گزارش کردند. حتی با این وجود که برنامه تمرینی، شامل جلسات تمرینی روزانه به مدت ۱۰ دقیقه و با حضور تعداد کمی از کودکان (۲ تا ۳ نفر) می شد. هرچند باید به این نکته توجه کرد که وقتی تمرینات بندبازی را به طور کلی در نظر می گیریم؛ تطابقات رفتاری، مخصوص فعالیت بندبازی و بدون انتقال و یا با کمی انتقال به دیگر فعالیت های تعادلی به نظر می رسند. برعکس، نتایج حاضر اعلام می دارند که تمرینات تعادلی کودک محور، منجر به پیشرفت در فعالیت های وضعیتی (به همراه انتقال) در کودکان شش سال به بالا می شود. تمرینات تعادلی کودک محور، طراحی شده بود تا کودکان را به بهترین شکل برای مداخلات تعادلی تهیه کند. ناظران تمرین، علاقه پایدار و میل کودکان و نوجوانان را برای مشارکت در جلسات تمرینی با تمام توان، گزارش داده اند. تمام آموزگاران و ناظران، مداخله تمرینی را برای کودکان و نوجوانان، مناسب فرض کردند. بنابراین ممکن است اینگونه در نظر گرفته شود که تمرینات تعادلی کودک محور برای کسب مشارکت بالای شرکت کنندگان، ضروری و احتمالاً مهم ترین پیش نیاز تطابقات

منبع:

Is young age a limiting factor when training balance? Effects of child- oriented balance training in children and adolescents از Wolfgang Taub و Michael Wälchli, Jan Ruffieux, Audrey Mouthon, Martin Keller از دانشگاه Fribourg





جدول

محتوای مداخلات تمرینی طراحی شده برای کودکان و نوجوانان (مثال : تمرینات تعادلی کودک محور). هر عنوان در دو جلسه ۴۵ دقیقه ای اجرا شد.

تمرین	عنوان	محتوا
1 و 2	مدار تعادل	کودکان، تمرینات تعادلی مختلفی را همچون راه رفتن روی میله ها، حرکت با یک قایق پدالی و ... انجام دادند. هدف، کشف و اصلاح کردن تمرینات به وسیله خود کودکان و اجرای تمرینات تا طولانی ترین زمان ممکن بود.
3 و 4	پارکور 1	کودکان باید راهی برای عبور از موانع مختلف (بی ثبات) و طی کردن مسیر های از پیش تعیین شده بدون لمس زمین پیدا می کردند.
5 و 6	پارکور 2	کودکان باید راهی برای عبور از موانع جدید تعریف شده (بی ثبات) و طی کردن مسیر های از پیش تعیین شده بدون لمس زمین پیدا می کردند.
7 و 8	تعادل رقابتی - بازی های 1	از کودکان خواسته شد تا تعادل رقیب خود را در موقعیت های مختلف از جمله لی لی کردن، روی یک سطح کوچک، ایستاده بر روی یک سطح متحرک و ... به هم بزنند.



تعداد رقابتی - بازی های 2	9 و 10
کودکان با یکدیگر به رقابت پرداخته یا تلاش کردند تا نمرات بالتری را نسبت به قبل، در تمرینات تعادلی مختلف کسب کنند. نحوه اجرا و سازماندهی متنوع بود. (1 در برابر 1، 2 در برابر 2، گروه در برابر گروه و ...)	

پی نوشت: محتوای ذکر شده تنها یک خلاصه کوتاه از بخش های اصلی آموزش ها بود. در هر آموزش، تمرینات چندگانه بر روی وسایل تعادلی مختلف و به شکل ها و فرم های متفاوت اجرا شد تا چالشی مداوم را برای شاگردان فراهم آورد.





THINK YOU KNOW WHAT AN OCCUPATIONAL THERAPIST DOES? THINK AGAIN!

WRITTEN BY: CLINT BOONE PT, DPT



بله: و خیر: کار در خانه

خیر: من فیزیوتراپیست نیستم!

خیر: کار من پیدا کردن شغل نیست!

خیر: من فقط با سالمندان کار نمیکنم!

خیر: من کل روز رو نمیبینم با بچه ها بازی کنم!

بله: من کمک میکنم تا برگردم سر کار یا بر که دوستتون دارم!

بله: من چیزهایی که دوست دارم رو در نظر میگیرم و لازماتو جلسه درمان

استفاده میکنم!

بله: من با هر کسی که اطراف تو زندگی میکنم کار میکنم تا تو رو به حد اکثر استقلال

تو کارهای روزانه ات برسونم!

بله: من به تو راه ها و وسایلی رو نشون میدم که باعث میشه کارهای روزانه ات

رو خودت به تنهایی و راحت تر انجام بدی!

occupational therapy

Reach your
pOTential

Kardarmani magazine

No.1

November 2019

