



نشریه علمی کاردرمانی
شماره هفتم | پاییز ۱۴۰۳



پرونده ویژه

از واقعیت به واقعیت مجازی: آینده توانبخشی در دستان VR

ضمیمه:

همراهی که ما را متوقف می‌کند:
راهکارهای کاردرمانی برای مدیریت درد مزمن



مثلت زندگی خود را طراحی کنید:
معرفی مدل Occupational Wholeness



زندگی، تجربه، کاردرمانی:
گفتگویی صمیمانه با
دکتر فرزانه یزدانی



به مناسبت ۶ آبان،
روز جهانی کاردرمانی؛
#من_یک_کاردرمان_گرم





«کار و شغل شما، بخش بزرگی از زندگی شما رو می‌سازه و تنها راه رسیدن به رضایت واقعی در زندگی، اینه که کاری انجام بدید که از نظر خودتون ارزشمند و عالی باشه - و انجام یک کار عالی هم فقط وقتی ممکنه که عاشق اون کار باشید. پس اگه هنوز کاری رو پیدا نکردید که بتونید از ته دل بهش عشق بورزید، به جستجو ادامه بدید و به چیزی کمتر از اون چیزی که قلبتون می‌خواد راضی نشید. مثل همه‌ی چیزهایی که به قلب آدم برمی‌گرده، وقتی کاری که براش ساخته شدید رو پیدا کنید، خودتون می‌فهمید که به مقصد رسیدید.»

-استیو جابز



۶ آبان، روز جهانی کاردرمانی

چه روزی بهتر از امروز برای تبریک به کاردرمانگرانی که با قلب‌های بزرگ‌شون و دستان توانمندشون، زندگی رو به جریان می‌اندازن و امید رو در دل‌ها زنده می‌کنن؟ این روز یادآور معجزه‌ایه که هر کاردرمانگر با عشق و تخصصش خلق می‌کنه.

اما برای ما، این روز چیزی فراتر از یک جشن ساده‌ست. یاد شهید فرزاد نامی، همکار بزرگی که در سخت‌ترین روزهای پاندمی کرونا با تعهد و انسانیت بی‌نظیرش مسیرمون رو روشن‌تر کرد، همیشه با ماست. او به ما یاد داد که کاردرمانی فقط یک حرفه نیست، بلکه رسالتی در جهت معنا بخشیدن دوباره به زندگی‌هاست.

یادش جاودانه و مسیرش الهام‌بخش تکتک ما باد.



World Occupational Therapy Day

October 27th,
2024



با سپاس فراوان از:

- دکتر مهدی پروین زاده، مدیریت امور فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- آقای هادی فائزی، کارشناس دفتر نشریات دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- مدیر گروه محترم و اعضای هیئت علمی گروه کاردرمانی دانشکده توان بخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

که با همراهی و حمایت خود نقش مهمی در به ثمر رسیدن این شماره از نشریه داشتند. همچنین از آقایان پیام بهاری مقدم و علی شعاعی که با همکاری بی دریغشان ما را در این مسیر یاری کردند، صمیمانه تشکر می کنیم. تلاش و حمایت شما عزیزان برای ما بسیار ارزشمند است و این نشریه بدون همراهی تان به این مرحله نمی رسید.



نشریه علمی کاردرمانی | دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سری دوم | شماره ۷ | پاییز ۱۴۰۳



شناسنامه

صاحب امتیاز: انجمن علمی گروه کاردرمانی دانشکده توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مدیرمسئول: مهدی طلائی

سرمدبیر: آيسان مقتدر

اعضای هیئت تحریریه: علی شعاعی، امین منصور، علی اسدی، آيسان مقتدر، مهدی طلائی، پیام بهاری مقدم، مانده عرفانیان، سانای مستوفی، الینا اسدی، امیر بناری، هانیه غفارپور، آیلین کوزه گر، حسنا عرفانی، مانده میرزایی، امیرحسین ذاکر زاده، فاطمه تقی زاده، نستر علیزاده

ویراستاری: آيسان مقتدر، مهدی طلائی، علی شعاعی، مبینا چوبکار

گرافیک و صفحه آرایی: هادی پایدار
(۰۹۱۴۹۵۴۳۱۵۵)

| نشانی

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

| تلفن

۰۴۱۳۱۷۷۲۰۴۰



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.

فهرست

- ۸ سخن سردبیر
- ۱۰ به مناسبت ۶ آبان، روز جهانی کاردرمانی؛ #من_یک_کاردرمانگرم
- ۱۲ زن خوب: معرفی چهره‌های تأثیرگذار در تاریخ کاردرمانی
- ۱۸ مثلث زندگی خود را طراحی کنید: معرفی مدل Occupational Wholenes
- ۲۶ زندگی، تجربه، کاردرمانی: گفتگویی صمیمانه با دکتر فرزانه یزدانی
- ۳۲ نقاشی، دروازه‌ای به ذهن کودکان
تفسیر نقاشی کودک- قسمت چهارم
- ۳۸ جایزه، انگیزه‌ای برای پیشرفت یا شمشیری دو لبه؟
- پرونده ویژه**
- ۴۰ **از واقعیت به واقعیت مجازی: آینده توانبخشی در دستان VR**
- ۴۸ آموزش توالف رفتن در کودکان مبتلا به اوتیسم (ویژه مربیان)
- ۵۴ OPC؛ روشی برای تقویت عملکرد کاری و مشارکت افراد
- ۶۲ فیلم‌هایی که مرزها را می‌شکنند: معرفی فیلم و سریال
- ۶۶ معرفی کتاب: مردی که زنش را با کلاه اشتباه می‌گرفت
- ضمیمه**
- ۷۰ همراهی که ما را متوقف می‌کند:
راهکارهای کاردرمانی برای مدیریت درد مزمن



سخن سردبیر

سلامی به همه دوستان عزیز و همراهان همیشگی نشریه دانشجویی کاردرمانی علوم پزشکی تبریز! در شروع این یادداشت، باید بگویم خیلی خوشحالم که بعد از فراز و نشیب‌های طولانی و مشکلات متعددی که سر راهمون قرار گرفت، باز هم این افتخار نصیبمون شد که شماره جدیدی از نشریه، الان در دسترس شما قرار بگیره. در فاصله بین دو شماره آخر نشریه، افراد زیادی برای چرخوندن دوباره‌ی چرخ‌های اون تلاش کردن که در این راستا، جا داره از زحمات فراوان مدیرمسئول جدید، آقای مهدی طلائی تشکر کنم. دلیل همه این تلاش‌ها و دویدها در نهایت این بود که نشریه ما، نه فقط به مجموعه از مقالات و مطالب از یافته‌های جدید، بلکه خونه‌ای برای روحيات، آرزوها و دغدغه‌های ماست؛ جایی که توی اون می‌تونیم بخشی از خودمون رو با هم کلاسیامون، همکارانمون و بقیه افراد به اشتراک بذاریم و از این راه، به فهم عمیق‌تری از خودمون، معنای واقعی کاردرمانی و تأثیر اون بر زندگی انسان‌ها برسیم. توی این شماره هم با اضافه شدن دوستان خلاق و توانمندمون به تیم تحریریه، این امکان برامون فراهم شد که با هم، به گفتگوی اساسی در مورد مسائل و دیدگاه‌های جدید مرتبط با رشته داشته باشیم و چیزی جالبی که تو این مسیر یاد گرفتیم رو با شما در قالب نشریه به اشتراک بذاریم.

اینکه امروز می‌تونیم به واسطه نشریه با هم در ارتباط باشیم و از کاردرمانی، کاردرمانگر بودن و نقشی که در جامعه داریم حرف بزنیم نتیجه زحمات سردبیران و مدیر مسئولان سابق هست: سرکار خانم‌ها سمانه زهرابی، سما رسولی، مهسا حسینی، سحر رنجبری و آقایان محمدرضا غلام‌پور و پیام بهاری مقدم که زحمت زیادی برای شروع و ادامه راه نشریه کشیدن و امیدوارم ما هم بتونیم در کنار هم، قوی و باانگیزه این مسیر رو ادامه بدیم. و اما این شماره از نشریه که مدت‌ها منتظرش بودید! در این شماره، مصاحبه‌ای داشتیم با خانم دکتر فرزانه یزدانی و مدل جدید ایشون به نام «Occupational Wholeness» رو در بخش مدل‌های کاردرمانی معرفی کردیم. بخش تاریخچه کاردرمانی در شماره قبلی به پایان رسید و حالا بخش جدیدی به نام «ژن خوب» رو شروع کردیم که در اون به افراد تأثیرگذار رشته و نقش‌شون در پیشرفت کاردرمانی می‌پردازیم. پرونده ویژه این شماره هم به یکی از موضوعات داغ روز یعنی تکنولوژی‌های توان‌بخشی و VR اختصاص داره که امیدواریم برای شما جذاب و کاربردی باشه.

فصل‌نامه پاییز نشریه همیشه جای تبریک **روز کاردرمانی** بوده و هست. ۶ آبان، **روز جهانی کاردرمانی** رو به همه کاردرمانگران توانمند ایران و جهان تبریک می‌گویم؛ کاردرمانگرانی که در هر جای ایران کمک می‌کنن که زندگی صدها نفر کم‌دغدغه‌تر، باکیفیت‌تر و مستقل‌تر ادامه پیدا کنه؛ کاردرمانگرانی که با تخصص و مهارت خودشون، نور امید رو در دل افراد ناامید زیادی زنده می‌کنن و چقدر باعث افتخاره که ما هم بتونیم یکی از این کاردرمانگران باشیم.

در نهایت متشکرم از همراهی همیشگی‌تون؛ با اشتیاق فراوان منتظر بازخوردها و پیشنهادهای شما و حتی مطالبی که دوست دارین در موردشون بخونین هستیم!

با مهر و امید،

آیسان مقتدر

سردبیر نشریه دانشجویی کاردرمانی





به مناسبت ۶ آبان، روز جهانی کاردرمانی؛

#من_یک_کاردرمانگرَم

علی شعاعی | کارشناسی ارشد کاردرمانی

شغل هر فرد می‌تونه یکی از افتخارات زندگی‌اش باشه. بعضی مشاغل جدای از دستاوردهای مادی که در ذهن همه‌مون وجود داره، دارای دستاوردهای معنوی هم هستن و این به‌تنهایی می‌تونه باعث افتخار باشه. منظورم از دستاوردهای معنوی وقت‌هاییه که دردمندی سلامت خودش رو دوباره به دست میاره یا دستی به نشونه شکرگزاری به سمت آسمون بلند می‌شه؛ و اونجاست که تو به خاطر شغلت، به‌خاطر اینکه باعث این همه حال خوب شدی به خودت افتخار می‌کنی!

اون تویی که با قلبی سرشار از مهر و دست‌هایی گرم، مرهم رنج کشیدگانی... اون تویی... تویی که نور امید به چشم‌های خسته بیماران میاری... تویی که بی‌هیچ چشم‌داشتی، لبخند رضایت بیمار، خستگی رو از تنت بیرون می‌بره.

تو اون قدر ارزشمندی که به خواست خداوند، دست‌های تو ناتوان رو توانمند می‌کنه و به مادران امید می‌بخشه و چشم‌های تو... چشم‌های تو دلشون رو از غم رها می‌کنه...

من یک کاردرمانگرَم
برای من همه نقطه‌ها از سر خط آغاز می‌شود؛
آن جایی که افسوس هست من بذر امید
می‌کارم...
من از همان چیزی که رنج نامیده شده عشق
درو می‌کنم...
با من از ناممکن‌ها حرف نزن!
من با چشم خود دیده‌ام لبخند پرمعنای کودک
کم‌توان ذهنی را...
من نگاه کرده‌ام به هر آن چه پیش از آن دلش
را نداشت،
و من تعریف‌های دروغین عشق را دور
ریخته‌ام،
می‌توانم عشق را لبخند بزنم.
گفتم عشق را فهمیده‌ام، باورت نشد!
عشق چیزی جز اتحاد من و تو نیست!
چه می‌گویم؟ عشق چیزی جز تو نیست...
به خودت افتخار کن،
ما با افتخار، کاردرمانگریم!

ژن خوب:

معرفی چهره‌های تأثیرگذار در تاریخ کاردرمانی

آیلین کوزه‌گر | سال آخر کاردرمانی

مانده میرزانی | سال آخر کاردرمانی

حسنا عرفانی | سال آخر کاردرمانی

نسترن علیزاده | سال آخر کاردرمانی

پینل^۲ معرفی شد، باور داشت که بیماران روانی برای دستیابی به بهبودی، به محیطی امن و حمایت‌کننده نیاز دارند. در ادامه رشد درمان اخلاقی، این ایده که فعالیت‌های هدفمند و معنادار می‌توانند در بهبودی بیماران نقش داشته باشند زمینه‌ساز شکل‌گیری کاردرمانی به‌عنوان رشته‌ای با رویکردی توانمند شد. پیشگامانی چون النور کلارک اسلاگل و ویلیام راش دانتون، با نوآوری‌ها و تأکید بر اهمیت پژوهش و فعالیت‌های معنادار، کاردرمانی را به عنصری کلیدی در بهبود کیفیت زندگی بیماران روانی و بازیابی مهارت‌های روزمره تبدیل کردند. در ادامه، به بررسی‌ای مختصر از زندگی این دو فرد تأثیرگذار در اعتلای رشته می‌پردازیم.

به‌تدریج، پزشکان دریافتند که بیماری‌ها تنها منحصر به جسم نیستند و ذهن نیز در کنار جسم، در سلامتی انسان نقشی حیاتی ایفا می‌کند، همان‌طور که دانتون^۱ با بینشی عمیق اظهار داشت «آکیوپیشن به‌اندازه آب و غذا حیاتی است». درمان اخلاقی مفهومی نوین از مراقبت را معرفی کرد، جایی که آکیوپیشن نه تنها یک فعالیت، بلکه راهی به‌سوی بهبود و بازیابی سلامت شد. درمان اخلاقی به‌عنوان یک نقطه عطف اساسی در تاریخچه مداوای بیماران روانی، نه تنها پایانی بر روش‌های خشن و غیرانسانی گذشته بود، بلکه سنگ بنایی برای پیدایش و توسعه کاردرمانی نیز به‌شمار می‌رود. این رویکرد که ریشه‌های آن به اواخر قرن هجدهم بازمی‌گردد و توسط پیشگامانی چون فیلیپ

در شماره‌های قبلی گریزی به دل تاریخچه پرفرازونشیب کاردرمانی زدیم، با درمان اخلاقی آشنا شدیم و فهمیدیم که برای درمان جنون، نیازی به استفاده از شلاق نیست. در ادامه از تشکیل سازمان‌های حرفه‌ای کاردرمانی گفتیم و چگونگی تبدیل کاردرمانی به یک رشته مستقل و پویا در جریان جنگ‌های جهانی را موردبررسی قرار دادیم. از این شماره قصد داریم نگاهی عمیق‌تر به ریشه‌های کاردرمانی داشته باشیم؛ به افرادی که در شکل‌گیری و پیشرفت این رشته نقش بنیادین داشته‌اند. ویلیام راش دانتون و النور کلارک اسلاگل، پدر و مادر کاردرمانی، نه تنها پایه‌های این حرفه را نهادند بلکه زندگی‌های بسیاری را با ایجاد فرصت‌هایی برای بهبود و بازیابی از طریق فعالیت‌های معنادار متحول کردند.

1. William Rush Dunton Jr. MD.

2. Philippe Pinel

النور کلارک اسلاگل^۳، مادر رشته

کاردرمانی

النور کلارک اسلاگل، زنی با دید وسیع و چهره‌ای ماندگار در تاریخ کاردرمانی، به‌عنوان یکی از پیشگامان و مادر این حرفه شناخته می‌شود. متولد ۱۸۷۰ در هوبارت، نیویورک، اسلاگل با تعهدی عمیق به بهبود زندگی افراد از طریق کاردرمانی، میراثی دائمی از خود به جا گذاشت. اسلاگل دوران کودکی خود را در نیویورک گذراند، سپس برای مدتی کوتاه در کالج کلاورک تحصیل کرد. پس از آن به شیکاگو

نقل مکان کرده و با رابرت اسلاگل^۴ ازدواج کرد که بعداً از وی طلاق گرفت. علاقه اسلاگل به حوزه بهداشت روان در اوایل دهه ۱۹۰۰ شکل گرفت، زمانی که او به ارائه خدمات اجتماعی به ناتوانان جسمی و ذهنی علاقه‌مند شد و تصمیم گرفت در رشته مددکاری اجتماعی در شیکاگو تحصیل کند. هم‌زمان با تحصیل در رشته مددکاری اجتماعی، النور بازدیدهایی از بیمارستان‌ها انجام می‌داد. روزی در یکی از بیمارستان‌های روان، متوجه مادری با ناتوانی ذهنی شد که تلاش می‌کرد تا کتی نازک برای یکی از فرزندان‌ش بیافد اما مدام شکست می‌خورد.

اسلاگل به مادر ناتوان کمک کرد و در آن نقطه بود که متوجه اهمیت نقش درمانی فعالیت شد. تجربیات او در این دوران، به‌ویژه بازدید از بیمارستان‌ها و مؤسسات روان، به او درک عمیقی از اهمیت آکیوپیشن، فعالیت‌های معنادار و تأثیر آن‌ها بر بهبود بیماران روانی داد.

اسلاگل که بسیار به آکیوپیشن‌ها و جایگاه آن‌ها در درمان علاقه‌مند شده بود، به پیشنهاد جولیا لاتروپ^۵، یکی از اساتید برجسته در حیطه آکیوپیشن، یک دوره ویژه به نام «آکیوپیشن‌های درمان‌کننده»^۶ را در مدرسه مدنی و بشردوستی شیکاگو گذراند. این دوره



النور کلارک اسلاگل، ملقب به مادر رشته کاردرمانی و از پایه‌گذاران اصلی انجمن علمی کاردرمانی آمریکا که بسیار از شیوه Habit Training در درمان بهره برد.

3. Eleanor Clarke Slagle

4. Robert E. Slagle

5. Julia Clifford Lathrop: جولیا کلیفورد لاتروپ، فعال اجتماعی و اولین زن منصوب‌شده به یک سمت اجرایی در دولت فدرال آمریکا، به خاطر تلاش‌هایش برای بهبود شرایط کودکان، بهداشت عمومی و حقوق زنان و کودکان شناخته شده است. او در خانه هال هاوس فعال بود و رئیس بوروی کودکان در وزارت بازرگانی و کار شد.

6. Curative Occupations and Recreations

شش هفته‌ای که توسط خود جولیا لاتروپ در سال ۱۹۰۸ برگزار شد، آکیوپیشن را توسط کادر درمانی بیمارستان به بیماران روان آموزش می‌داد؛ در این دوره از فلسفه، هنر و آکیوپیشن برای بیماران روان استفاده می‌شد. اسلاگل در سال ۱۹۱۲ توسط آدولف مایر^۷، چهره برجسته روان‌پزشکی، برای توسعه برنامه کاردرمانی در کلینیک فیپس (Phipps) دانشگاه جان هاپکینز دعوت شد. ویلیام راش دانتون^۸ که به‌عنوان پدر کاردرمانی شناخته می‌شود، با شنیدن خبر تخصص اسلاگل در کاردرمانی ترتیبی داد که با او ملاقات کند. آن‌ها دوستان و همکاران نزدیک شدند، اغلب با هم غذا می‌خوردند و دانش و ایده‌های خود را با یکدیگر به اشتراک می‌گذاشتند. یکی از این ایده‌ها، تشکیل جامعه‌ای برای به‌اشتراک‌گذاری تجربیات استفاده از

آکیوپیشن در درمان بود که در نهایت زمینه‌ساز تأسیس انجمن کاردرمانی آمریکا (AOTA) نیز شد. در سال ۱۹۱۸، او به‌عنوان رئیس بخش کاردرمانی در اداره رفاه عمومی ایلیونز منصوب شد و برنامه‌ای درمانی برای بیمارستان‌های روان ایلیونز تدوین کرد. موفقیت‌های او در این نقش باعث شد تا چهار سال بعد به‌عنوان «مدیر کاردرمانی» کمیسیون بیمارستان دولت نیویورک انتخاب شود و تا پایان دوره حرفه‌ای خود در این سمت فعالیت کند. تحت رهبری اسلاگل، کاردرمانی برای بیماران روان در سطح بیمارستان‌های دولتی به شکل چشمگیری گسترش یافت که او را به الگویی برای مؤسسات در سراسر ایالات متحده تبدیل کرد. فعالیت‌های اسلاگل در بهبود عملکرد

حرفه‌ای از طریق تأسیس انجمن ملی ترویج کاردرمانی^۹ (NSPOT) در سال ۱۹۱۷ که بعدها به انجمن کاردرمانی آمریکا (AOTA) تغییر نام داد، بسیار قابل توجه بود. او نه تنها در نقش‌های برجسته در انجمن‌های حرفه‌ای فعال بود، بلکه تلاش کرد گروه‌های مدنی تأثیرگذار را برای پاسخگویی به نیازهای بازتوانی بیماران روان جلب کند. وی در تاریخ ۱۸ سپتامبر ۱۹۴۲ در اثر ترومبوز کرونری درگذشت. تعهد او به آموزش، ایجاد برنامه‌های آموزشی و ترویج استانداردهای حرفه‌ای، همچنان به‌عنوان الهام‌بخش نسل‌های آینده از کاردرمانگران باقی مانده است. انجمن کاردرمانی آمریکا هر ساله جایزه النور کلارک اسلاگل را به افرادی اهدا می‌کند که سهم قابل توجهی در زمینه آموزش، تحقیق یا عملکرد در کاردرمانی داشته‌اند.



جولیا لاتروپ، یکی از شخصیت‌های برجسته در عرصه اصلاحات اجتماعی و حقوق کودکان در ایالات متحده آمریکا

7. Adolf Meyer

8. William Rush Dunton Jr. MD.

9. National Society for The Promotion of Occupational Therapy (NSPOT)



دکتر ویلیام راش دانتون، ملقب به پدر رشته کاردرمانی و روان‌پزشکی که در درمان بیماران روان از فعالیت‌های معنی‌دار بهره می‌برد. وی از پایه‌گذاران اصلی انجمن علمی کاردرمانی آمریکا بود.

دکتر ویلیام راش دانتون^{۱۰}،

پدر رشته کاردرمانی

ویلیام راش دانتون، روان‌پزشکی پرتلاش و رهبری قوی که به‌عنوان پدر کاردرمانی شناخته می‌شود، در ۲۴ جولای ۱۸۶۸ متولد و در سن ۹۸ سالگی در ۲۳ دسامبر ۱۹۶۶ دیده از جهان فرو بست. وی شخصی مهربان، خردمند و برخوردار از هوشی سرشار بود که نقش عمده‌ای در توسعه و پیشرفت کاردرمانی ایفا کرد.

ویلیام در فیلادلفیا به دنیا آمد و برادرزاده بنجامین راش، پدر روان‌پزشکی آمریکا بود. وی در سال ۱۸۹۳ از دانشکده پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا فارغ‌التحصیل شد و به‌عنوان یک پزشک جوان به جان هاپکینز پیوست.

در سال ۱۸۹۵ و دو سال پس از اخذ مدرک پزشکی، دانتون ۲۹ ساله کار خود را در بیمارستان روانی تازه تأسیس شپرد^{۱۱} در تاوسن، مریلند آغاز کرد. بیمارستان شپرد به لطف سرمایه‌گذاری ۶۰۰ هزار دلاری مؤسس آن که به دنبال جبران درمان ناموفق دختر یکی از کارکنان بود، توانست اهداف بزرگی را دنبال کند. مؤسس بیمارستان امیدوار بود که با ایجاد بیمارستانی که اولویتش درمان مناسب و راحت برای همه بیماران در تمام حیطه‌هاست، این اتفاق را جبران کند. این بیمارستان با هدف ارائه درمانی متشکل از علم و تجربه در فضایی مناسب و راحت برای تمامی بیماران، مجهز به امکاناتی چون حریم شخصی، نور کافی خورشید و هوای تازه بود. جنگ داخلی و مشکلات مالی ساخت

زندان‌ها، آسایشگاه‌ها، یا منازل خصوصی که فاقد کمترین امکانات رفاهی و درمانی بود زندگی می‌کردند. بیماری روانی در آن دوران، اغلب به‌عنوان نقیصه اخلاقی با منشأ شیطانی تلقی می‌شد که به‌کارگیری روش‌های درمانی شدید و گاه وحشیانه مانند زنجیر زدن، حبس در قفس و استفاده از حمام‌های سرد به‌عنوان شوک درمانی را به دنبال داشت.

با ظهور درمان اخلاقی در قرن نوزدهم، تغییر چشمگیری در نگرش انسان‌ها به بیماران روانی و روش‌های مراقبت از آن‌ها رخ داد. این رویکرد نوین که بر مبنای احترام به کرامت انسانی و پتانسیل بهبود بیماران روانی استوار بود، بر بهبود شرایط زندگی آن‌ها از طریق یک محیط مثبت و حمایت‌کننده تأکید

بیمارستان را به تعویق انداخت تا اینکه در سال ۱۸۹۱ تحت نظارت دکتر ادوارد براش^{۱۲}، مدیر پیشین بیمارستان روانی پنسیلوانیا، تأسیس شد. دکتر دانتون به‌عنوان سرپرست آزمایشگاه استخدام شد، اما پس از مدتی به درخواست دکتر براش، به درمان بیماران روان پرداخت. او با تمرکز بر مطالعه دمانس پریکوکس^{۱۳}، نتایج تحقیقات خود را منتشر و در کنفرانس‌های تخصصی ارائه داد.

در این بیمارستان بود که دانتون با مفاهیم درمان اخلاقی^{۱۴} و استفاده درمانی از آکیوپیشن آشنا شد. پیش از قرن نوزدهم، بیماران روانی اغلب در شرایط دشواری نگهداری می‌شدند و رفتارهای ناشایست و غیرانسانی نسبت به آن‌ها اعمال می‌گردید. این افراد عمدتاً در

10. William Rush Dunton

11. Sheppard and Enoch Pratt Hospital

12. Edward Nathaniel Brush: دکتر ادوارد ناتانیل براش، روان‌پزشک آمریکایی، در ترویج استفاده از کار و فعالیت‌های هنری به‌عنوان بخشی از درمان بیماران روانی پیشگام بود. او در بیمارستان شپرد و انوچ پرت مریلند به کاربرد فعالیت‌های روزمره برای بهبود سلامت روان توجه نشان داد و در توسعه حرفه کاردرمانی نقش مؤثری داشت.

13. Dementia Praecox: دمانس پریکوکس که امروزه به نام اسکیزوفرنی شناخته می‌شود، به‌جنون زودرسی اشاره دارد که باعث اختلالات شدید در تفکر، احساسات و رفتار شده و به کاهش عملکرد شخصی و اجتماعی می‌انجامد.

14. Moral Treatment

داشت. رویکرد درمان اخلاقی، روابط سازنده، فعالیت‌های هدفمند و فراهم آوردن یک محیط آرام‌بخش را به‌عنوان ابزارهای کلیدی در فرایند بهبودی معرفی کرد. این رویکرد نه تنها در اروپا بلکه به‌تدریج در آمریکای شمالی نیز رواج یافت و سنگ بنایی برای توسعه روان‌پزشکی مدرن به شمار می‌رود.

در سال ۱۹۱۲ که دانتون به‌عنوان روان‌پزشک و محقق شناخته شد، علاقه‌مند به استفاده درمانی از آکوپیشن برای بیماران روانی گردید. او به‌شدت تحت تأثیر عقاید دکتر براش، روان‌پزشک برجسته بیمارستان بود؛ دکتر براش معتقد بود که رویکرد «رژیم فعالیت‌های درست» برای بیماران بسیار مفید است و برای رسیدن به بهترین نتیجه، باید کارها با دقت انتخاب شده و اجزا رژیم کاری هر بیمار، منطبق با نیازهای وی باشند.

پس از مدتی دانتون به‌عنوان مدیر و مسئول برنامه‌های مبتنی بر آکوپیشن در بیمارستان انتخاب شد و تحقیقات خود را برای بررسی فواید درمانی کار آغاز کرد. او از کتابخانه پزشکی دکتر براش برای تحقیق درباره تاریخچه روان‌پزشکی، درمان اخلاقی و استفاده از کار برای درمان بیماری‌های روانی استفاده کرد و در نتیجه تحقیقات خود، به این باور رسید که مشارکت در کار به افراد کمک می‌کند تا توجه خود را بر مسئله‌ای دیگر متمرکز کرده و با جانشین کردن افکار سالم به‌جای توهم و افکار ناراحت‌کننده، درمان خود را تسهیل کنند؛ چرا که انجام کارهای جدید در ایجاد علائق جدید و برداشتن بار مشکلات از روی ذهن مفید است.

در سال ۱۹۱۷، دانتون یکی از معدود افرادی بود که عمیقاً به خواص درمانی فعالیت‌های هدفمند اعتقاد داشت. دکتر براش وی را

تشویق کرد که کلاس‌هایی آموزشی برای پرستاران برگزار کند؛ در این کلاس‌ها پرستاران تعدادی از هنرهای دستی از جمله چرم‌دوزی، سیدبافی، صحافی کتاب و ... را یاد می‌گرفتند تا به بیماران آموزش دهند. دانتون در تأسیس جامعه ملی ترویج کاردرمانی که اکنون به‌عنوان انجمن کاردرمانی آمریکا شناخته می‌شود نقش بزرگی ایفا کرد. وی طی دوران حرفه‌ای پر بار خود، کتاب‌ها و مقالات متعددی در حوزه کاردرمانی نوشت و اولین مجله رسمی انجمن علمی کاردرمانی را نیز پایه‌گذاری کرد.

علاوه بر کار حرفه‌ای، دانتون به لحاف‌دوزی و جمع‌آوری لحاف‌ها نیز علاقه‌مند بود. او بیمارانش را به انجام این فعالیت را به‌عنوان بخشی از درمان تشویق می‌کرد و خودش نیز به یک لحاف‌دوز ماهر تبدیل شد. دانتون معتقد بود که رنگ‌های روشن برای بیماران لذت‌بخش است و برش و دوختن لحاف‌ها به

آن‌ها کمک می‌کند تا ذهنشان را از مشکلات دور کنند. علاقه وی به لحاف‌ها به حدی بود که سه نمایشگاه در موزه هنر بالتیمور برگزار کرد و درباره آن‌ها کتابی نیز نوشت.

کاردرمانی یکی از علایق اصلی دانتون بود. تقریباً سی سال پس از مرگش، یکی از رفرنس‌های اصلی کاردرمانی، «کاردرمانی ویلارد و اسپکمن^{۱۵}»، در ویرایش هشتم خود به سیزده مقاله دانتون اشاره کرده و او را به‌عنوان فردی می‌شناسد که با تجزیه و تحلیل فعالیت‌ها از نظر خلاقیت، تلاش فیزیکی، پتانسیل اجتماعی و نیازهای فکری و هماهنگی آن‌ها با نیازهای دسته‌بندی شده بیماران، دقت بیشتری بخشیده است.

دانتون نه تنها به خاطر تأثیرات حرفه‌ای‌اش در کاردرمانی بلکه به خاطر علاقه‌مندی‌های گسترده‌اش از جمله نوشتن شعر، نواختن موسیقی و به‌ویژه جمع‌آوری و پژوهش در زمینه لحاف‌ها، در یاد و خاطره افراد زیادی



دکتر ادوارد براش، یکی از متفکران پیشرو در زمینه استفاده از کار و فعالیت‌های هنری به‌عنوان بخشی از روند درمان بیماران روانی



بیمارستان شپرد و انوچ پرت، مرکزی پیشرو در روان‌پزشکی و کاردرمانی. این بیمارستان به ارائه خدمات درمانی پیشرفته و مراقبت‌های روانی نوین با تأکید بر رویکردهای محترمانه و انسانی به بیماران خود شهرت دارد.

باقی‌مانده است. او با انرژی فراوان و علایق متنوعش، نه تنها در زمینه پزشکی بلکه در زمینه هنری و فرهنگی نیز اثرگذار بود.

در سال ۱۹۶۰ به مناسبت نود و دومین سالگرد تولد دکتر دانتون، کاردرمانگران و پزشکان از سراسر جهان به همراه انجمن کاردرمانی آمریکا، به ادای احترام به او پرداختند. چکیده بسیاری از این قدردانی‌ها در سخنرانی مری بلک، کاردرمانگر کانادایی، بیان شد: «...چرا که شما به ما کمک کردید تا تفاوت مهمی که بین دادن لوازمی صرفاً مادی و اهدای «وجود خود» به بیماران وجود دارد را درک کنیم و — به خاطر صدها دلیل دیگر، همواره شما را دوست خواهیم داشت و قدردانتان خواهیم بود.»



جلسه تأسیس انجمن ملی ترویج کاردرمانی (NSPOT) در تاریخ ۱۵ مارس ۱۹۱۷ در کلیفتون اسپرینگز، نیویورک از چپ به راست نشسته: سوزان کاکس جانسون، جورج ادوارد بارتون، النور کلارک اسلاگل
از چپ به راست ایستاده: ویلیام راش دانتون، ایزابل گلدوین (نیوتون) بارتون، توماس بسل کیدنر

مثلث زندگی خود را طراحی کنید:

معرفی مدل Occupational Wholeness

آیسان مقتدر | دانشجوی سال آخر کاردرمانی



حتما تا حالا برایتان پیش آمده که حس کنید انگار زندگی‌تان یک چیزی کم دارد. همه کارهایتان را انجام می‌دهید، به زندگی و وظایف و کارهای روزمره‌تان هم می‌رسید و به‌ظاهر همه چیز درست پیش می‌رود، ولی باز هم حس می‌کنید یک جای کار می‌لنگد؛ انگار تکه‌ای از پازل زندگی‌تان گم شده و هیچ چیز آن‌طور که باید کنار هم قرار نمی‌گیرد. این حس «یه چیزی کمه» برای خیلی از ما آشناست - اگر زندگی را شبیه یک پازل در نظر بگیریم، می‌توان گفت که گاهی بعضی تکه‌ها را بیش‌ازحد بزرگ می‌کنیم و بعضی از تکه‌ها را هم کاملاً نادیده می‌گیریم؛ در نتیجه ما می‌مانیم و تکه‌های پازلی که نمی‌توانند پازل کاملی بسازند.

مدل «Occupational Wholeness» به همین منظور طراحی شده است: برای کمک به ما که بفهمیم چه چیزی در زندگی‌مان کم است و چطور می‌توانیم آن را پیدا کنیم. این مدل که برای اولین بار توسط دکتر فرزانه یزدانی، کاردرمانگر ایرانی ساکن انگلستان معرفی شد و نگاه تازه‌ای به زندگی

و فعالیت‌های روزمره ما دارد فقط برای کاردرمانگران نیست؛ بلکه نگرشی است به خودمان و انسانی که می‌خواهیم باشیم، مدلی که هرکسی می‌تواند از آن برای داشتن یک زندگی متعادل‌تر و معنادارتر استفاده کند. دقیقاً معلوم نیست که اولین بار چه کسی از خودش پرسید چه کسی است و در این دنیا چه کاری انجام می‌دهد؛ شاید اولین انسان کره زمین! امروزه همه به قدری درگیر زندگی کردن شده‌ایم که پرسیدن این نوع سؤال‌ها شاید از دور کاری اضافی و بی‌فایده به‌نظر برسد. ما اغلب به الگوهای روتین زندگی‌مان عادت می‌کنیم و ممکن است به مرور این سؤالات در زیر لایه‌های روزمرگی پنهان شوند؛ با این حال، هر بار که با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شویم، دوباره سروکله این پرسش‌ها پیدا شده و ما را با معنی واقعی زندگی خود مواجه می‌کنند. نمی‌توان گفت که در لحظه‌های سخت و چالش‌برانگیز زندگی، در لحظه‌هایی که مجبور به انجام

انتخاب‌های سخت یا مواجهه با اتفاقات ناگوار و تعیین‌کننده زندگی هستیم، تا حالا سؤالاتی مثل «من کی ام؟ چرا اینجام؟ قراره چه کاری انجام بدم؟» از خودمان پرسیده‌ایم. فلسفه مدل Occupational Wholeness دقیقاً از همینجا شروع می‌شود: از جستجوی پاسخ به سؤالاتی که به کارها و فعالیت‌ها ما جهت، و به زندگی مان معنا می‌دهند.

تعالدل یا تمامیت: نگاهی تازه به زندگی متعادل

تعالدل در زندگی، نه یک اصل ساده، بلکه کلیدی است برای سلامتی جسمی و روانی و در عین حال، مسیری است برای لذت بردن از هر لحظه زندگی به شکلی عمیق‌تر و معنادارتر. مفاهیمی مانند «زندگی متعادل» و «Occupational Balance» سال‌هاست که توجه متخصصان و به‌ویژه کاردرمانگران را به خود جلب کرده‌اند. اما سؤال اینجاست: تعادل واقعی در زندگی چیست و چطور می‌توان فهمید که زندگی مان در تعادل است؟ در تعریف سنتی، «تعالدل» یعنی ایجاد توازن بین بخش‌های مختلف زندگی؛ از جمله کار، استراحت و تفریح. این توازن زمانی حاصل می‌شود که به همه جنبه‌های زندگی مان به اندازه کافی زمان و انرژی اختصاص دهیم.

اما مدل Occupational Wholeness نگاهی تازه و متفاوت به مفهوم تعادل دارد: این مدل به جای تکیه بر توازن، به دنبال رسیدن به «تمامیت (Wholeness)» است - این مدل، رسیدن به تعادل را نه به عنوان یک مقصد، بلکه به عنوان نتیجه‌ای از رسیدن به تمامیت تعریف می‌کند؛ تمامیتی که به معنی کنار هم قرار گرفتن قطعات اصلی و مهم پازل زندگی ماست، تمامیتی که از طریق انجام یا حتی انجام ندادن بعضی فعالیت‌ها به دست می‌آید.

فعالیت‌ها، ابزار ما در رسیدن به تمامیت هستند

مدل Occupational Wholeness بر این ایده استوار است که «انجام دادن» بخشی جدایی‌ناپذیر از ماهیت انسانی ماست و در درون ما، یک نیاز بیولوژیکی به «انجام دادن» وجود دارد! «انجام دادن» نه تنها بخشی از موجودیت و «بودن» ما به عنوان یک انسان، بلکه راهی برای برآورده کردن نیازهایمان است و در جریان این «انجام دادن‌ها» یا «انجام ندادن‌ها» است که هر فرد سعی می‌کند به کمال برسد. فعالیت‌های ما تنها وظایف روزمره نیستند، بلکه ابزارهایی هستند که نیازهای عمیق‌تر ما را برآورده می‌کنند و آنچه انجام

می‌دهیم یا حتی انجام نمی‌دهیم، نقشی کلیدی در ایجاد هویت، روابط و رشد شخصی ما دارد که در نهایت، باعث پر یا خالی شدن قسمت‌های پازل زندگی ما می‌شود.

اما آیا هر فعالیت‌ای می‌تواند پازل زندگی ما را تکمیل کرده و ما را به تمامیت برساند؟ مشخصاً نه! گاهی آنچه انجام می‌دهیم، ما را از مسیر کامل شدن و در نهایت، تعادل، دور می‌کند. این جاست که باید به این سؤال پاسخ دهیم: چه فعالیت‌هایی ما را به تمامیت و تعادل نزدیک‌تر می‌کنند؟ و چه کارهایی باعث می‌شوند از آن‌ها فاصله بگیریم؟

تحقیقات نشان می‌دهد که فعالیت‌های ما و هر کاری که در زندگی انجام می‌دهیم - چه مربوط به کار باشد، چه خانواده، استراحت یا هر چیز دیگری - در راستای یکی از این سه نیاز اساسی است:

- کسی که هستیم (Being)
 - کسی که می‌خواهیم باشیم (Becoming)
 - چیزی که ما را به سایر افراد، مکان‌ها یا ارزش‌هایمان متصل می‌کند (Belonging)
- تعالدل در زندگی زمانی اتفاق می‌افتد که این سه بخش به شکلی هماهنگ در کنار هم قرار بگیرند: تعادلی میان «بودن»، «تبدیل شدن» و «تعلق داشتن».

Occupational Wholeness احساس

تمامیت، کامل بودن و یکپارچگی ای در ماست که از طریق انجام دادن کافی و درست فعالیت‌هایی که نیازهای ما برای «بودن»، «تبدیل شدن» و «تعلق داشتن» را برآورده می‌سازد، حاصل می‌شود. تعادل در انجام فعالیت‌هایی که به این منظور لازم هستند و انجام ندادن کارهایی که ما را از رسیدن به این سه هدف دور می‌کنند، در نهایت می‌تواند زندگی ما را به تعادل برساند.

نیاز ما به بودن، تعلق داشتن و شدن؛ پایه‌های رسیدن به تمامیت

همان‌طور که دیدیم، Occupational Wholeness، به تمامیتی اشاره دارد که فرد در نتیجه فعالیت‌های خود تجربه می‌کند. این حس زمانی ایجاد می‌شود که ترکیب معناداری از فعالیت‌ها، نیازهای اساسی فرد برای «بودن»، «تعلق داشتن» و «تبدیل شدن» را برآورده کنند و می‌خواهیم درباره هر کدام از این نیازهای اساسی، بیشتر صحبت کنیم.

۱. بودن^۲

«بودن» یعنی اینکه چطور خودمان را می‌بینیم و هویتمان را تعریف می‌کنیم؛ اینکه چه کسی هستیم، چه توانایی‌هایی داریم، در چه چیزهایی شبیه دیگران هستیم و در چه چیزهایی متفاوت. این حس از نیاز ابتدایی ما به بقا شروع می‌شود و به مرور، با دستیابی به استقلال و توانمندی فردی، عمیق‌تر و کامل‌تر می‌شود.

تعامل ما با دنیای اطراف—چه مستقیم و آشکار باشد، چه پنهان و ناخودآگاه—نقش مهمی در شکل‌گیری این حس دارد. هر انتخابی که می‌کنیم، هر تصمیمی که

می‌گیریم و معنایی که به زندگی مان می‌دهیم، همگی در ساختن حس «بودن» ما مؤثر هستند. در واقع، «بودن» پایه‌ای است که تمام ابعاد زندگی مان روی آن بنا می‌شود و به ما کمک می‌کند بفهمیم چه کسی هستیم و چطور می‌توانیم خود واقعی مان را به بهترین شکل زندگی کنیم.

۲. تعلق داشتن^۳

تعلق داشتن یعنی گسترش حس «بودن» به فراتر از خودمان، با هدف ایجاد پیوند و ارتباط با دیگران، مکان‌ها، اشیاء یا مفاهیمی که برایمان معنا دارند. این حس زمانی شکل می‌گیرد که ما بخشی از خودمان را در این ارتباطات پیدا کنیم.

احساس تعلق از عناصری مانند به اشتراک‌گذاری، نزدیکی و اعتماد ساخته می‌شود و می‌تواند در سطوح مختلفی تجربه شود—از روابط عمیق با افراد نزدیک گرفته تا حس پیوند با یک مکان خاص یا حتی یک ایده. تعلق، بیش از آن که وابسته به نزدیکی فیزیکی باشد، یک تجربه ذهنی و عاطفی است. این حس به ما کمک می‌کند احساس کنیم بخشی از چیزی بزرگ‌تر هستیم، چیزی که ما را به دنیای اطرافمان متصل می‌کند.

۳. تبدیل شدن^۴

تبدیل شدن از «بودن» سرچشمه می‌گیرد و زمانی رخ می‌دهد که فرد به دنبال استقلال و به نمایش گذاشتن توانایی‌های خود برای ساختن آینده باشد. این فرایند پویا، افراد را از زمان حال به سمت آینده‌ای که آرزو دارند به آن برسند هدایت می‌کند و به آن‌ها فرصتی می‌دهد تا امیدها، اهداف و برنامه‌های خود را شکل دهند و برای آن‌ها تلاش کنند.

وقتی به آینده فکر می‌کنیم، انتخاب‌ها و معنایی که به زندگی مان می‌دهیم اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. تبدیل شدن به نوعی هم‌بیانگر تغییر و رشد است و هم حفظ و تثبیت شرایطی که برایمان ارزشمند است. عوامل مختلفی مانند محیط، اجتماع، شغل، سیاست و حتی زمان، می‌توانند در این مسیر تأثیرگذار باشند و چگونگی این تحول را شکل دهند. این فرایند، فرصتی است برای حرکت به سوی بهتر شدن و یافتن معنا در زندگی ای که به دنبال آن هستیم.

۴. انجام دادن‌ها/ندادن‌ها (Doings)

«انجام دادن‌ها» قلب و مرکز مدل هستند. این فعالیت‌ها شامل کارهایی می‌شوند که آگاهانه انجام می‌دهیم یا حتی تصمیم می‌گیریم انجام ندهیم تا به هدف اصلی برسیم؛ یعنی پاسخ دادن به نیازهای اصلی زندگی—بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن.

برای درک بهتر، تصور کنید که شما تصمیم می‌گیرید هر روز بعدازظهر، زمانی را به بازی با فرزندان اختصاص دهید؛ این فعالیت، بخشی از نیاز «تعلق داشتن» شما را برآورده می‌کند، چون ارتباطی که بسیار برایتان مهم است را عمیق‌تر کرده و شما را به خانواده‌تان وصل می‌کند. حالا فرض کنید که این روزها سرتان شلوغ است و تصمیم می‌گیرید شرکت در یک پروژه اضافه که باعث استرستان می‌شود را رد کنید؛ این «انجام ندادن» هم دقیقاً به همان اندازه انجام دادن مهم است، چون به شما اجازه می‌دهد انرژی‌تان را روی چیزهایی متمرکز کنید که واقعاً برایتان ارزش دارند. ما همواره به سمت انجام دادن‌های بیشتر تشویق می‌شویم، اما در واقعیت گاهی

2. Being
3. Belonging
4. Becoming
5. Doings

«تبدیل شدن» کمک کرده‌اید (رسیدن به یک هدف مثل تناسب اندام).

اما زندگی همیشه این‌قدر ایده‌آل پیش نمی‌رود - گاهی ممکن است برآورده کردن نیازهای یک جزء با سایر اجزاء در تضاد باشد و در درازمدت مشکلاتی ایجاد کند، یا گاهی مجبوریم بین این نیازها اولویت‌بندی کرده و یکی را انتخاب کنیم؛ مثلاً شاید در مسیر تلاش برای رسیدن به یک هدف کاری بزرگ (تبدیل شدن)، نتوانیم وقت کافی به خانواده یا دوستانمان اختصاص دهیم (تعلق داشتن) و یا شاید برای استراحت کردن (بودن)، از یادگیری یک مهارت جدید صرف‌نظر کنیم. این انتخاب‌ها بخشی طبیعی از زندگی هستند؛ نکته مهم این است که بفهمیم این سه نیاز چگونه به هم مرتبط هستند و چگونه می‌توانیم

عنصر، گویای این هستند که این سه عنصر به‌طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. در مرکز مثلث، عنصر انجام دادن‌ها (Doings) قرار گرفته که هسته رسیدن به سه زاویه مثلث و سه نیاز اصلی ماست. در اطراف مثلث نیز عوامل زمینه‌ای وجود دارند - مانند شرایط محیطی، اجتماعی یا فرهنگی - که می‌توانند انگیزه ما را برای انجام یا انجام ندادن فعالیت‌ها تقویت یا تضعیف کنند. وقتی کاری انجام می‌دهید که نیاز یکی از این گوشه‌ها را برآورده می‌کند و همزمان به نیازهای دیگر هم کمک می‌کند، حس آرامش و تعادل پیدا می‌کنید؛ مثلاً اگر صبح زود ورزش کنید، هم به «بودن» خودتان توجه کرده‌اید (حفظ سلامت و هویت جسمی‌تان)، و هم شاید به

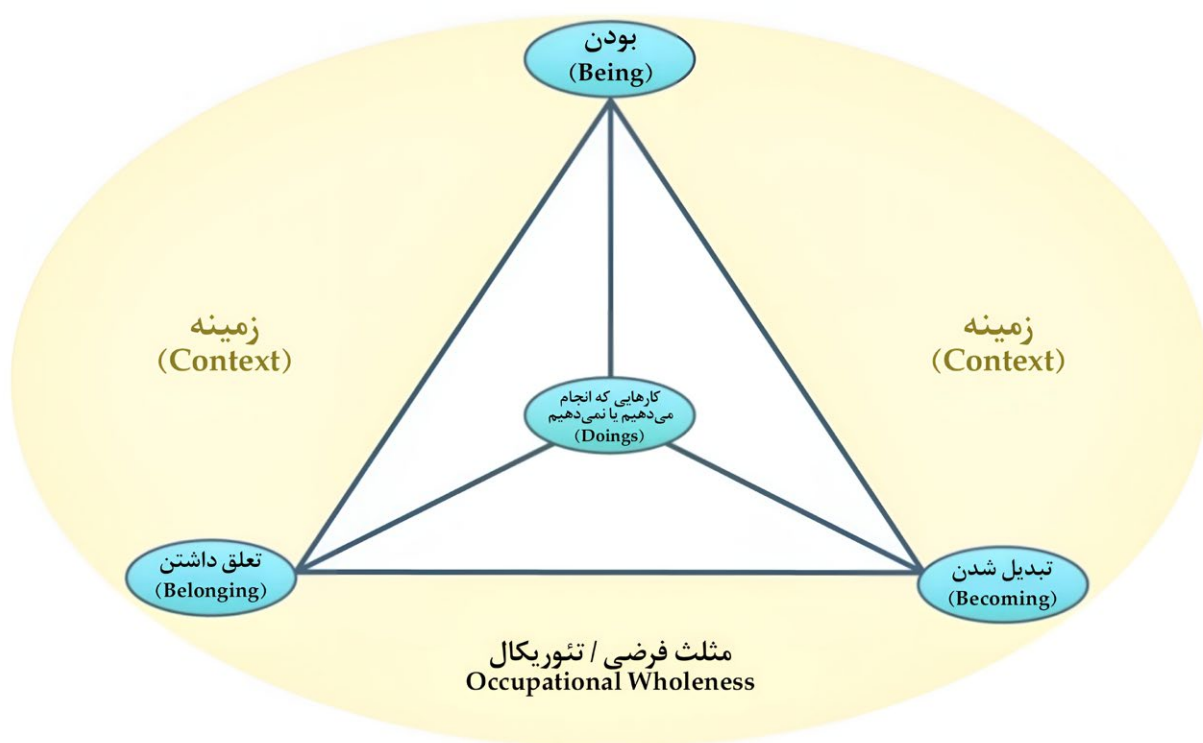
«انجام ندادن‌ها» بیشتر می‌تواند زندگی شما را به تعادل نزدیک کنند. آنچه مهم است این است که هر دو انتخاب، چه انجام دادن و چه انجام ندادن، باید هدفمند و متناسب با نیازها و ارزش‌های زندگی حال حاضر شما باشند.

نگاهی عمیق‌تر به مدل: مثلث

Occupational Wholeness

اگر بخواهیم تصویری از تعامل بین عناصر مدل را داشته باشیم، به مثلث زیر خواهیم رسید:

این مثلث Occupational Wholeness است. در سه گوشه مثلث، سه نیاز بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن قرار گرفته‌اند و اضلاع مثلث با نشان دادن ارتباط بین این سه



تعادل نسبی بین آن‌ها برقرار کنیم.

مثلث‌هایتان را بیاورید!

مثلثی که از مدل Occupational Wholeness دیدیم فقط یک مثلث نیست، بلکه برای هر فرد و متناسب با شرایط او، تبدیل به چهار مثلث می‌شود:

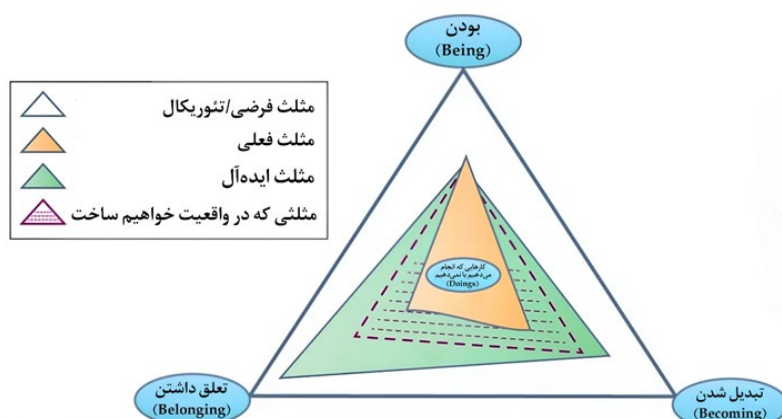
• مثلث فرضی / تئوریکال:

مثلث اصلی مدل که شامل همه فعالیت‌هایی است که می‌توانید در جهت پاسخ به نیازهای بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن خود انجام دهید.

• **مثلث فعلی:** شامل فعالیت‌هایی است که در حال حاضر و در وضعیت فعلی، انجام می‌دهیم یا انجام نمی‌دهیم تا به نیازهای خود پاسخ دهیم. ممکن است در مثلث فعلی خود مشغول به انجام یا انجام ندادن کارهایی شده باشیم که در نهایت موجب نارضایتی ما از زندگی شده‌اند و نیاز به بازنگری دارند.

• **مثلث ایده‌آل:** ایده‌های فرد برای رسیدن به اهداف خود در سه حیطه مدنظر؛ این ایده‌آل‌ها لزوماً اجرایی نیستند و صرفاً نشان‌دهنده انتهای ایده‌های ذهنی ما محسوب می‌شوند.

• **مثلثی که قصد ساختن آن را داریم و خواهیم ساخت:** شامل تغییراتی است که ما و درمانگر با توجه به شرایط فعلی و پیشرفت‌های مدنظرمان، تعیین کرده و برای پیاده‌سازی آن تلاش می‌کنیم.



“

نسبت دادن ارزش‌های مثبت به ناهماهنگی‌ها، می‌تواند به افراد کمک کند حس رضایت بیشتری داشته باشند و تاب‌آوری‌شان در برابر شرایط سخت افزایش یابد، اما به یاد داشته باشید که این ارزش‌ها به‌تنهایی برای ایجاد تعادل و سلامت کافی نیستند.

درک نماید.

ناهماهنگی و عدم تطابق‌های طولانی‌مدت، به مرور زمان تأثیرات منفی‌ای روی سلامت جسمی و روانی فرد خواهند داشت؛ بنابراین هدف این است که فرد بتواند با ایجاد تغییرات آگاهانه، مثلث‌های زندگی خود را هماهنگ‌تر کند و به سمت یک زندگی متعادل‌تر و سالم‌تر حرکت کند.

مداخلات کاردرمانی: سازگاری با تغییرات زندگی

سؤالات بنیادینی که در ابتدا از آن‌ها صحبت کردیم، مثل «من چه کسی هستم؟ چه کاری می‌توانم انجام دهم؟ چقدر می‌توانم زندگی خود را کنترل کنم؟ چگونه باید زندگی کنم؟ چگونه باید زندگی کنم؟ جایگاه من کجاست؟ با چه کسی باید زندگی یا کار کنم؟» در پس ذهن همه ما

هماهنگی یا عدم هماهنگی در فعالیت‌ها و تطابق یا عدم تطابق بین مثلث فعلی و مثلث ایده‌آل، نشان‌دهنده چگونگی پاسخگویی فرد به نیازهایش است. هرچه این تطابق بیشتر باشد، حس تعادل و رضایت بیشتری تجربه می‌شود و هرچه این تطابق کمتر باشد، نارضایتی یا استرس بیشتری در زندگی به وجود می‌آید.

این چهار مثلث، ابزاری برای فهم داستان

همان‌گونه است و وی می‌تواند این مفاهیم را درک کرده و در زندگی‌اش به کار بگیرد؛ مثلاً رویکردی که در یک جامعه فردگرا مؤثر است، ممکن است برای فردی در جامعه‌ای جمع‌گرا مناسب نباشد.



وجود دارند، اما زمانی خودشان را پررنگ‌تر نشان می‌دهند که وارد فاز جدیدی از زندگی شده باشیم؛ مثل شروع یک مقطع تحصیلی جدید، مهاجرت، ازدواج و... یا اتفاق غیرمنتظره‌ای در زندگی‌مان افتاده باشد؛ مثل از دست دادن یک دوست یا گرفتن تشخیص یک

کاربرد مدل در زندگی افراد:

مثال‌های بالینی

• پوریا: سازگاری با شرایط

پوریا، پدر جوانی با دو فرزند، در شرایطی قرار گرفته که تعادل بین کار، مراقبت از خانواده و زمان شخصی‌اش کاملاً به هم خورده است. او و همسرش هر دو تمام‌وقت کار می‌کردند و برنامه زندگی‌شان روی روال بود، اما ناگهان همسر پوریا به دلیل یک بیماری مزمن و طولانی‌توانایی کار کردن را از دست داد. پوریا نیز برای مدیریت این موقعیت مجبور شد تا آموزش‌های تخصصی خود برای ارتقاء در شغلش را کنار گذاشته و اکنون علاوه بر مسئولیت‌های شغلی، مراقبت از همسر و فرزندان را نیز بر عهده دارد. این شرایط باعث شده که پوریا از فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی موردعلاقه‌اش، مثل شنا کردن در تعطیلات آخر هفته فاصله بگیرد و حتی ارتباطش با دوستان و اعضای خانواده نیز کمتر شود.

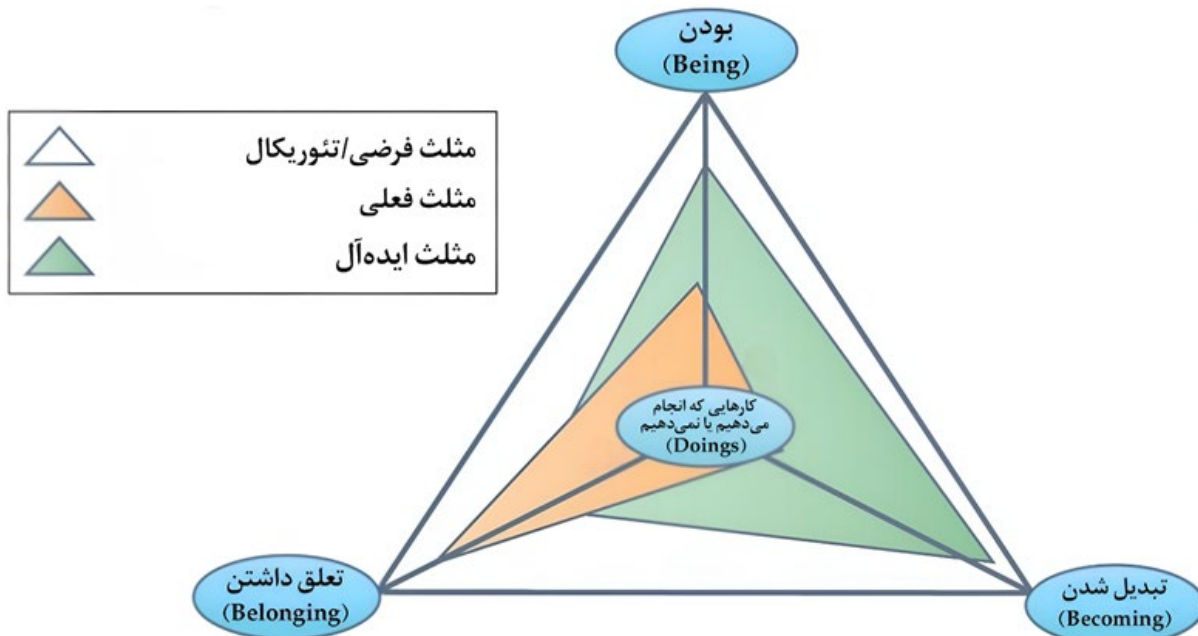
این وضعیت، مثلث Occupational Wholeness پوریا را به طور قابل توجهی تغییر داده است.

مثلث ایده‌آل او—زندگی‌ای که آرزو داشت داشته باشد—کاملاً با مثلث فعلی او متفاوت است و این تضاد، نشان می‌دهد که زندگی کنونی پوریا فاصله زیادی با شرایط

این مدل مناسب است یا خیر. افراد مناسب، کسانی هستند که در جنبه‌هایی از زندگی خود مانند فعالیت‌های روزمره یا تجربیات خود در زمینه‌های بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن احساس نارضایتی می‌کنند. در عمل، مدل Occupational Wholeness به‌عنوان یک چارچوب برای کاردرمانگران عمل می‌کند؛ چارچوبی که کمک می‌کند تا درمانگر منشأ نارضایتی و نیازهای مراجعین را در زمینه‌های «بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن» درک کرده و مداخلاتی را برای برآورده کردن این نیازها از طریق «انجام دادن‌ها» در پیش گیرد - برای مثال، فردی که پس از بازنشستگی احساس پوچی می‌کند، می‌تواند از مداخلاتی بهره‌مند شود که او را به کشف دوباره علایق شخصی‌اش هدایت کند و حس «بودن» را در او تقویت کند؛ یا فردی که پس از یک بیماری امید به آینده‌اش را از دست داده است، می‌تواند از برنامه‌هایی بهره‌برد که او را به سمت یادگیری یک مهارت جدید یا برنامه‌ریزی برای اهداف کوچک‌تر هدایت کند، تا حس «تبدیل شدن» را در او احیا کند. یکی از نکات مهم در به‌کارگیری این مدل، در نظر گرفتن فرهنگ و ارزش‌های مراجع است. درمانگران باید اطمینان حاصل کنند که مداخلاتشان، با معانی و ارزش‌های مراجع

بیماری دشوار. در این موقعیت‌ها، سازگاری با شرایط جدید حاصل انتخاب‌های جدید و ایجاد تغییر در انجام دادن‌ها/ندادن‌هاست که با توجه به طبیعت جدید موقعیت، ممکن است نتوانیم تصمیم‌های کاملاً درستی در راستای سازگاری با شرایط بگیریم و اینجاست که یک کاردرمانگر می‌تواند به ما در داشتن انتخاب‌هایی درست و متناسب با شرایط، کمک کند.

در کاردرمانی، هدف از به‌کارگیری MOW این است که به افراد و جوامع کمک کنیم تا با تغییرات زندگی و رویدادهای غیرمنتظره سازگار شوند. هدف این مدل، بازطراحی فعالیت‌ها و نگرش‌ها است تا افراد بتوانند حس تمامیت (Wholeness) خود را حفظ کنند و تعادل را به زندگی‌شان بازگردانند؛ به عبارت دیگر، وقتی تغییرات اجتناب‌ناپذیرند، افراد باید فعالیت‌های خود را تغییر داده و با شرایط جدید همان‌گونه کنند. اما اگر تغییر ممکن نباشد یا بسیار دشوار باشد، مکانیسم دیگری به نام سازگاری (Coping) وارد عمل می‌شود. سازگاری به معنای تغییر نگاه فرد به وضعیت موجود است—یعنی بازنگری در رویاها، خواسته‌ها و ایده‌آل‌ها برای یافتن معنا در شرایط جدید. کاردرمانگران باید بررسی کنند که آیا فردی برای دریافت مداخله بر اساس



مطلوبش دارد. با این وجود، پوریا به جای ناامیدی، با دیدگاهی مثبت به شرایط نگاه می‌کند؛ او این دوره سخت را به عنوان بخشی از سفر زندگی خانواده‌اش پذیرفته و باور دارد که این چالش‌ها موقتی هستند و در آینده‌ای نزدیک، زندگی‌اش به ثبات بیشتری خواهد رسید. این نگرش مثبت به او کمک کرده تا با وجود خستگی‌های جسمی و مشکلات خواب، همچنان انگیزه‌اش را حفظ کند و حس رضایت نسبی از زندگی داشته باشد.

•سم: تبدیل‌شدنی دوباره

سم یک معلم بازنشسته است که سال‌های زندگی خود را به تدریس برای کودکان گذرانده است. بعد از بازنشستگی، بدون تعاملات روزانه با دانش‌آموزان و حضور در یک محیط یادگیری مداوم، او احساس بی‌هدفی و بی‌انگیزگی داشت. به پیشنهاد درمانگر، سم به عنوان یک معلم برای کودکان کم‌برخوردار داوطلب شد و دوباره شروع به تدریس کرد. با این انتخاب سم نه تنها «بودن» خود به عنوان یک معلم و «تعلق خاطر» خود به کودکان و محیط آموزشی را بازیافت، بلکه دوباره در مسیر «تبدیل شدن» به فردی که می‌خواست باشد قرار گرفت و احساس کمال و تمامیت بیشتری را به زندگی خود برگرداند.

پوریا و سم تنها دو نمونه از افرادی هستند که توانستند مسیر خود را به سوی کمال مدنظرشان پیدا کنند. سم انتخاب‌هایی انجام داد که هم در محدوده توانایی و محدودیت‌های محیطی‌شان بود و هم می‌توانست آن‌ها را در حیطه‌های موردنظرشان به کمال بیشتری برساند؛ اما همان‌طور که قبلاً هم عنوان شد در کیسی مانند پوریا انتخاب‌های زیادی وجود ندارد و پوریا با توجه به ارزش‌هایی که برای خانواده و احساس تعلق خود قائل است، روند سازگاری با شرایط دشوار را در پیش گرفته است. این رویکرد به او کمک کرده تا در مواجهه با چالش‌های سنگین، به جای ناامیدی، با شرایط کنار بیاید و مسئولیت‌هایش را مدیریت کند، اما در عین حال ممکن است در برخی حیطه‌ها نیز به سلامتی وی آسیب برساند. در این نوع موارد مهم است در نظر داشته باشیم که همیشه شرایط تغییر برای ما و مراجع‌مان فراهم نیست و در حیطه انتخاب‌هایی که داریم، سازگاری هم می‌تواند انتخاب مناسبی در کوتاه‌مدت باشد.



مدلی برای زندگی

مدل Occupational Wholeness مدلی برای زندگی است، چرا که هر انسانی با فردی که هست، فردی که قصد دارد باشد و همه چیزهایی که به آن تعلق خاطر دارد - افراد، غذاها، علایق، ارزش‌ها و ... - تعریف می‌شود. این مدل به‌خوبی تعامل بین بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن‌های ما را در نتیجه کارهایی که انجام می‌دهیم یا نمی‌دهیم به تصویر می‌کشد. تعامل بین این چهار عنصر است که به تمامیت فردی و در نتیجه سلامت ما می‌انجامد؛ پس با استفاده از این مدل می‌توان مثلث‌های خود را کشید و دریافت که کدام یک از نیازهای شما به توجه بیشتر نیاز دارند و در کدام قسمت است که احساس کمال نمی‌کنید. کاردرمانگران هم می‌توانند به شما در انتخاب فعالیت‌های درستی که باید انجام دهید و یا انجامشان را متوقف کنید، راهنمایی و کمک کنند.

در قالب مدل Occupational Wholeness، می‌توانیم فعالیت‌های روزانه‌مان را نه به چشم وظایفی معمول، بلکه به‌عنوان فرصت‌هایی برای پرورش خود، برقراری ارتباطات ارزشمند و شکوفایی وجودی ببینیم. پس سری بعد که خودتان را در حال انجام کارهای روتین یافتید، از خود پرسید: آیا این کار مرا به احساس تکمیل شدنم نزدیک‌تر می‌کند؟ اگر جواب منفی است، شاید وقت آن رسیده باشد که در فعالیت‌هایی که هر روز ما را پر می‌کنند تجدیدنظر کرده و جایی برای فعالیت‌هایی که واقعاً با نیازهای بودن، تعلق داشتن و تبدیل شدن ما هم‌راستا هستند، باز کنیم.

منابع:

- (First Ed Occupational Wholeness for Health and Wellbeing - Farzaneh Yazdani, ۲۰۲۳)
- The Model of Occupational Wholeness, ۳۸ Willard and Spackman's Occupational Therapy, Fourteenth Edition - Chapter Wholeness

مصاحبه ما با دکتر فرزانه یزدانی و صحبت‌های خواندنی ایشان در مورد زندگی خود، فلسفه و چگونگی ایجاد این مدل را می‌توانید در همین شماره از نشریه بخوانید.

زندگی، تجربه، کاردرمانی:

گفتگویی صمیمانه با دکتر فرزانه یزدانی

سانای مستوفی | فارغ التحصیل کارشناسی کاردرمانی

مانده عرفانیان | فارغ التحصیل کارشناسی کاردرمانی

رشته مشاوره روان‌شناسی و آموزشی^۱ ادامه دادم و هم‌زمان، دوره دکترا را نیز آغاز کردم و افتخار داشتم تحت نظر پروفیسور گری کیلهافنر^۲ باشم. زمانی که اردن بودم به چندین دانشگاه اپلای کردم و از بین آن‌هایی که قبول شدم، دانشگاه Oxford Brookes را انتخاب کردم. نهایتاً در سال ۲۰۰۸ با ویزای متخصصین به انگلستان آمدم و در Oxford Brookes مشغول به کار شدم که اولین دانشگاه کاردرمانی در اروپا و دومین دانشگاه در دنیا است.

۲. چه چیزی شما رو به سمت کاردرمانی سوق داد؟ آیا تجربه‌ای خاص در زندگی‌تون وجود داشت که شما رو به کاردرمانی علاقه‌مند کنه؟

من در خانواده‌ای رشد کردم که آرمان‌هایش تحت تأثیر دوران جنگ شکل گرفته بود. از دوران کودکی آرزو داشتم که روان‌پزشک، استاد دانشگاه و نویسنده شوم؛ اما به دلیل ابتلا به بیماری‌ای دشوار در سال آخر دبیرستان،

۱. با سلام و احترام، خیلی خوشحالیم که امروز فرصت گفت‌وگو با شما، یک کاردرمانگر برجسته و تأثیرگذار برامون فراهم شد. لطفاً اول با یک معرفی کوتاه از خودتون شروع کنید.

درود بر همه همراهان عزیز و گرامی، من فرزانه یزدانی هستم. در سال ۱۳۶۸ فرصتی پیدا کردم تا تحصیلاتم را در رشته کاردرمانی در دانشگاه علوم پزشکی ایران آغاز کنم. با تلاش فراوان، دانشجوی برتر ورودی شدم که به من شانس شرکت در آزمون ارشد را پیش از گذراندن طرح نیروی انسانی داد. همان سال در ارشد کاردرمانی دانشگاه ایران با گرایش روان پذیرفته شدم و درعین‌حال عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توان بخشی و بهزیستی هم بودم. بعدها از طرف دانشگاه، لیستی به دانشگاه علوم پزشکی اردن فرستاده شد که از بین ۲۲ نفر معرفی شده، من انتخاب شدم و با گرایش روان، از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۸ در اردن به ادامه تحصیل پرداختم. در دوران حضورم در اردن، ارشد خود را در

در این شماره از نشریه، افتخار مصاحبه با دکتر فرزانه یزدانی را داشتیم، کاردرمانگر برجسته‌ای که با وجود موانع و چالش‌های بی‌شمار در زندگی، همواره با انگیزه و اشتیاق قابل تحسینی به پیش می‌رود. دکتر یزدانی نه تنها در حرفه خود به عنوان یک محقق پیشتاز است، بلکه به معنای واقعی کلمه نقش یک معلم الهام‌بخش را ایفا می‌کند که دقیق می‌بیند، دقیق می‌شنود و دقیق راهنمایی می‌کند. این گفت‌وگو فرصتی بود تا درباره‌ی مدل Occupational Wholeness و بیش از آن، در مورد جنبه‌های مختلف زندگی، تحصیلات، مواجهه با چالش‌ها و توصیه‌های ارزشمندشان به کاردرمانگران جوان و علاقه‌مندان به این حوزه پای صحبت‌های ایشان بنشینیم. این مصاحبه جذاب و دوست‌داشتنی را از دست ندهید.

1. Psychological and Educational Counselling

2. Gary Kielhofner



بگیرم. به خاطر دارم که به پروفیسور کیلهافنر ایمیل زدم و گفتم که اساتید می‌گویند من تعادل آکیویشنال ندارم و دائماً در حال خواندن کتاب‌ها و مقاله‌های رشته هستم! پروفیسور کیلهافنر نیز که تحقیقات را محور رشته می‌دانست، با من خیلی هم‌فکری کرد. تمام این تجربیات و پرسش‌هایی که در ذهن من شکل گرفت، مرا به سمت تأمل و تحقیق در مورد مفهوم واقعی «تعادل آکیویشنال» سوق داد.

در این راستا تحقیقاتم را شروع کردم و فهمیدم که تا آن روز، همه مفاهیم ما از تعادل آکیویشنال خیلی کمی و عددی بوده‌اند. از «احساس نیازهای فردی» تحقیقات گسترده‌ای انجام دادم و به این نکته رسیدم که همه مفاهیم نسبی است و معناها و

سال‌ها از او دور بودم، در تهران و در روز تولد دخترم، بر اثر یک تصادف جان خود را از دست داد. این اتفاق تلخ، در کنار شرایط ویژه‌ای که داشتم، باعث شد تا یافتن خانه‌ای برای زندگی به چالشی بزرگ تبدیل شود. شرایط روحی و عاطفی بسیار دشواری را تجربه کردم و نهایتاً نزدیک به ۹ ماه طول کشید تا توانستم مکانی را برای زندگی خود پیدا کنم. زبان نیز چالش دیگری بود که با آن روبرو شدم؛ با تنها ۲۰ جلسه کلاس خصوصی به اینجا آمده بودم و همین محدودیت، مشارکت من در رویدادهای اجتماعی و فعالیت‌های گروهی را به شدت محدود کرده بود.

این شرایط باعث شد تا از سوی اساتید و همکارانم به دلیل کار کردن بی‌وقفه و عدم داشتن تعادل آکیویشنال^۳ موردنقد قرار

عملکردم در کنکور آن‌چنان که باید، خوب نبود و نتوانستم رتبه‌ای کسب کنم که مناسب ورود به رشته پزشکی باشد. هنگامی که دفترچه انتخاب رشته را در دست گرفتم، به‌طور کاملاً اتفاقی با رشته کاردرمانی مواجه شدم، رشته‌ای که تا آن لحظه هیچ آگاهی‌ای نسبت به آن نداشتیم. در آن زمان به نظر می‌رسید جامعه ما به شدت به کاردرمانگران نیاز دارد، به‌ویژه با توجه به تعداد زیاد معلولینی که در پی جنگ باقی‌مانده بودند. به خاطر دارم در حین قدم زدن در خیابان و مطالعه دفترچه با خودم فکر کردم: «فرزانه، اگر به دنبال شهرت و پرستیژ نیستی اما واقعاً می‌خواهی به آدم‌ها کمک کنی، با خودت صادق باش. به نظر می‌رسد این رشته برای تو ساخته شده است».

۳. ایده مدل Occupational Wholeness از کجا شروع شد؟

من از همان ابتدای زندگی حرفه‌ای خود، به دلیل شرایط زندگی و تحصیلی‌ام همواره با فشار کاری بالایی دست‌وپنجه نرم کرده‌ام. در دوره‌ای حتی به مدت سه سال، با رفت‌وآمدهای مداوم به دانشگاه آزاد ساوه و کار کردن به مدت ۱۲ ساعت در روز، تجربه‌های مختلفی از تدریس، مشاوره و ارائه خدمات به‌زیستی داشتم. این سبک زندگی کاری تا زمانی که به اردن رفتم ادامه داشت؛ جایی که علاوه بر مسئولیت‌های شغلی باید به‌تنهایی از فرزندم نیز مراقبت می‌کردم. همسر همراهم نبود و من نیز مجبور بودم برای تأمین هزینه‌های دانشگاهم در دانشگاه‌های دیگر هم کار کنم؛ از ساعت ۳ تا ۹ شب سر کار می‌رفتم و در بین کلاس‌ها به خانه سر می‌زدم چون فرزندم در آن زمان مراقبی جز من نداشت.

پس از مهاجرت به انگلستان، با چالش‌های بیشتری مواجه شدم، از جمله فقدان همسر، مشکلات مسکن و دشواری‌های زبان. در هفته اول مهاجرت به انگلیس همسری که

3. Occupational Balance

که هر فعالیت و تجربه‌ای می‌تواند طیف وسیعی از معانی را برای افراد مختلف به همراه داشته باشد.

یکی دیگر از تفاوت‌ها، به‌کارگیری مفهوم «مثلث» است. در علم آکیوپیشن مفاهیم Doing (انجام دادن)، Being (بودن) و Becoming (شدن) اغلب در یک خط مستقیم و متوالی قرار می‌گیرند، اما تحقیقات من نشان می‌دهد که Doing هم‌ردیف با Being نیست و به‌عنوان یک واسطه عمل می‌کند، نه به‌عنوان یک هدف مستقل. این تفاوت دیدگاه منجر به شکل‌گیری مدل مثلثی شده است که در آن، فعالیت‌های ما به ۳ دسته اصلی تقسیم می‌شوند: کارهایی که برای بقا انجام می‌دهیم، کارهایی که به‌منظور ساختن آینده‌مان انجام می‌دهیم و فعالیت‌های مرتبط با حفظ و تقویت ارتباطاتمان. در این مدل، ما آدم‌ها به‌عنوان موجوداتی که به فعالیت می‌پردازیم (Doing) تلقی می‌شویم، اما نیاز اولیه‌مان فقط انجام دادن به‌خودی‌خود نیست. بلکه Doing بیشتر به‌عنوان وسیله‌ای برای برآوردن نیازها و دستیابی به اهدافمان عمل می‌کند. پس بخشی از تفاوت مدل با مدل‌های آکیوپیشن‌محور، این است که اصلاً به مفهوم Doing کاری نداریم و صرف انجام کار مهم است.

این مدل بر مبنای دیدگاه سیستمی و تئوری پروانه‌ای است؛ یعنی وقتی در بخشی از سیستم تغییرات کوچکی ایجاد می‌کنیم بر سایر بخش‌ها و کل سیستم اثر خواهد گذاشت. به عبارت دیگر، یک عمل یا فعالیت خاص می‌تواند تأثیرات گسترده و غیرقابل‌پیش‌بینی‌ای در سایر بخش‌ها داشته باشد. در این مدل هم می‌گوییم که با وجود اینکه تغییر یک فاکتور می‌تواند بر سایر فاکتورها تأثیر بگذارد، نتیجه نهایی قابل‌پیش‌بینی نیست.

این موضوع به‌ویژه در دنیای امروز و در فضای مجازی قابل‌مشاهده است. افرادی که به موفقیت‌های چشمگیری دست یافته‌اند

فرد داشته باشد. در مقالات کاربردی اغلب از اهمیت معنادار بودن فعالیت‌ها صحبت می‌شود؛ اما من در مدلم بیان می‌کنم که گاهی اوقات فعالیت می‌تواند معنای منفی داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، اگر من روزی همراه با پدرم برای خرید به خیابانی رفته‌ام و پدرم در همان‌جا سگته کرده و فوت شده است، از آن پس از آن مکان و آن آکیوپیشن متفر خواهم بود. این تجربه، هرچند معنادار، معنایی منفی دارد و می‌تواند به‌عنوان مانعی در زندگی من عمل کند. درعین‌حال گاهی یک معنای منفی می‌تواند به‌عنوان انگیزه عمل کند؛ مثلاً افرادی به قصد اذیت من، از من می‌خواهند کاری دشوار انجام دهم. این شرایط در من انگیزه‌ای برای انجام آن کار ایجاد می‌کند تا به کسانی که می‌خواهند مرا آزار دهند، ثابت کنم قوی‌تر از آن هستم که تسلیم شوم. در این مثال باز هم معنا منفی است، ولی به‌جای اینکه مانع من شود من را به انجام کاری تشویق می‌کند. در مفاهیم کاربردی خیلی کم به این نکته پرداخته شده

ارزش‌های ما آدم‌ها با یکدیگر، حتی با مقاطع مختلف زندگی‌مان خیلی فرق می‌کند. کم‌کم با گسترش تحقیقاتم به این نتیجه رسیدم که کارهایی که انجام می‌دهیم در این ۳ دسته جای می‌گیرند: کارهایی که انجام می‌دهیم تا زنده بمانیم، کارهایی که انجام می‌دهیم تا آینده‌مان را بسازیم و یک سری از کارها که مربوط به ارتباطاتمان می‌شود. این بود که من به سمت مطالعات در حوزه علم آکیوپیشن کشیده شدم.

۴. به نظر شما وجه تمایز با Occupational Wholeness

سایر مدل‌های کاربردی در چیه؟

آنچه که مدل من را از دیگر مدل‌های آکیوپیشن‌محور کاربردی متمایز می‌کند، برداشت من از تعاریف و معانی فعالیت‌ها و وظایف است. درحالی‌که سایر مدل‌ها بر سر تعریف و جنبه‌های آکیوپیشن اختلاف‌نظر دارند، من به این نتیجه رسیده‌ام که هر فعالیت و تجربه‌ای می‌تواند معنایی متفاوت برای هر



66

در نهایت، این مدل مدلی است که می‌گوید «کمبودهای آدم‌ها و دنیا رو در نظر بگیر و بپذیر». ما هم لزوماً به هر آدمی که آرزو داریم باشیم تبدیل نمی‌شویم، ولی آرزو کردن هم چیز بدی نیست چون انگیزه به وجود می‌آورد. در کنار آرزوهایمان، باید واقع‌بین باشیم و راهی برای کنار آمدن با چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم پیدا کنیم. در مورد چیزهایی که می‌توانیم تغییر بدهیم، باید فکر کنیم که چه بهایی برای این تغییر باید پرداخت و آیا در سطح توانایی‌های من هست یا نه؟ من ماهیت این مدل را یک مدل واقع‌بینانه می‌دانم که متدش کوچینگ، یعنی هدایت انسان‌هاست.

انگیزه به وجود می‌آورد. در کنار آرزوهایمان، باید واقع‌بین باشیم و راهی برای کنار آمدن با چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم پیدا کنیم. در مورد چیزهایی که می‌توانیم تغییر بدهیم، باید فکر کنیم که چه بهایی برای این تغییر باید پرداخت و آیا در سطح توانایی‌های من هست یا نه؟ من ماهیت این مدل را یک مدل واقع‌بینانه می‌دانم که متدش کوچینگ^۵، یعنی هدایت انسان‌هاست.

رویکرد کوچینگ این مدل بر هسته مرکزی آن، یعنی افزایش آگاهی فردی تأکید دارد و به افراد کمک می‌کند تا معنای واقعی تجربیات و انتخاب‌های خود را درک کنند. افزایش آگاهی خیلی مهم است، چرا که افراد تنها زمانی می‌توانند از تجربیات خود لذت ببرند و احساس رضایت کنند که این تجربیات، در سطح آگاهی آن‌ها به عنوان لذت بخش و معنادار تعریف شوند. در نتیجه، این مدل نه تنها به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و محدودیت‌های خود به نحوی اثربخش‌تر کنار بیایند، بلکه آن‌ها را به سمت رشد شخصی و بهبود کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند.

۵. با اینکه مدل‌های کاردرمانی منعکس‌کننده فلسفه رشته هستند، ولی بعضی از کاردرمانگران باور دارن

در علم آکوپیشن می‌گویند که تعادل موجب سلامتی و بهزیستی می‌شود، ولی از دیدگاه من لزوماً این‌طور نیست. افرادی هستند که همه چیز زندگی‌شان سرگایش است ولی خودکشی می‌کنند و افرادی نیز هستند که مثلث زندگی‌شان خیلی به یک سمت کشیده شده؛ یعنی خیلی کار می‌کنند، کمتر به خودشان می‌رسند یا کمتر می‌توانند به چیزی که برایشان اهمیت داشت بپردازند، ولی به این مسئله معنای مثبتی داده‌اند که تعادل وجودی‌شان را حفظ می‌کند. درعین حال من در این مدل می‌گویم که بله، معنایی که ما به عدم تعادل‌های زندگی‌مان می‌دهیم بر نحوه کنار آمدن ما با آن‌ها اثرگذار است، اما به این معنی نیست که آن عدم تعادل اثر خودش را روی زندگی‌مان نخواهد گذاشت. برای من به عنوان یک معلم که عاشق تحقیق، تدریس و کتاب خواندن هستم، عینکی شدن بهایی هست که در قبالش می‌پردازم؛ یعنی این‌طور نیست که چون من از کار لذت می‌برم، با کار کردن بیش از حد چشمم ضعیف نمی‌شود یا دچار کمردرد نمی‌شوم، نه. این عدم تعادل در هر صورت نتایجی خواهد داشت.

در نهایت، این مدل مدلی است که می‌گوید «کمبودهای آدم‌ها و دنیا رو در نظر بگیر و بپذیر». ما هم لزوماً به هر آدمی که آرزو داریم باشیم تبدیل نمی‌شویم، ولی آرزو کردن هم چیز بدی نیست چون

غالباً به دلیل تلاش‌ها و زحماتشان شناخته می‌شوند، اما گاهی اوقات عوامل نادیده‌ای نیز در کنار این تلاش‌ها نقش دارند - عواملی که معمولاً در تصویر ساخته‌شده در فضای مجازی آشکار نمی‌شوند. از سوی دیگر، افرادی که تلاش‌های مشابهی انجام داده‌اند اما به نتایج مشابهی دست نیافته‌اند، کمتر در معرض دید قرار می‌گیرند.

یکی دیگر از تفاوت‌های کلیدی مدل در مفهوم «محدودیت در انتخاب» های ماست: هر آنچه در محیط بیرون در دسترس است نمی‌تواند گزینه‌ای برای انتخاب باشد، بلکه انتخاب‌های ما در حدود محدودیت‌هایی که داریم شکل می‌گیرند. هر کدام از ما در یک «جعبه» زندگی می‌کنیم و در همان فضای محدود جعبه‌مان حق انتخاب داریم؛ به عبارت دیگر، افراد با توجه به محدودیت‌های توانایی و محیطی خود تصمیم‌گیری می‌کنند و ارزش انتخاب‌های آن‌ها در توانایی‌شان برای ایجاد تعادل میان بودن (Being)، انجام دادن (Doing) و تعلق داشتن (Belonging) نهفته است. این مدل دیدی واقع‌بینانه به زندگی دارد و به ما یادآوری می‌کند که نباید به‌طور کورکورانه از معلولیت قهرمان‌سازی کرد؛ همه افراد به نحوی با محدودیت‌هایی مواجه هستند، مهم این است که در محدوده همان محدودیت‌ها انتخاب‌هایی داشته باشند که به شیوه خود تعادلی بین جنبه‌های مختلف زندگی خود برقرار کنند.



که ماهیت تئوریکال مدل‌ها جدا از کارهای بالینی است. به نظر شما، مدل‌ها چقدر می‌توانند در مداخلات بالینی مهم باشند و یک کاردرمانگر ماهر چطور می‌تونه اون‌ها رو وارد روند درمانی کنه و ازشون بیشترین بهره رو ببره؟

کاری که مدل‌ها انجام می‌دهند این است که به شما ابزاری می‌دهند تا ذهنتان را سازمان‌دهی کنید. مدل Occupational Wholeness هم یک مدل ذهنی است که قابلیت استفاده در فضاهای مختلف از جمله کلینیک را دارد؛ شما می‌توانید ابتدا از آن برای سازمان‌دهی ذهن خود استفاده کنید و در ادامه، از تئوری‌های دیگر هم بهره ببرید. برای مثال اگر بخواهیم از مدل Occupational Wholeness در حیطه هندترایی استفاده کنیم، به این شیوه شما را راهنمایی می‌کند:

از مراجع می‌پرسیم که «تو زندگی چه کارهایی با دست انجام می‌دی؟» و مراجع می‌گوید «این دست من برای آشپزی، لباس پوشیدن و... خیلی مهم نیست، ولی برای وقتی که می‌خوام با نوهام بازی کنم خیلی مهمه؛ چون من دوست دارم نوهام حس کنه که مامان بزرگش می‌تونه باهاش بازی کنه». اینجا می‌بینیم که این مادر بزرگ، بودنش (Being) را در بودن با نوهاش می‌بیند؛ بنابراین در قالب مدل Occupational Wholeness اگر سه نیاز بودن، شدن و تعلق داشتن نیازهای اولیه‌ی این مراجع باشند، شدن (Becoming) با محوریت تعلق داشتن (Belonging) صورت خواهد گرفت - یعنی محوریت این که من می‌خواهم چه کسی باشم، روی نقش مادر بزرگ بودن هست، روی ارتباطی است که من با نوهام برقرار می‌کنم (به عبارتی همان حس تعلق من).

حالا که فهمیدیم محوریت نیاز این مادر بزرگ

رومی این است که هویت مادر بزرگ بودنش را حفظ کند، به عنوان درمانگر می‌توانیم به این فکر کنیم که دست این خانم چقدر می‌تواند برای انجام لگو با نوهاش آماده شود و چقدر نیاز به وسیله کمکی خواهد داشت؟ درواقع تعلقات فرد تأثیر زیادی روی برنامه‌های درمانی او می‌گذارد.

در صورتی که برنامه درمانی بازتوانی دست مادر بزرگ خیلی موفق پیش نرود، می‌توانیم او را آگاه کنیم که بازی کردن تنها راه ارتباط گرفتن با کودک نیست و فکر نکن که اگر نتوانستی با نوهات بازی کنی، او با تو ارتباط نخواهد گرفت؛ بلکه می‌توان راه‌های مختلفی برای برقراری ارتباط با او پیدا کرد. در این صورت، اگر عملکرد دست مراجعمان از حدی بالاتر نرفت، افسرده نمی‌شود و کل نیازهایش زیر سؤال نمی‌رود. در موقعیت‌هایی لازم است که میزان ایده‌آل بودن مثلث ایده‌آل

۶. بزرگ‌ترین چالشی که در محیط آموزشی و بالینی باهاش مواجه شدید چه چالشی بوده؟

در طول دوران حرفه‌ای و تحقیقاتی‌ام با چالش‌های گوناگونی مواجه شده‌ام. یکی از این چالش‌ها، یافتن راهی برای ادغام مسائل تئوریک در عمل بالینی بوده؛ به گونه‌ای که نه تنها هویت حرفه‌ای‌ام حفظ شود، بلکه بتوانم فراتر از انتظارات و خواسته‌های مراجعان و همکارانم عمل کنم. بعد از ورود به انگلستان توجه زیادی به کاربرد مدل‌ها در فعالیت‌های بالینی داشتم، درحالی که بسیاری

من فکر می‌کنم که صداقت داشتن، آگاه بودن از خود و محیط اطراف به صادق بودن با خودتان کمک می‌کند. من در مقطعی از زندگی‌ام به جایی رسیدم که به‌اجبار، از عنوان هیئت‌علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی که آرزوی هر کسی بود استعفا دادم و به جای آن در ساوه کار کردم؛ ولی همان شهرستان ساوه که مرکزی را در آن راه‌اندازی کردم باعث شد که از آمریکا بورسیه بگیرم! در واقع محرومیتی که داشتم بعدها باعث شد گری کیلهافتر شخصاً به من ایمیل بزند؛ بنابراین معتقدم اگر با خودتان صادق باشید و شناخت و آگاهی خوبی از خود پیدا کنید، می‌توانید بین چیزهایی که دوست دارید و برایتان مهم هستند و چیزهایی که توانش را دارید تعادل برقرار کنید. اگر شخصی بتواند به برقراری این تعادل برسد، واقعاً بخش بزرگی از مسیر زندگی‌اش را طی کرده است.

66

از همکارانم معتقد بودند فرصت کافی برای چنین کاری ندارند. به آن‌ها می‌گفتم مگر شما فکر می‌کنید مدل کنار دست شماست و کارتان جای دیگه‌ای؟ مدل‌ها باید بخشی از ایدئولوژی و فلسفه فکری ما باشند، نه ابزاری جدا از کار روزمره‌مان.

در زمینه تدریس نیز بزرگ‌ترین چالشم این بود که در برخی کشورها از جمله انگلستان، بسیار محدود و صرفاً بر اساس مقالات چاپ‌شده عمل می‌شود و در کلینیک‌ها نیز تنها در صورت وجود مقالات فراوان در رابطه با یک تکنیک، آن را به کار می‌گیرند. درحالی‌که موقعیت‌های متفاوتی وجود دارد که در آن‌ها، تجربیات شخصی و کاری افراد بسیار مؤثرتر واقع می‌شوند. من معتقدم که نباید تنها به مقالات اکتفا کرد، بلکه باید این دو را کنار هم قرار داد. امروزه مقالات جدیدی منتشر می‌شوند که تأکید دارند درمان مبتنی بر شواهد صرفاً به معنای مقاله چاپ‌شده نیست، بلکه دیدگاه تخصصی ما نیز باید در کنار شواهد علمی معنا پیدا کند.

۷. خارج از محیط کار، چه علایق و سرگرمی‌هایی دارید که انگیزه، خلاقیت و انرژی‌تون رو برای انجام کارهای بعدی بازیابی کنین؟

من خیلی بین مردم راه می‌روم، بین مردم زندگی می‌کنم و هیچ‌وقت مسیرهایم را خارج از مردم انتخاب نکردم. یکی از تفریحات موردعلاقه‌ام این است که در کافه‌ای می‌نشینم، با دقت به رفتارهای اطرافیانم نگاه می‌کنم و از آن‌ها یاد می‌گیرم؛ این کار خیلی به من کمک کرده. بعدتر فهمیدم به این نوع نگاه، «چشم‌های جامعه‌شناسی^۷» می‌گویند و یعنی چشم مطالعه‌ی اجتماعی داشتن.

یکی دیگر از کارهایی که شاید به‌عنوان تفریح یا سرگرمی شناخته نشود اما انرژی زیادی به من می‌دهد، دادن بازخورد مثبت به دیگران

مسیر را انتخاب می‌کردم. یکی از هدف‌های اصلی من این بود که بتوانم به مادر خدمت کنم و او هم نهایتاً به من افتخار کند؛ احساس می‌کنم الان این حس را دارد. خیلی صبری کردم تا به این هدف برسم.

به دانشجویان کاردرمانی واقع‌بینی را توصیه می‌کنم. این که چیزی را دوست داشته باشیم فقط بخشی از ماجراست و شعار «دنبال کاری برو که دوستش داری» حرفی واقع‌بینانه نیست. گاهی اوقات آدم کاری را دوست دارد ولی باید هزینه‌های آینده را هم تأمین کند؛ بنابراین در کنار دوست داشتن، همیشه امکانات و توانایی‌هایتان را هم بررسی کنید.

با تشکر فراوان از شما که وقت باارزشتون رو در اختیار ما قرار دادین و ما رو از صحبتاتون بهره‌مند کردین؛ امیدوارم همگی بنونیم با خودمون صادق باشیم و به این تعادل دست پیدا کنیم. آرزوی سلامتی و سربلندی بیشتر داریم براتون! خسته نباشید.

است. من نکته‌های مثبتی که در آدم‌ها می‌بینم را ابراز می‌کنم، حتی اگر یک چیز فیزیکی باشد، مثلاً ممکن است بگویم «چقدر خنده‌تان انسان را شاد می‌کند».

متأسفانه من در زندگی‌ام آموزش هیچ چیزی را ندیده‌ام، از زبان انگلیسی گرفته تا چیزهای دیگر! ولی آواز می‌خوانم، نقاشی می‌کنم و می‌رقصم؛ و همه این فعالیت‌ها از نظر من یعنی آزاد کردن انرژی.

۸. برای دانشجویهایی که کم‌کم می‌خوان راهشون رو تو حرفه کاردرمانی پیدا کنن، چه توصیه‌هایی دارید؟ آیا چیزی بوده که با خودتون بگین کاش خانم فرزانه یزدانی سال‌ها قبل که تازه فارغ‌التحصیل شده بود اون رو می‌دونست؟

در رابطه با اینکه اگر برگردم، نه، از هیچ چیز پشیمان نیستم؛ چون احساس می‌کنم در هر مقطع از زندگی‌ام با تمام چیزی که می‌توانستم جلو رفتم. در هر مقطع، با توجه به چیزی که بوده و داشتم تصمیم گرفتم و فکر می‌کنم اگر می‌توانستم از اول شروع کنم، دوباره همین

نقاشی، دروازه‌ای به ذهن کودکان

تفسیر نقاشی کودک- قسمت چهارم



پیام بهاری مقدم | فارغ التحصیل کارشناسی کاردرمانی

در دنیای رنگارنگ نقاشی‌های کودکان، هر خط، هر نقطه و هر رنگ، داستانی بی‌نظیر از دنیای درون کودک را روایت می‌کند. در بخش قبلی، درباره طبقه‌بندی نقاشی‌های کودکان از دیدگاه روان‌شناسان صحبت کردیم و مراحل تحول نقاشی‌های آن‌ها را از زمانی که اولین خط را بر روی کاغذ می‌کشند تا خلق آثار پیچیده‌تر بررسی نمودیم. این بار و در قسمت چهارم این سری مطالب، می‌خواهیم عمیق‌تر به دنیای نقاشی‌های کودکان نگاه کنیم و به انواع مختلف نقاشی‌ها و اهمیت هر یک در سیر تکاملی خلاقیت و رشد ذهنی آن‌ها بپردازیم. در ادامه خواهیم دید که چگونه نقاشی می‌تواند پنجره‌ای به احساسات، افکار و تخیلات کودک باز کند و به عنوان ابزاری قدرتمند برای ابراز وجود و ارتباط با جهان پیرامون عمل کند.

انواع نقاشی

انواع نقاشی‌های کودکان را می‌توان در چهار دسته اصلی تقسیم‌بندی کرد که شامل: **نقاشی آزاد، نقاشی موضوعی، نقاشی همراه با داستان و نقاشی گروهی** می‌شود. با اینکه این دسته‌بندی‌ها تنها بخشی از طیف وسیع تکنیک‌ها و سبک‌های نقاشی هستند که کودکان در نقاشی‌های خود به کار می‌برند، اما همین تقسیم‌بندی ساده نیز به ما کمک می‌کند تا درک بهتری از اهداف و تمایلات کودکان در فرآیند خلق تصاویر خود داشته باشیم. در شماره‌های آینده، به بررسی دیگر تقسیم‌بندی‌های موجود و نقش آن‌ها در توسعه مهارت‌های نقاشی کودکان خواهیم پرداخت، اما در ادامه هر کدام از این تقسیم‌بندی‌ها را عمیق‌تر بررسی خواهیم کرد.



نقاشی‌های آزاد

نقاشی آزاد، به عنوان ابزاری برای شناسایی شخصیت کودکان در فضای آزاد، امکان بیان آزادانه احساسات و تمایلاتشان را فراهم می‌کند و به مربیان فرصتی برای شناخت عمیق‌تر شخصیت کودک می‌دهد. در این نوع نقاشی، کودکان بدون توجه به جزئیات ظاهری تصاویری خلق می‌کنند که نشان‌دهنده درک آن‌ها از دنیای اطرافشان است.

در نقاشی آزاد، کودک بدون توجه به زیبایی‌های ظاهری یا ارزش‌های بصری مرسوم، به سرعت و با آزادی کامل به بیان خود می‌پردازد، در نتیجه خلاقیت و احساسات درونی کودک به شکلی خالص و بدون تأثیرپذیری از انتظارات بزرگسالان بروز پیدا می‌کند. از این تعریف می‌توان نتیجه گرفت که هرگونه دخالت بیش‌ازحد بزرگسالانی مانند مربیان و خانواده، حتی با نیت کمک و راهنمایی، ممکن است منجر به از دست

رفتن بیان خالص کودک شده و شناسایی ویژگی‌های درونی او را سخت‌تر کند. با وجود اینکه کودکان در نقاشی‌های خود گاهی از طبیعت و محیط اطرافشان الهام می‌گیرند، معمولاً تفاوت قابل توجهی میان تصاویر کشیده شده در نقاشی آزاد و واقعیت محیط بیرون وجود دارد. البته که این تفاوت‌ها نشان‌دهنده درک متفاوت و منحصر به فرد کودک از دنیای اطراف و بخشی از طبیعت نقاشی‌های آزاد بوده و نباید به معنای کمبود مهارت یا دانش تلقی شود. با اینکه نقاشی‌های آزاد کودکان معمولاً از لحاظ هنری نقاشی‌های برجسته‌ای محسوب نمی‌شوند، اما به عنوان منابع ارزشمندی برای فهم عمیق‌تر از نحوه تفکر و برداشت‌های کودکان از محیط پیرامونشان مورد استفاده قرار می‌گیرند. این نقاشی‌ها نه تنها امکان مشاهده دنیای درونی کودک را فراهم می‌کنند، بلکه اطلاعاتی در مورد نحوه برقراری ارتباط آن‌ها با دنیا نیز در

اختیارمان قرار می‌دهند.

نقاشی‌های کودکان باید با دقت و حساسیت تفسیر شوند، زیرا اشکال رسم شده می‌توانند طیف وسیعی از احساسات و ویژگی‌های روانی مثل شادی، غم، محبت و همکاری را نشان دهند. این شناخت می‌تواند در تشخیص کودکانی که به مداخله یا حمایت بیشتری نیاز دارند، مفید باشد؛ با این حال، لازم است که این فرایند با تجربه، مطالعه و مشورت نزدیک با متخصصین انجام شود تا از زدن برچسب‌های نادرست به کودکانی که ممکن است تجربیات محدودی در محیط اجتماعی داشته باشند، جلوگیری کنیم.

نقاشی‌های کودکان در سنین ۳ تا ۱۲ سالگی، به دلیل اهمیت بالایی که در توسعه شخصیتی و ابراز احساسات آن‌ها دارند، خارج از مرزبندی‌های معمول ارزیابی می‌شوند. این دوره حساس و مهم، زمینه‌ای برای شناسایی و بررسی طیف وسیعی از خصوصیات روانی

مانند خشم، نفرت، شادی، غم و دیگر احساسات از طریق آثار هنری کودکان فراهم می‌آورد. اگر فرزندی در بازه سنی ۳-۱۲ سال دارید، نقاشی‌های فرزندتان را آینه‌ای از درون‌مایه‌های روان‌شناختی و احساسی آن‌ها بدانید که می‌تواند برای شما، مربیان و متخصصان اطلاعات ارزشمندی درباره وضعیت روانی و احساسی کودکان ارائه دهد. شناخت این خصوصیات به متخصصان این امکان را می‌دهد که نیازهای کودکان را بهتر درک کرده و راه‌های مؤثرتری برای حمایت و کمک به آن‌ها، به‌ویژه کودکانی که نیازمند مداخلات روان‌شناختی هستند، پیدا کنند.

• فواید نقاشی آزاد:

- **روشن ساختن شخصیت کودک:** نقاشی آزاد فرصتی است که کودکان بتوانند به بیان خود بپردازند؛ چگونگی انتخاب موضوعات، رنگ‌ها و شکل‌ها می‌تواند نشان‌دهنده ویژگی‌های شخصیتی و ترجیحات آن‌ها باشد.

- **تقویت قدرت تفکر و خلاقیت:** از آنجا که کودکان در نقاشی آزاد با محدودیت‌های کمتری مواجه هستند، می‌توانند روش‌های جدیدی برای حل مسائل ابتکاری پیدا کنند و خلاقیت خود را توسعه دهند.

- **تقویت اعتماد به نفس:** دیدن حاصل کار خود می‌تواند به کودکان احساس موفقیت و غرور بدهد. این احساس مثبت به تقویت اعتماد به نفس و خودباوری آن‌ها کمک می‌کند.

بالین حال، گاهی اوقات علی‌رغم برداشت متفاوتی که کودک از محیط دارد، مجبور

به نقاشی کشیدن از روی یک سری مدل تعیین شده می‌شود؛ گاهی نیز می‌بینیم که کودکی مدام یک نقاشی تکراری را تکرار می‌کند. این شرایط ممکن است ناشی از کمبود مهارت‌های لازم یا تمرین ناکافی در سال‌های پیش از مدرسه یا حتی از ترس نمره‌های نامطلوب در مدرسه باشد؛ بنابراین این نقاشی‌ها عموماً قابل استناد و نمره‌گذاری نیستند.

در نهایت نکته‌ای که باید مدنظر قرار گیرد، این است که این نقاشی‌ها باید به‌عنوان بخشی از فرآیند یادگیری و رشد کودک موردتوجه قرار گیرند و نه به‌عنوان آثاری برای ارزیابی عملکرد آکادمیک آن‌ها. این نگرش به معلمان و والدین اجازه می‌دهد تا به جای تمرکز روی ارزش‌گذاری‌های زود هنگام و غیرضروری، بر روی توسعه بیشتر مهارت‌های کودکان کمک کنند.

نقاشی‌های موضوعی

نقاشی‌های موضوعی فرصتی را برای کودکان فراهم می‌کنند تا با استفاده از تجربیات و دانش محدود خود، دنیای اطرافشان را تفسیر و بیان کنند. کودکان اندوخته‌های تجربی و علمی ناچیزی دارند و از این نظر نمی‌توانند مسائل پیچیده و مشکل را درک کنند؛ به این دلیل موضوعات نقاشی باید با دقت انتخاب شوند تا کودکان بتوانند با موضوعات به‌طور کامل ارتباط برقرار کنند و از فرآیند نقاشی لذت ببرند. رعایت چند نکته در نقاشی‌های موضوعی ضروری است:

- **سادگی و قابل فهم بودن موضوعات:** موضوعات باید به گونه‌ای انتخاب شوند که با دانش و تجربیات فعلی کودکان قابل درک باشند. این نکته به کودکان این امکان را می‌دهد که ایده‌های خود را بدون نگرانی از درک مفاهیم پیچیده، بیان کنند.

- **پیشرفت تدریجی به موضوعات پیچیده‌تر:** با افزایش سن و تجربه کودکان، می‌توان موضوعاتی پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر را ارائه داد تا آن‌ها را به استفاده از تفکر نقادانه و خلاقیت بیشتر، تشویق کند.

- **پرهیز از تحمیل عقاید خود به کودکان:** تحمیل یک موضوع اجباری مانند وادار کردن تمام شاگردان یک کلاس به کشیدن منظره کار اشتباهی است و مربیان باید از تحمیل ایده‌ها یا عقاید خود به کودکان خودداری کنند. آزادی بیان و خلاقیت باید در قلب فرآیند نقاشی باقی بماند و کودکان باید احساس کنند که می‌توانند هر چیزی که می‌خواهند را نقاشی کنند.

- **اجتناب از اجبار:** هرگونه اجبار خارجی در انتخاب موضوع بدون انگیزه‌ای درست، می‌تواند به روحیه و انگیزه کودکان آسیب بزند و خلاقیت آن‌ها را مهار کند. به جای آن باید یک محیط تشویق‌آمیز و حمایتی ایجاد کنیم که کودکان را به اکتشاف و بیان خودشان تشویق کند.

بنابراین نقاشی‌های موضوعی باید فرصتی برای اکتشاف، یادگیری و خلاقیت کودکان باشند، نه یک فعالیت محدودکننده یا دارای هدف تحمیلی.



می‌دهد تا دانش، تجربیات و تخیلات خود را در قالب‌های هنری بیان کنند و هم‌زمان مهارت‌های مختلفی از جمله داستان‌گویی، تفکر انتقادی و خلاقیت را توسعه دهند.

نقاشی‌های گروهی

نقاشی‌های گروهی تنها یک فعالیت هنری ساده نیست، بلکه به عنوان یک فرایند آموزشی قدرتمند می‌تواند تأثیرات مثبت چشمگیری بر روی توسعه مهارت‌های اجتماعی، همکاری و تعامل کودکان داشته باشند. این فعالیت مشترک به کودکان کمک می‌کند تا در محیطی سازنده، ارزش‌هایی چون کار تیمی و احترام متقابل را یاد گرفته و در آینده نیز از این مهارت‌ها بهره ببرند.



کودکان و دعوت از آن‌ها برای تبدیل آن‌ها به داستان‌های تصویری یک روش دیگر برای ترغیب آن‌ها به استفاده از خیال و خلاقیت خود است. این فعالیت‌ها نه تنها به تقویت مهارت‌های هنری و زبانی کمک می‌کند، بلکه زمینه‌ساز فرصت‌هایی برای کشف و پرورش استعداد‌های کودکان در زمینه داستان‌گویی و نقاشی می‌شود.

کلیدی‌ترین فایده این رویکرد کشف استعداد‌های کودکان است، زیرا به آن‌ها اجازه

نقاشی‌های همراه با داستان

نقاشی کشیدن همراه با داستان‌گویی، روشی بسیار مؤثر برای ترکیب خلاقیت هنری و مهارت‌های داستان‌گویی در کودکان است. این تکنیک در دوران پیش‌دبستانی و ابتدایی به کار گرفته می‌شود و نه تنها به کودکان امکان می‌دهد تا تصورات خود را بر اساس داستان‌های شنیده یا خوانده به تصویر بکشند، بلکه به آن‌ها کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از داستان‌ها از طریق بیان تصویری داشته باشند.

اگر به عنوان معلم یا پدر و مادر فرزند عزیزتان قصد استفاده از این رویکرد را دارید، می‌توانید بخشی از زمان نقاشی را به خواندن یا گفتن داستان‌ها اختصاص دهید و بعد از آن، کودکان می‌توانند خلاصه، نتیجه‌گیری، یا حتی انتقاد خود از داستان‌ها را از طریق نقاشی بیان کنند. این فرآیند نه تنها به تقویت درک زبانی و شناختی کودکان کمک می‌کند، بلکه قدرت تخیل و خلاقیت آن‌ها را نیز تقویت می‌بخشد. برای افزایش تنوع، مربیان می‌توانند کودکان را تشویق به بازگویی داستان‌ها، شعرها، یا ترانه‌های محلی شنیده یا خوانده خود را به صورت نقاشی بازگو کنند. قرار دادن نقاشی‌های موجود در دسترس



- **فواید نقاشی گروهی در کودکان**
- **تقویت همکاری:** نقاشی گروهی کودکان را به همکاری با همدیگر تشویق می‌کند، زیرا کودکان برای رسیدن به یک هدف مشترک با هم کار می‌کنند و در طی تلاش برای رسیدن به این هدف مشترک، یاد می‌گیرند که چگونه ایده‌های خود را با دیگران به اشتراک گذاشته و به شکلی مؤثر در یک پروژه جمعی مشارکت کنند.



مشارکتشان ارزشمند است. ایجاد یک فضای مثبت و حمایتی که کودکان را به ابراز خود و احترام به ایده‌های دیگران تشویق می‌کند، فرایند موفق‌تری را رقم خواهد زد. در نهایت، نقاشی گروهی می‌تواند یکی از ارزشمندترین فعالیت‌هایی باشد که به کودکان کمک می‌کند به عنوان هنرمندان و اعضای مؤثر و همدل یک جامعه رشد کنند.

سخن آخر

نقاشی دنیای شگفت‌انگیزی است که کودکان

منبع: خانم دکتر زهره مهدیان



- **افزایش تعامل اجتماعی:** این فرایند فرصتی برای اجتماعی شدن و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان به وجود می‌آورد، به‌ویژه برای کودکانی که ممکن است کمی خجالتی باشند.

- **شناخت خصوصیات اخلاقی:** کار گروهی فرصتی برای معلمان و والدین فراهم می‌آورد تا خصوصیات اخلاقی کودکان را طی فرایند همکاری بشناسند.

- **تکامل مهارت‌های علمی، ذهنی و هیجانی:** نقاشی گروهی به تقویت تفکر خلاق، حل مسئله و توسعه مهارت‌های بصری کودکان کمک می‌کند و به آن‌ها یاد می‌دهد که چگونه از طریق هنر، احساسات و ایده‌های خود را بیان کنند.

- **آموزش مهارت‌های زندگی:** نقاشی کردن در یک گروه از همسالان به کودکان مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که در زندگی روزمره ضروری هستند، مانند صبر، گوش دادن درست، مذاکره و تبادل اطلاعات صحیح.

• اجرای نقاشی گروهی

برای به حداکثر رساندن فواید نقاشی گروهی، بهتر است محیطی ایجاد شود که همه کودکان احساس کنند صدایشان شنیده می‌شود و

جایزه،

انگیزه‌ای برای پیشرفت یا شمشیری دو لبه؟

پیام بهاری مقدم | فارغ التحصیل کارشناسی کاردرمانی

پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شود یا خیر؟ بعد از صرف هزینه‌های بالا در این پژوهش، پژوهشگران متوجه شدند که این سیستم پاداش نقدی، فقط در درس ریاضی باعث بهبود نمرات دانش‌آموزان شده است. همچنین محققان متوجه شدند که دانش‌آموزانی که در ابتدا نمرات بالایی در آزمون‌های ریاضی داشتند، بیشترین بهبود نمرات را نشان داده‌اند. پاداش‌های نقدی باعث شد که این دانش‌آموزان بتوانند به سطوح پیشرفته برسند. همچنین دانش‌آموزان ضعیف، یعنی دانش‌آموزانی که در رده‌های پایین‌تر نمرات قرار داشتند، افزایش نمرات ریاضی قابل توجهی پیدا کردند، اما این افزایش برای رسیدن به سطح قبولی کافی نبود. علاوه بر این، دانش‌آموزان متوسط، تأثیر چندانی از پاداش‌ها نگرفتند و افزایش نمره خاصی را تجربه نکردند. به‌طور کلی، نتایجی که از این پژوهش گرفته شد نشان داد که پاداش نقدی تأثیر معناداری بر نمرات علوم، مطالعات اجتماعی، املا و توانایی خواندن نداشته است و به‌طور کلی می‌توان گفت که جایزه نقدی تأثیری در پیشرفت تحصیلی کودکان ندارد. در مطالعه‌ای دیگر، پروفیسور ریچارد ایان^۱، از اساتید مشهور دانشگاه روچستر، اثرات اهدای جایزه، چه به‌صورت نقدی و چه غیرنقدی را

سلام ما را از قسمت سوم بخش شیرین و جذاب روان‌شناسی کودک نشریه پذیرا باشید! طبق روند شماره‌های قبل، در این شماره هم با یک مقاله جذاب در خدمتان هستیم تا دوباره با هم تعدادی از جالب‌ترین مقالات منتشرشده در حوزه روان‌شناسی کودک را بررسی کنیم. سال‌هاست که استفاده از جایزه برای تشویق کودکان به انجام کارهایی که خیلی به آن علاقه‌ای نشان نمی‌دهند، یکی از روش‌های رایج بین مربیان و والدین بوده است؛ اما واقعا این روش چقدر مفید و اثرگذار است؟ جوایز و پاداش‌ها واقعا چه تأثیری بر انگیزه و پیشرفت کودکان دارند؟ اگر مایلید که به شیوه‌ای علمی و مؤثر به رشد کودک خود کمک کنید، با ما همراه باشید.

آیا جایزه دادن به کودکان باعث پیشرفت‌شان می‌شود؟

دکتر اریک بتینگر^۱، استاد دانشگاه استنفورد، در یکی از پژوهش‌هایش که در «دفتر ملی پژوهش اقتصادی»^۲ به چاپ رسید، دست به کار جالبی زد. در این پژوهش، محققان به کودکان ابتدایی بابت پیشرفت در آزمون پایان سال به ازای هر درس ۱۵ دلار جایزه دادند، سپس بررسی کردند که آیا دریافت پول به‌عنوان یک نوع جایزه، ممکن است باعث



1. Eric P. Bettinger
2. National Bureau of Economic Research



صمیمانه، باعث می‌شود کودکان احساس ارزشمند بودن را در خانواده تجربه کنند. این فضای باز، امکان صحبت آزادانه در مورد نظرات و دغدغه‌های کودک را ایجاد می‌کند که نه تنها انگیزه درونی کودکان را تقویت می‌کند، بلکه اعتماد به نفس آن‌ها را نیز افزایش می‌دهد.

منبع:

Bettinger, E. (2010). Paying to Learn: The Effect of Financial Incentives on Elementary School Test Scores. doi:10.3386/w16333

بر روی انگیزه‌های تحصیلی و عمومی کودکان بررسی کرده است. در نتیجه تحقیقات این مطالعه، پروفسور رایان معتقد است که این رویکرد می‌تواند تأثیرات معکوسی داشته باشد و به میل طبیعی کودکان برای پیشرفت آسیب برساند.

بر اساس استدلال پروفسور رایان، وقتی کودکان به طور طبیعی در فعالیتی موفق می‌شوند، نشان‌دهنده این است که انگیزه‌ای عمیق و درونی آن‌ها را به سمت انجام آن کار سوق داده است؛ اما هنگامی که پاداش یا جایزه‌ای به این فعالیت گره زده می‌شود، انگیزه درونی به انگیزه بیرونی تغییر پیدا کرده و در نهایت این تغییر باعث می‌شود که کودک فقط در صورت وجود انگیزه بیرونی به فعالیت خود ادامه دهد. پروفسور رایان تأکید می‌کند که پیشرفت واقعی از انگیزه درونی نشأت می‌گیرد. وقتی انگیزه‌ها به تدریج مادی و بیرونی می‌شوند، با گذشت زمان تضعیف شده و در نهایت محو می‌گردند. برای بازسازی این انگیزه‌های بیرونی شده، نیاز به تقویت مداوم با پاداش‌های بزرگ‌تر و جذاب‌تر است تا کودک بتواند دوباره به فعالیت خود با انگیزه بازگردد.

اما راهکار چیست؟

راهکار پروفسور رایان برای حفظ انگیزه‌های درونی در کودکان، بدون نیاز به تکیه بر جوایز مادی، متکی بر سه اصل کلیدی است که هر یک به نوبه خود می‌تواند به تقویت استقلال و رشد شخصیتی کودک کمک کند:

۱. حق انتخاب: دادن حق انتخاب به کودکان، به آن‌ها این پیام را می‌دهد که می‌توانند با انتخاب‌های خود، روی زندگی خود اثرگذار باشند. به عنوان والدین یک کودک، می‌توانید با ارائه گزینه‌های مختلف در زمینه‌هایی مانند انتخاب بازی، کتاب‌های مطالعه، یا حتی برنامه‌ریزی برای تعطیلات، دادن «حق انتخاب» به فرزند خود را تمرین کنید. داشتن حق انتخاب باعث می‌شود که کودک احساس کند کنترل بیشتری بر محیط اطراف و تصمیمات مربوط به خود دارد و این امر به نوبه خود انگیزه درونی او را تقویت می‌کند.

۲. احساس کفایت: انتقال این پیام که «فعالیت‌ها و تلاش‌های تو ارزشمند است» نه تنها به کودک کمک می‌کند که در مورد توانایی‌های خود احساس خوبی داشته باشد، بلکه انگیزه‌های درونی او را نیز برای پیشرفت تقویت می‌کند. این پیام می‌تواند از طریق تشویق صادقانه و هدفمند والدین در نتیجه دستاوردها و پیشرفت‌های کودک، بدون تمرکز بر جوایز مادی، منتقل شود.

۳. بها دادن به کیفیت رابطه: گفتگوی مستمر بین والدین و کودکان به رشد درک متقابل و تقویت پیوندهای خانوادگی کمک می‌کند. اختصاص دادن زمانی به انجام فعالیت‌های مشترک و گفتگوهای

پرونده ویژه

از واقعیت به واقعیت مجازی: آینده توانبخشی در دستان VR



تکنولوژی‌هایی که از آن سمت کره زمین به ما می‌رسد، اغلب با سال‌ها تأخیر در دسترس مان قرار می‌گیرد (برخلاف کتان‌های فیک!). حالا یکی از این پیشرفت‌ها که کم‌کم دارد به ما هم می‌رسد، **واقعیت مجازی (Virtual Reality)** است؛ تکنولوژی‌ای که با یک عینک پرجاشیه و دو کنترلر ساده، شما را به دل دنیایی جدا از دنیایی که می‌شناسید، می‌برد. واقعیت مجازی هم مثل هر تکنولوژی سطح

امین منصور | دانشجوی ارشد کاربردی

علی اسدی | دانشجوی ارشد کاربردی

الینا اسدی | دانشجوی سال آخر کاربردی

آیسان مقتدر | دانشجوی سال آخر کاربردی

هر وقت حرف از پیشرفت تکنولوژی می‌شود، ذهنمان بی‌اختیار به سمت کشورهای شرق آسیا می‌رود؛ ربات‌های کوچکی که بیست و چهار ساعته در خانه‌هایشان می‌چرخند و کار نظافت را انجام می‌دهند، تابه‌های هوشمندشان که صبحانه را درست راس ساعت ۶ آماده می‌کنند و کمد‌های جادویی که شبانه لباس‌های چروک را بی‌سر و صدا اتو می‌کنند.

چون به عمق رفتار و انگیزه‌های انسانی نفوذ می‌کند: تمایل به دریافت پاداش، پیشرفت و رقابت. در توان‌بخشی، مشارکت مراجعین و تمرکز و انگیزه بالای آن‌ها جزئی کلیدی در اثربخش بودن روند درمان است. یکی از مشکلات رویکردهای سنتی توان‌بخشی این است که مراجعین معمولاً تمرین‌های خود را در خانه انجام نمی‌دهند، جلسات خود را ادامه نمی‌دهند یا حتی در حین انجام تمرینات انگیزه و توجه کافی را ندارند؛ چون خیلی از تمرینات توان‌بخشی سنتی، روتین، تکراری، کلینیک-محور و برای مراجع بی‌معنی هستند که در نهایت تقویت نوروپلاستیسیته^۱ و ایجاد مسیرهای عصبی جدید را به دنبال نخواهند داشت - و این جاست که رویکردی مثل گیمیفیکیشن می‌تواند تغییرات مثبت زیادی

گیمیفیکیشن و توان‌بخشی نوین

گیمیفیکیشن یعنی استفاده از عناصر بازی در زمینه‌های غیر بازی؛ یا به زبان ساده‌تر، یعنی استفاده اپلیکیشن Duolingo از یک جغد سبز که اگر تکلیف روزانه زبانتان را انجام ندهید آن قدر نوتیفیکیشن قرمز و عصبانی می‌فرستد تا بالاخره Streak روزانه‌تان را تمدید کنید! گیمیفیکیشن رویکردی است که سعی می‌کند وظایف روزمره و دشوار را به شکلی بازی‌گونه و سرشار از عناصر پاداش، رقابت و تعامل دوطرفه، به وظایفی تبدیل کند که عملاً دیگر وظیفه محسوب نمی‌شوند، بلکه یک نوع بازی هستند.

در سال‌های اخیر، گیمیفیکیشن در حوزه سلامت و توان‌بخشی هم محبوبیت زیادی پیدا کرده است؛ چرا؟

بالای دیگری، ابتدا با اهداف و آموزش‌های نظامی استفاده شد و در آخر هم به سیستم درمان و توان‌بخشی راه پیدا کرد. این تکنولوژی در حال تغییر شکل روش‌های درمانی است؛ با کمک یک هدست و چند ابزار تعاملی، بیماران می‌توانند در محیط‌های شبیه‌سازی شده مجازی، حرکات واقعی را تمرین کنند و آنچه این تکنولوژی را بسیار جذاب می‌کند، ترکیب آن با بازی‌وارسازی (Gamification) است که درمان را از یک روند کسل‌کننده و قابل‌پیش‌بینی به یک تجربه سرگرم‌کننده تبدیل می‌کند.

در این بخش از نشریه، به بررسی نقش واقعیت مجازی در توان‌بخشی می‌پردازیم تا بینیم چگونه این تکنولوژی آینده‌ای جدید برای بیماران و درمانگران رقم می‌زند.



به وجود بیاورد.

البته گیمیفیکشن فقط به معنی سرگرم کننده کردن روند درمان نیست؛ این رویکرد عناصری مانند **رقابت، پاداش و بازخورد آنی** را در خود دارد که همگی به تسریع بهبود کمک می کنند. مراجعان می توانند با عملکرد قبلی خود رقابت کرده یا پیشرفتی که نسبت به دیگران داشته اند را در محیط های مجازی مقایسه کنند. این عوامل نه تنها مراجع را تشویق می کند تا بیشتر تلاش کنند، بلکه با هر موفقیت کوچک، حس دستاوردی واقعی را به او می دهد که در بلندمدت، منجر به مداومت و پایبندی مراجع به روند درمان (Adherence) فرد خواهد شد.

حالا اگر بتوانیم عناصر یک برنامه درمانی بازی گونه را با فناوری ای ترکیب کنیم که تجربه ای همه جانبه برایمان ایجاد کند، آیا برنامه درمانی موفق تری نخواهیم داشت؟

هدست های واقعیت مجازی (VR) دقیقاً همین کار را انجام می دهند! VR با ایجاد محیط های شبیه سازی شده، تعاملی و امن، بستری برای انجام تمرینات جذاب به وجود می آورد که می تواند روند توان بخشی را متحول کند.

واقعیت مجازی (VR): از آغاز تا امروز

تصور کنید که وارد دنیای جدیدی شده اید؛ دنیایی که شباهتی به دنیای واقعی ندارد! دنیایی کاملاً دیجیتالی و شبیه سازی شده، که با حس های شما بازی می کند تا باور کنید واقعی تر از آن چیزی ست که می شناسید. این همان **جادوی واقعیت مجازی** است. مهم ترین قسمت تجربه واقعیت مجازی، **هدستی** است که چشم ها و گوش های شما را می پوشاند و دنیای بیرون را از دسترس خارج و شما را در دنیای دیجیتال غرق می کند. با

کنترلرهای دستی می توانید با اشیاء مجازی ارتباط برقرار کنید و سیستم های پیشرفته تر با **حسگرهای حرکتی** حرکات شما را به دقت دنبال می کنند.

شاید تصور کنید VR پدیده ای نوین و تازه وارد است، اما در واقع این فناوری ریشه ای در دهه ۱۹۶۰ دارد. در همان دوران، **مورتون هیلینگ**^۲ دستگاهی به نام Sensorama ساخت که کاربران را در تجربه ای چندحسی – شامل صدا، تصویر و حتی بو – غوطه ور می کرد. دهه ۶۰ میلادی، **ایوان ساترلند**^۳ با اختراع دستگاهی به نام شمشیر داموکلس^۴ اولین گام های واقعی را در این مسیر برداشت. هرچند این دستگاه ها نسبت به استانداردهای امروزی ساده و ابتدایی بودند، اما سنگ بنای فناوری مدرن واقعیت مجازی را بنا کردند.

با پیشرفت فناوری، VR از دنیای بازی و سرگرمی فراتر رفت و راه خود را به حوزه های جدی تر باز کرد. صنایعی همچون **آموزش نظامی**، **شبیه سازی پرواز** و حتی **معماری** از این فناوری برای ایجاد محیط های امن و کنترل شده بهره گرفتند. اما ورود VR به دنیای پزشکی و توان بخشی بود که این فناوری را به اوج پتانسیل خود رساند. ابتدا جراحان از VR برای تمرین روش های پیچیده استفاده کردند و سپس نوبت به توان بخشی نوین رسید.

در حوزه **توان بخشی**، VR تغییرات زیادی ایجاد کرده است. این فناوری با قابلیت **شبیه سازی** فعالیت های فیزیکی، **ارائه بازخورد سریع** و

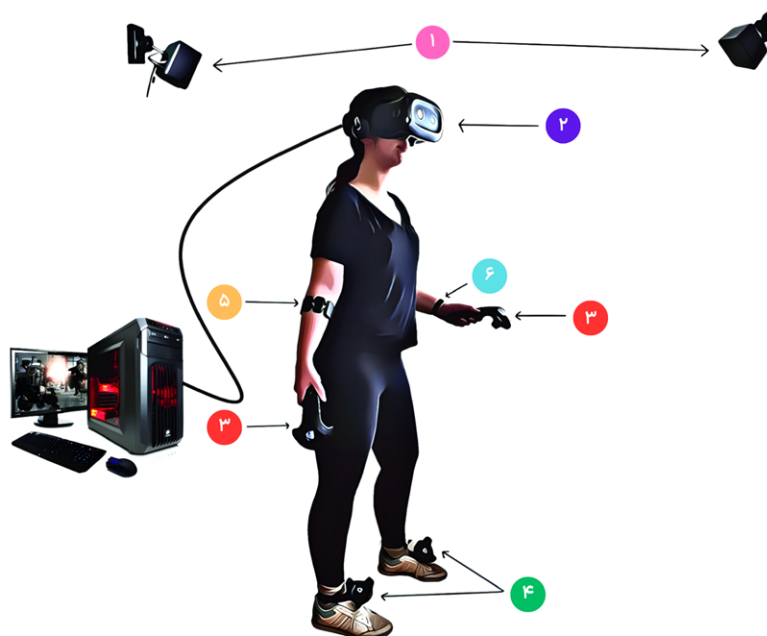


دستگاه Sensorama که در دهه ۱۹۶۰ توسط مورتون هیلینگ ساخته شد، یکی از اولین سیستم های شبیه سازی چندحسی است. این دستگاه کاربران را در تجربه ای فراگیر غرق می کرد و شامل صدا، تصویر سه بعدی و حتی بو بود، و می توان آن را به نوعی اولین گام به سوی واقعیت مجازی دانست.

2. Neuroplasticity Morton Heilig : یک پیشگام آمریکایی در فناوری واقعیت مجازی و فیلم سازی، که با اختراع دستگاه Sensorama، یکی از نخستین تجربیات سینمایی چندحسی و غوطه ور را ارائه داد.

3. Ivan Edward Sutherland: دانشمند برجسته علوم رایانه و از پیشگامان اینترنت و گرافیک رایانه

4. The Sword of Damocles: شمشیر داموکلس اولین سیستم واقعیت مجازی بود که توسط ایوان ساترلند ساخته شد. این دستگاه به دلیل ظاهر بزرگ و سنگین خود که از سقف آویزان می شد و شبیه به شمشیری بر سر کاربر بود، به این نام نامیده شد.



- ۱ **Base Stations (ایستگاه‌های پایه)**
این دستگاه‌ها موقعیت دقیق کاربر را در فضای VR پیدا و با تابش نور، حرکات را ردیابی می‌کنند.
- ۲ **VR HMD (هدست واقعیت مجازی)**
هدست برای نمایش تصاویر VR استفاده می‌شود و تجربه‌ای هم‌جانبه را با وضوح بالا به کاربر ارائه می‌دهد.
- ۳ **Controllers (کنترلرها)**
کنترلرهایی که در دست گرفته می‌شوند و کاربر برای تعامل با محیط مجازی از آن‌ها استفاده می‌کند.
- ۴ **Trackers (ردیاب‌ها)**
این سنسورها به قسمت‌های مختلف بدن وصل می‌شوند تا حرکات آن‌ها را به‌طور دقیق در محیط VR شبیه‌سازی کنند و تجربه‌ای واقع‌گرایانه‌تر ایجاد کنند.
- ۵ **Gesture Control Armband (بازوبند کنترل حرکت)**
بازوبندی که فعالیت‌های عضلات دست را تشخیص داده و از آن برای کنترل حرکات در محیط مجازی استفاده می‌کند. به‌خصوص برای افرادی که نیاز به تعامل بدون کنترلر دارند.
- ۶ **Base Stations (ایستگاه‌های پایه)**
این دستگاه‌ها موقعیت دقیق کاربر را در فضای VR پیدا و با تابش نور، حرکات را ردیابی می‌کنند.

مقالات مرور نظام‌مند^۵ و متاآنالیزهای جدید، نگاهی به تأثیرات VR بر تعدادی از اختلالات خواهیم داشت تا ببینیم چگونه این فناوری توانسته است درمان و بهبودی را به تجربه‌ای متفاوت و مؤثر تبدیل کند.

می‌کند. در توانبخشی شناختی نیز VR نقش مهمی دارد و به بیمارانی با مشکلات عصبی نظیر پارکینسون و ام‌اس کمک می‌کند تا حافظه، تمرکز و مهارت‌های حل مسئله خود را تقویت کنند.

پیگیری پیشرفت، تجربه‌ای تازه برای بیماران و درمانگران فراهم کرده است. برای مثال، بیماران سکته مغزی می‌توانند در محیط VR شبیه‌سازی‌هایی از قدم زدن در خیابان‌های شلوغ یا عبور از موانع خانگی را تجربه کنند؛ کارهایی که بازسازی آن‌ها در محیط کلینیک دشوار است.

تجربه‌های چندحسی VR که شامل درگیر کردن حواس بینایی، صدا و حتی حس لامسه می‌شود، به بیماران امکان می‌دهد مهارت‌های زندگی واقعی را در فضایی امن و کنترل‌شده تمرین کنند. **بازخورد فوری** در VR نیز به بیماران اجازه می‌دهد که پیشرفت خود را در همان لحظه مشاهده کنند، و این امر موجب افزایش انگیزه آنان می‌شود. یکی از مزایای اصلی VR، **شخصی‌سازی درمان** است؛ این فناوری امکان تنظیم تمرینات را براساس نیاز و توانایی‌های هر بیمار فراهم

مقالات در مورد اثربخشی مداخلات توانبخشی مبتنی بر VR چه می‌گویند؟

• شایع‌ترین علت ناتوانی بزرگسالان در جهان: سکته مغزی
روزانه هزاران نفر در سراسر جهان به دلیل سکته مغزی دچار تغییرات بزرگی در زندگی‌شان می‌شوند؛ تغییراتی که می‌توانند به ناتوانی‌های حرکتی و تعادلی منجر شوند و حتی فعالیت‌های ساده روزمره را به چالشی بزرگ تبدیل کنند. آمارها^۶ می‌گویند از هر چهار نفر بالای ۲۵ سال، یک نفر در طول زندگی خود دچار سکته مغزی خواهد شد — آماری که نشان‌دهنده اهمیت موضوع و لزوم توجه به روش‌های درمانی کارآمد است.

در سال‌های اخیر، مقالات علمی بسیاری درباره تأثیرات توانبخشی مبتنی بر واقعیت مجازی منتشر شده است که بیشتر آن‌ها نشان‌دهنده تغییرات مثبت این فناوری در درمان هستند. البته نتایج بعضی از مقالات با هم در تضاد بوده و در کل می‌توان گفت که نیاز به مطالعات بیشتری در این حوزه، به‌خصوص اثرات ترکیب توانبخشی تکنولوژیک و سستی بر رویکرد درمان داریم. در ادامه، با بررسی

5. Systematic Reviews

6. World Stroke Organization (WSO)

۳. افزایش تأثیر با افزایش تعداد و شدت جلسات

مطالعات جدید نشان می‌دهند که تأثیر مثبت VR به شدت به دفعات و میزان تمرین‌ها وابسته است. به‌طور خاص، بیماران با تمرین‌های بیشتر و دوز بالاتر از VR نتایج بهتری در بهبود شناخت و خلق‌وخو کسب کرده‌اند. این نشان می‌دهد که طراحی برنامه‌های تمرینی VR با دوز مناسب و جلسات منظم می‌تواند بهره‌وری این فناوری را افزایش دهد.

۴. چالش‌های موجود در نتایج متفاوت پیشرفت حرکات پیچیده‌تر

در زمینه حرکات پیچیده‌تر مانند حرکات دست و مچ، مطالعات مختلف نتایج یکسانی نشان نداده‌اند. به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها به نوع تجهیزات VR، طراحی بازی‌ها و شدت و مدت تمرین‌ها بستگی داشته باشد. با این حال، ترکیب VR با توانبخشی سنتی در بهبود

به بیماران کمک می‌کند که بدون استرس افتادن یا برخورد با موانع، مهارت‌های حرکتی خود را تقویت کنند.

۲. تأثیر مثبت بر عملکرد شناختی و خلق‌وخو

یکی از یافته‌های جالب دیگر این است که VR نه تنها به بهبود توانایی‌های حرکتی کمک می‌کند، بلکه بر عملکرد شناختی و خلق‌وخو نیز تأثیرگذار است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تمرین‌های VR با تقویت توجه و اجرای وظایف، به بیماران کمک می‌کنند که تمرکز بهتری پیدا کنند. علاوه بر این، در بیمارانی که از افسردگی رنج می‌برند، استفاده از VR باعث بهبود خلق‌وخو و کاهش نشانه‌های افسردگی شده است. این تغییرات به بیماران امکان می‌دهد که نه تنها از نظر جسمی بلکه از نظر روحی نیز بهبودی را تجربه کنند.

اما آیا روش‌های سنتی توانبخشی برای این بیماران کافی است؟ تمرین‌های تکراری و یکنواخت در روش‌های سنتی باعث می‌شود که بسیاری از بیماران به مرور زمان انگیزه خود را از دست بدهند. درچنین شرایطی VR دقیقاً می‌تواند چه کمکی به بیماران سکتته مغزی کند؟

۱. بهبود چشمگیر عملکرد حرکتی و تعادل

تحقیقات اخیر نشان داده که استفاده از VR می‌تواند عملکرد حرکتی اندام‌ها، تعادل و Gait بیماران را بهبود بخشد. این تغییرات برای بیماران به معنای افزایش توانایی‌های حرکتی و کاهش خطر زمین خوردن است. در یکی از بررسی‌ها مشخص شد که VR در بهبود تعادل و حتی راه رفتن بیماران اثرات قابل توجهی دارد و تأثیرات بهتری نسبت به برنامه‌های توانبخشی سنتی در سرعت راه رفتن داشته است. همچنین، این نوع تمرین





مبتلایان به MS دچار این مشکلات تعادلی هستند که نه تنها زندگی روزمره‌شان را مختل می‌کند، بلکه باعث ترس از افتادن و کاهش اعتماد به نفس می‌شود.

واقعیت مجازی چگونه به بهبود تعادل کمک می‌کند؟

یک مطالعه جدید نشان داده که واقعیت مجازی مبتنی بر تمرینات چندحسی (VRBT) با ترکیب تحریکات بصری و حرکتی، به بازسازی مسیرهای حسی-حرکتی کمک می‌کند و منجر به بهبود کنترل وضعیتی و تعادل پویای بیماران مبتلا به MS می‌شود. فعال سازی چندحسی در VRBT، از جمله سیستم آینه‌ای نورون‌ها، باعث می‌شود که فرآیندهای نوروپلاستیک در

خودایمنی و نورودژنراتیو است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار داده و باعث تخریب غلاف میلین در مغز و نخاع می‌شود. این تخریب یا demyelination، انتقال سیگنال‌های عصبی را مختل کرده و به ناتوانی‌های حرکتی، کاهش تعادل، و احساس ضعف عضلانی می‌انجامد.

تأثیرات MS فراتر از نشانه‌های ظاهری است؛ بیماران معمولاً دچار مشکلات پیچیده‌ای در بینایی، حس عمقی، و سیستم دهلیزی می‌شوند که همه این‌ها به طور مستقیم بر تعادل بدن تأثیر می‌گذارند. برای بسیاری از این بیماران، اختلالات تعادل و ترس از افتادن بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی شده است. تحقیقات نشان می‌دهد که تقریباً ۷۵٪

عملکردهای حرکتی پیچیده، به نتایج مثبت و امیدوارکننده‌ای دست یافته است.

• شایع‌ترین بیماری CNS در جوانان؛ مولتیپل اسکلروزیس^۷ (MS)

طبق اعلام سایت مایوکلینیک آمریکا، رایج‌ترین سنین تشخیص MS بین ۲۰-۴۰ سالگی هستند؛ سنینی که افراد مشغول انتخاب آینده شغلی خود، ادامه تحصیل یا حتی ازدواج و فرزندآوری هستند، سنین انتخاب‌های بزرگ زندگی و شاید به این دلیل MS می‌تواند شوک بزرگی برای افراد مبتلا به آن باشد.

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری

7. Multiple Sclerosis

نواحی غیردرگیر مغز فعال شده و در بازسازی عملکردهای از دست رفته مؤثر باشند.

دوز مناسب درمان برای دستیابی به بیشترین میزان پیشرفت

براساس یافته‌ها، برنامه VRBT برای بهبود تعادل عملکردی باید حداقل شامل ۴۰ جلسه با مدت زمان ۴۰ تا ۴۵ دقیقه باشد که هر هفته پنج بار اجرا شود. برای بهبود تعادل پویا نیز، جلسات باید بین ۸ تا ۱۹ هفته، هر هفته دوبار و با مدت زمان ۲۰ تا ۳۰ دقیقه برگزار شوند. این دوز درمانی در بیماران با ناتوانی خفیف یا متوسط بهترین نتایج را به همراه داشته است.

تأثیر بر اعتماد به تعادل و کاهش ترس از افتادن

تحقیقات نشان داده‌اند که VRBT با افزایش اعتماد به تعادل و کاهش ترس از افتادن، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران MS دارد. این درمان، با فراهم آوردن محیطی

کنترل شده و ایمن، نه تنها به بیماران در تقویت تعادل کمک می‌کند، بلکه آن‌ها را در انجام فعالیت‌های روزانه توانمندتر می‌سازد و به آن‌ها اعتماد به نفس بیشتری می‌دهد. تمرینات VRBT به این بیماران اجازه می‌دهد که در موقعیت‌های شبیه‌سازی شده به تمرین بپردازند، بدون آنکه ترس از افتادن مانع مشارکت‌شان شود.

• دومین بیماری نورودژنراتیو شایع جهان: بیماری پارکینسون (PD)

بیماری پارکینسون (PD) دومین بیماری نورودژنراتیو شایع پس از آلزایمر بوده که ناشی از تخریب تدریجی نورون‌های تولیدکننده دوپامین در مغز است. پارکینسون معمولاً زمانی تشخیص داده می‌شود که حدود ۵۰٪ نورون‌های دوپامینرژیک از دست رفته و باعث ایجاد این سه علامت شده باشند: **کندی حرکت (Bradykinesia)**، **سفتی عضلات (Rigidity)** و **لرزش‌های غیرارادی در حالت**

استراحت. علاوه بر این نشانه‌های حرکتی، بسیاری از بیماران با علائم غیرحرکتی مانند تغییرات خلقی، اختلالات خواب، و مشکلات شناختی و سیستم خودکار بدن (مانند یبوست و بی‌اختیاری ادرار) مواجه هستند.

واقعیت مجازی چگونه می‌تواند به بیماران پارکینسون کمک کند؟

VR این امکان را به بیماران می‌دهد که در یک محیط امن و شبیه‌سازی شده تمرین کنند و موقعیت‌هایی را که ممکن است در دنیای واقعی خطرناک باشند، تجربه نمایند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که استفاده از VR در بیماران پارکینسون به‌طور چشمگیری تعادل و اعتماد به تعادل آن‌ها را بهبود بخشیده است. از جمله نتایج این پژوهش‌ها، بهبود نمرات **مقیاس تعادل برگ (BBS)** و افزایش نمرات **اعتماد به تعادل (ABC)** در گروه VR نسبت به گروه کنترل بوده است، که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر VR در مقایسه با





روش‌های سنتی است.

پیشرفت در عملکرد حرکتی و توانایی‌های راه رفتن

VR نه تنها تعادل را بهبود می‌بخشد، بلکه در مواردی مانند تقویت عملکردهای حرکتی، سرعت راه رفتن و ثبات پوسچرال نیز مؤثر است. براساس تست‌های ۱۰ متر راه رفتن (MWT10)، گروه‌هایی که تحت درمان VR قرار گرفتند نسبت به گروه‌های کنترل، بهبود چشمگیری در سرعت راه رفتن نشان دادند.

هرچند، برخی از معیارهای حرکتی دیگر مانند شاخص گام‌برداری دینامیک (DGI) و تست ۶ دقیقه‌ای راه رفتن (MWT6) تفاوت معناداری با روش‌های متداول نشان ندادند، اما همچنان این نتایج نشان می‌دهند که VR در جنبه‌های مختلف توانبخشی عملکردی، مثل بهبود عملکرد فرد در فعالیت‌های روزمره زندگی (ADLs) موفق بوده است.

فناوری‌های نوین و دستاوردهای اخیر

تحلیل‌های رگرسیون در این پژوهش نشان داده‌اند که مطالعات جدیدتر اثربخشی بیشتری در بهبود تعادل نشان می‌دهند. این امر به احتمال زیاد به دلیل پیشرفت‌های فناوری VR و دسترسی گسترده‌تر به این تکنولوژی در سال‌های اخیر است که تجربه‌ای واقعی‌تر و کارآمدتر از محیط‌های مجازی فراهم می‌کند. VR با ارائه فیدبک فوری به بیماران، به آن‌ها اجازه می‌دهد تا هماهنگی و کنترل بیشتری بر حرکات خود داشته باشند و با انگیزه‌ای بیشتر در تمرینات شرکت کنند.

احتیاط‌های لازم

گرچه VR اغلب با عوارض جانبی کمی همراه

است، اما افزایش شدت تجربه واقعیت مجازی نیاز به اقدامات ایمنی بیشتری دارد. برای اطمینان از ایمنی بیمار، لازم است که وقفه‌های استراحت منظم، ایمنی محیط اطراف و نظارت بر وضعیت عاطفی در نظر گرفته شود. از جمله عوارض احتمالی می‌توان به cybersickness (بیماری واقعیت مجازی) اشاره کرد که در برخی موارد منجر به تهوع، سردرد یا سرگیجه می‌شود.

سخن نهایی:

آیا واقعیت مجازی آینده توانبخشی است؟

با توجه به آنچه گفتیم، واقعیت مجازی (VR) دیگر یک فناوری لوکس یا صرفاً سرگرم‌کننده نیست؛ بلکه ابزاری مؤثر در عرصه توانبخشی است که می‌تواند برای بیمارانی که با بیماری‌های جدی و پیش‌رونده مانند پارکینسون، ام‌اس و سکته مغزی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، دوباره روی پای خود ایستادن و با دنیای اطراف تعامل کردن را ممکن کند. در نهایت، واقعیت مجازی شاید نتواند به‌طور کامل جایگزین تمام روش‌های سنتی توانبخشی شود، اما به‌عنوان مکمل یا حتی در برخی موارد، به عنوان جایگزین اصلی بعضی

روش‌های قدیمی، راه خود را به درمانگاه‌ها و مراکز توانبخشی باز کرده است. با پیشرفت‌های روزافزون این فناوری، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که VR نقش پررنگ‌تری در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا کند و به تدریج به استاندارد جدید در توانبخشی تبدیل شود.

پس شاید زمان آن رسیده که به واقعیت مجازی نه فقط به‌عنوان یک فناوری نوین، بلکه به‌عنوان یک ضرورت در دنیای توانبخشی نگاه کنیم؛ راهی که نه تنها به بیماران کمک می‌کند از محدودیت‌های فیزیکی فراتر بروند، بلکه آن‌ها را به استقلال و شادی دوباره نزدیک‌تر می‌کند.

منابع:



آموزش توالت رفتن در کودکان مبتلا به اوتیسم (ویژه مربیان)

مهدی طلایی | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

بهترین راه حل را برای حل این چالش‌ها پیدا و اجرا کنند. درباره آموزش استفاده از توالت (Toilet Training)، تعریفی دقیق و جامع وجود ندارد؛ اما بر اساس مطالعات، این آموزش به بالا بردن توانایی کودک در استفاده مستقل از توالت بدون نیاز به کمک والدین یا سرپرستان اشاره دارد که خود زمینه‌ساز پیشرفت‌های اجتماعی او می‌شود. این مفهوم همچنین شامل کنترل مثانه و روده توسط کودک و توانایی او برای خودمختاری است، به‌خصوص توانایی خشک ماندن طی شب.

نقش مهارت‌های فیزیکی و روان‌شناختی در یادگیری استفاده از توالت

آموزش بهداشت توالت از پیشرفت در کنترل شبانه مدفوع آغاز می‌شود و به ترتیب به کنترل مثانه و روده در طول روز و سپس کنترل شبانه مثانه می‌رسد. برای شروع این آموزش، کودک باید یک سری از آمادگی‌های فیزیکی و روان‌شناختی را کسب کرده باشد

کردن و استفاده از توالت هستند که برای داشتن زندگی‌ای مستقل و باکیفیت ضروری می‌باشند. از نگاه کاردرمانی، بهبود توانایی‌های فرد در انجام این فعالیت‌ها می‌تواند به افزایش استقلال، اعتماد به نفس و مشارکت اجتماعی او کمک کند.

استفاده از توالت که یکی از این ADLها محسوب می‌شود نیز بسیار مهم است، زیرا به‌طور مستقیم بر سطح استقلال و بهداشت فردی تأثیر می‌گذارد. مشکلات مربوط به توالت رفتن می‌توانند تأثیرات منفی‌ای بر اعتماد به نفس فرد و تعاملات اجتماعی او داشته باشند؛ در نتیجه کاردرمانگران تکنیک‌ها و استراتژی‌هایی را ارائه می‌دهند که به فرد کمک می‌کنند تا در استفاده از توالت مهارت‌های بیشتری کسب کند، از جمله آموزش استفاده مؤثر از توالت و تقویت کنترل مثانه و روده. کودکانی که به کاردرمانی مراجعه می‌کنند، گاهی به دلایلی مانند محدودیت‌های جسمی، ذهنی یا حسی، یا چالش‌هایی در استفاده از توالت مواجه‌اند و درمانگران نیز باید با همکاری خانواده‌ها،

توالت رفتن یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های مراقبت از خود (Self-Care) است که همه افراد، در هر شرایط، بافت و محیطی به آن نیاز دارند؛ فعالیتی که فارغ از هر نقص و کمبودی که داریم به‌هیچ‌عنوان قابل چشم‌پوشی نیست و کمک گرفتن کامل از دیگران نیز در طی انجام آن غیرممکن است. شاید این مسئله برای ما بسیار ساده و پیش‌پاافتاده به نظر برسد، اما متأسفانه تعداد زیادی از افراد از جمله کودکان مبتلا به اختلالات حسی با آن درگیر بوده و به دلیل شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه ما، کمتر به آموزش‌های لازم پرداخته شده است. در دومین شماره از نشریه، به آموزش توالت رفتن به کودکان اوتیسم (ویژه والدین) پرداخته بودیم، اما چون کاردرمانگران عزیز اکثر اوقات با کودکانی مواجه می‌شوند که در روند استفاده از دستشویی مشکل دارند، در این شماره به آموزش دستشویی رفتن به کودکان «ویژه مربیان» پرداختیم.

فعالیت‌های زندگی روزمره (ADLها)، شامل طیف گسترده‌ای از مهارت‌های پایه‌ای مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام



که نمونه‌هایی از این آمادگی، شامل تقویت عضلات، کنترل رفلکس‌های اسفنکتر، درک واژه‌های مربوط به فرایند توالیت رفتن و نشان دادن علاقه به فراگیری استفاده از توالیت هستند. آکادمی اطفال آمریکا^۱ معتقد است که مهارت‌های فیزیولوژیکی و حرکتی، همراه با توانمندی‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و زبانی، نشانگرهای اصلی آمادگی کودک برای شروع آموزش بهداشت توالیت هستند.

از بدو تولد تا ۳ سالگی، کودکان تغییرات قابل توجهی را در فیزیولوژی دفع ادرار و مدفوع خود تجربه می‌کنند که شامل کاهش تعداد دفعات ادرار و افزایش ظرفیت مثانه می‌شود. فرایند دفع به چند مرحله اصلی تقسیم می‌شود: پر شدن مثانه، احساس نیاز به دفع، قابلیت به تعویق انداختن دفع، شروع انقباض مثانه، کنترل جریان ادرار و دوباره پر شدن مثانه. تکامل کامل کنترل اسفنکتر معمولاً بین ۱۲ تا ۱۸ ماهگی رخ می‌دهد؛ همچنین مهارت‌های حرکتی، چه حرکات درشت^۲ و چه حرکات ظریف^۳، به کودکان امکان می‌دهد که برای رفتن به دستشویی، نشستن روی توالیت و مدیریت لباس‌های خود، به‌طور مستقل عمل کنند.

در بعد روان‌شناختی، قابلیت‌های شناختی کودک بسیار مهم بوده و به او کمک می‌کنند تا بین احساس نیاز به دفع و استفاده از دستشویی ارتباط برقرار کند. توانایی‌هایی مانند تفکر نمادین، حل مسئله و استفاده از حافظه،

در یادگیری مهارت‌های مرتبط با دستشویی نقش دارند. علاوه بر این، رشد عاطفی مثل کنترل تکانه‌ها و تمایل به استقلال و همچنین عوامل اجتماعی مانند میل به جلب رضایت والدین، در موفقیت آموزش دستشویی مؤثرند. مهارت‌های زبانی نیز چه در دریافت و چه در بیان، به کودکان اجازه می‌دهند که

دستورالعمل‌های استفاده از دستشویی را متوجه شده و نیازهای خود را نیز بیان کنند. از رابطه علت و اثری که در نتیجه آن علت به وجود می‌آید به دست می‌آورند و به توجه و تمجیدهای اجتماعی واکنش‌های مثبت نشان می‌دهند. بر اساس گزارش آکادمی اطفال آمریکا در سال ۲۰۰۹، این دوران به عنوان بخشی از مهم‌ترین مراحل ابتدایی رشد کودک، حاوی نقاط عطف^۴ تعیین‌کننده‌ای

مراحل کسب مهارت‌های مربوط به توالیت از تولد تا ۳ سالگی^۴ (Toileting Milestones)

قبل از ۱۲ ماهگی >> نوزادان درکی

1. American Academy of Pediatrics (AAP)
2. Gross Motor Skills
3. Fine Motor Skills
4. Toileting Milestones
5. Milestone

است.



۱۲ تا ۱۸ ماهگی  کودکان از نیاز به دفع، به عنوان یک نیاز فیزیولوژیک آگاه شده و می توانند بین احساس نیاز به دفع و انجام آن در عمل ارتباط برقرار کنند. همزمان، مهارت های حرکتی درشت (مانند راه رفتن) نیز رشد و توسعه پیدا کرده و کودک شروع به کسب مهارت های اولیه ارتباط کلامی می کند. در این مرحله، کودکان از جنبه اجتماعی به شدت تقلیدگر می شوند و میل به استقلال در آن ها شکل می گیرد.

۱۸ تا ۲۴ ماهگی  کودکان توانایی کنترل عضلات اسفنکتر را برای مدتی کوتاه کسب می کنند که با بهبود حافظه و شناخت هدفمند تقویت می شود. در این دوره، پیشرفت های قابل توجهی در مهارت های زبانی کودک مشاهده شده و درک مفاهیم و ارتباط کلامی افزایش می یابند. علاوه بر این، کودکان تمایل بیشتری برای کسب استقلال، جلب توجه و تحسین از سوی والدین نشان می دهند که این امور تأثیر قابل توجهی بر رشد عاطفی و اجتماعی آن ها دارند.

۲۴ تا ۳۶ ماهگی  کودکان در مهارت های حرکتی ظریف که برای استفاده مستقل از دستشویی ضروری هستند، پیشرفت چشمگیری کرده و حافظه شان برای به خاطر سپردن روال های روزمره بهتر می شود. در این دوره، رشد عاطفی و اجتماعی کودکان همچنان ادامه یافته و تمایل آن ها برای نشان دادن توانایی های خود، استقلال و دریافت حمایت اجتماعی افزایش می یابد. تا ۳ سالگی، اکثر کودکان مهارت های لازم را برای استفاده درست از دستشویی کسب کرده اند.

می شود و آمادگی هر کودک برای کسب این مهارت متفاوت است. برخی از کودکان ممکن است زودتر از کنترل روده، کنترل مثانه را کسب کنند و برعکس و برخی دیگر نیز ممکن است به طور همزمان به کنترل مثانه و روده در طول روز دست یابند. همچنین کنترل شبانه مثانه اغلب پس از کسب کنترل مثانه در طول روز کسب می شود و چالش هایی مانند امتناع از دفع مدفوع نیز می توانند به مشکلاتی مثل یبوست منجر شوند.

طبق تحقیقات انجام شده، اکثر کودکان تا پایان ۴۸ ماهگی، مهارت استفاده از دستشویی را کسب می کنند و شروع زود هنگام آموزش این مهارت ها، تأثیر چندانی بر زمان تکمیل یا موفقیت آن ندارد. علاوه بر این، عوامل دموگرافیک نظیر سن، جنسیت و نژاد نقش مهم تری نسبت به معیارهای آمادگی مانند رشد شناختی در موفقیت آموزش ایفا می کنند که خود نشان دهنده تأثیر قابل توجه فرهنگ و متغیرهای اجتماعی بر فرآیند آموزش دستشویی است.

علائم آمادگی کودک برای آموزش دستشویی

مطالعات اخیر نشان می دهند که سن آموزش بهداشت توالیت به تدریج در حال افزایش است، چرا که والدین و متخصصان بیشتر

چگونه اختلالات حسی در فرایند آموزش توالیت مشکل ایجاد می کنند؟

دستشویی رفتن نیاز به میزان قابل توجهی از آگاهی بدنی دارد. کودکان باید درک کنند که بدنشان چه احساسی دارد، یاد بگیرند که چطور عضلات مثانه و روده خود را به موقع رها کنند و درک کنند که زمانی که «کارشان تمام شده»، یعنی مثانه یا روده شان کاملاً خالی

داخل دستشویی‌ای با اندازه معمولی، واکنش منفی به احساس پاک شدن یا پاک کردن، نارضایتی از شستن دست‌ها، تمایل به درآوردن تمام لباس‌ها هنگام استفاده از دستشویی و پرهیز از تمیز کردن محیط دستشویی از جمله این مشکلات هستند.

۳. مشکلات پردازش حسی مربوط به جستجوی حسی^۸

مشکلات پردازش حسی مربوط به جستجوی حسی، می‌تواند شامل رفتارهایی باشد که در آن کودک به دنبال تجربه‌های حسی است. این کودکان ممکن است علاقه‌مند به تکرار شستشوی خود و محیط دستشویی باشند، از احساس و فرایند دفع لذت ببرند، با آب بازی کنند و بخواهند از هر سرویس بهداشتی عمومی‌ای که با آن روبرو می‌شوند استفاده کنند. این رفتارها نشان‌دهنده تلاش برای

دفع کردن مشکل دارند، چرا که نمی‌دانند چگونه باید عضلات از عضلات خود استفاده کنند. نمی‌توانند کثیف شدن لباس‌هایشان را احساس کرده و ممکن است در فرایند پاک‌سازی دچار مشکل شوند.

۲. مشکلات پردازش حسی مربوط به دفاع حسی^۹

دفاع یا حساسیت حسی، حالتی است که در آن کودک نسبت به محرک‌های خاصی (از جمله لامسه) حساسیت زیادی دارد، اما نارضایتی خود از شدت محرک را به شکلی منفعلانه، مانند گریه کردن و مقاومت نشان می‌دهد. مشکلات پردازش حسی مربوط به دفاع حسی می‌تواند شامل بی‌زاری از احساس «دفع کردن» باشد که منجر به خودداری کودک از این عمل می‌شود. نگرانی از افتادن

است. در این فرآیند، پردازش حسی نقش مهم ایفا می‌کند و اگر سیستم‌های حسی به‌درستی با یکدیگر یکپارچه نشده باشند، می‌تواند منجر به مشکلاتی در آموزش دستشویی شود. در ادامه تعدادی از این مشکلات را با هم بررسی می‌کنیم:

۱. مشکلات پردازش حسی مربوط به ضعف حس عمقی^۶

ضعف حس عمقی به ناتوانی در درک موقعیت، حرکت و قدرت عضلانی بدن نسبت به خود و محیط اطراف اشاره دارد. کودکانی که با این چالش روبرو هستند ممکن است از پر بودن روده یا مثانه خود بی‌خبر باشند، به‌طوری‌که حتی اگر احساس نیاز به استفاده از دستشویی داشته باشند نمی‌توانند تشخیص دهند که آیا نیاز به دفع ادرار دارند یا دفع مدفوع. آن‌ها همچنین در «فشار دادن» برای



6. Proprioception
7. Sensory Sensitivity
8. Sensory Seeking
9. Sensory Avoiding

برآورده ساختن نیازهای حسی خود از طریق تعامل با محیط‌ها و فعالیت‌های مختلف است.

۴. مشکلات پردازش حسی مربوط به اجتناب حسی^۹

مشکلات پردازش حسی مرتبط با اجتناب حسی، شامل رفتارهایی است که کودک از برخی تجربیات حسی به شکل فعالانه دوری می‌کند. برای مثال، کودک ممکن است به دلیل احساس ناراحتی در لباس‌های بزرگ‌تر، از پوشیدن لباس زیر خودداری کند و پوشک را ترجیح دهد، از احساس خیس بودن پوشک متنفر باشد، هنگام شستشو به دلیل صدای آب گوش‌های خود را بگیرد، در اثر حس بوی شدید بینی خود را بگیرد و به‌طور کلی از رفتن به دستشویی اجتناب کند. این رفتارها نشان‌دهنده تلاش کودک برای دوری از محرک‌هایی است که برایش ناخوشایند یا تحریک‌آمیز هستند.

با توجه به نیازهای حسی کودک، ملاحظات مناسب را در پیش بگیرید

در نظر گرفتن تفاوت‌های حسی کودکان می‌تواند در فرایند یادگیری بهداشت تواله به آن‌ها کمک کند. ایجاد تغییراتی در محیط مانند پوشیدن لباس‌های تنگ یا گشاد، کاهش تعامل با صداها یا بلند در دستشویی

مانند خشک‌کن یا سیفون، استفاده از هدفون‌های حذف صدا یا گوش بندهای معمولی برای کاهش تحریک حسی، استفاده از صابون‌هایی با بوی ملایم یا بوگیرها، استفاده از صندلی دستشویی سفت و کوچک برای افزایش احساس امنیت و تنظیم روشنایی محیط، همگی می‌توانند به ایجاد تجربه‌ای آرام‌بخش برای کودک کمک کنند. این ملاحظات با در نظر گرفتن نیازهای خاص هر کودک، می‌توانند گامی مهم در راحتی بیشتر و کسب استقلال کودک در استفاده از دستشویی باشند.

آموزش و مشاوره (کودک و والدین)

پیش از هر مداخله آموزشی، درمانگران باید روال و روتین خانوادگی را مدنظر قرار دهند و تلاش کنند که در طول فرایند آموزش، این روال تا حد امکان بدون تغییر باقی بماند؛ برای مثال، اگر قرار است آموزش یا مداخله‌ای صورت بگیرد بهتر است در طول آموزش خانواده مسافرت نروند، محل زندگی خود را عوض نکنند، تغذیه کودک تغییر نکند و روابط خانوادگی نیز بدون چالش‌های بزرگ ادامه پیدا کنند. آغاز آموزش باید با کوچک‌ترین تغییرات شروع شود تا کودک تغییر چشمگیری در زندگی خود احساس نکند، مانند شروع

آموزش با یک بار دستشویی رفتن پس از بیدار شدن از خواب شبانه و پوشیدن پوشک در ادامه روز. به‌مرور می‌توان مراحل بیشتری افزود؛ مثل قبل از خوردن ناهار، قبل از خوردن شام و قبل از خواب.

کاردرمانگران دو نقش مهم در این فرایند دارند که شامل ۱) آموزش به والدین و مراقبان برای آماده‌سازی کودک و ۲) انجام مداخلات مستقیم و مؤثر برای کودکان می‌شود. برای آموزش دستشویی رفتن به کودکان، مراحل زیر را دنبال کنید:

آماده‌سازی: در این مرحله، والدین باید کودک خود را برای آموزش دستشویی آماده کنند که شامل آموزش کودک در مورد دستشویی (کلمه دستشویی، نحوه استفاده از دستشویی، هدف از دستشویی رفتن)، کمک به او برای درک نیازهای بدن خود (احساسات ناشی از پر شدن مثانه یا روده، سیگنال‌های بدن که نشان می‌دهد کودک باید به دستشویی برود) و ایجاد یک برنامه زمانی منظم است (زمان‌های مشخص برای استفاده از تواله، زمان‌های مشخص برای تعویض پوشک).

تمرین: در این مرحله، کودک شروع به استفاده از دستشویی می‌کند. والدین باید به کودک خود کمک کنند تا یاد بگیرد که چگونه سیگنال‌های بدن خود را تشخیص دهد (پرسیدن از کودک در مورد احساسات بدنی خود) و چگونه از دستشویی استفاده کند (کمک به کودک برای یادگیری نحوه نشستن در دستشویی، یادگیری نحوه دفع ادرار یا مدفوع در دستشویی و یادگیری نحوه پاک کردن خود).

تثبیت: در این مرحله، کودک باید یاد بگیرد که به‌طور مستقل از دستشویی استفاده کند. والدین باید به کودک خود کمک کنند تا در استفاده از دستشویی اعتمادبه‌نفس پیدا کند؛ برای مثال تشویق کودک (تقویت‌کننده‌های مثبت مانند تحسین، جوایز و زمان بازی) می‌تواند نقش پررنگی در مرحله تثبیت داشته باشد. در این فرایند والدین باید صبور و حامی



دستشویی رفتن، با صدای موردعلاقه‌اش این رویکردها به خلق تجربه‌ای مثبت و تشویق کودک به مشارکت فعال در آموزش بهداشت توالی کمک می‌کنند.

در دومین شماره نشریه، همکاران عزیز در زمینه آموزش دستشویی رفتن به کودکان اوتیسم (مخصوص والدین) آموزش خوبی رو آماده کردن و درمانگران و والدین، می‌تونن بسته به نیاز از اون مطالب برای طیف وسیعی از کودکان استفاده کنن. برای کسب اطلاعات بیشتر، این کد رو اسکن کنین و مطلب مربوطه رو در شماره دوم نشریه کاردرمانی مطالعه کنین!



منابع:

- <https://raisingchildren.net.au/preschoolers/health-daily-care/toileting/toilet-training-guide>
- Matson, J. L. (2021). Clinical Guide to Toilet Training Children. Springer. doi: 10.1007/978-3-319-62725-0
- <https://missjaimeot.com/toileting-and-sensory-processing-2023/>
- McKinley, J. (1984). Toilet training: A developmental perspective. American Journal of Occupational Therapy, 38(1), 25-32.



اصلاحات محیطی هم می‌توانند آموزش را تسهیل کنند

کاردرمانگران در این زمینه افراد ماهری هستند. همان‌طور که می‌دانیم تغییرات محیطی بسته به نیازهای کودک می‌تواند متفاوت باشد؛ بنابراین به کاردرمانگر خود اعتماد کنید تا مطابق با نیازهای کودک، تجهیزات تطابقی مناسب را پیشنهاد داده و نحوه استفاده درست از آن‌ها را به شما و کودک آموزش دهد. این اقدام در حمایت از خانواده‌ها و افزایش مشارکت کودک مؤثر است. برای جذب و کمک به کودک در این فرایند، می‌توان از ابزارها و تکنیک‌های خلاقانه استفاده کرد، مانند:

- استفاده از یک صندلی دستشویی جذاب که شبیه یک ماشین مسابقه کوچک باشد.
- استفاده از جملات و عبارات خنده‌دار برای رفتن به دستشویی و حین دستشویی؛ مانند «بز بريم! بدو بدو!»
- تهیه برچسب‌های جذاب و معنی‌دار برای کودک و نصب آن داخل دستشویی، برای هدایت بهتر کودک
- استفاده از صندلی‌های دستشویی نرم و راحت‌تر
- استفاده از برچسب‌های پاداش برای تشویق کودک
- تشویق کودک برای تنظیم زمان هشدار

باشند، زیرا آموزش دستشویی می‌تواند برای برخی از کودکان دشوار باشد.

ملاحظات یادگیری

والدینی که در فرایند آموزش بهداشت توالی فرزندانشان مشارکت می‌کنند، باید از تفاوت‌های فردی در سبک‌های یادگیری کودکان آگاه باشند. کودکان به شکل‌های متفاوتی یاد می‌گیرند و این تفاوت‌ها می‌تواند روی درک کودکان از مفهوم دستشویی و توانایی‌شان برای انجام برنامه‌ریزی حرکتی لازم در استفاده از دستشویی تأثیر داشته باشند. به همین دلیل، پیاده‌سازی استراتژی‌های جبرانی که برای طیف گسترده‌ای از سبک‌های یادگیری مناسب‌اند، می‌تواند راهکار خوبی باشد. این استراتژی‌ها می‌توانند شامل استفاده از برنامه‌های زمانی تصویری برای کمک به تصویرسازی فرایند، خواندن کتاب‌ها یا داستان‌های مرتبط با آموزش دستشویی برای تقویت مفاهیم از طریق داستان، ایجاد جدول پاداش برای تشویق کودک به پیروی از روال‌های تعیین شده و استفاده از ساعت‌های مچی یا وسایل لرزان برای یادآوری زمان‌های دستشویی به کودک باشند. این رویکردها به کودکان کمک می‌کنند تا با انگیزه‌تر و موفق‌تر در فرایند آموزش شرکت کنند.

؛ OPC

روشی برای تقویت عملکرد کاری و مشارکت افراد

آیسان مقتدر | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

فاطمه تقی‌زاده | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

“

کوچینگ فرایندی است گفتگو محور و متمرکز بر مراجع، که در آن مراجع تعیین می‌کند که چه ارزش‌هایی دارد و چه چیزی در زندگی برایش مهم‌تر است. بعد از تعیین این ارزش‌ها در فضایی امن و مبتنی بر اعتماد، کوچ که یک فرد توانمند در حیطه موردنظر و آشنا به روحیات و درونیات مراجع است، با گوش دادن‌های دقیق و پرسیدن سؤال‌هایی هدفمند و کلیدی، مراجع را به سمتی هدایت می‌کند که افکار و کارهای مراجع، هم‌راستا با ارزش‌هایش قرار بگیرند.

منظور از کوچینگ چیست؟
 “یک کوچ، به تو چیزهایی را می‌گوید که نمی‌خواهی بشنوی، چیزهایی را می‌بیند که تو نمی‌خواهی ببینی، تا تو بتوانی کسی باشی که همیشه می‌دانستی می‌توانی باشی.” - تام لندری^۵، یک کوچ موفق فوتبال برای اینکه تعیین کنیم کوچینگ چیست، اول باید تعیین کنیم که کوچینگ چه چیزی نیست! یک کوچ (Coach) نه یک مشاور، نه یک روانشناس، روان‌پزشک و نه یک معلم و مربی است، ولی ممکن است از ابزارهای هر یک از این افراد بهره‌بردار. یک کوچ گذشته شما را جستجو نمی‌کند تا دنبال ریشه مشکلات بگردد، یک کوچ به شما پاسخ و راه‌حل‌های سراسر است و مستقیم نمی‌دهد و به شما نمی‌گوید که چه کاری باید انجام دهید؛ بلکه خودتان این کار را خواهید کرد. مهم‌ترین قدم برای حرکت به سمت یک

همه ما ممکن است در زندگی شرایطی را تجربه کنیم که باعث محدودیت در انجام امور روزانه‌مان شود؛ چه دانشجویی که دچار شکستگی پا شده و نمی‌تواند مسیر خانه تا دانشگاه را طی کند و چه مادری که می‌خواهد از فرزند کم‌توانش مراقبت کند، اما خودش دچار کمردرد شده است، در هزاران سناریوی دیگر هم ممکن است توانایی مشارکت در کارهایی که برایمان اهمیت دارد را از دست بدهیم و به قول کاردرمانگران، عملکرد آکیوپیشنال^۱ پایینی را تجربه کنیم. کاردرمانی به‌عنوان رشته‌ای برای زندگی، با فلسفه‌ای که بسیار روی عملکرد کاری و مشارکت فرد در امور روزمره تأکید دارد برای این موقعیت‌ها هم راه‌حلی دارد؛ OPC یا کوچینگ عملکرد کاری^۲ - مدلی از کوچینگ که می‌توانید آن را هم در زندگی روزمره خود و هم در مواجهه با مراجعین و مراقبینی که در این بخش از زندگی خود دچار مشکل شده‌اند، به کار ببرید.

1. Occupational Performance
2. Occupational Performance Coaching (OPC)
3. Coaching
4. Coach
5. Tom Landry



محیطی و شخصی باشند. مانند هر رویکرد کوچینگ دیگری، در قلب OPC گفتگوی بین درمانگر و مراجع قرار دارد که در آن اهمیت فراوانی به ایجاد و حفظ روابط مبتنی بر اعتماد داده می‌شود. در این فرایند، مراجع نقشی فعال دارد و درمانگر به عنوان یک راهنما، به مراجع در تعیین اهداف، ایجاد راهکارهایی برای دستیابی به آن‌ها و ارزیابی پیشرفت او در این مسیر کمک می‌کند. این روند به تقویت درک مراجع از توانمندی‌ها، محیط‌ها و ارزش‌های خود کمک کرده و او را در مسیر دستیابی به یک زندگی رضایت‌بخش هدایت می‌کند.

فلسفه OPC: این رویکرد برآمده از چه مدل‌ها و مفاهیمی است؟
 OPC تأکید زیادی روی تقویت عملکرد کاری

به آن‌ها آگاهی ندارد اما می‌تواند پیدا کند را بیابد.

کوچینگ عملکرد کاری^۶ (OPC) چیست؟

کوچینگ عملکرد کاری (OPC)، یک مدل از کوچینگ برای افرادی است که قصد دارند عملکرد کاری^۷ و مشارکت اجتماعی^۸ خود را در جنبه‌های مهم زندگی‌شان تقویت کنند. این رویکرد که برای افراد عادی، افرادی که دارای ناتوانی هستند و یا حتی مراقبین این بیماران در تمام مراحل زندگی قابل اجراست، به‌ویژه برای کسانی طراحی شده است که با محدودیت‌هایی در مشارکت فعال در فعالیت‌های زندگی خود روبرو هستند. این محدودیت‌ها می‌توانند شامل مشکلات رشدی، مادرزادی و اکتسابی یا حتی موانع

زندگی خوب، شفافیت داشتن در مورد ارزش‌هایمان است که در نتیجه این شفافیت، انتخاب‌های معنادارتری خواهیم داشت و تلاش پیوسته‌تری برای رسیدن به اهدافمان خواهیم کرد.

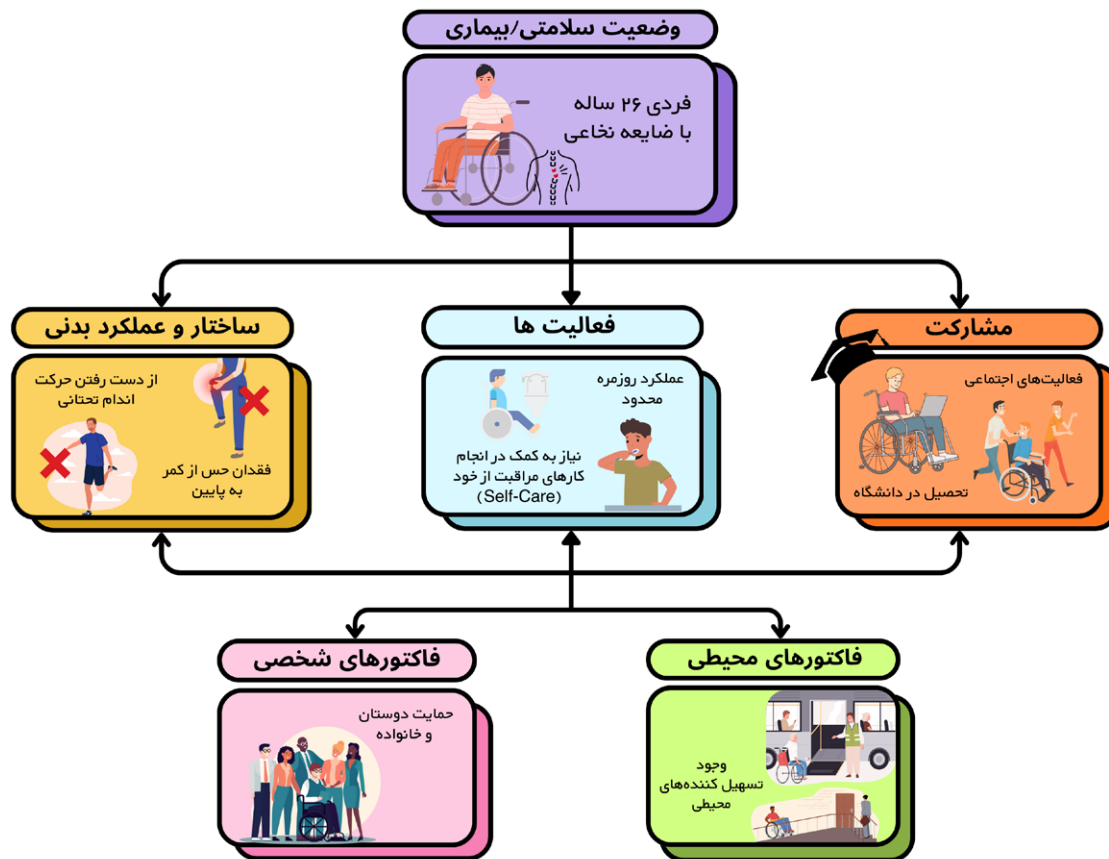
در حقیقت کوچینگ فرایندی است که متمرکز بر **حال حاضر و اهداف آینده مراجعش** است. احتمالاً برای شما هم پیش آمده که در مواجهه با یک شرایط، اول راه‌حل‌هایی که خودتان درست می‌دانستید را اجرا کرده‌اید و سپس به سراغ راه‌حل‌هایی که بقیه افراد ارائه داده‌اند رفته‌اید، چون معمولاً پاسخی که خودمان به آن برسیم برایمان بسیار ارزشمندتر است. در کوچینگ هم برخلاف مشاوره، ما به سؤال‌های مراجعمان پاسخ نمی‌دهیم، بلکه با پرسیدن سؤالاتی هدفمند مراجع را به گونه‌ای هدایت می‌کنیم که خودش، پاسخ‌هایی که

6. Occupational Performance Coaching

7. Occupational Performance

8. Social Participation

و مشارکت افراد در زندگی و موقعیت‌های اجتماعی دارد که هر دو مفهوم برگرفته از تعدادی از مدل‌های کاردرمانی، روان‌شناسی و مفاهیم انسان‌شناسی هستند. دو مدل مهمی که در پایه‌گذاری فلسفه کوچینگ کاری نقش داشته‌اند، مدل ICF و PEO هستند. مدل ICF در سال ۲۰۰۱ از سوی سازمان بهداشت جهانی^۹ ارائه شد. برخلاف مدل‌هایی که قبل از آن افراد را بر اساس تشخیص بیماری طبقه‌بندی می‌کردند، این سیستم افراد سالم و ناتوان را بر اساس عملکردشان در انجام فعالیت‌های مرتبط با زندگی و مشارکت فعالشان در



نمودار ۱ - مدل ICF برای فردی با ضایعه نخاعی

مدل ICF شامل مؤلفه‌های مختلفی است، در این نمودار می‌توانید تأثیر وضعیت سلامتی فرد را بر ابعاد مختلف زندگی او ببینید:

- ۱. وضعیت سلامتی/بیماری:** آسیب نخاعی بر بخش‌های متفاوتی از زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و نحوه انجام فعالیت‌ها و مشارکت او را تغییر می‌دهد.

- ۲. فعالیت‌ها:** فعالیت‌ها به توانایی فرد در انجام کارهای روزمره مرتبط هستند. برای این فرد، ممکن است فعالیت‌هایی مانند مراقبت شخصی (Self-Care) یا حرکت و جابجایی، به علت ضایعه نخاعی، با محدودیت یا نیاز به تطبیق و تغییر روش انجام شوند.

- ۳. مشارکت:** این بخش به نقش‌های اجتماعی و مشارکت در جامعه اشاره دارد. ضایعه نخاعی می‌تواند بر توانایی فرد در مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، مثل کار یا تحصیل تأثیر منفی داشته باشد.

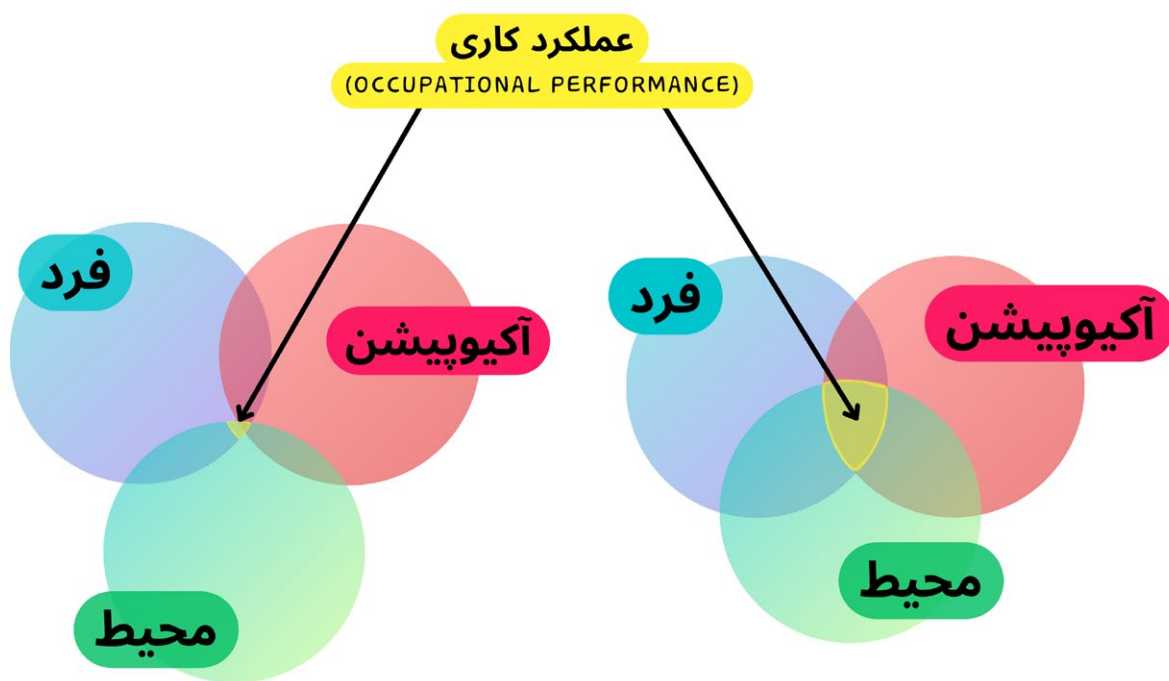
- ۴. فاکتورهای محیطی:** این مورد به محیط زندگی فرد و تأثیر آن بر عملکردش اشاره دارد. در این مورد خاص، موانع محیطی مانند دسترسی به ساختمان‌ها یا وسایل حمل‌ونقل عمومی، یا حمایت‌های موجود مانند دسترسی به تکنولوژی کمکی می‌تواند مهم باشد.

- ۵. فاکتورهای شخصی:** این بخش به خصوصیات فردی مانند سن، جنسیت، سبک زندگی و تجربیات گذشته می‌پردازد که می‌تواند بر چگونگی مواجهه با ضایعه نخاعی و تطبیق با شرایط جدید تأثیر بگذارد.

جامعه طبقه‌بندی می‌کند و بر این نکته تأکید دارد که **مشارکت اجتماعی** تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی و محیطی قرار دارد. این مشارکت نه تنها به عنوان یک جنبه از زندگی اجتماعی افراد محسوب می‌شود، بلکه عاملی کلیدی در فرآیند بهبود و بازپایی آنهاست و به همین دلیل است که در OPC، تأکید زیادی بر روی بهبود مشارکت وجود دارد.

بر اساس این مدل، OPC بین انجام فعالیت‌ها در شرایط ایده‌آل و اجرای آنها در محیط زندگی واقعی تفاوت قائل می‌شود، چون اجرای فعالیت‌ها در زندگی واقعی است که بیانگر مشارکت واقعی در جامعه است. این نکته در OPC بسیار مهم است، چرا که اهداف آن بر بهبود تعاملات اجتماعی واقعی و معنادار تمرکز دارد، نه بهبود عملکرد فردی به دور از زمینه‌های اجتماعی. OPC تلاش می‌کند تا به افراد در رسیدن به مشارکت مؤثرتر در نقش‌های اجتماعی‌ای که برایشان مهم است، کمک کند. در این رویکرد، بهبود مشارکت به معنای موفقیت در انجام کارهایی است که نه تنها از نظر فرد مهم هستند، بلکه با تکرار، مشارکت فعال و احساس رضایت، کیفیت زندگی او را افزایش می‌دهند.

مدلی دیگر که در فلسفه OPC بسیار پررنگ است، **مدل شخص-محیط-آکیوپیشن^{۱۰} (PEO)** است. بر اساس این مدل، عملکرد کاری (آکیوپیشنال) نتیجه تعامل بین فرد، فعالیت‌هایش و محیط/زمینه او که فعالیت در آن انجام می‌شود است و بهبود عملکرد کاری وقتی حاصل می‌شود که توانایی‌های فرد، نیازهای انجام آکیوپیشن موردنظر و منابع موجود در محیط به خوبی با یکدیگر همخوانی داشته باشند. به عنوان یک مثال بسیار ساده، فردی که نه تجربه آشپزی داشته و نه از مواد غذایی لازم برای درست کردن یک غذای خوب اطلاع دارد، عملکرد خوبی در آکیوپیشن «آشپزی» از خود نشان نخواهد داد، درحالی که یک آشپز باتجربه که به مواد غذایی باکیفیت و تازه دسترسی دارد و در محیطی مناسب



نمودار ۲: مفهوم عملکرد کاری در دو نمونه متفاوت

در تعامل بین ۳ عنصر فرد، آکیوپیشن و محیط، **عملکرد کاری (Occupational Performance)** شکل می‌گیرد که در نمودار با رنگ زرد نشان داده شده است. در نمودار عملکرد کاری سمت چپ، هم‌پوشانی کمی بین سه مؤلفه فرد، آکیوپیشن و محیط وجود دارد که نشان‌دهنده فرصت‌های موفقیت محدود در انجام آکیوپیشن است؛ اما در نمودار سمت راست هم‌پوشانی بیشتر این سه عنصر نشان‌دهنده فرصت‌های بیشتری برای موفقیت در عملکرد کاری است و تناسب بهتری بین فرد، فعالیت‌های آکیوپیشنال او و شرایط محیطی‌اش برقرار است.

10. Person-Environment-Occupation (PEO)

اعتماد بین درمانگر و مراجع از جمله اصول کلیدی OPC است. این رابطه فضایی را به وجود می‌آورد که در آن مراجعان می‌توانند آزادانه احساسات، نگرانی‌ها و امیدهای خود را بیان کنند. وجود یک فضای امن برای تبادل آزاد افکار و احساسات، به روند بهبود و توانمندسازی کمک می‌کند.

• احترام به ارزش‌ها و ترجیحات

مراجع: یکی از مهم‌ترین اصول OPC، احترام گذاشتن به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات مراجع است. این اصل اطمینان حاصل می‌کند که مراجع در مرکز فرایند تصمیم‌گیری قرار دارد و مداخله‌ها به گونه‌ای طراحی و اجرا می‌شوند که هم‌راستا با اهداف و زندگی شخصی مراجع باشند.

OPC با استفاده از این اهداف و اصول، فضای حمایتی‌ای ایجاد می‌کند که در آن افراد می‌توانند به درک عمیق‌تری از توانایی‌ها، ارزش‌ها و امکانات خود برسند. این فرآیند نه تنها برای افراد دارای محدودیت‌های خاص، بلکه برای همه کسانی که به دنبال بهبود و توسعه شخصی هستند ارزشمند است.

درونی: OPC باور دارد که تقویت خودمختاری فرد و پرورش انگیزه‌های درونی، کلید دستیابی به تغییرات پایدار و معنادار در زندگی فرد است. این رویکرد، با تشویق مراجعان به تعیین اهداف شخصی‌شان و گرفتن تصمیمات مستقل، به آن‌ها امکان می‌دهد تا فرایند پیشرفت خود را کنترل و مدیریت کنند.

• تقویت مشارکت اجتماعی و عملکرد کاری:

فلسفه OPC به شدت بر اهمیت مشارکت اجتماعی و بهبود عملکرد کاری در زندگی روزمره تأکید دارد. این رویکرد به دنبال آن است تا از طریق شناسایی و حل محدودیت‌ها و موانع، به افراد در رسیدن به اهدافی که برایشان معنادار است کمک کند و از این طریق کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش دهد.

رسیدن به این اهداف، باید در راستای اصول رویکرد صورت گیرد که دو مورد از مهم‌ترین این اصول، موارد زیر می‌باشند:

• شکل دادن رابطه‌ای مبتنی بر

اعتماد: ایجاد یک رابطه قوی و مبتنی بر

آشپزی کردن که از نور و دمای مناسبی برخوردار است آشپزی می‌کند، در انجام این آکیوپیشن موفق عمل خواهد کرد. OPC این اصل را با رویکرد «**ایجاد تطابق**» به کار می‌برد، یعنی سعی می‌کند که توانایی‌های فرد، پتانسیل‌های محیط و شرایط انجام آکیوپیشن موردنظر مراجع را به گونه‌ای تنظیم کند که هم‌پوشانی بیشتری با هم داشته و به عملکرد کاری بیشتری منجر شود.

اهداف و اصول OPC

همان‌طور که عنوان کردیم، هدف کوچینگ عملکرد کاری (OPC) به عنوان یک مداخله مهم در حوزه کاردرمانی، بهبود عملکرد کاری و تقویت مشارکت اجتماعی افراد در فعالیت‌ها و جنبه‌های مهم زندگی‌شان است. ماهیت OPC بر این باور استوار است که هر فرد توانایی دستیابی به بهترین نسخه از خودش را دارد، به شرط اینکه با حمایت و راهنمایی صحیح، به درک درستی از اهداف و ارزش‌های خود برسد. از اهداف این رویکرد به صورت کلی می‌توان به این دو مورد اشاره کرد:

• ارتقاء خودمختاری و انگیزه



نمودار ۳: ساختار فرایند کوچینگ عملکرد کاری (OPC)



OPC، گوش دادن آگاهانه و فعال است.

۲. ساختاردهی (Structure): در این مرحله، کوچ و مراجع با هم برای تعریف اهداف ارزشمند و عملیاتی کردن گام‌های لازم برای دستیابی به این اهداف، همکاری می‌کنند.

در فرایند ساختاردهی، ابتدا به عنوان مهم‌ترین و اساسی‌ترین گام، هدف‌های اصلی مراجع و هر چیزی که قرار است در پایان فرایند به دست آورد را تعیین می‌کنیم، این موارد باید کاملاً مبتنی بر ارزش‌ها و اولویت‌های خود مراجع باشند. سپس درمانگر و مراجع با کمک هم عملکرد فعلی مراجع را تحلیل کرده و عوامل مؤثر بر آن را تعیین و بررسی می‌کنند تا در این بین راه‌هایی برای رسیدن به هدف‌های موردنظر پیدا کنند.

در ادامه، کارهایی که مراجع می‌تواند در راستای حرکت به سمت اهداف انجام دهد مشخص می‌شوند و وظیفه درمانگر حمایت از اقداماتی است که توسط مراجع انجام

گوش دادن کار ساده‌ای به نظر می‌رسد، اما مهارتی است که نیاز به توجه و تمرین دارد. گوش دادن به معنای واقعی، به معنی به وجود آوردن فضایی مشترک است که درمانگر مراجع را شنیده و درک می‌کند و مراجع نیز حس درک شدن و ارزشمندی خواهد داشت.

دومین عنصر در حوزه ارتباط‌گیری، همدلی است. همدلی به معنای درک کردن نظرات، عقاید، افکار و زندگی مراجع از دیدگاه خود اوست. کاری که شما باید انجام دهید همدلی بدون قضاوت با مراجع‌تان است که به معنی پذیرش بی‌قید و شرط تجربیات اوست. همراه کردن مراجع در فرایند درمان، به معنای سومین عنصر ارتباط‌گیری، به معنای به رسمیت شناختن توانایی فرد در تصمیم‌گیری و دادن این قدرت به اوست که در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با کوچینگ، فعالانه شرکت کند و در تمامی مراحل OPC عامل اصلی تغییر باقی بماند.

فرایند کوچینگ عملکرد کاری (OPC)

ساختار فرایند OPC شامل سه حوزه‌ی اصلی می‌شود: برقراری ارتباط (Connect)، ساختاردهی (Structure) و به اشتراک گذاری (Share).

۱. برقراری ارتباط (Connect):

اولین گام در OPC، برقراری یک ارتباط مثبت و مبتنی بر اعتماد با مراجع است. همان‌طور که در مدل این رویکرد می‌بینید، این گام پایه و اساسی برای گام‌های بعدی کوچینگ، یعنی ساختاردهی و به اشتراک گذاری محسوب می‌شود. برقراری ارتباط با مراجع از طریق گوش دادن فعال، همدلی بدون قضاوت و همراه کردن مراجع در فرایند کوچینگ شکل می‌گیرد.

یکی از قدرتمندترین تکنیک‌های درمانی در



مقابله با آن‌ها، می‌تواند نتایج مطلوب‌تری را برای مراجعین رقم بزند. از چالش‌های احتمالی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. مقاومت در برابر تغییر: بسیاری

از مراجعین ممکن است در ابتدای فرآیند کوچینگ، نسبت به تغییرات پیشنهادی مقاومت نشان دهند. این مقاومت می‌تواند ناشی از تجربیات منفی گذشته، ترس از اتفاقات جدید و شکست‌ها و یا نداشتن اعتماد به نفس کافی برای دستیابی به تغییرات موردنظر باشد. برای غلبه بر این چالش، درمانگر باید فضایی امن و حمایتی فراهم کند که در آن مراجع بتواند نظرات و نگرانی‌هایش را با درمانگر در میان گذاشته و احساس کند که نظرات و احساساتش درک می‌شوند و از همراهی و پشتیبانی مداوم برخوردار است. استفاده از مثال‌های ملموس (برای مثال، مراجعینی با شرایط مشابه که نتیجه‌های خوبی داشته‌اند) و کسب موفقیت‌های کوچک نیز

تکنیک‌های مصاحبه مؤثر مثل پرسیدن سؤال‌های باز و کنجکاوانه نیز به مراجع کمک می‌کند که ایده‌های پنهان خود را کشف کرده و مسیر بهتری را در فرایند درمان در پیش بگیرد. در این بین، درمانگر باید اصول و روش‌هایی به مراجع ارائه دهد که می‌داند به او در گرفتن تصمیمات بهتر کمک خواهند کرد.

اصل کلیدی در این مرحله، اطمینان حاصل کردن از این است که مراجع در هر مرحله از فرآیند، نقش فعالی در گرفتن تصمیم‌ها دارد و درمانگر نیز باید وی را به تفکر خلاقانه، حل مسئله و تصمیم‌گیری مستقل تشویق کند.

چالش‌های اجرای OPC و راهکارهایی برای آن‌ها

اجرای کوچینگ عملکرد کاری (OPC) می‌تواند با چالش‌های متعددی همراه باشد که موفقیت فرایند را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درک این چالش‌ها و یافتن راهکارهایی برای

می‌شوند. سیر پیشرفت نیز به طور مداوم ارزیابی می‌شود تا اگر نیاز به تغییر رویکرد یا توجه بیشتر به بعضی زمینه‌ها وجود داشت، اصلاحاتی اتفاق بیفتد. در نهایت، پس از شناسایی استراتژی‌های مفید و مؤثر، از مراجع خواسته می‌شود تا این استراتژی‌ها را در سایر قسمت‌های مختلف زندگی خود نیز به کار گیرد.

۳. به اشتراک گذاری (Share): در

این بخش، کوچ از راهبردهایی بهره می‌برد که آگاهی مراجع را از دانش و تجربیات حال حاضر خود افزایش داده و بینش‌های جدیدی نسبت به چگونگی ایجاد تغییرات مثبت در زندگی‌شان ارائه دهد.

در این مرحله، مهم است که درمانگر از استراتژی‌هایی استفاده کند که مراجع را به مشارکت فعال در فرآیند مداخله تشویق می‌کنند؛ مانند تشویق به اشتراک گذاری دیدگاه‌ها، تجربیات و ایده‌ها. استفاده از



می‌تواند به کاهش مقاومت و افزایش انگیزه مراجعین کمک کند. منجر به ناامیدی و کاهش انگیزه شود. فراهم آوردن اطلاعات دقیق و واقع‌بینانه در مورد فرآیند درمان و پتانسیل نتایج می‌تواند به تنظیم انتظارات کمک کند.

۲. چالش‌های زمانی و نیاز به صبوری: ایجاد روابط مبتنی بر اعتماد و درک متقابل بین درمانگر و مراجع، به وقت و صبر زیادی نیاز دارد. درمانگران باید به مراجعین کمک کنند که اهمیت صبر و پشتکار در مسیر دستیابی به اهداف را درک کرده و با توجه به این مسئله، انتظارات واقع‌بینانه‌ای داشته باشند. تعیین اهداف واضح و قابل دستیابی در کوتاه‌مدت، با به وجود آوردن پیشرفت‌های کوچک عینی می‌تواند به حفظ انگیزه مراجعین کمک کند؛ به‌علاوه برنامه‌ریزی جلسات با توجه به اولویت‌ها و نیازهای مراجع نیز می‌تواند در مدیریت زمان مؤثر باشد.



در نهایت استفاده از این رویکرد کوچینگ می‌تواند برای همه، از جمله افرادی با ناتوانی جسمی، ذهنی، شناختی، سالمندان و مراقبین این افراد مناسب بوده و درصد رضایت آن‌ها را از زندگی خود افزایش دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فلسفه رویکرد و نحوه استفاده مؤثر از آن، می‌توانید گایدلاین آن را از طریق QRCode زیر دانلود کنید:

۳. نیاز به تعدیل انتظارات: تعیین انتظارات واقع‌بینانه برای دستیابی به اهداف مهم است، زیرا انتظارات غیرواقعی می‌تواند

فیلم‌هایی که مرزها را می‌شکنند:

معرفی فیلم و سریال

the Good Doctor

امیر بناری | دانشجوی سال آخر کاربردی

امیرحسین ذاکرزاده | دانشجوی سال آخر کاربردی

یکی از بزرگ‌ترین فرصت‌هایی که سینما در اختیار ما قرار می‌دهد، تجربه کردن زندگی از دید افراد دیگر است - تجربیاتی که شاید هیچ‌وقت فرصت تجربه و لمس لحظات خوب یا مشکلاتشان را به دست نیاوریم. سینما به ما فرصت این را می‌دهد که برای چند ساعت هم که شده فرد دیگری باشیم و با تجربیات، مشکلات و موفقیت‌های فرد دیگری زندگی کنیم و زندگی را آن‌گونه که او تجربه می‌کند تجربه کنیم؛ چه آدمی باشیم که هر روز بیدار می‌شود و دیروز خود را به خاطر نمی‌آورد و چه جراحی جوان با تشخیص اوتیسم.

سریال **دکتر خوب**، داستان زندگی و چالش‌های دکتر شان مورفی (Shaun Murphy)، یک جراح جوان مبتلا به اوتیسم^۱ و سندرم ساوانت^۲ در تلاش برای پذیرفته شدن در دنیای پزشکی است. شان جراحی با توانایی‌هایی مثل حافظه تصویری فوق‌العاده و توجه زیاد به جزئیات است، اما چیزی که او را از بقیه متمایز می‌کند درک متفاوتش از دنیای اطراف است. او با مشکلات اجتماعی فراوانی مواجه است؛ همکارانش اغلب به دلیل تفاوت‌های رفتاری‌اش او را دست‌کم می‌گیرند و معتقدند که او نمی‌تواند در محیط

«اوتیسم، یک وضعیت ذهنی است که در آن فرد با مشکل در برقراری ارتباط، استفاده از زبان و مفاهیم انتزاعی مواجه است.» این تعریفی که همگی از اوتیسم می‌دوینیم. به نظر شما کجای این تعریف شبیه توصیف ما از یه جراحه؟ من قبول دارم که اون ممکنه کارهایی رو انجام بده که هیچ‌کدوم از ما نمی‌تونیم انجام بدیم؛ ولی آیا شما هم قبول دارید که ممکنه اشتباهاتی داشته باشه که هیچ‌کدوم از ما اون اشتباهات رو انجام نمی‌دیم؟ کی قراره تاوان اشتباهات اون رو بده؟

— دکتر مارک اندروز، سریال «دکتر خوب»

معرفی سریال Good Doctor: قدرت اراده و تفاوت‌ها

- کارگردان: دیوید شور (David Shore)
- سال تولید: ۲۰۱۷ - تاکنون
- ژانر: درامای پزشکی
- امتیاز IMDb: ۸٫۱ از ۱۰
- بازیگران اصلی:

فردی هایمور (Freddie Highmore) در نقش دکتر شان مورفی، آنتونیا توماس (Antonia Thomas)، نیکلاس گونزالس (Nicholas Gonzalez)، ریچارد شیف (Richard Schiff)

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)

2. Savant Syndrome: سندرم ساوانت، وضعیتی نادر است که در آن فرد با اختلالات رشدی مانند اوتیسم، توانایی‌های استثنایی یا مهارت‌های فوق‌العاده‌ای در یک یا چند حوزه خاص مانند حافظه، محاسبات ریاضی، موسیقی یا هنر نشان می‌دهد. این افراد علیرغم محدودیت‌های شناختی در سایر زمینه‌ها، در این حوزه‌های خاص عملکردی بسیار فراتر از سطح معمول دارند.



«هیچ کدوم فرصت اینو نداشتن که به بزرگسالی برسن. اونا باید بزرگ می‌شدن، باید بچه‌های خودشون رو می‌داشتن و باید می‌تونستن بزرگ شدن بچه‌هاشون رو ببینن و به اونا عشق بورزن. من می‌خوام اینو برای بقیه ممکن کنم.»

— دکتر شان مورفی، سریال «دکتر خوب»

سریال دکتر خوب بازنمایی خوبی از زندگی یک فرد دارای اوتیسم است، اما بازنمایی کاملی نیست؛ چون در نهایت هیچ دو فردی که دارای اوتیسم هستند شبیه به هم نیستند و ما طیفی بسیار بزرگ و متنوع از افرادی متفاوت داریم که همه را در خود جای می‌دهد. این داستان شاید روایتی از توانایی‌ها و چالش‌های دکتر شان باشد، ولی می‌تواند تصویری بسیار متفاوت از سایر افراد دارای اوتیسم ارائه دهد. نکته‌ای که باید به آن توجه کنیم، این است که تک تک افراد داستان زندگی خود را دارند و این فقط داستانی بسیار کوچک و محدود از آنچه که باید در مورد اوتیسم بدانیم است.

“

چرا دفعه اولی که با هم حرف زدیم
به هم بی‌احترامی کردی، دفعه دوم
یکم مهریون تر بودی و این دفعه
می‌خواهی باهام دوست بشی؟
کدوم دفعه‌ای که با هم حرف زدیم
داشتی وانمود می‌کردی؟

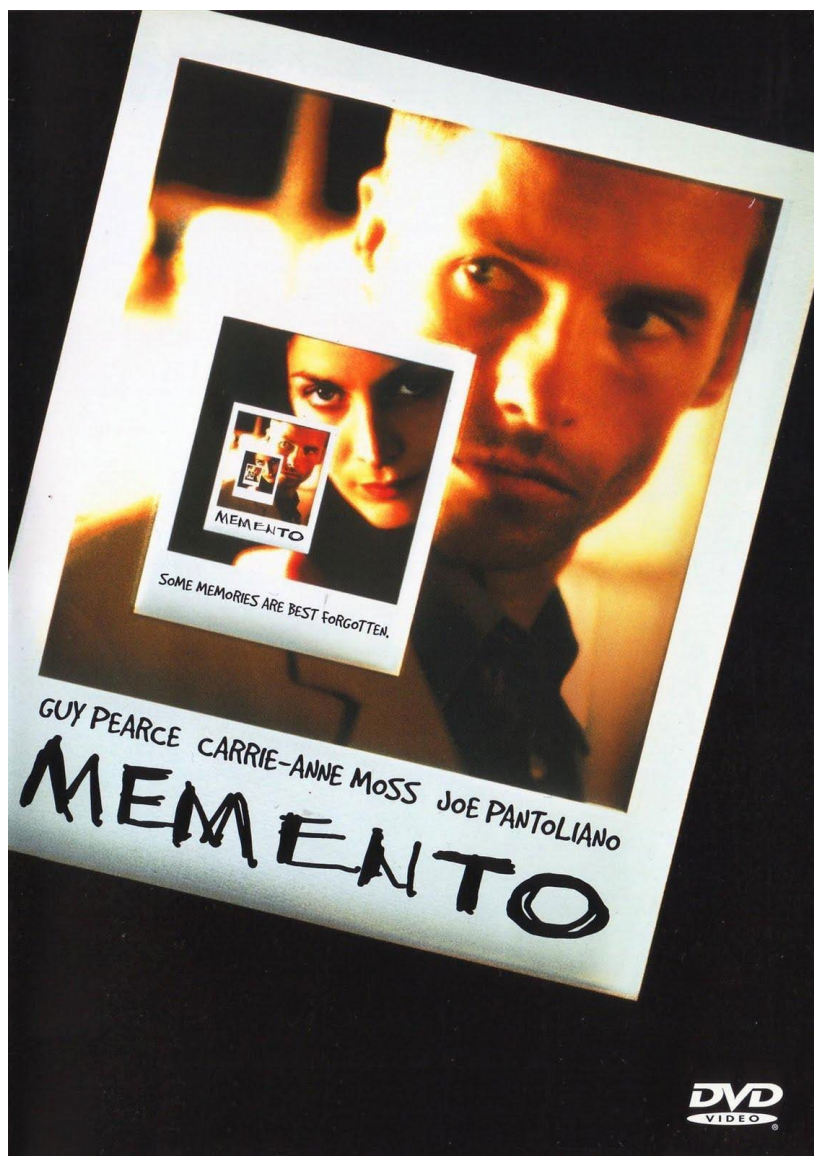
— دکتر شان مورفی، سریال
«دکتر خوب»

که در از دست دادن عزیزانش داشته، انگیزه عمیقی برای نجات جان دیگران در او ایجاد کرده است. او می‌خواهد فرصت یک زندگی دوباره، یک زندگی خوب و نرمال را به سایر افراد برگرداند؛ این هدفی است که به زندگی شان معنی می‌دهد.

پرفشار بیمارستان کار کند - محیطی که تعاملات اجتماعی و همکاری تیمی بخش مهمی از کار است.

متأسفانه پیش‌بینی‌های همکاران تا حدی درست از آب درمی‌آیند و شان در ابتدا درگیر چالش‌های اجتماعی و فشار کاری زیادی می‌شود - سوتفاهم‌های ناشی از تفاوت‌های او در برقراری ارتباط، حساسیت بیش از حد او به نورها و صداها، بیمارستان، قضاوت‌های نادرست همکاران و بیماران و دست و پنجه نرم کردن با درک رفتارها و احساسات دیگران که برای او پیچیده‌تر از عمل جراحی است؛ با این حال، چیزی که شان را دوست‌داشتنی می‌کند صداقت و پشتکار اوست. او با مهارت و دقت فوق‌العاده‌اش ثابت می‌کند که تفاوت‌ها می‌توانند نقطه قوت افراد باشند، نه ضعف آن‌ها. او کلیشه‌های مربوط به اوتیسم را به چالش می‌کشد و نشان می‌دهد که هر فرد، با هر شرایطی، می‌تواند در حرفه خود اثرگذار باشد.

یکی از جنبه‌های عمیق این سریال، دیدن تأثیر گذشته‌ی سخت شان بر زندگی کنونی اوست. خاطرات تلخ کودکی‌اش و تجربه‌هایی



معرفی فیلم سینمایی Memento: مردی که به خاطر

نمی آورد و به خاطر نمی سپارد

• کارگردان:

کریستوفر نولان (Christopher Nolan)

• سال تولید: ۲۰۰۰

• ژانر: رازآلود، هیجان انگیز

• امتیاز IMDb: ۸,۴ از ۱۰

• بازیگران اصلی:

گای پیرس (Guy Pearce)، کری-ان ماس

(Carrie-Anne Moss)، جو پانتولیانو (Joe

Pantoliano)

وقتی کلمه «یادگاری (Memento)» را می شنوید چه چیزی به ذهنتان می رسد؟ هدیه های تولد، خاطرات کودکی؟ اگر دیگر نتوانیم خاطره جدیدی بسازیم زندگی مان چه شکلی خواهد شد و به چه آدمی تبدیل می شویم؟ آیا انسانی که می دانیم هستیم، چیزی جز خاطراتمان است؟

فیلم «یادگاری»^۳ به کارگردانی کریستوفر نولان، ما را به دنیای پر رمز و راز لئونارد شلی می برد؛ مردی که پس از ضربه ای به سرش در شب مرگ همسرش، به فراموشی پیش گستر^۴ دچار شده و با این حال، فکر می کند که همسرش به قتل رسیده و مصرانه به دنبال قاتل همسرش می گردد. او دیگر نمی تواند خاطرات جدید را در ذهنش ثبت کند و هر چند دقیقه یک بار همه چیز را فراموش می کند. فراموشی پیش گستر یکی از اختلالات حافظه است که در آن فرد قادر به ایجاد خاطرات جدید پس از واقعه ای آسیب زا نیست، اما خاطرات گذشته اش دست نخورده باقی می ماند. این اختلال می تواند منجر به سردرگمی، از دست دادن هویت و مشکلاتی جدی در زندگی روزمره شود.

«اگه خیلی طولانی حرف بزنیم، یادم می ره از کجا شروع کردیم. دفعه بعد که ببینمت، این گفت و گو رو یادم نمیاد. حتی نمی دونم قبلاً دیدمت یا نه... قبلاً اینو بهت گفتم، نه؟»

– لئونارد شلی، سینمایی «یادگاری»

بگردد؟ یا حتی چند مرحله ابتدایی تر، در دنیایی که هر ۵ دقیقه یک بار برای لئونارد از شب حادثه شروع می شود، چطور به یاد می آورد که چه کسی است و چه ماموریتی دارد؟ جواب در «یادگاری» هاست – لئونارد با خالکوبی اطلاعات مهم روی پوست خود، ایجاد عکس هایی با توضیحات کوتاه و نوشتن یادداشت های جزئی، سعی می کند تکه های پازل زندگی اش را کنار هم بگذارد. او اطلاعات

اما حالا که لئونارد شلی نمی تواند از بعد از مرگ همسرش خاطره ای ثبت کند، چطور تلاش می کند که دنبال قاتل همسرش

3. Memento

4. Anterograde Amnesia

«یادگاری» به عمق مفاهیمی مثل حافظه، هویت و واقعیت می‌پردازد. این فیلم نشان می‌دهد حافظه‌ی ما چقدر شکننده است و چگونه ادراکاتمان می‌توانند واقعیت را تغییر دهند. پس از تماشای آن، ممکن است به این فکر کنید که چقدر می‌توانیم به خاطراتمان اعتماد کنیم و چگونه روایت‌های شخصی ما، حقیقت را شکل می‌دهند. اگر به دنبال فیلمی هستید که هم هیجان‌انگیز باشد و هم ذهن‌تان را به چالش بکشد، Memento را از دست ندهید. این فیلم مطمئناً دیدگاه شما نسبت به حافظه و هویت را برای همیشه تغییر خواهد داد.

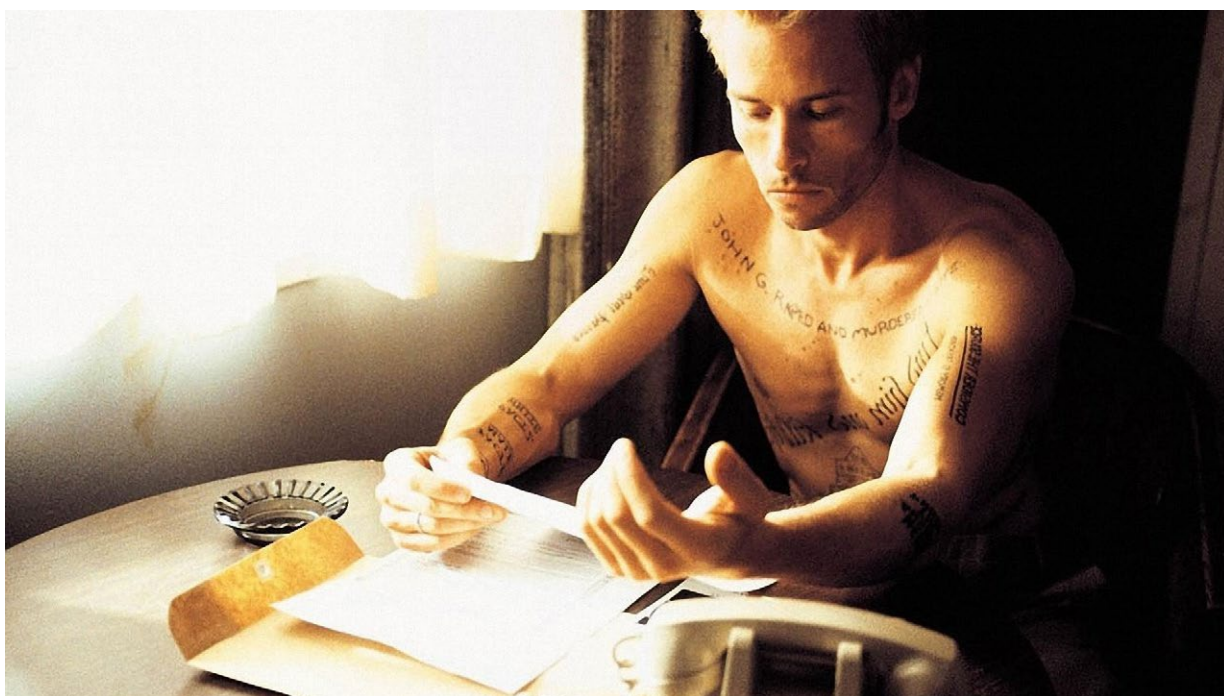
خط زمانی پیش می‌رود: صحنه‌های سیاه و سفید که به ترتیب عادی نمایش داده می‌شوند و صحنه‌های رنگی که به صورت معکوس روایت می‌شوند. این ترکیب خلاقانه باعث می‌شود ما نیز سردرگمی لئونارد را تجربه کنیم و دقیقاً مثل او، تلاش کنیم تا قطعات پازل داستان را کنار هم بچینیم. «حافظه می‌تونه شکل یه اتاق رو عوض کنه، می‌تونه رنگ یه ماشین رو تغییر بده و خاطرات می‌تونن تحریف بشن. اونا فقط یه تفسیرن، نه یه مدرک؛ و وقتی حقایق رو داشته باشی، دیگه بی‌اهمیت می‌شن.»

— لئونارد شلبی، سینمایی «یادگاری»

مهم را روی پوست خود خالکوبی می‌کند؛ مثلاً سرنخ‌هایی درباره قاتل همسرش. همچنین با گرفتن عکس‌های پولاروید از افراد و مکان‌های کلیدی و نوشتن یادداشت‌های کوتاه روی آن‌ها، به خود کمک می‌کند تا افراد را بشناسد و ارتباطاتش را مدیریت کند؛ مثلاً روی عکسی می‌نویسد «به او اعتماد نکن» یا «دوست خوب». علاوه بر این، لئونارد یادداشت‌های شخصی می‌نویسد تا جزئیات بیشتری را به خاطر بیاورد. در این پلات پیچیده، کریستوفر نولان با سبک روایت منحصر به فردش ما را در سردرگمی لئونارد شریک می‌کند. فیلم با دو

“

هر چه بیشتر در داستان غرق می‌شویم، اعتمادمان به خاطرات لئونارد کمتر می‌شود. آیا او واقعاً به دنبال قاتل همسرش است یا خودش را فریب می‌دهد تا به زندگی‌اش معنا بدهد؟ روند فیلم ما را به سمت شک کردن به همه چیز می‌برد، به سمت سوال پرسیدن در این باره که حقیقت چیست و چگونه ادراک ما می‌تواند آن را تغییر دهد — همان‌طور که لئونارد می‌گوید: «نمی‌شه گفت چون من بعضی چیزها رو یادم نمیاد پس کارایی که انجام میدم هم بی‌معنی‌ان؛ با بستن چشم‌ها دنیا ناپدید نمی‌شه.»



معرفی کتاب: مردی که زنش را با کلاه اشتباه می گرفت



آیسان مقتدر | دانشجوی سال آخر کاردرمانی



وقتی برای اولین بار دکتر P را دیدم، خیلی زود مشخص شد که او از هیچ نوع زوال عقل رایجی رنج نمی برد. مردی بود باهوش، خوش صحبت و با شخصیتی دلنشین که با شوخ طبعی از هر موضوعی حرف می زد. با این حال، چیزی عجیب در رفتار او وجود داشت. وقتی با من صحبت می کرد، چشم هایش ناگهان روی جزئیاتی مثل بینی، گوش یا چانه ام ثابت می شدند - انگار هر بخش را جدا از دیگری می دید و تصویر کلی چهره ام را درک نمی کرد. از او پرسیدم که چه مشکلی دارد و گفت: «خودم که مشکلی ندارم! اما بقیه می گن شاید چشم ام مشکلی داشته باشه. اول فکر کردم به خاطر دیابتمه، اما متخصص چشم بهم گفت مشکلی ندارم.»

آزمایش های نورولوژیکی را شروع کردم. همه چیز تقریباً عادی به نظر می رسید، تا زمانی که خواستم رفلکس کف پای چپش را با کلیدی امتحان کنم و بعد او را تنها گذاشتم تا کفشش را بپوشد. وقتی برگشتم، کفشش را نپوشیده بود. از او پرسیدم: «می تونم کمکتون کنم؟» و او با حالتی گیج جواب داد: «کمک کنی؟ به چی؟ به کی؟» وقتی از او پرسیدم که چرا کفشش را نپوشیده، گفت: «آخ، یادم رفته بود. کفش؟ کفش؟» به پایین نگاه کرد، اما نه به کفش، بلکه به پایش خیره شد و گفت: «این کفش منه، درسته؟»

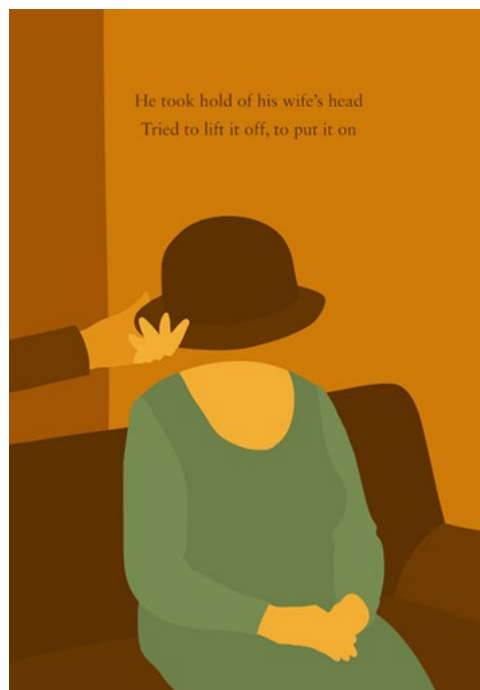
تعجب کردم؛ «نه، این پای شماست. کفش تون اونجاست.» و به کفشش که روی زمین بود اشاره کردم. نگاه دکتر P با حالتی عجیب و آرام به سمت کفش رفت: «درسته، فکر کردم اونی که اونجا افتاده پای منه.»

این اشتباه به قدری عجیب بود که نمی‌دانستم باید بخندم یا متعجب شوم. آیا شوخی می‌کرد؟ دیوانه بود؟ نابینا بود؟ به نظر می‌رسید خودش از این اشتباه نه ناراحت است و نه آشفته، شاید حتی سرگرم شده بود.

وقتی نوبت به بررسی بینایی‌اش رسید، مشخص شد که از نظر بینایی مشکلی ندارد. اما وقتی از او خواستم تصاویر مجله‌ای که داشتیم را توصیف کند، فهمیدم که او تصویر کلی را نمی‌بیند. نگاهش از جزئیاتی مثل رنگ، شکل یا روشنایی به بخش دیگری می‌پرید؛ مثلاً وقتی عکس ساده‌ای از تپه‌های صحرا را نشان دادم، گفت: «یک رودخانه می‌بینم. یک مهمان‌خانه کوچک با تراسی روی آب. مردم دارند روی تراس غذا می‌خورند. چند چتر رنگی اینجا و آنجا هستند.» اما او این‌ها را نمی‌دید؛ او چیزی از تصویر واقعی درک نمی‌کرد و این ویژگی‌های خیالی را در ذهنش ساخته بود.

بعد از اتمام معاینات، دکتر P دنبال کلاهش گشت. دستش را دراز کرد و به جای کلاه، سر همسرش را گرفت و سعی کرد آن را از جا بردارد، انگار که دارد کلاهش را برمی‌دارد! همسرش که انگار به چنین رفتارهایی عادت داشت، با آرامش نگاهش کرد.

این لحظه، یکی از عجیب‌ترین لحظاتی بود که در طول زندگی حرفه‌ای‌ام دیده بودم: مردی که همسرش را با کلاه اشتباه گرفته بود.



مردی که زنش را با کلاه اشتباه می‌گرفت^۱ می‌زند.

به قلم دکتر اولیور ساکس^۲، نورولوژیست و استاد نورولوژی بالینی دانشگاه کلمبیا، ما را همراه بیماران به دنیاهای ناشناخته‌ای می‌برد که شاید هرگز تصورش را هم نمی‌کردیم! این کتاب مجموعه‌ای از داستان‌های واقعی بیماران ساکس است که به دلیل مشکلات نورولوژیک، دنیا را به شکلی متفاوت تجربه می‌کنند - دنیاهایی جدید و ناشناخته که در آنها چهره‌ها، اشیا و حتی مفهوم زمان، معنای آشنای خود را از دست می‌دهند. ساکس در این کتاب به ما نشان می‌دهد که چگونه مغز انسان در واکنش به آسیب‌ها، دست به خلق جهان‌ها، هویت‌ها و «خود»‌های جدیدی

الیور ساکس نه صرفاً یک متخصص مغز و اعصاب بود، نه یک استاد دانشگاه ساده و نه یک نویسنده‌ی عادی؛ الیور ساکس انسانی بود که با عشق و اشتیاق، زندگی بیمارانش را روایت می‌کرد. اتاق کارش پر بود از دفترچه‌هایی با یادداشت‌های مربوط به بیماران، نوارهای صوتی مصاحبه‌ها و ویدیوهایی که لحظات درمان را ثبت کرده بودند - داستان‌هایی از رنج، امید و تلاش بیمارانش. او باور داشت که علم، بدون داستان‌های انسانی بی‌معناست. خودش می‌گفت: «حقایق (Facts) وقتی زنده می‌شوند که در دل داستان‌ها قرار بگیرند. چیزی که من

1. The Man Who Mistook His Wife For a Hat

2. Dr. Oliver Sacks

3. Prosopagnosia: پروسوپاگنوزیا (Prosopagnosia) یا ناتوانی در تشخیص چهره‌ها، یک اختلال عصبی است که در آن فرد قادر به شناسایی چهره‌های آشنا نیست، حتی اگر سایر توانایی‌های بصری او سالم باشد. این مشکل معمولاً ناشی از آسیب به ناحیه‌ی fusiform gyrus در مغز است که مسئول پردازش چهره‌هاست.

داستان جذاب بعدی، - زن بی بدن - هم داستان کریستیناست و هم داستان مخفی ترین حس بدن ما، حس ششم، حسی که برخلاف پنج حس دیگر به قدری پایه ای، خودکار و آشناست که متوجه اهمیت آن نیستیم. ما همیشه به عملکردهای بدنی خود فکر می کنیم - حرکت، تعادل و... ولی اگر حسی که ناخودآگاه حرکات ما را بررسی می کند، حسی که باعث می شود بتوانیم بدون فکر کردن در مورد حرکت، حرکت کنیم و از همه مهم تر، حسی که باعث می شود بدن ما، به ما تعلق داشته باشد را حذف کنیم چگونه؟ کریستینا زنی پرشور و قوی و یک مهندس کامپیوتر خبره است که ناگهان حس موقعیت^۱ بدنش را از دست می دهد. او دیگر نمی تواند بدون تمرکز و دقت روی حرکاتش راه برود یا حتی بایستد، چون اگر لحظه ای چشم هایش را ببندد، بدنش مثل یک مجسمه ی بی جان فرو می ریزد: «بعضی وقتا دستام رو گم می کنم - یعنی فکر می کنم یه جایی هستن، ولی وقتی نگاهشون می کنم می بینم یه جای دیگه ان. حس وضعیت مثل چشم های بدنه - طوری که بدن خودش رو می بینه - و وقتی از بین میره، مثل اینکه که بدن نابینا شده باشه. بدنم دیگه نمی تونه خودش رو ببینه، پس من باید ببینمش و با چشم های خودم، چشم اون باشم.»

این کتاب که یکی از پرمخاطب ترین کتاب های دکتر ساکس است، پر از داستان های جذابی است که در نهایت به عمیق ترین بخش از تجارب و احساسات انسانی می رسند. چیزی که دکتر ساکس را متمایز می کند، دید کل نگرانه و نگاه انسانی

یکی دیگر از داستان های جذاب کتاب، دریانورد گمشده^۲ است. جیمی مردی است ۴۹ ساله، خوش تیپ، باهوش و خوش صحبت که با علاقه و هیجان زیاد از علاقه اش به ریاضیات، پیوستنش به نیروی دریایی و خدمتش در سال های جنگ جهانی دوم صحبت می کند؛ اما هر چه جلوتر می رود زمان افعال او از گذشته به حال تغییر پیدا می کنند. او هنوز خود را جیمی ۱۹ ساله ای می بیند که از اتمام جنگ خوشحال است و قصد دارد به دانشگاه برود. در لحظه ای تأثیرگذار، دکتر ساکس آینه ای به جیمی می دهد و از او می خواهد که به صورت خود در آینه نگاه کند و جیمی با دیدن چهره پیرش وحشت می کند: «چه بلایی سر من اومده؟ این یه کابوسه یا شوخی؟ این ممکن نیست!» جیمی دیوانه نیست، او فقط در لحظه ای ابدی گیر افتاده، لحظه ای که هیچ آینده ای ندارد^۳.

مردی که همسرش را با کلاه اشتباه می گرفت در سال ۱۹۸۵ منتشر شد. این کتاب مجموعه ای از ۲۴ داستان واقعی از بیمارانی است که زندگی شان به شکلی متفاوت و گاه عجیب، توسط اختلالات نورولوژیک تغییر کرده است. ساکس این ۲۴ داستان را در ۴ بخش مختلف طبقه بندی کرده است: بخش اول، از دست دادن ها^۴، درباره ی بیمارانی است که توانایی های مهمی مثل حافظه را از دست داده اند. بخش دوم، افزایش ها^۵، روایتگر شرایطی است که در آن فعالیت بیش از حد مغز، رفتارهای غیرمعمول و حیرت انگیزی را ایجاد می کند. بخش سوم، دگرگونی ها^۶، به واقعیت های تغییر یافته و توهمات بیماران می پردازد و در نهایت، بخش دنیای ساده ها^۷ به افرادی می پردازد که با وجود ناتوانی های ذهنی یا رشدی، دنیا را به شکلی خاص تجربه می کنند.



4. Losses

5. Excesses

6. Transports

7. The World of The Simple

8. The Lost Mariner

9. سندرم کورساکوف (Korsakoff Syndrome): یک اختلال مغزی است که به دلیل کمبود ویتامین B1 ایجاد می شود و بیشتر در افرادی با سوء مصرف طولانی مدت الکل یا سوء تغذیه دیده می شود. این سندرم باعث می شود فرد نتواند خاطرات جدید را به خاطر بسپارد، حافظه گذشته اش را از دست دهد و گاه برای پر کردن خلأهای حافظه، داستان های ساختگی بسازد.

10. Proprioception Sense

66

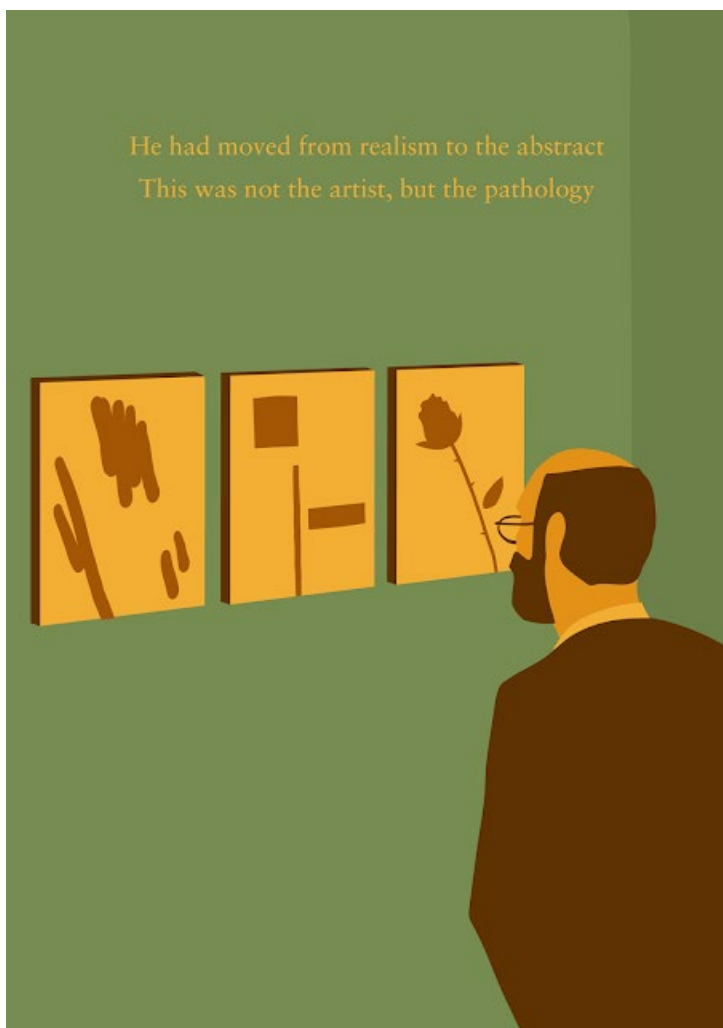
با کنجکاوی از کنار نقاشی‌ها که به ترتیب زمانی چیده شده بودند عبور کردم. کارهای اولیه‌اش کاملاً طبیعی و واقع‌گرایانه بودند — با جزئیات ملموس، حال و هوایی زنده و فضایی تأثیرگذار. اما در نقاشی‌های بعدی رنگ‌ها کم‌کم از وضوح افتاده بودند. نقاشی‌ها کمتر طبیعی و واقعی به نظر می‌رسیدند و بیشتر به اشکال هندسی گرایش پیدا کرده بودند. در آخرین نقاشی‌ها، بوم‌ها به کل بی‌معنی شده بودند — حداقل برای من. خطوط درهم و لکه‌های بی‌نظم رنگ روی بوم چیزی جز آشفتگی به نظر نمی‌رسیدند.

دکتر P از واقع‌گرایی به سمت هنر انتزاعی رفته بود، اما این یک نوع پیشرفت هنری نبود؛ این پیشرفت بیماری بود. او آرام‌آرام به سوی یک آگنوزیای بصری عمیق حرکت کرده بود، وضعیتی که تمام قدرت تصور و تصویرسازی را از بین برده بود. این دیوار نقاشی‌ها نه نمایشگاهی از هنر، بلکه یک گالری تراژیک از آسیب‌شناسی بود — نمایشی که بیشتر به نورولوژی تعلق داشت تا به هنر.

او به بیمارانش است — از نگاه ساکس، بیماران صرفاً پرونده‌های پزشکی‌ای نیستند که باید حل‌شان کرد یا کنارشان گذاشت؛ بلکه انسان‌هایی با شخصیت‌ها، آرزوها، ترس‌ها و مشکلات، اراده و خلاقیت خاص خودشان هستند. او هیچ‌وقت به بیماری به‌عنوان چیزی جدا از فرد نگاه نمی‌کند، بلکه همیشه به این فکر می‌کند که این مشکل چطور زندگی و هویت بیمار را شکل می‌دهد. ساکس با روایت‌هایش نشان می‌دهد که هر بیماری، دنیای تازه‌ای می‌سازد که بیمار مجبور است در آن زندگی کند و او با دقت و همدلی تلاش می‌کند این دنیاها را برای خواننده به تصویر بکشد. وی معتقد است که وظیفه‌ی پزشک تنها تشخیص و درمان علائم نیست، بلکه دیدن انسان درون بیمار است و بیماری‌ها نه تنها ما را با واقعیت متفاوتی آشنا می‌کنند، بلکه درک ما از انسانیت را نیز عمق می‌بخشند.

در ایران هم این کتاب با عنوان «مردی که زنش را با کلاه اشتباه می‌گرفت و داستان‌های بالینی دیگر» توسط خانم «ماندانا فرهادیان» به فارسی ترجمه شده و انتشارات «نشر نو» آن را به چاپ رسانده است. برای مطالعه و خرید نسخه الکترونیکی کتاب از اپلیکیشن

فیدیبو، می‌توانید QRCode زیر را اسکن کنید.



همراهی که ما را متوقف می‌کند: راهکارهای کاردرمانی برای مدیریت درد مزمن



هانیه غفارپور رهبر | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

امیرحسین ذاکرزاده | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

«همه ما باید روزی بمیریم، اما اگر بتوانم کسی را از روزهای شکنجه نجات دهم، آن را به عنوان موهبتی بزرگ و همیشگی برای خود می‌دانم. درد حتی از مرگ هم ترسناک‌تر و قدرتمندتر بر انسان حکم می‌راند.»^۱

درد، از آغاز تا به امروز، همواره بخشی از زندگی انسان بوده است. در زمان قدیم برخی فرهنگ‌ها درد را مجازاتی برای گناهان می‌دانستند، اما در قرن ۱۷، رنه دکارت^۲ فیزیولوژی درد را توصیف کرد و نشان داد که درد هشدار است از سمت بدن که ما را از آسیب‌های احتمالی آگاه می‌کند. امروزه می‌دانیم که درد، علیرغم تمام ناخوشایندی‌هایش، نقش مهمی در بقای انسان ایفا می‌کند و به عنوان یک مکانیسم هشداردهنده بدن را از خطرات و آسیب‌های احتمالی آگاه می‌سازد؛ با این حال، **درد مزمن** یا طولانی مدت که از ماهیت هشداردهنده اولیه فراتر می‌رود برای بسیاری از افراد به چالشی طاقت‌فرسا تبدیل می‌شود. دردهای مزمن می‌توانند بدون وجود آسیب آشکار، ماه‌ها و حتی سال‌ها ادامه یابند و منجر به کاهش کیفیت زندگی، محدودیت در فعالیت‌های روزانه و مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب شوند.

در این شماره، نگاهی دقیق‌تر به راهکارهای کاردرمانی برای مدیریت و کاهش این دردهای آزاردهنده خواهیم داشت، راهکارهایی که می‌توانند به افراد کمک کنند تا با وجود درد، زندگی فعال‌تر و بهتری را تجربه کنند.

درد، احساسی است که همه ما در لحظاتی از زندگی با آن مواجه شده‌ایم؛ از سردردهای ساده گرفته تا درد دندان یا حتی کمردردهای طاقت‌فرسا. اما برای بسیاری از افراد درد فراتر از یک تجربه موقتی است؛ برای آن‌ها درد تبدیل به یک همراه ناخواسته و مداوم شده است که هر روز از زندگی‌شان را محدود می‌کند. کسانی که با **درد مزمن** دست و پنجه نرم می‌کنند، تجربه‌ای فراتر از ناراحتی جسمانی دارند. دردهای مزمن می‌توانند حتی ساده‌ترین کارها مثل بلند شدن از تخت، راه رفتن، یا انجام کارهای خانه را به یک چالش بزرگ تبدیل کنند - تصور کنید که هر حرکت کوچک، هر فعالیت ساده، با حس ناتوانی و خستگی همراه باشد. چنین وضعیتی می‌تواند آزادی عمل ما را به

۱. جمله‌ای از دکتر آلبرت شوایتزر (Albert Schweitzer)؛ پزشک، فیلسوف و موسیقی‌دان برجسته آلمانی که به خاطر خدمات پزشکی و بشردوستانه‌اش، جایزه نوبل صلح را در سال ۱۹۵۲ دریافت کرد.
۲. رنه دکارت (René Descartes) فیلسوف، ریاضیدان و دانشمند فرانسوی قرن هفدهم بود که به عنوان پدر فلسفه مدرن شناخته می‌شود. او با جمله معروف «می‌اندیشم، پس هستم» بنیان فلسفه خود را بر شک‌گرایی و جستجوی حقیقت از طریق عقلانیت گذاشت و نقش مهمی در پیشرفت علم و ریاضیات ایفا کرد.



بسیاری از افرادی که با درد مزمن زندگی می‌کنند، می‌گویند که انگار دیگر روی بدن خود کنترلی ندارند. یکی از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا (Fibromyalgia)، نوعی سندرم درد مزمن می‌گوید: «بعضی وقتا حس می‌کنم که دیگه بدنم مال من نیست. هر کاری بخوام انجام بدم، بدنم مانعم میشه... مثل اینکه که مدام تو یه زندان زندگی کنی؛ قلبت و مغزت ازت بخوان کارایی انجام بدی و تو از لحاظ فیزیکی توان و امکانش رو نداشته باشی. بدنی که باهش نشه کاری انجام داد فقط برات یه زندان می‌سازه.»

حسی و عاطفی ناخوشایند است که با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی مرتبط است یا به آن شباهت دارد. در بخشی از این تعریف، مفهوم سنتی درد را می‌بینیم که می‌گوید درد منعکس کننده یک تجربه حسی است؛ اما در ادامه تعریف گفته می‌شود که درد فقط یک تجربه حسی صرف نیست و دارای اجزای عاطفی و شناختی نیز می‌باشد. این دو مؤلفه در کنار سایر عوامل روانی-اجتماعی، بر احساس درد و تأثیر آن بر عملکرد و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. انجمن بین‌المللی IASP شش نکته کلیدی را هم به تعریف جدید خود از درد اضافه می‌کند:

مدیریت درد و کاردرمانی

مدیریت درد (Pain Management) تعریف واضح و مشخصی دارد: تکنیک‌ها و روش‌هایی که پس از ارزیابی وضعیت بیمار و با توجه به نوع و شدت درد به شخص ارائه می‌شوند تا با کنترل و کاهش درد و همچنین از بین بردن عوامل دردزا، باعث بهبود عملکرد و کیفیت زندگی فرد شوند. ولی خب، مدیریت درد واقعا چه معنی‌ای دارد؟ چطور می‌توانیم دردی که همیشه همراه ماست را مدیریت کنیم؟ خیلی از افرادی که با درد مزمن زندگی می‌کنند معتقدند «درد چیزی نیست که بشه کنترلش کرد، صرفا باید باهش کنار بیای!» ولی مدیریت درد چیزی فراتر از حذف یا حتی تحمل کردن درد است.

شدت محدود کرده و حتی لذت‌های کوچک زندگی را نیز از ما بگیرد.

درد حاد و مزمن: آشنایان ناخوانده

دردها را می‌توان در دو طبقه‌بندی کلی قرار داد: **درد حاد (Acute Pain)** و **درد مزمن (Chronic Pain)**. درد حاد معمولاً به دلیل آسیب‌های مشخصی مانند آسیب‌ها یا بیماری‌های کوتاه‌مدت به وجود می‌آید و به عنوان هشدار بدن برای جلوگیری از آسیب بیشتر عمل می‌کند. این نوع درد هم مثل هر درد دیگری اذیت‌کننده است، ولی در بسیاری از موارد با درمان‌های پزشکی ساده کنترل می‌شود. اما **درد مزمن** داستان دیگری دارد. این نوع درد که ممکن است ماه‌ها یا حتی سال‌ها ادامه داشته باشد، نه تنها با علائم جسمانی کمتری همراه است، بلکه می‌تواند پس از رفع عامل اولیه نیز باقی بماند.

مدیریت **درد مزمن** به دلیل پیچیدگی‌های آن از جنبه‌های پزشکی، روانی و اجتماعی، چالشی بزرگ محسوب می‌شود و در نتیجه، نیازمند یک رویکرد جامع و بین‌رشته‌ای برای ارزیابی و درمان است. این ارزیابی و درمان، با درک تعریف درد و ویژگی‌های بالینی آن امکان‌پذیر است.

بر اساس تعریف جدید **انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP - International Association for the Study of Pain)**، «درد یک تجربه





کارهای خانه، وظایف شغلی و حتی فعالیت‌های تفریحی، سعی می‌کند الگوهای فعالیت را شناسایی کند که ممکن است باعث افزایش درد شوند. سپس به بیمار آموزش داده می‌شود که چگونه این فعالیت‌ها را در بخش‌های کوچک‌تر تقسیم کند و بین هر فعالیت، استراحت‌های منظم داشته باشد تا فشار کمتری به بدن وارد شود. به عنوان مثال، سارا که از درد مزمن زانو رنج می‌برد، پس از هر بار تمیز کردن خانه دچار تشدید درد می‌شد. کاردرمانگر به او پیشنهاد کرد فعالیت‌های خانگی خود را به قسمت‌های کوچک‌تری تقسیم کند و بین هر مرحله، استراحت‌های کوتاه داشته باشد. با این روش، سارا توانست بدون افزایش درد، کارهای خانه را به صورت تدریجی انجام دهد.

۲. حل مسئله (Problem-Solving)

حل مسئله یک رویکرد اساسی است که به بیماران کمک می‌کند تا راه‌حلی عملی برای مشکلات روزمره پیدا کنند. این رویکرد شامل شناسایی موانعی است که درد ایجاد می‌کند و سپس کار با کاردرمانگر برای یافتن راه‌حل‌های جدید است. این فرآیند ممکن است شامل تغییراتی در محیط کار، استفاده از ابزارهای کمکی، یا حتی بازنگری در شیوه‌های انجام کارها باشد.

مدیریت درد به معنای مقابله با منبع درد یا رفع کامل آن نیست، بلکه به معنی پیدا کردن راه‌هایی است که بتوانیم با وجود درد، دوباره کنترل زندگی خود را در دست بگیریم.

حالا کاردرمانی کجای این فرایند قرار می‌گیرد؟ کاردرمانی یک رشته تخصصی است که دقیقاً در این مسیر می‌تواند به ما کمک کند. کاردرمانگران به ما یاد می‌دهند که چگونه فعالیت‌های روزمره‌مان را، حتی زمانی که درد داریم، به بهترین شکل ممکن انجام دهیم - به عبارت دیگر، به جای اینکه اجازه دهید درد شما را از مسیر زندگی‌تان خارج کند، یاد می‌گیرید چگونه با استفاده از تکنیک‌های مختلف، کنترل زندگی خود را دوباره در دست بگیرید. این تکنیک‌ها شامل بهبود عملکردهای فیزیکی و ذهنی می‌شود، که به شما کمک می‌کند تا با وجود درد، همچنان به فعالیت‌های معنادار و روزمره خود ادامه دهید. در کاردرمانی تکنیک‌های مختلفی برای مدیریت درد داریم، در ادامه به چند مورد از آن‌ها اشاره می‌کنیم:

۱. مدیریت فعالیت (Activity Management)

مدیریت فعالیت به معنای یادگیری تنظیم و برنامه‌ریزی دقیق فعالیت‌های روزانه است، به گونه‌ای که از تشدید درد جلوگیری شود. کاردرمانگر ابتدا با تجزیه و تحلیل تمام فعالیت‌های روزانه بیمار مانند

به‌ویژه ورزشکاران حرفه‌ای، اهمیت دارد. **پدرام** یک ورزشکار حرفه‌ای دو و میدانی است که پس از آسیب‌دیدگی شدید پا، نیاز به بازگشت تدریجی به تمرینات ورزشی دارد. کاردرمانگر با او تمرینات سبک‌تری مثل پیاده‌روی و تمرینات تعادلی را آغاز می‌کند و به مرور زمان شدت تمرینات را افزایش می‌دهد. این روند به پدرام کمک می‌کند تا بدون آسیب‌دیدگی مجدد و فشار بیش از حد، به تمرینات حرفه‌ای خود بازگردد.

۵. تعیین هدف (Goal-Setting)

تعیین هدف در کاردرمانی به بیماران کمک می‌کند تا اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدتی را تنظیم کنند که هم قابل دستیابی و هم متناسب با توانایی‌های جسمی‌شان باشند. این تکنیک به بیماران انگیزه می‌دهد تا به طور فعال در روند درمان مشارکت داشته باشند. **نرگس** که به دلیل درد شانه قادر به ادامه نقاشی نبود، با کمک کاردرمانگر اهداف کوچکی مانند روزی ۱۰ دقیقه نقاشی کردن برای خود تعیین کرد. این اهداف کوچک او را به تدریج به سمت نقاشی طولانی‌تر و بازگشت به هنرش هدایت کرد.

۶. آموزش ارگونومی (Ergonomics Training)

در **آموزش ارگونومی**، کاردرمانگر به بیماران آموزش می‌دهد که

۳. صرفه‌جویی در انرژی (Energy Conservation)

صرفه‌جویی در انرژی یکی از مهم‌ترین تکنیک‌ها برای افرادی است که از دردهای مزمن و خستگی شدید رنج می‌برند. این تکنیک به بیماران آموزش می‌دهد که چگونه با بهینه‌سازی انرژی خود، از خستگی و درد بیشتر جلوگیری کنند. در این روش، فعالیت‌های روزانه به طور دقیق برنامه‌ریزی می‌شوند و بیمار یاد می‌گیرد که چگونه انرژی خود را برای کارهای مهم‌تر ذخیره کند.

این تکنیک به‌ویژه برای افرادی که از دردهای مزمن و خستگی شدید، مانند **فیبرومیالژیا** رنج می‌برند، مفید است. مریم که همیشه از خستگی مفرط شکایت داشت، با کمک کاردرمانگر یاد گرفت که چگونه کارهای روزمره‌اش را به گونه‌ای تنظیم کند که انرژی بیشتری برای فعالیت‌های مهم‌تر باقی بماند. او برای حمل وسایل از چرخ‌دستی استفاده کرد و غذاهای ساده‌تری برای آشپزی انتخاب کرد تا زمان و انرژی کمتری مصرف کند.

۴. درجه‌بندی فعالیت‌ها (Grading Activities)

درجه‌بندی فعالیت‌ها به این معناست که کاردرمانگر فعالیت‌ها را به صورت تدریجی افزایش می‌دهد تا فرد، بدون اینکه بدن خود را تحت فشار زیادی قرار دهد، بتواند به فعالیت‌های عادی خود بازگردد. این تکنیک برای بیمارانی که نیاز به بازگشت به فعالیت‌های سنگین دارند،



با پروین کار کرد تا برنامه‌های روزانه‌ای برای آرام‌سازی بدن و ذهن او طراحی کند؛ تمرینات تنفسی و مدیتیشن قبل از خواب و ایجاد یک روتین خواب منظم به او کمک کرد تا کیفیت خواب بهتری را تجربه کند. همچنین کاردرمانگر با او تکنیک‌های جرأت‌ورزی و بهبود ارتباطات را تمرین کرد تا بتواند بهتر با مشکلات روزمره مدرسه و کلاس‌های شلوغ کنار بیاید.

۸. جلسات گروهی (Group Sessions)

برگزاری جلسات گروهی با گروهی از افراد که مشکلات مشترکی دارند، یک رویکرد موفقیت‌آمیز در درمان دردهای مزمن است که باعث می‌شود بیماران بفهمند که تنها نیستند و می‌توانند از تجربیات یکدیگر بهره‌مند شوند. در این گروه‌ها، افراد تجربیات خود از این مشکلات مشترک را به اشتراک گذاشته، تجربیات سایرین را می‌شنوند و از حمایت روانی گروه بهره‌مند می‌شوند. این جلسات به کاردرمانگران نیز کمک می‌کند تا به صورت جمعی با گروه‌های مختلف بیماران کار کنند و تکنیک‌های مدیریت درد را به صورت گروهی آموزش دهند.

نرگس که یک دختر جوان و فعال است، مدتی است که تشخیص MS دریافت کرده و علاوه بر تجربه خستگی و درد، افسردگی ناشی از یک بیماری مزمن و پیش‌رونده نیز به او هجوم آورده است. او با درمانگر خود ارتباط نمی‌گیرد چون اعتقاد دارد در این وضعیت تنهاست و کسی

چگونه محیط کار و وضعیت بدنی خود را تنظیم کنند تا فشار کمتری به بدن وارد شود. این روش به‌ویژه برای کسانی که کارهای طولانی‌مدت یا فیزیکی انجام می‌دهند کاربرد دارد. رضا، یک جراح دندانپزشک است که به دلیل درد مزمن در ناحیه کمر و گردن نمی‌توانست به مدت طولانی بر روی بیماران کار کند. کاردرمانگر به او نشان داد که چگونه با تنظیم دقیق صندلی دندانپزشکی، استفاده از ابزارهای جراحی با طراحی ارگونومیک و همچنین تغییر زاویه کار بر روی بیماران، می‌تواند فشار کمتری بر بدنش وارد کند.

۷. راهکارهای مقابله‌ای (Coping Strategies)

راهکارهای مقابله‌ای، تکنیک‌هایی هستند که به بیماران کمک می‌کند تا نه تنها با درد جسمی، بلکه با اثرات روانی و اجتماعی درد مزمن نیز مقابله کنند. درد مزمن اغلب با خلق‌وخوی ضعیف، مشکلات خواب و فشارهای روانی همراه است. این روش‌ها شامل مدیریت استرس، تقویت مهارت‌های ارتباطی و ایجاد برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت خواب و خلق‌وخو می‌شوند.

پروین، یک معلم است که به دلیل درد مزمن در ناحیه گردن و شانه نمی‌توانست خوب بخوابد و به همین دلیل دچار استرس زیادی شده بود. او نه تنها دچار بی‌خوابی شده بود، بلکه در طول روز هم به دلیل خستگی نمی‌توانست به درستی در کلاس درس تمرکز کند. کاردرمانگر





۱۰. راهبردهای آرام‌سازی و کاهش استرس (Relaxation and Stress Reduction Strategies)

استرس و فشار روانی می‌توانند درد را تشدید کنند؛ به همین دلیل کاردرمانگران از تکنیک‌های آرام‌سازی پیشرونده عضلانی (Progressive Muscle Relaxation) و تکنیک‌های تمرکز ذهنی استفاده می‌کنند تا بیماران بتوانند تنش‌های عضلانی خود را کاهش دهند و از استرس ناشی از درد جلوگیری کنند. این تکنیک‌ها معمولاً شامل تمرینات تنفسی، مدیتیشن، یا تجسم ذهنی هستند.

۱۱. آموزش مکانیک‌های صحیح برای حفظ انرژی و کاهش آسیب (Correct Mechanics for Energy Conservation and Injury Prevention)

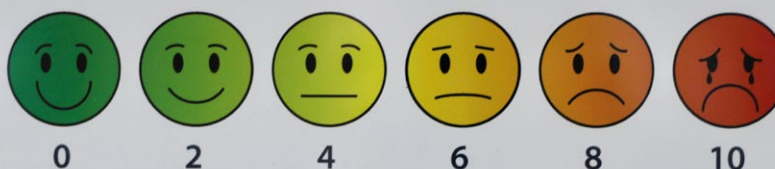
کاردرمانگران به بیماران آموزش می‌دهند که چگونه از بدن خود در فعالیت‌های روزمره به شکلی بهینه استفاده کنند تا از آسیب بیشتر و فشار بر بدن جلوگیری شود. این آموزش‌ها شامل نحوه صحیح نشستن، بلند کردن اجسام سنگین، یا حتی استفاده از پله‌هاست. هدف این تکنیک‌ها این است که بیماران یاد بگیرند چگونه فعالیت‌های روزمره را با کمترین فشار و آسیب انجام دهند.

نمی‌تواند او را که جوانی خود را ازدست‌رفته می‌بیند درک کند. نرگس به اصرار درمانگر وارد یک گروه از افراد مبتلا به MS شده و در آنجا خانم‌های جوان زیادی که مبتلا به MS هستند را می‌بیند و می‌فهمد که در مشکلات خود تنها نیست. در طول جلسات گروهی، آن‌ها با یکدیگر درباره تکنیک‌هایی که برای مقابله با درد به کار برده بودند صحبت می‌کردند و از حمایت روانی همدیگر بهره‌مند می‌شدند. این گروه نه تنها به نرگس کمک کرد تا با دردها و افکارش بهتر کنار بیاید، بلکه به او انگیزه داد تا تکنیک‌هایی که از دیگران یاد گرفته بود را در زندگی خود به کار ببرد.

۹. استفاده از ابزارهای تطبیقی (Adaptive Equipment)

کاردرمانگران از ابزارهای تطبیقی مانند پشتیبان‌های کمر، میچ‌بندها، یا حتی ابزارهای کمکی روزمره مانند عصا یا واکرها برای حمایت از بیماران استفاده می‌کنند. این ابزارها کمک می‌کنند تا نواحی آسیب‌دیده بدن در وضعیت مناسب‌تری قرار بگیرند و از فشار بیشتر جلوگیری شود. همچنین، این وسایل می‌توانند به بیمار کمک کنند که فعالیت‌های روزمره را با راحتی بیشتری انجام دهد.

Rate Your Pain:



My PAIN GOAL:

بر سلامت جسمی تأثیر نمی‌گذارد، بلکه بر وضعیت روانی فرد نیز اثرگذار است. در نتیجه این تحقیقات، مدیریت درد به تدریج به سمت مقابله با پلاستیسیته مغز متمایل شده است تا تغییرات مغزی‌ای که باعث ماندگاری درد می‌شوند، متوقف یا معکوس شوند. رسیدن به این هدف نیازمند رویکردهای جامع‌تر و همه‌جانبه‌تر در درمان درد مزمن است.

سخن پایانی: درد پایان راه نیست

درد از نقاط مشترک زندگی همه ماست که با چهره‌های متنوع و شدت‌های متفاوتی سر و کله‌اش پیدا می‌شود. این آشنای ناخوانده می‌تواند محدودیت‌های زیادی روی زندگی ما اعمال کند، به‌خصوص زمانی که در حداکثر شدت خود ظاهر شده و این احساس

را القا می‌کند که همه چیز تمام شده و دیگر نمی‌توانیم مثل قبل زندگی کنیم. شاید درد باعث شده که زندگی ما به دو بازه قبل و بعد از شروع درد تقسیم شود، ولی کمک گرفتن از تکنیک‌های ساده اما بسیار کارساز مدیریت درد هم می‌تواند زندگی پس از شروع درد را به دو بازه قبل از انجام تکنیک‌ها و بعد از انجام تکنیک‌ها تقسیم کند. اگر شک دارید، می‌توانید تعدادی از آن‌ها را با کمک یک کاردرمانگر امتحان کنید و اثر آن‌ها را روی کیفیت زندگی خود ببینید!

۱۲. مدیریت عود درد (Relapse Management)

عود درد در بیماران با دردهای مزمن بسیار شایع است و ممکن است در دوره‌های مختلف شدت درد تغییر کند. کاردرمانگران به بیماران یاد می‌دهند که در صورت بازگشت درد، چگونه از تکنیک‌های مقابله‌ای استفاده کرده و فعالیت‌های خود را به شکل مناسبی تنظیم کنند. به علاوه، تکنیک‌هایی مانند تنظیم مجدد برنامه‌های روزانه و افزایش تدریجی فعالیت‌ها به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند شرایط خود را مدیریت کرده و از تشدید درد جلوگیری کنند.

تحقیقات جدید در مورد مدیریت درد چه می‌گویند؟

درد مزمن تنها یک مشکل جسمی نیست؛ بلکه باعث تغییرات ساختاری و عملکردی در مغز نیز می‌شود. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که **پلاستیسیته مغز**، یعنی توانایی مغز برای تغییر و بازسازی خود، نقش مهمی در ماندگاری درد مزمن دارد. با گذشت زمان و در نتیجه ایجاد مدارهای مغزی جدید، درد مزمن می‌تواند به **حساسیت مرکزی (Central Sensitization)** منجر شود - حالتی که در آن سیستم عصبی به شکلی غیرعادی به تحریکات دردناک و حتی غیر دردناک واکنش نشان می‌دهد. این فرآیند باعث می‌شود که به مرور، مغز سیگنال‌های درد را بدون توجه به اینکه آسیبی فیزیکی وجود دارد یا نه، بیش از حد تقویت کند که در نهایت باعث ایجاد احساس طولانی‌مدت درد در فرد می‌شود.

علاوه بر این، مناطق مغزی مرتبط با احساسات، مثل قشر سینگولیت قدامی^۳ و اینسولا^۴، در افراد مبتلا به درد مزمن فعالیت بیشتری دارند. این موضوع نشان‌دهنده‌ی ارتباط قوی میان درد و ناراحتی‌های روانی است و می‌تواند توضیحی برای این سؤال باشد که چرا درد مزمن تنها

3. Anterior Cingulate Cortex (ACC)

4. Insular Cortex



منابع:

- Pedretti's Occupational Therapy, 9th Edition - by Heidi McHugh Pendleton, PhD, OTR/L, Winifred Schultz-Krohn, PhD, OTR/L
- Wendy Hill. The role of occupational therapy in pain management. ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE MEDICINE. 2016 Sep; 17(9): 451-453.
- Trilok N.M., Martin G. Pain management in rehabilitation: Conceptual models of Pain and Its Management
- Bazzari, A.H., Bazzari, F.H. Advances in targeting central sensitization and brain plasticity in chronic pain. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg 58, 38 (2022)
- Hiraga, Si., Itokazu, T., Nishibe, M. et al. Neuroplasticity related to chronic pain and its modulation by microglia. Inflamm Regen 42, 15 (2022)
- شعله نسیون پور. درد. تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمور زاده - نشر طبیب؛ ۱۳۸۳.



فراخوان همکاری

حوزه‌های فعالیت

• علمی • اخبار و اطلاع‌رسانی • تهیه مصاحبه و گزارش

Telegram Channel: t.me/ot_magazine
Email: tbz.ot.magazine@gmail.com

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





«Together, we help families rediscover hope, embrace independence, and create meaningful lives—because every step forward is a step toward a brighter tomorrow.»

«Occupational Therapy:
Empowering Families,
Building Futures»

