

AUTISM AWARENESS

۲ آوریل روز جهانی آگاهی بخشی اوتیسم



نشریه علمی کاربردی
شماره هشتم | بهار ۱۴۰۴

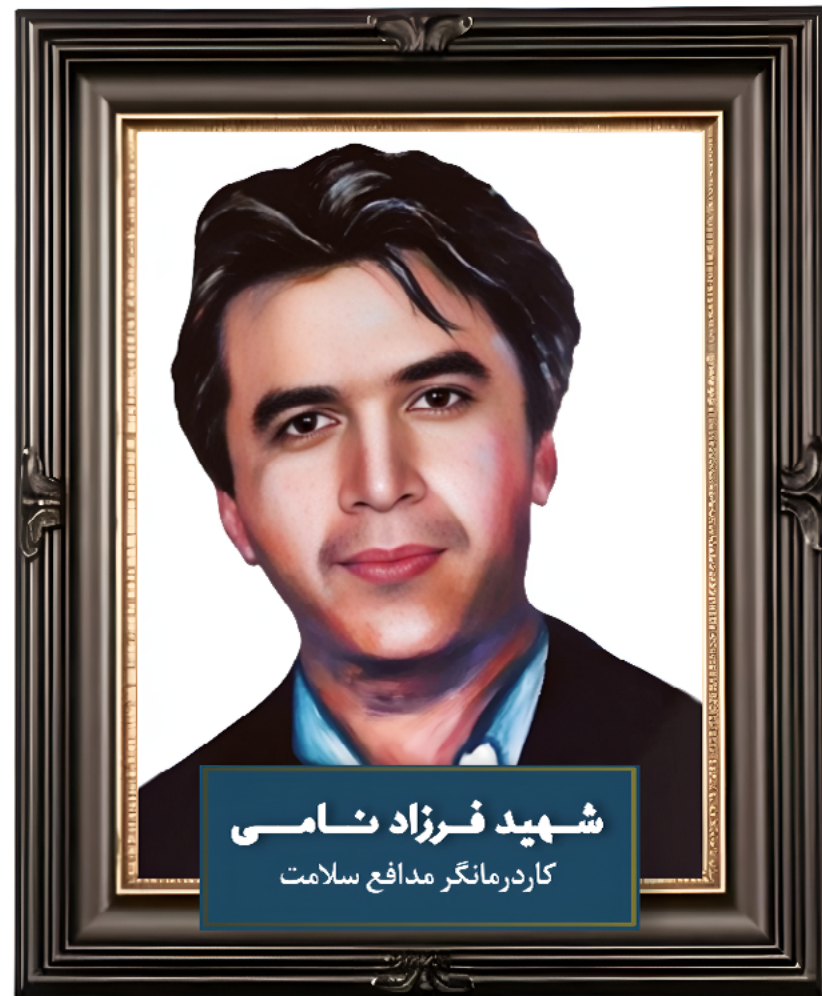


پرونده ویژه: اوتیسم، نه یک طیف، بلکه جهانی دیگر

« مغزی که متفاوت احساس می‌کند!
(ویژه والدین) »

« آموزش نوشتن و دستخط »

« روایتی از عشق، چالش و امید
گفتگویی با آقای دکتر شمیلی »



نشریه علمی کاردرمانی
شماره هشتم | بهار ۱۴۰۴



در زندگی ما نمی‌توانیم همیشه شرایط را کنترل کنیم اما همیشه می‌توانیم نگرش خود را نسبت به آن شرایط انتخاب کنیم. این انتخاب است که به زندگی ما معنا می‌بخشد. من در اردوگاه‌های کار اجباری یاد گرفتم که حتی در سخت‌ترین شرایط، انسان‌ها می‌توانند با یافتن معنایی در رنج‌های خود به زندگی ادامه دهند. این معنایابی است که به ما قدرت می‌دهد تا بر هر چالشی غلبه کنیم.

- دکتر ویکتور فرانکل



Telegram Channel: t.me/ot_magazine



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

| نشانی

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

| تلفن

۰۴۱۳۳۳۷۷۷۹۲



نشریه علمی کاردرمانی | دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سری دوم | شماره ۸ | بهار ۱۴۰۴



شناسنامه

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

مدیرمسئول: مهدی طلایی

سرمدیر: آيسان مقتدر

اعضای هیئت تحریریه: یاسمین بغدادی نسب، اتابک آزاد خیابانی، هانیه غفاریور رهبر، سنا شریفی تبار، محیا نصیراله پور، سانای مستوفی، مهسا منافی، معصومه اقدمی، امیر بناری، کوثر مختاری، نیما کریمی، سیاوش ایزدینیا، آیلین کوزه‌گر، مانده میرزائی، محمدرضا محمدزاده

ویراستاری: مهدی طلائی، نیما کریمی، سیاوش ایزدینیا

گرافیک و صفحه آرایی: سیاوش ایزدینیا
(۰۹۱۴۷۹۵۱۱۳۶)

فهرست

۶	سرمقاله
۸	۲ آوریل روز جهانی آگاهی بخشی اوتیسم
۱۰	چهره های ماندگار معرفی اشخاص تأثیرگذار در تاریخ کاردرمانی
۱۴	OTIPM
۱۶	روایتی از عشق، چالش و امید گفتگویی با آقای دکتر شمیلی
۲۰	آموزش نوشتن و دستخط (Handwriting)
۲۶	خراب کاری های شبانه
۳۲	پرونده ویژه اوتیسم، نه یک طیف، بلکه جهانی دیگر
۳۸	مغزی که متفاوت احساس می کند! (ویژه والدین)
۴۴	هنر ارتباط: چگونه تصویر میتواند جایگزین زبان شود؟
۴۶	معرفی فیلم و سریال
۵۰	از درد تا حرکت: کاردرمانی در مدیریت سیاتیک
۵۴	ضمیمه من یک کاردرمانگرم . . . البته که مراقب مراقبین تو هستم!
۶۰	چالش ها



۲۴

۳۶

۵۲

۵۴

OCCUPATIONAL therapy



با سپاس فراوان از:

• 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 آقای محمدرضا غلامپور که با همکاری بی دریغشان ما را در این مسیر یاری کردند، صمیمانه تشکر می کنیم.
تلاش و حمایت شما برای ما بسیار ارزشمند است و این نشریه بدون همراهی تان به این مرحله نمی رسید.

سرمقاله

سلامی دوباره به همراهان همیشگی نشریه کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز!

فصل بهار همیشه با خودش تغییر و امید به همراه دارد، بهار فرصتیه برای دوباره دیدن، دوباره فکر کردن و شاید مهم‌تر از همه، برای نزدیک‌تر شدن به سایر انسان‌ها با درکی عمیق‌تر...

در همین راستا و هم‌زمان با **دوم آوریل، روز جهانی آگاهی بخشی اوتیسم**، تصمیم گرفتیم که **پرونده ویژه** این شماره از نشریه رو به موضوعی اختصاص بدیم که هر سال، بیشتر از سال قبل نیاز به توجه و آگاهی دارد! روز جهانی آگاهی بخشی اوتیسم فقط یک مناسبت تقویمی ساده نیست، بلکه یک دعوت جهانی برای تک‌تک ماست که برای یک‌بار هم شده، سعی کنیم تا دنیایی متفاوت از دنیای خودمون رو ببینیم؛ دنیای افرادی که شاید روش‌شون برای برقراری ارتباط، یادگیری و تجربه دنیا با ما فرق داشته باشه، ولی به هیچ وجه از ما جدا یا دور نیستن.

یکی دیگه از بخش‌های ارزشمند این شماره، گفت‌وگو با **دکتر آریان شمیلی**، هیئت علمی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران هست که با دقت تمام، به سؤال‌های ما پاسخ دادن و از نگاهشون به کاردرمانی و تجارب ارزشمندشون گفتن. صمیمانه از همراهی ایشون متشکرم و بهتون پیشنهاد می‌کنم که اصلاً این مصاحبه رو از دست ندید!

در نهایت، از آقای **مهدی طلایی**، مدیرمسئول نشریه کاردرمانی تبریز، بابت همه زحماتی که از ابتدای این شماره برای برنامه‌ریزی، جمع‌آوری و ویرایش محتوای نشریه کشیدن، تشکر ویژه دارم. همچنین سپاس ویژه از آقای **سیاوش ایزدینیا**، دانشجوی کاردرمانی، طراح خوش سلیقه نشریه، که باعث شدن مطالب این شماره با کیفیت و زیبایی هر چه بیشتر به دست شما برسه.

مثل همیشه منتظر نظرات، پیشنهادات و نگاه‌های ارزشمند شما هستیم.

با آرزوی بهار و سالی پر بار؛

آیسان مقتدر

سردبیر نشریه کاردرمانی

۲ آوریل ۲۰۲۵ روز جهانی آگاهی بخشی اوتیسم

با انتشار این شماره از نشریه کاردرمانی، همزمان با فرارسیدن ۲ آوریل، روز جهانی «آگاهی بخشی» و «پذیرش» اوتیسم، فرصتی دوباره برای درک عمیق‌تر این اختلال و همراهی بیشتر با افراد اوتیسمی و خانواده‌هایشان فراهم شده است. ماه آوریل در بسیاری از کشورها به عنوان «ماه آگاهی بخشی اوتیسم» شناخته می‌شود، فرصتی استثنایی برای نگاهی عمیق‌تر به دنیای کودکان اوتیسمی و خانواده‌هایشان است. ما در این ماه ویژه، به عنوان جامعه علمی کاردرمانی، مسئولیت سنگینی در افزایش آگاهی و تغییر نگرش‌ها برعهده داریم.

اوتیسم فقط یک تشخیص پزشکی نیست؛ بلکه دنیایی از تجربه‌های متفاوت است. هر کودک اوتیسمی داستانی منحصر به فرد دارد، چالش‌های خاص خود را تجربه می‌کند و استعدادها و توانمندی‌هایش گاهی فراتر از درک معمول ماست. اما برای اینکه این کودکان بتوانند شکوفا شوند، نیازمند درکی عمیق، پذیرشی بی‌قید و شرط و حمایت مستمر هستند. ما مسئولیت بزرگی در تغییر نگاه‌ها و فراهم کردن زمینه‌ای مناسب برای رشد این کودکان داریم. تشخیص زودهنگام و مداخلات کاردرمانی نه تنها به بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و شناختی آن‌ها کمک می‌کند، بلکه مسیر زندگی‌شان را هموارتر می‌سازد.



چهره های ماندگار

معرفی اشخاص تأثیرگذار در تاریخ کاردرمانی

◀ آیلین کوزه‌گر | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

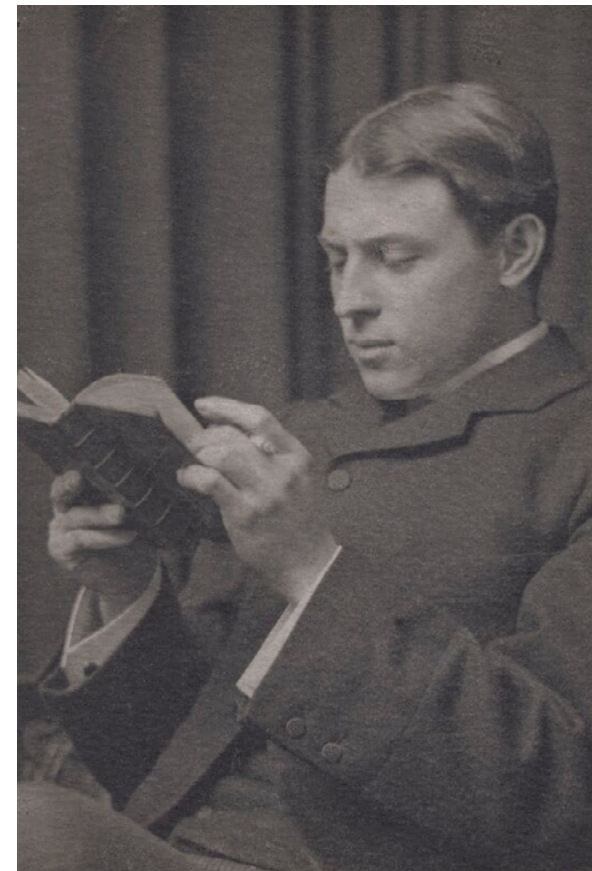
◀ مانده میرزائی | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

پس از طرح مختصری از نقش اشخاصی چون ویلیام راش دانتون و النور کلارک اسلاگل در شکل‌گیری ریشه‌های کاردرمانی در شماره قبلی، نوبت به زوج سرشناس کاردرمانی می‌رسد. زوجی که بر مشکلات عجیب و بزرگی فائق آمدند تا کاردرمانی پله‌های ترقی را با سربلندی بالا رود.

سرگذشت جرج ادوارد بارتون:

جرج ادوارد بارتون^۱، یکی از پیشگامان برجسته کاردرمانی، با تجربیات شخصی از بیماری و ناتوانی، مسیر جدیدی را در درمان و توان‌بخشی بیماران ایجاد کرد که به توسعه رشته کاردرمانی منجر شد. بارتون نه تنها به عنوان معمار و بنیان‌گذار این رشته شناخته می‌شود، بلکه با تأسیس مؤسسات و انجمن‌های مرتبط، تأثیرات عمیقی در تاریخ این حرفه گذاشت.

جرج ادوارد بارتون در ۷ مارس ۱۸۷۱ در بروکلین متولد شد. تحصیلات اولیه‌اش در رشته معماری را در ماساچوست به پایان رساند. در اواخر قرن نوزدهم، بارتون مدتی را در بریتانیای کبیر گذراند. در این مدت، او با ویلیام موریس، یکی از رهبران جنبش هنر و صنعت ملاقات کرد که تأثیر عمیقی بر او گذاشت. این ملاقات باعث شد که بارتون به مطالعه مشکلات اجتماعی ناشی از انقلاب صنعتی علاقه‌مند شود. در سال ۱۸۹۷، بارتون به مؤسس و دبیر انجمن هنر و صنعت بوستون تبدیل شد که یکی از مراکز مهم جنبش هنر و صنعت در آمریکا بود. در سال ۱۹۰۱، بارتون به بیماری سل مبتلا شد و از آن زمان تا پایان عمرش، از عود حملات سل رنج می‌برد. او برای درمان این بیماری به دنور نقل مکان کرد و به درمان‌های مرسوم زمان مانند استراحت، رژیم غذایی خوب، هوای تازه و نور خورشید روی آورد. پس از بهبود نسبی، بارتون به معماری در کلرادو ادامه داد و یکی از پروژه‌های مهم او، توسعه خانه مایرون استراتن^۲ بود. این خانه نه یک ساختمان



۱. George Edward Barton

۲. Myron Stratton Institute

معتقد بود که درمان کامل باید جنبه‌های روانی و عاطفی بیماری‌ها را نیز در نظر بگیرد. بارتون به تشویق دکتر ووستر، با غلبه بر ناتوانی‌های خود، تصمیم گرفت به دیگران کمک کند تا به استقلال خود بازگردند. بارتون در کنار آسایشگاه Clifton Springs خانه‌ای خرید و آن را به یک آسایشگاه درمانی بازسازی کرد. او امکاناتی همچون باغ و کارگاه‌های مجهز به ابزارهای مختلف را برای انجام فعالیت‌هایی که به‌دقت انتخاب و درجه‌بندی شده بودند، فراهم کرد. این کارگاه‌ها به بیماران این فرصت را می‌داد که در کنار بازگشت به سلامت، مهارت‌هایی بیاموزند که به استقلالشان کمک می‌کرد.

در سال ۱۹۱۴، آسایشگاه بارتون که به «خانه همدلی» معروف شد، رسماً افتتاح گردید. پزشکان پس از مشاهده نحوه بهبود توانایی‌های فیزیکی بارتون، شروع به ارجاع بیماران به او کردند. بارتون بیمارانی را که تنها از طریق ارجاع پزشک پذیرفته می‌شدند، درمان می‌کرد. این روند برای بارتون، خود نوعی درمان بود؛ زیرا تلاش برای کمک به دیگران نیز به بهبود خود او کمک می‌کرد.



جلسه تأسیس انجمن ملی ترویج کاردرمانی (NSPOT) در تاریخ ۱۵ مارس ۱۹۱۷ در کلیفتون اسپرینگز، نیویورک

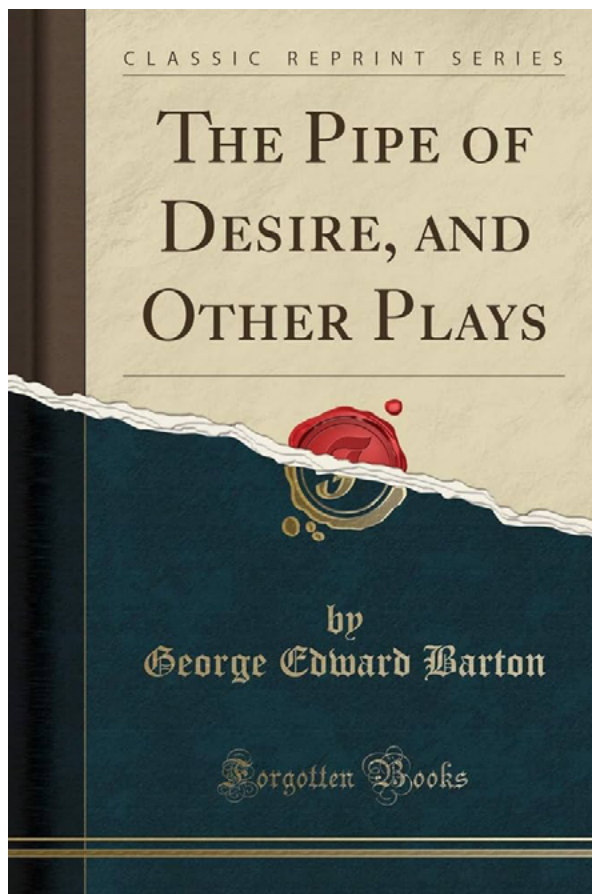
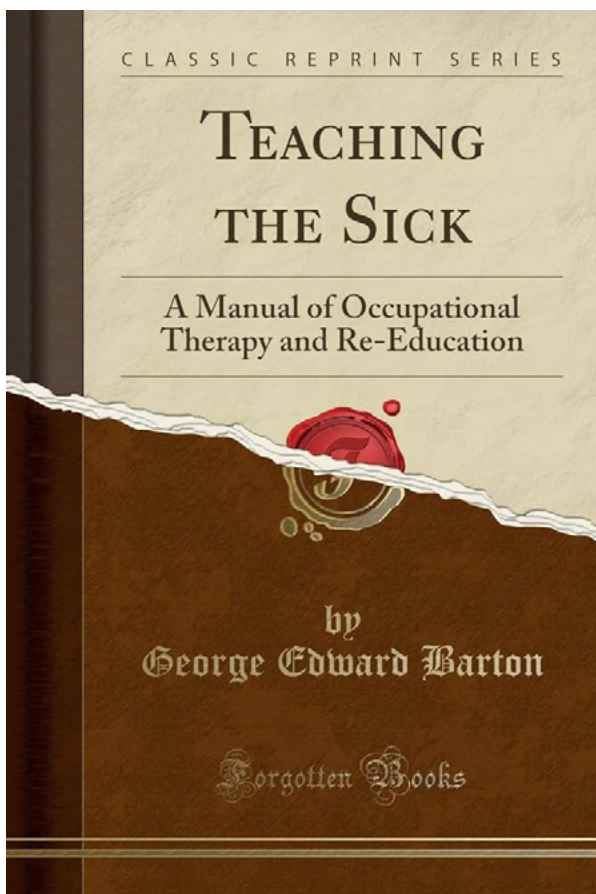
از چپ به راست نشسته: سوزان کاکس جانسون، جورج ادوارد بارتون، النور کلارک اسلاگل

از چپ به راست ایستاده: ویلیام راش دانتون، ایزابل گلاودین (نیوتون) بارتون، توماس بسل کیدنر



آمریکا^۵ (AOTA) تبدیل شد. در مارس ۱۹۱۷، ایزابل گلادوین نیوتن یکی از امضاکنندگان اساسنامه انجمن ملی برای ترویج کاردرمانی شد.

در ۶ مه ۱۹۱۸، ایزابل با جورج ادوارد بارتون ازدواج کرد و آن‌ها صاحب پسرى به نام جورج گلدوین بارتون شدند. زندگی خانوادگی و حرفه‌ای ایزابل نیوتن بارتون، نشان‌دهنده تعهد او به حرفه و همچنین قدرت همبستگی و همکاری در راستای پیشرفت علمی و اجتماعی حرفه کاردرمانی در دنیای درمان و توان‌بخشی است. ایزابل به‌عنوان زنی که در دوران اولیه قرن بیستم با شجاعت و اراده خود در جامعه‌ای مردسالار می‌زیست، در تقویت جایگاه اجتماعی زنان و فعالیت‌های علمی و حرفه‌ای آنان نیز نقش بسزایی داشت. متأسفانه، ایزابل گلادوین نیوتن بارتون در سال ۱۹۷۵ چشم از جهان فروبست. با درگذشت او، یکی از چهره‌های درخشان تاریخ کاردرمانی را از دست دادیم.



نمونه‌ای از کتاب‌های جرج ادوارد بارتون، از بنیان‌گذاران و پیشگامان کاردرمانی

سرگذشت ایزابل گلادوین نیوتن بارتون:

ایزابل نیوتون بارتون^۳ در کنار جرج ادوارد بارتون و دیگر پیشگامان این حرفه، یکی از چهره‌های کلیدی در گسترش و شکل‌گیری کاردرمانی بود. او با تلاش‌های مداوم و روحیه‌ای پرتلاش، توانست این رشته نوپا را در مسیر رشد و رسمیت قرار دهد. همکاری‌های نزدیک او با پزشکان و متخصصان، زمینه‌ساز پذیرش گسترده‌تر کاردرمانی در حوزه‌های درمانی شد. ایزابل نقش فعالی در تدوین اصول اولیه این حرفه ایفا کرد و با همراهی همکارانش، به توسعه استانداردها و آموزش‌های تخصصی کمک شایانی نمود. حضور او در سال‌های ابتدایی کاردرمانی، به این رشته هویت و جهت داد.

ایزابل گلادوین نیوتن بارتون در ۲۱ ژوئیه ۱۸۸۱ در نیویورک به دنیا آمد. در آگوست ۱۹۱۶، ایزابل به‌عنوان منشی دفتر جورج ادوارد بارتون استخدام شد. او به‌عنوان منشی این انجمن، مسئولیت اداره مکاتبات بارتون و حفظ سوابق انجمن را بر عهده داشت. در ابتدا، بارتون او را به‌عنوان یکی از اعضای برجسته در جلسه موسسه در نظر نداشت؛ اما زمانی که بارتون به ویلیام راش دانتون نامه نوشت، ایزابل را به‌عنوان فردی واجد شرایط برای عضویت فعال در جامعه جدید معرفی کرد. این اقدام باعث شد که جایگاه ایزابل در تاریخ کاردرمانی به رسمیت شناخته شود. او یکی از بنیان‌گذاران انجمن ملی ترویج کاردرمانی^۴ (NSPOT) بود که بعدها به انجمن کاردرمانی

بارتون با علاقه به ارزش درمانی آکوپیشن، کارهای دکتر هربرت هال و سوزان تریسی را بررسی کرد که در آن زمان از رویکردهای نوین برای درمان بیماران از طریق آکوپیشن بهره می‌بردند. در نوامبر ۱۹۱۴، بارتون با سوزان تریسی و ویلیام دانتون درباره عملکرد آن‌ها در زمینه سازمان‌دهی علایق و آکوپیشن بیماران مکاتبه کرد. دانتون که خود مشتاق ترویج استفاده از آکوپیشن بود، از بارتون خواست تا مقاله‌ای درباره کارش در این زمینه برای انتشار در مجله روان‌پزشکی مریلند ارسال کند.

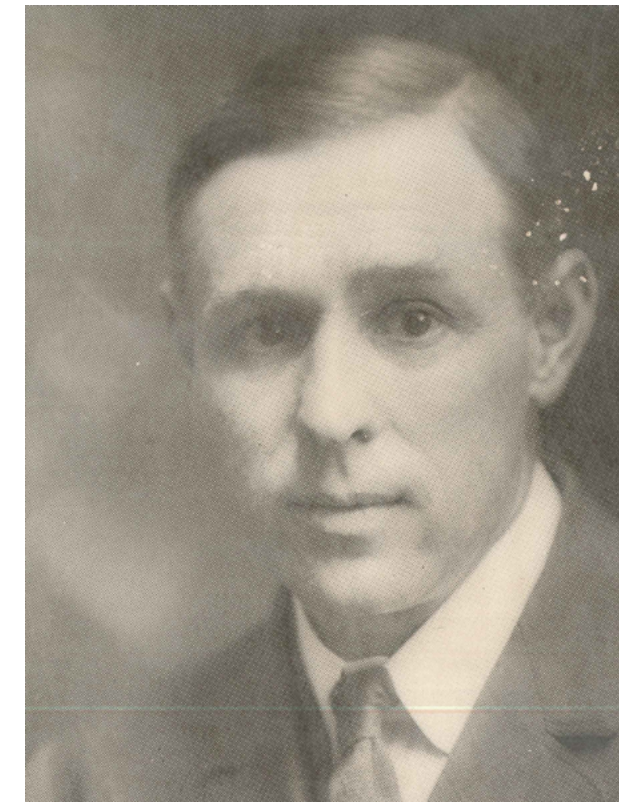
بارتون به‌عنوان یک نیروی اصلی در سازمان‌دهی جلسه افتتاحیه انجمن ملی ترویج کاردرمانی (NSPOT)، نقش بسزایی ایفا کرد. او به‌عنوان اولین نماینده مجمع بنیان‌گذاران انتخاب شد و تأسیس این انجمن به‌عنوان یک مرجع حرفه‌ای برای کاردرمانگران در ایالات متحده آمریکا، باعث گسترش و تقویت این رشته در سطح جهانی گردید.

حدود ۶ سال بعد، با تأسف فراوان، جرج ادوارد بارتون در سال ۱۹۲۳ درگذشت و دنیای کاردرمانی یکی از عزیزان خود را از دست داد. او که با عزم راسخ و دیدگاه نوآورانه‌اش این رشته را از آغازین مراحل شکل‌گیری‌اش به حرفه‌ای معتبر و جهانی تبدیل کرده بود، همچنان یاد و آثارش در قلب و ذهن کاردرمانگران سراسر جهان باقی خواهد ماند. بارتون نه تنها در پزشکی و توان‌بخشی، بلکه در روحیه‌ای که به جامعه کاردرمانی منتقل می‌کرد، نقش بی‌بدیلی ایفا کرد.



۳. Isabel Gladwin (Newton) Barton

۴. National Society for the Promotion of Occupational Therapy



OTIPM

یاسمین بغدادی نسب | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی

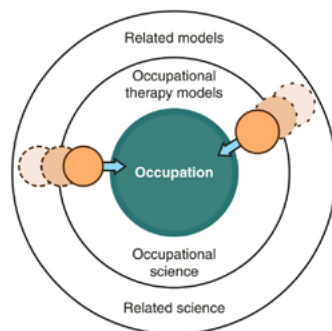
اتابک آزاد خیابانی | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی

طبق روال نشریه در هر شماره به معرفی و ارائه توضیحاتی درباره یک مدل پرکاربرد در کاردرمانی می‌پردازیم. در این شماره به معرفی مدل فرایند مداخله کاردرمانی^۱ (OTIPM) خواهیم پرداخت. مدل فرایند مداخله کاردرمانی یک مدل استدلال حرفه‌ای است که بر دیدگاه آکوپیشن-محور و خدمات مبتنی بر آکوپیشن و متمرکز بر آکوپیشن تأکید دارد. این مدل که توسط آنه جی. فیشر^۲ توسعه‌یافته است، کاردرمانگران را از طریق یک فرایند ساختاریافته هدایت می‌کند تا عملکرد کاری^۳ مراجعین را بهبود بخشند.

نگاهی به مفاهیم مدل OTIPM:

در ابتدا به تعریف این اصطلاحات می‌پردازیم:

سه اصطلاح «آکوپیشن-محور»^۴، «مبتنی بر آکوپیشن»^۵ و «متمرکز بر آکوپیشن»^۶ از دیرباز در ادبیات فلسفه کاردرمانی وجود داشته‌اند؛ اما پروفیسور آنه جی. فیشر تعریف دقیق‌تری از آن‌ها ارائه داد و از کاردرمانگران خواست برای توصیف نگرش و استدلال خود و پاسخ به سؤالات «ما، کاردرمانگران، چه کار می‌کنیم؟» و «چگونه کارمان را انجام می‌دهیم؟» از این سه اصطلاح استفاده کنند.



«مبتنی بر آکوپیشن»: ماده اصلی و بخش بنیادی فعالیت‌های ما آکوپیشن است. زمانی از این اصطلاح استفاده می‌کنیم که مراجع خود را در آکوپیشن‌هایش مشارکت می‌دهیم و به آنالیز عملکرد^۷ او (برای ارزیابی کیفیت آکوپیشن فرد) و آنالیز تکلیف^۸ (برای ارزیابی فاکتورهای فردی، عملکرد بدنی، فاکتورهای محیطی) می‌پردازیم.

«متمرکز بر آکوپیشن»: این مفهوم زمانی استفاده می‌گردد که توجه ما متمرکز بر آکوپیشن باشد. درواقع آکوپیشن به‌عنوان مبدأ تمرکز ما در ارزیابی و مبدأ هدف مداخله قرار گیرد.

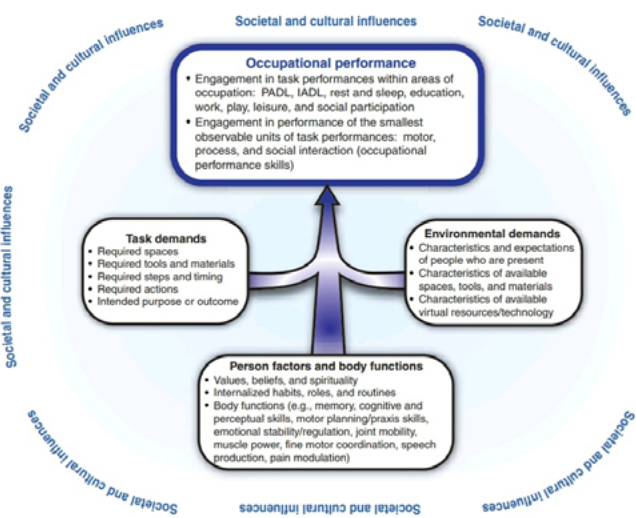
مراحل فرایند کاردرمانی در OTIPM:

در مدل OTIPM، فرایند کاردرمانی در سه فاز «ارزیابی و تعیین هدف»، «مداخله»، «ارزیابی مجدد» انجام می‌گیرد. هر فاز می‌تواند مبتنی بر آکوپیشن، متمرکز بر آکوپیشن و یا هر دو آن‌ها باشد.

ارزیابی و تعیین هدف: این فاز با ایجاد یک ارتباط درمانی^۹ و فعالیت همکارانه با مراجع شروع می‌شود. ارتباط درمانی مناسب با به اشتراک‌گذاری معناها بین کاردرمانگر و مراجع فرایند کاردرمانی را تقویت می‌کند. کاردرمانگر به مصاحبه با مراجع می‌پردازد و از طریق ابزارهای متمرکز بر آکوپیشن مانند^{۱۱} COPM و ADL Taxonomy نقاط قوت و ضعف مراجع را شناسایی کرده و مشکلات عملکرد کاری او را بررسی می‌کند.

کاردرمانگر همچنین می‌تواند برای آنالیز عملکرد مراجع از ابزارهایی استفاده کند که هم مبتنی بر آکوپیشن و هم متمرکز بر آکوپیشن هستند (مانند^{۱۲} AMPS و^{۱۳} ESI). پس از آن مراجع و کاردرمانگر با همراهی یکدیگر اهداف مراجع-محور^{۱۴} را تعیین میکنند. داشتن دیدگاه آکوپیشن-محور برای اطمینان از متمرکز بر آکوپیشن بودن اهداف مراجع، موردنیاز است.

مداخله: در فاز مداخله فرایند کاردرمانی از چهار رویکرده^{۱۵} استفاده می‌کنیم تا خدمات کاردرمانی متمرکز بر آکوپیشن و مبتنی بر آکوپیشن و یا هر دو را ارائه نماییم.



این چهار رویکرد عبارت‌اند از:

رویکرد جبرانی^{۱۶}: در این رویکرد از روش‌های تطابقی استفاده می‌گردد.

مثلاً زمانی که مراجع از تجهیزات تطابقی و فناوری‌های کمکی استفاده می‌کند یا کاردرمانگر بر اساس نیاز تغییراتی را در محیط فیزیکی یا اجتماعی مراجع به وجود می‌آورد، از این روش استفاده‌شده است.

زمانی که استفاده از تجهیزات تطابقی را به مراجع توصیه می‌کنیم، مداخله ما متمرکز بر آکوپیشن و زمانی که نحوه استفاده مراجع از آن را مشاهده می‌کنیم، مداخله ما مبتنی بر آکوپیشن است.

رویکرد آموزشی^{۱۷}: در این رویکرد به برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی کاردرمانی (مانند درس گروهی، کارگاه، سخنرانی) می‌پردازیم.

با توجه به اینکه مشارکت مراجعین در بخش آموزش به‌طور غیرفعال می‌باشد، مداخله ما متمرکز بر آکوپیشن محسوب می‌شود.

رویکرد اکتسابی^{۱۸}: این رویکرد درواقع تمرین مهارت‌های آکوپیشنال^{۱۹} است؛ مثلاً درگیر کردن گروهی از افراد میان‌سال در فعالیت‌های اجتماعی با هدف تقویت مهارت تعاملات اجتماعی^{۲۰} و مشارکت اجتماعی^{۲۱}.

این رویکرد هم مداخله مبتنی بر آکوپیشن و هم متمرکز بر آکوپیشن می‌باشد.

رویکرد بازبازی^{۲۲}: در این رویکرد از روش‌های یکپارچگی حسی، بیومکانیکال و^{۲۳} MOHO استفاده می‌شود.

زمانی که استدلال درمانگر آکوپیشن-محور باشد، روش‌های رویکرد بازیابی مبتنی بر آکوپیشن خواهند بود.

ارزیابی مجدد: یک بخش ضروری از فرایند کاردرمانی و درمان مبتنی بر شواهد^{۲۴}، ارزیابی مجدد است تا مشخص شود که مراجع به اهداف خود رسیده است یا خیر و آیا عملکرد کاری او بهتر شده است؟ فاز ارزیابی مجدد می‌تواند شامل به‌کارگیری مجدد آنالیز عملکرد متمرکز بر آکوپیشن و مبتنی بر آکوپیشن باشد تا اطمینان یابیم که کیفیت عملکرد کاری بهبودیافته یا حفظ شده است. این رویکرد با مصاحبه‌های متمرکز بر آکوپیشن (مانند COPM) یا سایر روش‌های خود گزارشی اتخاذ می‌گردد و بیانگر میزان رضایت مراجع و سطح مشارکت اجتماعی او خواهد بود.

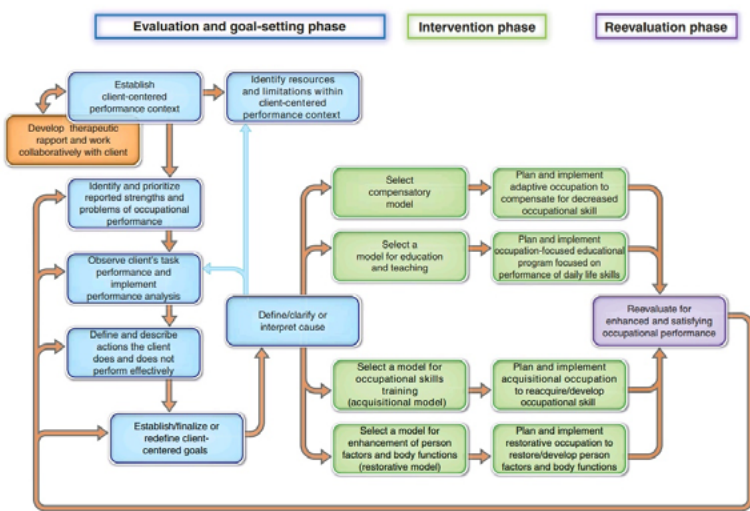
درنهایت پس از پایان فاز مداخله و فاز ارزیابی مجدد در فرایند کاردرمانی، کاردرمانگر برنامه مداخله و خدمات ارائه‌شده و نتایج مداخلات فراهم‌شده را با زبان متمرکز بر آکوپیشن مستند می‌کند.

با توجه به دیدگاه آکوپیشن-محور، نتایج شامل تغییراتی در گزارش مراجع از نقاط قوت خود و مشکلات عملکرد کاری‌اش، کیفیت عملکرد کاری مشاهده‌شده‌اش و رضایت او از سطوح فعلی عملکرد و مشارکت اجتماعی می‌شود.

توجه بر این نکته ضروری است که فرایند تقویت ارتباط درمانی و فعالیت همکارانه با مراجع در تمام فازهای فرایند مداخله کاردرمانی حائز اهمیت می‌باشد.

منبع:

Occupation-centered, Occupation-based, Occupation-focused: Same, same or different? - Anne G. Fisher (2013)



۱. Occupational Therapy Intervention Process Model	۶. Occupation-focused Biomechanical Model	Measure
۲. Anne G. Fisher	۷. Performance analysis	۱۲. Assessment of Motor and Process Skills
۳. Occupational Performance	۸. Task analysis	۱۳. Evaluation of Social Interaction
۴. Occupation-centered	۹. Therapeutic rapport	۱۴. Client-centered
۵. Occupation-based	۱۰. Canadian Occupational Performance	۱۵. Intervention Strategies
		۱۶. Compensatory model
		۱۷. Education and teaching
		۱۸. Acquisitional model
		۱۹. Occupational Skills Training
		۲۰. Social interaction skills
		۲۱. Social Participation
		۲۲. Restorative model
		۲۳. Model of Human Occupations
		۲۴. Evidence-based practice



روایتی از عشق، چالش و امید

گفتگویی با آقای دکتر شمیلی (هیئت علمی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

باسمین بغدادی نسب | دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی

در این شماره از نشریه، با افتخار میزبان گفت‌وگویی صمیمی با دکتر آریان شمیلی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و یکی از چهره‌های برجسته در عرصه کاردرمانی نورولوژیک، هستیم. تجربه‌های ارزشمند ایشان از مسیر علمی و بالینی خود، نه تنها برای دانشجویان و همکاران این حوزه الهام‌بخش است، بلکه افقی روشن‌تر از نقش و رسالت کاردرمانگران در جامعه ترسیم می‌کند. این مصاحبه فرصتی خوبی است تا از نگاه فردی فرهیخته و متعهد، بیشتر درباره ارزش‌های بنیادین کاردرمانی و آینده آن بشنویم

با سلام و عرض ادب خدمت شما استاد گرانقدر، بسیار مفتخرم که فرصت هم‌صحبتی با شما نصیب بنده شده است.

- سلام عرض می‌کنم خدمت شما و همکارانتان در نشریه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. تبریک می‌گویم سال نو را خدمت شما و به فال نیک می‌گیرم همت شما را در سال گذشته. ان‌شاءالله در سال جدید هم شماره‌های مختلف را با مطالب خیلی خوب و مفید و جذاب منتشر کنید. هرچقدر ما مدیاها و رسانه‌های بیشتری داشته باشیم باعث گردش بیشتر اطلاعات، شناخته شدن بیشتر رشته‌مان و در کل ارتقای این رشته مفید خواهد بود.

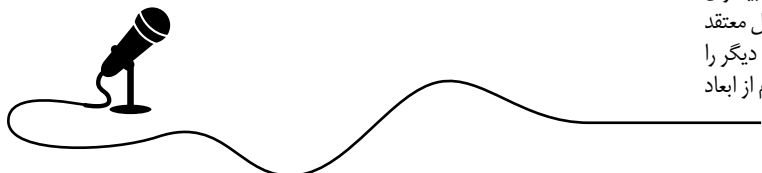
۱. در ابتدا خواهشمندم خودتان را به مخاطبان ما معرفی بفرمایید.

- آریان شمیلی هستم، دکترای تخصصی کاردرمانی را ۴ سال پیش از دانشگاه ایران اخذ کردم، کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی تهران و کارشناسی را در دانشگاه علوم پزشکی ایران گذراندم. در حال حاضر هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران هستم. البته از سال ۹۲ تا ۹۵ هم افتخار همکاری و عضویت در هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز را داشتم. پس از فارغ‌التحصیلی در مقطع کارشناسی در سال ۱۳۸۷ بلافاصله شروع به کار بالینی کردم و البته همزمان شد با پذیرش در مقطع ارشد. از همان ابتدا سعی کردم حیطه آموزش و پژوهش و بالین را باهم هماهنگ کنم تا بتوانم نیازهایی را که در بالین حس می‌کنم، به‌صورت ایده‌های تحقیقاتی در بیاورم و جواب سوالاتم را بگیرم؛ لذا با مراکز تحقیقاتی مختلفی همکاری داشتم. در حال حاضر علاوه بر دانشگاه علوم پزشکی تهران، همکاری‌های بین‌المللی با انجمن‌های علمی مختلف از جمله انجمن کاردرمانی و انجمن سکته مغزی و انجمن پارکینسون را دارم و در چند مجله علمی بین‌المللی داور یا سردبیر داخلی هستم. حیطه اصلی علاقه‌مندی من از همان سال‌های شروع فعالیت، حیطه بیماران نورولوژیک بزرگسال است. اگرچه در بخش‌های مختلفی از جمله کاردرمانی بیماران روان‌پزشکی و بیمارستان‌های روان هم در حال حاضر فعالیت دارم. در کل معتقد هستم که کاردرمانگران باید ذهن، جسم، محیط زندگی و بسیاری از موارد دیگر را باهم ببینند لذا بیماران نورولوژیک اولویت فعالیت من هستند و سعی کردم از ابعاد مختلف اطلاعاتم را بالا ببرم تا پاسخگوی نیاز این بیماران باشد.



۲. چه چیزی شما را به سمت رشته کاردرمانی سوق داد؟ آیا با شناخت و علاقه وارد این مسیر شدید؟

- اوایل دهه ۸۰ که در حال مطالعه برای کنکور سراسری بودیم، رسانه‌های زیادی در دسترس نبود که اطلاعات کافی از رشته‌های جدیدتری مثل رشته کاردرمانی داشته باشند. مثل خیلی از دانش‌آموزان آن زمان بنا بر رتبه‌ای که در کنکور کسب کرده بودیم یک سری رشته‌ها را که از دوست و آشنا و دور و نزدیک شنیده بودیم به ترتیب انتخاب کردیم و به‌هرحال این انتخاب و پذیرش در رشته کاردرمانی اتفاق افتاد. البته من در رشته پزشکی در دانشگاه آزاد اسلامی هم پذیرفته شده بودم اما تصمیم نهایی خودم و خانواده به دلایل مختلفی، ورود به رشته کاردرمانی شد. خدا را شاکرم که در نهایت قسمت شد که این رشته را با تمام سختی و مصائبش انتخاب کنم؛ اما آن چیزی که درواقع تصمیم اصلی من بود، بیشتر از این که تصمیم به انتخاب این رشته باشد، ادامه مسیر به‌صورت کاملاً آگاهانه و به انتخاب خودم بود. با تمام احترامی که برای رشته‌های مختلف و علوم مختلف قائل هستم، رشته کاردرمانی رضایت درونی را برای من مهیا می‌کرد و چیزی بود که می‌دیدم شخص بنده برایش ساخته شده‌ام. تداوم ارتباط با مراجعین و اینکه بتوانم در کاهش آلام و سختی‌هایشان تأثیرگذار باشم، خیلی برای من جذاب بود و انگیزه ایجاد می‌کرد.



۳. کاردرمانی نورولوژیک حیطه جذاب، اما چالشی برای کاردرمانگران تازه‌کار است. چه ویژگی‌ای در این حیطه شما را به خودش جذب کرد و در این مسیر با چه چالش‌هایی روبرو شدید؟

- من اساتید خیلی خوبی داشتم که در حیطه نورولوژی فعالیت داشتند و این موضوع اولین جرقه‌ها را در ذهنم زد که در مسیر و حیطه نورولوژی ادامه فعالیت بدهم. از طرفی جذابیت خود مغز و پیچیدگی‌های زیادش باعث شد در آن دقیق‌تر شوم، بیشتر مطالعه کنم و دنیای بدون بن‌بستی را در این زمینه ببینم که به ادامه مطالعه و فعالیت علاقه‌مندم کند. این عضو، کارکرد و پیچیدگی‌هایش بیشتر از بقیه اعضای بدن است. مغز ما در جمع یا اجتماعی که هست، کنار مغزهای دیگر که قرار می‌گیرد، شبکه‌های بسیار گسترده‌تری را می‌تواند تشکیل دهد که چالش‌های بزرگ این دوره و زمانه و سال‌ها و قرن‌های بعدی را جوابگو باشد. به همین خاطر فکر می‌کنم با تسلط نسبی و با اطلاع پیدا کردن از عملکردها و کارکردهای مغز، می‌توانیم در خیلی از حیطه‌های دیگر کاردرمانی بهتر عمل کنیم؛ مثلاً حتی کسی که در حیطه اصلاحات محیط فعالیت می‌کند، نمی‌تواند فارغ از مباحث نورولوژیک و شناخت مغز عمل کند. خیلی مهم است که ما درباره این عضو پیچیده مطالعه مناسب داشته باشیم و از پیشرفت‌هایی که در این زمینه اتفاق می‌افتد غافل نشویم.

ضمن اینکه بیشترین و پیشروترین تحقیقات در حیطه‌های مختلف، مخصوصاً پزشکی و توان‌بخشی، درباره مغز است؛ نکته جالب و جذاب این است که ما به‌عنوان کاردرمانگر معتقدیم که مغز یک عضله را به‌تنهایی نمی‌شناسد، مغز به‌تنهایی یک حرکت را هم نمی‌شناسد، بلکه مغز کارکرد و آکوپیشن و فعالیت مرتبط را می‌شناسد.

درواقع قربات فلسفه کاردرمانی با عملکردهای مغز بسیار زیاد است. خیلی جاها می‌بینیم که رویکردهای نوین توان‌بخشی (چه در حیطه ذهن و روان و چه در حیطه جسمی) از این تنوری‌ها استفاده می‌کنند که عملکردهای پیچیده‌تر را وارد فعالیت کنند و کم‌کم به عملکرد فرد در محیط برسند؛ درواقع بایوسایکوسوشیالی که کاردرمانگرها به آن معتقدند بیشتر نمود پیدا می‌کند و بیشتر جوابگوی نیازهای بیماران است. مغز این پکیج را نسبت به یک سری حرکات ایزوله و یا فقط تمرینات ذهنی خاص و جزئی، بیشتر درک می‌کند. درواقع مغز به عملکردهای کلی پاسخگو و تأثیرپذیر است.

۴. بعضی کاردرمانگران عقیده دارند شغل ما سخت و پرفشار است. تا چه حد با این عقیده موافق هستید؟ شما بعد از یک روز کاری سخت چطور حال خودتان را بهتر می‌کنید و چه فعالیت‌های آرامش بخشی انجام می‌دهید؟

- خیلی سؤال خوبی است و جوابش هم نه است هم بله. حیطه‌های مختلف کاردرمانی و محیط فعالیت درمانگر می‌تواند در شدت و سختی کار تأثیرگذار باشد. در کشورهای مختلف عملکرد و وظایف کاردرمانی خیلی متفاوت است. با توجه به بازدهایی که در کشورهای مختلف داشتم، این تفاوت را حس کردم که کانتکست درمانی بسیار تأثیرگذار است. در بعضی کشورها مثل کشور ما بار فیزیکی یا حتی ذهنی روی درمانگر است؛ کاردرمانگر باید بیمار را هندل کند و خیلی از تکنیک‌های مشترک با رشته‌های دیگر را انجام دهد. ولی کشورهایی هستند که کانتکست فرهنگی متفاوتی دارند؛ مثلاً کاردرمانگری که در بریتانیا یا کانادا هست، ممکن است ارتباط فیزیکی کمتری با بیماران داشته باشد. اینکه کدام درست و کدام غلط است، پیچیدگی‌هایی است که باید در آن کانتکست یا بافتار بحث شود و موضوع صحبت ما نیست.

برای اینکه بعد از یک روز کاری پرفشار آرامش را به خودمان برگردانیم، باید مفهوم آکوپیشنال بالانس یا تعادل بین حیطه‌های کاری را رعایت کنیم. اگر من بعد از یک کار سخت یک استراحتی را در کنار خانواده داشته باشم، یک سرگرمی برای خودم داشته باشم، خیلی می‌تواند تأثیرگذار باشد و همین‌طور ارتباط جمعی با دوستان و نزدیکان. همچنین مرور مفید بودنی که طی روز برای بیمارانمان داشتیم، می‌تواند یک احساس رضایت خوب را در ما ایجاد کند.



۵. خاطره‌ای از جلسات درمان دارید که فکر آن هنوز هم حس خوبی به شما منتقل کند؟ آیا اتفاق خاص یا تجربه‌ای بوده که به شما نشان دهد این شغل همان چیزی است که باید انجامش دهید؟

- خاطرات خیلی زیبا، گاه‌آ تلخ و گاه‌آ ششیه به معجزه در خاطر من هست. توصیه می‌کنم دوستان تازه فارغ‌التحصیل یا دانشجویهای عزیز از همین زمان دانشجویی و کارآموزی‌ها خاطراتشان را بنویسند؛ بعد از سال‌ها خواهند دید این خاطراتی که برایشان می‌ماند از عزیزترین تجارب است.

خاطره اول نسبتاً تلخ است. ما زحمت زیادی برای یک جوان بیست‌ودو/سه‌ساله که تازه ازدواج کرده بود و دچار تصادف شده بود، کشیدیم. مورد پیچیده‌ای بود؛ جوان به کما رفته بود، شرایط آی سی یو را در خانه برایش مهیا کرده بودند، چندین و چند ماه اکیبی از همکاران فیزیوتراپیست، گفتاردرمانگر و غیره همه دور هم جمع شدیم، کار تیمی را جلو بردیم. بیمار را از وضعیت کما به سمت هوشیاری رساندیم، شناختش را به دست آورد. حرکاتش بهتر شد. متأسفانه در اوایل کرونا به علت عفونت فوت کرد. در عین اینکه تلخ بود ولی به خاطر فعالیت‌ها و درواقع کاری که ما کرده بودیم و ممارستی که داشتیم آن تغییرات برای خانواده خیلی ارزشمند بود. هنوز هم با گذشت سالیان، علی‌رغم فوت این بیمار، بازهم برای مدتی که ما تلاش کردیم، خانواده خیلی قدردان هستند.

خاطره دوم مربوط به دختر هفت/هشت‌ساله‌ای است که به کاربردی مراجعه کرده بود و خواسته مادر راه رفتن کودک بود. ما سعی کردیم که علاوه بر اینکه در فعالیت‌های روزمره بی‌نیازش کنیم، روی گیت و راه رفتش هم کار کنیم. به حدی رسید که این دختر که به‌زحمت از درودیوار می‌گرفت و راه می‌رفت، باوجود محیطی که زندگی می‌کردند و خیلی‌ها فکر می‌کردند که این بچه آینده‌ای نخواهد داشت، الآن در یکی از بهترین دانشگاه‌های دنیا رشته قضاوت می‌خواند. درواقع ما بیشتر از اینکه فقط به فکر راه انداختن کودک باشیم، فکر این بودیم که سعی کنیم خودش و خانواده را توانمند کنیم.

خاطره خیلی لذت‌بخش دیگری که دارم از بیمار جوانی است که دچار تومور مغزی شده بود. این جوان پارکور باز بود، یک ورزش خیلی انرژی‌ک و پرتحرک. در اوج جوانی این تومور برایش حادث شد و از کار و زندگی افتاد. خدا را شکر تومور عمل شد. ما، تیم توان‌بخشی، خیلی انرژی گذاشتیم و او در خیلی از حیطه‌ها مستقل شد. با توجه به وضع مالی ضعیفی هم که داشتند، مجبور بود زودتر به کار برگردد. با کمک همدیگر کار هم پیدا کرد و در کمتر از چند سال خبر ازدواج و پدر شدنش را هم به ما رساند.

۶. آقای دکتر شما در زمان زلزله کرمانشاه در محل حادثه حضور پیدا کرده بودید. تجربه خودتان را در این مورد با ما در میان می‌گذارید؟ و به‌طورکلی در مورد نقش کاردرمانگر در بحران بیشتر توضیح می‌فرمایید؟

- بله در زمان زلزله سرپل ذهاب کرمانشاه قسمت بود که به همراهی انجمن کاربردی و همراهی عده زیادی از کاردرمانگران عزیز، چه به‌صورت کمک‌های نقدی و چه تیم سازی با دوستان، به مدت چندین ماه و طی چندین اعزام به آنجا رفتم. فعالیت‌های خیلی مفید و خوبی انجام شد و یادگار آن به کمک خیرین منطقه، یک مرکز توان‌بخشی برای آن شهر و آن منطقه شد.

درباره فعالیت کاردرمانگران در حیطه بحران و بلایا، اتفاقاً در بهمن‌ماه به‌اتفاق جمعی از همکاران در مانوری شرکت داشتیم. در این مانور، نقش توان‌بخشی و کاردرمانی در رویدادی مثل زلزله فرضی در استان تهران، بررسی شد. این‌ها مباحثی هستند که نیاز به کار دارد، نیاز به آموزش دارد و شاید در چند ثانیه و چند دقیقه نشود توضیح داد. کاردرمانگر با توجه به اطلاعات و دید کل‌نگری که دارد، در بسیاری از شرایط، بعد از مدت کوتاهی، می‌تواند از اصولی که به آن مسلط است، استفاده کند تا شرایط را تا جای ممکن برای بیماران و افراد آسیب‌دیده تسهیل کند. با توجه به محیط و با توجه به آسیبی که بحران برای فرد ایجاد کرده است، کارهای مختلفی می‌شود انجام داد؛ ازجمله تطابق محیط. فرض بگیرید، اسکان در چند تا چادر است و فردی که بعد از زلزله دچار قطع عضو شده، دچار ضایعه نخاعی شده، در این شرایط چطور باید از سرویس بهداشتی استفاده کند؟ چطور بین چادرها تردد داشته باشد؟ نحوه ارتباطش با دیگران چطور باشد؟ از لحاظ روحی و روانی چطور؟ این‌ها، همه حیطه‌هایی هستند که یک درمانگر می‌تواند در نظر بگیرد. بحث خیلی گسترده است. حداقل کاری که یک کاردرمانگر می‌تواند در این بحران‌ها در فازهای اولیه انجام دهد بررسی امکانات، بررسی مشکلات و موانعی است که برای افراد آسیب‌دیده می‌تواند لحاظ شود و البته به‌کارگیری تکنیک‌هایی که به ثبات روحی و آرامش روحی افراد کمک کند. ممکن است حتی صرف گوش دادن به حرف آسیب‌دیده‌ها خیلی مؤثر واقع شود.

این فعالیت‌ها گستره خیلی زیادی دارد که نیاز به دوره‌های خاص و البته عمل کردن در تیم دارد. تیم‌ها و همین‌طور بحران‌ها هم چند فاز مختلف دارند؛ ممکن است فقط روزهای اول نباشد. همان‌طور که ما در سرپل ذهاب تجربه کردیم، این خدمات می‌تواند تا ماه‌ها در برهه‌های مختلف با رویکردهای مختلف کمک‌رسان مردم باشد.

۷. در کار بالین چقدر به استفاده از تجهیزات و تکنولوژی‌های جدید علاقه‌مندید؟ به نظر شما توان‌بخشی هوشمند در حیطه نورولوژی چه جایگاهی دارد؟

- تکنولوژی و فناوری جزء جدایی‌ناپذیر زندگی انسان بوده است. طبیعتاً رشته کاربردی هم نمی‌تواند چه در حیطه نورولوژی، چه در حیطه‌های مختلف دیگر از فناوری جدا بماند و اگر بخواهد تعلل کند، از پیشرفت‌های علمی خودش جا می‌ماند. آن موقع دیگر نمی‌توانیم بگوییم که ما حیطه‌های مختلف زندگی افراد را رصد می‌کنیم و تسهیل سازی و راهنمایی می‌کنیم. در حیطه نورولوژی هم که سروکارش با مغز و ارگان پیچیده است، این موضوع خیلی مهم است. خیلی از تکنولوژی‌ها از خود فرایندهای مغز و بدن برگرفته‌شده‌اند، لذا این ترکیب جدایی‌ناپذیر است.

برعکس چیزی که افراد ناآگاه گمان می‌کنند، کاربردی اتفاقاً در بطن تکنولوژی و پیشرفت فناوری‌های جوامع است. هیچ جامعه پیشرفته‌ای نیست که از کاردرمانگران بی‌نیاز شده باشد؛ اتفاقاً هرچقدر که جامعه پیشرفته‌تر شده باشد، نیاز به حضور کاردرمانگر برای راهنمایی کردن بیماران در استفاده از فناوری‌ها پررنگ‌تر است. از طرف دیگر فناوری نه‌تنها جزئی از زندگی و جزئی از فعالیت‌های روزمره است بلکه بسیاری از تکنولوژی‌ها باید مورد استفاده رشته‌های مختلف ازجمله کاردرمانی باشد تا بتوانیم کفایت درمانی و اثربخشی مناسب را داشته باشیم. با توجه به علم متنوعی که ما در دوران تحصیل و بعد از آن در دوره‌های آموزشی کسب می‌کنیم، دانستن علم و تکنیک‌های جدید و فناوریانه، واجب و ضروری است.

۸. وضعیت کنونی رشته کاربردی را چطور می‌بینید؟ چشم‌انداز شما از آینده رشته کاربردی در ایران به چه صورت است؟

- همان‌طور که در قسمتی از صحبت‌های قبلی‌ام اشاره کردم، رشته کاربردی از معدود رشته‌هایی خواهد بود که تحت تأثیر هوش مصنوعی به‌صورت مثبت قرار می‌گیرد و به‌راحتی قابل جایگزینی نیست. خدمات کاربردی به خاطر دید کل‌نگری که دارد، نه‌تنها توسط هوش مصنوعی نمی‌تواند کنار گذاشته شود بلکه به نظر من هوش مصنوعی به تفکر کاربردی نیاز دارد تا بتواند خودش را قوی‌تر کند و برای جامعه هدفش مفیدتر شود.

لذا آینده کلی رشته کاربردی را من در کل نسبت به خیلی از رشته‌های دیگر خوب می‌بینم؛ اما در مورد ایران که اشاره فرمودید؛ پیچیدگی‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی که در کشورمان در این سالیان اخیر وجود دارد، یک مقدار پیش‌بینی را سخت می‌کند. اگرچه بازهم من معتقدم چون نمونه و الگوی جهان روبه‌پیشرفت است، رشته ما در ایران هم می‌تواند خودش را به‌خوبی زنده نگه دارد، اگرچه که نیاز به تلاش و همت عمومی دارد.

۹. به نظر شما چه کسانی می‌توانند در پیشرفت و تثبیت بیشتر جایگاه این رشته کمک‌کننده باشند؟

- این سؤال به‌خوبی در راستای سؤال قبلی است. آن همت عمومی که عرض کردم را تک‌تک ما کاردرمانگران باید داشته باشیم که بتوانیم به‌صورت اخلاقی و علمی وظایفمان را انجام دهیم و اثربخشی در جامعه را به مراجعینمان بهتر نشان دهیم. درعین‌حال مسئولین، انجمن، اساتید دانشگاه، بورد، همکاران کلینیک دار و امثالهم باید همکاری خوب و بهتری داشته باشند تا بتوانند این نیروها را هم‌جهت و یکپارچه کنند تا به‌جای حاشیه و اصطکاک بیخود، قدرت و انرژی را به سمت تغییر وضعیت موجود ببرند. بتوانند بیمه‌ها و ارگان‌های بالادستی را تحت تأثیر قرار دهند، حق دانشجویان و فارغ‌التحصیلان را مطالبه کنند و رویه‌های بهتری را پیاده کنند.

۱۰. چه توصیه‌ای برای کاردرمانگران جوانی دارید که به‌تازگی قدم در این مسیر گذاشته‌اند؟ ما چطور می‌توانیم کاردرمانگران بهتری باشیم؟

- من ایمان دارم که نسل جدید دانشجویان و فارغ‌التحصیلان با توجه به دید نقادانه و جسورانه‌ای که دارند می‌توانند از تجربیات نسل‌های گذشته در سالیان اخیر و آزمون‌وخطاهایی که شده، خوب یا بد، استفاده بهینه کنند، رویه‌های خوب را نگه‌دارند و تقویت کنند. برای مشکلاتی که بوده راه‌حل پیدا کنند. اگرچه گاه‌آ محدودیت‌هایی ممکن است برای همه ما وجود داشته باشد، اما مطمئنم که با تلاش بیشتر، همفکری، شبکه‌سازی و ارتباط گرفتن با علم روز دنیا، می‌توانند این شبکه اطلاعات را گسترده‌تر کنند و در حل چالش‌ها و مشکلات پیش قدم شوند.

۱۱. برای مراجعین یا خانواده‌هایی که به نحوی درگیر اختلالات نورولوژیک هستند، پیامی دارید؟

- در مورد خانواده‌ها هم همین فکر را دارم که افزایش سطح آگاهی می‌تواند خیلی کمک‌کننده باشد و به مدیریت مشکلات کمک کند. حتی اگر همه مشکلات را حل نکند، حداقل می‌تواند خیلی از مشکلات را کنترل کند و عواقبش را کاهش دهد. پیشنهاد می‌کنم خانواده‌ها علاوه بر بالا بردن اطلاعات فردی‌شان، سعی کنند که در قالب تشکیل گروه‌های هم‌فکری همراه خانواده‌هایی که مشکلات مشابه دارند، عضو شدن در انجمن‌هایی که در سطح جامعه وجود دارد، به بیمارشان و همین‌طور به بقیه افراد کمک کنند. درنهایت حضورشان را بیشتر نشان دهند تا حق‌وحقوق خود و بیمارشان را از ارگان‌های ذی‌ربط مطالبه کنند.

۱۲. در پایان ضمن تقدیر و تشکر فراوان از زمانی که در اختیار بنده گذاشتید، نکته دیگری هست که مایل باشید با مخاطبان ما در میان بگذارید؟

- ممنون از وقتی که گذاشتید. از سؤالاتان خوشحال شدم و امیدوارم که این نشریه خوب، همین‌طور موفق به فعالیت ادامه بدهد. موفق و پیروز باشید.



آموزش نوشتن و دستخط (Handwriting)

◀ سنانی مستوفی | کارشناس کاردرمانی

نوشتن، به‌عنوان یکی از مهارت‌های اساسی در زندگی روزمره، تأثیر زیادی بر رشد تحصیلی و اجتماعی کودکان دارد؛ اما برای برخی از کودکان، به‌ویژه آن‌هایی که با مشکلات جسمی و رشدی روبه‌رو هستند، مهارت نوشتن چالش‌برانگیز هست. مشکلاتی مانند ضعف عضلانی، اختلالات حرکتی یا مشکلات ساختاری در استخوان‌ها و مفاصل می‌توانند این فرآیند را پیچیده کنند. علم کاردرمانی، با استفاده از ارزیابی‌های دقیق و مداخلات هدفمند، به شناسایی و رفع این موانع می‌پردازد و به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های نوشتاری خود را بهبود بخشند.

همان‌طور که آشپز برای آماده کردن یک غذا به چاقو و سینی برش و ... نیاز دارد، برای نوشتن هم مداد و خودکار و کاغذ و ... نیاز داریم. آشپز ماهرى که می‌تواند به‌خوبی با چاقو کار کند مهارت‌های کافی را قبلاً آموخته است. فراموش نکنیم برای یادگیری هر مهارتی، باید پیش‌نیازهای لازم را داشته باشیم. سؤال اینجاست که نوشتن، به‌عنوان یک مهارت، چه پیش‌نیازهایی می‌طلبد؟ در ادامه به جزئیات این پیش‌نیازها و بررسی مشکلات رایج مربوطه خواهیم پرداخت.

پیش‌نیازهای پایه برای مهارت‌های دستی

پیش‌نیازهای مربوط به ساختار و عملکرد بدن
استخوان‌ها: در استخوان‌ها، ممکن است نقص‌های مختلفی مشاهده شود، ازجمله مشکلات بدو تولد و تشخیص‌های خاص مانند باندهای آمیوتیک (باندهای آمیوتیک یک سندرم است که در آن جنین درون رحم درگیر باندهای آمیوتیک می‌شود که این موضوع باعث کاهش جریان خون و در برخی موارد منجر به قطع عضو یا انگشتان می‌شود). همچنین در کودکان مبتلا به سندرم داون تغییراتی در ساختار استخوان‌های دست دیده می‌شود.

یک دست معمولی در هنگام تولد دارای ۲۷ استخوان است، اما در برخی نوزادان این تعداد ممکن است ۲۳ یا کمتر باشد. عوامل دیگری که ممکن است بر عملکرد استخوان‌های دست تأثیر بگذارند، شامل آسیب‌هایی مانند شکستگی‌ها یا بیماری‌هایی مانند سرطان هستند. این کودکان ممکن است از دست غالب خود به دست غیرغالبشان تغییر عملکرد دهند.

عضلات: مشکلات مربوط به تون عضلانی ممکن است به دلایل مختلفی ایجاد شوند، مانند فلج مغزی، سندرم داون، سکنه مغزی، تصادف، دیستروفی عضلانی یا آسیب‌های نخاعی. در چنین مواردی، ممکن است نیاز به تقویت عضلات بالاتنه و مرکزی بدن داشته باشیم.

مفاصل و رباط‌ها: آیا مفاصل و رباط‌های دانش‌آموزان ثابت، بیش‌ازحد متحرک یا کم‌تحرك هستند؟ آیا دچار آرتریت یا انحنای مفاصل هستند؟ چه عواملی باعث ایجاد نقص در مهارت‌های نوشتاری آن‌ها می‌شود؟

اعصاب: شرایطی که بر اعصاب تأثیر می‌گذارند، مانند فلج ارب یا آسیب نخاعی، می‌توانند منجر به نقص‌های عضلانی شوند و عملکرد حرکتی را تحت تأثیر قرار دهند.

پوست: پوست می‌تواند تحت تأثیر سوختگی‌ها قرار گیرد یا دچار مشکلاتی مانند چسبندگی بافتی (Webbing) باشد. پردازش حسی و آگاهی حرکتی نقش مهمی در حساسیت پوستی و توانایی لمسی دارند. به‌طورکلی باید روش‌هایی پیدا کنیم تا از دانش‌آموزانی که در این حوزه‌ها دچار مشکل هستند، حمایت کنیم و در طول روز تسهیلات و اصلاحات آموزشی لازم را برای آن‌ها فراهم کنیم. در شماره‌های بعدی نشریه به‌صورت تخصصی‌تر درباره مداخلات مربوطه صحبت می‌کنیم.

پیش‌نیازهای مربوط به رشد و تکامل دوره نوزادی

- رفلکس‌های یکپارچه نشده
- تعقیب بینایی
- تحمل وزن روی اندام فوقانی
- زمان خوابیدن روی شکم^۱ برای همه سنین
- مهارت‌های دستی دوطرفه^۲
- الگوهای گرفتن اشیا^۳
- تعادل
- اکستانسیون گردن^۴
- واکنش‌های محافظتی



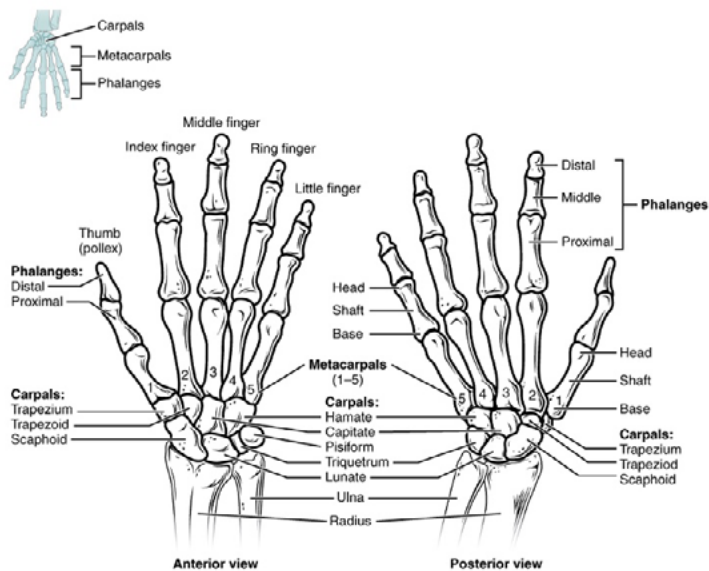
رفلکس‌های نوزادی: ممکن است رفلکس‌های نوزادی همچنان یکپارچه نشده باشند. آیا کودک زمان خوابیدن روی شکم داشته است، یا از آن اجتناب می‌کند؟ تحمل وزن روی اندام فوقانی نیز ارتباط نزدیکی با Tummy Time دارد. اگر کودک از این موقعیت اجتناب کند، فرصت رشد عضلات بزرگ، مفاصل و اکستانسیون گردن را از دست می‌دهد.

مهارت‌های دستی دوطرفه: آیا کودک اسباب‌بازی‌ها را بین دستانش جابه‌جا می‌کند؟ آیا اشیا را در خط وسط بدن نگه می‌دارد؟ این مهارت‌ها پایه‌ای برای رشد سایر مهارت‌های دستی هستند.

ردیابی بینایی: زمانی قابل مشاهده است که نوزاد شروع به کاوش در محیط خود می‌کند، اسباب‌بازی‌ها را نگه می‌دارد و بازی می‌کند. همچنین، نوزادان از طریق ردیابی بینایی والدین و مراقبان خود را هنگام حرکت در محیط نگاه می‌کنند.

الگوهای گرفتن اشیا: یکی از موارد مهم می‌باشد. آیا کودک از گرفتن کلی^۵ استفاده می‌کند؟ با افزایش سن، این مهارت‌ها در هنگام بازی با اسباب‌بازی‌ها و غذا خوردن پیشرفت می‌کنند.

تعادل: تعادل را می‌توان با نشان دادن نوزاد در وضعیت عمودی بررسی کرد. آیا دچار عقب‌افتادگی سر یا ضعف در قدرت عضلات مرکزی بدن است؟ این مورد ارتباط نزدیکی با واکنش‌های حفاظتی دارد. مثلاً، اگر نوزاد در حال افتادن باشد، آیا می‌تواند دست خود را برای محافظت دراز کند؟ این موارد شاخص‌هایی هستند که نشان می‌دهند کودک چگونه توانایی‌های محافظتی اولیه را توسعه می‌دهد.



۱. Tummy time
۲. Bilateral hand skills
۳. Grasping pattern
۴. Neck extention
۵. Gross grasp

کودک نوپا

- خود-تغذیه‌ای^۶
- آگاهی بدنی
- الگوبرداری از بزرگسالان و بازی‌های وانمودی^۷
- آشنایی با اشیاء^۸
- فعالیت‌های چندمرحله‌ای^۹
- تقویت مهارت‌های حرکتی ظریف
- پراکسی ساختاری^{۱۰}
- رشد زبانی^{۱۱}

رشد مهارت‌های حرکتی ظریف و آگاهی بدنی: در مرحله نوپایی، کودکان شروع به درک آگاهی از بدن و آشنایی با اشیاء می‌کنند. همچنین، کنترل حرکتی ظریف بهبود می‌یابد. در این مرحله، کودکان از یک گرفتن کلی به الگوی گرفتن دقیق‌تر^{۱۲} پیش می‌روند، زیرا عضلات درونی دست آن‌ها از طریق بازی و تغذیه تقویت‌شده است. به همین دلیل، نوع اسباب‌بازی‌ها در این سن تغییر می‌کند.

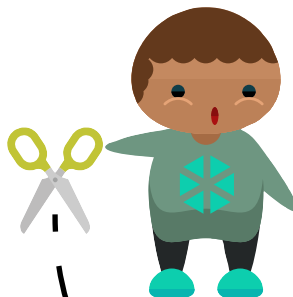
رشد زبانی و مهارت‌های ارتباطی: در این سن، باید به رشد زبان توجه کنیم. به‌عنوان مثال، برخی از والدین هنگام خرید در فروشگاه، با کودک درباره همه‌چیز صحبت می‌کنند: «این جعبه مربع و آبی است». این شیوه کمک می‌کند تا کودکان واژگان خود را گسترش دهند و اشیاء را بهتر درک کنند.

مهارت‌های خود-تغذیه‌ای: تغذیه مستقل در این مرحله بسیار مهم است. آیا کودک اجتناب حسی^{۱۳} دارد؟ آیا مشکلاتی در ساختار دهان و بلع وجود دارد؟ در این مرحله، عضلات دهان و فک تقویت‌شده و کودکان شروع به کشف مواد غذایی جدید می‌کنند.

الگوبرداری از بزرگسالان و بازی‌های وانمودی: کودکان نوپا در این مرحله از بزرگسالان تقلید می‌کنند و وارد بازی‌های وانمودی می‌شوند. مثلاً، آیا در یک آشپزخانه اسباب‌بازی، از رفتارهای مادر تقلید می‌کنند؟ آیا قابلمه‌ها را از کابینت بیرون می‌کشند و وانمود می‌کنند که غذا هم می‌زند درحالی‌که مادر در آشپزخانه مشغول پخت‌وپز است؟

مهارت‌های پردازشی و حل مسئله: در این سن، کودکان باید بتوانند دستورات چندمرحله‌ای را دنبال کنند، مانند: «توپ بنفش را بردار و بیاور.» همچنین، آن‌ها باید شروع به درک مفاهیم سازنده مانند ساختن بلوک‌ها یا حل جورچین کنند.

این مهارت‌های رشد پایه و اساس یادگیری‌های بعدی در زندگی را تشکیل می‌دهند. پردازش چندمرحله‌ای، هماهنگی حرکتی، تقلید از دیگران و رشد زبانی همگی نقش مهمی در موفقیت تحصیلی و اجتماعی کودک ایفا می‌کنند.



پیش‌دبستانی

- مهارت‌های اولیه قیچی
- مهارت‌های اولیه نوشتن^{۱۴}
- استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی
- استقلال در لباس پوشیدن
- بازی‌های گروهی
- بازی تعاملی
- تمرکز پایدار بر روی تکالیف

مهارت‌های اولیه نوشتن و استفاده از ابزارها: در پیش‌دبستان، کودکان شروع به تمرین حرکات اولیه نوشتن مانند خط‌خطی کردن (Scribbling) می‌کنند. مهارت‌های قیچی نیز در این مرحله توسعه می‌یابند. قبل از اینکه کودکان مداد یا قیچی را در دست بگیرند، باید با آن‌ها فعالیت‌های مختلفی انجام دهیم تا این مهارت‌ها را تقویت شوند. مثلاً، آیا می‌توانند انبرهای بزرگ (Snowball Tongs) یا موچین‌های کوچک را کنترل کنند؟ آیا می‌توانند کاغذ را با دست پاره کنند؟

استقلال در لباس پوشیدن و فعالیت‌های روزمره (ADLs):

- آیا کودکان در فعالیت پوشیدن لباس فعالانه کمک می‌کنند؟
- آیا می‌توانند کش‌هایشان را بپوشند یا زیپ لباسشان را ببندند؟
- آیا می‌توانند از قاشق و چنگال برای غذا خوردن استفاده کنند؟

این مهارت‌ها در استقلال آن‌ها و رشد پیش‌نیازهای نوشتن نقش بسیار مهمی دارند.

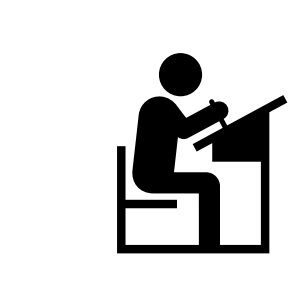


دوره ابتدایی

- کاهش زمان فعالیت‌های حرکتی درشت
- تمرکز و توجه
- تحمل توجه طولانی برای درس‌ها
- رشد زبانی
- غلبه طرفی
- آموزش رسمی حروف و شکل‌گیری آن‌ها
- استقامت و توان حرکتی ظریف

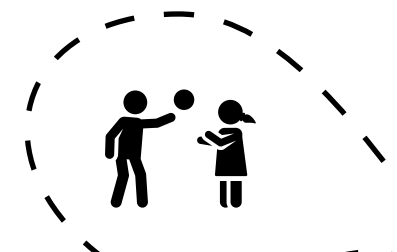
چالش نشستن‌های طولانی‌مدت (تمرکز و توجه): در دوره ابتدایی، انتظار داریم کودکان مدت‌زمان طولانی‌تری تمرکز کنند؛ اما آیا این انتظار واقع‌بینانه است؟ حتی بزرگسالان هم دوست ندارند تمام‌روز را بدون حرکت بنشینند! به همین دلیل، لازم است فرصت‌های حرکتی طبیعی را در برنامه روزانه بگنجانیم. به‌عنوان مثال، می‌توان هنگام یادگیری کلمات املائی یا شنیدن داستان‌ها، از بازی‌ها و فعالیت‌های حرکتی برای افزایش تمرکز و تحریک عضلات و مفاصل استفاده کرد.

تقویت استقامت و توان حرکتی ظریف: نوشتن و انجام فعالیت‌های حرکتی ظریف به استقامت نیاز دارد. در این سن، کودکان باید توانایی نگه‌داشتن مداد برای مدت طولانی‌تر و اجرای تکالیف دقیق‌تر را کسب کنند. بااین‌حال، کاهش زمان فعالیت‌های حرکتی درشت در مدرسه (مثلاً کاهش رنگ تفریح) می‌تواند بر استقامت عضلات کوچک دست تأثیر منفی بگذارد. به‌عنوان مثال، فرض کنید کودک فقط دو زنگ تفریح ۱۰ دقیقه‌ای دارد! چگونه می‌توان فرصت‌های حرکتی را به‌طور طبیعی در طول روز گنجاند؟



مدت‌زمان طولانی‌تر کلاس درس (چگونه به معلمان کمک کنیم؟): در برخی مدارس، درس‌ها در بازه‌های زمانی طولانی (مثلاً ۹۰ دقیقه‌ای) ارائه می‌شوند. این امر می‌تواند یادگیری را دشوار کند. پس چطور می‌توانیم به معلمان کمک کنیم تا دانش‌آموزان را برای موفقیت آماده کنند؟ راهکارهایی مانند تقسیم درس‌ها به بخش‌های کوتاه‌تر، ایجاد استراحت‌های حرکتی در میان تدریس، استفاده از روش‌های تعاملی و فعال حتماً توصیه می‌شوند.

انتخاب دست غالب برای نوشتن: در این مقطع، کودکان باید دست غالب خود را برای نوشتن انتخاب کرده باشند. این امر به افزایش سرعت و دقت نوشتن کمک می‌کند و آن‌ها را به نویسندگان موفق‌تری تبدیل می‌کند.



PENCIL GRASP DEVELOPMENT



Fisted Grip or Palmar Supinate Grip



Digital Pronate Grip



4 Finger Grip or Quadrapod Grasp



Static Tripod Grip



Dynamic Tripod Grip

Cylindrical grasp . ۱۵

Palmar grasp . ۱۶

Pronated grasp . ۱۷

Modified tripod grasp . ۱۸

Functional grasp . ۱۹

Language Development . ۱۱

Reined Grasp . ۱۲

Sensory Aversion . ۱۳

Pre-writing strokes. ۱۴

Self-feeding . ۶

Modeling adult actions & pretend play . ۷

Orientation of items . ۸

Multiple-step activities . ۹

Constructional praxis . ۱۰

الگوی گرفتن؛ پیش‌نیاز نوشتن

الگوی گرفتن در طول زمان تکامل می‌یابد. در مراحل مختلف رشد، کودکان از گرفتن‌های ابتدایی و غیرمستقل به سمت الگوی گرفتن کارآمدتر و بالغ‌تر حرکت می‌کنند.

- ✓ ۱ تا ۱.۵ سالگی ← گرفتن استوانه‌ای^{۱۵} یا کف‌دستی^{۱۶}
- ✓ ۲ تا ۳ سالگی ← گرفتن پرونیت‌شده^{۱۷}
- ✓ ۳.۵ سالگی ← گرفتن سه‌نقطه‌ای اصلاح‌شده^{۱۸}
- ✓ ۴.۵ تا ۷ سالگی ← گرفتن سه‌نقطه‌ای

به‌عنوان یک الگوی بالغ‌تر

⚠ **نکته مهم:** الگوی پیشرفت ممکن است در افراد متفاوت باشد. برخی کودکان ممکن است از گرفتن چهارانگشتی یا سایر انواع گرفتن استفاده کنند. بااین‌حال، با تقویت عضلات درونی دست، گرفتن سه‌گانه در سنین مدرسه رایج‌تر می‌شود. ⚠ **به نکاتی ازجمله اینکه** آیا کودک مداد را در فضای بین انگشت شست و سیاه نگه می‌دارد؟ آیا مداد را در راستای عمودی قرار می‌دهد؟ وضعیت گرفتن مداد و سایر ابزارها توجه کنید. برای مثال، دانش‌آموزی را فرض کنید که مداد را بین انگشت اول و دوم، با کمک انگشت شست نگه‌داشته و مهارت نوشتاری و حرکت مدادش بسیار روان است، اما معلمان به نحوه گرفتن مداد او انتقاد داشته باشند. در این موارد ما باید فکر کنیم که:

آیا این یک الگوی گرفتن کاربردی^{۱۹} است؟ آیا تغییر آن ضروری است، یا این گرفتن برای او مؤثرتر است؟

⚠ **اصلاح این الگوها** در سنین پایین‌تر ساده‌تر است، بنابراین لازم است در دوران پیش‌دبستانی و اوایل دبستان کودکان را در معرض روش‌های صحیح‌تر گرفتن مداد و سایر ابزارهای نوشتاری قرار دهیم.

آماده‌سازی برای نوشتن

قبل از اینکه کودکان نوشتن را شروع کنند، باید روی تقویت مهارت‌های نوشتاری و آموزش الگوی گرفتن مداد کار کنیم. این آماده‌سازی به آن‌ها کمک می‌کند تا هنگام نوشتن، کنترل بیشتری روی حرکات دست و انگشتان خود داشته باشند و خستگی کمتری را تجربه کنند.

راهکارهای تقویت مهارت‌های نوشتاری

✓ **فعالیت‌های حرکتی ظریف:** تقویت عضلات درونی دست و گرفتن سبقتقه، بازی با خمیربازی برای افزایش قدرت انگشتان، بازی با لگو برای بهبود چابکی انگشتان، تمرین با موچین برای افزایش کنترل حرکتی

✓ **فعالیت‌های حرکتی درشت:** کمک به عبور از خط میانی بدن و افزایش قدرت عضلات مجوری، ترانه‌ها و بازی‌های حرکتی مانند «پختن پنکیک» یا «رنگ کردن ابرها» برای تقویت کنترل دست‌ها

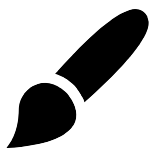
✓ **بازی روی سطوح عمودی:** رنگ‌آمیزی و نقاشی روی دیوار یا تخته‌های بزرگ، قرارگیری در وضعیت پلانک هنگام رنگ‌آمیزی برای تقویت عضلات مجوری و شانه



✓ **کار از پروگزیمال به دیستانال:** ابتدا تقویت عضلات شانه و بازو، سپس حرکت به سمت دست و انگشتان، برخی کودکان در ابتدا با تمام بازو می‌نویسند که طبیعی است؛ با تقویت عضلات مرکزی، کنترل حرکت آن‌ها افزایش می‌یابد.

✓ **مداد شمع‌ها و ابزارهای کوچک‌تر:** مداد شمع‌های کوچک به تقویت گرفتن انبری (pincer) و سبقتقه (tripod) کمک می‌کنند.

✓ **رنگ‌آمیزی:** هنگام فکر کردن به رنگ‌آمیزی، کودکان اشکال را با توجه به مرزهای فضایی پر می‌کنند، رنگ‌ها و اشکال را یاد می‌گیرند و حرکات آگاهانه‌ای مانند حرکات عمودی، افقی و مورب انجام می‌دهند. همچنین برخی الگوهای دایره‌ای را تشویق می‌کنیم که مهارت‌های عالی برای یادگیری حروف هستند. تمام این فعالیت‌ها به حرکت مچ و انگشتان نیز کمک می‌کند و موجب تقویت حرکات مختلف دست (رفت و برگشتی، بالا و پایین، یا از یک طرف به طرف دیگر) می‌شود.



PAINTING



مزایای رنگ‌آمیزی:

رنگ‌آمیزی نیاز به توجه مداوم دارد. همچنین می‌توانیم نحوه گرفتن مداد شمع، وضعیت بدن، استقامت و کنترل حرکتی کلی آن‌ها را بررسی و به این شیوه تقویت کنیم. آیا می‌توانند روی میز بنشینند و کار را کامل کنند؟ و اگر کاغذ را روی یک سطح عمودی قرار دهیم، آیا یک دست را برای تثبیت استفاده می‌کنند درحالی‌که دست دیگر رنگ‌آمیزی می‌کند؟

رنگ‌آمیزی به کودکان یاد می‌دهد که از دست کمکی خود استفاده کنند. همیشه مطرح می‌کنند که نوشتن باید یک فعالیت دودستی باشد، زیرا می‌خواهیم هر دو نیمکره مغز فعال شوند. رنگ‌آمیزی همچنین به کودکان کمک می‌کند تا اجزا را به‌عنوان بخشی از یک کل تشخیص دهند. برای مثال، نوک یک ستاره بخشی از کل آن است، یا بینی یک سگ بخشی از بدن آن محسوب می‌شود. علاوه بر این، مهارت‌های تحصیلی دیگری نیز وجود دارند که دانش‌آموزان ما باید در آینده روی آن‌ها کار کنند.



آموزش گرفتن مداد

✓ تقویت ترجیح دست غالب (چپ یا راست‌دستی)

✓ استفاده از ابزارهای نوشتاری کوچک متناسب با دست کودک

✓ الگو بودن و نشان دادن نحوه گرفتن صحیح مداد

✓ اجازه دادن به استفاده از الگوهای استاندارد و جایگزین در گرفتن مداد

ابتدا باید روی غلبه طرفی در دانش‌آموزانی که مشکل دارند، کار کنیم. همچنین، کودکان باید از ابزارهای نوشتاری کوچک استفاده کنند تا بهتر در دستشان جا بگیرد. برخی تصور می‌کنند که به مدادهای بزرگ نیاز دارند، اما دستشان کوچک است.



مراحل رشد آمادگی برای نوشتن

۲ ساله: خطوط خط‌خطی، خط عمودی، خط افقی

۳ ساله: دایره، علامت بعلاوه (+)

۴ ساله: مربع، مثلث

۵ ساله: لوزی



۲۰. Imitate

۲۱. Copy

۲۱. Draw

⚠ نکاتی که برای آموزش کشیدن اشکال پیش از نوشتن می‌توان در نظر داشت:

۱. ابتدا به کودک آموزش دهید که شکل موردنظر را ردیابی کند: ابتدا از اندازه بزرگ شروع کنید، سپس به اندازه کوچک بروید. هنگام آموزش اشکال پیش‌نویسی، از روش نقطه‌به‌نقطه خودداری کنید. به‌عنوان مثال، چهار «نقطه» در چهار گوشه می‌تواند به یک مربع یا یک «X» تبدیل شود و واقعاً به کودک شما کمک نمی‌کند که جهت حرکت قلم، نقطه شروع و پایان و نحوه ایجاد یک شکل را یاد بگیرد.

۲. سپس به کودک نشان دهید که چگونه شکل را تقلید^{۲۰} کند: نحوه رسم شکل را با توضیح کلامی نمایش دهید، سپس از کودک بخواهید که آن را تقلید کند: «یک خط درست مثل خط من بکش.»

۳. سپس از کودک بخواهید که شکل را گپی^{۲۱} کند: یک نمونه از شکل را در اختیار کودک قرار دهید، اما مانند مرحله تقلید، ابتدا آن را برای او نمایش ندهید.

۴. درنهایت، از کودک بخواهید که شکل را رسم^{۲۲} کند: از کودک بخواهید که شکل را بدون الگو بکشد. نکته: فراموش نکنید کودکان به تمرین زیاد در رسم اشکال پیش‌نویسی نیاز دارند.

با توجه به اهمیت بالای موضوع آموزش نوشتن و تخصص برجسته رشته کاردرمانی در این حیطه، در شماره‌های بعدی نشریه این مطلب ادامه پیدا خواهد کرد و تلاش می‌کنیم توجه شما عزیزان را به بحث جذاب مداخلات تخصصی و بالینی جلب کنیم.

منابع:

Olson, J.Z. and Knapton, E.F. (2008) Handwriting Without Tears Pre - K Teachers Guide, 9, 60.- 61, 65

Fisher, A. G. (2013). Occupation - centred, occupation - based, occupation - focused: same, same or different? Scand J Occup Ther, 20(3):162 – 73

Steinhart, S. Weiss, P.L. Friedman, J. (2021). Proximal and distal movement patterns during graphomotor task in typically developing children and children with handwriting problems. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation Improve Handwriting and Fine Motor Skills, Elaine Shannon

خراب‌کاری‌های شبانه

هانیه غفاریور رهبر | دانشجوی سال سوم کاردرمانی



شب‌ادراری یکی از ناامیدکننده‌ترین اختلالات دوران کودکی است و دقیقاً زمانی کودک و خانواده‌اش را درگیر می‌کند که کودک آماده رفتن به مدرسه می‌شود. پیامدهای عاطفی ناشی از این اختلال در اجتماعی شدن کودک تأثیر بسزایی دارد و منجر به ترس و اضطراب، احساس گناه، خودکم‌بینی، عقده حقارت، پرخاشگری و تحریک‌پذیری، بی‌حوصلگی، گوشه‌گیری، از دست دادن عزت‌نفس و ایجاد مشکلاتی در برقراری روابط اجتماعی می‌شود.

کودکان نهایتاً در ۵ سالگی باید کنترل ادرار داشته باشند؛ زیرا ظرفیت مثانه در این سن افزایش می‌یابد و مراکز عصبی مغز می‌توانند انقباضات مثانه را در خواب نیز کنترل کنند. به وضعیتی که کودک، دچار ریزش ناخودآگاه ادرار در خواب شود، شب‌ادراری می‌گویند. بر اساس معیارهای DSM-IV، شب‌ادراری با دفع غیرارادی ادرار حداقل ۲ بار در هفته و برای ۳ ماه متوالی و سن تقویمی حداقل ۵ سال تعریف می‌شود. از دلایل شایع شب‌ادراری می‌توان به عوامل ژنتیکی، تأخیر رشدی، عوامل بیولوژیکی، عوامل محیطی و مشکلات روانی اشاره کرد. این وضعیت معمولاً به‌عنوان یک اختلال رایج در کودکان در نظر گرفته می‌شود و خود باعث اختلالات خواب، مشکلات روانی-اجتماعی (مثل احساس شرم، عدم اعتمادبه‌نفس و افزایش استرس) و مشکلات رفتاری (مانند افسردگی، اضطراب، فوبیای اجتماعی، اختلالات سلوک، و اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی) می‌گردد.

انواع بی‌اختیاری ادراری (Enuresis)

- **Primary enuresis (۸۰٪ کیس‌ها):** بی‌اختیاری ادراری اولیه به کودکی اطلاق می‌شود که هرگز نتوانسته است بیش از ۶ ماه، ادرارش را مهار کند.
- **Secondary enuresis (۲۰٪ کیس‌ها):** کودکی که توانایی مهار ادرار را داشته اما پس از حداقل ۶ ماه، بی‌اختیاری ادراری از سر گرفته شده است، تشخیص بی‌اختیاری ثانویه را می‌گیرد. بی‌اختیاری ادراری ثانویه، در تکرر دفعات، شبانگاه بودن، یبوست و خیس شدن در طول روز با نوع اولیه شباهت دارد. مشکلات رفتاری ناشی از نوع ثانویه، ۷ برابر بیشتر از نوع اولیه شایع است. طبق مطالعه دیگری، یک‌سوم بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ثانویه، دچار اختلالات روانی هستند



- **Nocturnal enuresis:** شب‌ادراری (بی‌اختیاری ادراری در هنگام خواب).
- **Daytime wetting:** بی‌اختیاری ادراری در هنگام بیداری. مشکلات رفتاری ناشی از آن شایع هستند.
- **Monosymptomatic (Uncomplicated) enuresis:** بی‌اختیاری ادراری بدون علائم دستگاه ادراری تحتانی (به‌غیراز شب‌ادراری) و بدون سابقه اختلال عملکرد مثانه.
- **Non monosymptomatic enuresis:** بی‌اختیاری ادراری همراه با علائم دستگاه ادراری تحتانی (مانند افزایش یا کاهش دفعات دفع ادرار، خیس شدن در طول روز، زور زدن، جریان ضعیف یا متناوب ادرار، مانورهای نگه‌داشتن (ایستادن روی نوک انگشتان یا، پاهای کراس شده، یا چمپاتمه زدن با پاشنه فشرده به ناحیه پرینه {Curtsey sign}، احساس تخلیه ناقص، ناراحتی زیر شکم یا ناحیه تناسلی).

نقش کاردرمانی در بهبود شب‌ادراری

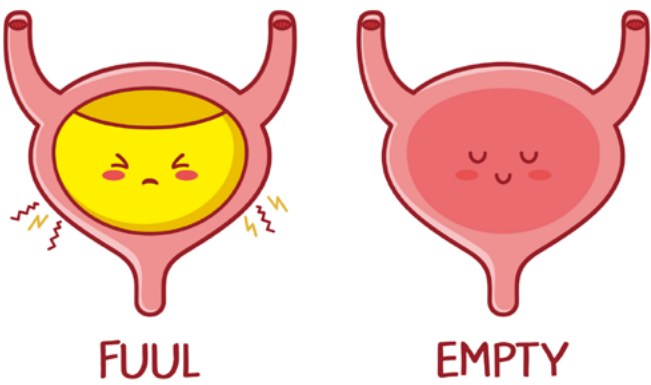
ارزیابی‌های جامع کاردرمانی

- برای تعیین نیازهای کودک و برنامه‌ریزی مداخلات، لازم است این موارد را بررسی کنیم:
- **✓ History (تاریخچه پزشکی و خانوادگی کودک)**
- شروع، مدت و شدت شب‌ادراری
- وجود خیس شدن در طول روز، یبوست، و جزئیات درمان قبلی
- یک ثبت دوهفته‌ای از الگوی شب‌ادراری و دفع مدفوع
- ثبت الگوی مصرف مایعات
- سابقه بیماری پزشکی (به‌عنوان مثال، دیابت، آپنه خواب) که ممکن است نشان‌دهنده شب‌ادراری بدون علامت باشد.
- سابقه اختلالات روانی اجتماعی (کودکان مبتلا به ADHD سه برابر بیشتر احتمال دارد که مشکلات دفع مداوم داشته باشند).
- سابقه خانوادگی شب‌ادراری (این عارضه در بیماران با سابقه خانوادگی شایع‌تر است؛ در مورد دوقلوها، هر دو کودک معمولاً مبتلا می‌شوند).

✓ **مصاحبه با والدین و کودک**
✓ **Physical examination**



- معاینه فیزیکی شامل ارزیابی ستون فقرات و یک معاینه نورولوژیک متمرکز (راه رفتن، تون عضلانی، قدرت عضلانی و حس ناحیه پرینه) می‌باشد. در کودکان مبتلا به شب‌ادراری ثانویه یا مداوم، احتمال سوءاستفاده جنسی باید در نظر گرفته شود. علائم حاکی از سوءاستفاده جنسی شامل کبودی در مناطقی است که به‌طورمعمول محافظت می‌شوند (مانند باسن، پشت، تنه، قسمت داخلی ران‌ها، گونه‌ها، گردن). کبودی‌های متعدد و کبودی‌های طرح‌دار (مانند رد دست، سگک کمر بند، جای گازگرفتگی با دندان) نیز جزو علائم هستند.
- تغییر شکل ستون فقرات، گودی ساکرال و ... که نشان‌دهنده دیسرافیسیم ستون فقرات است، از دست دادن حس حرکتی، رفلکس‌های تاندونی غیرطبیعی در اندام تحتانی، بزرگ شدن مثانه یا کلیه‌ها، راه رفتن غیرطبیعی، علائم سوءاستفاده جنسی.
- تست نوار مثانه (تست یورو‌دینامیک): بررسی نتایج این تست، ما را با عملکرد ذخیره و تخلیه مثانه‌اشنا کرده و سیکل دقیق آن را تعیین می‌کند.



۱. دیسرافیسیم ستون فقرات: از ناهنجاری‌های ایجاد شده در بدو تولد است که ناشی از بسته نشدن کامل لوله عصبی (neural tube) می‌باشد. در نوعی از آن، در کمر نوزاد تورمی دیده می‌شود که ناشی از مایع منژ است و به آن دیسرافیسیم باز می‌گویند.

✓ آلارم شب ادراری (Enuresis alarms)

آلارم شب ادراری نوعی زنگ هشدار است که با ادرار نامناسب فعال می شود. کودک روی یک پد یا تشک حاوی مدار الکتریکی می خوابد. تماس ادرار با آن، مدار را کامل می کند و باعث به صدا درآمدن زنگ می شود تا کودک به دستشویی برود. برای موفقیت آمیز بودن آموزش آلارم، اطمینان از شارژ و قرارگیری صحیح آلارم مهم است. تمرین آلارم هشدار، مانند سایر تکنیک های شرطی سازی، معمولاً ۲ تا ۳ ماه طول می کشد تا مؤثر باشد.

یک سوم کودکان در آلارم درمانی شکست می خورند و نیمی از کسانی که پس از درمان موفقیت آمیز هشدار خشک می شوند، در نهایت وضعیتشان عود می کند. شایع ترین دلیل شکست آلارم، بیدار نشدن کودک پس از شنیدن صداهای آلارم است. برای آموزش موفقیت آمیز زنگ، به نظارت و حمایت والدین نیاز است. اگر به جای پاداش برای شب های خشک، بیدار شدن با زنگ هشدار را تشویق کنیم، موفقیت درمان افزایش می دهد. اگر کودک علیرغم بیدار شدن توسط آلارم نتواند از رختخواب بیرون بیاید تا به داخل توالت برود، شکست درمان محتمل است؛ زیرا فرآیند بیرون آمدن از رخت خواب، بخشی از آموزش می باشد.

✓ یادگیری بیش از حد (Over-learning)

این روش پس از درمان موفقیت آمیز آلارم آغاز می شود (یعنی پس از دستیابی به ۱۴ شب خشکی متوالی). در یادگیری بیش از حد، کودکان هنگام خواب یک نوشیدنی بزرگ می نوشند و آلارم شب ادراری خود را به کار می برند. نوشیدنی بزرگ، حجم ادرار تولید شده را در طول شب افزایش می دهد و به کودکان فرصت بیشتری برای تمرین «بیداری تا تخلیه ادرار» می دهد. زمانی که کودک حداقل ۱۴ شب خشک متوالی را پشت سر گذاشت، می توان آلارم درمانی با بیش آموزشی را متوقف کرد. یادگیری بیش از حد منجر به اثر درمانی پایدارتر همراه با آلارم می شود و میزان عود را پس از پایان درمان کاهش می دهد.



✓ آموزش کنترل احتباس (Retention control training)

هدف از تمرین کنترل احتباس (تمرینات مثانه) افزایش ظرفیت عملکردی مثانه است که با استفاده از موارد زیر انجام می شود:

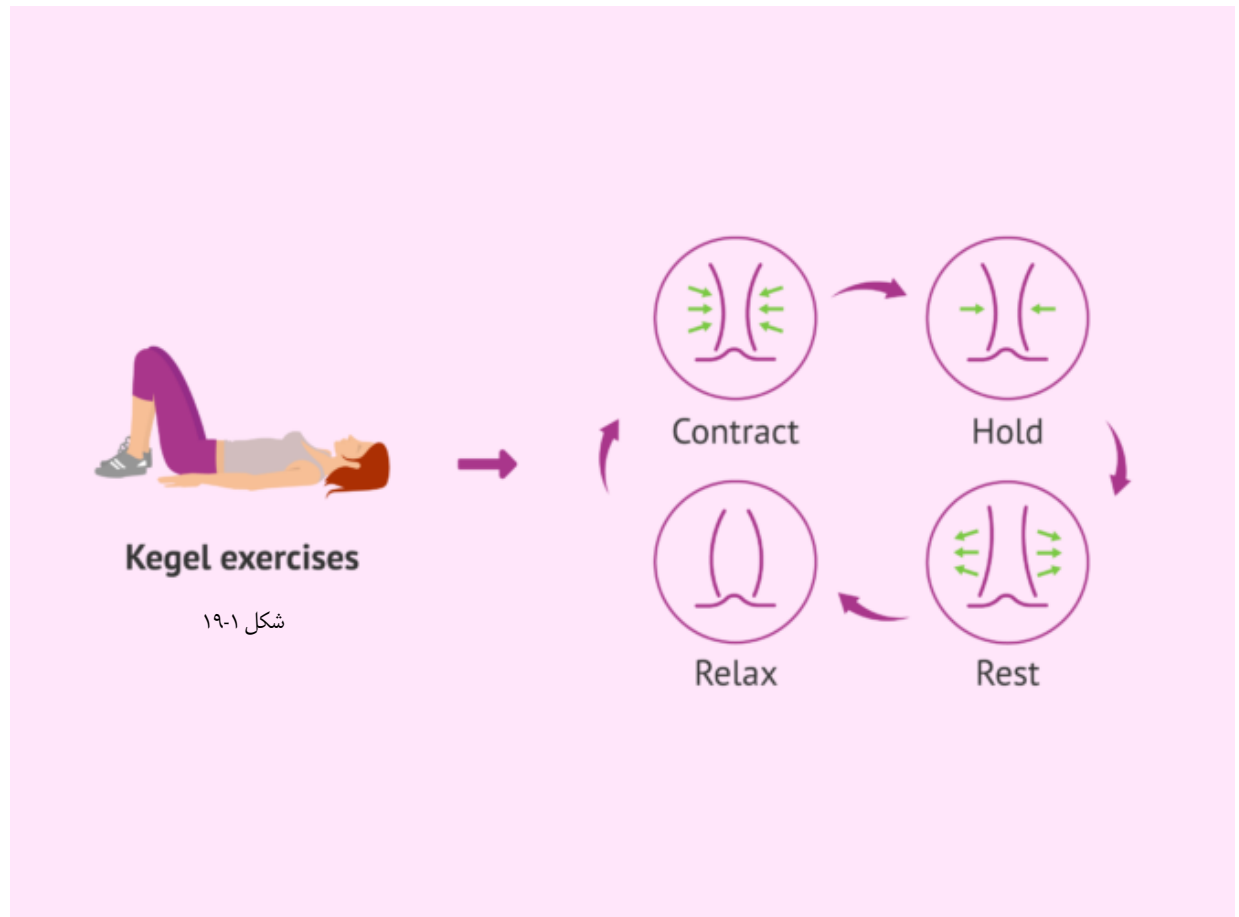
۱. تأخیر در دفع ادرار برای مدت طولانی در طول روز یا نوشیدن مایعات اضافی
 ۲. تمرینات قطع جریان (تمرین عضلات کف لگن یا Kegel و تمرینات کنترل اسفنکتر)
 ۳. تمرینات پله ای
- به طور مختصر باید گفت که کف لگن شامل یک گروه ۱۲ عددی از ماهیچه های مخطط است که در ۳ لایه مرتب شده اند. این صفحه عضلانی از سمفیز پوبیس به دیواره های جانبی ایلیم به سمت دنبالچه (coccyx) منبسط می شود. زمانی که کف لگن منقبض می شود، عضلات به صورت انبوه فعالیت می کنند و کمربند لگنی را در یک جهت حرکت می دهند. تنها عملکرد ارادی شناخته شده گروه عضلانی کف لگن، انقباض توده ای است که به عنوان یک بالا بردن (lift) به سمت داخل و فشار در اطراف مجرای ادرار، واژن و رکتوم توصیف می شود. عملکرد عضلات کف لگن به صورت حمایت از ساختارهای لگنی، مجرای ادراری، واژن و رکتوم است.

تمرین عضلات کف لگن شامل انقباض مکرر این عضلات است که قدرت و حمایت پرینه را ایجاد می کند و تون عضلانی را بهبود می بخشد (شکل ۱۹۰-۱). این حرکت، یک انقباض یا فشردن ارادی کف لگن به سمت داخل و بالا می باشد. تعداد انقباضات توصیه شده در مطالعات از ۸ تا ۱۲ انقباض و سه بار در روز، تا ۲۰ انقباض و چهار بار در روز متغیر است. حداکثر میزان نیز ۵۰۰ بار در روز است. مدت زمان «فشرده و نگه داشتن» یا انقباض، از ۴ ثانیه تا ۳۰-۴۰ ثانیه متفاوت است. وضعیت (posture) توصیه شده در طول ورزش نیز متنوع است و شامل نشستن، زانو زدن، ایستادن، دراز کشیدن و ایستادن با پاها از هم گشاده (مانند اسب سواری) است. مدت زمان توصیه شده نیز از یک هفته تا شش ماه می باشد و غالباً سه ماه را توصیه می کنند.

اولین خط درمان برای بی اختیاری ادراری، شامل حداقل ۸ انقباض و سه بار در روز به مدت حداقل سه ماه می باشد.

✓ نمودار ستاره و سایر سیستم های پاداش (Star charts and other reward systems)

نمودارهای ستاره ای و سایر سیستم های پاداش، مداخلات رفتاری هستند که از تقویت مثبت برای تشویق یک رفتار مطلوب استفاده می کنند. کودک برای دستیابی به یک هدف دست یافتنی، مانند خشک ماندن در تمام شب یا یک هدف متوسط مانند بلند شدن برای رفتن به توالت، پاداش می گیرد. این طرح ها باید با کودک و خانواده در میان گذاشته شود. هدف این سیستم ها، تقویت مثبت شب های خشک و کاهش تخت های مرطوب است. با این حال، اگر هدف را ایده آل گرایانه در نظر بگیریم، ممکن است کودک در صورت عدم دستیابی به پاداش، احساس شکست کند.



مداخلات کاردرمانی برای شب ادراری

اهداف کاردرمانی

✓ آموزش والدین در مورد نحوه آماده سازی کودک

برای آموزش دستشویی رفتن (در مورد آموزش توالت

رفتن مطالبی ویژه اولیا و درمانگران به طور مفصل در

شماره دو و هفت نشریه طرح شده است).

✓ افزایش آگاهی کودک از علائم پر بودن مثانه

✓ اطمینان بخشی، حمایت عاطفی، از بین بردن احساس گناه، و تشویق کودک به پذیرش مسئولیت شب ادراری (یعنی اگرچه کودک باعث این عارضه نشده است، اما در درمان آن نقش فعال دارد).

✓ مدیریت استرس و اضطراب

اصلاح عادات خواب کودک (تعیین زمان های خاص

برای آب خوردن و رفتن به دستشویی)

✓ افزایش توانایی کودک در نگه داشتن ادرار



✓ آموزش تخت خشک (Dry Bed Training)

در شب اول، یک تمرین فشرده انجام می‌شود که طی آن، فرد هر ساعت یک‌بار بیدار می‌شود و به توالت می‌رود. در صورت خیس کردن رخت خواب، ۴۵ دقیقه آموزش نظافت (تعویض رخت خواب) و تمرین مثبت (۹ بار برخاستن و رفتن به توالت) اجرا می‌شود. در شب‌های بعدی، فرد یک‌بار بیدار شده و به توالت می‌رود. این بیداری شبانه به تدریج زودتر اتفاق می‌افتد.

✓ آموزش فول اسپکتروم خانگی (Full-Spectrum Treatment)

هنگامی که کودکان رخت خواب را خیس می‌کنند، استفاده از آلارم بهترین راه برای کمک به آن‌ها برای یادگیری بیدار شدن با مثانه پر است. با این حال، بسیاری از کودکان حتی پس از استفاده از زنگ ادرار دوباره شروع به خیس کردن تخت می‌کنند. افزودن چند مرحله اضافی به این فرآیند می‌تواند به کودک شما کمک کند که دوباره تخت را خیس نکند. درواقع آموزش در خانه با طیف کامل، ترکیبی از آموزش آلارم، آموزش پاکیزگی، آموزش کنترل احتیاس و روش‌های یادگیری بیش‌ازحد است.

۱. دستورالعمل‌های موجود در آموزش آلارم ادرار را دنبال کنید.

۲. مرحله بعدی آموزش حفظ کردن ادرار است که به کودک شما کمک می‌کند کنترل ماهیچه‌های اطراف مثانه خود را یاد بگیرد. برای انجام این کار، او باید ماهیچه‌های ادراری خود را بارها و بارها در حین ادرار سفت و رها کند. این تمرین به کودک یاد می‌دهد تا زمانی که مثانه پر است، با استفاده از کنترل عضلانی، ادرار خود را به تعویق بیندازد.

۳. قدم بعدی این است که زمانی که کودک احساس می‌کند مثانه‌اش پر شده است، دفع ادرار را به تعویق بیندازد:

(الف) ابتدا کودک شما زمانی که احساس کرد مثانه‌اش پر شده است باید ۱ دقیقه صبر کند تا ادرار کند.

(ب) روز بعد، کودک شما باید ۵ دقیقه قبل از ادرار کردن صبر کند.

(پ) کودک شما باید روز بعد، ۱۰ دقیقه صبر کند و هرروز ۵ دقیقه به او اضافه کنید تا زمانی که کودک شما بتواند ۴۵ دقیقه صبر کند.

۴. مرحله بعدی، یادگیری بیش‌ازحد است. برای اینکه یادگیری بیش‌ازحد اتفاق بیفتد، کودک شما باید قبل از خواب مایعات اضافی بنوشد تا شانس بیشتری برای داشتن مثانه پر در هنگام خواب داشته باشد.

۵. یادگیری بیش‌ازحد باید زمانی آغاز شود که فرزند شما ۱۴ شب کاملاً خشک متوالی را پشت سر گذاشته باشد.

۶. کودک شما باید ۱ ساعت قبل از خواب ۳۰ میلی‌لیتر آب بنوشد.

۷. قبل از رفتن به رخت خواب، کودک شما باید ادرار کند و سپس زنگ ادرار را روی لباس‌زیرش قرار دهد.

۸. کودک شما باید هر شب ۱ ساعت قبل از خواب به نوشیدن آب ادامه دهد تا اینکه ۱۴ شب دیگر متوالی کاملاً خشک باشد.

درمان با طیف کامل می‌تواند زمان‌بر و دشوار باشد. با این حال، مهم است که به خاطر داشته باشید، این امر باعث می‌شود که کودک شما واقعاً یاد بگیرد که با مثانه پر از خواب بیدار شود و زمانی که مثانه پر است، قبل از ادرار کردن صبر کند. هر دوی این مهارت‌ها به کودک شما کمک می‌کند تا یاد بگیرد که تمام شب خشک بماند.

۹. هنگامی که کودک شما این کار را انجام داد، می‌توانید از نوشیدن آب اضافی و استفاده از زنگ هشدار خودداری کنید.

✓ مداخلات روان‌شناختی: با توجه به آثار مخربی

که شب‌ادراری بر روان کودکان می‌گذارد، مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در بهبود این وضعیت، نقش بسزایی داشته باشند. این جلسات می‌تواند به مدت ۳۰ دقیقه در محیط خصوصی و بدون حضور والدین برگزار شود. استفاده از بازی، به‌عنوان وسیله‌ای برای تعامل و ابزاری برای مشاهده رفتار، بسیار مؤثر است.

۱. شناخت باورهای کودک در مورد

شب‌ادراری، شناسایی افکار مثبت و منفی که می‌تواند به بهبود

شب‌ادراری کمک کند یا مانع از آن شود.

۲. بحث در مورد باورهای

کودک در مورد

شب‌ادراری، خود ارزیابی

واقع بینانه و تقویت

باورهای مثبت.

۳. ارائه پیشنهادهایی برای توسعه

راهبردهای شخصی برای مقابله با

شب‌ادراری.

۴. ارزیابی مجدد و در موارد عود،

مداخله مجدد.

مداخلات روان‌شناختی مختص

کودک نیستند؛ بلکه خانواده نیز

به این جلسات نیاز دارند. درک

بهرتر شب‌ادراری، کاهش تعارضات

و افزایش همکاری خانواده با

درمان از نتایج قابل‌قبول مداخلات

روان‌شناختی است. محتوای آن‌ها نیز

مشابه با مداخله کودکان است.

⚠ شرایط مراجعان را در حین انتخاب روش‌های درمانی باید در نظر بگیریم!

درمان‌های خط اول استاندارد برای شب‌ادراری تک علامتی (Monosymptomatic enuresis)، آلارم درمانی و داروی دسموپرسین است (دسموپرسین مقدار ادرار تولیدشده در طول شب را کاهش داده و در نتیجه نیاز به بیدار شدن را کم می‌کند). برای شب‌ادراری Non monosymptomatic، توصیه می‌شود که ابتدا مشکل زمینه‌ای دستگاه ادراری تحتانی حل شود و سپس درمان شب‌ادراری ارائه شود. اگر کودک بدون حل شدن مشکل دستگاه ادراری تحتانی، درمان شب‌ادراری دریافت کند، به احتمال زیاد درمان استاندارد با شکست مواجه می‌شود.

در کودکان مبتلا به شب‌ادراری بدون علامت، مهم است که از ظرفیت مثانه برای پاسخ به آلارم درمانی یا دسموپرسین مطمئن باشیم. ظرفیت مثانه کودک را می‌توانیم با استفاده از نمودار زمان و حجم تخمین بزنیم. فرمول

ظرفیت طبیعی مثانه (برای کودکان ۲ تا ۱۲ سال): (سن + ۱) x ۳۰.

اگر حداکثر حجم تخلیه‌شده در طول روز -به‌استثنای اولین تخلیه صبحگاهی- کمتر از ۶۵٪ ظرفیت مثانه باشد،

مثانه کودک را کم‌ظرفیت در نظر می‌گیریم.

دارودرمانی فقط در کودکان ۷ سال و بزرگ‌تر، آن‌هم در صورت عدم موفقیت اقدامات غیر دارویی باید شروع شود.

کودکانی که به یک یا چند معیار پاسخ نمی‌دهند، ممکن است از استراتژی‌های درمانی ترکیبی (مانند ترکیب درمان غیر دارویی و دارویی یا درمان‌های دارویی متعدد) بهره ببرند. برای مثال، هنگامی که اوروتراپی برای درمان مثانه کم‌ظرفیت کافی نباشد، ممکن است به درمان‌های دیگری ازجمله دارودرمانی (مانند داروهای آنتی کولینرژیک) و فیزیوتراپی (مانند نورومدولاسیون با استفاده از تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست {TENS}) نیاز باشد.

کودکان مبتلا به شب‌ادراری مداوم باید به یک متخصص فوق تخصص ارجاع داده شوند.

در صورت وجود خیس شدن در طول روز، ادرار غیرطبیعی، فشار یا جریان ضعیف ادرار، ناهنجاری‌های تناسلی، یا سابقه عفونت ادراری نیز نیاز به ارجاع می‌باشد.

ارتباط جالب دستگاه تنفس و دستگاه دفع ادرار!

یکی از مواردی که ممکن است از چشم‌پنهان بماند، وقفه‌های تنفسی در خواب (Sleep Apnea) و خرناس‌های دائمی در برخی از کودکان است. طبق مطالعات، شب‌ادراری در کودکانی که خرناس‌های دائمی در خواب دارند، ۴ برابر بیشتر از سایر کودکان است! درواقع نیمی از کودکانی که با سندرم اختلال تنفسی خواب مواجه هستند، شب‌ادراری نیز دارند.

سلامت جسمانی کودکان به تنفس آن‌ها وابسته است. ۴ گروه از عضلات (عضلات گردنی، بین‌دنده‌ای، شکمی و پرده دیافراگم) فعالیت طبیعی دستگاه تنفسی را کنترل می‌کنند. اگر پیام‌های ارسالی از مغز قادر نباشند تا به این گروه از عضلات انتقال پیدا کنند، برخی از مشکلات تنفسی پدیدار می‌شود. در کودکانی که تنفس دهانی دارند -به دلیل تنفس سطحی و کم‌عمق- دچار ضعف عضلات تنفسی در خواب می‌شوند و خرخر می‌کنند. Hypoxia (کاهش اکسیژن) در طی خواب باعث می‌شود تا فشار اکسیژن در لوله‌های دیستال کلیوی کاهش یابد و بدن به هورمون آنتی‌دیورتیک پاسخ ندهد. همچنین از طرف دیگر، بر عملکرد سیستم اتونوم اثر می‌گذارد. همه این موارد باعث می‌شوند تا تولید ادرار افزایش یابد و در نهایت، کنترل مثانه از دست برود.

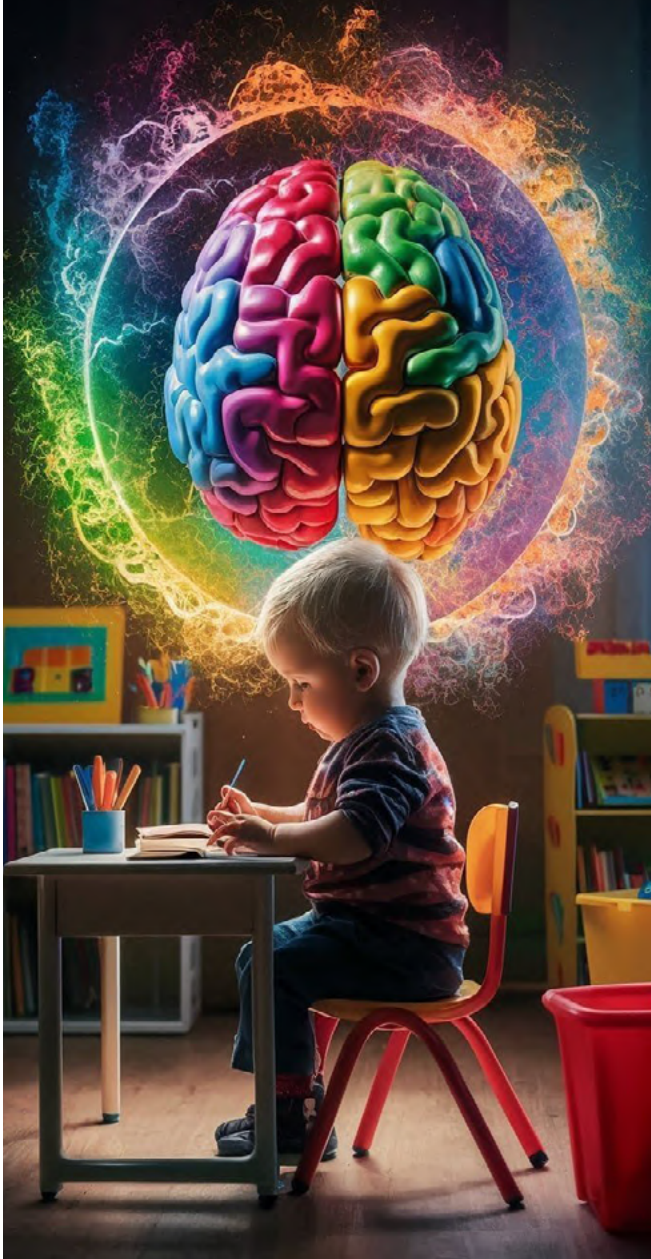
ورزش‌های تحمل فعالیت، حرکات ورزشی مربوط به اندام فوقانی و تحتانی و ماسک‌های هوا با فشار مثبت مداوم در حین خواب، می‌توانند باعث بهبود فرایند تنفس در این کودکان شوند. «Paranayama» مجموعه‌ای از تمرینات تنفسی در یوگا است که باعث افزایش ظرفیت ریه‌ها، کاهش استرس و اصلاح حرکات تنفسی می‌گردد و در ۴ جلسه آموزش داده می‌شود. این تمرینات می‌توانند به مدت ۴ هفته شب‌ها قبل خواب و صبح‌ها بعد بیدار شدن با همکاری و نظرات یکی از والدین انجام گیرند. بر اساس مطالعات، تمرینات تنفسی باعث کاهش دفعات شب‌ادراری می‌شود. ما کاردرمانگران نیز می‌توانیم از این نوع ورزش‌ها در مداخلات خود بهره ببریم.

به عنوان جمع‌بندی باید بدانیم که پیامدهای شب‌ادراری برای کودک و خانواده‌اش باعث کاهش کیفیت زندگی و رضایت آن‌ها می‌شود و کاردرمانی با هدف بهبود شرایط زندگی این کودکان و افزایش رضایتمندی خود و خانواده‌شان، می‌تواند مداخلات بسیار خوبی را ارائه دهد. نتایج حاصل از ارزیابی‌ها و در نظر داشتن شرایط و نوع بی‌اختیاری ادراری کودک، می‌تواند درمانگر را در انتخاب درمان درست و مراجع‌محور، یاری کند. فراموش نکنیم در هر حال والدین باید در مورد از بین بردن احساس گناه، شرم و تنبیه مشاوره دریافت کنند.

منابع:



AWARENESS



AUTISM

اتابک آزاد خیابانی | دانشجوی کارشناسی ارشد کاربردی

یاسمین بغدادی نسب | دانشجوی کارشناسی ارشد کاربردی

اوتیسم، نه یک طیف، بلکه جهانی دیگر

تجربه!

خانم ولند، معلم کلاس اول ابتدایی، در مراسم ویژه والدین، در آغاز سال تحصیلی، درباره انواع فعالیت‌هایی که در طول سال انجام می‌شود، گزارشی داده بود. حال والدین ضمن پرسه زدن در سالن و دیدن آثار هنری بچه‌ها، نزد خانم ولند رفته و خود را معرفی یا از سخنرانی او تشکر می‌کردند.

پدر یکی از کودکان در حالی که نگرانی در چهره‌اش مشخص است، نزد خانم ولند آمده و سوال‌های دقیقی درباره اهدافی که وی برای دانش آموزان در نظر دارد می‌پرسد. «آیا تا پایان سال اول، پسرش خواهد توانست یک متن کوتاه بنویسد؟ یا جمع و تفریق انجام دهد؟ یا خواندن را فراگیرد؟» و سوالاتی از این قبیل. معلم می‌کوشد توضیح دهد که هدف ما در کلاس اول گذاشتن سنگ بنای نگارش، خواندن و حساب است. برخی بچه‌ها تا پایان سال پیشرفت زیادی خواهند کرد و برخی نه؛ چون سرعت نمو کودکان متفاوت است.

پدر از جواب‌های معلم راضی نمی‌شود و به اطلاعات می‌رساند که پسرش در آزمون هوش، تیزهوش تعیین شده است و انتظار دارد پسرش تا پایان سال این مهارت‌ها را فراگیرد. در همین حال پدر یکی دیگر از دانش آموزان نزدیک می‌شود. او هم که کمی نگران به نظر می‌رسد، می‌گوید پسر من نیز در آزمون هوش، تیزهوش تعیین شده است اما من فقط می‌خواهم که او به‌طور طبیعی کودکی کند. او فقط شش سال دارد و برای این کارها فرصت زیادی دارد.

روشن است که والدین انتظارات بسیار متفاوتی در مورد فرزندان خود دارند و این انتظارات، به‌خصوص در مورد فرزند اول، تحت تأثیر تجارب شخصیشان در کودکی یا مطالبی که در رسانه‌ها دیده‌اند یا از دیگران شنیده‌اند، قرار می‌گیرد. به علاوه آنکه توانمندی‌های کودکان، محیط و زمینه تربیتشان و سرعت نمو کودکان تفاوت‌های زیادی باهم دارد.

در این متن سعی داریم مراحل نمو^۱ به هنجار را با تاکید بر جنبه‌های حسی، خودپنداره، نظریه ذهن و نمو اجتماعی بررسی کنیم. درنهایت با تاکید بر ویژگی‌های کودکان طیف اوتیسم، به این نکته بپردازیم که در چه مواقعی والدین باید نگران کودک خود بوده و چه اقداماتی انجام دهند؟

توانایی های نوزاد

نوزاد وقتی پا به دنیا میگذارد، تمامی دستگاه‌های حسی‌اش کار می‌کنند و به‌تدریج برای یادگیری از محیط تازه خود، آماده می‌شوند.

- حس بینایی:

حدت بینایی نوزادان اندک است و بسیار نزدیک بین هستند و تا هفت یا هشت ماهگی حدت بینایی نوزادان به حد بزرگسالان می‌رسد. نوزادان وقت زیادی را صرف نگریستن فعال به محیط پیرامون خود می‌کنند. نگاهشان به دوروبرشان سازمان‌مند است و هرگاه متوجه شی یا تغییری در میدان دیدشان می‌شوند، بر روی آن مکث می‌کنند (منظور از میدان دید، منظره کامل آن چیزی است که آنها می‌توانند ببینند). آنها به‌ویژه مجذوب مناطقی نظیر لبه‌های اشیا می‌شوند که تضاد (کنتراست) بصری بالایی دارد. همین‌طور طرح‌های پیچیده را بر ساده و خطوط منحنی را بر مستقیم ترجیح می‌دهند.

برخی مطالعات حاکی از وجود ترجیح چهره^۲ در نوزادان است؛ یعنی ترجیحی ذاتی و نیاموخته برای نگریستن به چهره‌ها؛ نوزادان به چهره‌های شاد بیش از چهره‌های وحشت‌زده علاقه نشان می‌دهند! شاید مغز نوزادان برای جهت‌گیری به چهره‌ها و گرفتن اطلاعات از آنها برنامه‌ریزی شده است. هرچند نوزادان به اندازه کودکان بزرگ‌تر، قادر به شناسایی دقیق چهره‌ها نیستند، اما بخش اعظم یادگیری چهره‌ها در روزها و ماه‌های اول رخ می‌دهد. شیرخوار سه ماهه، چهره افراد هم‌نژاد خود را آشکارا بر بقیه ترجیح می‌دهد.



- حس شنوایی:

حتی جنین ۲۶-۲۸ هفته‌ای در پاسخ به صدای تیز حرکت می‌کند. کودکان سر خود را به سمت منبع صدا می‌چرخانند و جالب آنکه این واکنش در حدود شش هفتهگی از بین می‌رود و تا سه الی چهارماهگی دوباره پدیدار می‌شود. نوزادان صدای مادر خود را ترجیح می‌دهند و جالب است بدانید داستان‌هایی را که مادرشان در هفته‌های آخر بارداری خوانده است را بر سایر داستان‌ها ترجیح می‌دهند. نوزادان صدای گفتاری را بر صدای غیرگفتاری (مانند موزیک) ترجیح می‌دهند. یک نوزاد چندماهه، زبان کودکانه را حتی اگر از زبان فرد غریبه باشد، ترجیح می‌دهد. زبان کودکانه به کودک کمک می‌کند که مرز کلمات را تشخیص دهد.

- حس چشایی و بویایی:

نوزاد اندکی پس از تولد میتواند مزه‌های مختلف را تشخیص دهد. او مایعات شیرین را بر مایعات شور، ترش، تلخ و بی‌مزه ترجیح می‌دهد که این ترجیح با نوعی ابراز آسودگی شبیه به خنده و گاهی ملچ‌ملوچ همراه است!

کودک با حس بوهای خوب، سر را به طرف بو برمی‌گرداند، ضربان قلب و تنفسش به نشانه توجه کندتر می‌شود. آنها حتی قادرند تفاوت ظریف بوها را نیز متوجه شوند. تنها پس از چند روز که شیر مادر خود را خورند، پارچه آغشته به شیر مادر خود را به پارچه آغشته به شیر مادر دیگر ترجیح می‌دهند.

۱. نمو: در طبقه‌بندی اختلالات عصبی-تکاملی، نمو به فرآیندهای زیستی-روانی-اجتماعی اشاره دارد که منجر به کسب مهارت‌های پیچیده‌تر در حوزه‌های حرکتی، شناختی، زبانی، اجتماعی و عاطفی می‌شود.

۲. Facial preference

۳. Theory of mind

۴. Joint attention

نظریه ذهن^۳

ما بزرگسالان به‌گونه‌ای رفتار و اندیشه می‌کنیم که بازتاب شناخت ما درباره اذهان دیگران است: آنها می‌اندیشند، آنها انتظارها، اعتقادات و خیالاتی برای خود دارند. اکثر رفتارهای ما با دیگران مبتنی بر فهم و شناخت ما از اندیشه آنهاست؛ مثلاً قرار است ساعت دو با دوستی دیدار کنیم، ولی پی می‌بریم که جلسه‌ای که در آن هستیم تا بعد از ساعت دو طول می‌کشد. چون می‌دانیم که دوستان ما از ما انتظار دارد که ساعت دو سر قرار باشیم، چند دقیقه از جلسه خارج شده و به دوستان پیام می‌دهیم که دیرتر خواهیم رسید.

گاه در فرایند اندیشه خود نیز تأمل می‌کنیم؛ مثلاً فکر خود را درباره یک موقعیت ارزیابی می‌کنیم. یا در مورد اینکه چطور می‌توانستیم باور اشتباهی داشته باشیم تعجب می‌کنیم. به این اندیشیدن درباره اندیشیدن «فراشناخت» گفته می‌شود.

کودک انسان از سنین خیلی پایین این قابلیت را دارد که دریابد دیگران هم ذهن دارند. در سن شش تا نه ماهگی نوزادان معمولاً قادرند در تجارب مربوط به رخدادها یا اشیا، از طریق دنبال کردن نگاه دیگران، سهیم باشند؛ مثلاً اگر مادر به عروسک در گوشه اتاق نگاه کند یا به آن اشاره کند و بگوید آن را ببین، نوزاد اشاره یا نگاه مادر را دنبال خواهد کرد. به این پدیده، توجه مشترک^۴ گفته می‌شود. توجه مشترک برای نمو ارتباط اجتماعی و زبان ضروری است. به نظر می‌رسد نمو ارتباط اجتماعی و زبان، محصول مشترک نمو مغز و تکرار وقایعی مانند توجه مشترک می‌باشد.

نظریه ذهن

- بر پایه نمو توجه مشترک، دانش مربوط به حالت‌های اساسی ذهن مثل ادراکات، باورها، دانش، امیال و احساسات نیز نمو پیدا می‌کند. این دانش اغلب نظریه ذهن خوانده می‌شود. نظریه ذهن کودک به‌تدریج طی سال اول زندگی کودک نمو یافته و پیچیده‌تر می‌شود. رسیدن به این فهم که دیگران می‌توانند باورهای متفاوتی از ما داشته باشند از سه مرحله می‌گذرد:

۱. کودک در حدود دوسالگی فهمی ابتدایی از تمایل‌ها، هیجان‌ها و تجارب ادراکی ساده دارد. آنها می‌فهمند که افراد می‌توانند خواسته‌ها و ترس‌هایی داشته باشند؛ و همچنین چیزهایی را ببینند و درک کنند ولی این نکته را هنوز نمی‌فهمند که رفتار افراد از اشیا بیرون و باورهای خود در ذهنشان، تأثیر می‌گیرد.

۲. این مرحله حدود سه سالگی رخ می‌دهد و کودکان علاوه بر صحبت کردن در مورد تمایلات خود، راجع به افکار و باورهای خود نیز صحبت می‌کنند. ظاهراً آن‌ها می‌فهمند که باورها همان‌طور که می‌توانند درست باشند، می‌توانند غلط هم باشند. با اینحال هنوز اعمال خود و دیگران را بر اساس تمایلات، نه باورها، توضیح می‌دهند.

۳. این مرحله در حدود چهار سالگی پدید می‌آید که در آن کودکان درمی‌یابند که فکرها و باورهای افراد نیز بر رفتارهایشان تأثیر می‌گذارد.

البته فراموش نکنیم که شالوده فهم ذهن دیگران حتی پیش از دوسالگی بنا می‌شود. یک مثال خوب کودک یکساله‌ای است که با انگشت به چیزی اشاره می‌کند و سعی می‌کند توجه بزرگسال را به آن جلب کند. این رفتار نشان می‌دهد کودک می‌داند ذهن بزرگسال متفاوت از ذهن اوست.

رفتار اجتماعی اولیه کودک

تنها چند دقیقه بعد از تولد، نوزادان می‌توانند حالات چهره بزرگسالان را تقلید کنند! این یعنی آن‌ها در حالی پا به دنیا می‌گذارند که آمادگی‌هایی برای تعامل اجتماعی دارند. کودک معمولاً در پنج‌ماهگی با دیدن چهره مادر یا پدر خود لبخند می‌زند. والدین از این واکنش لذت می‌برند و سعی می‌کنند تا کودک را به تکرار آن تشویق کنند.

درواقع این توانایی لبخند زدن در دوران طفولیت از آن رو در نوع ما تکامل پیدا کرده است که پیوند والد و فرزند را ارتقا داده است. کودکان در تمام چهران، بینا و نابینا، تقریباً در سن مشابهی لبخند زدن را شروع می‌کنند. این نشان می‌دهد که لبخند زدن پاسخی ذاتی است.

در سه تا چهارماهگی، نوزاد نشان می‌دهد که افراد نزدیک مقیم خانه خود را می‌شناسد و بر دیگران ترجیح می‌دهد. به این صورت که با دیدن چهره آشنای آن‌ها و یا شنیدن صدای آن‌ها، لبخند بیشتری می‌زند و غان و غون می‌کند. البته او در این سن، غریبه‌ها را نیز با خوش‌رویی نسبی پذیرا می‌شود؛ اما در حدود هفت تا هشت‌ماهگی بسیاری از کودکان با نزدیک شدن غریبه‌ها رفتاری احتیاط‌آمیز در پیش می‌گیرند یا واقعاً آشفته و معذب می‌شوند یا وقتی در محیط ناآشنا قرار می‌گیرند معذب می‌شوند. این پدیده که اضطراب غریبی^۵ نام دارد، در همه بچه‌ها دیده نمی‌شود ولی شمار بچه‌های دارای این اضطراب، از حدود هشت‌ماهگی تا یک‌سالگی فزونی می‌یابد.

ناراحتی به هنگام جدایی از والدین در چهارده تا هجده‌ماهگی به اوج خود می‌رسد و سپس به‌تدریج تا سه‌سالگی رو به افول می‌گذارد.



۵. Stranger anxiety

آیا کودک من مبتلا به اوتیسم هست؟

اختلال طیف اوتیسم^۶ (درخودماندگی) یک اختلال نورولوژیکی است که بیشتر در پسر بچه‌ها ایجاد می‌شود. بنابر جدیدترین معیارهای تشخیصی، دو معیار اساسی برای تشخیص اوتیسم وجود دارد:

۱. **مشکلات در تعاملات اجتماعی:** مشکلات تعامل اجتماعی، به‌طور پیوسته وجود دارند و طبق موارد زیر تعریف می‌شوند:

✓ مشکل در تعامل دوطرفه عاطفی- اجتماعی؛ به‌صورت ناتوانی در به اشتراک گذاشتن و یا فهم احساسات و علایق خود و دیگران و ناتوانی در شروع تعامل اجتماعی.

✓ وجود مشکل در تعاملات غیرکلامی؛ مانند مشکل در برقراری تماس چشمی و اشکال در استفاده از زبان بدن و یا درک زبان بدن دیگران.

✓ مشکل در ایجاد، حفظ و درک روابط؛ که به‌صورت طیفی از ناتوانی در تنظیم رفتار به‌صورت متناسب با شرایط اجتماعی یا مشکل در پیدا کردن دوست می‌باشد.

۲. **وجود رفتارها، علایق و فعالیت‌های تکراری و محدود که باید حداقل دو مورد از موارد زیر را شامل شود:**

✓ وجود حرکات کلیشه‌ای و تکراری؛ استفاده تکراری از اشیا و یا کلام.

✓ استفاده از رفتارهای کلامی و غیرکلامی تکراری و غیرمنعطف؛ مثلاً هرروز همان غذا را می‌خورد و یا کوچک‌ترین تغییر برایش آزاردهنده است و یا گذر از یک فعالیت به دیگر برایش دشوار است.

✓ وجود علایق محدود و ثابت؛ مثلاً اشتغال و دلبستگی بیش‌ازحد با یک شیء به‌طور غیرمعمول.

۳. **وجود بیش‌حسی یا کم‌حسی و علایق غیرمعمول حسی در محیط؛ مانند مجذوب شدن غیرعادی به بعضی نورها و رنگ‌ها.** (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مشکلات حسی به موضوع «مغزی که متفاوت احساس می‌کند!» در این شماره از نشریه مراجعه کنید).

این اختلال جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کودکی در هنگام لباس پوشیدن، به علت غیرقابل تحمل بودن لمس بافت لباس، آزرده و پرخاشگر می‌شود. مشابه این اتفاق هنگام برخورد لیف حمام با پوست کودک اتفاق می‌افتد یا بوی شامپو یا صدای سیستم تهویه حمام برایش غیرقابل تحمل است. کودکی مدام ناخن‌هایش را روی فرش می‌کشد یا به بدن خود آسیب می‌زند گویی احساسی از درد ندارد. کودکی فقط غذاهایی با بافت و مزه خاص را می‌خورد و لذا فقط تعداد محدود و تکراری از غذاها را می‌پذیرد. هنگام بازی، فعالیت‌های محدود و تکراری مانند چرخاندن تکراری چرخ‌های ماشین را انجام می‌دهد. کودک در پیدا کردن دوست و تعامل اجتماعی با دیگران مشکل دارد. کودک برنامه خواب منظمی ندارد.



۶. Self-concept

۷. Autism spectrum disorder

خود پنداره^۶:

اگر مخفیانه روی پیشانی کودک هجده‌ماهه بدون آنکه خودش متوجه شود، لکه‌ی قرمزی رسم کنید، سپس او را جلوی آینه ببرید، متوجه لکه شده و به پیشانی خود دست می‌کشد. این کار ساده نشان می‌دهد که کودک هجده‌ماهه متوجه شده است که کودکی که در آینه می‌بیند، خودش است و نیز با حالت عادی خود، فرق کرده است. قبل از این سن کودک یا دست خود را به سمت پیشانی‌اش نمی‌برد یا سعی می‌کند پیشانی کودک دیگری را که در آینه می‌بیند را پاک کند.

خود پنداره کودک به‌تدریج نمو می‌یابد و جنبه‌های مختلف «خود» را در برمی‌گیرد؛ مانند حس بدن خود در فضا و حس تداوم خود در طول زمان (من همانم که دیروز بودم). بعدها کودک حس خود به‌عنوان عضوی از اجتماع در تعامل با دیگران و حس خود در بافتار اجتماعی وسیع‌تر شامل وظایف در قبال دیگران را هم پیدا می‌کند. سرانجام همان‌طور که در بحث نظریه ذهن اشاره شد، کودک یک حس خود ایجاد می‌کند که دیگران مستقیماً به آن دسترسی ندارند.



زنگ خطر!

مادران چه مواردی را باید در نوزادان خود جدی بگیرند؟

علائم این اختلال می‌تواند در سنین پایین مشهود باشند اما معمولاً تشخیص در سنین پیش‌دبستانی رخ می‌دهد. هرچه شناسایی زنگ خطر در سنین پایین‌تر رخ دهد و اقدامات متناسب انجام گیرد، پیش‌آگهی اختلال بهتر شده و حتی احتمال اینکه کودک در سنین بالاتر، مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده شود نیز کاهش پیدا می‌کند!

● نمو حسی و اجتماعی:

کودکان با نمو سیستم‌های حسی بینایی و شنیداری، به چهره والدین خود نگاه می‌کنند، احساسات آنها را می‌فهمند و گاهی حالات چهره آنان را تقلید می‌کنند. به صداهای مختلف به‌خصوص صدای مادر خود، پاسخ می‌دهند. نوزادان، یکی از اولین ابزارهای تعاملی خود را به‌صورت لبخند زدن هنگام مشاهده والدین در حدود پنج‌ماهگی به نمایش می‌گذارند. به‌تدریج در شش الی هفت‌ماهگی به اسم خود نیز واکنش نشان می‌دهند. در این مبحث ممکن است با کودکانی مواجه شویم که: ✓ کودک به چهره والدین نگاه نمی‌کند. گویی نگاه‌های کودک سرد و گذرا است؛ کودک لبخندی ندارد، تمایلی برای تعامل با مراقب خود ندارد. تماس چشمی برقرار نمی‌کند.

✓ کودک به صداهای مختلف پاسخ نمی‌دهد یا تمایز احساسی بین صدای مادر و غریبه قائل نیست. به اسم خودش پاسخی نمی‌دهد؛ گویی تفاوتی بین اسم خود و سایر اصوات قائل نیست. این‌ها مثال‌هایی از مواردی هستند که در همان دوران اولیه کودکی، والدین را نگران می‌کنند.



● نظریه ذهن:

کودکان دچار اختلال اوتیسم، نظریه‌ای بنیادین درباره ذهن ندارند. از همین رو توانایی فهم احساس‌ها، تمایل‌ها و باورهای دیگران را ندارند. کودک درخودمانده، افراد را نیز چیزی شبیه اشیای دیگر می‌داند. ازاین‌روست که کودک اوتیسم ظاهراً علاقه‌ای به دیگران ندارد و به دنیای درونی خود پناه برده است (بارون-کوهن و ویلرایت، ۲۰۰۴).

تمپل گرندین^۸، نویسنده‌ای که علیرغم ابتلا به طیف اوتیسم (درخودماندگی)، دستاوردهای زیادی هم در زندگی خود داشته است دراین‌باره می‌نویسد: «تعاملات اجتماعی که برای اکثر افراد طبیعی به نظر می‌رسد، برای افراد طیف اوتیسم می‌تواند رعب‌آور باشد. من وقتی بچه بودم مانند جاندار بودم که هیچ غریزه‌ای راهنمایی‌ام نمی‌کرد. تنها کاری که می‌توانستم انجام دهم، یادگیری از طریق آزمون‌وخطا بود».

«وقتی بقیه همکلاسی‌ها برای گروه موزیک غش می‌کردند، من این واکنش آن‌ها را یک پدیده جالب جامعه‌شناختی می‌نامیدم. دانشمندی بودم که می‌کوشید راه و رسم بومیان را کشف کند. می‌خواستم من هم مشارکت کنم ولی نمی‌دانستم چطور باید این کار را انجام دهم» (گرندین، ۱۹۹۵، ص ۱۳۲).



AUTISM
A W A R E N E S S

.A Temple Grandin



● بازی:

کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، بازی می‌کنند؛ هرچند که بازی آن‌ها ممکن است غیر نرمال به نظر برسد. استفاده غیرمعمول از اشیا و اشتغال بیش‌ازاندازه با اشیا از همان دوران نوزادی مشهود است. استفاده غیرمعمول از اشیا شامل اکتشاف بینایی غیرمعمول، اشتغال به ویژگی‌های اشیا و عدم خلاقیت و انعطاف‌پذیری در به کار بردن آن‌ها می‌باشد.

کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، بیشتر از سن معمول (حدود دوسالگی)، به بازی‌های حسی حرکتی می‌پردازند؛ بازی‌هایی که به‌صورت حرکت دادن و تولید تحریکات حسی (مانند تکان دادن جفجغه) توصیف می‌شوند. این کودکان، دارای دوره‌های کوتاه بازی با انتخاب مکرر بازی‌های حسی حرکتی و بازی‌های عملکردی می‌باشند. بازی‌های عملکردی شامل استفاده از اشیا، آن‌گونه که شکل آن‌ها اجازه می‌دهد، می‌باشد؛ مانند جلو عقب کردن ماشین یا قطار.

اگرچه به نظر بسامد استفاده از بازی‌های عملکردی در کودکان مبتلا به طیف اوتیسم، با کودکان عادی یکسان است، اما مدت‌زمان و کیفیت این دو نوع بازی بین آن‌ها متفاوت است. کودکان طیف اوتیسم، زمان کمتری را صرف این نوع از بازی‌ها می‌کنند و بازی آن‌ها تنوع کمتری داشته و تکراری‌تر است.



World
AUTISM
Awareness Day

چه باید کرد؟

اولین نکته‌ای که باید به آن توجه کرد، این است که درصورت مشاهده هرکدام از زنگ خطرها، حتماً به فرد متخصص در این زمینه مراجعه نماییم. نکته بعدی اینکه آیا کودکان در سن معمول برای نمو مهارت موردنظرمان قرار دارد یا خیر؟ برای مثال آیا از کودک یک‌ماهه خود انتظار پاسخ دادن به نامش را داریم؟!

اما مهم‌ترین نکته این است که درصورتی‌که با هرکدام از زنگ خطرها مواجه شدیم، بدانیم گردی وجود دارد اما لزوماً گردو نیست! موارد و زنگ خطرهای اشاره‌شده، در اثر وجود مشکلات مختلفی می‌توانند ایجادشده باشند. وجود مشکلات شنوایی یکی از این موارد است که باید حتماً ارزیابی شود.

درنهایت، کاری که باید کرد، این است که کودک خود را دوست بداریم، در محیطی غنی پرورش دهیم و به نیازها و عکس‌العمل‌های وی حساس و پاسخگو باشیم، درباره والدگری و تربیت فرزندمان آموزش ببینیم و سرمایه‌گذاری کنیم!

منابع:

- زمینه روانشناسی اتکینسون و هیلگارد – ویراست شانزدهم
- دستنامه روانپزشکی بالینی کاپلان و سادوک – ویرایش ششم
- Case-Smith's Occupational Therapy for Children and Adolescents – 8th edition



مغزی که متفاوت احساس می کند!



محیا نصیراله پور | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

حواس ما پنجره‌ای به دنیای اطراف هستند. ما با کمک حواس خود محیط را کشف می‌کنیم، یاد می‌گیریم و با دیگران ارتباط برقرار می‌کنیم. اهمیت حس‌های مختلف زمانی نمایان می‌شود که تصور کنیم یکی از آن‌ها را نداریم. به‌عنوان مثال، اگر چشمی برای دیدن گل‌های زیبا، گوشی برای شنیدن آواز پرندگان، دستی برای لمس لطافت پنبه و زبانی برای چشیدن طعم غذای مادر نداشتیم، چه احساسی داشتیم؟

در این بخش به بررسی اختلال پردازش حسی^۱ (SPD) در کودکان می‌پردازیم. این اختلال زمانی رخ می‌دهد که مغز در پردازش اطلاعات حسی دچار مشکل می‌شود و باعث می‌شود کودک به برخی محرک‌ها بیش‌ازحد یا کمتر از حد معمول واکنش نشان دهد. این موضوع می‌تواند بر عملکرد روزانه، یادگیری و رفتار کودک تأثیر بگذارد.

برخلاف دانسته‌های دوران مدرسه، حواس آدمی شامل حواس پنج‌گانه (بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی و لامسه)، حس عمقی^۲ و حس تعادل^۳ هست. این دو حس به ما کمک می‌کنند تا موقعیت بدن خود را در فضا تشخیص دهیم و تعادل خود را حفظ کنیم.

رشد سیستم‌های حسی در رحم شروع می‌شود و در سرتاسر عمر ادامه پیدا می‌کند. در سال‌های اولیه کودکی این سیستم‌ها رشد زیادی دارند و یکپارچگی و پردازش حسی از طریق فعالیت‌ها، خصوصاً تجربیات حسی دوران کودکی شکل می‌گیرد، به این دلیل است که سال‌های اولیه کودکی به‌عنوان سال‌های حسی- حرکتی در نظر گرفته می‌شود و برای پیریزی عملکرد درست سیستم عصبی اهمیت حیاتی دارند.

۱. Sensory Processing Disorder

۲. Proprioception

۳. Vestibular



پردازش حسی چیست؟

پردازش حسی فرآیندی است که طی آن مغز اطلاعات حسی را از محیط و بدن دریافت، سازمان‌دهی و تفسیر می‌کند. این فرآیند به ما کمک می‌کند تا به محرک‌های محیطی پاسخ مناسب بدهیم. در کودکان مبتلا به SPD، این فرآیند دچار اختلال می‌شود و ممکن است کودک به برخی محرک‌ها بیش‌ازحد حساس (بیش حسی) یا کمتر از حد حساس (کم حسی) باشد.

- بیش حسی: کودک به محرک‌های حسی واکنش شدید نشان می‌دهد. مثلاً ممکن است از صداهای بلند یا نورهای روشن وحشت کند.
- کم حسی: کودک به محرک‌های حسی واکنش کمی نشان می‌دهد. مثلاً ممکن است متوجه درد یا گرما نشود.

البته هر فرد به‌طور متفاوتی به اطلاعات حسی پاسخ می‌دهد، زیرا سیستم عصبی هر شخص یک آستانه خاص دارد که از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بروز این تفاوت‌ها به این صورت است که ما ممکن است آستانه‌ی تحریک پایینی داشته باشیم و به‌سرعت به یک محرک پاسخ دهیم (بیش حسی) و یا برعکس، آستانه حسی بالایی داشته باشیم و دیر و به‌ندرت به ورودی‌های حسی پاسخ دهیم (کم حسی). نکته جالب این است که حواس مختلف ما هم‌زمان آستانه‌های حسی متفاوتی از هم دارند و همین‌طور ممکن است روزی آستانه تحمل بالایی برای تحمل صدای بوق ماشین‌ها داشته باشیم و روزی تحمل پایین‌تری داشته باشیم.

در اختلال پردازش حسی چه اتفاقی می‌افتد؟

ورودی‌های حسی ما از اندام‌هایی مثل چشم، گوش و پوست، مانند یک رود به سمت مغز جریان می‌یابند. در شرایط عادی، این اطلاعات به‌راحتی پردازش می‌شوند و ما می‌توانیم به آن‌ها پاسخ مناسب بدهیم؛ اما در کودکان مبتلا به اختلال پردازش حسی (SPD)، این اطلاعات در مسیر خود دچار مشکل می‌شوند. مغز را می‌توان به یک چهارراه بزرگ تشبیه کرد. در شرایط عادی، مغز مانند یک چراغ راهنمایی رانندگی عمل می‌کند و اطلاعات حسی را به‌طور منظم سازمان‌دهی می‌کند؛ اما در کودکان مبتلا به SPD این چهارراه پر از ترافیک است و چراغ راهنمایی رانندگی وجود ندارد. اطلاعات حسی از همه طرف به‌سرعت و بدون نظم وارد می‌شوند و مدیریت آن‌ها برای مغز دشوار است.

چرا کودک من به این اختلال مبتلاست؟

- در حال حاضر علت دقیق SPD هنوز مشخص نیست، اما برخی عوامل ممکن است در بروز آن نقش داشته باشند:
۱. تولد زودرس: نوزادان نارس بیشتر در معرض خطر هستند، زیرا دستگاه‌های حسی آن‌ها به‌طور کامل رشد نکرده‌اند.
 ۲. عوامل ژنتیکی: ممکن است ارتباطی بین SPD و سابقه خانوادگی وجود داشته باشد.
 ۳. کمبود تجربیات حسی در کودکی: نوزادانی که در معرض تحریکات حسی کافی نبوده‌اند، ممکن است دچار مشکلات پردازش حسی شوند.
 ۴. قرارگیری در معرض مواد مخدر یا الکل

در دوران بارداری: این عوامل می‌توانند بر رشد سیستم عصبی جنین تأثیر بگذارند.

۵. ارتباط با اختلالات دیگر: بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (حدود ۴۰٪) تشخیص ثانویه SPD نیز دارند. کودکان طیف اوتیسم نیز غالباً نشانه‌هایی از اختلال پردازش حسی دارند، به‌طوری‌که تقریباً ۷۵٪ از آن‌ها مشکلات حسی را تجربه می‌کنند. همچنین شیوع بالایی از اختلالات اضطرابی در میان کودکانی که مشکلات حسی دارند مشاهده می‌شود. با این حال، کودکانی که SPD دارند لزوماً مبتلا به اوتیسم، اختلال اضطرابی یا ADHD نیستند.

چه زمانی مشکلات حسی کودک نیاز به اقدام و مداخله دارند؟

همه‌ی ما در زندگی روزمره ترجیحات حسی خاصی داریم. برخی از ما به غذاهای ترد، تند یا تلخ علاقه‌ای نداریم، درحالی‌که دیگران از این طعم‌ها لذت می‌برند. همچنین، سلیقه ما در انتخاب لباس و دکوراسیون خانه متفاوت است؛ برخی از ما لباس‌های تیره و طراحی‌های ساده را ترجیح می‌دهیم، درحالی‌که دیگران به رنگ‌های متنوع و شلوغ علاقه‌مند هستند. زمانی این ترجیحات حسی نگران‌کننده می‌شوند که با روند عادی زندگی روزمره تداخل پیدا کنند و باعث افت عملکرد شوند. برای مثال فرض کنید کودکان به علت حساسیت حس لامسه حمام نمی‌رود، اجازه شانه کردن موها و کوتاه کردنشان را نمی‌دهد و به خاطر ظاهر نامرتبش بقیه کودکان از بازی با او امتناع می‌ورزند. تنها همین مورد در اعتمادبه‌نفس کودک بسیار تأثیرگذار است و والدین را آزرده‌خاطر می‌کند.

۶۶

بازی برای کودکان مهم‌ترین کاری است که انجام می‌دهند، در سنین بالاتر تحصیل و عملکرد مدرسه بیشتر مدنظر قرار می‌گیرد، اگر ترجیحات حسی کودک منجر به اختلال عملکرد در این حوزه‌ها و همچنین فعالیت‌های روزمره شود، باید توسط والدین جدی گرفته شود و دست به اقدام بزنند. اکنون لازم است با علائم حسی مشکل‌زا در کودکان آشنا شویم ولی توجه داشته باشیم که حتی وجود همه این علائم در کودکان نمی‌تواند دلیل کافی بر مبتلا بودن کودک به اختلال پردازش حسی باشد و همواره نظر متخصصین این حوزه اعتبار بیشتری دارد.



مشکلات و نشانه‌هایی که والدین باید جدی بگیرند!

• حس وستیبولار (تعادل):

علائم حساسیت حسی:

حرکات سفت و سختی دارند و از حرکت فرار می‌کنند.

از بازی در پارک‌ها مثل تاب‌بازی و سرسره بازی یا بازی‌های پریدنی و غلت زدن دوری می‌کنند.

داخل ماشین یا وسایل شهربازی و به‌طورکلی در حین حرکت سریع حالت تهوع می‌گیرند.

از ارتفاعات و هرگونه فعالیتی که در آن با زمین تماس نداشته باشند می‌ترسند.

از پله‌ها، پله‌برقی و آسانسور بیزارند.

علائم جست‌وجوی حسی:

حرکاتی که دیگران با انجام آن‌ها احساس سرگیجه و تهوع می‌گیرند، دوست دارند.

دائم به دنبال تکان خوردن، چرخیدن دور خود، دویدن و حرکت هستند.

حرکات ناگهانی و پرش و قرار گرفتن در ارتفاع را دوست دارند.

• حس عمقی:

علائم حساسیت حسی:

از فعالیت‌هایی که نیاز به حرکات بدنی دارند، مانند دویدن یا پریدن، اجتناب می‌کنند.

نمی‌توانند به‌درستی حرکات خود را هماهنگ کنند.

هنگام نوشتن مداد را خیلی شل می‌گیرند.

به اشیاء نیروی خیلی کمی وارد می‌کنند.

علائم جست‌وجوی حسی:

فعالیت‌های هل دادن و فشار دادن را دوست دارند.

نیروی خیلی زیادی به اشیاء وارد می‌کنند مثلاً مداد را خیلی سفت می‌گیرند.

از فشردن دست یا آغوش خوششان می‌آید.

هنگام راه رفتن پاها را به زمین می‌کوبند و دندان‌هایشان را به هم می‌فشارند.

به دیگران یا موانع محیطی برخورد می‌کنند و احتمال وجود کبودی در دست‌وپاها بسیار است.

احتمال دارد روی انگشتان پایش راه برود. (روی پنجه)

• حس لامسه:

علائم حساسیت حسی:

از فعالیت و بازی‌های کثیف کاری مثل رنگ انگشتی و چسب و گل بازی دوری می‌کنند.

از لمس غیرمنتظره و لمس سبک بیزارند و بیشتر لمس عمقی و محکم را ترجیح می‌دهند.

از شانه کردن موها و رسیدگی به آن‌ها امتناع می‌ورزند و با لباس‌های تنگ یا با جنس‌های خاص مخالفت می‌کنند

هنگام قرار گرفتن در کنار دیگران برای مثال هنگام ایستادن در صف، مضطرب می‌شوند و خود را از دیگران دور می‌کنند.

اشیاء را با نوک انگشتان کاوش می‌کنند نه با کل دست.

رژیم سخت یا غذای محدودی با بافت‌های نرم و شل را دوست دارند.

علائم جست‌وجوی حسی:

به بازی‌ها و فعالیت‌های کثیف کاری علاقه نشان می‌دهند و متوجه کثیف بودن دست و صورت خود نمی‌شوند.

متوجه بدفرم بودن لباسشان نمی‌شوند و عموماً ظاهری نامرتب دارند.

تمایل دارند به فضای شخصی دیگران ورود کنند و افراد و مواد را لمس کنند.

غذاهایی با بافت‌های سفت و ترد را ترجیح می‌دهند.

• حس شنوایی:

علائم حساسیت حسی:

از صداهای بلند و غیرمنتظره بیزارند و ممکن است مضطرب شوند و بترسند.

خیلی به سروصدای پس‌زمینه مثل گپ زدن کودکان، صدای تیک‌تاک ساعت، صدای پنکه و موتورها اهمیت می‌دهند.

در مکان‌های پر سروصدا مثل فروشگاه‌ها و غذاخوری‌ها آشفته می‌شوند و از حضور در این قبیل مکان‌ها خودداری می‌کنند.

علائم جست‌وجوی حسی:

عاشق صداها و آهنگ‌های مختلف و بلند هستند.

این‌گونه به نظر می‌رسد که نمی‌شنود و نسبت به آنچه در اطراف آن‌ها اتفاق می‌افتد غافل‌اند.

با صدای بلند با خود صحبت می‌کنند یا با بدن خود یا اشیاء سروصدا ایجاد می‌کنند.

ممکن است حتی در یک محیط آرام به صداها پاسخ ندهند.

• حس بینایی:

علائم حساسیت حسی:

از چراغ‌ها و نور خورشید خوششان نمی‌آید.

در مهارت‌های نوشتاری مثل کپی کردن و نوشتن روی یک خط صاف دچار مشکل می‌شوند.

در محیط‌های پر از محرک بینایی مثل فروشگاه‌ها، خیابان و... حواسشان پرت می‌شود و آشفته می‌شوند.

ترجیح می‌دهند در محیط‌های کم‌نور یا تاریک کار کنند.

علائم جست‌وجوی حسی:

دنبال چراغ‌های روشن، آفتاب و محیط‌های پرنور هستند.

از مکان‌هایی با محرک‌های بینایی زیاد لذت می‌برند.

به رنگ‌های روشن علاقه غیرطبیعی نشان می‌دهند.

• حس چشایی و بویایی:

علائم حساسیت حسی:

از بعضی مزه‌ها و بوهای خاصی که بخشی از برنامه غذایی رایج و مرسوم کودکان هستند، اجتناب می‌کنند.

واکنش شدیدی به بوها و غذاها و ادویه‌های معمول می‌دهند، مثلاً آشفته می‌شوند، احساس

تهوع و سردرد می‌گیرند.

نسبت به جزئیات حساس هستند یعنی هرگونه تغییر در بو یا طعم را سریع متوجه می‌شوند.

علائم جست‌وجوی حسی:

به‌طور مداوم اشیاء غیرخوراکی را بو می‌کند.

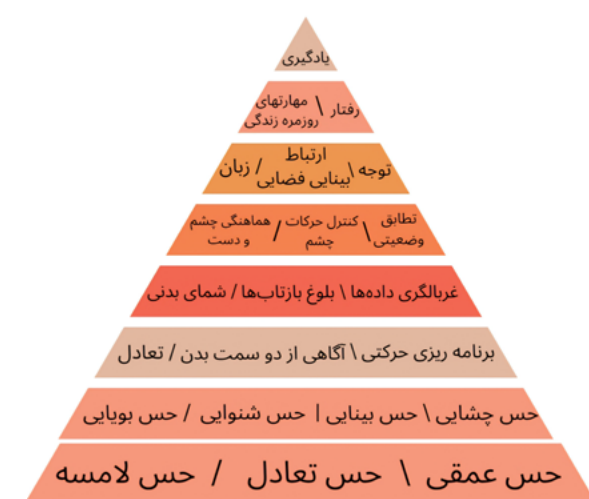
به نظر می‌رسد بوهای خاص مثل عطرها غلیظ و حتی بوهای ناخوشایند را متوجه نمی‌شود.



اهمیت پیگیری و مداخله:

مفهومی به اسم هرم یادگیری

اساس و پایه هرم یادگیری را سیستم عصبی و حواس ما تشکیل می‌دهد. اگر این هرم را مثل یک ساختمان در نظر بگیریم، وقتی پایه این سازه درست و محکم نباشد و یکپارچگی حواس مناسب نباشد، بقیه طبقات این ساختمان هم سست خواهد بود و هرآن احتمال فروریختن آن‌ها وجود دارد. بنابراین روشن است که چرا کودکان مبتلابه اختلال پردازش حسی در یادگیری، انجام فعالیت‌های روزمره، بروز رفتار مناسب در هر محیط، زبان و گفتار و مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف مشکل دارند. البته اختلال پردازش حسی منجر به مشکلات دیگری نیز می‌شود. برای مثال کودک در فعالیت‌های روزمره‌ای که همسالانش به‌سادگی انجام می‌دهند، پی‌درپی شکست می‌خورد، احساس ناامیدی می‌کند و از انجام فعالیت‌ها دست می‌کشد. درنهایت فرصت کسب تجارب مهمی مثل بازی با همسالان را از دست خواهد داد.



سیستم عصبی مرکزی

دغدغه مهم والدین: راهکار چیست!

اولین اقدام والدین در صورت مشاهده علائم ذکرشده در کودک خود، باید مراجعه به یک کاردرمانگر کودک باشد. کاردرمانگر با انجام مصاحبه‌ای جامع با والدین درباره حالت‌ها و رفتارهای کودک، تست‌های ارزیابی و مشاهده‌ی مستقیم کودک، مشکلات موجود را شناسایی می‌کند.

مداخلات رایجی که کاردرمانگر برای این کودکان انجام می‌دهد؛ رویکرد یکپارچگی حسی، رژیم‌های حسی و ارتقای مهارت‌های کاری کودک است.

والدین نقش مهمی در کاهش علائم این کودکان دارند؛ زیرا حتی اگر کاردرمانگر مداخلات درستی به کار گیرد، عدم تناسب محیط خانه با مشکلات حسی کودک می‌تواند باعث اختلال در روند درمان شود. به خاطر اهمیت این موضوع، کاردرمانگر با والدین در این زمینه مشورت می‌کند و پیشنهادهایی برای تغییر محیط زندگی کودک ارائه می‌دهد.

رژیم‌های حسی مختلفی توسط کاردرمانگر به والدین معرفی می‌شود که اجرای آن‌ها می‌تواند به بهبود عملکرد کودک کمک کند. به‌عنوان مثال، انجام یکسری تمرینات، استفاده از موسیقی‌های آرامش‌بخش، عطرها یا اسانس‌های طبیعی و ماساژ می‌تواند مفید باشد.



سخن آخر با والدین صبور:

اختلال پردازش حسی مانند کوه یخی است که تنها بخشی از آن نمایان است. شما ممکن است فقط بدخلقی و آشفتگی کودک را ببینید، اما درواقع صداها مشکل دیگر در زیر سطح آب وجود دارد. به‌عنوان والد، باید بدانید که کودک شما بیمار نیست؛ بلکه او فقط با دیگران متفاوت است. لطفاً مشکلات حسی او را درک کنید و از اصرار بر فعالیت‌هایی مانند بازی با دیگر کودکان، خوردن غذاهای خاص یا استفاده از وسایل خاص پرهیز کنید؛ زیرا این فشارها می‌تواند اضطراب او را افزایش دهد.

همان‌طور که در قسمت علائم اشاره شد، این کودکان یکسری رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که شاید در نظر افرادی که با مشکل او آشنا نیستند، بسیار عجیب و حتی گاهی اوقات گستاخانه باشد. در این صورت والدین باید مربیان، معلمان و سایر افراد را از مشکل کودک آگاه کنند.

در آخر توصیه می‌شود به این نکته مهم توجه کنید: مطمئناً وقتی شما مشکل فرزندتان را بفهمید، به دنبال راه‌حل در سایت‌ها، رسانه‌ها و فضای مجازی خواهید گشت، اما توجه داشته باشید که هیچ نسخه ثابتی برای این اختلال وجود ندارد. هر کودک مبتلابه اختلال پردازش حسی منحصر به فرد است و فعالیتی که برای یک کودک مؤثر باشد، ممکن است برای دیگری آسیب‌زا باشد. بنابراین، با مشورت کاردرمانگر فعالیت‌های حسی شخصی‌سازی شده برای کودک خود دریافت کنید و جزئیات تمرین‌های خانگی را از او بی‌پرسید.

معرفی یک کتاب خوب برای والدین:

کتاب «**من عجیب و غریب نیستم، اختلال پردازش حسی دارم**» اثر چینا تی. لرد است، او با الهام از دختر خود که به این اختلال مبتلاست این کتاب را نگاشته است. خواندن این کتاب برای والدین به‌شدت توصیه می‌شود زیرا در درک احساسات و رفتار کودکان بسیار مؤثر است و همچنین به کودکان کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه علائم اختلالشان را به دیگران توضیح دهند. این کتاب همچنین می‌تواند به همسالان آن‌ها در درک مسائل این کودکان کمک کند و راهنمای درمانگران، معلمان و مشاوران برای تشخیص ابتدایی علائم و نشانه‌های این اختلال باشد. نویسنده همچنین پیشنهادهایی در زمینه فعالیت‌هایی که معلمان و مراقبان می‌توانند با این کودکان انجام دهند، ارائه داده است.

بخش‌هایی از کتاب:

«زمانی که به دنیا آمدم، همه چیزهای دوروبرم را دوست داشتم. عاشق نگاه کردن به چهره مادر و پدرم بودم، صدایشان را دوست داشتم، هنگامی که نیاز داشتم دستانشان را به دورم حلقه می‌کردند، من عاشق این احساس بودم؛ اما با بزرگ‌تر شدن من همه چیز تغییر کرد. اشیاء ترسناک شدند؛ آن‌قدر ترسناک که من فریاد می‌زدم. ناامید بودم چون هیچ‌کس این اشیای ترسناک را مانند من احساس نمی‌کرد و این اتفاق مرا ناراحت می‌کرد. صداها، حتی اتفاق پدرم را ناراحت می‌کرد چون صدای او گوش‌هایم را خیلی آزار می‌داد و به پدرم اجازه نمی‌دادم با من صحبت کند. هر وقت صداها بلند می‌شدند، گوش‌هایم را با دستانم می‌پوشاندم و آن‌قدر فریاد می‌زدم تا صداها متوقف شوند.»



منابع:

-نوید میرزاخانی، مرجان شهبازی،
فائزه دهقان. اختلال پردازش حسی؛
۱۳۹۵

Tara Delaney. Sensory processing-disorder answer book; 2008

Jill Jenkinson, Tessa Hyde, Safia-Ahmad. Building Blocks for learning occupational therapy Approaches; 2008

هنر ارتباط:

چگونه تصویر می‌تواند جایگزین زبان شود؟

مهم‌سای منافی | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

معصومه اقدمی | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

در دنیای امروز که ارتباطات حرف اول را می‌زند، ممکن است برای افرادی که مشکلات رشدی، زبانی و گفتاری دارند، برقراری ارتباط چالش‌برانگیز باشد؛ اما آیا راهی وجود دارد که این افراد نیز بتوانند به‌طور مؤثر ارتباط برقرار کرده و احساسات و خواسته‌هایشان را بیان کنند؟ در ادامه، به بررسی روشی پرداخته می‌شود که به کمک آن می‌توان شکاف‌های ارتباطی را پر کرد و به این افراد امکان تعامل مؤثرتر با دنیای اطرافشان را داد.



روش پیش رو یک سیستم ارتباطی تقویتی و جایگزین هست که در ابتدا برای کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم طراحی شد، به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از تصاویر یا نمادها، خواسته‌ها، نیازها و افکار خود را بدون نیاز به زبان گفتاری بیان کنند. این سیستم بر اساس مراحل ساختاریافته‌ای طراحی شده است که به تدریج از تبادل ساده تصاویر آغاز می‌شود و به سمت ساخت جملات پیچیده‌تر و تعاملات اجتماعی پیشرفته‌تر حرکت می‌کند. هدف اصلی آن افزایش استقلال در ارتباط و تقویت مهارت‌های اجتماعی و زبانی است. جالب اینجاست که این روش فقط برای کودکان نیست و می‌تواند برای بزرگسالان و افراد با نیازهای خاص نیز مفید باشد. سیستم ارتباطی تبادل تصویر ' (PECS)، یکی از مؤثرترین روش‌ها در این زمینه است و به‌طور خاص در محیط‌های درمانی و آموزشی برای افراد با مشکلات ارتباطی به کار می‌رود.

این روش ارتباطی بر اساس تقویت مثبت و شکل‌دهی رفتار^۱ (ABA) است که نشان می‌دهد اگر یک رفتار منجر به چیزی شود که شخص می‌خواهد، آنگاه رفتار را تکرار می‌کند. اگر در نتیجه این رفتار، هیچ پاداشی ارائه نشود، احتمال وقوع مجدد آن کمتر است. کاربردهای اصلی PECS شامل تسهیل ارتباط غیرکلامی، تقویت مهارت‌های اجتماعی، کاهش ناامیدی و رفتارهای چالش‌برانگیز، حمایت از رشد زبان و گفتار، افزایش استقلال فردی و قابلیت استفاده در محیط‌های مختلف می‌باشد.

۱. Picture Exchange Communication System

۲. Applied Behavior Analysis

برای دستیابی به نتایج مؤثر در استفاده از سیستم ارتباطی تبادل تصویر، این سیستم به شش فاز ساختاریافته تقسیم شده است. هر فاز به‌طور خاص برای ارتقاء مهارت‌های ارتباطی فرد طراحی شده و او را از مراحل ابتدایی ارتباط ساده به تعاملات پیچیده‌تر هدایت می‌کند؛

۱. تبادل فیزیکی (Physical Exchange): درمانگر یک وسیله جذاب را نشان می‌دهد. وقتی فرد تصویر مربوط به آن را نشان می‌دهد، درمانگر وسیله را به او می‌دهد. در نتیجه فرد یاد می‌گیرد که چگونه یک تصویر را بردارد و آن را به دست درمانگر بدهد تا یک وسیله یا فعالیت موردنظر را دریافت کند.

۲. افزایش فاصله و پایداری (Increasing Distance & Resistance): تصویر و وسیله موردنظر در فاصله بیشتری از فرد قرار می‌گیرند و فرد باید برای رسیدن به آن‌ها، تلاش کند. در نتیجه یاد می‌گیرد که برای برقراری ارتباط فاصله بیشتری طی کند و مقاومت بیشتری نشان دهد.

۳. تمایز بین تصاویر (Picture Discrimination): چندین تصویر در مقابل فرد قرار می‌گیرد و او باید تصویر مربوط به وسیله یا فعالیت موردنظر را انتخاب کند. در نتیجه فرد یاد می‌گیرد بین تصاویر مختلف تمایز قائل شود و تصویر صحیح را برای درخواست وسیله یا فعالیت موردنظر انتخاب کند.

۴. ساخت جمله (Sentence Structure): (PECS)، در کنار دانش و مهارت‌های ارزشمند فرد از یک نوار جمله‌سازی استفاده می‌کند و تصاویر را به ترتیب صحیح قرار می‌دهد تا جمله‌ای مانند «من... می‌خواهم بسازم»، در نتیجه فرد می‌آموزد که چگونه از یک جمله ساده با استفاده از تصاویر برای درخواست چیزی استفاده کند.

۵. پاسخ به سؤالات (Responding to Questions): درمانگر سؤالاتی مانند «چه چیزی می‌خواهی؟» می‌پرسد و فرد با استفاده از تصاویر پاسخ می‌دهد. در نتیجه این فرایند، فرد می‌آموزد چگونه به سؤالات ساده پاسخ دهد.

۶. اظهار نظر (Commenting): فرد از تصاویر برای بیان چیزهایی مانند «من... می‌بینم»، «من... بو می‌کنم» استفاده می‌کند. در نتیجه، یاد می‌گیرد که چگونه از تصاویر برای اظهار نظر در مورد محیط اطراف خود استفاده کند.

این مراحل به تدریج و با توجه به پیشرفت فرد آموزش داده می‌شود. این مراحل بسته به نیازها و توانایی‌های فرد، ممکن است از چند هفته تا چند ماه طول بکشد تا فرد بتواند به‌طور مؤثر از این سیستم استفاده کند. عوامل مؤثر در مدت‌زمان آموزش شامل سن و سطح رشد فرد، سطح توانایی‌های ارتباطی، تکرار و تمرین و حمایت محیطی می‌باشد. باید بدانیم که سیستم ارتباطی تبادل تصویر

منابع:
Bondy, A., & Frost, L. (1994). The Picture Exchange Communication System. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities
<https://pecsusa.com>
<https://raisingchildren.net.au/autism/therapies-guide/pecs>
<https://www.growandtelltherapy.com.au/blog/what-is-pecs-picture-exchange-communication-system>
<https://childdevelopment.com.au/areas-of-concern/using-speech/picture-exchange-communication-systems-pecs>



معرفی فیلم و سریال

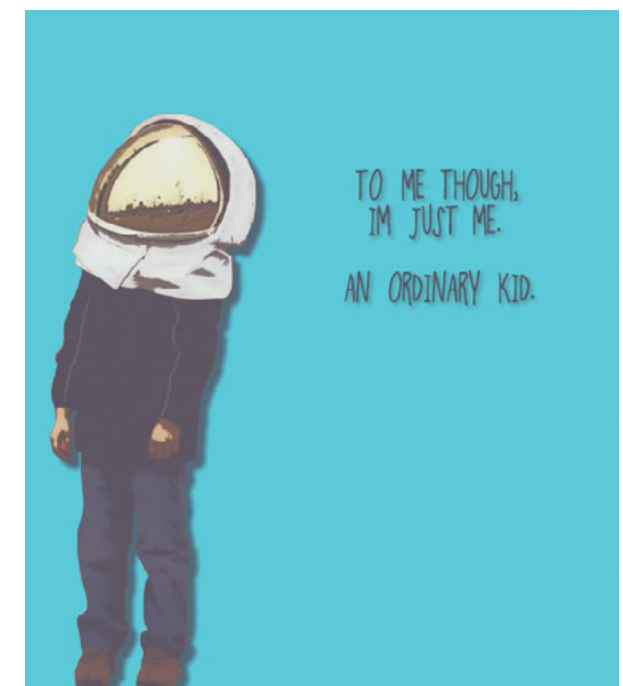
WONDER

◀ امیر بناری | دانشجوی سال آخر کاردرمانی

فیلم WONDER (عجوبه)

- سال ساخت: ۲۰۱۷ آمریکا
- ژانر: کمدی-درام
- کارگردان: استیون شباستی
- بازیگران: جیکوب ترمبلی، جولیا رابرتس، اوون ویلسون، نوآ چوپ، مندی پتینکین و ایزابلا ویدوویچ

داستان فیلم درباره پسر بچه‌ای بنام آگوست پولن است که به سندرم تریچر کالینز (Treacher Collins syndrome) مبتلاست و باعث شده تا او زندگی و مشکلات بسیار متفاوتی نسبت به بچه‌های هم‌سن خود داشته باشد. یک بیماری نادر اتوزوم غالب که با بدشکلی‌های مجسمه‌ای-صورتی مثل وجود نداشتن استخوان‌های گونه همراه است. سندرم تریچر کالینز ۱ در هر ۵۰۰۰ تولد یافت می‌شود؛ خصوصیت‌های فیزیکی رایج آن عبارت‌اند از: چشم‌هایی که به پایین نگاه می‌کنند، میکروگانتیا (فک پایین کوچک)، نداشتن حس شنوایی، زایگوما



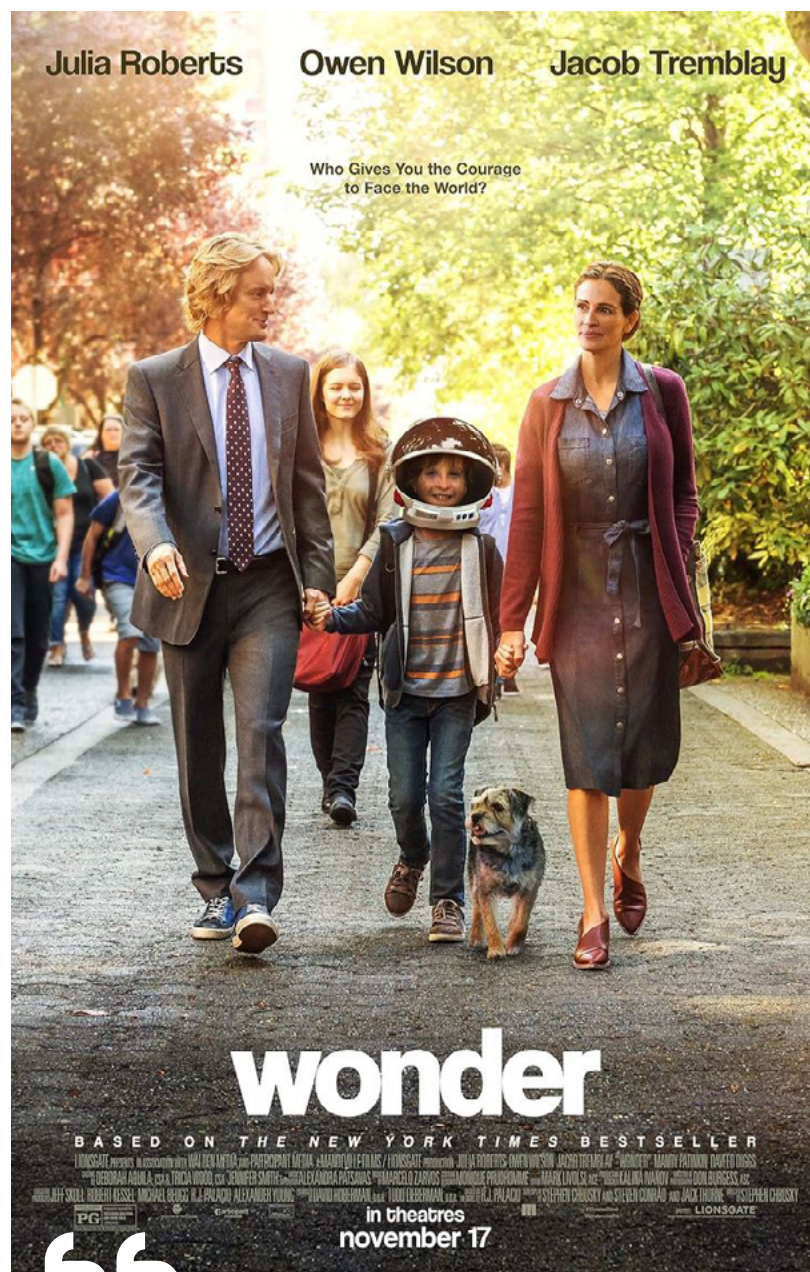
تصور کنید در جسم شخصی هستید که هر بار قدم در جمعی می‌گذارید، نگاه‌های خیره، پیچ‌پیچ‌ها و قضاوت‌های دیگران را نسبت به خودتان می‌بینید. دنیایی که ساده‌ترین تعاملات اجتماعی به چالشی نفس‌گیر تبدیل می‌شود و هر لبخند ناشناخته ترسی از طرد شدن را در دل شما زنده می‌کند. آگوست پولن، شخصیت اصلی فیلم Wonder با چنین واقعیتی هر روز دست‌وپنجه نرم می‌کند؛ اما این فیلم تنها یک درام خانوادگی احساسی نیست بلکه پنجره‌ای است ارزشمند به دنیای افرادی که با تفاوت‌های ظاهری یا جسمی در دنیای بی‌رحم آدم‌ها زندگی می‌کنند.

(استخوان گونه) غیر تکامل‌یافته، افتادگی بخش جانبی پلک‌های پایین و گوش‌های بدشکل یا عدم وجود گوش.

فیلم‌نامه این فیلم توسط جک تورن، استیو کونارد و شباستی بر پایه رمانی به همین نام اثر آر. جی. پالاسیو نوشته‌شده است. او هر موقع که در کوچه و خیابان همراه خانواده‌اش می‌رود، با کلاه فضانوردان از خانه بیرون می‌رود تا کسی چهره وی را نبیند. مشکلات و دغدغه اصلی خانواده از آنجایی شروع می‌شود که پدر و مادر آگی تصمیم می‌گیرند که وی را به مدرسه بفرستند و محوریت فیلم در مورد این موضوع است. فیلم سعی می‌کند که پروسه ورود کودک به جامعه و چالش‌ها و راهکارهای آن را نشان دهد. چیزی که در این زمینه خیلی مهم و کلیدی است، نقش معلمان و مدیران مدرسه به‌عنوان کسانی است که وظیفه حل کردن مشکلات آگی را با همکلاسی‌هایش و سایر دانش‌آموزان مدرسه دارند. (اما فیلم آن‌طور که باید، به معلم و مدیر مدرسه نمی‌پردازد!)

یکی از چیزهایی که به آگی در کنار آمدن با مشکلات کمک می‌کند، وجود خانواده‌ای بسیار حامی و دلسوز است که در همه ابعاد از او حمایت می‌کنند؛ پدری که به آگی، شجاعت، جسارت و ترس بودن را یاد می‌دهد و سعی می‌کند این ویژگی‌ها را در وی تقویت کند و مادری که با عشق و محبت مادرانه‌اش، سعی می‌کند در مواقعی که آگی ناراحت است، با او همدردی کرده و او را آرام کند؛ اما در اینجا، شاهد مشکلی هستیم که عموماً در خانواده‌هایی که بیش از یک فرزند دارند و در این میان یکی از فرزندان آن‌ها از مشکل خاصی رنج می‌برد، وجود دارد که آن، غفلت از سایر فرزندان است. خواهر آگی، شدت احساس تنهایی می‌کند چون تمام توجه خانواده، معطوف به آگی شده است.

به‌صورت کلی، فیلم، سعی می‌کند که چالش‌ها و مشکلات زندگی خانواده‌هایی را که فرزندى با مشکلات و نیازهای خاص دارند را به تصویر بکشد و شرح دهد که در بطن این قضیه، مشکلاتی است که خود کودک با آن دست‌وپنجه نرم می‌کند و در این امر هم تا حدودی موفق عمل می‌کند. تماشای این فیلم برای تیم توان‌بخشی و ... خارج از لطف نیست. این فیلم می‌تواند مشکلات و چالش‌های کودکان و خانواده‌ها را از نزدیک به نمایش بگذارد.



WONDER

معرفی فیلم و سریال

FEAR OF RAIN

کوثر مختاری | دانشجوی سال اول کاردرمانی

فیلم Fear of Rain (ترس از رین)

- سال ساخت: ۲۰۲۰ آمریکا
- ژانر: درام، ترسناک
- کارگردان: کاستیلا لدون
- بازیگران: مدیسون آیزمن در نقش رین بورو، کاترین هیگل، هری کانیک

جونپور ، اسرائیل بروسارد، یوجینی بوندورانت

یک لحظه چشمانتان را ببندید و تصور کنید که ذهنتان به شما خیانت می‌کند. هر بار که باران می‌بارد، صداهایی می‌شنوید که وجود ندارند. چهره‌های آشنا ناگهان شکل عجیبی به خود می‌گیرند و شما هیچ‌گاه نمی‌توانید مطمئن باشید که آنچه می‌بینید واقعی است یا محصول توهمات ذهنتان. این دنیای روزمره رین، شخصیت اصلی فیلم FEAR OF RAIN است.

فیلمی در ژانر درام و ترسناک به کارگردانی و نویسندگی کاستیل لاندون که در سال ۲۰۲۱ منتشر شد. داستان فیلم درباره دختری نوجوان به نام رین است که با اسکیزوفرنی زندگی می‌کند و دچار توهمات ترسناکی می‌شود. این دختر به دلیل

بیماری‌اش در محیط جامعه و مدرسه دچار مشکلات فراوانی می‌شود، دوستانش را از دست می‌دهد. او به‌شدت از این موضوع رنج می‌برد تا اینکه با پسری به نام کالب آشنا می‌شود ولی خانواده‌اش فکر می‌کنند دوست جدیدش واقعی نیست و توهم است. در بخشی از فیلم او به این باور می‌رسد که همسایه‌اش کودکی را ربوده است، اما به دلیل بیماری‌اش، نمی‌تواند بین واقعیت و توهم تمایز قائل شود. حتی روان‌درمانگری که همیشه با او در ارتباط هست هم به حرف او شک می‌کند. فیلم تلاش می‌کند تا تصویری واقع‌گرایانه از چالش‌های زندگی با اسکیزوفرنی ارائه دهد و نشان دهد که چگونه این بیماری می‌تواند بر درک فرد از واقعیت



FEAR OF RAIN

2021

GENRE: THRILLER/ DRAMA



تأثیر بگذارد. سازندگان فیلم تلاش کرده‌اند به نقش خانواده ، اطرافیان و جامعه در زندگی چنین فردی اشاره می‌کند.

علی‌رغم برخی انتقادات از این فیلم، برخی تماشاگران هم فیلم را به‌عنوان یک تریلر نوجوانانه با بازی‌های قوی و داستانی پیچیده تحسین کرده‌اند. درمجموع، «ترس از رین» تلاشی برای نمایش چالش‌های زندگی با اسکیزوفرنی است که واکنش‌های متفاوتی از سوی منتقدان و تماشاگران دریافت کرده است. اگر با مراجعینی سروکار دارید که از هذیان و توهم رنج می‌برند یا به فیلم‌هایی با موضوع بیماری‌های روانی و تأثیر آن‌ها بر درک واقعیت علاقه‌مند هستید، ممکن است این فیلم برایتان جذاب باشد.

نقش کاردرمانی در توان بخشی اسکیزوفرنی:

کاردرمانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مداخلات توان بخشی، نقش حیاتی در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ایفا می‌کند، و نقش کلیدی در مدیریت این بیماری دارد.

این افراد معمولاً در انجام فعالیت‌های روزمره، تعاملات اجتماعی و مدیریت زندگی مستقل دچار مشکل می‌شوند و کاردرمانگران با استفاده از تکنیک‌های تخصصی به آن‌ها کمک می‌کنند تا مهارت‌های اساسی را دوباره بیاموزند و تمرین کنند. در حوزه شناختی، تمرین‌های ذهنی برای بهبود تمرکز، حافظه و تصمیم‌گیری استفاده می‌شود. در حوزه اجتماعی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، مدیریت استرس و کاهش انزوا انجام می‌شود. کاردرمانگران به بیماران کمک می‌کنند تا مهارت‌های شغلی و روزمره مانند خرید کردن، برنامه‌ریزی، مدیریت مالی و انجام کارهای خانه را توسعه دهند. این رویکرد، به استقلال بیماران کمک می‌کند و میزان بستری شدن آن‌ها را کاهش داده و کیفیت زندگی‌شان را بهبود می‌بخشد.

این مداخلات نه‌تنها وابستگی بیماران به دیگران را کاهش می‌دهد، بلکه به آن‌ها کمک می‌کند تا سطحی از استقلال و کیفیت زندگی پایدار را تجربه کنند. درواقع، کاردرمانی پلی میان درمان پزشکی و بازگشت بیمار به زندگی طبیعی است، جایی که فرد بتواند تا حد امکان با جامعه ارتباط داشته باشد و نقش فعالی ایفا کند.



Fear of Rain 2021

genre THRILLER, DRAMA

directed by CASTILLE LANDON

starring MADISON ISEMAN
ISREAL BROUSSARD

FEAR OF RAIN

از درد تا حرکت:

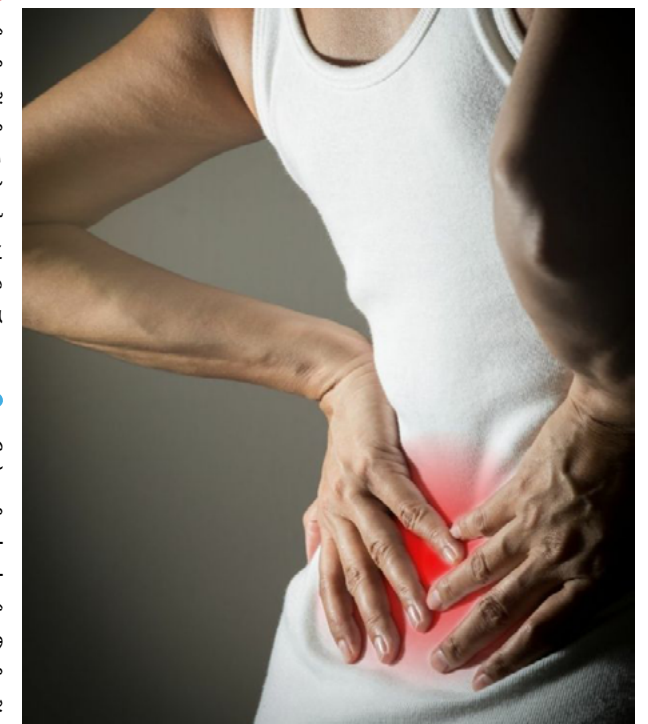
آشنایی با خدمات کاردرمانی در مدیریت درد سیاتیک

◀ نیما کریمی | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

◀ سیاوش ایزدینیا | دانشجوی سال سوم کاردرمانی

یک درد آشنا!

اگر تا به حال دردی تیرکشنده از کمر تا پشت ران و ساق پا را تجربه کرده‌اید، احتمالاً درد سیاتیک را از نزدیک لمس کرده‌اید! این درد ناشی از تحت فشار قرار گرفتن **عصب سیاتیک**، بزرگ‌ترین و طولانی‌ترین عصب نخاعی در بدن که از ریشه‌های عصبی L۴ تا S۳ منشا می‌گیرد. قطعاً این نوع درد می‌تواند فعالیت‌های روزمره را مختل کند و کیفیت زندگی را کاهش دهد. کاردرمانی راهی مؤثر برای تسکین درد و بازگرداندن عملکرد است.



⚠️ علائم هشدار دهنده سیاتیک:

درد تیرکشنده، سوزشی یا تیز که از پایین کمر یا باسن به پشت یک پا منتشر می‌شود. این درد بسته به محل فشردگی یا تحریک عصب می‌تواند تا پا و انگشتان پا نیز گسترش یابد. همراه با این درد منتشر، افراد ممکن است بی‌حسی^۲ یا احساس سوزن سوزن^۳ شدن، ضعف یا مشکل در حرکت پای آسیب‌دیده و افزایش ناراحتی با حرکاتی مانند سرفه، عطسه یا نشستن طولانی مدت را تجربه کنند. اگرچه سیاتیک معمولاً فقط یک طرف بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در موارد نادر هر دو پا ممکن است درگیر شوند. شدت علائم می‌تواند به طور گسترده‌ای متفاوت باشد، از ناراحتی خفیف تا درد ناتوان‌کننده که فعالیت‌های روزمره را به شدت مختل می‌کند.

چرا علائم سیاتیک بروز پیدا می‌کنند؟

همانطور که اشاره شد درد سیاتیک به دلیل فشار روی عصب سیاتیک ایجاد می‌شود؛ اما این فشار می‌تواند ناشی از عوامل متعددی باشد. هر کدام از موارد، بسته به میزان شدت و درگیری می‌توانند سبب بروز علائم سیاتیک در فرد شوند؛ مانند:

۱. دیسک کمر (شایع ترین علت)
۲. آرتروز ستون فقرات^۴
۳. سندروم پیریفورمیس^۵ (گرفتگی عضله پیریفورمیس در لگن)
۴. آسیب‌ها یا ضربه‌ها به ناحیه کمر یا لگن
۵. وضعیت‌های نادر مانند تومورهای نخاعی
۶. نشستن طولانی مدت

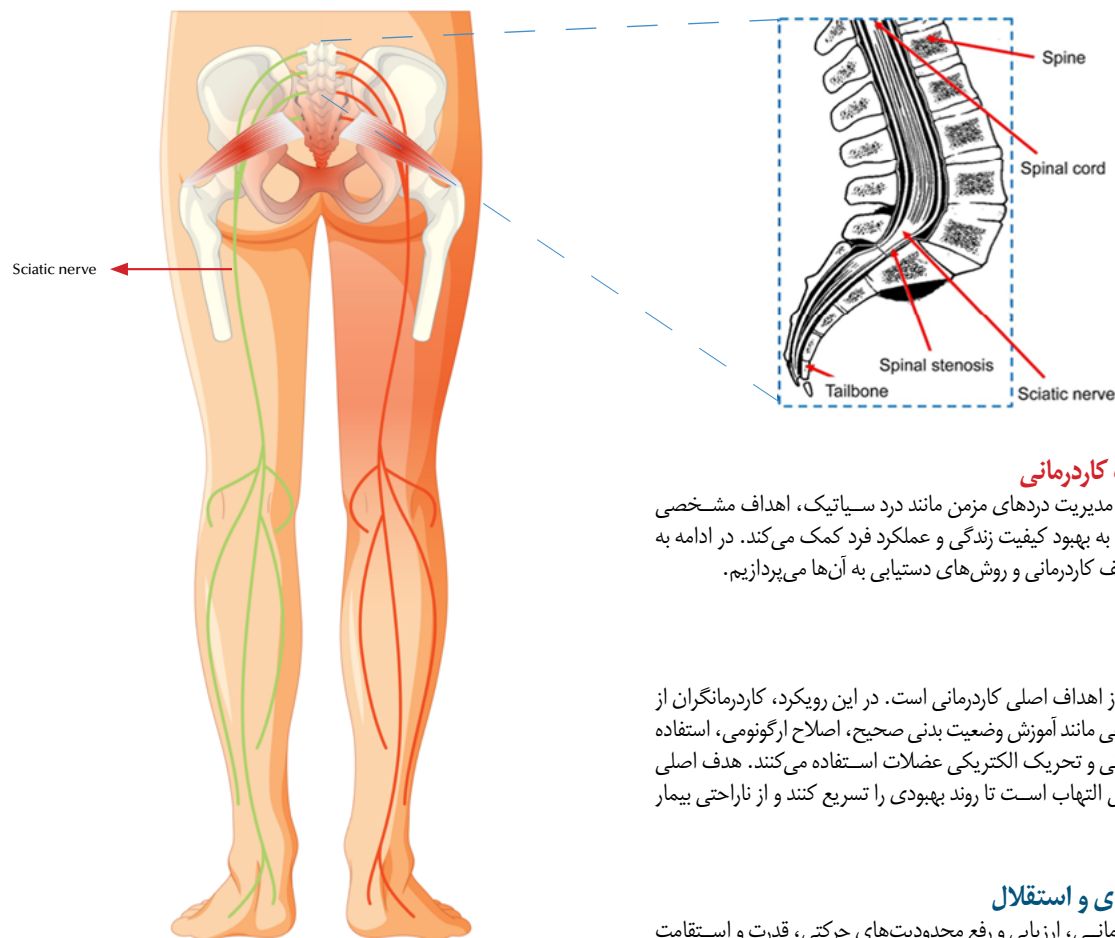
📌 سیاتیک و درمان‌های مرسوم:

درمان‌های رایج سیاتیک شامل داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی^۱، تزریق کورتیکواستروئیدها یا جراحی (مانند میکرودیسکتومی^۷) است. اگرچه این روش‌ها ممکن است تسکین موقتی ایجاد کنند، اما معایب قابل توجهی دارند:

- **داروها:** عوارض جانبی مانند مشکلات گوارشی یا وابستگی به مسکن‌های قوی.
 - **جراحی:** هزینه بالا، دوره بهبودی طولانی و خطر افزایش علائم (تا ۴۰٪ موارد)
- همچنین یکی از معایب بزرگ این درمان‌ها، عدم تمرکز بر علت اصلی وقوع درد و به اصطلاح فقط درمان علائم است که برای مدتی موجب بهبود شرایط فرد می‌شوند، اما همچنان به دلیل وجود عوامل زمینه‌ای مانند وضعیت‌های نادرست بدن و ضعف عضلانی امکان بازگشت دوباره علائم وجود دارد.

۵. Piriformis syndrome
۶. NSAIDs
۷. Microdiscectomy: A common surgery for sciatica caused by herniated discs.

۱. Sciatic nerve
۲. Numbness
۳. Tingling
۴. Spinal osteoarthritis



اهداف مختلف کاردرمانی

در کاردرمانی برای مدیریت دردهای مزمن مانند درد سیاتیک، اهداف مشخصی دنبال می‌شود که به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد فرد کمک می‌کند. در ادامه به شرح اهداف مختلف کاردرمانی و روش‌های دستیابی به آن‌ها می‌پردازیم.

مدیریت درد

مدیریت درد یکی از اهداف اصلی کاردرمانی است. در این رویکرد، کاردرمانگران از تکنیک‌های مختلفی مانند آموزش وضعیت بدنی صحیح، اصلاح ارگونومی، استفاده از گرما و سرمادرمانی و تحریک الکتریکی عضلات استفاده می‌کنند. هدف اصلی این روش‌ها کاهش التهاب است تا روند بهبودی را تسریع کنند و از ناراحتی بیمار بکاهند.

تحرك عملکردی و استقلال

هدف دیگر کاردرمانی، ارزیابی و رفع محدودیت‌های حرکتی، قدرت و استقامت است. کاردرمانگران با انجام ارزیابی‌های دقیق به بیمار کمک می‌کنند تا در فعالیت‌های روزمره مانند پوشیدن لباس، حمام کردن، آشپزی و انجام کارهای خانه به استقلال دست یابد.

تطبيق ارگونومیک

در این بخش، هدف کاردرمانی ارزیابی محیط‌های کاری و خانگی برای شناسایی عواملی است که می‌تواند باعث تشدید علائم سیاتیک شوند. کاردرمانگران توصیه‌هایی برای اصلاحات ارگونومیک مانند تنظیم صندلی، میز کار و استفاده از دستگاه‌های کمکی به منظور کاهش فشار بر عصب سیاتیک ارائه می‌دهند.

آموزش و خودمراقبتی

این هدف به توانمندسازی افراد در مدیریت بهتر وضعیت بدنی خود و پیشگیری از افزایش بروز علائم درد کمک می‌کند. کاردرمانگران به بیماران آموزش می‌دهند که چگونه وضعیت بدن خود را به درستی حفظ کنند، از استرس بکاهند و تغییرات سبک زندگی مفیدی را در پیش بگیرند.

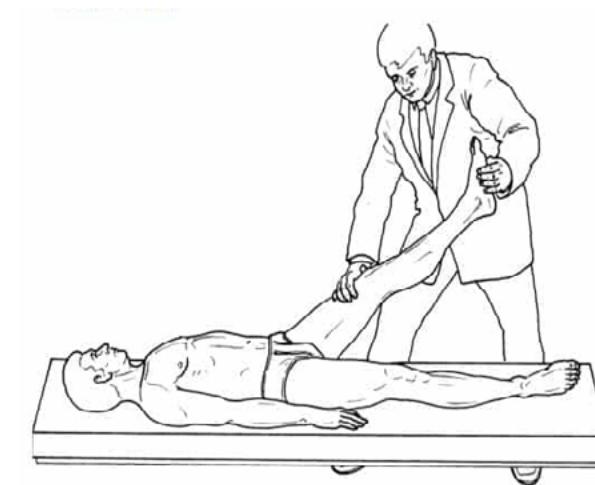
حمایت روانی-اجتماعی

کاردرمانگران علاوه بر درمان جسمی، به حمایت روانی بیماران نیز توجه دارند. این بخش شامل ارائه استراتژی‌های مقابله‌ای، تکنیک‌های مدیریت استرس و حمایت‌های اجتماعی برای افزایش کیفیت زندگی و بهبود رفاه عمومی است.



کاردرمانی: راهکاری جامع برای مدیریت درد سیاتیک

کاردرمانی با تمرکز بر بهبود عملکرد روزمره و کاهش محدودیت‌های فیزیکی، جایگزینی امیدوارکننده برای روش‌های تهاجمی است. این رویکرد شامل دو مرحله کلیدی است. ارزیابی جهت تعیین برنامه شخصی و سپس انجام مداخلات لازم می‌باشد. در ادامه با این دو مرحله آشنا خواهیم شد:



● ارزیابی جامع

کاردرمانگران ابتدا با بررسی دقیق سوابق پزشکی، آزمایش‌های تشخیصی (مانند MRI یا EMG) معاینات فیزیکی (مانند تست SLR یا اسلامپ)، علل زمینه‌ای علت دقیق درد را شناسایی می‌کنند. این مرحله پایه‌ای برای طراحی برنامه درمانی شخصی‌سازی شده است.

● انواع مداخلات کاردرمانی

اصلاح وضعیت بدن و ارگونومی: اولین قدم برای کاهش درد وضعیت بدنی نامناسب یکی از عوامل اصلی در بروز و تشدید درد سیاتیک است. کاردرمانگران با آموزش روش‌های صحیح نشستن، ایستادن و بلند کردن اجسام به بیماران کمک می‌کنند تا فشار روی ستون فقرات و عصب سیاتیک را کاهش دهند. استفاده از بالشتک‌های کمری، تنظیم صندلی و انتخاب کفش مناسب ازجمله توصیه‌های ارگونومیک مؤثر هستند. همچنین در این راستا ممکن است کاردرمانگران به ارزیابی محیط خانه و کار فرد بپردازند تا ریسک فاکتورهای مرتبط با درد سیاتیک را شناسایی کنند.

تمرینات کششی و تقویتی: افزایش انعطاف‌پذیری و قدرت عضلات یکی از بخش‌های مهم کاردرمانی برای سیاتیک، تمرینات هدفمند است که به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

- تمرینات کششی: کمک به آزادسازی عصب سیاتیک از فشار عضلات مجاور.
- تمرینات تقویتی: تقویت عضلات مرکزی و پشتی برای حمایت از ستون فقرات.

تمریناتی مانند کشش همسترینگ، حرکات مک کنزی و تقویت عضلات شکم و کمر در این دسته قرار می‌گیرند.

درمان‌های دستی و مدالیت‌های درمانی: تسکین درد بدون دارو درمان دستی شامل تکنیک‌های ماساژ درمانی و نوروموبیلیزیشن است که به بهبود تحرک و کاهش تنش عضلانی کمک می‌کند. در کنار آن، استفاده از مدالیت‌هایی مانند اولتراسوند، تحریک الکتریکی عضلات (TENS) و گرما/سرما درمانی می‌تواند در کاهش التهاب و تسکین درد مؤثر باشد.

آموزش بیمار: کلید کنترل درد در زندگی روزمره کاردرمانگران نه تنها درمانگر، بلکه مربیانی برای آموزش خودمراقبتی نیز هستند. بیماران یاد می‌گیرند:

- چگونه در طول روز از بدن خود مراقبت کنند.
- روش‌های صحیح بلند کردن اجسام سنگین را رعایت کنند.
- از فعالیت‌هایی که درد را تشدید می‌کنند، اجتناب کنند.

روش‌های تخصصی: درمان‌های پیشرفته کاردرمانی برای سیاتیک علاوه بر تمرینات معمول، کاردرمانگران از روش‌های تخصصی مانند تکنیک مک کنزی، تکنیک‌های لغزش عصبی (Nerve Gliding) و تمرینات عملکردی نیز برای کاهش درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران استفاده می‌کنند.

همکاری بین‌رشته‌ای: راهی برای درمان مؤثرتر گاهی برای درمان کامل سیاتیک، نیاز به همکاری با سایر متخصصان مانند فیزیوتراپیست‌ها، پزشکان متخصص درد و جراحان ارتوپدی وجود دارد. در برخی موارد، ترکیب کاردرمانی با درمان‌های دارویی یا تزریقی‌های استروئیدی می‌تواند روند بهبودی را تسریع کند.

تکنیک‌های نوظهور

درمان‌های بازسازی‌کننده

روز به روز علاقه بیشتری به استفاده از درمان‌های بازسازی‌کننده برای درمان تخریب دیسک وجود دارد که ممکن است نیاز به جراحی‌های تهاجمی‌تر را برطرف کند. در یک مطالعه با استفاده از سلول‌های بنیادی برای درمان بیماری دیسک دژنراتیو، بهبود قابل توجهی در نمرات درد و ناتوانی گزارش کرد. درحالی‌که این نتایج امیدوارکننده هستند، آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی بزرگ‌تر برای اثبات اثربخشی و ایمنی چنین رویکردهایی موردنیاز است.

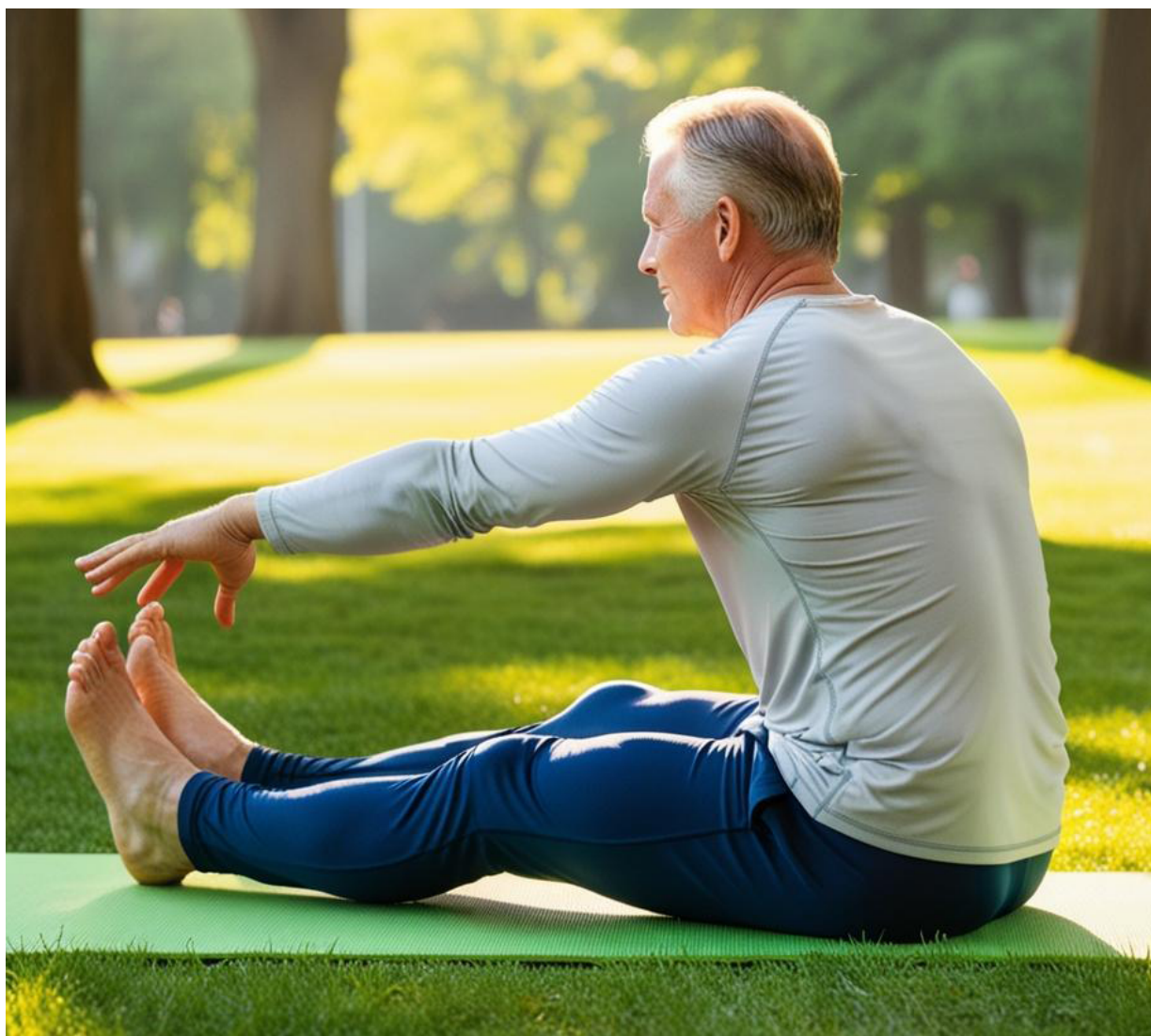
نورومدولسیون

تحریک نخاعی (Spinal Cord Stimulation) برای درمان درد نوروپاتیک مزمن، ازجمله برخی موارد سیاتیک امیدوارکننده بوده است.

“

نقش فناوری در آینده کاردرمانی:

پیشرفت‌های نوظهور مانند واقعیت مجازی (VR) برای شبیه‌سازی حرکات ایمن یا توان‌بخشی از راه دور، دسترسی به خدمات کاردرمانی را افزایش می‌دهند. همچنین، استفاده از الگوریتم‌های هوش مصنوعی در پیش‌بینی نتایج درمانی، به شخصی‌سازی برنامه‌ها کمک می‌کند.



منابع:

Thakur S, Kumar A, Dijkstra A, Thakur A. Occupational therapy-based rehabilitation of sciatic nerve pain. Brain-X. 2024;2:e70010.

من یک کاردرمانگر...

البته که مراقبِ مراقبین تو هستم!

سنا شریفی تبار | دانشجوی سال آخر کاردرمانی



با افزایش جمعیت سالمندان و شیوع بیماری‌های مزمن، نیاز به مراقبت از این گروه سنی رو به افزایش است. مراقبت از بزرگسالان یا سالمندانی که به دلیل کهولت سن یا بیماری‌های مزمن قادر به انجام فعالیت‌های روزمره زندگی به‌صورت مستقل نیستند، یکی از چالش‌برانگیزترین مسئولیت‌هایی است که مراقبین با آن مواجه می‌شوند و مسئولیتی سنگین و درعین‌حال ارزشمند است. مراقبین اعم از اعضای خانواده یا پرستاران حرفه‌ای، نقشی کلیدی در بهبود کیفیت زندگی این افراد ایفا می‌کنند. بااین‌حال، این نقش می‌تواند فشارهای جسمی و روانی قابل‌توجهی را بر مراقبین تحمیل کند به‌ویژه اگر اطلاعات و مهارت‌های لازم را در این زمینه نداشته باشند. کاردرمانی، به‌عنوان یک رشته تخصصی در زمینه سلامت و توان‌بخشی، با ارائه راهکارها و مداخلات مناسب، می‌تواند به افزایش استقلال بیماران و کاهش مراقبت‌های لازم کمک کند. یک کاردرمانگر ماهر و دلسوز با دیدگاه کل‌نگر خود همیشه به سلامت جسمانی و روانی مراقبین نیز توجه می‌کند.

سلامت روانی مراقبین

قرار می‌دهند. آگاهی از تکنیک‌های حفظ وقت ویزیت پزشک و جابجایی بیمار است. سلامت روان برای مراقبین ضروری است. با به اشتراک‌گذاری لیست، دیگران می‌توانند در ادامه به بررسی این تکنیک‌ها خواهیم پرداخت. بر اساس توانایی خود کمک کنند، که فشار روانی را کاهش و حس حمایت اجتماعی را تقویت می‌کند.

کمک بخواه و پذیرای حمایت باش!

تهیه فهرستی از وظایفی که انجام آن‌ها دشوار است به مراقبین کمک می‌کند تا از حمایت اطرافیان بهره‌مند شوند. این لیست شامل کارهایی مانند آماده‌سازی غذا، تنظیم

محدودیت‌ها به مراقبین کمک می‌کند تا احساس کفایت داشته باشند. تأیید تلاش‌های خود و پذیرش واقعیت، بهبود سلامت روان و افزایش انگیزه آن‌ها را به همراه خواهد داشت. **اهدافی بچین که قابل‌دستیابی باشند!**

مراقبین می‌توانند با تعیین اهداف واقع بینانه و قابل‌دستیابی، از احساس فشار و خستگی جلوگیری کنند. تقسیم وظایف بزرگ و پیچیده به قدم‌های کوچک‌تر و مشخص کردن اولویت‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا بهتر برنامه‌ریزی کنند. ایجاد یک روتین منظم روزانه نیز می‌تواند به سازمان‌دهی بهتر زمان و افزایش بهره‌وری منجر شود. همچنین پرهیز از فعالیت‌های غیرضروری که انرژی و وقت زیادی می‌گیرند، به حفظ تمرکز و کاهش استرس کمک می‌کند.

خودت را فراموش نکن!

مراقبت از دیگران ممکن است آن‌قدر زمان‌بر و فشرده باشد که مراقب نیازهای خود را فراموش کند. توجه به سرگرمی‌ها و فعالیت‌های شخصی به حفظ تعادل روانی کمک می‌کند و احساس رضایت و شادابی را تقویت می‌کند. اختصاص وقت برای استراحت، خواب کافی و لذت بردن از لحظات کوچک زندگی به مراقبین کمک می‌کند تا انرژی و انگیزه برای ادامه مسیر مراقبت پیدا کنند.

به سبک زندگی خود اهمیت بده!

برای مراقبت مؤثر از دیگران، ضروری است که مراقب به سبک زندگی خود توجه کند. تغذیه مناسب، فعالیت بدنی منظم و خواب کافی انرژی لازم را برای مراقب تأمین می‌کند و به کاهش استرس و پیشگیری از بیماری‌ها کمک می‌کند. همچنین، تغذیه سالم با مصرف غذاهای متعادل و غنی از ویتامین‌ها، به افزایش توان جسمانی و ذهنی کمک می‌کند.

ورزش را فراموش نکن!

برنامه‌ریزی برای ورزش‌های سبک مانند پیاده‌روی یا یوگا می‌تواند تأثیر مثبتی بر روحیه و سلامت جسمی مراقب داشته باشد. پیاده‌روی ۳۰ دقیقه‌ای با سرعت متوسط و تمرینات کششی کوتاه، به بهبود خلق‌وخو و کاهش اضطراب کمک می‌کند.

حمایت اجتماعی را جدی بگیر!

مراقبین اغلب احساس تنهایی و استرس می‌کنند و نیاز به حمایت اجتماعی دارند. این حمایت می‌تواند شامل مشاوره با متخصصان، گفتگو با دوستان و خانواده یا پیوستن به گروه‌های حمایتی باشد. پیشنهاد می‌شود که مراقبین هر هفته زمانی را برای ارتباط با افرادی که راحت هستند، اختصاص دهند تا از حمایت اجتماعی بهره‌مند شوند و احساس تنهایی نکنند.

سلامت جسمانی مراقبین

سلامت جسم مراقبین یکی از جنبه‌های مهمی است که در فرایند مراقبت اغلب نادیده گرفته می‌شود. جابجایی افراد بزرگسال، به‌ویژه با توجه به شرایط فیزیکی و محدودیت‌های حرکتی آن‌ها، نه‌تنها کاری دشوار است، بلکه در طول زمان می‌تواند منجر به آسیب‌های عضلانی و اسکلتی مثل کمردرد، دردهای

مفصلی و حتی آسیب‌های جدی‌تر شود. رعایت اصول ارگونومی در طراحی و تنظیم محیط خانه نه‌تنها بهبود چشمگیری در استقلال فرد تحت مراقبت ایجاد می‌کند، بلکه به او حس خودکارآمدی و رضایت از زندگی می‌بخشد. از سوی دیگر، آن اقدامات بار فیزیکی بسیاری از وظایف مراقبتی را کاهش داده و به مراقب آرامش و اطمینان خاطر می‌دهد که فرد می‌تواند با ایمنی و استقلال بیشتری در خانه جابجا شود. در ادامه به تنظیم محیط خانه و رعایت اصول ارگونومی می‌پردازیم.

طراحی آشپزخانه برای دسترسی آسان:

- **ارتفاع مناسب کابینت‌ها و کابینت‌ها:** برای افرادی که از ویلچر استفاده می‌کنند، ارتفاع کابینت‌ها و کابینت‌ها باید به گونه‌ای باشد که دسترسی به آن‌ها بدون نیاز به خم شدن یا کشش بیش‌ازحد ممکن شود. ارتفاع استاندارد کابینت‌ها معمولاً بین ۷۸ تا ۹۲ سانتی‌متر توصیه می‌شود. این ارتفاع به فرد اجازه می‌دهد به راحتی از فضا استفاده کند و از فشارهای غیرضروری بر بدن جلوگیری می‌کند. کابینت‌های پرکاربرد نیز باید در ارتفاعی نصب شوند



• سرویس بهداشتی و حمام ارگونومیک:

- **ارتفاع مناسب توالت فرنگی:** برای افراد با محدودیت حرکتی یا سالمندان، ارتفاع توالت فرنگی باید به گونه‌ای باشد که نشستن و برخاستن از آن راحت باشد. ارتفاع استاندارد توالت فرنگی معمولاً بین ۴۳ تا ۴۸ سانتی‌متر از سطح زمین توصیه می‌شود. اگر توالت موجود ارتفاع کمتری دارد، می‌توان از صندلی‌های مخصوص توالت (توالت‌های مرتفع‌کننده) استفاده کرد تا فشار بر زانوها و مفاصل کاهش یابد.



• ارتفاع مناسب دوش:

- در ارتفاعی نصب شود که برای افراد با قد‌های مختلف قابل استفاده باشد. ارتفاع استاندارد شیردوش معمولاً بین ۱۲۰ تا ۱۵۰ سانتی‌متر از سطح زمین است. برای افراد با محدودیت‌های حرکتی، بهتر است از شیرهای دوش با قابلیت تنظیم ارتفاع استفاده شود. همچنین نصب یک صندلی دوش ضد لغزش در داخل حمام می‌تواند به افراد کمک کند تا با آرامش و ایمنی بیشتری از دوش استفاده کنند.

• انتخاب صندلی یا چهارپایه

- **مناسب:** صندلی یا چهارپایه‌ای که در حمام استفاده می‌شود باید از جنس ضدآب و ضد لغزش باشد. صندلی‌های پلاستیکی با پایه‌های لاستیکی گزینه‌ای ایده‌آل هستند زیرا هم سبک هستند و هم در محیط مرطوب حمام ایمن‌تر عمل می‌کنند. ارتفاع صندلی باید به گونه‌ای باشد که فرد به راحتی بتواند روی آن بنشیند و بلند شود، معمولاً بین ۴۵ تا ۵۰ سانتی‌متر از سطح زمین.

• طراحی ورودی و در حمام

- **و دستشویی:** ورودی حمام و دستشویی باید به اندازه‌ای عریض باشد که افراد با ویلچر یا واکر بتوانند به راحتی وارد و خارج شوند. عرض استاندارد درب معمولاً ۸۰ تا ۹۰ سانتی‌متر است. بهتر است درب‌ها به سمت بیرون باز شوند تا در صورت افتادن فرد، دسترسی به او آسان‌تر باشد. همچنین استفاده از درب‌های کشویی یا درب‌هایی با لولا‌های مخصوص که باز و بسته شدن آن‌ها نیاز به نیروی کمتری دارد، می‌تواند مفید باشد.

• نصب دستگیره‌ها و میله‌های کمکی:

- در نقاط استراتژیک آشپزخانه، مانند نزدیک اجاق گاز، ظرف‌شویی و یخچال، نصب دستگیره‌ها و میله‌های کمکی می‌تواند به افراد کمک کند تا تعادل خود را حفظ کنند و از افتادن جلوگیری شود. این دستگیره‌ها باید در ارتفاع مناسب و با استحکام کافی نصب شوند تا بتوانند وزن فرد را تحمل کنند.

• شیرهای گاز و برچسب‌های هشداردهنده

- شیرهای گاز باید در مکان‌هایی قرار گیرند که به راحتی قابل دسترسی باشند. در صورت لزوم، می‌توان از برچسب‌های هشداردهنده یا یادداشت‌ای واضح در کنار آن‌ها استفاده کرد تا در مواقع اضطراری، مانند نشت گاز، بتوان به سرعت آن‌ها را قطع کرد. این کار ایمنی آشپزخانه را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد.

• نورپردازی مناسب:

- نورپردازی کافی و مناسب در آشپزخانه، به ویژه در نقاطی مانند ظرف‌شویی، اجاق گاز و سطوح برش مواد غذایی، برای افراد با مشکلات بینایی بسیار مهم است. نور مناسب نه تنها

• فضای حرکت آزاد و ایمن:

- فضای آشپزخانه باید به گونه‌ای طراحی شود که افراد با وسایل کمکی مانند ویلچر، عصا یا واکر بتوانند به راحتی حرکت کنند. حداقل ۱۵۰ سانتی‌متر فضای خالی بین کانترها و دیوارها برای چرخش ویلچر ضروری است. همچنین باید از قرار دادن موانع مانند صندلی‌ها یا گلدان‌ها در مسیر رفت‌وآمد خودداری کرد تا خطر افتادن کاهش یابد.

- که فرد بتواند بدون نیاز به چهارپایه یا کمک دیگران به آن‌ها دسترسی داشته باشد.

• چیدمان هوشمندانه وسایل:

- وسایل سنگین مانند قابلمه‌ها و ظروف بزرگ بهتر است در کابینت‌های پایینی قرار داده شوند تا از افتادن آن‌ها جلوگیری شود و برداشتن آن‌ها راحت‌تر باشد. همچنین وسایل پرکاربرد مانند قاشق‌ها، چاقوها و ظروف روزانه باید در قسمت‌های جلویی کابینت‌ها قرار گیرند تا دسترسی به آن‌ها سریع و بدون نیاز به جست‌وجو باشد. این کار نه تنها زمان پخت‌وپز را کاهش می‌دهد، بلکه از خستگی و فشار اضافی بر بدن نیز جلوگیری می‌کند.

• فضای حرکت آزاد و ایمن:

- فضای آشپزخانه باید به گونه‌ای طراحی شود که افراد با وسایل کمکی مانند ویلچر، عصا یا واکر بتوانند به راحتی حرکت کنند. حداقل ۱۵۰ سانتی‌متر فضای خالی بین کانترها و دیوارها برای چرخش ویلچر ضروری است. همچنین باید از قرار دادن موانع مانند صندلی‌ها یا گلدان‌ها در مسیر رفت‌وآمد خودداری کرد تا خطر افتادن کاهش یابد.

• کفپوش ایمن ضد لغزش:

- یکی از مهم‌ترین نکات در طراحی آشپزخانه، انتخاب کفپوش مناسب است. کف آشپزخانه باید همیشه بررسی شود که کاملاً خشک و عاری از هرگونه عامل لغزنده باشد. استفاده از کفپوش‌های ضد لغزش مانند کفپوش‌های وینیل یا کفپوش‌های لمینیتی یا نصب چسب‌های مخصوص زیر فرش یا موکت در نقاط پرتردد می‌تواند از سرخوردن و افتادن جلوگیری کند.

نصب دستگیره‌های حمایتی:

- **کنار توالت:** دستگیره‌ها باید در ارتفاع ۷۵ تا ۸۰ سانتی‌متر از سطح زمین و در فاصله‌ای مناسب از توالت نصب شوند تا فرد بتواند به راحتی از آن‌ها استفاده کند.
- **داخل دوش یا وان:** دستگیره‌ها باید در ارتفاع ۸۵ تا ۹۵ سانتی‌متر از سطح زمین و در دو طرف دیوار نصب شوند تا فرد بتواند هنگام ورود و خروج از دوش یا وان از آن‌ها استفاده کند.
- **کنار ظرف‌شویی و دستشویی:**

نصب دستگیره‌ها در کنار ظرف‌شویی می‌تواند به افراد کمک کند تا هنگام شست‌وشو تعادل خود را حفظ کنند.

شیرهای اهرمی: استفاده از شیرهای اهرمی به جای شیرهای چرخشی، می‌تواند برای افراد تحت مراقبت مفید باشد، زیرا باز و بسته کردن آن‌ها نیاز به نیروی کمتری دارد.

– بسیاری از مواقع، مراقب مجبور به کمک در جابجایی است و اگر این کار به شیوه‌ای اصولی و صحیح انجام نشود، می‌تواند به بدن او آسیب‌های جدی وارد شود. اکنون به معرفی تکنیک‌های صحیح جابجایی می‌پردازیم؛

تکنیک‌های صحیح جابجایی

- **انتقال از صندلی به تخت:**

آماده‌سازی محیط: صندلی چرخ‌دار را در کنار تخت قرار دهید، به طوری که جلوی صندلی تا حد امکان به تخت نزدیک باشد. ترمزهای صندلی را قفل کنید و جاپایی‌ها را بردارید یا به کنار بچرخانید تا مانعی ایجاد نکنند.

آماده‌سازی بیمار: به بیمار کمک کنید تا به لبه صندلی حرکت کرده و پاهایش را روی زمین قرار دهد. اطمینان حاصل کنید که پاهای بیمار به خوبی روی زمین قرار گرفته و تعادل دارد.

موقعیت‌دهی مراقب: مقابل بیمار بایستید،

زانوهای خود را خم کرده و پشت خود را صاف نگه دارید. دستان خود را در اطراف کمر یا زیر بغل بیمار قرار دهید.

بلند کردن بیمار: با شمارش تا سه، به طور هم‌زمان با بیمار بلند شوید، از عضلات پاهای خود برای بلند کردن استفاده کنید و بیمار را به حالت ایستاده درآورید.

چرخش به سمت تخت: به آرامی بیمار را به سمت تخت بچرخانید، به طوری که پشت بیمار به تخت باشد.

نشاندن بیمار روی تخت: به آرامی بیمار را روی لبه تخت بنشانید و اطمینان حاصل کنید که تعادل دارد.

کمک به دراز کشیدن: پاهای بیمار را به روی تخت بلند کرده و به او کمک کنید تا به طور کامل روی تخت دراز بکشد.

- **انتقال از تخت به صندلی:**

آماده‌سازی محیط: صندلی چرخ‌دار را در کنار تخت و در زاویه ۴۵ درجه قرار دهید، به طوری که جلوی صندلی به تخت نزدیک باشد. ترمزهای صندلی را قفل کنید و جاپایی‌ها را بردارید یا به کنار بچرخانید.

آماده‌سازی بیمار: به بیمار کمک کنید تا به لبه تخت حرکت کرده و پاهایش را از تخت آویزان کند. اطمینان حاصل کنید که بیمار در حالت نشسته تعادل دارد.

موقعیت‌دهی مراقب: مقابل بیمار بایستید، زانوهای خود را خم کرده و پشت خود را صاف نگه دارید. دستان خود را در اطراف کمر یا زیر بغل بیمار قرار دهید.

بلند کردن بیمار: با شمارش تا سه، به طور هم‌زمان با بیمار بلند شوید، از عضلات پاهای خود برای بلند کردن استفاده کنید و بیمار را به حالت ایستاده درآورید.

چرخش به سمت صندلی: به آرامی بیمار را به سمت صندلی بچرخانید، به طوری که پشت بیمار به صندلی باشد.

نشاندن بیمار روی صندلی: به آرامی بیمار را روی صندلی بنشانید و اطمینان حاصل کنید که به خوبی در صندلی قرار گرفته و تعادل دارد.

– در ادامه نکات تکمیلی برای جلوگیری از وارد آمدن فشار اضافی به ستون فقرات، عضلات و مفاصل ارائه می‌شود:

- **استفاده از کمربندهای انتقال**

بیمار: کمربندهای انتقال بیمار ابزارهایی هستند که به جابجایی ایمن و راحت بیماران کمک می‌کنند. این کمربندها با قرار گرفتن دور کمر بیمار و داشتن دستگیره‌های محکم، امکان کنترل بهتر و کاهش فشار بر کمر و عضلات مراقب را فراهم می‌کنند. برای استفاده صحیح، کمر بند را دور کمر بیمار ببندید و از دستگیره‌ها برای بلند کردن یا جابجایی بیمار استفاده کنید. این روش به ویژه در انتقال بیمار از تخت به ویلچر یا بالعکس مفید است.

استفاده از وسایل کمکی: علاوه بر کمربندهای انتقال، استفاده از وسایل کمکی مانند بالابرهای بیمار، تخته‌های لغزنده و ویلچرهای مناسب می‌تواند به کاهش فشار بر بدن مراقب کمک کند. این وسایل با تسهیل در جابجایی بیمار، نیاز به بلند کردن دستی را کاهش می‌دهند. وسیله کمکی مناسب را می‌توانید با مشورت با کاردرمانگر انتخاب کنید.

- **مراقبت از خود:** انجام منظم تمرینات تقویتی و کششی برای عضلات

کمر، شکم و پاها می‌تواند به بهبود قدرت و انعطاف‌پذیری بدن کمک کرده و خطر آسیب را کاهش دهد. برای نتیجه بهتر با کاردرمانگر مشورت کنید.

- **استراحت کافی:** اگر انتقال‌های مکرر انجام می‌دهید، بین کارها استراحت کنید تا از خستگی عضلانی جلوگیری شود.
- **هماهنگی و ارتباط:** قبل از انتقال، با فرد تحت مراقبت صحبت کنید و مراحل را توضیح دهید تا همکاری بهتری داشته باشد. اگر فرد وزن زیادی دارد یا شرایط خاصی دارد، از فرد دیگری کمک بگیرید.

منابع:

Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis

.Martin Pinquart et al. Psychol Aging. 2003 Jun

Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to" stroke survivors from the hospital to the home

Jill I Cameron et al. Patient Educ Couns. 2008

Bastawrous, M. (2013). "Caregiver burden—A critical discussion." International Journal of Nursing Studies

Occupational Therapists' Interactions With Older Adult Caregivers: Negotiating Priorities and Expertise

Jennifer L. Womack, Margareta Lilja





چالش‌ها

محمدرضا محمدزاده | دانشجوی سال دوم کاردرمانی

کاردرمانی تبریز، زیر ذره‌بین

قصدم دارم کاردرمانی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز را در دو عرصه **دانشگاهی** و **بیمارستانی** و هرکدام را از سه دیدگاه **آموزش**، **زیرساخت** و **امکانات** موردبررسی قرار دهم.

۱. در دانشگاه چه می‌گذرد؟

۱-۱) آموزش: دانشجویان کاردرمانی درزمینه آموزش و ترم بندی با مشکلات زیادی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که به‌صورت خیلی مختصر در ادامه ارائه شده است: هیئت‌علمی گروه کاردرمانی دانشکده توان‌بخشی علوم پزشکی تبریز، به‌طور رسمی شامل ۵ عضو می‌باشد و در کنار اساتید عضو هیئت‌علمی، اساتید دیگری نیز حضور دارند که دروس مختلفی را برای دانشجویان تدریس می‌کنند. نگاه و ارزیابی کلی دانشجویان از اساتید، عموماً مثبت است و رضایت نسبی وجود دارد. نکته قابل اشاره این است که به‌رحال اساتید جوان‌تر که در شروع مسیر تدریس قرار دارند، انگیزه و شوق مضاعفی دارند که برای دانشجویان ملموس است، چیزی که شاید گاهی در اساتید باتجربه که سال‌های زیادی را در مسیر تدریس و درمان پشت سر گذاشته‌اند، به این شکل حس نشود. نکته مهم دیگر، ترم بندی کاردرمانی تبریز است. در ترم بندی فعلی، اولین واحد آبزرو (مشاهده) در ترم ۵ قرار دارد و کارآموزی‌ها از ترم ۶ آغاز می‌شوند. همچنین کارآموزی‌های ذهن و روان در ترم‌های مختلفی ارائه می‌شوند، نه در یک ترم.

شاید بهتر باشد اگر اولین واحدهای آبزرو در ترم ۴ شروع شوند و کارآموزی‌ها از ترم ۵؛ تا دانشجویان حداقل یک ترم زودتر وارد فضای بالینی بشوند و تجارب بالینی بیشتری در دوران دانشجویی خود به دست بیاورند. همچنین به‌عنوان یک پیشنهاد، اگر کارآموزی‌های ذهن و روان همزمان برقرار باشند، مثلاً در ترم‌های ۵ و ۶ به‌موازات یکدیگر ارائه گردند قطعاً تأثیر آموزشی منسجم‌تری روی دانشجویان و متمرکز ساختن مهارت آن‌ها در این دو حیطه خواهد داشت. دروسی مثل بیماری‌های داخلی، بیماری‌های مغز و اعصاب و بیماری‌های ارتوپدی فاصله زمانی زیادی با واحدهای تخصصی تئوری و عملی کاردرمانی دارند.

۲-۱) زیرساخت: دانشکده توان‌بخشی علوم پزشکی تبریز به لحاظ زیرساختی، جای بحث بسیار دارد! متأسفانه کلاس‌های آموزشی دانشکده، همگی در طبقه زیرزمین می‌باشد و این موضوع چالش‌های زیادی به همراه دارد. به‌گونه‌ای که حتی اساتید گروه‌های دیگر آموزشی دانشگاه که برای تدریس واحدهای مربوطه به کلاس‌ها می‌آیند، همگی به این موضوع اشاره می‌کنند و اظهار دارند که شرایط تهویه‌ای هوا، نوری و به‌طورکلی فضای کلاس‌ها آن‌طور که باید شایسته نیست و حتی آنتن تلفن همراه و اینترنت بسیار سخت و مشکل برقرار است. این اظهار کاملاً به‌جا است و از چشم خود گروه کاردرمانی نیز دور نیست. تعدادی از صندلی‌ها در کلاس‌های مختلف، قابل استفاده نیستند چراکه سروصدای زیادی ایجاد می‌کنند که مخل روند تدریس می‌باشد! نکته‌ی دیگری که بسیار جای تعجب دارد، عدم وجود سرویس بهداشتی است! دانشجویی که در طبقه زیرزمین است و مشغول تحصیل و حضور در کلاس‌ها می‌باشد، برای دسترسی به سرویس بهداشتی باید به طبقه دوم برود!



مورد دیگر که جدا باعث رنجش دانشجویان است، قفل بودن کلاس‌ها در زمان عدم برگزاری کلاس می‌باشد! دانشجویی که بین دو کلاسش فاصله است و برای مثال به اندازه یک تایم درسی بازه زمانی خالی بین دو کلاسش است، جایی برای ماندن ندارد! حتی اگر در کلاس خالی برود، از کلاس بیرون می‌شود تا درب کلاس قفل گردد! و این بسیار دور از شأن و جایگاه دانشجو است و هیچ دلیل موجه و شایسته‌ای نمی‌تواند این قصور را توجیه نماید. در همین حال، جالب‌توجه هست اگر بدانید که نیمکت‌های جلوی دانشکده نیز شرایط مطلوبی ندارند و شکسته و یا آسیب‌دیده‌اند.

۳-۱) امکانات: اولین نکته، وضعیت سیستم‌های موجود در کلاس‌هاست. سیستم‌ها اکثراً بسیار کند هستند و بارها هنگ کردن کامپیوترها در طول کلاس‌ها، موجب هدر رفت زمان و همین‌طور انرژی و تمرکز استاد و دانشجویان شده است. کیفیت برخی از پروژکتورها همچون سالن شهید فرزاد نامی، پایین است و نیاز به بازبینی و استفاده از پروژکتورهای باکیفیت‌تر، محسوس است. گاهی موارد ساده‌ای همچون مایژیک و... نیز به‌طور ثابت در کلاس وجود ندارد که همین امر نیز می‌تواند از سرعت چرخ کلاس بکاهد! درمورد کارگاه‌ها نیز برخی ابزار و وسایل موجود بسیار محدود هستند؛ مثلاً برای یک کلاس ۲۵ نفره، تنها ۳ عدد آره تقریباً سالم و قابل استفاده موجود است که در جای خود باعث اتلاف وقت زیاد و فرسایشی شدن روند کار می‌گردد، درباره برخی وسایل و ابزار دیگر نیز شرایطی مشابه وجود دارد و لازم است امکانات کارگاه‌ها به‌طور جامع مجدداً موردبررسی قرار گیرند. مورد بعدی این است که دانشجویان به اینترنت مناسب دسترسی ندارند درحالی‌که یکی از الزامات این روزهای دانشجویان، دسترسی به اینترنت مناسب است و این درحالیست که نه‌تنها از سمت دانشگاه این نیاز تأمین می‌گردد، بلکه به همان

کلاس‌های آموزشی دانشکده، در طبقه زیرزمین می‌باشند و این موضوع چالش‌های زیادی به همراه دارد.



محوطه دانشکده توان بخشی تبریز

دلیل زیرساختی و حضور دانشجویان در زیرزمین، خود دانشجویان نیز در تأمین و دسترسی به اینترنت ناتوان‌اند.

به‌هرحال بخش جدانشدنی این روزهای همه دانشجویان در سرتاسر دنیا، نوشیدنی‌های بر پایه کافئین و به‌طور خلاصه «قهوه» است! دسترسی راحت و سریع به قهوه موردی است که تنها با یک دستگاه خودکار قهوه ساز اتفاق می‌افتد؛ چیزی که در بسیاری از دانشکده‌های کشور و بسیاری از دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه تبریز وجود دارد اما تا کنون ما در دانشکده توان بخشی از آن محرومیم.

۲. در بیمارستان چه می‌گذرد؟

نبود جایگاه مخصوص شارژ تلفن همراه نیز مورد دیگری است که باعث می‌شود معمولاً دانشجویان برای شارژ تلفن همراهشان دچار چالش باشند.

۱-۲) آموزش: در بحث آموزش در بیمارستان‌ها، موارد و ایرادات گسترده‌ای وجود دارند که جای بحث بسیار دارند.

در بخش‌هایی از کارآموزی‌های حیطه‌های مختلف، دغدغه دانشجویان این بوده که در آغاز راه و ابتدای مسیر کارآموزی، راهنمایی خوب و عملی به‌صورت خاص جهت شروع مسیر درمان با مراجع نداشته‌اند. به‌گونه‌ای که مثلاً به‌عنوان اولین تجربه، راهنمایی و آموزش بخصوصی درزمینه ارزیابی و برنامه‌ریزی درمانی مراجع



نگرفته‌اند و درواقع انتظاری که از دانشجوی کارآموز می‌رفته، این بوده که با تکیه بر آموخته‌های تئوری و آموزش‌های قبلی که در کلاس‌های درس فراگرفته‌اند بتوانند مسیر را مدیریت کنند و پیش بروند. حال اینکه به اذعان دانشجویان کارآموز، کار عملی و پروسه درمان مراجع شرایطی بسیار متفاوت از کلاس درس دانشگاه دارد و نیازمند این می‌باشند تا حداقل به‌عنوان نمونه و تجربه بالینی، در ابتدای درمان راهنمایی نسبتاً کامل و خوبی دریافت کنند تا بتوانند مسیر خود و روند کلی کار را تا حدی مشخص کنند.

در برخی بخش‌ها، همراه کارآموزها، راهنمای نسبتاً ثابتی نبوده و حضور یک راهنمای در دسترس دانشجویان حس نشده است؛ گاهی برخی از نیروهای طرح یا کارشناسان حاضر، هیچ کمک و راهنمایی خاصی به دانشجویان نداشته‌اند و به اظهار برخی، هرچقدر این حضور در کنار دانشجویان حس نشده، در عوض بالای سرشان حس شده؛ نگاهی از بالا به پایین و صرفاً فشاری مبنی بر اینکه به سبب نیروی طرح یا کارشناس بودن، در جایگاه توضیح یا کمک به دانشجوی کارآموز نیستند و به‌طور خلاصه و خودمانی، فقط برای گیر دادن‌های گاهی حتی بی‌مورد حسابی پایه و همراه‌اند!

راجع به موارد فوق، طی سالیان اخیر، به‌طورکلی تجربه برخی از دانشجویان نیز عجیب و جالب‌توجه بوده است، حتی گاهی غیراخلاقی و غیردانشگاهی!!!

۲-۲) زیرساخت: جمله‌ای که یکی از دانشجویان به من گفت جای نقل دارد: «به‌عنوان کسی که بخشی اساسی و مهم از حیطه کاری من، کار با مراجعین ذهن هست، حقیقتاً مسخره است که من در طول کارآموزی، یک مراجع ذهن دارم و بس!»

۷-۸ دانشجوی کارآموز در بخش کاردرمانی روان پزشکی رازی، تنها در یک اتاق و در کنار هم مشغول کار با مراجعین خودشان هستند که مشکلات مختلف چه برای درمانگر و چه برای مراجع در پی دارد. حریم خصوصی فاکتوری بسیار مهم برای یک جلسه درمانی است.

تجربه دانشجویان از بخش نورولوژی نیز در باب حریم خصوصی گویاست؛ با احداث کابین‌ها و جداسازی تخت هر مراجع و رعایت حریم خصوصی او و درمانگر در طول روند درمان، احساس رضایت مراجعین به‌وضوح بیشتر و شوق و تمایل آن‌ها برای ادامه جلسات درمانی بالاتر بوده است.

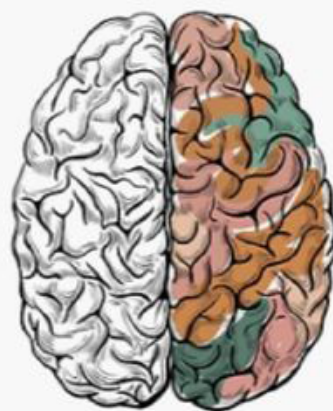
از طرفی در همین بخش نورولوژی نقضی تأثیرگذار وجود دارد: زمین مت ندارد! عدم تجهیز بخش نورولوژی به مت و انجام روند درمان به همراه کفش، موردی است در جای خود می‌تواند به شکل‌های مختلف روند کار را با مشکل روبرو کند. همچنین این مورد باعث نشستن خاک روی وسایل، تجهیزات و توپ‌ها و کثیف شدن آن‌ها می‌شود که به‌هرحال می‌تواند برخی استانداردهای بهداشتی را تحت‌الشعاع قرار دهد.

نهایتاً نکته‌ای قابل‌ذکر است که پیگیری جدی و قاطعی می‌طلبد؛ گزارش‌ها و شواهد متعددی به گوش می‌رسد که برخی از کارشناسان، اقدام به جذب و انتقال مراجعین از بیمارستان و بخش‌های کاردرمانی مربوط به دانشگاه، به کلینیک‌ها و مراکز درمانی خصوصی مرتبط با خود می‌کنند! که در صورت حقیقت داشتن این مورد، جا دارد که مسئولین مربوطه به این مسئله ورود کنند.

۳-۲) امکانات: عدم وجود لاگ بوک یکی از موارد بسیار مهمی است که لازم است یک کار عمیق و برنامه‌ریزی‌شده در این رابطه آغاز گردد. به‌طورکلی ازنظر امکانات یک حد متوسطی موجود می‌باشد که در حد کفایت می‌باشند؛ در مورد امکانات، در مباحث آینده و در بخش‌های مختلف موارد بخصوصی را به اطلاع خواهیم رساند.

با تشکر از توجه شما همراهان گرامی،
و همه عزیزانی که تجربیات و نظرات ارزشمندشان را اظهار داشتند؛
به امید رفع موانع و برداشتن گام‌هایی استوار به سمت آینده‌ای روشن...

OCCUPATIONAL *therapy* THERAPY



فراخوان همکاری

حوزه‌های فعالیت

• علمی • اخبار و اطلاع‌رسانی • تهیه مصاحبه و گزارش

Telegram Channel: t.me/ot_magazine

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



OCCUPATIONAL THERAPY

No 8 | Spring 2025

"IN OCCUPATIONAL THERAPY, WE DON'T JUST TREAT INDIVIDUALS, WE EMPOWER FAMILIES. A SUPPORTIVE FAMILY IS THE STRONGEST CO-THERAPIST A CHILD CAN HAVE."