



نشریه علمی کاردرمانی
شماره سوم | پاییز ۹۹ | قیمت: ۱۰۰۰۰ تومان



ضمیمه: آموزش لباس پوشیدن یک دستی

مشکلات مدرن، راه حل های مدرن

توانبخشی از راه دور

Telerehabilitation

آیا شما فرد سالمی هستید؟!

بر اساس منابع علمی، انسان سالم چه ویژگی هایی باید داشته باشد؟



ایجاد روتین صبحگاهی

در کودکان

ایجاد برنامه های کارآمد صبحگاهی



مدل های کاردرمانی

توصیف مهم ترین و پرکاربرد ترین مدل های کاردرمانی



الجامعة الإسلامية
البحرين



نشریه علمی کاردرمانی | دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سال دوم | شماره سوم | پاییز ۹۹

کاردرمانی

یعنی

تبدیل ناامیدی به امید،

نتوانستن به توانستن و

غیر ممکن به ممکن





Telegram Channel: t.me/ot_magazine

Email: tbz.ot.magazine@gmail.com



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

ا با سپاس فراوان از:

آقای محمود فیضی و محمد پارسایی، اعضای هیئت علمی گروه کاردرمانی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و تمام کسانی که ما را در تهیه ی این نشریه یاری رسانده اند.

ا نشانی

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

ا تلفن

۰۴۱۳۳۳۷۷۷۹۲



با به دنیا آمدن هر کودک، یکی از مهم ترین دغدغه های والدین، طی کردن صحیح و به جای مراحل رشد و تکامل در حوزه های حرکت، شناخت، گفتار، بازی و ... در کودک شان می باشد. در کاردرمانی حوزه کودکان هم، توانایی ارزیابی این مهارت های رشدی، پایه و اساس مداخلات است. از این رو، هم درمانگرانی که در تخصص های مختلف، با کودکان کار می کنند و هم والدین، باید اطلاعاتی کلی درباره روند نرمال مراحل رشدی در طول زندگی و به ویژه در سال های اول زندگی که پایه گذار عملکرد کودک در سنین بالاتر هستند، داشته باشند. در این نوشته، مایلستون های رشدی مربوط به مهارت های حرکتی درشت (Gross) و ظریف (Fine) را در کودکان، از زمان تولد تا ۵ سالگی، بررسی می کنیم.

صفحه ۱۸



برای درمانگران در هر حوزه ای، ضروری است که با نظریه هایی که تعریف کننده رشته و حرفه آن هاست، آشنایی داشته و بر آن ها مسلط باشند تا بتوانند در فلسفه کارهایشان تأمل کرده و از آن ها به عنوان راهنمایی برای کار خود، بهره ببرند. از ابتدای پیدایش رشته کاردرمانی، مدل های بسیاری برای استفاده درمانگران ایجاد شده و گسترش یافته اند و کاردرمانگران در سرتاسر دنیا از آن ها بنابر صلاحدید خود و نیاز مراجعانشان استفاده می کنند.

در این نوشته پس از توصیف مبانی نظری و کلیات مرتبط با موضوع، به توصیف مختصری از یکی از مهم ترین و پرکاربرد ترین مدل های کاردرمانی به نام CMOPE خواهیم پرداخت.

صفحه ۱۰



فهرست

سرمقاله ۶

تاریخچه کاردرمانی | قسمت سوم ۸

آشنایی با مدل های رایج در کاردرمانی ۱۰

فوائد کاردرمانی در سالمندان ۱۴

سنین رشدی مهارت های حرکتی درشت و ظریف در کودکان از تولد تا ۵ سالگی ۱۸

توانبخشی از راه دور (TeleRehabilitation) ۲۴

مصاحبه با کاردرمانگر، خانم ساحل فرخی مقدم در رابطه با توانبخشی از راه دور ۲۸

آیا شما فرد سالمی هستید؟ ۳۰

کاردرمانی در مدارس از زبان یک کاردرمانگر ۳۴

ایجادروتین صبحگاهی در کودکان ۳۸

معرفی فیلم ۴۲

نقش کاردرمانی در افراد مبتلا به نقایص بینایی ۴۸

ضمیمه | آموزش لباس پوشیدن یک دستی ۵۲

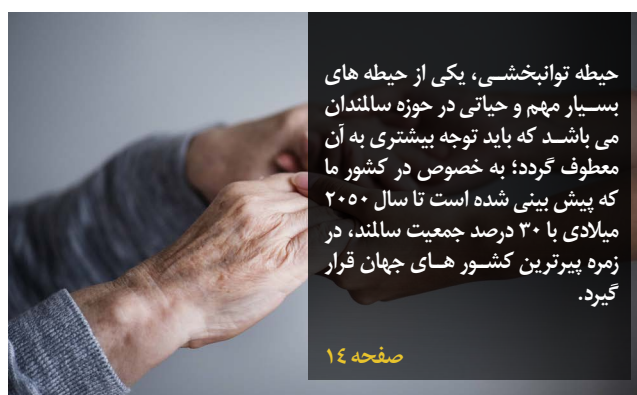
به دلیل اهمیت بالای مدارس در رشد و تکامل انسان، کاردرمانگران هم می توانند در این محیط نقش پررنگی داشته و به کودکان در سنین مختلف در طی رشدی سالم تر و بهتر کمک کنند.

صفحه ۳۴



حیطه توانبخشی، یکی از حیطه های بسیار مهم و حیاتی در حوزه سالمندان می باشد که باید توجه بیشتری به آن معطوف گردد؛ به خصوص در کشور ما که پیش بینی شده است تا سال ۲۰۵۰ میلادی با ۳۰ درصد جمعیت سالمند، در زمره پیرترین کشور های جهان قرار گیرد.

صفحه ۱۴



شیوع ویروس کرونا و همه گیری سریع آن در جهان بر بسیاری از جنبه های زندگی بشر از جمله فرهنگ، اقتصاد، ورزش و ... تأثیر گذار بود. طبیعتا این همه گیری بر بحث سیستم ها و خدمات توانبخشی نیز بی تأثیر نبوده است. با لزوم رعایت فاصله اجتماعی و قرنطینه خانگی، به یکباره نیاز به پدیده ای به نام توانبخشی از راه دور یا همان Telerehabilitation بیش از پیش احساس شد و درمانگران در سراسر جهان آغاز به خدمت رسانی جدی به مراجعان خود از طریق سیستم های متنوع این روش کردند.

صفحه ۲۴



نشریه علمی کاردرمانی | دانشگاه علوم پزشکی تبریز

شماره سوم | پاییز ۹۹

شناسنامه

صاحب امتیاز:

انجمن علمی کاردرمانی دانشکده توانبخشی تبریز

مدیرمسئول: محمدرضا غلامپور

سرمدیر: سمانه زهرایی

اعضای هیئت تحریریه: هانیه آقاباری، بهاره ایوتوند،

مهسا حسنی، سما رسولی، سحر رنجبری، سمانه زهرایی، میرسینا سیدانوری، هستی عبائیان، محمدرضا غلامپور، مطهره همتی

ویراستاری: سمانه زهرایی، محمدرضا غلامپور

گرافیک و صفحه آرایی:



مجتبی فروتنی (۰۹۳۵۳۰۰۴۷۷۴) Graphics

MOJTABA FOROUTANI

سرمقاله

با سلام و عرض ادب خدمت تمام مخاطبان نشریه علمی کاربردی دانشگاه علوم پزشکی تبریز:

مفتخریم که با شماره سوم از این نشریه در خدمت شما هستیم. حدوداً یک سال پیش با تیمی کوچک انتشار این نشریه را آغاز کردیم. در ابتدای راه، ادامه دادن این مسیر و تصور رسیدن به شماره سوم کمی دشوار به نظر می‌رسید اما با تلاش‌های تیمی که با علاقه و شوق، این راه را ادامه دادند، موفق به تحقق این هدف شدیم. تجربیات بسیاری کسب کردیم و اعضای جدیدی به تیم تحریریه نشریه اضافه شدند و بازخوردهای بسیاری گرفتیم. به همین دلیل بر خود لازم دیدم تا در ورودی شماره سوم، از تمام کسانی که جزئی از این تیم بوده و هستند و ما را در رسیدن به این نقطه یاری کرده‌اند و همچنین مخاطبانی که نگاه‌های خود را به نشریه ما سپرده و نظرات و پیشنهادات و انتقادات سازنده‌ای را مطرح کردند، تشکر کنم.

شماره قبل که با تغییراتی وسیع در ساختار نشریه نسبت به شماره اول همراه بود، استقبال بسیار زیاد شما مخاطبان گرامی از طیف‌های مختلف را به دنبال داشت. به همین دلیل تلاش کردیم تا ساختار کلی نشریه در شماره قبل را نسبتاً ادامه داده و تکمیل کنیم.

پرونده ویژه این شماره، در مورد توانبخشی از راه دور یا به اصطلاح آن ور آبی ها، TeleRehabilitation می‌باشد. یکی از موضوعاتی که به دلیل شیوع ویروس کرونا در سراسر جهان و لزوم رعایت فاصله اجتماعی و کنترل رفت و آمد ها، چه در کار بالینی و چه در تحقیقات و پژوهش‌ها در حیطه توانبخشی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. شاید اگر ویروس کرونا نبود، هیچ‌گاه چنین موضوعی برای کار در نشریه انتخاب نمی‌شد، اما این ایده‌ی باعث شد تا به فکر تهیه مطلب در این باره در کنار مصاحبه با یکی از کاردرمانگرانی که فعالیت گسترده‌ای در ارائه توانبخشی از راه دور برای مراجعانش داشته است، بیفتیم که امیدوارم از خواندن این پرونده لذت ببرید و کمکی باشد هر چند کوچک برای آشنایی شما مخاطبان گرامی با این مقوله به روز.

جدای از پرونده ویژه، در این شماره هم تلاش کردیم تا به حیطه‌های مختلف کاربردی، از کودکان تا سالمندان سری بزنیم و آن‌ها را هم تا حد امکان پوشش دهیم که در این مورد می‌توانید مطالب «فواید کاربردی در سالمندان»، «نقش‌های کاربردی در نقایص بینایی»، «سنین رشدی مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف کودکان»، «ایجاد روتین بیداری در کودکان» و «کاردرمانی در مدارس» را مطالعه نمایید.

پای ثابت و همیشگی نشریه، یعنی بخش تاریخچه کاربردی هم به پله سوم رسیده و مثل همیشه می‌توانید آن را به عنوان اولین مطلب نشریه مطالعه کنید.

دو بخش ثابت و ادامه دار جدید به نام‌های معرفی فیلم و ضمیمه (که تلاش بر این است تا در آن، در هر شماره به موضوعی کاربردی و عملی‌تر مربوط به حوزه‌های کاری کاردرمانگران پرداخته شود) اضافه شدند که هر دو جزو پر استقبال‌ترین بخش‌های نشریه بودند که در این شماره هم مهمان نگاه‌های شما عزیزان هستند.

یکی از ایده‌های مطرح شده در تیم نشریه برای کار در این شماره، پرداختن به مقوله‌ای به نام مدل‌های کاربردی بود که همیشه کم‌تر مورد توجه درمانگران قرار گرفته‌اند، در حالی که از مفاهیم اصلی این حرفه هستند. در این شماره، مختصری با مفهوم مدل‌های کاربردی و کاربرد آن‌ها آشنا شده و سپس به توضیح مختصر در مورد یکی از مهم‌ترین این مدل‌ها می‌پردازیم. به امید آن که سایر مدل‌ها در شماره‌های بعد مورد بررسی قرار گیرند.

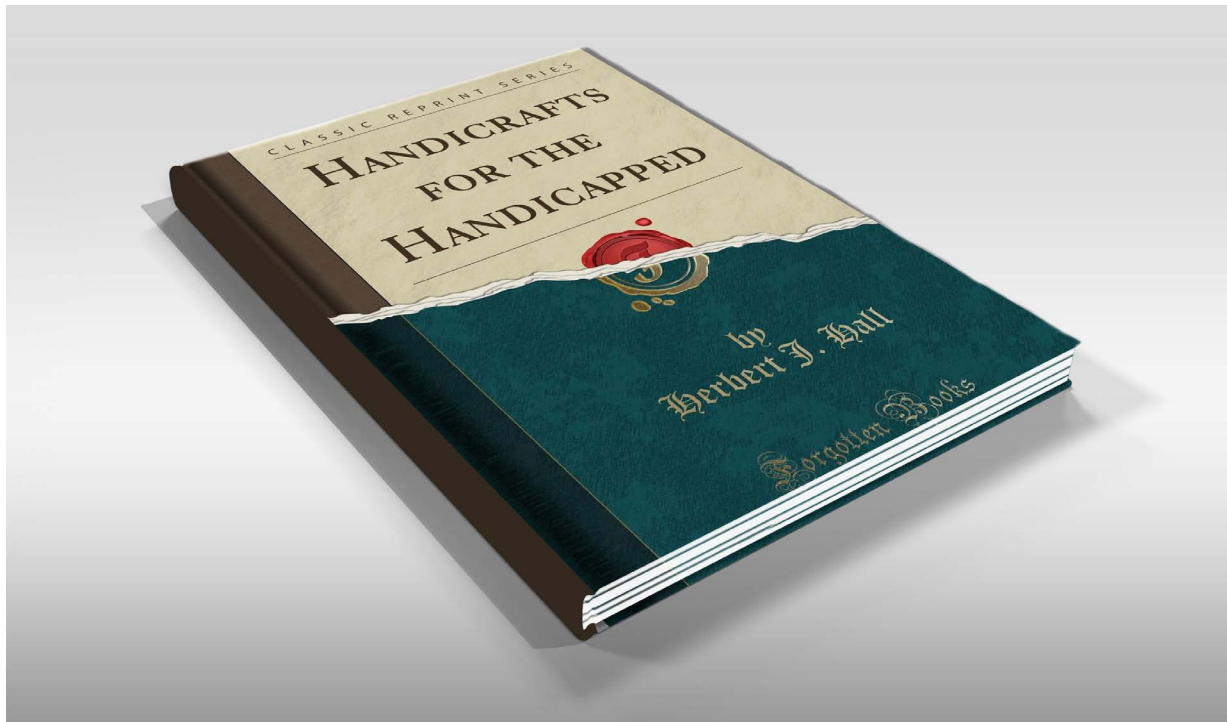
باعث افتخار است که برای اولین بار، یکی از همکاران خارج از مجموعه علوم پزشکی تبریز، سرکار خانم مطهره همتی، کارشناس ارشد کاربردی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز و توانبخشی با این نشریه همکاری کرده و مطلبی جذاب با عنوان «آیا شما فرد سالمی هستید؟!» را تهیه نموده‌اند.

در آخر هم مثل همیشه آغوش تیم تحریریه نشریه علمی کاربردی برای نظرات، پیشنهادات و انتقادات مخاطبان که سرمایه‌های هر رسانه‌ای هستند، باز است و از آن‌ها استقبال می‌کنیم. زیرا بهتر و کامل‌تر شدن این نشریه محقق نخواهد شد مگر با توجه به بازخوردهای دریافت شده از مخاطبان و خوانندگان.

محمد رضا غلامپور

مدیر مسئول نشریه





بهبود حس شادی، سبب تقویت جریان خون، افزایش متابولیسم و بهبود خواب، هاضمه و عملکرد همه اندام های بدن می شود.

تحقیقات روانشناختی به کاربرد درمانی آکوپیشن، به عنوان استفاده از یک رویکرد Synthetic نگریست. این واژه، مکتب فکری Synthetic را از رویکرد تحلیلی^۴ که عموماً با روان درمانی فرویدی در ارتباط بود تمییز داد. به جای جست و جوی «علل نخستین» بیماری روانی به قصد بازگرداندن وحدت به عملکرد روانی فرد، رویکرد Synthetic، مشکلات رفتاری را که در یک سبک زندگی نامتعادل بروز می کردند، با هدف دستیابی به یک پیوند از طریق وحدت اندیشه و عمل مورد بررسی قرار می دهد.

این امر نگرانی بسیاری از پزشکان را در مورد روش تحلیلی برای درونگرایی بیمارگونه ای که یک مشکل شایع در بین افراد با بیماری عصبی بود، برطرف کرد. اختصاص آن توجه ناسالم به خود آگاهی و خود نگرانی فقط باعث سخت تر شدن فرایند بیماری می شد و تکنیک درمانی بر اساس خود تحلیلی شدید، اگر توسط کسانی غیر از پزشکانی که به خوبی آموزش دیده بودند

استفاده می شد، خطرناک به نظر می آمد. استفاده از آکوپیشن به عنوان درمان، اثر خود را با هدایت تفکر شخص به سمت کانال های سالم تر و با پرهیز از خود تحلیلی ناکارآمد، ایجاد کرد. با اینکه این منطق های علمی ممکن است در مقایسه با استاندارد های امروزی بی اساس به نظر برسد، اما باید در نظر داشت که تحقیق و پژوهش علمی در آغاز قرن بیستم، معنای بسیار متفاوتی نسبت به امروز داشت.

می آمد؛ اما این روش که با یک منطق ذاتی پشتیبانی می شد، توسط پزشکی به نام هربرت هال^۲ که اعتقاد عمیقی به قدرت درمانی آکوپیشن داشت به باد انتقاد گرفته شد.

هال، پزشکی بود که به درمان بیماری های عصبی مشغول بود و یکی از پیشوایان اولیه کاردرمانی محسوب می شد. برای او، منطق درمان استراحتی، نتوانست نقش بنیادین روان و رفتار روز به روز شخص را به عنوان علت بیماری های عصبی توجیه کند. هال، درمان کاری^۳ را به عنوان یک اعتراض عملی علیه کاربرد تقریباً عمومی استراحت در درمان ضعف اعصاب و بیماری های مشابه ایجاد کرد. برای هال، تطبیق ضعیف سبک زندگی و نگرانی به این معناست که «تمام شخصیت فرد با محیط در جنگ است.» از نگاه هال، تخلیه عصبی ناشی از این امر، با دیدگاه درمان استراحتی که میشل مطرح کرده بود، یکی نبوده و اعتقاد داشت که بیماری عصبی، علاوه بر علل جسمانی، از علل روانی نیز دارا می باشد. در نوشته های اولیه در این حوزه، مشاهده می کنیم که ترکیب مفاهیم روانی و جسمی بیماری و درمان، سبب ایجاد یک وحدت مفهومی از ذهن و جسم می شود.

در اوایل قرن بیستم، پایه علمی برای درمان، در دامنه ای از کاملاً جسمانی تا منحصراً روانی قرار می گرفت. با این وجود، ترکیب این دو فاکتور، عموماً در نوشته های اولیه به چشم می خورد. برای مثال با تمرین فیزیکی، درگیر شدن بدن در آکوپیشن، سلامت جسمی را بهبود می بخشد، که به نوبه خود باعث بهبود سلامت روانی می گردد. آکوپیشن سبب تقویت تغذیه سلول های عصبی شده و آن ها را از شر سموم خلاص می کند. به عقیده نف^۴، آکوپیشن با



تاریخچه کاردرمانی

میر سینا سیدانوری | دانشجوی سال چهارم کاردرمانی

در دومین قسمت از تاریخچه کاردرمانی در شماره قبل، درباره تولد رشته تازه کاردرمانی، تلاش های صورت گرفته برای پر رنگ تر نشان دادن نقش ذهن در درمان و تغییرات اساسی که که در قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در درمان بیماری های ذهنی در حال رخ دادن بود و شکل گیری روانپزشکی داینامیک صحبت کردیم. اکنون با قسمت سوم تاریخچه کاردرمانی با ما همراه باشید.

کاردرمانی؛ یک رویکرد جدید

قوی ترین نیروی فرهنگی قرن بیستم بود. آنچه در اوایل قرن بیستم به عنوان علم تلقی می شد، کاملاً متفاوت از فهم کنونی ما از این کلمه بود. نگرش قدیمی از علم تا اوایل قرن بیستم پابرجا بود که «علم» را به عنوان دانش به دست آمده از جهان طبیعی قلمداد می کرد. این بدان معنا بود که هر تکنیک یا فرایندی که نتایج مثبت به دست می داد، «علم» به حساب می آمد. در ایالات متحده، کسانی که در مشاغل درگیر شدند که به رشته های علمی یا حرفه های کاربردی مانند پزشکی و مهندسی مربوط می شد، به عنوان دانشمند شناخته شده و کارشان به عنوان علم تلقی شد. از همان ابتدای پیدایش کاردرمانی، تلاش برای درک علمی تاثیر درمانی کاردرمانی، بخشی جداناپذیر از حرفه بود.

در آغاز قرن بیستم، درمان استراحتی^۱، هنوز به عنوان بهترین روش درمانی برای بیماری های عصبی به حساب

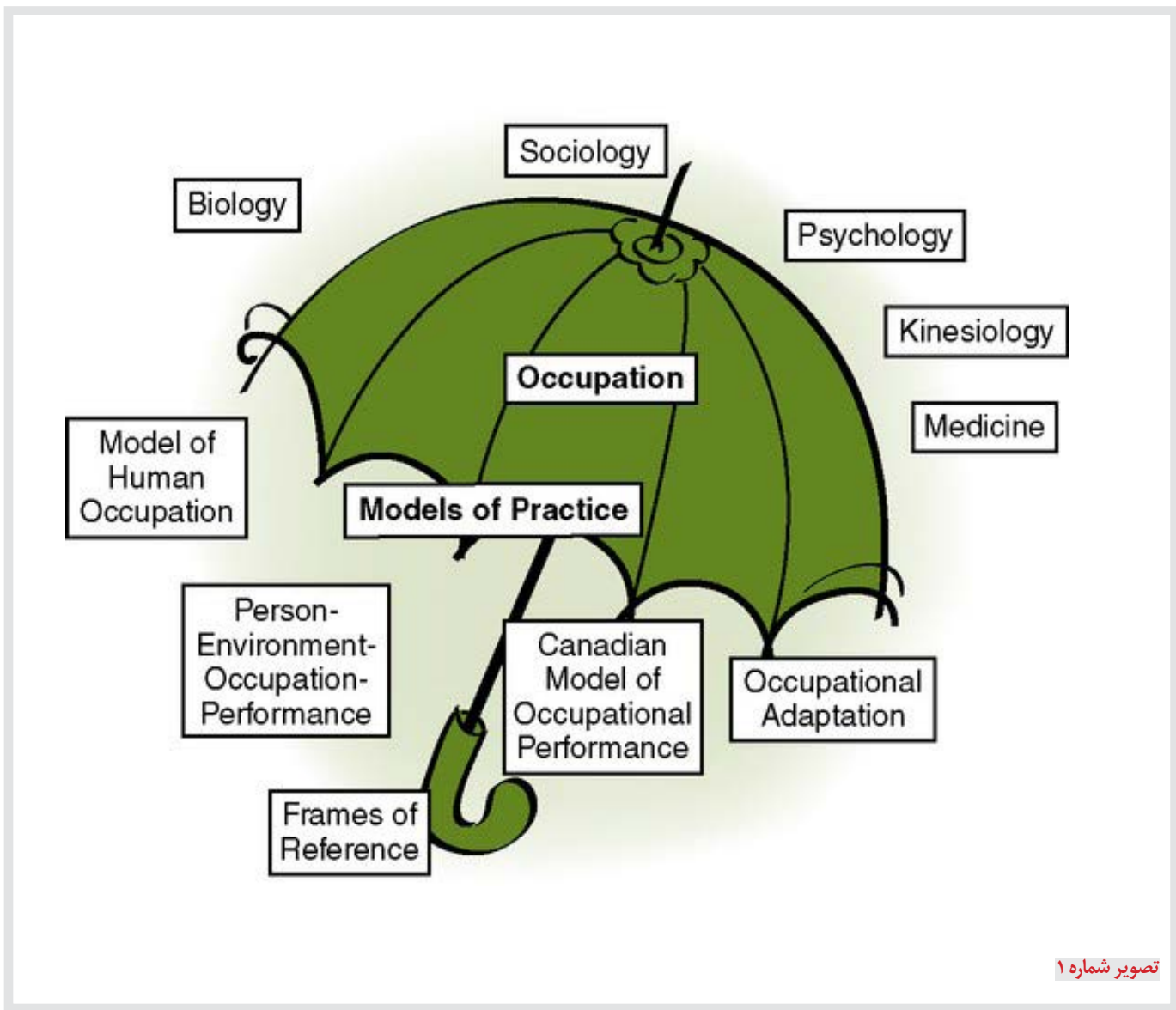
نخستین بنیانگذاران کاردرمانی سعی کردند تا نقش جدیدی را برای آکوپیشن در سلامت ذهنی و جسمی خلق کنند. اگرچه نخستین نویسندگان، قاطعانه کاربرد سستی آکوپیشن را به عنوان روش درمانی تصدیق کردند (شامل درمان اخلاقی)؛ استفاده سیستمیک از آکوپیشن، نه به عنوان ادامه درمان های گذشته بلکه به عنوان کوشش درمانی جدیدی تلقی شد. تفاوت مهم بین درمان های قبلی و کاردرمانی، ماهیت ذاتی چگونگی استفاده از آکوپیشن و یکپارچگی شکل گیری دانش علمی در درک تاثیر درمانی آن بود.

از زمانی که پزشکان در اوایل قرن بیستم شروع به استفاده از آکوپیشن به عنوان ابزار درمانی کردند؛ کوشیدند تا تاثیر درمانی آن را از نظر علمی بیابند. دانش علمی نه تنها اساس مشروعیت حرفه ای، بلکه احتمالاً





درمانگران می توانند از مدل های مبتنی بر کاردرمانی مثل MOHO یا مدل ها و چارچوب هایی که مبتنی بر کاردرمانی نیستند استفاده نمایند. انتخاب استفاده از یک یا چند مدل یا چارچوب، بایستی براساس نیاز های بالینی و ترجیح مراجع و شرایط وی باشد. همچنان که سیستم بهداشت و درمان به سمت استفاده از فعالیت، کار و مشارکت حرکت می کند؛ کاردرمانگران نیز بهتر است از نظریه های مبتنی بر آکوپیشن برای مداخلات درمانی خود استفاده کنند.



تصویر شماره ۱

آشنایی با مدل های رایج در کاردرمانی

سمار سولی | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

برای درمانگران در هر حوزه ای، ضروری است که با نظریه هایی که تعریف کننده رشته و حرفه آن هاست، آشنایی داشته و بر آن ها مسلط باشند تا بتوانند در فلسفه کارهایشان تأمل کرده و از آن ها به عنوان راهنمایی برای کار خود، بهره ببرند. از ابتدای پیدایش رشته کاردرمانی، مدل های بسیاری برای استفاده درمانگران ایجاد شده و گسترش یافته اند و کاردرمانگران در سرتاسر دنیا از آن ها بنابر صلاحدید خود و نیاز مراجعانشان استفاده می کنند. در این نوشته پس از توصیف مبانی نظری و کلیات مرتبط با موضوع، به توصیف مختصری از یکی از مهم ترین و پرکاربرد ترین مدل های کاردرمانی به نام CMOP-E خواهیم پرداخت.

دو مفهوم نظری که کاردرمانی را در بالین تعریف می کنند عبارتند از:

Model Of Practice و Frame Of Reference

Model of practice: روشی برای سازماندهی است که از اساس فلسفی حرفه استفاده می کند و به توصیف عملکرد، ابزار های ارزیابی و راهنمای مداخلات درمانی می پردازد (حوزه عملکردی را مشخص می نماید).

Frame of reference: سیستمی که تئوری ها و اصول را به کار می گیرد و با جزئیات، نحوه برخورد با هر مراجع خاص را نشان می دهد (در هر بخش خاص از حوزه عملکردی، درمانگر را راهنمایی می کند). باید بخاطر داشت که مفاهیم نظری مثل مدل ها، پویا هستند و در گذر زمان تکامل می یابند.



مزایای استفاده از مفاهیم نظری در بالین:

- افزودن ساختار و سازماندهی به عملکرد روزانه
- راهنمایی و جهت دادن به مداخلات درمانی
- کمک به ایجاد ارتباط و همکاری در درمان
- فراهم کردن استدلال های بالینی مراجع محور مبتنی بر شواهد

درمانگران می توانند از مدل های مبتنی بر کاردرمانی مثل MOHO یا مدل ها و چارچوب هایی که مبتنی بر کاردرمانی نیستند استفاده نمایند. انتخاب استفاده از یک یا چند مدل یا چارچوب، بایستی براساس نیاز های بالینی و ترجیح مراجع و شرایط وی باشد. همچنان که سیستم بهداشت و درمان به سمت استفاده از فعالیت، کار و مشارکت حرکت می کند؛ کاردرمانگران نیز بهتر است از نظریه های مبتنی بر آکوپیشن برای مداخلات

درمانی خود استفاده کنند.

این سوالات توجه داشت: (۱) کدام مدل طریقی را که مراجع مایل است با محیط تعامل داشته باشد، بهتر نشان می دهد؟

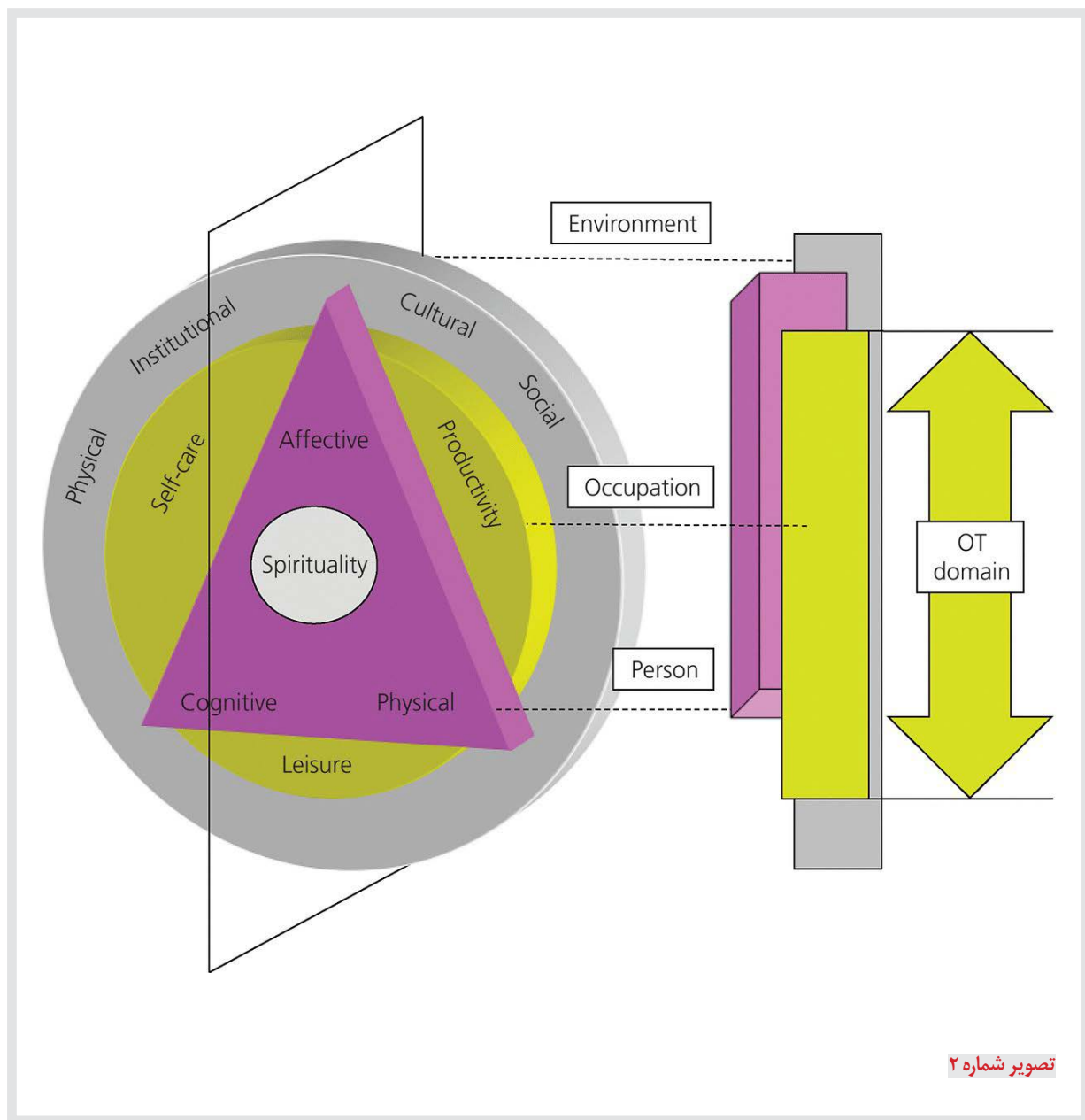
(۲) کدام مدل بهترین راهنمایی را برای مشخص کردن موانعی که مراجع با آنها روبروست ارائه می دهد؟

(۳) کدام مدل برای مشخص کردن فعالیت، نقش و الگوهای ممکن برای مراجع در زمینه دلخواهش کارآمد است؟

(۴) کدام مدل برای مشخص کردن روش های تطبیق محیط برای تسهیل مشارکت مراجع در آکوپیشن ها کارآمد است؟

تعدادی از نظریه ها و مدل های کاردرمانی در دهه های اخیر کامل شده اند تا به درمانگران در درک نقش های خود در قبال افراد و جامعه برای مدیریت نیازهای سلامت و بهداشت کمک نمایند. مدل های مبتنی بر آکوپیشن، مفهوم فراگیر و جامعی از آن را فراهم می کنند که بر نقطه نظر خاص درمانگر به توانایی مراجع در مشارکت در فعالیت ها تأکید می کند. این مدل ها اغلب برای کمک به درمانگران برای درک نیازهای کاری مراجع به صورت شماتیک و گرافیکی ارائه می شوند.

کاردرمانگران بایستی مدل های مبتنی بر آکوپیشن و تفاوت بین مدل ها را به خوبی بشناسند تا بتوانند کارایی یا ناکارآمدی هر مدل را بسته به شرایط مراجع تعیین کنند. هنگام استفاده از مدل ها بهتر است به



تصویر شماره ۲

مراحل ارزیابی عملکرد کاری با COPM

نمره میانگین عملکرد است. از این طریق می‌توان ضروری‌ترین و مناسب‌ترین فعالیت را برای مداخله و درمان انتخاب کرد.

ارزیابی دوباره که مدتی پس از اجرای مداخلات برای تعیین میزان کارآمدی انجام می‌شود.

۵

منبع:

Occupational Therapy Clinical Capability Framework Key Concept Learning Resource

مشخص کردن اولویت نیازها و مشکلات برای پرداختن به آنها در روند درمان

نمره دهی: از مراجع می‌خواهیم فعالیت‌هایی را که بهبود آنها برایش اهمیت بیشتری دارد، انتخاب کرده و به آن‌ها در سه بخش رضایت‌مندی، توانایی و اهمیت نمره دهد.

جمع این نمرات تقسیم بر رتبه آن مشکل (در مرحله ۲ تعیین شد)،

۲

۳

۴

مشخص کردن موانع و مشکلات از طریق مصاحبه. بیمار بایستی فعالیت‌هایی در زندگی روزمره را که می‌خواهد، نیاز دارد یا از او انتظار می‌رود تا انجام دهد، بیان کند. سپس درمانگر بررسی می‌کند که آیا مراجع توانایی انجام آن‌ها را دارد یا از طریقی که آن را انجام می‌دهد رضایت دارد؟ پس به ترتیب، نیازها، عملکرد و رضایت مراجع از عملکرد کاری اش بررسی می‌شود.

۱

مدل‌های پرکاربرد مبتنی بر آکوپیشن



نکاتی در رابطه با انتخاب مدل توسط درمانگر:

درمانگرانی که بر نحوه کارکرد بدن تأکید دارند، PEO را ترجیح می‌دهند. درمانگرانی که بر نقش محیط در آکوپیشن تأکید دارند، مدل MOHO یا (OPMA) را ترجیح می‌دهند. درمانگرانی که به عدالت اجتماعی علاقه‌مندند، ممکن است مدل CMOP-E را انتخاب کنند. درمانگرانی نیز که در فرهنگ‌های خاص تخصص دارند، KAWA را ترجیح می‌دهند. در این شماره از نشریه به توصیف مختصری از مدل CMOP-E می‌پردازیم.

CMOP-E:

CMOP-E اولین بار در سال ۱۹۸۳ در دسترس عموم درمانگران قرار گرفت و از سال ۲۰۰۷ با نام CMOP شناخته می‌شود.

نسخه اخیر این مدل، تنها بر عملکرد کاری^۱ محدود نشده است و مفهوم مشارکت کاری^۲ را هم دربر میگیرد. CMOP مدل گسترش یافته CMOP-E است. این مدل توسعه یافته، حیطه‌های بیشتری از عملکرد را بازتاب می‌دهد و بر ساختن محیط‌های حمایتی و بهبود دیدگاه سلامت و بهزیستی و عدالت می‌پردازد.

تعریف مدل CMOP-E:

این مدل یک مفهوم فعالیت و مشارکت را ارائه و توصیف

می‌کند؛ چگونگی استفاده از این مفاهیم در بالین را نیز مشخص می‌نماید و عملکرد و تحقیقات را رهبری و هدایت می‌کند. این مدل بیان می‌کند که عملکرد کاری، نتیجه تعامل بین فرد، محیط و فعالیت است.

طبق این مدل، نقص در عملکرد کاری، یعنی فعالیتی که فرد می‌خواهد، نیاز دارد یا از او انتظار می‌رود تا انجام دهد را نمی‌تواند یا نمی‌خواهد انجام دهد یا از انجام دادن آن رضایت کافی ندارد.

مطابق تصویر شماره ۲، آکوپیشن در مرکز حیطه عملکردی کاردرمانی قرار دارد. فرد از جنبه‌های مختلف شناختی، عاطفی، عملکردی و معنوی تشکیل شده است که معنویات^۳ در مرکز مدل قرار گرفته است. علایق مراجع همواره همراه اصول مراجع محور، عدالت اجتماعی و توانمندی در نظر گرفته می‌شوند. آکوپیشن، همانند پلی ارتباطی میان فرد و محیط است. فرد از طریق آکوپیشن بر محیط تأثیر می‌گذارد.

COPM و CMOP بر رویکرد مراجع محور تأکید دارند. از COPM به عنوان ابزاری برای ارزیابی سایر مدل‌های مراجع محور و مبتنی بر کاردرمانی و آکوپیشن نیز استفاده می‌شود. در بالین بصورت مصاحبه و پرسشنامه مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۱۵-۳۰ دقیقه زمان نیاز دارد و مراجع نظرات، ایده‌ها و مشکلاتش در ارتباط با عملکرد کاری را بیان می‌کند. همان گونه که اشاره شد از این ابزار برای ارزیابی تغییرات نیز استفاده می‌شود.

۳ حیطه اصلی آکوپیشن در این مدل عبارتند از:

مراقبت از خود،^۴ تفریح و تولید و سازندگی^۵

از این ابزار در ارزیابی تغییرات عملکرد کاری و نیز هدف گذاری و تعیین اثربخشی و میزان پیشرفت مداخلات درمانی استفاده می‌شود.

عملکرد کاری براساس توانایی مراجع برای انجام فعالیت و

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. Occupational Performance | 3. Spirituality | 5. Leisure |
| 2. Occupational Engagement | 4. Self-care | 6. Productivity |

آیا می دانید از هر ۴ آمریکایی بالای ۶۵ سال ۱ نفر زمین میخورد؟ و اینکه در هر ۱۱ ثانیه، یک فرد مسن در اورژانس به دلیل زمین خوردن تحت درمان قرار می گیرد؟ و اینکه در هر ۱۹ دقیقه کسی بر اثر زمین خوردن می میرد؟



غلبه بر سختی ها و مشکلات زندگی روزمره

بخش عمده ای از کار یک متخصص کاردرمانی کمک به بیماران خود برای غلبه بر مشکلات زندگی روزمره می باشد.

برای بسیاری از افراد مسن، شرکت در فعالیت های عادی روزمره (مانند راه رفتن، غذا خوردن و ...) می تواند یک کار بزرگ و طاقت فرسا باشد. اغلب اوقات، آنها ناامید می شوند و نیمه راه، کار را رها می کنند و هنگامی که نمی توانند کارهای اساسی روزمره را انجام دهند، معمولاً تمایل کمتری برای مشارکت در سایر جنبه های زندگی مانند مشارکت اجتماعی، گردش های خانوادگی و سرگرمی ها دارند. این می تواند به سرعت به احساس افسردگی و گوشه گیری منجر شود. به همین دلیل است که نقش یک متخصص کاردرمانی بسیار مهم است. کاردرمانگران با بیماران مسن کار می کنند و به آنها روش های ورزش و توان بخشی را می آموزند تا انجام کارهای روزمره مانند لباس پوشیدن، غذا خوردن و استحمام را برای آنها بسیار آسان تر کنند. کاردرمانگران به بیماران در بهبود مهارت های حرکتی ظریف و درشت، قدرت، مهارت و دامنه حرکتی کمک می نمایند؛ حتی پیشرفت های ناچیز در این زمینه ها می تواند در هنگام انجام یک کار روزمره، تفاوت ایجاد کند.

پیشگیری از زمین خوردن ها و افتادن

آیا می دانید از هر ۴ آمریکایی بالای ۶۵ سال ۱ نفر زمین میخورد؟ و اینکه در هر ۱۱ ثانیه، یک فرد مسن در اورژانس به دلیل زمین خوردن تحت درمان قرار می گیرد؟ و اینکه در هر ۱۹ دقیقه کسی بر اثر زمین خوردن می میرد؟

اگرچه ممکن است زمین خوردن یک مسئله جزئی به نظر برسد، اما این آمار نشان می دهد که زمین خوردن یک فرد مسن چقدر خطرناک است. کاردرمانگران به خوبی از میزان زمین خوردن در بیماران مسن آگاه هستند. بنابراین، درمانگران روشهایی را برای جلوگیری از زمین خوردن به بیماران خود می آموزند. آنها همچنین تمرینات متعادل سازی و تقویت عضلاتی را به آنها آموزش می دهند.

فواید کاردرمانی در سالمندان

هستی عباتیان | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

با کاهش نرخ باروری در غالب کشورهای جهان و پیش بینی ادامه این روند در طی سال های آینده، جمعیت جهان به سرعت به سوی سالمندی پیش می رود. به دلیل مشکلات مختلفی که به صورت طبیعی با افزایش سن برای انسان رخ می دهد و استعداد بیشتر افراد سالمند برای ابتلا به انواع و اقسام بیماری های ناتوان کننده و به طبع آن نیاز به امکانات و منابع برای مراقبت از این گروه سنی، مشکلات بسیاری برای جوامع مختلف پدید آمده و خواهد آمد. حیطة توانبخشی، یکی از حیطة های بسیار مهم و حیاتی در حوزه سالمندان می باشد که باید توجه بیشتری به آن معطوف گردد؛ به خصوص در کشور ما که پیش بینی شده است تا سال ۲۰۵۰ میلادی با ۳۰ درصد جمعیت سالمند، در زمره پیرترین کشورهای جهان قرار گیرد. در این نوشتار، می توانید ۱۰ فایده کاردرمانی برای قشر سالمند را مطالعه کنید.

توانبخشی حافظه

وقتی افراد به کاردرمانی می اندیشند، غالباً به فواید جسمی آن تاکید می کنند؛ با این حال، کاردرمانی مزایای ذهنی را نیز در برمی گیرد. هنگامی که کاردرمانگران برای اولین بار با بیماران خود ملاقات می کنند، توانایی های شناختی و همچنین توانایی های جسمانی آنها را ارزیابی می کنند. به عنوان مثال، اگر افراد مسن به دمانس مبتلا باشند، متخصص کاردرمانی نقاط قوت و ضعف آنها را ارزیابی کرده و سپس یک برنامه مراقبت را تهیه می کنند که شامل حفظ و تقویت نقاط قوت و بهبود نقاط ضعف باشد.

همه افراد مسن از درجاتی از مشکل حافظه رنج می برند. در اینجا چند روش مختلف که به بیماران مسن کمک می کنند تا مهارت های حافظه خود را باز یابند، بیان می کنیم:

۱. خود را مشغول فعالیت های تقویت کننده حافظه مانند پازل، جدول کلمات متقاطع و ... کنند.
۲. قرار دادن علائم توقف روی درب ها برای بیماران مسنی که به راحتی گم شده و سرگردان می شوند.
۳. آموزش تکنیک های دفاعی غیر تهاجمی به مراقبان برای کمک به آنها در برخورد با بیمارانی که تغییرات ناگهانی شخصیتی را تجربه می کنند.
۴. آموزش تکنیک هایی به مراقبان برای جلوگیری از گیج شدن بیشتر سالمندان؛ مانند قرار دادن تعداد محدودی لباس برای انتخاب کردن

این موارد تنها چند نمونه از روش هایی هستند که یک متخصص کاردرمانی با پیشنهاد آن ها می تواند به بهبود حافظه بیمار کمک کند و کنار آمدن با از دست دادن حافظه را آسان تر نماید.

چشم انداز بهتر

علاوه بر ترمیم حافظه، مهمترین مزیت ذهنی کاردرمانی این است که می تواند به افراد مسن چشم انداز بهتری از زندگی ارائه دهد. وقتی افراد مسن توانایی های خود را از دست می دهند، اغلب با خود این گونه می اندیشند: «چگونه می خواهم بقیه زندگی خود را به این روش زندگی کنم؟».

با شرکت در کاردرمانی، سالمندان متوجه خواهند شد که اگرچه جسم و روان آنها تغییر می کند، اما آنها هم چنان می توانند زندگی بسیار رضایت بخشی داشته باشند. کاردرمانگران اعتماد به نفس و عزم لازم را برای استفاده حداکثر از سالهای سالخوردهگی به بیماران ارائه میدهند.

تغییرات در ساختار خانه برای راحتی و عملکرد بهتر بیمار

بسیاری از افراد مسن در خانه هایی زندگی می کنند که استفاده از آنها دیگر به سادگی برایشان ممکن نیست. مواردی مانند پله ها، کفپوش های لغزنده و وان ها و دوش ها همگی می توانند برای سالمندان خطرساز باشند. کاردرمانگر، چیدمان خانه را بررسی کرده و برای اصلاح آن توصیه هایی به اعضای خانواده ارائه می دهد. این تغییرات باعث امنیت خانه و ارتقای زندگی مستقل می شود. اصلاحات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

_ دوش یا وان حمام

_ نرده ها و میله های زیر دوش و جلوی درب خانه
_ رمپ های صندلی چرخدار
_ تکیه گاه های بالابر برقی
_ کفپوش مقاوم در برابر لغزش
_ نظارت بر خانه یا سیستم های هشدار پزشکی
_ کاردرمانگر همچنین به سالمندان چگونگی استفاده از همه این دستگاه ها و اصلاحات را می آموزد. به عنوان مثال، روش مناسب ورود به دوش با استفاده از نرده ها آموزش داده میشود.

کمک به کنترل مشکلات بینایی

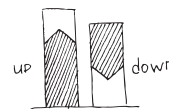
در سن ۶۵ سالگی، تقریباً از هر ۳ آمریکایی ۱ نفر به نوعی بیماری چشم دچار است. رفع نقص بینایی در جوانی بسیار ساده تر از رفع نقص های دوران سالمندی است. بیماران سالخورده ای که از فقدان بینایی یا بیماری های چشمی رنج می برند نیز تمایل کمتری به انجام فعالیت های روزمره دارند. این امر به نوبه خود، آنها را در معرض خطرهای

بیشتری از جمله بیماری های روحی مانند افسردگی و اضطراب قرار می دهد. خوشبختانه کاردرمانگران می توانند به بیماران مسنی که با کاهش بینایی دست و پنجه نرم می کنند، کمک نمایند.

کاردرمانگرها فعالیت هایی را با بیماران مسن انجام می دهند که به بهبود ادراک بینایی، تشخیص الگو و آگاهی بصری کلی کمک می کند. کاردرمانگرها معمولاً تغییراتی را در خانه یا محل کار پیشنهاد می دهند تا اطمینان حاصل نمایند که از دست دادن بینایی مانع زندگی روزمره نمی شود. به عنوان مثال، یک کاردرمانگر ممکن است موارد زیر را پیشنهاد نماید:

_ از بین بردن بی نظمی ها در خانه که به عنوان یک خطر محسوب می شوند.
_ استفاده از برچسب های رنگی برای کمک به شناسایی اشیاء
_ افزودن نور بیشتر به خانه و قرار دادن ذره بین ها در خانه
_ قرار دادن برچسب های روشن روی دکمه های مهم مانند

آماري از جمعيت سالمند در ايران بر اساس آخرین سرشماری مرکز آمار در سال ۱۳۹۵



نرخ کل ضریب سالمندی در کشور، 24 است؛ یعنی به ازای هر 100 نفر نوجوان (کم تر از 15 سال)، 24 نفر سالمند (بیشتر از 65 سال) داریم.



میانگین سنی کل کشور، حدود 32 سال است.

ماشین ظرفشویی، ماشین لباسشویی و مایکروویو
_ رنگ آمیزی دیوارها به رنگ روشن، و سپس رنگ آمیزی نقاط مهم خانه با رنگ تیره برای یافتن آسان تر آن ها
_ برچسب زدن بر روی داروها
_ قرار دادن نوار روشن روی پله ها برای جلوگیری از افتادن
_ همانطور که مشاهده می کنید، بسیاری از این اصلاحات نسبتاً ساده بوده و هزینه های زیادی را در بر ندارند. با این حال، می توانند برای یک فرد مسن که با کاهش بینایی دست و پنجه نرم می کند، بسیار کمک کننده باشند.

تطابق با تغییرات در زندگی

در حالی که ما در طول زندگی خود تغییرات بسیاری را پشت سر می گذاریم، تطابق یافتن با این تغییرات در افراد مسن دشوارتر می باشد. افراد مسن مجبور به تجربه دوران سخت مانند بازنشستگی، بیوه شدن و نقل مکان هستند. مقابله با همه این تغییرات، دشوار است و اگر افراد مسن

شریک زندگی نداشته باشند، این تغییرات می توانند بسیار سخت تر هم باشند.
کاردرمانگران می توانند با آموزش مهارت های مقابله ای سالم به افراد سالخورده در کنار آمدن با این تغییرات بزرگ زندگی کمک کنند.

کمک به مراقبان افراد سالخورده

یکی از مزایای کاردرمانی که اغلب نادیده گرفته می شود، کمکی است که می تواند به مراقبان ارائه دهد. در حال حاضر، هرساله ۲۹ درصد از جمعیت ایالات متحده از یک فرد مسن مراقبت می کنند و این افراد، حدود ۲۰ ساعت در هفته را صرف مراقبت می کنند.
آیا شما مراقب اصلی والدین خود هستید؟
اگر چنین است، پس می دانید که انجام این کار از نظر جسمی، عاطفی و مالی ممکن است گاهی بسیار دشوار باشد؛ اما، چون والدین خود را دوست دارید، پذیرفتن این مسئله گاهی اوقات سخت است.

توصیه های کمک کننده به بیماران مبتلا به دمانس

تخمین زده می شود که از هر ۱۰ مرد، ۱ نفر و از هر ۶ زن، ۱ نفر که بیش از ۵۵ سال زندگی می کند، در طول زندگی خود دمانس را تجربه می کنند. متأسفانه، برای جلوگیری از پیشرفت دمانس اقدامات کمی می توان انجام داد. با این حال، این بدان معنا نیست که کاردرمانگران نمی توانند به بیماران مبتلا به دمانس کمک نمایند تا زندگی بهتری داشته باشند. کاردرمانی می تواند توصیه هایی را به سالمندانی که از دمانس رنج می برند ارائه دهد تا زندگی را برایشان آسان تر کند.

یک انسان مورد اعتماد

نکته آخر و مهم این است که کاردرمانگرها می توانند به عنوان محرمی مورد اعتماد برای افراد مسن، در کنارشان باشند.

همانطور که در ابتدای این بخش بحث کردیم، بسیاری از افراد مسن از اینکه قادر به انجام کارهایی که قبلاً می توانستند انجام دهند، نیستند احساس خجالت می کنند و حتی اگر شما فرزند آنها باشید، ممکن است همچنان راحت نباشند که در مورد مشکلات ناشی از پیری با شما صحبت نمایند.

بسیاری از اوقات، آنها فکر می کنند اطرافیان متوجه نمی شوند، یا اینکه نمی خواهند نگرانی های آنها را سنگین تر کنند. یک کاردرمانگر کسی است که سالمندان می توانند در مورد نگرانی های خود با او صحبت کنند. بنابراین، آنها می دانند که چگونه با سالمندان صحبت کنند تا آن ها احساس بهتری داشته باشند. گاهی اوقات، صرف داشتن شخصی برای گفتگو با او که عضوی از خانواده نباشد، می تواند در زندگی یک فرد مسن تفاوت چشمگیری ایجاد کند.

منابع:

1. www.medilodgeattheshore.com
۲. مرکز آمار وزارت کار

سالمندترین استان ها:

گیلان
مازندران
تهران
مرکزی
اصفهان

جوان ترین استان ها:

سیستان و بلوچستان
هرمزگان
کهگیلویه و بویراحمد
خوزستان
بوشهر

سنین رشدی مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف در کودکان از تولد تا ۵ سالگی

سمانه زهرایی | دانشجوی سال چهارم کاردرمانی

با به دنیا آمدن هر کودک، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های والدین، طی کردن صحیح و به جای مراحل رشد و تکامل در حوزه‌های مختلف (حرکت، شناخت، گفتار، بازی و ...) در کودک‌شان می‌باشد. در کاردرمانی حوزه کودکان هم، توانایی ارزیابی این مهارت‌های رشدی، پایه و اساس مداخلات است. از این رو، هم درمانگرانی که در تخصص‌های مختلف، با کودکان کار می‌کنند و هم والدین، باید اطلاعاتی کلی درباره روند نرمال مراحل رشدی در طول زندگی و به ویژه در سال‌های اول زندگی که پایه‌گذار عملکرد کودک در سنین بالاتر هستند، داشته باشند. در این نوشته، مایلستون‌های رشدی مربوط به مهارت‌های حرکتی درشت (Gross) و ظریف (Fine) را در کودکان، از زمان تولد تا ۵ سالگی، بررسی می‌کنیم.

حرکات درشت:

- در وضعیت خوابیده به پشت، سر در خط وسط قرار می‌گیرد.
- دست‌ها باز و شل بوده و بازو‌ها را به صورت متقارن تاب می‌دهد.
- دست‌ها را در خط وسط روی سینه یا چانه به هم می‌رساند و با قدرت با پاها بصورت یک در میان یا با هم، لگد می‌زند.
- در کشیده شدن به وضعیت نشسته، سر لق نمی‌خورد.
- در هنگام نگه داشته شدن کودک در وضعیت نشسته، پشت خصوصاً در ناحیه کمری صاف بوده و سر، به صورت صاف و ثابت، چند ثانیه نگه داشته می‌شود.
- در وضعیت معلق روی شکم، سر بالاتر از سطح بدن نگه داشته می‌شود و لگن و شانه‌ها صاف می‌شوند.
- در حالت خوابیده به شکم، سر و سینه را در خط وسط، بلند می‌کند.
- باسن را برای تحمل وزن بر روی آرنج‌ها، صاف می‌کند.
- در وضعیت ایستاده و هنگام نگه داشتن روی سطح سفت، زانو‌ها شل می‌شوند.

حرکات ظریف:

- در حالت خوابیده به پشت، به حرکات دست خود نگاه می‌کند؛ اما توانایی بازی با انگشتان را ندارد و دست‌ها را باز و بسته کرده و کف دست‌ها را به هم می‌فشارد.
- دست‌ها را برای گرفتن اشیاء در سنین ۱۶-۱۸ هفتگی (در حدود ۵ ماهگی) دراز می‌کند. (Reaching)
- رفلکس palmar grasp در ۵-۴ ماهگی ظهور می‌کند و کودک شیء را برای چند لحظه در دست نگه داشته و آن را به سمت صورت می‌برد.

۳ ماهگی

۶ ماهگی

حرکات ظریف:

- دو دست را به صورت همزمان و ماهرانه برای گرفتن اشیاء، دراز می‌کند.
- بطور معمول، از دو دست برای برداشتن، استفاده می‌کند.
- Radial Palmar Grasp، برای گرفتن اشیاء ظهور می‌کند.
- اشیاء را از یک دست به دست دیگر، انتقال می‌دهد.
- در صورت دادن شیء دیگر، شیء موجود در دست را می‌اندازد.
- در حدود ۷-۸ ماهگی، اشیاء را به صورت ارادی رها می‌کند.

حرکات درشت:

- در وضعیت خوابیده به پشت، سر را بلند کرده و بازو‌ها را برای بغل گرفته شدن بالا می‌آورد.
- در صورت گرفتن دست‌هایش، شانه‌ها را سفت کرده و خود را به وضعیت نشسته می‌کشد.
- با کمک می‌نشیند؛ که در این وضعیت سر و تنه صاف بوده و سر را از یک سمت به سمت دیگر می‌چرخاند تا محیط را ببیند (نشستن مستقل از ۹-۵ ماهگی شکل می‌گیرد).
- غلت زدن از جلو به پشت در حدود ۶-۵ ماهگی و غلت زدن از پشت به جلو معمولاً در سنین ۷-۶ ماهگی بروز می‌کنند.
- در صورت قرار گرفتن بر روی شکم، سر و سینه را از زمین جدا کرده و بر روی کف دست با آرنج‌های صاف تحمل وزن می‌کند.
- در صورت نگه داشتن در وضعیت ایستاده روی سطح سفت، روی پاها تحمل وزن می‌کند.
- واکنش‌های حفاظتی کم‌کم ظاهر می‌شوند.
- خزیدن به تدریج آغاز می‌شود.

حرکات درشت:

- در حالت خوابیده به پشت، سر را در یک سمت نگه می‌دارد.
- اندام‌ها را به صورت درشت و ضخیم حرکت می‌دهد.
- در وضعیت کشیده شدن از حالت خوابیده به نشسته، در صورت عدم حمایت، سر لق می‌خورد.
- با نگه داشتن کودک در وضعیت نشسته، سر را به مدت کوتاهی در وضعیت عمودی نگه می‌دارد و سپس سر به جلو افتاده و تنه حالت قوز پیدا می‌کند.
- در حالت معلق در هوا، سر را در راستای بدن حفظ می‌کند.
- در وضعیت خوابیده به شکم، سر را فوراً به یک سمت می‌چرخاند.
- با نگه داشتن کودک در وضعیت ایستاده روی سطحی سفت و اعمال فشار روی پاها، رفلکس راه رفتن مشاهده می‌شود.

۱ ماهگی

حرکات ظریف:

- دست‌ها معمولاً بسته است.
- حین قرار دادن شیء در دست، فوراً آن را می‌اندازد.

۱۵ ماهگی

حرکات درشت:

- امکان راه رفتن به تنهایی وجود دارد. - گامها معمولاً ناهماهنگ هستند - پاها از هم باز می باشند - بازوها برای حفظ تعادل بالای سر یا در سطح شانه به صورت مقداری خم قرار می گیرند.
- برای نشستن از حالت ایستاده، از پشت یا جلو، روی دست ها می افتد و سپس می نشیند.
- از پله ها به خوبی بالا رفته و می تواند به صورت عقب عقب پایین بیاید.
- با کمک یا بدون کمک، روی زانو ها می ایستد.



حرکات ظریف:

- سعی در رنگ کردن شکل های کتاب دارد.
- نخ یا اشیا کوچک را به صورت دقیق با انگشتان هر دو دست بر می دارد. (Precise Pincer Grasp)
- با مکعب ها بازی کرده و توانایی برج ساختن با ۲ مکعب را دارد.
- می تواند اشیا را از یک جعبه در آورد و مجدداً آن ها را در جای خود قرار دهد.
- Palmar Grasp را دارا می باشد و کاغذ را خط خطی می کند.
- گرفتن استوانه ای (Cylindrical grasp) یا Fisted وجود دارد.



حرکات درشت:

- به خوبی راه می رود؛ فقط پاها اندکی باز است - دويدن نسبتاً خشک است و گاهاً با افتادن همراه است.
- نمی تواند از موانع عبور کند.
- جعبه یا اسباب بازی های بزرگ را روی زمین هل داده یا می کشد.
- با کمک (گرفتن دست) از پله ها بالا می رود و گاهی می تواند پایین هم بیاید - به صورت چهار دست و پا از پله ها پایین می آید.
- بدون کمک و روی سطح صاف، به صورت دو زانو می ایستد.



حرکات ظریف:

- صفحات کتاب ها را به صورت چندتایی با هم ورق می زند.
- توانایی برج ساختن با ۳ مکعب را دارد.
- شروع به نشان دادن غلبه طرفی در دست ها می کند.

۹ ماهگی

حرکات ظریف:

- اشیا در حال حرکت را با پیش بینی محل دقیق آنها، می گیرد.
- نخ را بین انگشت اشاره و شست می گیرد (scissor fashion) و اسباب بازی را به به سمت خود می کشد.
- می تواند اشیا کوچک را با انگشت شست و اشاره بگیرد. (Inferior Pincer Grasp)
- در حدود ۱۰ ماهگی، توانایی رها کردن هدفمند اجسام در ظرفی مخصوص را دارد.
- بقای شیء وجود دارد. (اشیا را در محلی که افتاده اند، دنبال می کند.)



۱۲ ماهگی

حرکات درشت:

- برای زمان طولانی می نشیند.
- به آسانی از وضعیت خوابیده به نشسته، منتقل می شود.
- چهار دست و پا راه می رود - خود را بر روی باسن، روی زمین کشیده و به سرعت به حالت خرسی، حرکت می کند.
- ممکن است توانایی بالا رفتن از پله ها بصورت چهار دست و پا وجود داشته باشد.
- با کمک وسایل، خود را به وضعیت ایستاده می کشاند و مجدداً می نشیند.
- در صورت گرفتن یک یا دو دست، به جلو یا طرفین، راه می رود.
- احتمال راه رفتن به تنهایی وجود دارد.

حرکات ظریف:

- گرفتن، کامل می شود - اشیا کوچک را با مهارت، بین شست و نوک انگشت اشاره (superior pincer grasp) بر می دارد.
- دراز کردن دست و گرفتن هماهنگ شده و نرم در ۱۳ ماهگی ایجاد می شود.
- اسباب بازی ها را به صورت عمودی، پرت می کند.
- از هر دو دست به صورت آزادانه استفاده می کند؛ اما یکی را بیشتر ترجیح می دهد.
- توانایی گرفتن سه نقطه ای (tripod grasp) دو مکعب و زدن آن ها به هم برای تولید صدا وجود دارد.



۴ سالگی

حرکات درشت:

- با الگوی راه رفتن بزرگسالان، راه می رود.
- به تنهایی و مانند بزرگسالان از پله ها بالا می رود و با گذاشتن یک پا در هر پله از آن ها پایین می آید.
- از نردبان و درخت، بالا می رود.
- روی پنجه پا می ایستد، راه می رود یا می دود.
- سه چرخه را با مهارت می راند.
- ۳-۵ ثانیه روی یک پا (غالباً پای غالب) می ایستد و روی آن، لی لی می کند.

حرکات ظریف:

- با ۱۰ مکعب یا بیشتر، برج می سازد- گاهی با ۳ مکعب، پل می سازد- اگر به او نشان داده شود، با ۶ مکعب، پله سه تایی می سازد.
- عمل تقابل شست با سایر انگشتان دست را، تقلید می کند.
- مداد را در وضعیت dynamic tripod grasp مانند بزرگسالان، به دست می گیرد.
- یک آدم را با سر، پاها، تنه و معمولاً بازوها و انگشتان (کشیدن آدم با ۷-۴ ویژگی)، نقاشی می کند.
- گاهی اوقات، خانه ای بصورت قابل تشخیص، نقاشی می کند.
- توانایی گرفتن توپ در ابعاد کوچک تر مثل توپ تنیس را دارا می باشد.



حرکات درشت:

- در ۵-۶ سالگی با الگوی بالغ، می دود.
- روی خط باریک، راه می رود.
- روی پنجه ها، می دود.
- روی یک پا به مدت ۸-۱۰ ثانیه (هر دو پا) می ایستد.
- روی هر پا به فاصله ۲-۳ متر، لی لی می کند.
- توانایی خم شدن و لمس پنجه ها بدون خم شدن زانوها را دارد.
- بازی های قانون مند و امتیازدار با توپ انجام می دهد.



۵ سالگی

حرکات ظریف:

- dynamic tripod grasp بالغ را دارا می باشد.
- مربع را کپی می کند- مثلث را در ۵/۵ سالگی کپی می کند.
- شکل یک آدم را با سر، تنه، پاها و بازوها و چهره (کشیدن آدم با ۸-۱۱ ویژگی) نقاشی می کند.
- خانه را با درب، پنجره، سقف و دودکش نقاشی می کند.
- یک نوار کاغذی را به صورت مرتب و تمیز، قیچی می کند.
- عکس ها را بادقت و بدون خروج از خطوط، رنگ آمیزی می کند.

منابع:

۱. کتاب رشد و تکامل کودک/ دکتر احمد محمدی، دکتر ناصر خوانی، محمدآقبال محمدی، سینا محمدی
2. Case-Smith's OT For Children & Adolescents

۲ سالگی



حرکات درشت:

- با تمام کف پا و با امنیت کامل می دود- از موانع اجتناب می کند.
- روی زمین چمپاتمه زده و از این حالت، بدون کمک دستها بلند می شود.
- درک بهتری از اندازه بدن خود نسبت به اندازه و وضعیت اشیا موجود در محیط و فضا های بسته دارد.
- از پله ها با کمک نرده یا دیوار، با گذاشتن هر دو پا روی هر پله و سپس رفتن به پله بعدی، بالا و پایین می رود.
- توپ را از بالای سر، بدون افتادن، به جلو پرتاب می کند.

- پس از شوت کردن توپ، به سمت آن حرکت می کند.
- روی سه چرخه می نشیند؛ اما توانایی استفاده از رکاب را ندارد و با پا زدن روی زمین، سه چرخه را به جلو می راند.
- kicking در ۲-۳ سالگی ظهور می کند؛ اما انجام با دقت آن در ۶ سالگی، امکان پذیر است.

حرکات درشت:

- به راحتی می دود.
- با گرفتن نرده، به خوبی از پله ها بالا رفته و با قرار دادن دوتا روی هر پله، پایین می آید.
- توانایی پرش از ارتفاع کم بصورت جفت پا را دارا می باشد.
- در صورت نشان دادن به او، روی پنجه پا می ایستد.
- توپ را با دست و در سطح بدن پرتاب می کند.
- توانایی گرفتن توپ با اندازه ۱۰ اینچ را دارد.
- توپ را با پا، بصورت غیر قرینه و آرام، شوت می کند.

حرکات ظریف:

- با هفت مکعب یا بیشتر با دست غالب، برج می سازد.
- اشکال مربع، دایره و مثلث را در جای خود در پازل، قرار می دهد.
- توانایی اصلاح و تغییر جهت اشکال از ۳۳ ماهگی، وجود دارد.
- مداد را در وضعیت سه نقطه ای، در دست غالب، به دست می گیرد.
- خطوط افقی و دایره را تقلید می کند.
- کاغذ را بدون معنای نمادین، به خصوص در ۲-۳ سالگی، خط خطی می کند.

۳ سالگی



حرکات ظریف:

- مداد را با الگوی static tripod grasp (استفاده از آرنج و مچ برای نوشتن و کشیدن)، به دست می گیرد.
- با ۹-۱۰ مکعب، برج می سازد- در ۵/۳ سالگی با ۳ مکعب از روی مدل با استفاده از هردو دست، پل می سازد.
- مهره های بزرگ را نخ می کند.

حرکات درشت:

- به تنهایی و با گذاشتن یک پا در هر پله، از پله ها بالا می رود- با قرار دادن هر دو پا در هر پله، از آن ها پایین می آید.
- معمولاً توانایی بالا پریدن بصورت جفت پا را نشان می دهد.
- به جلو، عقب و بغل، راه می رود.
- سه چرخه را با رکاب زدن می راند و می تواند در مسیر عریض، دور بزند.
- می تواند روی پنجه پا راه برود.
- توانایی ایستادن روی یک پا (اغلب پای غالب) را دارد.
- می تواند بصورت چهارزانو بنشیند.
- از یک مانع، به راحتی، می پرد.
- می تواند توپ را از بالای سر پرت کند و آن را با بازو های صاف، دریافت کند.
- توپ را با قدرت شوت می کند.
- توانایی hopping در حدود ۴-۳ سالگی، ایجاد می شود.

- علامت ضربدر را کپی می کند.
- شکل یک آدم را با سر و اضافه کردن یکی دو بخش دیگر به آن، نقاشی می کند.
- کاغذ را با قیچی اسباب بازی و با خم کردن انگشتان صاف شده، بصورت snipping می بُرد.

توانبخشی از راه دور یا Telerehabilitation (TR)

هستی عباثیان | دانشجوی سال سوم کاربردی ■ هانیه آقابری | دانشجوی سال دوم کاربردی

شیوع ویروس کرونا و همه گیری سریع آن در جهان بر بسیاری از جنبه های زندگی بشر از جمله فرهنگ، اقتصاد، ورزش و ... تاثیر گذار بود. طبیعتا این همه گیری بر بحث سیستم ها و خدمات توانبخشی نیز بی تاثیر نبوده است. با لزوم رعایت فاصله اجتماعی و قرنطینه خانگی، به یکباره نیاز به پدیده ای به نام توانبخشی از راه دور یا همان Telerehabilitation بیش از پیش احساس شد و درمانگران در سراسر جهان آغاز به خدمت رسانی جدی به مراجعان خود از طریق سیستم های متنوع این روش کردند. ویروس کرونا تلنگری بود تا نگاهی جدی تر به توانبخشی از راه دور داشته باشیم؛ بنابراین ما هم بر آن شدیم تا مطلبی مختصر راجع به این روش ارائه خدمات توانبخشی برای شما مخاطبان نشریه کاربردی فراهم کنیم. با توجه به شرایط پیش آمده، نیاز است تا درمانگران درباره انواع تکنولوژی های به کار رفته در این سیستم و روش های استفاده از آن ها اطلاعات کسب کنند تا بتوانند به بهترین نحو به طیف وسیع مراجعان خود خدمت رسانی کنند. همچنین پس از پایان این نوشته و برای تکمیل مطالب و کسب اطلاعات بیشتر و ملموس تر، با سرکار خانم ساحل فرخی مقدم، از کار درمانگران فعال و توانا در این زمینه، صحبتی داشته ایم که خواندن این مصاحبه هم به شدت توصیه می گردد.

ارائه می گردد:

۱- **حالت ذخیره و انتقال** ۲- **تعاملات زنده و مستقیم** ۳- **حالت مخلوط** ۴- **حالت ذخیره و انتقال** شامل ذخیره اطلاعات برای بازیابی در آینده است، برای مثال اطلاعات MRI گرفته شده از بیمار در یک مکان، به صورت فایل الکتریکی ذخیره می گردد و برای درمانگری دیگر در مکانی دیگر، ارسال می شود. تعاملات زنده و مستقیم می تواند با برقراری یک ویدیو کنفرانس یا لایو بین بیمار و درمانگر باشد تا روش درست انجام کار های مخصوص و حرکات به بیمار آموزش داده شود و در آخر، حالت ترکیبی، مخلوطی از حالت ذخیره و انتقال و تعاملات زنده و مستقیم می باشد.

این ۳ دسته، خود به دو زیر مجموعه تقسیم می شوند: ۱- همزمان ۲- غیر همزمان ۳- حالتی است که بیمار و درمانگر با یکدیگر از طریق لایو یا ویدیو کنفرانس در ارتباط باشند و غیر همزمان به صورتی که با ضبط فایل صوتی یا ویدیو با هم ارتباط بگیرند.

توانبخشی از راه دور در ۳ دسته تقسیم بندی شده و

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. Store-and-Forward Mode | 4. Synchronous |
| 2. Real-Time Interactions | 5. Asynchronous |
| 3. Hybrid Mode | |

انواع تکنولوژی های رایج و شایع برای ارائه کاربردی از راه دور:

- ۱) تکنولوژی های بر پایه متن: ایمیل
- ۲) تکنولوژی های بر پایه صوت: ویدیو کنفرانس
- ۳) بازی های کامپیوتری شبیه واقعیت مجازی
- ۴) تکنولوژی های بر پایه وب: چت روم های آنلاین و مستقیم
- ۵) تکنولوژی های وایرلس: دستبازی دیجیتال شخصی^۶ و GPS
- ۶) سیستم های یکپارچه: روبات ها

با این ابزار ها می توان به خوبی به ارائه هر سه نوع تقسیم بندی توانبخشی از راه دور که به آن اشاره شد، پرداخت.

توان بخشی از راه دور (TR) نوعی

حفظ سلامتی از راه دور است که

امکان انتقال خدمات توانبخشی را

از راه دور به منزل یا محل انتخاب

بیمار فراهم می کند. TR از روش

های مختلف فناوری ارتباطات از

جمله فیلم ها، وب سایت ها و

برنامه های رایانه ای برای راهنمایی

بیمار در نوع خدمات توانبخشی

مورد نیاز وی استفاده می کند.

6. Personal Digital Assistance (PDA)

دپارتمان سلامتی و خدمات رسانی انسانی در آمریکا تخمین زده است که بالای ۶۰ درصد از مراکز مراقبتی و درمانی و ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیمارستان ها در آمریکا از درمان از راه دور استفاده می کنند. نکته مهم این است که باید در طی توانبخشی از راه دور به نکات حقوقی و قانونی توجه کرد و حتما از تخصص درمانگر مطمئن بود. در ایالات متحده، ۴۶ قانون برای توانبخشی از راه دور وضع شده است که ۵ تا از آن ها مربوط به کاربردی می باشد. به طور متوسط هزینه ویزیت درمان از راه دور در مقایسه با

نمونه هایی از تکنولوژی های به کار گرفته شده در توانبخشی از راه دور

۱. واقعیت مجازی

متخصصان کاربردی می توانند از گزینه های واقعیت مجازی هنگام ارزیابی و یکپارچه سازی و ارائه مداخلات از راه دور استفاده کنند.

واقعیت مجازی قابلیت خلق فضایی سه بعدی و استفاده از آن را ایجاد می کند و به همین علت، شیوه های ارزیابی و مداخلاتی ای را عرضه می کند که با رویکرد های کاربردی سنتی قابلیت ایجاد و استفاده را نداشتند.

TR با استفاده از واقعیت مجازی، به دلیل ایجاد امکان مقایسه بین سطح مطلوب عملکرد شغلی و سطح عملکردی فعلی افراد با سکتة مغزی، مورد استفاده قرار می گیرد. همچنین اثربخشی استفاده از محیط مجازی، به عنوان بخشی از فرایند ارزیابی و آموزش افرادی که از ویلچر استفاده می کنند، نشان داده شده است.

بعلاوه، یک سیستم کنترل از راه دور (کنسول ReCon) که شامل واقعیت مجازی است، توسط دانشگاه پزشکی و دندانپزشکی New Jersey طراحی شده است و اکنون ابزارهای لازم

ویزیت حضوری در کلینیک، خیلی کمتر است و درصد بالایی از بیماران به این نوع درمان، پاسخ مثبت داده و همچنین اتلاف وقت در آن کم تر است. از چالش های پیش رو در توانبخشی از راه دور، می توان عدم دسترسی به امکانات و اینترنت و به خصوص تحت پوشش نبودن برخی از مناطق روستایی و امنیت اطلاعات گیرنده و فرستنده (زیرا کوچکترین خطا در اطلاعات و ثبت آن ها می تواند بر سلامتی فرد تاثیر بگذارد) را نام برد.

برای کاربردی را نیز ارائه می دهد. این سیستم، کاربرانی را از حرکات، پیشرفت ورزشی مبتنی بر واقعیت مجازی و به روزرسانی های عملکرد حرکتی شخص، آگاه میسازد.

۲. نظارت از راه دور

کاربران می توانند از نظارت از راه دور به عنوان بخشی از کنترل توان بخشی از راه دور استفاده کنند تا بتوانند بر پایدی مراجع به برنامه مداخله و پیشرفت در رسیدن به نتایج مطلوب، نظارت کافی را داشته باشند. همچنین این مداخله می تواند برای پیگیری و پاسخ به سوالات ایجاد شده برای مراجع استفاده شود. به عنوان مثال، کاربرانی که از توانبخشی از راه دور استفاده می کنند، می توانند از تکنولوژی تجزیه و تحلیل و گزارش خود نظارتی^۹ استفاده کنند و از این طریق عملکرد شغلی شخص را در خانه و جامعه نظارت کنند. فناوری های SMART به کاربرانی این امکان را می دهد تا در محیط های مختلف، بدون محدود کردن حرکات شخص، بر او نظارت لازم را داشته باشند. همچنین این تکنولوژی به کاربرانی این امکان را میدهد تا وظایف و نقش های زندگی روزمره و چالش های عملکردی شخص را بشناسد و بهترین مداخلات را برای او در نظر بگیرد.



- | | |
|----|-----------------|
| 9. | SMART |
| 7. | Virtual Reality |
| 8. | Telemonitoring |

توانبخشی از راه دور (TR) برای چه کسانی مناسب است؟

TR یک روش گسترده برای ارائه توان بخشی به طیف گسترده ای از بیماران می باشد. در اغلب موارد برای ارائه توانبخشی جسمی به بیمارانی که دچار سکتة مغزی، آسیب نخاعی، آسیب دیدگی مغزی، مولتیپل اسکلروزیس و ... شده اند، مورد استفاده قرار می گیرد. گستره بیمارانی که می توانند از این نوع ارائه خدمات استفاده کنند وسیع بوده و روز به روز هم بر تعداد آن ها افزوده می شود.

اثر گذاری توانبخشی از راه دور

در مطالعه ای با بررسی ۱۵ مورد مطالعاتی به صورت تصادفی با تنوع در اختلالات (اعم از همی پلژی، سکتة و آسیب های مغزی، اوتیسم) و سنین مختلف (از ۲ ساله تا ۷۰ ساله)، همه شرکت کنندگان در خانه خدمات TR را دریافت کردند. نتایج مطالعه نشان داد که TR در تمرینات کاربردی اثرات و نتایج مثبتی را دارد. تحقیقات برای اثبات برای بهتر بودن TR نسبت به توانبخشی به صورت حضوری همچنان در جریان است؛ با این وجود، روش حضوری، می تواند مشکلات و موانعی را در برداشته باشد که توانبخشی از راه دور، به غلبه بر آن ها کمک می کند. به عنوان مثال افزایش تقاضا در دراز مدت و کاهش تدریجی سرویس های ارائه دهنده در مناطق روستایی و محروم و کاهش دسترسی به کلینیک ها، مسافت طولانی سفر و هزینه های زیاد کلینیک را می توان نام برد. ارائه سرویس های کاربردی مستلزم غلبه بر این سد ها و موانع است. تکنولوژی در شبکه های اینترنتی و کامپیوتر، ویدئو کنفرانس، نرم افزارها و ... دید روشنی در آینده TR ایجاد کرده است که با پیشرفت روز افزون تکنولوژی بهبود این روش ارائه خدمات را شاهد خواهیم بود. توانبخشی از راه دور باعث می شود که به دلیل مسائل بیان شده، تأخیری در درمان ایجاد نشود و بیمار به علت حمل و نقل و هزینه زیاد درمان حضوری، روند درمان خود را به عقب نیندازد. همچنین TR در مراقبت و پیشگیری و آموزش نیز نقش مفیدی دارد.

اولین تجربه های TR در توانبخشی، در فیزیوتراپی مورد مطالعه قرار گرفت که به صورت مختصر، بدین شرح بود: در یک مورد دچار شکستگی پس از ۸ هفته توانبخشی از راه دور بیمار توانایی های خود را بازیافت – با استفاده از توانبخشی از راه دور، بیماری که دچار ترومای مغزی بود و در فاصله ۱۰۰ مایلی از کلینیک قرار داشت، پس از دریافت TR، مجدد عملکرد های خود را بازیافت.

چرا توانبخشی از راه دور در طی اپیدمی کووید ۱۹ بسیار مهم است؟

در این دوران، TR بسیار حائز اهمیت است چرا که افراد تمایل دارند قرار ملاقات خود را با پزشک و درمانگر خود به صورت آنلاین برقرار کنند. جهان همچنان درگیر

اپیدمی کرونا می باشد؛ اما مردم هم دارای مشکلات و آسیب های متفاوتی هستند که نباید به حال خود رها شوند و به دلیل ترس از کرونا و خانه نشینی، از درمان منصرف شوند. بنابراین بسیار مهم است که TR در دسترس باشد تا بتوان بهبود عملکرد در منزل و محل کار و زندگی اجتماعی را برای مراجع فراهم کرد. تحقیقات نشان می دهد کسانی که برای TR ارزش قائل می شوند، حتی می توانند نتایج بهتری از ویزیت حضوری کسب می کنند.

برنامه توانبخشی بایستی در اسرع وقت آغاز گردد؛ منظم و با جدیت باشد و در طول بهبودی ادامه یابد و رها نشود و تمرینات با تکنولوژی و سیستم ها و ربات های مخصوص کنترل گردند و در نهایت باعث اثر گذاری توانبخشی شوند. پیگیری مستمر درمانگر از وضعیت مراجعان خود در بحث توانبخشی از راه دور از موارد مهم به شمار می رود.

دید تازه در توانبخشی

پیشرفته شدن فضای مجازی اجازه می دهد که به TR به عنوان سیستم مورد اعتمادی که خدمات توانبخشی را ارائه می دهد، فکر کنیم. چندین موضوع مهم که در ارائه TR دخالت دارند بدین شرح هستند: ۱) وجود برنامه مجازی خوب ۲) توانبخشی به صورت مزمن و ادامه دار است ۳) امکانات پیشرفته خانگی میتواند باعث سرعت بخشیدن به TR گردد.

برای ارائه TR بایستی نقایص عملکرد های بیمار را از فاصله دور شناسایی کنیم، سپس برنامه توانبخشی را مدیریت کنیم، نیاز های بیمار را بشناسیم و در صورت لزوم با متخصصین دیگر هم مشورت کنیم و سپس خروجی و نتیجه برنامه توانبخشی را ارزیابی کنیم. در توانبخشی از راه دور، نقش خانواده و نزدیکان بیمار بسیار مهم است و آن ها نیز باید توسط درمانگر، تحت آموزش قرار گیرند. از فواید TR میتوان به تشخیص سریع و کوتاه شدن دوران نقاهت فرد و کاهش هزینه و اتلاف وقت اشاره کرد.

ملاحظات اخلاقی و حرفه ای

انجمن کاربردی آمریکا ادعا می کند که همان استانداردهای اخلاقی و حرفه ای که در مورد ارائه خدمات سنتی کاربردی اعمال می شود، در این نوع از ارائه خدمات توانبخشی یعنی TR نیز بایستی اعمال گردد. کاربرانی بایستی به قوانین و اصول اخلاقی کاربردی در این نوع خاص از مداخلات نیز پایبند باشند.

طرح ملی کلان مرکز فناوری های توانبخشی از راه دور در ایران

در تاریخ ۵ اسفند ۱۳۹۸، مرکز فناوری های توانبخشی از راه دور با هدف سرعت گرفتن تدوین الگوی فناورانه برای توانبخشی از راه دور با حضور معاون علمی و فناوری ریاست جمهوری افتتاح شد. اجرای این طرح

کلان ملی، فرصتی برای بیماران فراهم می کند تا در خانه با استفاده از فناوری های نوین بهبود یابند. بیمار با انجام تمرین های توانبخشی در منزل در مسیر درمان قرار می گیرد. البته بررسی و نظارت توسط درمانگر از راه دور انجام می شود؛ همچنین این تمرین ها بازی گونه طراحی شده و برای تحقق آن نیز از فناوری هایی مانند هوش مصنوعی، واقعیت مجازی و پردازش ماشین بهره برده شده است.

مزایای راه اندازی این مرکز را باید کاهش رفت و آمد بیمار به کلینیک، مدیریت زمانی جلسات درمان مطابق تمایل کار، پوشش ۶۰ تا ۷۰ درصد فرآیندهای کاربردی و بهره گیری از فناوری های واقعیت مجازی، بیوفیدبک، بازی سازی و سنجش حرکات بدن دانست. الگوی توسعه روش های توانبخشی از راه دور در این مرکز پیاده سازی و ارزیابی شده است و همچنین بسته توانبخشی و ارزیابی بیماری پارکینسون به عنوان نخستین محصول مرکز عملیاتی شده است.

اما اهمیت راه اندازی این مرکز چیست؟ در حال حاضر ۶ تا ۷ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می دهند و بر اساس آمارها تا سال ۲۰۵۰ این درصد ۳ برابر می شود. پس افزایش سالمندان، رشد بیماری هایی مانند ام اس و پارکینسون را به همراه دارد که نیاز به توانبخشی دارند. در این مرکز ابزارها در این زمینه توسعه می یابد تا شاهد به کارگیری روش های جدید درمانی مبتنی بر فناوری باشیم.

خلاصه

از آنجا که خدمات TR به عنوان مکمل خدمات توانبخشی سنتی در حال رشد هستند و شیوع و همه گیری ویروس کرونا، نیاز جامعه بشری به این نوع از ارائه خدمات توانبخشی را بیش از پیش پررنگ ساخته، نیاز فزاینده به تدوین دستورالعمل ها و سیاست های مراقبتی بهداشتی برای استفاده مناسب و قانونی از این نوع مداخلات وجود دارد. همچنین نیاز به متخصصان کاربردی برای مستندسازی، تحقیق و بررسی کارایی ارزیابی، مشاوره، مداخله و پیگیری های ارائه شده از طریق فناوری های TR و تعیین چگونگی استفاده به بهترین نحو از این خدمات، وجود دارد.

منابع:

- Websites:
 1. <https://www.topdoctors.co.uk>
 2. <https://www.globalmed.com/>
 3. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1569186119849119>
 4. <https://shrs.uq.edu.au/article/2020/05/why-tele-rehabilitation-so-important-during-covid-19-pandemic>
 5. <https://irma.ir>

- Articles:
 6. Tele-rehabilitation: Present and future
 7. Telehealth and Rehabilitation: Extending Occupational Therapy Services To Rural Mississippi
 8. Telerehabilitation services: A successful paradigm for occupational therapy clinical services?

مصاحبه با کاردرمانگر، خانم ساحل فرخی مقدم در رابطه با توانبخشی از راه دور

در این بخش برای تکمیل پرونده این شماره، با سرکار خانم ساحل فرخی مقدم، کارشناس ارشد کاربردی و یکی از درمانگران فعال در زمینه تله ریهب، صحبتی داشتیم و ایشان تجربیات خود را در زمینه ارائه خدمات توانبخشی از راه دور برای روشن تر شدن و درک بیشتر این مفهوم و کاربرد آن در اختیار ما قرار داده اند.

لطفاً در ابتدا خودتان را برای مخاطبان نشریه کاربردی معرفی بفرمایید.

من ساحل فرخی مقدم هستم. سال ۸۷ با رتبه ۹۰۳، کاربردی در دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران قبول شدم. سال ۹۱ نیز در مقطع ارشد در دانشگاه علوم بهداشتی و توانبخشی تحصیل کرده و پایان نامه مقطع ارشدم را با با ثبت «سه مقاله ISI و یک پروتکل درمانی» به پایان رساندم. در حال حاضر در بیمارستان تخصصی نفت تهران و کلینیک شخصی خود مشغول به کار هستم.

یک تعریف جامع از تله ریهب برای مخاطبین ما داشته باشید و توضیح دهید که در ارائه خدمات توانبخشی و کاربردی چه جایگاهی دارد؟

تله ریهب به ارائه خدمات توانبخشی از طریق اینترنت و شبکه های مخابراتی گفته می شود. تله ریهب یا توانبخشی از راه دور، این فرصت را به بیماران می دهد تا از راه دور با پزشکان یا درمانگرانی که درمان ارائه می دهند، تعامل داشته باشند و هم چنین این فرصت را به درمانگران می دهد تا با بیماران خود به صورت منظم در ارتباط باشند؛ بخصوص برای افرادی که در مناطق روستایی و مناطق دورافتاده زندگی می کنند و هم چنین افراد سالمند که توانایی مراجعه منظم به کلینیک های توانبخشی را ندارند. رشته هایی مانند فیزیوتراپی،



مصاحبه کننده:

بهاره ایوتوند
دانشجوی سال سوم کاربردی



کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی شناسی و روانشناسی، می توانند در ارائه خدمات توانبخشی از تله ریهب استفاده کنند. لازم به ذکر می باشد که مقالات متعددی در رابطه با کاربرد مداخلات کاربردی از راه دور در اختلالات مختلف وجود دارد که در ادامه به آن ها اشاره خواهیم کرد.

تله ریهب چه زمانی و توسط چه کسی ابداع شد و از چه زمانی در ایران انجام می شود؟

اصطلاح تله ریهب یا توانبخشی از راه دور تقریباً جدید است اما کاربرد آن به دهه ۱۸۸۰ باز می گردد. در واقع با اختراع تلفن در سال ۱۸۷۶، پزشکان با استفاده از تکنولوژی ارتباط از راه دور، شروع به ارائه خدمات درمانی کردند. در زمینه توانبخشی از راه دور در ایران با جستجوهای که داشتم، مقاله ای که به سال خاصی اشاره داشته باشد پیدا نکردم؛ اما در حال حاضر با شیوع ویروس کرونا، همکاران به خوبی از این روش استفاده می کنند.

شما از چه زمانی از تله ریهب استفاده می کنید و چه بازخوردهایی را گرفته اید؟ رضایت مراجعینتان یا والدینشان چگونه بوده است؟

من از سال ۹۱ که فارغ التحصیل کارشناسی کاربردی شدم، به عنوان کاردرمانگر به همراه تیم پزشکان به مناطق محروم

می رفتیم و به افرادی که به درمان نیاز داشتند، خدمات درمانی ارائه می دادیم. از همان موقع، این ایده ذهن من را مشغول کرده بود که چگونه می توانیم این بیماران را بعد از ویزیت و درمان حضوری و محدود، پیگیری و یا به اصلاح followup کنیم. به همین منظور از همان موقع شماره تماس خود را به بیماران می دادیم و تمرین ها را برایشان ارسال می کردیم و به صورت خیلی کوتاه و مختصر در ارتباط بودیم. پس می توانم بگویم که تجربه استفاده من از تله ریهب یا درمان از راه دور به حدود ۷-۸ سال پیش برمی گردد، اما در حال حاضر با شیوع ویروس کرونا از اسفند ماه ۹۸ به صورت گسترده، کاربردی را به صورت آنلاین یا از راه دور انجام می دهم. در حال حاضر با چند نفر از همکاران کاربردی، روانشناس و گفتاردرمانگر به طیف وسیعی از مراجعان در سراسر دنیا خدمات درمانی به صورت آنلاین ارائه می دهیم. و باور دارم که تعداد مراجعین بیشتر شده و احتمالاً به یک Virtual Clinic یا کلینیک مجازی بزرگ برسیم.

در حال حاضر، بنده در حیطه کودک و بزرگسال از تله ریهب استفاده می کنم. طیف مراجعینی که ویزیت می کنم شامل کودکان با اختلالات ذهنی (مانند ADHD، اوتیسم، سندروم داون، عقب ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانپزشکی در حوزه کودک) و هم چنین کودکان با اختلالات جسمی (مثل CP، اختلالات راه رفتن و تعادل، اختلالات درکی حرکتی

می رفتیم و به افرادی که به درمان نیاز داشتند، خدمات درمانی ارائه می دادیم. از همان موقع، این ایده ذهن من را مشغول کرده بود که چگونه می توانیم این بیماران را بعد از ویزیت و درمان حضوری و محدود، پیگیری و یا به اصلاح followup کنیم. به همین منظور از همان موقع شماره تماس خود را به بیماران می دادیم و تمرین ها را برایشان ارسال می کردیم و به صورت خیلی کوتاه و مختصر در ارتباط بودیم. پس می توانم بگویم که تجربه استفاده من از تله ریهب یا درمان از راه دور به حدود ۷-۸ سال پیش برمی گردد، اما در حال حاضر با شیوع ویروس کرونا از اسفند ماه ۹۸ به صورت گسترده، کاربردی را به صورت آنلاین یا از راه دور انجام می دهم. در حال حاضر با چند نفر از همکاران کاربردی، روانشناس و گفتاردرمانگر به طیف وسیعی از مراجعان در سراسر دنیا خدمات درمانی به صورت آنلاین ارائه می دهیم. و باور دارم که تعداد مراجعین بیشتر شده و احتمالاً به یک Virtual Clinic یا کلینیک مجازی بزرگ برسیم.

که میتوانم اشاره کنم دسترسی همه مردم به درمان اعم از مناطق دورافتاده و به خصوص مناطق روستایی است که با استفاده از ظرفیت درمان آنلاین می توانند به طیف وسیعی از درمانگران در شهرها و حتی در کشورهای دیگر دسترسی داشته باشند و ارتباط برقرار کنند. مورد آخری که به ذهن بنده می رسد، بر اساس تحقیقات موجود، استفاده از درمان آنلاین، همکاری بین رشته ای را افزایش می دهد. این مورد را خود به شدت در کار تیمی که در حال حاضر به صورت آنلاین انجام می دهم، تجربه کردم و به صورت دوره ای با همکاران عزیزم جلساتی را در ارتباط با مراجعین برگزار می کنیم و اطلاعات و تجربیات خود را با یکدیگر به اشتراک می گذاریم تا به بهترین نتیجه برسیم.

از معایب این روش می توان به این مورد اشاره داشت که امکان لمس وجود ندارد و ارزیابی بایستی به صورت Functional و عملکردی باشد. از آنجایی که امکان لمس وجود ندارد، درمانگر باید کاملاً به ارزیابی عملکردی مسلط باشد تا بتواند برنامه درمانی را برای مراجعش طراحی کند. مورد بعدی این است که چون درمان به صورت hand on نیست، خود والدین یا مراجع رغبت چندانی برای شرکت در درمان آنلاین پیدا نمی کنند. آخرین موردی که به ذهن من می رسد این است که شما نمی توانید از یک زبان برای تمام مراجعانتان استفاده کنید. در درمان آنلاین شما با طیف وسیعی از مراجعان در شهرها و مناطق دور ارتباط برقرار می کنید و بایستی بتوانید اطلاعات را به ساده ترین شکل ممکن بیان کنید که البته به نظر می رسد که این مورد در درمان حضوری هم به همین شکل است و درمانگران بایستی خیلی مسلط باشند تا بتوانند میزان دانش و پتانسیل مراجع خود را در نظر گرفته و بر اساس آن برنامه درمانی طراحی کنند.

به هنگام استفاده از تله ریهب چه نکاتی باید توسط درمانگر رعایت شود؟

یکی از نکاتی که در رابطه با تله ریهب بایستی توسط درمانگران رعایت شود، استفاده از اپلیکیشن مناسب است؛ یعنی انتخاب یک اپلیکیشن مناسب که امکان برقراری تماس های ویدیویی وجود داشته باشد. مراجع بعد از انجام دادن فعالیت ها و تمرین ها، ویدیوهای خود را برای درمانگر ارسال می کند و درمانگر آن ها را آنالیز کرده و نتیجه را به مراجع خود انتقال می دهد (remote monitor). مسئله بعدی این است که درمانگر بایستی استدلال بالینی قوی ای داشته باشد؛ یعنی هدف تمرینی که به مراجع می دهد را بداند. به عبارتی یعنی کسب شناخت خوب از مراجع برای طراحی نسخه دقیق برای او.

بنابراین، مخاطب شناسی در این روش از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ چرا که تعیین کننده ادبیات ارایه تمرین ها می باشد. همان طور که ما در درمان حضوری یک ارزیابی اولیه و یک ارزیابی نهایی داریم، در درمان آنلاین هم بایستی همین گونه باشد. بعد از ارزیابی اولیه، یک سناریو طراحی می کنیم که برای مراجع با آن تشخیص به خصوص، ارزیابی های مورد نیاز، اهداف و تمرینات لازم را مشخص کرده و روی کاغذ به صورت مستند پیاده می کنیم و در نهایت بعد از ارائه خدمات درمانی، ارزیابی نهایی را انجام می دهیم تا اثربخشی مداخلات درمانی مشخص گردد. مورد دیگر این که درمانگر بایستی به تست های

در این روش پزشک یا درمانگر به راحتی می تواند در هر لحظه و در هر مکانی که هست با مراجعین خود ارتباط برقرار کرده و خدمات درمانی ارائه دهد و هم چنین این امکان برای مراجع وجود دارد تا بتواند درمان را با درمانگرش در هر زمانی که نیاز داشت و در هر مکانی که برایش مناسب بود، شروع کند.

عملکردی کاملاً مسلط باشد.

دورنمای تله ریهب را چگونه می بینید؟

اگر بخواهم درباره دورنمای تله ریهب صحبت کنم ابتدا نگاهی به تحقیقات موجود می اندازیم. از سال ۲۰۰۲ تحقیقات به سمت استفاده از خدمات درمانی به صورت آنلاین یا از راه دور ادامه پیدا کرده و با ظهور تکنولوژی و استفاده گسترده تر از آن، بیشتر تحقیقات به این سمت رفته اند. در کاربردی از میان حیطه هایی که تحقیقات در آن ها انجام شده، حیطه کودکان پیشگام ترین بوده است؛ کودکان با اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات conduct، اختلالات ذهنی، ADHD، اوتیسم، کودکان با اختلالات حسی، ارتقا مهارت های حرکتی درشت و ظریف و بینایی حرکتی. در زمینه مهارت های خودیاری و خود مراقبتی تحقیقات زیادی انجام شده است. هم چنین در زمینه سکنه مغزی، پارکینسون و MS استفاده از خدمات درمانی به صورت از راه دور انجام گرفته است. تعدادی از تحقیقات، تفاوت معناداری بین خدمات درمانی از راه دور یا خدمات درمانی به صورت حضوری نشان ندادند؛ یعنی در واقع تفاوت معناداری وجود نداشته است؛ مسائلی مثل تظاهرات محیطی یا تظاهرات در منزل، بحث مسائل ADL، عملکرد دست و تجهیزات کمکی و ارگونومی.

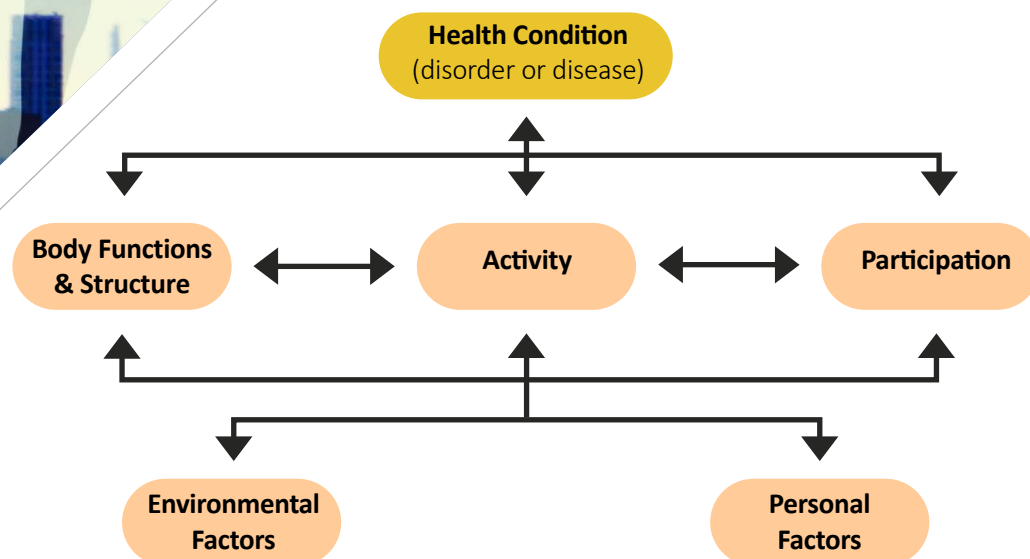
منمون از اینکه وقتتان را در اختیار ما گذاشتید. در پایان اگر نکته ای هست در خدمتتان هستیم.

تشکر می کنم از فرصتی که در اختیار بنده گذاشتید تا با شما صحبت کنم. مواردی را که نیاز بود، تقریباً طی پرسش های شما پاسخ دادم.

در آخر، توصیه من به افرادی که دانشجوی کاربردی یا فارغ التحصیل این رشته هستند و مایلند تا در زمینه درمان از راه دور فعالیت کنند این است که از لحاظ علمی و بالینی خود را قوی و مسلط کنند تا نحوه برخورد و ارتباط با مراجعین با طیف های مختلف را بیاموزند. طبق تحقیقات، همان گونه که قبلاً اشاره کردم، در حال حاضر درمان به سمت توانبخشی از راه دور می رود و تکنولوژی، مدام در حال پیشرفت است. بنابراین، پیشنهاد من این است که دوستان در این زمینه نگاهی به تحقیقات داشته باشند و پتانسیل های خود را محک بزنند تا بتوانند از این خدمات درمانی استفاده کنند. مجدد ممنونم از شما و آرزوی موفقیت می کنم.

«آیا شما فرد سالمی هستید؟!»

مطهره همتی | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی



در مکالمات روزمره و در احوال پرسشی ها از واژه سلامتی زیاد استفاده می کنیم؛ اما آیا تا به حال به معنا و مفهوم دقیق این کلمه فکر کرده اید؟ تعریف شما در زندگی از سلامت چیست؟ اولین واژه ای که با شنیدن کلمه سلامتی به ذهنتان می رسد چیست؟ بر اساس منابع علمی، انسان سالم چه ویژگی هایی باید داشته باشد؟ آیا سلامت صرفاً در مبتلا نبودن به بیماری های جسمی، ذهنی و ... خلاصه می شود یا مفهومی فراتر از این دارد؟ در این نوشتار می خواهیم در کنار هم به تعریفی جامع، علمی و دقیق از سلامتی دست پیدا کنیم تا با شناخت بیشتر این مفهوم، برای بهبود آن در زندگی خود تلاش کنیم. یا ما همراه باشید.

شاید با دیدن تیتر این نوشته، بگویید بله؛ شاید هم بگویید خیر. اما بگذارید سوالم را اینگونه بپرسم: شما براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت سالمید یا براساس تعریف کاردرمانی؟! خوب حالا جوابتان چیست؟ فکر می کنم بد نباشد نگاهی به مفهوم «سلامت» از نظر سازمان جهانی بهداشت^۱ و مدل های کاردرمانی بیندازیم تا در انتها بتوانیم به این پرسش جوابی علمی تر بدهیم.

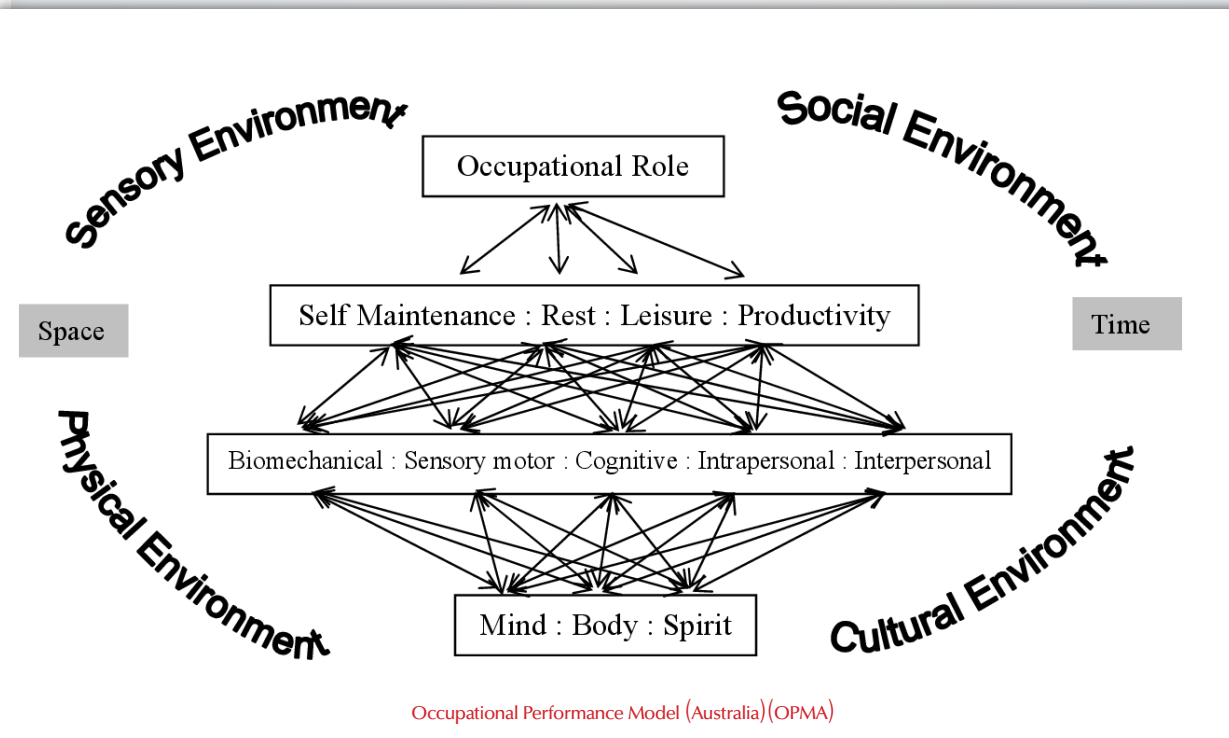
سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۳، طبقه بندی بین المللی

ناتوانی^۲ را منتشر کرد. این طبقه بندی، به بررسی نشانه ها و علائم نقص آهایی که باعث بیماری می شدند و یا باعث و بانی مراجعه مردم جهت دریافت خدمات درمانی بودند، می پرداخت و محوریت آن، نقص و ناتوانی بود. در سال ۱۹۷۴، یک تقسیم بندی جداگانه برای آسیب ها و معلولیت ها مطرح شد که در نهایت در سال ۱۹۸۰ آن را تحت عنوان طبقه بندی بین المللی نقص، ناتوانی و معلولیت^۳ منتشر کرد.

ICIDH بارها بازنگری و بازنویسی شد تا آنکه در سال ۲۰۰۱ نسخه دوم از ICIDH، تحت عنوان طبقه بندی کارکرد، ناتوانی و سلامت^۴ ارائه شد. هدف کلی ICF، ارائه یک زبان و چارچوب واحد برای توصیف سلامت و شرایط مرتبط با سلامت در سرتاسر دنیا است. ICF و ICD هر دو متعلق به خانواده سازمان جهانی بهداشت هستند که دارای مفاهیم مشترکی چون نقص می باشند.

به بیان دیگر می توان ICF را تکمیل کننده ICD دانست؛ چرا که ICD اطلاعاتی درخصوص ساختار بدنی، تشخیص بیماری ها یا هرگونه شرایط محدودکننده سلامت ارائه می دهد؛ درحالی که ICF اطلاعاتی در زمینه ساختار بدنی و ناتوانی افراد به منظور دستیابی به کارکرد، انجام فعالیت و مشارکت در اختیار ما می گذارد. هر دو بخش این اطلاعات در کنار هم (تشخیص به همراه کارکرد و ناتوانی)، می تواند تصویر جامع

1. World Health Organization (WHO)
2. International Classification of Disabilities (ICD)
3. Impairment
4. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH)
5. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
6. Handicap



سطحی از فعالیت و مشارکت رسیده اید و براساس سازمان جهانی بهداشت شما یک فرد سالم هستید؛ اما از کاری که انجام می دهید احساس رضایت نمی کنید و با وجود اینکه ماه گذشته بخاطر عملکرد خوبتان، پاداش گرفته اید، فکر می کنید این کار برای شما ساخته نشده و شما را راضی نمی کند. پس اگر بخواهیم از دید کاردرمانی بگوییم، متأسفانه شما فرد سالمی نیستید، چون احساس رضایت و کفایت مندی ندارید، هرچند به مشارکت رسیده باشید!!

❖ اگر بخواهیم یک جمع بندی داشته باشیم، با درنظر گرفتن ساختار و کارکرد بدنیتان و متناسب با شرایط فردی و محیطی، شما باید به سطحی از فعالیت و مشارکت رسیده باشید تا براساس سازمان جهانی بهداشت، فردی سالم باشید. اما از دید کاردرمانی این کافی نیست؛ بلکه شما باید از آن مشارکت و فعالیت احساس رضایت مندی و کفایت مندی کنید تا بتوان شما را فردی سالم نامید. حالا وقت آن است تا از خودمان بپرسیم: «آیا فرد سالمی هستیم؟!»

ارتباط میان سلامت و عملکرد در نقش های آکوپیشن طبق این مدل، اینگونه بیان می شود: «سلامت، فقدان بیماری نیست، بلکه دستیابی به حس کفایت و رضایت مندی در عملکرد نقش های آکوپیشن و وظایف است». پس این مدل، تعریف جامع تری از سلامت ارائه می دهد، چرا که عامل تعیین کننده سلامت را از رسیدن صرف به مشارکت و عملکرد کاری، به حس درونی فرد نسبت به عملکرد در نقش های آکوپیشن تغییر داده است. در ICF فرد سالم فردی بود که به مشارکت ظاهری رسیده و نقش های زندگی خود را انجام داده است، اما عوامل درونی و نگرش فرد نسبت به انجام این نقش ها (حس کفایت و رضایت مندی از انجام نقش ها) مورد بررسی قرار نمی گرفت و عامل تعیین کننده ای برای سلامت فرد محسوب نمی شد.

بگذارید یک مثال بزنم: فرض کنید شما کارمند یک اداره هستید و هر روز در زمان مقرر در محل کارتان حاضر می شوید و وظایف خود را انجام می دهید. پس به

می توانید صفحه خانم همتی در حوزه هندترابی را در اینستاگرام به آدرس زیر دنبال کنید:

Handtherapy_moti

منابع:

1. Using OccUpatiOnal therapy MOdels in practice
2. Applied Theories in Occupational Therapy
3. International Classification of Functioning and Disability

در کاردرمانی مدل های زیادی وجود دارد که هر مدل، جداگانه به بررسی آکوپیشن، پیش نیازها و جزئیات آن پرداخته و راه دستیابی به آن را مطرح می کند. اما برای تعریف سلامت، به مدل هایی نیاز داریم که عملکرد کاری^۷ را بررسی کرده اند که از جمله آن ها می توان مدل شخص-محیط-عملکردکاری^۸ و مدل عملکرد کاری استرالیا را نام برد که مدل دوم، بسیار جامع تر است.

مدل عملکرد کاری استرالیا^۹ (این مدل نیز همانند مدل عملکرد کاری که توسط انجمن کاردرمانی آمریکا ارائه نشده بود، از طرف انجمن کاردرمانی استرالیا (AAOT) ارائه نشده و صرفاً توسط گروه بزرگی از کاردرمانگرها تهیه شده است.) در سال ۱۹۹۷ توسط کاپارو و رنکا^{۱۰} ارائه شد. محوریت این مدل، ارتباط میان شخص، محیط و عملکرد کاری است. براساس این مدل، عملکرد کاری اینگونه تعریف می شود: «توانایی ادراک، خواستن، برنامه ریزی و اجرا کردن نقش ها و وظایف است». در واقع عملکرد کاری، به درک فرد از محیط، تجربیات او از جهان پیرامون و جایگاه او در این جهان بستگی دارد. در این مدل، با دو مفهوم محیط داخلی (باطنی) و محیط خارجی (ظاهری)^{۱۱} مواجه هستیم. در حقیقت، محیط داخلی معادل واژه شخص در سایر مدل هاست. محیط داخلی عبارت است از نقش های

عملکرد کاری، حوزه های عملکرد کاری، اجزای عملکرد کاری و عناصر سه گانه مرکزی (بدن-ذهن-معنویت)^{۱۲}. محیط خارجی عبارت است از جنبه های حسی، اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی.

ارتباط میان سلامت و عملکرد در نقش های آکوپیشن طبق این مدل، اینگونه بیان می شود: «سلامت، فقدان بیماری نیست، بلکه دستیابی به حس کفایت و رضایت مندی در عملکرد نقش های آکوپیشن و وظایف است». پس این مدل، تعریف جامع تری از سلامت ارائه می دهد، چرا که عامل تعیین کننده سلامت را از رسیدن صرف به مشارکت و عملکرد کاری، به حس درونی فرد نسبت به عملکرد در نقش های آکوپیشن تغییر داده است.

7. Occupational Performance
8. PEOP (Person –Environment - Occupational Performance)
9. Occupational Performance Model (Australia) (OPMA)

10. Chapparo and Ranka
11. Internal environment and External environment
12. Body-Mind-Spirit

کاردرمانی در مدارس از زبان یک کاردرمانگر

سحر رنجبری | دانشجوی سال دوم کاردرمانی

مدرسه خانه دوم ماست! این عبارت را زیاد شنیده ایم و بی راه هم نیست؛ زیرا مدرسه یکی از مهم ترین مکان هایی است که انسان ها در سنین مختلف از کودکی تا ورود به دوره بزرگسالی در آن حضور پیدا کرده و به یادگیری مهارت های مختلف زندگی می پردازند و بودن در اجتماع را تجربه می کنند. کودکان و نوجوانان در مدرسه به کسب علم، برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی با دیگران، یادگیری مهارت ها در زمینه های مختلف و ... می پردازند. هر قدر نظام آموزشی و مدارس یک کشور اصولی تر باشد، آینده ای درخشان تر را می توان برای آن کشور متصور شد. به دلیل اهمیت بالای مدارس در رشد و تکامل انسان، کاردرمانگران هم می توانند در این محیط نقش پررنگی داشته و به کودکان در سنین مختلف در طی رشدی سالم تر و بهتر کمک کنند. در این نوشته خانم Mary Muhlenhaupt، به همراه بیان گزارشی موردی از یک کودک، دیدی کلی از نقش هایی که یک کاردرمانگر می تواند در مدارس بر عهده داشته باشد، به نمایش می گذارد.

خدمات کاردرمانی بر پایه مدارس به نحوی طراحی می شوند که دانش آموزان بتوانند در یک برنامه آموزشی که آن ها را برای آموزش، اشتغال و زندگی مستقل در آینده آماده می کند، مشارکت کرده و از آن بهره مند شوند. فعالیت های من به عنوان کاردرمانگر در مدرسه بر موارد زیر تمرکز دارد:

• **دانش آموز:** انگیزه ها و علایق او، عملکرد او در قالب نقش های یادگیرنده، دوست و همبازی

• **برنامه آموزشی:** فعالیت ها، مفاد و رویکردهای آموزشی آن

• **محیط و موقعیت هایی که دانش آموز در آنها عملکرد خود را نشان می دهد:** هم بخش انسانی (بزرگسالان و همسالان) و هم بخش غیر انسانی (شامل ابعاد فیزیکی، حسی، قانونی، فرهنگی و ...)

فعالیت کاری من در طول روز بسیار متنوع است. صبح، معمولاً با برگزاری جلسه با معلمی شروع می شود که درباره یکی از شاگردانش نگرانی و دغدغه دارد. سپس به حیاط مدرسه می روم تا بخشی از ارزیابی یک دانش آموز تازه وارد را تکمیل کنم. سپس با ماشین، خود را به ساختمان دبیرستان می رسانم تا در زمان ناهار، یکی از دانش آموزان را در کافه تریا ملاقات کنم. ما با هم روی روش هایی کار می کنیم که به او کمک می کند تا در زمان معین شده برای ناهار بتواند همه کارهایش اعم از پرداخت پول غذا، غذا خوردن همراه با دوستان بر سر میز و نظافت را به صورت مستقل انجام دهد. او در مدرسه برای حرکت از یک ویلچر الکتریکی و برای برقراری ارتباط از «داینامو» (که یک سیستم تقویت کننده است) استفاده می کند.

در طول این فعالیت های بر پایه مدرسه، من از تئوری و علم کاردرمانی درباره چگونگی رشد و یادگیری کودکان، استدلال و مشاهده تخصصی و استانداردهای اخلاقی و تمرینی استفاده می کنم.



اکنون توضیحاتی درباره کار با دیوی^۲ که یک پسر ۸ ساله است بیان می‌کنم تا نشان دهم که کاربردی چگونه می‌تواند در قالب مدرسه انجام شود.

دیوی یک دانش آموز ۸ ساله است که در مقطع سوم دبستان در یک مدرسه دولتی درس می‌خواند. او مدرسه را دوست دارد؛ خصوصاً زنگ ورزش و زنگ تفریح را! نقاط قوت او دروس ریاضی و علوم هستند. مهارت‌های خوانداری او پایین‌تر از حد انتظار برای این مقطع است. نوشته‌های او معمولاً ناقص و غیرقابل خواندن هستند و تکالیف مربوط به خانه‌اش هم معمولاً مناسب نبوده و انسجام کافی را ندارند. در طول زنگ‌های فعالیت انتخابی آزاد، انتخاب او بازی‌های کامپیوتری هستند. در طی کارهای عادی در کلاس درس، معمولاً حواسش پرت می‌شود و خانم ری^۳ -که معلم او است- باید مدام به او تذکر دهد تا دوباره بتواند روی تکالیف خود تمرکز کند. دیوی با خانواده‌اش زندگی می‌کند. آنها معتقدند او پسر باهوشی است که لازم است کنترل فردی و هماهنگی حرکتی خود را افزایش دهد.

در پروسه درمان، اول لازم است تا اطلاعاتی جمع‌آوری شود که به تیم [درمانی] کمک کند تا نیازهای آموزشی

دانش آموز را شناسایی کرده و سپس به برنامه ریزی شخصی برای او بپردازند.

دیوی وارد کلاس سوم شده بود و من با برنامه درسی او آشنا بودم. پس قدم بعدی برای من این بود که درباره موقعیت‌ها و محیط‌های خاصی که دیوی باید در آنها مشارکت می‌کرد، بدانم.

کارهایی که باید می‌کردم شامل مشاهده مستقیم مشارکت دیوی در کارهای انفرادی و گروهی و حتی در زمین بازی؛ مصاحبه با معلم قرائت؛ او برای فهمیدن نکاتی که سر کلاس به دیوی گوشزد می‌کرد و نحوه عملکرد دیوی در گروه‌های کوچکتر و محیط آرام؛ مرور حجم و کیفیت کارهای نوشتاری دیوی در قالب‌های مختلف مثل مشق و یا تست‌های هجی کردن و...

زمانی که در کلاس بودم از معلم او خواستم تا به عملکرد دیوی در آن جلسه نمره بدهد (با استفاده از فرمی که خودم آماده کردم) و این کار را در چند جلسه دیگر هم تکرار کند. داده‌های حاصل از ۹ جلسه، نشان از تفاوت در عملکرد دیوی می‌داد. بهترین عملکرد او مربوط به کلاس ریاضی و پایین‌ترین عملکردش مربوط به فعالیت‌های هنرهای زبانی بود. همچنین از لحاظ زمانی، پایین

ترین عملکردش مربوط به کلاس‌های بعدازظهر بود. نتیجه‌ای که گرفتم این بود که دیوی راهنمایی‌های معلمش را می‌فهمد و می‌داند که در کلاس باید چه کاری انجام دهد. او مهارت‌های درکی و حرکتی ضروری برای عملکرد خود را دارا بود و مشکلی هم از بابت فاکتورهای شناختی یا روانی-اجتماعی برای کارها و مسئولیت‌های خود نداشت.

دریافت اطلاعات بیشتر در زمینه عملکرد حسی او به من کم می‌کرد که بدانم آیا رفتارهایی که عملکرد او را در مدرسه تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌تواند ناشی از پاسخ‌های منحصر به فرد او به اطلاعات حسی باشد یا خیر؟

همچنین ارزیابی ترتیب دادم تا بتوانم مشارکت او را در فعالیت‌های بازی و یادگیری، مشاهده کنم. رفتار دیوی نشان می‌داد که او آستانه پاسخی بالایی برای اطلاعات حسی دارد، خصوصاً در سیستم‌های حرکتی و لمسی. تعدیل پاسخ‌هایش به این اطلاعات حسی برای او سخت بود. در پایه سوم؛ نسبت به پایه‌های قبل؛ روتین‌های کلاسی کمتر به فعالیت‌های حرکتی نیاز داشتند و بیشتر ترکیبی از تمرکز بالا و کار مستقلانه را می‌طلبدند. به دلیل دشواری در متعادل



رفتار دیوی نشان می‌داد که او آستانه پاسخی بالایی برای اطلاعات حسی دارد، خصوصاً در سیستم‌های حرکتی و لمسی. تعدیل پاسخ‌هایش به این اطلاعات حسی برای او سخت بود. در پایه سوم؛ نسبت به پایه‌های قبل؛ روتین‌های کلاسی کمتر به فعالیت‌های حرکتی نیاز داشتند و بیشتر ترکیبی از تمرکز بالا و کار مستقلانه را می‌طلبدند. به دلیل دشواری در متعادل کردن این اطلاعات حسی، سیستم او دچار اغراق (در پاسخدهی به محرک‌ها) می‌شد.

مقتضیات آن فعالیت‌ها چگونه بر عملکرد و توجه دیوی اثر می‌گذارد. با هم فعالیت‌هایی مانند «ورقه پخش کردن» یا «پیام‌رسانی از دفتر مدرسه» را مشخص کردیم تا زمانی که دیوی به وقفه‌ای (در کارهای خود) جهت حرکت کردن نیاز داشت، از آنها استفاده کنند و یک درجه بندی هم مشخص کردیم تا در طی جلسات آینده براساس آن درجه بندی، معلم دیوی به عملکرد او نمره دهد.

در طی جلسات کاربردی، من با دیوی ملاقات کردم تا چیزهایی به او یاد دهم که با کمک آن‌ها بتواند از قوانین مدرسه تبعیت کند و عملکرد خود را بهبود دهد. من به او راهکارهایی از «برنامه آگاه» یاد دادم و ما مشخص کردیم که او چه زمانی از آنها استفاده کند. مقایسه نمرات هفته جدید با نمرات قبلی (قبل از شروع مداخلات کاربردی) که معلم دیوی نمره دهی کرده بود، نشان از تأثیر مثبت مداخلات داشت.

کردن این اطلاعات حسی، سیستم او دچار اغراق (در پاسخدهی به محرک‌ها) می‌شد. نتایج بررسی‌ها نشان داد که دیوی تفاوت‌های مشخصی (نسبت به سایر کودکان) در سیستم‌های لمس و وستیبولار، پردازش حسی چند گانه لمس، پوزیشن بدن و حرکت دارد. او در مدرسه در صندلی خود بی‌قراری می‌کرد، با مداد، خط کش، انگشت و دست به میز خود ضربه می‌زد. متناوباً در طول کلاس، بدون اجازه، میز و صندلی خود را ترک می‌کرد و در زمین بازی هم به دنبال فعالیت‌های متنوع حرکتی می‌رفت. مداخلات کاربردی در زمینه حسی با الویت کمک کردن به دیوی برای نشستن در صندلی خود و ماندن روی صندلی و تمام کردن کار خود شروع شد. در راستای خدمات [کاردرمانی] در قالب مدرسه با معلم دیوی جلسه برگزار کردم و برای او توضیح دادم که ترتیب فعالیت‌های مختلف در طول روز در مدرسه و

5. Alert Program: با استفاده از این روش، کودکان و معلمان والدین آن‌ها یاد می‌گیرند تا استراتژی‌هایی را برای تنظیم رفتار خود در مواقعی خاص برگزینند.

1. Willard and Spackman's Occupational Therapy



↪ اگر می خواهید روحیه و رفتار مثبت را در کودک ارتقا دهید، کارهای زیر را انجام دهید:

- حتی اگر والدین افراد سحرخیزی نباشند، یک نگرش مثبت صبحگاهی می تواند به شادتر شدن کودکان در طول روتین صبحگاهی کمک نماید. استفاده از عبارات «صبح بخیر» و «یک روز عالی داشته باشید» کودک را برای معاشرت در مدرسه آماده می نماید.

- محبت نیز راه مهمی برای شروع روز است؛ بنابراین با برخی از کودکان روز را با نوازش و یا در آغوش گرفتن شروع نمایید. این کار می تواند یک راه سریع برای شروع روتین صبحگاهی مناسب باشد.

- در نظر بگیرید که چگونه تجارب حسی کودک شما ممکن است بر روحیه یا رفتار او تأثیر بگذارد. در هنگام صبحانه، آیا آشپزخانه مملو از افراد یا اشیاء است؟ آیا غذاهای جدید همراه با بوهای جدید تهیه می شوند؟ کودک خود را از لحاظ نشانه های لذت یا پریشانی تماشا کنید.



↪ برای تنظیم کردن برنامه های منظم و به موقع روتین صبحگاهی، کار های زیر را انجام دهید:

- از پیش برنامه ریزی کنید. مواردی مانند انتخاب لباس، تعیین صبحانه و قرار دادن مشق شب در کوله پشتی، بایستی شب قبل انجام شود.

- شلوغی های غیرضروری را حذف کرده و تقویم ها و پیش بینی های هواشناسی را مرور کنید تا از موارد غیر منتظره جلوگیری کنید.

- مشمول کردن کودکان در تصمیم گیری درباره لباس و غذا مهم است و انجام این کار در شب قبل می تواند از بحث های طولانی صبح جلوگیری کند. همچنین، اطمینان حاصل کنید که کودکان کوچک تر را به دو انتخاب محدود نمایند (به عنوان مثال، «لباس نقطه دار یا لباس راه راه»). به این ترتیب تصمیم گیری سریعتر و آسان تر خواهد شد.



مهماسحسنى | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

در شماره دوم نشریه علمی کاردرمانی، درباره ایجاد روتین به خواب رفتن در کودکان صحبت کردیم. بیدار شدن از خواب و آماده شدن برای کار، مدرسه و ... بعد از یک خواب شیرین، برای بسیاری از ما سخت و طاقت فرساست! برنامه روتین صبحگاهی، گاهی اوقات سخت ترین قسمت روز است. والدین بایستی خود، بیدار شده و بچه ها را نیز بیدار کنند، لباس بپوشند، تغذیه را آماده کنند، برای یک روز پرکار آماده شده و به موقع از خانه خارج شوند. چگونه می توانید در حالی که از فرزندان خود حمایت می کنید و به استقلال بیشتر آنها کمک می کنید، همچنان طبق برنامه عمل کنید؟ در این نوشته به تکمیل مطلب شماره قبل نشریه پرداخته و این جنبه از روتین خواب یعنی برخاستن از آن را بررسی می کنیم.

ایجاد روتین صبحگاهی در کودکان

نکات زیر از متخصصان کاردرمانی کودکان که در ایجاد برنامه های سالم و کارآمد صبحگاهی دارای تجربه هستند، بیان شده اند:



↪ اگر می خواهید به کودک کمک نمایید تا به موقع بیدار شود، کارهای زیر را انجام دهید:

- زمان بیداری کودکان را که از حدود ۱ سالگی شروع می شود، شناسایی کرده و به آن پایبند باشید. اجازه دادن به کودکان برای بیدار شدن از خواب در زمانهای مختلف روز باعث می شود تا آنها نتوانند بفهمند که چه انتظاری از زمان بیداری دارند.

- بعد از گذشت حدود ۴ سال، می توان به کودکانی که زود بیدار می شوند، گفت که بیرون رفتن از رختخواب اشکالی ندارد؛ اما بایستی تا یک ساعت مشخص یا تا زمانی که شما وارد اتاقشان می شوید، بی سر و صدا در اتاق خود بازی کنند.

- برای خانواده هایی که دارای چندین فرزند هستند، برای ایجاد روتین بیدار شدن از خواب می توان در ابتدا از کوچک ترین فرزند شروع کرد.

- الگوی خواب می تواند تحت تأثیر دما، نور، ریتم طبیعی و رژیم غذایی باشد. یک کاردرمانگر می تواند روتین های خانواده و محیط را بررسی کرده و در صورت لزوم توصیه های لازم را ارائه دهد.





↪ اگر می خواهید کودکان را برای چیزهایی که در هنگام صبح از آن ها می خواهید، آماده کنید، کارهای زیر را انجام دهید:

- شب قبل با کودکان خود در مورد اینکه هر روز صبح چه اتفاقی خواهد افتاد صحبت کنید. از آن ها بخواهید تا مراحل روتین صبحگاهی را نام ببرند.
- مرور روتین صبحگاهی به تقویت آن کمک می کند. صبح حین تکمیل یک فعالیت، از آن ها بپرسید که بعدی چیست.



↪ برای ادامه دادن به وظیفه خود، کارهای زیر را انجام دهید:

- ایجاد یک چک لیست بصری می تواند به کودک در مشارکت در روتین صبحگاهی کمک نماید. یک بعد از ظهر آخر هفته را برای ایجاد یک چک لیست با کودک خود سپری کنید تا او برای استفاده از آن هیجان زده و مشتاق شود. در مورد اینکه چه مواردی را بگنجانید از او پیشنهاداتی بخواهید. هم چنین از او بخواهید تا برای هر مرحله عکس بکشد. با افزایش سن کودک، ممکن است برای جلوگیری از خستگی، چک لیست را به روز نمایید.



- با خاموش کردن تلویزیون در صبح، از حواس پرتی جلوگیری کنید.



↪ اگر می خواهید مشارکت و استقلال را ارتقا دهید، کارهای زیر را انجام دهید:

- ممکن است لباس پوشاندن به کودکان یا مرتب کردن موهای آنها به صورت منفعل و بدون مشارکت خود آن ها سریع تر و راحت تر باشد؛ اما برای آن ها تمرین کردن و یاد گرفتن انجام مستقل روتین صبحگاهی مهم است.

- به کودکان اجازه دهید تا آخر هفته ها به طور مستقل لباس بپوشند و پس از کسب مهارت بیشتر تعداد این روز ها را در هفته بیشتر کنید. با یک جنبه خاص از لباس پوشیدن، مانند پوشیدن جوراب شروع کنید؛ سپس لباس های پیچیده تری مانند پیراهن دکمه دار اضافه کنید. اشکالی ندارد که بگذارید آنها با لباس یا مدل موی منحصر به فرد به مدرسه بروند!



↪ اگر می خواهید انعطاف پذیری و ساختار را ارتقا دهید، کارهای زیر را انجام دهید:

- علی رغم اهمیت ساختار و روتین روزانه و هفتگی، برخی روزها مانند تعطیلات و آخر هفته ها وجود دارد که می توان از روتین زندگی روزمره فاصله گرفت.
- گاهی روزهای با لباس خواب یا اوقات مفرح در صبحانه را در آخر هفته و تعطیلات برنامه ریزی کنید تا به فرزندان خود بفهمانید که گاهی اوقات می توان روتین روزمره را تغییر داد.
- به یاد داشته باشید، سرگرمی و بازی از راه های مهم برای رشد و تکامل سالم کودک است.



↪ برای مفرح کردن کارهای روتین صبحگاهی، کارهای زیر را انجام دهید:

- اگر روال، سرگرم کننده باشد، کودکان بیشتر مشارکت می کنند. در مورد خلاق بودن در فعالیت های لباس پوشیدن و نظافت تفکر کنید. در حالی که کودکان لباس می پوشند، موسیقی جذاب پخش کنید. اگر سریع لباس پوشیدند، به آنها اجازه دهید تا با یک اسباب بازی خاص بازی کنند. پاداش دادن به آنها را برای انجام درست یک کار فراموش نکنید.



به اطلاعات بیشتری نیاز دارید؟



کاردرمانگران حوزه کودکان، مشارکت همه کودکان و خانواده های آنها را در کارهای روزمره یا مشاغل، از جمله روتین های صبحگاهی، تقویت می کنند. هنگامی که زمینه خاصی از نگرانی وجود دارد، کاردرمانگر می تواند براساس نیازهای خاص کودک و خانواده، یک استراتژی فردی ایجاد نماید. متخصصین کاردرمانی با کودکان در منازل آن ها، مدرسه، مراکز خصوصی، بیمارستان های کودکان و سایر محیط های اجتماعی کار می کنند و مداخلات فردی مناسب و مؤثر را ارائه می دهند. با پرسش از پزشک متخصص اطفال یا مدیر مدرسه فرزندتان یا به صورت آنلاین، به دنبال یک کاردرمانگر در منطقه خود باشید.

منبع:

<http://www.aota.org>

محمدرضا غلامپور | دانشجوی سال چهارم کاردرمانی

معرفی فیلم

THE EIGHTH DAY
MY LEFT FOOT





■ سال ساخت: ۱۹۹۶
 ■ ژانر: کمدی، درام
 ■ کارگردان: Jaco Van Dormael
 ■ بازیگران: Daniel Auteuil, Pascal Duquenne و ...
 ■ جوایز مهم: بهترین بازیگر مرد جشنواره فیلم کن ۱۹۹۶ برای Daniel Auteuil و Pascal Duquenne
 ■ نمره IMDb: ۷.۵ از ۱۰

The Eighth Day

روز هشتم

داستان تاثیر متقابل انسان هاست. گویی که جورج و هری کاملاً نیمه گمشده یکدیگر بوده و تمام چیزی هستند که هر کدام به آن نیاز دارند. هری پاسخگوی نیاز جورج برای داشتن یک دوست واقعی و جورج هم تلنگری برای هری به قصد بیرون کشیدن او از زندگی جدی و کاری تکراری و غم انگیز اوست. موسیقی متن فوق العاده این فیلم اثر Pierre Van Dormael شدت بر زیبایی و احساس روز هشتم، افزوده است. به جرئت می توان گفت هری و جورج در کنار هم یکی از دوست داشتنی ترین زوج های سینما را آفریده اند. در حقیقت که انسان ها نمی دانند تا چه اندازه بر زندگی یکدیگر تاثیر گذارند!

است. زندگی او سراسر، یک روتین تکراری است. در مقابل، جورج که به سندروم داون مبتلاست نگاه ویژه ای به دنیا داشته و از زیبایی های جهان لذت می برد. بنابر اتفاق، زندگی جورج و هری به هم گره می خورد و زمینه آشنایی این دو با هم فراهم می شود. با این تعریف ممکن است به نظر برسد که با دو تیپ انسان کاملاً متفاوت روبرو هستیم اما هر چقدر که زمان می گذرد، شباهت های درونی بین این دو نفر بیش از پیش نمایان می شود. بازیگر نقش جورج در روز هشتم، در واقعیت هم مبتلا به سندروم داون است. فارغ از بحث سندروم داون و به تصویر کشیدن شرایط و زیبایی های روحی و عاطفی این افراد، روز هشتم،

فیلم روز هشتم، فرانسوی زبان و محصول مشترک کشورهای بلژیک، فرانسه و انگلستان است. این فیلم روایتگر داستان دو مرد به نام های هری و جورج است که هری یک بانکدار موفق و جورج مبتلا به سندرم داون می باشد. هری علی رغم یک زندگی اقتصادی موفق، در زندگی مشترک خود با شکست مواجه شده و جدا از زن و فرزندان خود زندگی می کند. جورج هم پس از مرگ مادر خود، در یک آسایشگاه به سر می برد. هری نماد انسان های غرق شده در زندگی کاری و ماشینی است که همه چیز را فدای کار خود کرده اند و در صحنه های ابتدایی فیلم، روزمرگی و تکرار در زندگی هری به خوبی نمایش داده شده



LE HUITIÈME Jour



PRIX D'INTERPRETATION CANNES 96
 DANIEL AUTEUIL et PASCAL DUQUENNE



un film de Jaco Van Dormael

avec la participation de Miou-Miou avec Henri Garcin - Isabelle Sadoyan

My Left Foot

پای چپ من

سال ساخت:

۱۹۸۹

ژانر:

بیوگرافی، درام

کارگردان:

Jim Sheridan

بازیگران:

Daniel Day-Lewis, Brenda Fricker,

... و Fiona Shaw

جوایز مهم:

بهترین بازیگر نقش اول مرد برای Daniel Day-

Lewis و بهترین بازیگر نقش مکمل زن برای

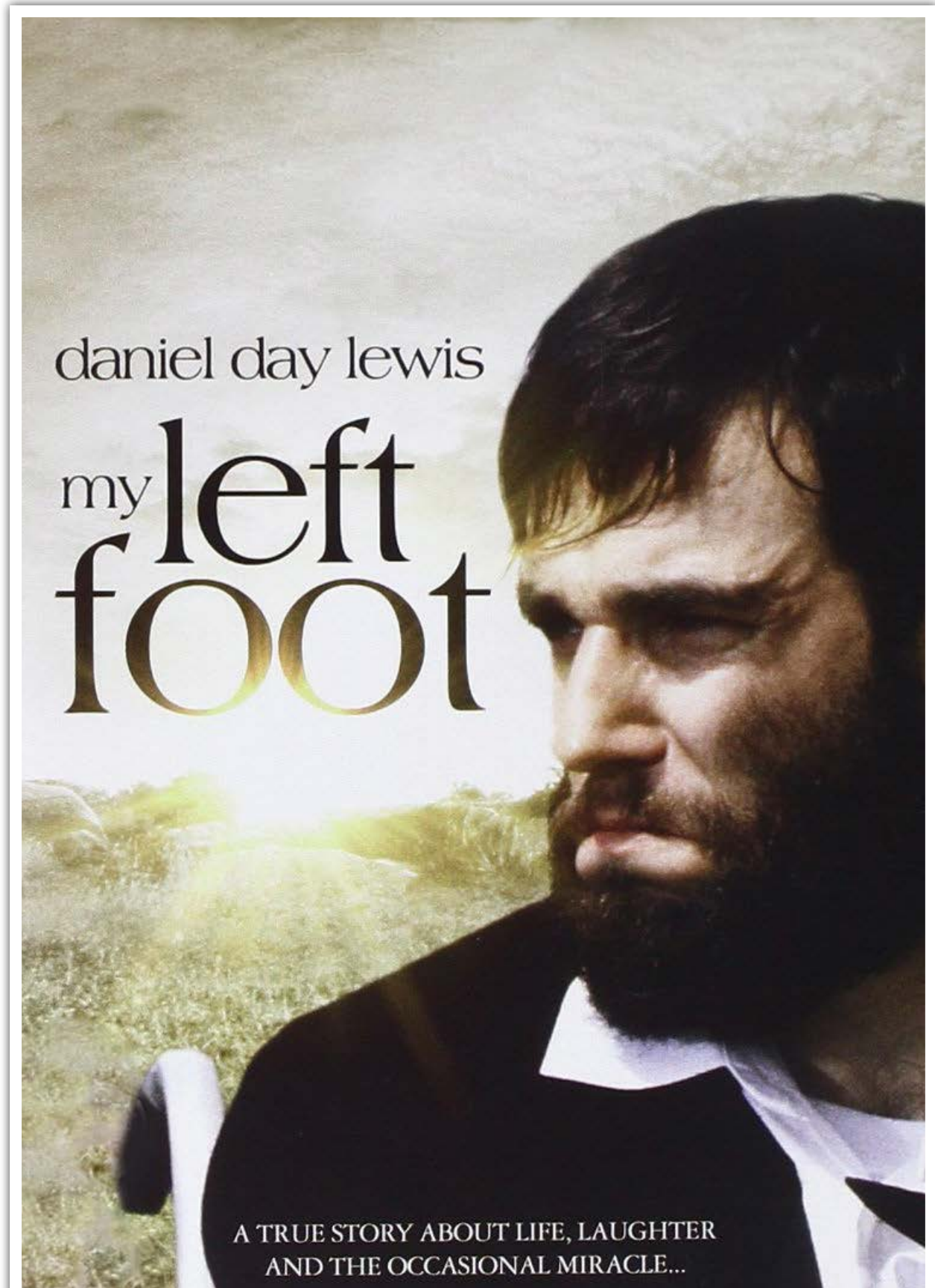
Brenda Fricker در مراسم اسکار ۱۹۹۰

نمره IMDb:

۷.۹ از ۱۰

پای چپ من، داستان زیبای زندگی واقعی مردی است به نام کریستی براون که مبتلا به فلج مغزی نوع اتئوئید می باشد و بر اساس کتابی به همین نام که نوشته خود اوست، ساخته شده است. بیماری، تمام اندام های او را درگیر کرده است به جز پای چپ که نقطه قوت اوست و تنها اندامی است که علیه او دست به شورش نزده است! فیلم از زمان بزرگسالی کریستی آغاز شده و ناگهان به زمان تولد وی برگشته و روایت زندگی پرفراز و نشیبش را آغاز می کند. فیلم از سیر داستانی جذابی برخوردار بوده و به دور از حاشیه پردازی های بی جهت و یا برانگیختن بیش از حد احساسات بینندگان (چیزی که در برخی فیلم های مربوط به زندگی افراد ناتوان دیده می شود) به پیش می رود. دیدگاه مردم نسبت به افراد دارای ناتوانی و معلولیت، ناامیدی پدر از این که خداوند به او یک فرزند «شل» اعطا کرده و امید و صبر مادر کریستی به زیبایی هر چه تمام تر به تصویر در آمده است. پای چپ من، داستان شجاعت و امیدواری است. داستان پسری که با وجود ناتوانی، دست از تلاش بر نداشته و استعداد های خود را شکوفا می کند (چیزی که برای اثبات خود به آن نیاز دارد) و البته در این راه سخت با ناامیدی هایی هم روبرو می شود. کریستی با پای چپ خود، افکار و زندگی خود را نقاشی می کشد. در میانه فیلم با دکتر کول مواجه می شویم که به تازگی مرکزی را برای توانبخشی افراد فلج مغزی تاسیس کرده و با آگاهی از استعداد کریستی، به دنبال کمک به اوست و از اینجاست که داستان فیلم وارد مرحله ای دیگر می شود. این فیلم بی نظیر، بیانگر نیاز های افراد با ناتوانی برای یک زندگی شاد، مستقل و با احساس است. بیانگر نیاز آن ها به دوست داشتن، دوست داشته شدن، عشق، دیده شدن، برقراری ارتباط با سایر انسان ها و درگیر شدن در کارها و فعالیت های مختلف؛ درست مثل سایر انسان ها. بازی درخشان Daniel Day-Lewis در نقش کریستی و Brenda Fricker در نقش مادر او که جایزه اسکار را هم برای آن ها به ارمغان آورده است؛ از نقاط قوت و زیبایی های فیلم به شمار می رود و بیننده را هر چه بیشتر با داستان همراه می کند.

دیاالوگ: یک بدن معیوب در مقابل یک قلب شکسته هیچ چیزی نیست!



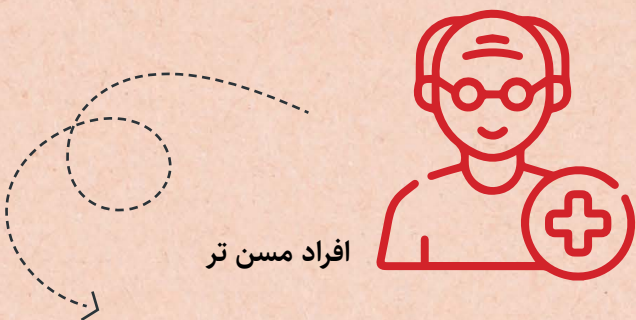
نقش کاردرمانی در افراد مبتلا به نقایص بینایی

مهسا حسنی | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

بینایی یکی از مهم ترین حواس انسان است که توانایی درک و تفسیر محیط اطراف را با استفاده از نور مرئی منعکس شده از اجسام، فراهم می کند. آدمی بسیاری از تحریکات و درونداد های حسی روزانه و مهم را از طریق چشمان خود و سیستم بینایی دریافت می کند و بینایی کلید اکتشاف جهان است. در سرتاسر زندگی و به دلایل مختلف، ممکن است بینایی در افراد دچار مشکل شده و توانایی آن ها را برای داشتن یک زندگی کارآمد و پویا و مشارکت در فعالیت های هدفمند کاهش دهد. کودکی با نقص بینایی را در نظر بگیرید که در بازی کردن با همسالان خود با محدودیت هایی رو به رو می شود و این محدودیت ها، کسب مهارت های حیاتی مختلف را با دشواری رو به رو کرده و در روند طبیعی رشد کودک تداخل می کند و یا بزرگسالی که به دلیل آسیب بینایی قادر به ادامه شغل خود و حضور موثر در اجتماع و زندگی مستقل نمی باشد. آسیب های بینایی، همچون سایر آسیب هایی که بر توانایی فرد برای مشارکت در آکوپیشن ها تاثیر می گذارند، یکی از حوزه هایی است که کاردرمانگران با استفاده از دانش خود می توانند به مداخله در آن بپردازند. در این بخش به خلاصه ای از نقش های کاردرمانگران در انواع مختلف آسیب های بینایی می پردازیم.

نقایص و آسیب های بینایی، یکی از ۱۰ علت ناتوانی در بین بزرگسالان بالای ۱۸ سال است. افزایش سن، بهترین پیش بینی کننده برای تجربه اختلال بینایی است. بیشتر افراد دارای اختلال بینایی، بیش از ۶۵ سال سن دارند. افراد مسن دارای اختلال بینایی، سه تا چهار برابر بیشتر از بزرگسالان با بینایی طبیعی، مشکلات مختلفی را برای انجام فعالیت های روزمره زندگی مانند تهیه غذا، مدیریت و مصرف داروها و پیاده روی تجربه می کنند. کاردرمانی با ارتقای استقلال و مشارکت در فعالیت های ارزشمند، بر کاهش تأثیر ناتوانی بر فرد متمرکز است. کاردرمانگران از اصطلاح آکوپیشن برای بیان فعالیت هایی که افراد به آن نیاز دارند و یا می خواهند انجام دهند و برای آن ها معنی دار است، استفاده می کنند. آماده سازی گسترده و آموزش جامع کاردرمانگران، آنها را قادر می سازد تا ابعاد مختلف ناتوانی از جمله جسمی، روانشناختی، شناختی و اجتماعی که کودکان و بزرگسالان را از انجام آکوپیشن های روزانه خود باز می دارند، مورد بررسی قرار دهند. کاردرمانگران به عنوان عضوی از تیم متخصصین توانبخشی بینایی که می تواند شامل بینایی سنج، چشم پزشک، درمانگران توانبخشی بینایی، متخصصین حوزه کم بینایی، معلمان افراد مبتلا به کم بینایی و روانشناسان و مشاوران توانبخشی باشد، به فعالیت می پردازند.

نقش کاردرمانی در رفع نقایص بینایی چیست؟



افراد مسن تر

یا کاهش خطر افتادن و سقوط فرد، اضافه کردن روشنایی و کنتراست رنگ را توصیه کند.

کاردرمانگران همچنین تخصص خود را در زمینه تجهیزات تطابقی و تکنولوژی های کمکی به کار می گیرند تا افراد مسن بتوانند از وسایل بصری و غیر بصری برای تکمیل فعالیت های روزمره زندگی استفاده کنند. به عنوان مثال، کاردرمانگر ممکن است به فرد کمک کند تا از یک دستگاه تجویز شده بصری مانند ذره بین دستی برای خرید و یا یک دستگاه غیر بصری مثل گلوکومتر سخنگو برای انجام خود مدیریت در یک بیمار مبتلا به دیابت استفاده کند.

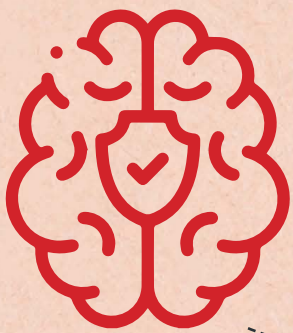
کاردرمانگران همچنین با افراد کار می کنند که تا حد امکان از بینایی باقیمانده خود برای تکمیل فعالیت های روزمره زندگی استفاده کنند. این امر ممکن است شامل آموزش به فرد مبتلا به فقدان بینایی مرکزی^۱ در مورد چگونگی استفاده از قسمت دیگری از شبکیه برای دیدن واضح تر حروف هنگام خواندن برچسب داروها یا آموزش شخصی که بر اثر سکتة مغزی، بینایی خود را در یک سمت از دست داده است، برای اسکن سریع تر و کامل تر محیط در سمت نابینا برای ممانعت از گم کردن اشیاء، که ممکن است امنیت فرد و یا امکان خواندن نوشته ها را مختل کند، باشد.

کاردرمانگران برای حصول اطمینان از این موضوع که افراد مسن با وجود اختلال در بینایی قادر به سکونت در محل زندگی خود بوده و در جامعه مشارکت می کنند، به فعالیت مشغول هستند. کاردرمانگران نیز بخشی از تیم های توانبخشی هماهنگی هستند که بزرگسالان با نقایص بینایی که در سن کار به سر می برند را قادر می سازند تا زندگی مستقل و اشتغال موثر خود را ادامه داده و یا آن را به دست آورند.

کاردرمانگران به عنوان متخصصان در زمینه تجزیه و تحلیل فعالیت و اصلاح محیط، تعیین می کنند که چگونه اختلال بینایی، توانایی فرد را در انجام کارهای روزانه خاصی محدود کرده است. سپس درمانگر، فعالیت موردنظر یا محیط را اصلاح می کند تا این محدودیت ها را به حداقل رسانده یا حذف کند. به عنوان مثال، یک کاردرمانگر می تواند ساختاری تازه در یک فعالیت برای حذف یک مرحله وابسته به بینایی ایجاد کند؛ مثلاً برنامه ریزی یک تلفن برای شماره گیری سریع شماره های اضطراری. وی همچنین محیط هایی را که فرد فعالیت های خود را در آن ها به انجام می رساند به جهت شناسایی مواردی که مشارکت، ایمنی و استقلال را تسهیل کرده و یا با مشکل مواجه می کنند؛ به دقت ارزیابی کرده و سپس پیشنهادات و اصلاحات خود را ارائه می کند. به عنوان مثال، ممکن است درمانگر برای افزایش دید در محیط و از بین بردن

آسیب تروماتیک مغز^۲

کاردرمانگران در رفع نقایص پردازش بینایی که در اثر آسیب تروماتیک مغزی ایجاد می شوند، شناخته شده هستند. آن ها برای بهبود توجه بینایی، جستجو و سرعت و کارایی پردازش بینایی، مداخلات ارائه می دهند. آنها برای حصول اطمینان از این که مراجعین مبتلا به آسیب تروماتیک مغزی قادر به جبران نقص در حدت بینایی، میدان بینایی و حرکات چشم هستند تا فعالیت های مهم روزانه را با خیال راحت و موثر انجام دهند، از نزدیک با بینایی سنج ها و چشم پزشکان همکاری و تعامل می کنند.



1. Central Vision Loss
2. Traumatic Brain Injury (TBI)

کودکان

کودکان ممکن است دچار نقص بینایی کورتیکال^۵ (مناطق از مغز را تحت تأثیر قرار می دهد که اطلاعات بینایی را پردازش می کنند یا نقص بینایی اکولار^۶ (تأثیر بر چشم) باشند. نقص بینایی کورتیکال در حال حاضر علت اصلی اختلال بینایی در کودکان است. کودکان دارای نقص بینایی کورتیکال یا اکولار به طور چشمگیری از خدمات هماهنگ و جامع بهره مند می شوند تا یاد بگیرند که از دید باقیمانده خود به طور کارآمدتری استفاده کنند و یا بهره گیری از روش های غیربینایی را برای تکمیل فعالیت های خود بیاموزند. کاردرمانگران برای در نظر گرفتن رشد توانایی های حرکتی درشت و ظریف، آگاهی فضایی و فعالیت های روزمره زندگی نظیر تغذیه، توالیت رفتن، لباس پوشیدن و مشارکت در بازی، به عنوان بخشی از تیم های جامع و هماهنگ توانبخشی فعالیت می کنند. آنها با معلمان کودکان مبتلا به نقایص بینایی و سایر آموزش دهندگان آن ها همکاری می کنند تا کودک بتواند به طور کامل در کلاس درس مشارکت داشته باشد. آن ها همچنین به انتقال فرد از کودکی به بزرگسالی با در نظر گرفتن مسائلی از جمله آمادگی حرفه ای و زندگی در جامعه کمک می کنند.



خدمات کاردرمانی در حوزه نقایص بینایی در چه محیط هایی ارائه می شود؟

خدمات کاردرمانی برای افراد با نقایص بینایی، ممکن است در هر محیطی از جمله محیط های مداخلات زودهنگام، مدارس، مراکز توانبخشی، کلینیک های تخصصی، برنامه های مبتنی بر جامعه و حتی خانه فرد ارائه شود.



منبع:

<http://www.aota.org>

رانندگی

بزرگسالان دارای اختلال بینایی پایدار از تخصص منحصر به فرد کاردرمانی در ارزیابی رانندگی بهره مند می شوند. کاردرمانگرانی که در زمینه توانبخشی رانندگی آموزش دیده اند؛ متخصصان این حوزه بوده و همه جوانب رانندگی اعم از ارزیابی اولیه رانندگی، آموزش و سازگاری برای رانندگی ایمن یا آموزش در مورد چگونگی حفظ تحرک در جامعه^۳ در صورت عدم بازگشت توانایی رانندگی را در نظر می گیرند. کاردرمانگران همچنین در زمینه ارزیابی و آموزش استفاده از لنزهای بیوپتیک تجویز شده برای رانندگی در افراد با نقص میدان بینایی مرکزی^۴ فعالیت می کنند.



5. Cortical Vision Impairment (CVI)

6. Ocular Vision Impairment

3. Community Mobility

4. Central Field Deficit

ضمیمه

آموزش لباس پوشیدن یک دستی

محمدرضا غلامپور | دانشجوی سال چهارم کاردرمانی

لباس پوشیدن یکی از فعالیت های مهم در زندگی روزمره می باشد که سیستم های ادراکی، شناختی و حرکتی انسان را در تعامل با یکدیگر به کار می گیرد و از این رو فعالیت پیچیده ای به حساب می آید. تنوع لباس ها، بافت ها و پوشش های جوامع مختلف از زیبایی ها و شکفتی های جهان هستی به شمار می آید. استقلال در فرایند لباس پوشیدن، یکی از معیار های رشد و تکامل انسان محسوب می شود که پله پله و مرحله به مرحله رشد یافته و به عنوان یکی از پیش زمینه های حضور افراد در اجتماع و برقراری ارتباطات اجتماعی شناخته می شود. اختلالات و بیماری های زیادی، احتمال وابستگی افراد را به دیگران در این فعالیت مهم به دنبال دارند؛ از این رو، این توانایی در کلینیک های کاردرمانی، به عنوان یکی از اهداف اصلی ارزیابی و درمان در نظر گرفته می شود.

در ضمیمه این شماره، تعدادی از تکنیک های جبرانی معرفی شده برای پوشیدن و در آوردن انواع مختلف بالاپوش ها (لباس های جلو باز و جلو بسته) و شلوار، با یک دست را خدمت شما مخاطبان گرامی ارائه می کنیم که بنابر شرایط مراجعان و فراخور وضعیت آن ها و صلاحدید درمانگر قابل استفاده می باشند. (تکنیک های جبرانی برای پوشیدن و درآوردن یک دستی دیگر انواع لباس ها همچون کفش، کراوات، جوراب، ارتز های مختلف همچون AFO و ... هم در منابع مختلف تعریف شده اند که در این نوشته درباره آن ها صحبت نمی شود).

فعالیت های روزمره زندگی در افراد همی پلژی با کسانی که تنها قادر به استفاده از یک اندام فوقانی خود هستند.

پیشنهاداتی که برای اجرای مهارت های روزمره زندگی به صورت یک دستی و با استفاده از تنها یکی از دو اندام فوقانی ارائه می شوند؛ قابل به کارگیری برای افراد همی پلژی (فلج یک نیمه بدن) ناشی از آسیب های وارده به مغز و همچنین شریلی چون قطع عضو یک طرفه اندام فوقانی، شکستگی ها، آسیب های عضلات روتاتور کاف، سوختگی ها و آسیب های نورویاتیک محیطی که می توانند منجر به عدم عملکرد در یکی از دو اندام فوقانی شوند، می باشند.

مراجعان با همی پلژی ناشی از شریلی همچون سکنه مغزی، آسیب مغزی و یا سایر مواردی که مغز را تحت تاثیر قرار می دهند، ممکن است نسبت به مراجعان با همی پلژی ناشی از اختلالات ارتوپدی یا نورون محرکه تحتانی مشکل بیشتری را در یادگیری و اجرای مهارت های یک دستی داشته و نیاز به روش های اختصاصی برای یادگیری این مهارت ها داشته باشند.

مراجع همی پلژی با مهارت های درکی و شناختی نرمال، می تواند این تکنیک ها را به سرعت و آسانی فرا گیرد. در مراجعان همی پلژی ناشی از آسیب مغزی، ممکن است تنه و پاها هم درگیر باشند و مشکلات تعادلی استاتیک و دینامیک در هر دو وضعیت نشسته و ایستاده وجود داشته باشد. همچنین اختلالات حسی، بینایی، درکی، شناختی و کلامی هم متناسب با شدت آسیب، ممکن است از خفیف تا شدید حاضر باشند. این اختلالات می توانند به شدت توانایی یادگیری و به کارگیری این تکنیک ها در تکالیف روزمره را تحت تاثیر قرار دهند؛ به ویژه اگر غفلت یا بی توجهی یک طرفه هم وجود داشته باشد.

هر نوعی از آپراکسی (برای مثال مشکل در برنامه ریزی حرکتی، استفاده صحیح از وسایل و ...) که گاهی اوقات در این دسته از بیماران مشاهده می شود، هم می تواند تاثیر عمیقی بر روی پتانسیل یادگیری دوباره راه های مختلف انجام تکالیف آشنا در فرد داشته باشد.

این مراجعان باید از نظر اختلالات حسی، درکی و شناختی مورد ارزیابی قرار گیرند تا پتانسیل آن ها برای اجرای فعالیت های روزمره مشخص شده و روش های آموزشی مناسب برای تسهیل یادگیری در آن ها در نظر گرفته شود.

در این نوشته، اساسا به معرفی و ارائه تکنیک های جبرانی و تطابق می پردازیم که تنها بر استفاده از اندام سالم و دارای عملکرد برای انجام فعالیت های روزمره زندگی تاکید دارند.

هر چند درگیر کردن اندام فوقانی آسیب دیده در برنامه درمانی و استفاده از آن برای بازگرداندن عملکرد اندام، از اهمیت بالایی برخوردار است.

از مشکلات اصلی فردی که به تازگی عملکرد یکی از دو اندام فوقانی خود را از دست داده است (به صورت موقت یا دائمی)؛ می توان به کاهش سرعت و ظرافت کار، مشکل در ثبات اشیا در فعالیت هایی که به دو دست احتیاج دارند و یادگیری استفاده از دست غیر غالب برای انجام تکالیفی که قبلا به وسیله دست غالب انجام می شدند، اشاره کرد.

کاردرمانگران نقش مهمی را در کمک به افراد در استفاده از استراتژی های جبرانی برای اجرای آکوپیشن ها به صورتی امن و مستقل بر عهده دارند.

فعالیت های پوشیدن لباس

اصول کلی:

اگر تعادل مراجع دچار مشکل است، وی باید در وضعیت نشسته بر روی یک ویلچر قفل شده^۱ یا یک صندلی دسته دار محکم و با ثبات، اقدام به لباس پوشیدن کند. لباس ها باید در محدوده دسترسی فرد قرار داشته باشند. تجهیزات کمکی باید به صورت حداقلی برای لباس پوشیدن و یا سایر فعالیت های روزمره زندگی به کار گرفته شوند و استفاده از تکنیک های جبرانی بر به کارگیری تجهیزات غیر ضروری، ارجحیت دارد.

تکنیک های لباس پوشیدن یک دستی^۲ که در ادامه بیان می شوند، می توانند این فعالیت مهم را برای افرادی که تنها قادر به استفاده از یکی از دو اندام فوقانی خود هستند، تسهیل کنند. یک قانون کلی برای پوشیدن لباس، شروع فرایند به تن کردن لباس از بازو یا پای آسیب دیده و شروع فرایند درآوردن لباس از اندام سالم می باشد.

لیست زیر اصول کلی و عمومی را به صورت خلاصه بیان می کند:

- کار یادگیری را با یک صندلی یا ویلچر محکم و سفت آغاز کنید و با پیشرفت، به سمت سطوح دشوارتر (سطوح بالاتر، پایین تر، نرم تر و بی ثبات تر - در عین حال امن -) پیشروی کنید.

- لباس ها را در محدوده دسترسی آسان قرار دهید.

- پاها را بر روی زمین یا یک سطح سخت و محکم حمایت کنید.

- سعی کنید تا راستای بدن را در یک حالت صاف و در خط وسط حفظ کنید.

- درمانگر معمولا در سمت آسیب دیده یا در خط وسط و یا در روبروی مراجع قرار می گیرد.



1. Locked Wheelchair

2. One-handed Dressing Techniques

پیراهن ۳

هر کدام از سه روش زیر می توانند برای مدیریت پیراهن های جلو باز مورد استفاده قرار گیرند. روش اول همچنین می تواند برای ژاکت ها، ردا ها، و لباس های جلوباز به کار گرفته شود.

روش ۱

این روش می تواند در افرادی که کاهش دامنه حرکتی شانه یا درد در شانه ها دارند، نیز به کار گرفته شود.

پوشیدن پیراهن:

۱- یقه پیراهن را با دست قوی تر گرفته و آن را برای از بین بردن هر گونه پیچ خوردگی تکان دهید. (تصویر شماره ۱ - شکل A)

۲- پیراهن را روی ران خود به صورتی که قسمت داخلی لباس به سمت بیرون و یقه به طرف سینه شما باشد، قرار دهید. (تصویر شماره ۱ - شکل B)

۳- ورودی آستین را در سمت مبتلا به گونه ای که تا جای ممکن بزرگ بوده و نزدیک به دست مبتلا که بر روی ران قرار گرفته است، باشد؛ وضعیت دهی کنید. (تصویر شماره ۱ - شکل C)

۴- با استفاده از دست قوی تر، دست مبتلا را درون ورودی آستین قرار داده و آستین را تا روی آرنج به بالا بکشید. قبل از اقدام به مرحله بعد، اطمینان حاصل کنید که دست مبتلا از بیرون آستین قابل مشاهده باشد. (تصویر شماره ۱ - شکل های D1 و D2)

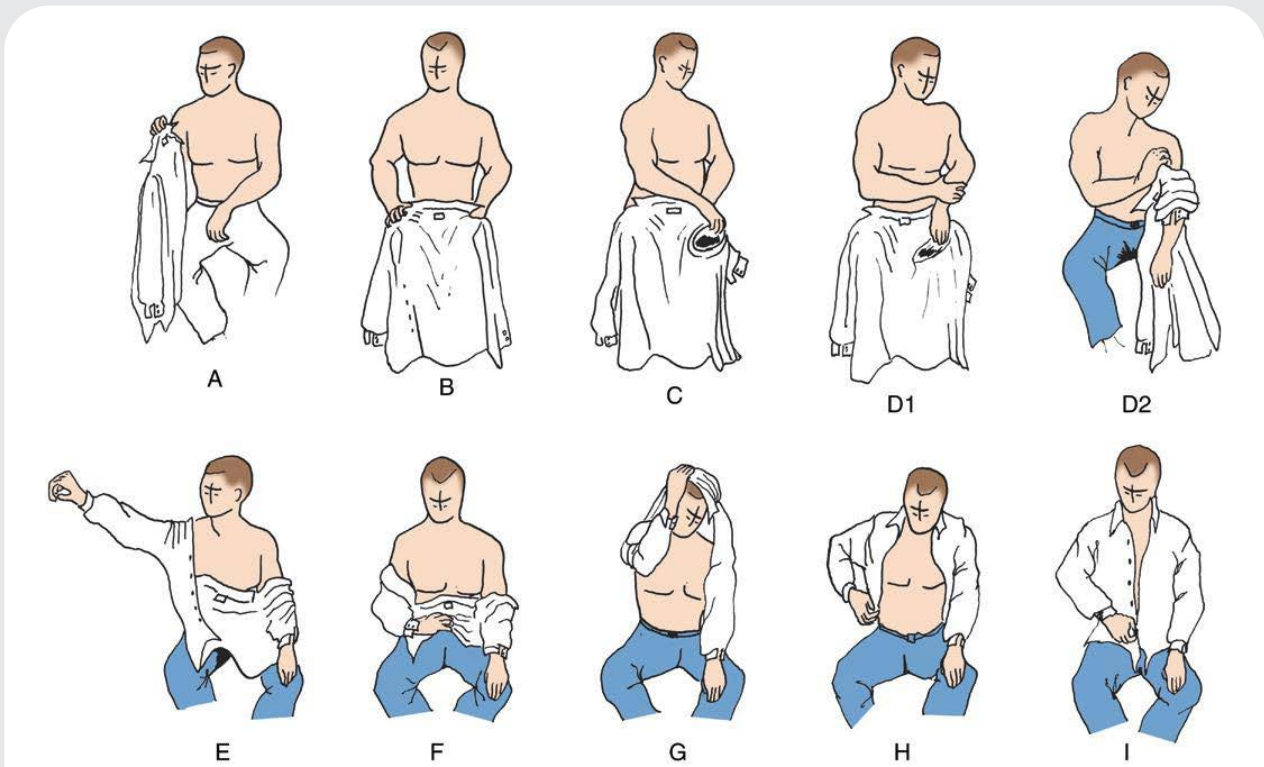
۵- دست قوی تر را درون آستین سمت خودش قرار داده و بازوی خود را بلند کنید تا آستین سر خورده و کاملاً تا بالای آرنج قرار گیرد. (تصویر شماره ۱ - شکل E)

۶- با دست قوی تر، پیراهن را از لبه پایینی تا یقه جمع کرده و آن را به بالای سر بلند کنید. (تصویر شماره ۱ - شکل F)

۷- به جلو خم شوید، سر خود را به پایین بکشید و پیراهن را از بالای سر رد کنید. (تصویر شماره ۱ - شکل G)

۸- با دست قوی تر، با خم شدن به جلو، پیراهن را تنظیم کرده و از روی دو شانه به پایین بکشید. دست خود را به پشت ببرید و انتهای لباس را پایین بکشید. (تصویر شماره ۱ - شکل H) پیراهن را به شکلی که صاف باشد، چروک ها از بین رفته باشند و آستین ها به صورتی مناسب روی شانه ها و بازو ها قرار گرفته باشند، تنظیم کنید. (یک فرد مبتلا به همی پلژی، ممکن است قدرت حسی، شناختی یا بینایی مناسب را برای درک این که پیراهن نیاز به تنظیم کردن دارد؛ نداشته باشد.)

۹- دو طرف جلویی پیراهن را برای بستن دکمه ها تنظیم و مرتب کنید و از دکمه پایینی آغاز به بستن نمایید. دکمه سر آستین دست مبتلا را ببندید. بستن دکمه سر آستین دست قوی تر دشوار می باشد. این دکمه را می توان در صورت گشاد بودن ورودی سر آستین به اندازه کافی، از قبل بست.



تصویر شماره ۱

3. Shirts

درآوردن پیراهن:

۱- دکمه های پیراهن را باز کنید.

۲- به جلو خم شوید.

۳- با دست قوی تر، یقه را بگیرید یا پیراهن را در پشت، از یقه تا لبه پایینی به سمت

بالا جمع کنید.

۴- به جلو خم شوید، سر را به جلو خم کرده و پیراهن را از بالای سر بکشید.

۵- ابتدا آستین دست قوی تر و سپس آستین دست مبتلا را بیرون بکشید.

روش ۲

پوشیدن پیراهن:

۱- مراجعانی که پیراهن آن ها در هنگام استفاده از روش ۱، دچار چروک زیاد شده و به هم می پیچد و یا در پایین کشیدن آستین به روی دست سالم مشکل دارند، می توانند از روش ۲ استفاده کنند. پیراهن را به همان شکل بیان شده در روش ۱ (مراحل ۱ تا ۳) وضعیت دهی کنید.

۲- با دست قوی تر، دست درگیر را درون ورودی آستین بکشید و آن را بر روی دست و ساعد بالا کشیده اما از بالا کشیدن آن روی آرنج خودداری کنید.

درآوردن پیراهن:

۱- دکمه های پیراهن را باز کنید.

۲- با دست قوی تر، پیراهن را ابتدا از شانه سمت مبتلا و سپس سمت قوی تر، به بیرون بکشید.

۳- سر آستین سمت قوی تر را با دست قوی تر بیرون بکشید.

روش ۳

پوشیدن پیراهن:

۱- پیراهن را وضعیت دهی کرده و همچون مراحل ۱ تا ۴ روش ۱، آن را روی بازو کار کنید.

۲- آستین را بر روی دست مبتلا تا شانه بالا بکشید. قبل از انجام مرحله بعد، دست مبتلا باید از آستین قابل مشاهده باشد. (تصویر شماره ۲ - شکل A)

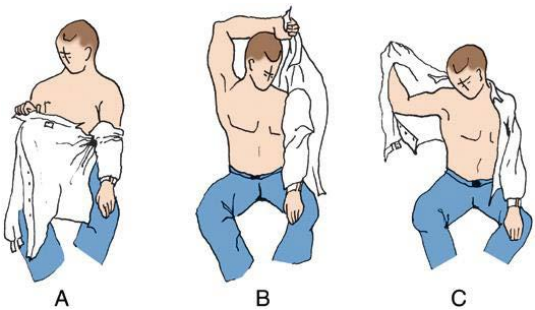
۳- با دست قوی تر، نوک یقه سمت قوی تر را بگیرید، به جلو خم شوید و بازو را به بالا و پشت سر بیاورید تا پیراهن را دور سمت قوی تر بپوشانید. (تصویر شماره ۲ - شکل B)

۴- بازوی قوی تر را درون ورودی آستین قرار دهید و آن را به بالا و بیرون حرکت دهید تا پیراهن پوشیده شود. (تصویر شماره ۲ - شکل C)

۵- پیراهن را تنظیم کرده و همانند مراحل ۸ و ۹ روش ۱ دکمه ها را ببندید.

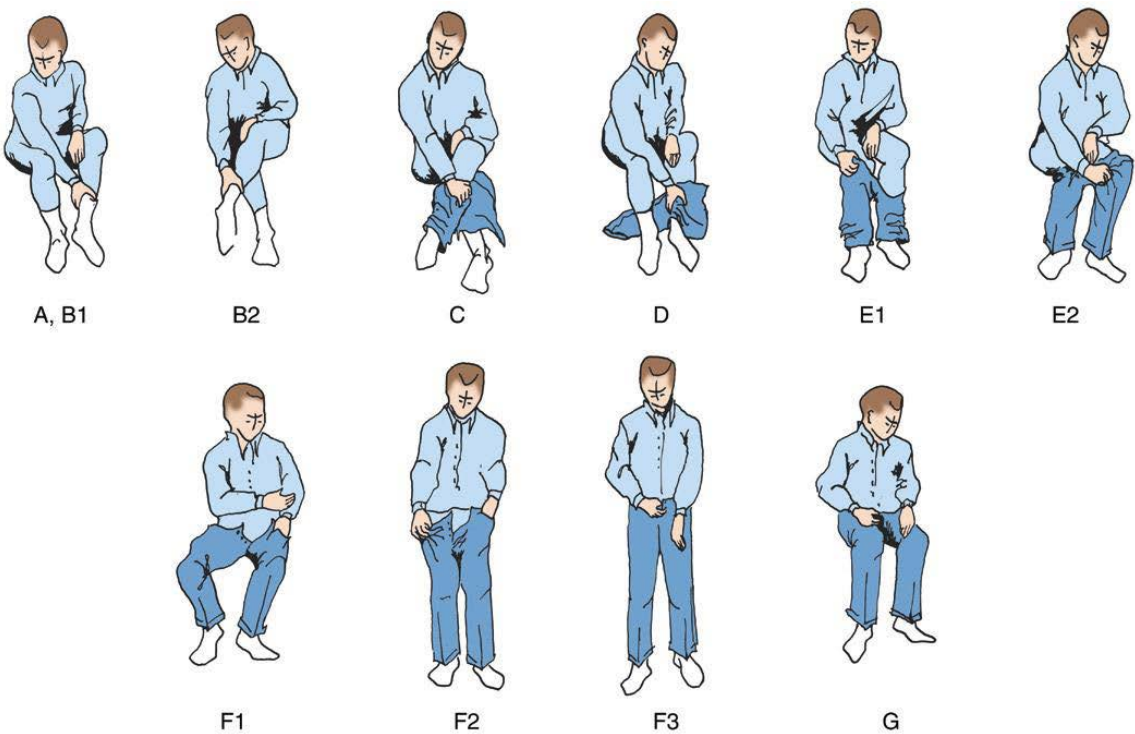
درآوردن پیراهن:

پیراهن می تواند به همان صورت بیان شده در روش ۲ در آورده شود.



تصویر شماره ۲

پوشیدن پیراهن جلو بسته (تی شرت، پولیور و ...)



تصویر شماره ۳

در آوردن پیراهن جلو بسته:

- ۱- پیراهن را با شروع از قسمت بالایی پشت، با دست قوی تر به بالا جمع کنید. بکشید.
- ۲- به جلو خم شوید، سر را خم کنید و لباس جمع شده در پشت را از بالای سر ۳- پیراهن را ابتدا از دست قوی تر و سپس از دست مبتلا خارج کنید.

پوشیدن شلوار را به یکی از روش هایی که در ادامه مطرح خواهد شد، می توان مدیریت کرد (این تکنیک ها را می توان به سایر پایین پوش ها هم تعمیم داد). برای بسیاری از افراد، وجود یک دکمه در جلوی شلوار که به خوبی ساخته و پرداخته شده باشد، بسیار آسان تر از زیپ ها است. ولکرو ها می توانند به عنوان جایگزین دکمه و زیپ مورد استفاده قرار گیرند. شلوار ها باید در سائز های بزرگتری نسبت به قبل از بیماری و اختلال تهیه شوند و باید دم پای پهن تر و گشادتری در قسمت مچ پا داشته باشند. شلوار، باید بعد از پوشیدن جوراب و قبل از پوشیدن کفش به پا شود. اگر مراجع بر روی ویلچر لباس می پوشد، پاها باید به صورت صاف روی زمین قرار گرفته باشند و نه روی جابایی های ویلچر.

شلوار

روش ۱

پوشیدن شلوار:

۱- بر روی یک صندلی دسته دار محکم و یا ویلچر قفل شده بنشینید. (تصویر شماره ۳- شکل A)

۲- پای قوی تر را با زانوی خم شده ۹۰ درجه، در جلوی خط وسط بدن وضعیت دهی کنید. دست قوی تر خود را دراز کنید و مچ پای مبتلا را به دست بگیرید. (تصویر شماره ۳- شکل B1) پای مبتلا را با دست قوی تر بلند کنید و روی پای سالم قرار دهید تا دو پا نسبت به هم حالت ضربدری پیدا کنند. (تصویر شماره ۳- شکل B2)

۳- شلوار را بر روی پای مبتلا تا جایی که پا (مچ و انگشتان

(یا) کاملاً در درون پای شلوار قرار گرفته باشند، بالا بکشید. (تصویر شماره ۳- شکل C) هرگز شلوار را در این مرحله تا روی زانو بالا نکشید؛ زیرا با این کار ورود پای سالم به شلوار دشوار خواهد شد.

۴- پای مبتلا را از مچ گرفته و از حالت ضربدری که در مرحله ۲ قرار داده بودید؛ خارج کنید. (تصویر شماره ۳- شکل D) دقت کنید که پا را به آرامی روی زمین بگذارید و اجازه ندهید که به صورت ناگهانی بیفتد؛ زیرا این کار می تواند موجب آسیب پا شود.

۵- پای سالم را وارد شلوار کنید و تا جایی که ممکن است تا

روی لگن بالا بکشید. (تصویر شماره ۳- شکل های E1 و E2)

۶- برای پیشگیری از افتادن شلوار در هنگام بالا کشیدن آن بر روی لگن ها، دست مبتلا را درون جیب قرار داده و یا یکی از انگشتان دست مبتلا را درون یکی از بند های کمربند شلوار قرار دهید. اگر توانایی ایستادن ایمن دارید، بایستید و شلوار را تا روی لگن بالا بکشید. (تصویر شماره ۳- شکل های F1 و F2) این مرحله ممکن است نیازمند صرف زمان بیشتری باشد. اگر تعادل در حالت ایستاده مناسب است، در همان حالت باقی بمانید و زیپ یا دکمه ها را ببندید. (تصویر شماره ۳- شکل F3) در غیر این صورت بنشینید و اقدام به بستن دکمه ها کنید. (تصویر شماره ۳- شکل G)

روش ۲

روش ۲ در سه حالت می تواند مورد استفاده قرار گیرد:

۱) مراجع روی یک ویلچر قفل شده و مجهز به تجهیزات ضد واژگونی^۵ و در حالی که جابایی ها به کنار زده شده و پاها بر روی زمین قرار دارند، نشسته است. ۲) مراجع در حالت نشسته بر روی یک صندلی دسته دار با پشتی صاف که پشتی صندلی در مقابل دیوار وضعیت دهی شده است، قرار دارد. ۳) برای مراجعی که نمی تواند به صورت مستقل بایستد.

پوشیدن شلوار:

۱- شلوار را در پاها شبیه مراحل ۱ تا ۵ روش ۱ وضعیت دهی کنید.

۲- دو لگن خود را با فشار دادن پشت خود به پشتی صندلی و پای قوی تر به زمین از

این روش برای چند دسته از مراجعین توصیه نمی شود:

- مراجعانی که نمی توانند حرکت پل زدن^۶ را در ناحیه لگن به صورت امن اجرا کنند.

- مراجعانی که دارای مشکلات حسی و ادراکی شدید در اندام مبتلا هستند.

- مراجعانی که دارای درک قضاوت ایمنی ضعیف و کنترل ضعیف تکانه ها هستند.

- هنگامی که احتمال خم شدن ویلچر به سمت عقب و بلند شدن چرخ های جلویی در حین اجرای مراحل وجود دارد

روی صندلی بلند کنید. هنگامی که لگن های خود را بلند کردید، شلوار خود را با دست قوی تر تا روی دو لگن بالا بکشید.

۳- دوباره لگن خود را به حالت اولیه روی صندلی پایین آورده و دکمه ها و زیپ شلوار را ببندید.

در آوردن شلوار:

۱- دکمه و زیپ شلوار را باز کنید و آن را تا جای ممکن در حالت نشسته تا لگن پایین بکشید.

۲- لگن خود را با فشار دادن پشت خود به پشتی صندلی و پای قوی تر به زمین از روی ۳- مانند مراحل ۳ و ۴ روش ۱ ادامه دهید.

5. Anti-tipping Devices: چند قطعه قابل اضافه کردن از عقب به ریل پایینی ویلچر هستند که می توانند ویلچر را از واژگونی به پشت محافظت نمایند.

6. Bridging

4. Trousers



روش ۳

پوشیدن شلوار:

روش ۳ برای مراجعانی که در وضعیت خوابیده هستند، قابل استفاده می باشد و سخت تر از روش های قبلی که در حالت نشسته انجام می گرفتند، است. اگر ممکن است، برای اجرای این روش، سر تخت باید تا وضعیت نیمه نشسته به بالا آورده شود.

۱- با استفاده از دست قوی تر، پای مبتلا را در وضعیت خم شده قرار دهید و آن را از روی پای سالم که می تواند برای جلوگیری از لغزش پای مبتلا در وضعیت خم شده قرار گرفته باشد، عبور دهید.

۲- شلوار را وضعیت دهی کنید و ابتدا آن را تا زانوی پای مبتلا بالا بکشید و سپس پا را به وضعیت اولیه بازگردانده و از حالت ضربدری خارج کنید.

۳- پای قوی تر را وارد شلوار کرده و شلوار را تا روی لگن ها تا جای ممکن بالا بکشید.

۴- این مرحله در صورتی که تخت صاف و مسطح باشد، آسان تر انجام می گیرد. با پای قوی تر که در وضعیت خم شده قرار دارد و شانه خود به تخت فشار وارد کنید

۵- دکمه ها و زیپ شلوار را ببندید.

در آوردن شلوار:

۱- در تخت، با پل زدن، لگن های خود را بلند کنید (مرحله ۴ روش ۳ پوشیدن شلوار ۲- شلوار را از لگن پایین بکشید و با خم کردن زانو ها و چرخیدن به طرفین؛ شلوار را را مشاهده کنید)؛ یا در صورت عدم توانایی پل زدن، تخت را صاف کنید، زانو ها را ابتدا از پای قوی تر و سپس از پای مبتلا خارج کنید. خم کنید و با چرخش به طرفین، شلوار را از لگن ها پایین بکشید.

نکته آخر:

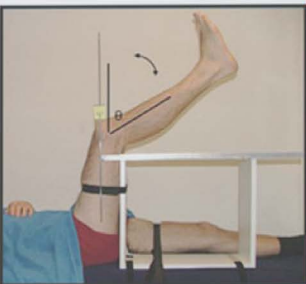
تکنیک هایی که در این نوشته ذکر شدند، تکنیک های جبرانی هستند. کاردرمانی موفق، ترکیبی از تکنیک های اصلاحی و درمانی، همراه با تکنیک های جبرانی را برای بازگرداندن هر چه سریعتر بیمار به زندگی مستقل، مورد استفاده قرار می دهد.

منبع:

Pedretti's Occupational Therapy For Physical Dysfunction

ارزیابی حسی و حرکتی در کاردرمانی

{ مطابق با برنامه آموزشی }
{ مقطع کارشناسی }



مترجمین و گردآورندگان:

دکتر ناصر حوائی

استادیار، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر احمد محمدی

استادیار، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ارزیابی حسی و حرکتی در کاردرمانی

۶۶

«اولین وظیفه درمانگر بعد از ارجاع، ارزیابی دقیق است. ارزیابی دقیق، درمانگر را در تشخیص علائم و مشکلات و اجرای بهتر فرایند درمان کمک خواهد کرد. ارزیابی در کاردرمانی شامل سه بخش ارزیابی مبتنی بر فرد، محیط و فعالیت می باشد. بدین ترتیب درمانگر می تواند اهداف و برنامه درمانی را بر اساس مشکلاتی که در طی ارزیابی به آن پی برده است، تعیین نماید کتاب حاضر بر ارزیابی حسی و حرکتی متمرکز بوده و برای کاردرمانگرانی که در زمینه اختلالات جسمانی بزرگسالان فعالیت دارند، مفید خواهد بود.»

نویسندگان: دکتر ناصر حوائی، دکتر احمد محمدی

انتشارات ستایش هستی

فهرست عناوین:

فصل اول: جمع آوری اطلاعات

فصل دوم: ارزیابی تون عضلاتی

فصل سوم: ارزیابی حسی

فصل چهارم: ارزیابی بینایی و پردازش بینایی

فصل پنجم: ارزیابی هماهنگی حرکتی

فصل ششم: ارزیابی کنترل پاسخچرخ و تعادل

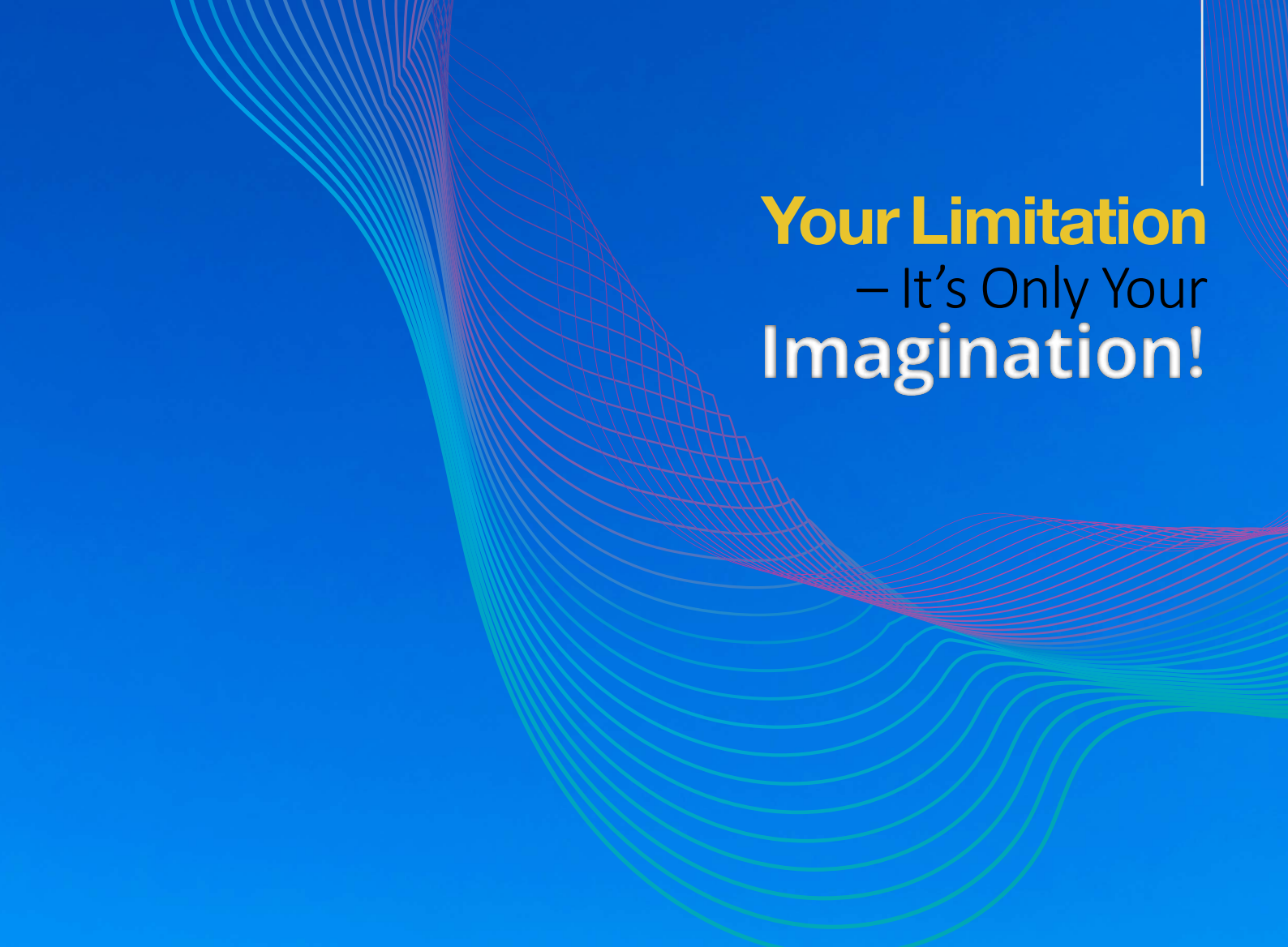
فصل هفتم: ارزیابی درد

فصل هشتم: ارزیابی مهارت حرکتی دست

فصل نهم: ارزیابی اِدم

فصل دهم: ارزیابی قدرت گرفتن و پینچ

فصل یازدهم: ارزیابی کوتاهی و دفورمیتی



Your Limitation – It's Only Your **Imagination!**



OCCUPATIONAL THERAPY
No. 3 | Autumn 2020