

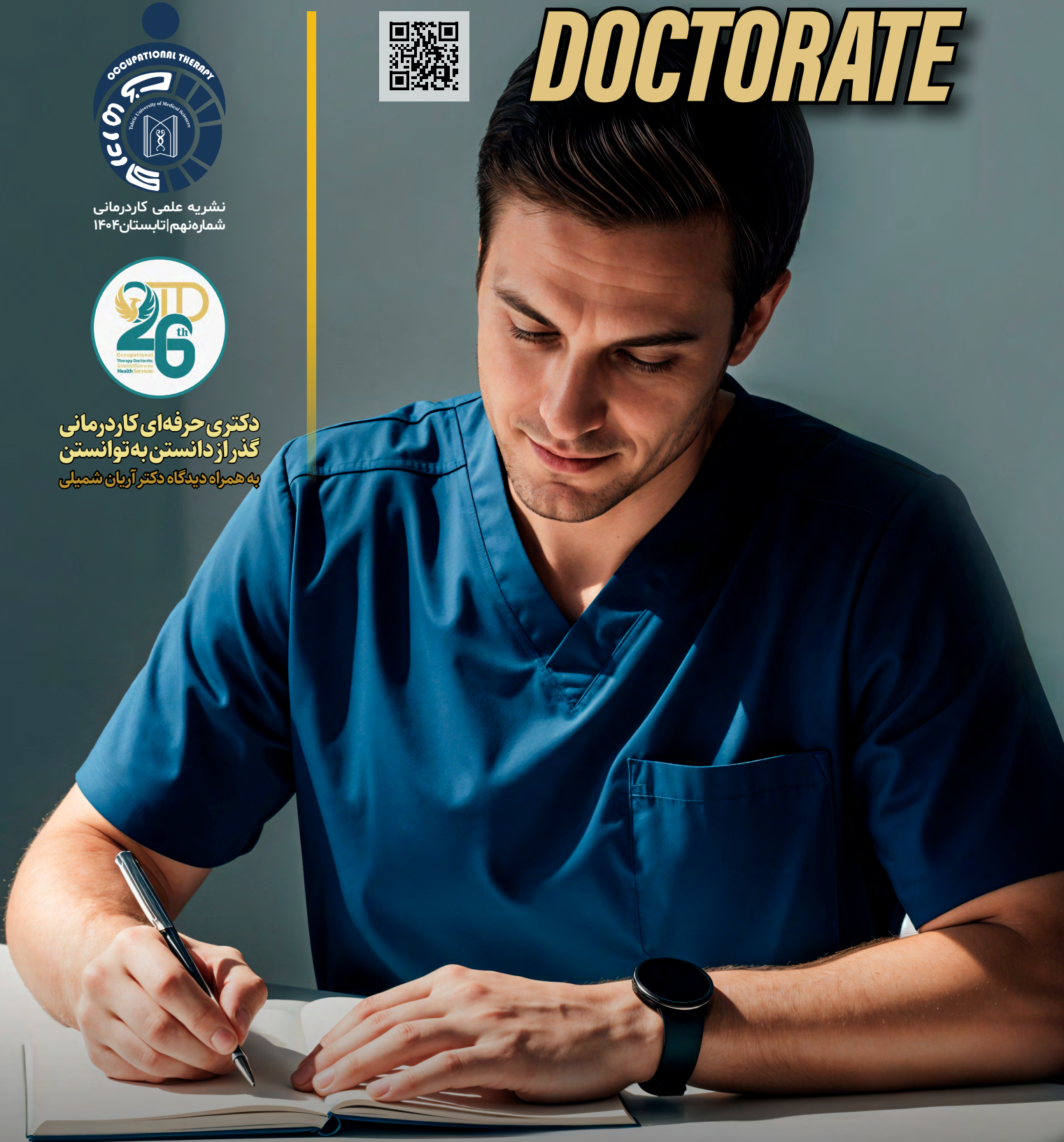
OCCUPATIONAL THERAPY DOCTORATE



نشریه علمی کاردرمانی
شماره نهم | تابستان ۱۴۰۴



دکتری حرفه‌ای کاردرمانی
گذرازدانستن به توانستن
به همراه دیدگاه دکتر آریان شمیلی



اوتیسم
از شناسایی تا مداخله



از یاد رفته
کاردرمانی، چراغی در تاریکی آلزایمر



گفت‌وگو
هم‌صحبتی با دکتر حسن وحیدی

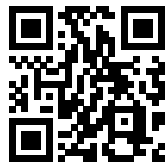




سفر هزار فرسنگ با یک قدم آغاز می‌شود.
لائوتسه (Laozi)



نشریه علمی کاردرمانی
شماره نهم | تابستان ۱۴۰۴



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

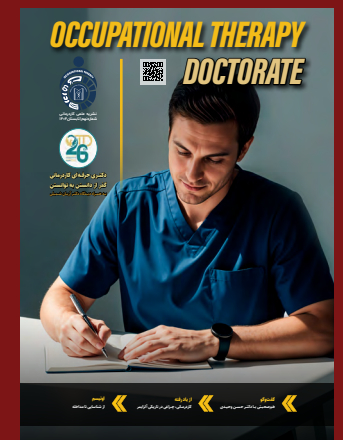
دانشگاه علوم پزشکی تبریز، جنب دانشکده پزشکی، ساختمان امید، طبقه سوم، خانه نشریات

| تلفن

۰۴۱۳۳۳۷۷۹۲



نشریه علمی کاردرمانی | دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سری دوم | شماره ۹ | تابستان ۱۴۰۴



شناسنامه

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

مدیر مسئول: مهدی طلائی

سر دبیر: یاسمین بغدادی نسب

اعضای هیئت تحریریه: زهرا احمدزاده،
اتابک آزاد خیابانی، زهرا ایجاد، سیاوش
ایزدنیا، یاسمین بغدادی نسب، پیام بهاری مقدم،
زهرا پورمحمدی وفا، مبین جمال زبردست، هانیه
غفارپور، مبین فلاح گل، نیما کریمی، محمدرضا
محمدزاده، کوثر مختاری، سانای مستوفی، محیا
نصیرالهیور

ویراستاری: مهدی طلائی، یاسمین بغدادی
نسب، سیاوش ایزدنیا، اسما شیرین زاده،
سانای مستوفی

گرافیک و صفحه آرایی: سیاوش ایزدنیا
(@SiaNotROHAM)

THERAPEUTIC USE OF SELF
IN INTENTIONAL RELATIONSHIP MODEL



۱۲

فهرست



۱. بنیان های کاردرمانی:	۸
چهره های ماندگار	۹
آشنایی با مدل های رایج در کاردرمانی	۱۲
۲. افق های کاردرمانی:	۱۶
گفت و گو	۱۷
دکتری حرفه ای کاردرمانی (OTD) [پرونده ویژه]	۱۹
یادداشت مهمان	۲۴
صدای نسل جدید	۲۶
۳. از تئوری تا بالین:	۲۸
از یاد رفته	۲۹
آموزش نوشتن و دستخط	۳۳
از هیجان تا بی حالی	۳۷
اوتیسم: از شناسایی تا مداخله	۴۲
فراتر از مسکن	۴۸
۴. دنیای هنر در کاردرمانی:	۵۲
نقاشی، دروازه ای به ذهن کودکان	۵۳
سینماتراپی	۵۶
کتاب نگار	۵۸

۲۰



۴۲

۴۱

سرمقاله

سلام و درود فراوان به همه خوانندگان و همراهان گرامی نشریه علمی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

مفتخریم که نهمین شماره از نشریه را با تحولاتی تازه و محتوایی غنی در اختیار شما قرار دهیم. در آغاز، بر خود لازم می‌دانم از زحمات و خدمات ارزشمند سرکار خانم آيسان مقتدر، سردبیر پیشین نشریه، که با همت و دلسوزی، سکandar این نشریه در دوره‌های پیشین بودند، صمیمانه سپاسگزاری کنم.

در این شماره، با ساختاری نو و بخش‌بندی موضوعی منسجم‌تر، می‌کوشیم نیازهای متنوع مخاطبان خود را پوشش داده و دریچه‌ای به‌سوی آخرین دستاوردها، چالش‌ها و رویکردهای حوزه کاردرمانی بگشاییم.

فصل نخست: بنیان‌های کاردرمانی

در این بخش، با مروری بر زندگی و خدمات چهره‌های ماندگار کاردرمانی، یاد و خاطره پیشکسوتان این عرصه را گرامی می‌داریم. همچنین، با معرفی مدل IRM، کوشیده‌ایم تا چارچوبی نظری و عملی برای درک بهتر فرایند مداخله در کاردرمانی ارائه دهیم.

فصل دوم: افق‌های کاردرمانی

در این بخش تلاش کرده‌ایم تا بیشتر به مسائل روز و دغدغه‌های صنفی کاردرمانی بپردازیم؛ در همین راستا در بخش پرونده ویژه، به بررسی ضرورت وجود دکتری حرفه‌ای کاردرمانی پرداخته‌ایم؛ گذاری از دانستن به توانستن که می‌تواند افق‌های تازه‌ای پیش روی علاقه‌مندان این رشته بگشاید.

در بخش گفت‌وگو، هم‌صحبتی صمیمانه‌ای با جناب آقای دکتر حسن وحیدی داشتیم تا از تجارب ارزشمند ایشان بهره‌مند شویم. در کنار این مطالب، یادداشت مهمان و بخش صدای نسل جدید، فضایی برای بیان دیدگاه‌های متفاوت و ایده‌های نو فراهم کرده است.

فصل سوم: از تئوری تا بالین

این فصل با نگاهی کاربردی، به موضوعاتی پرداخته که هر کاردرمانگر در محیط بالین با آن روبرو است. از نقش کاردرمانی در همراهی با بیماران مبتلا به آلزایمر گرفته، تا اهمیت آموزش نوشتن و دستخط در کودکان، و بررسی سطح برانگیختگی در اختلالات کودکان. همچنین، در بخش اوتیسم، مراحل شناسایی تا مداخله به بحث گذاشته شده و در نهایت مشکل شایع سردرد و راهکارهای کاردرمانی برای مدیریت آن بررسی شده است.

فصل چهارم: دنیای هنر در کاردرمانی

هنر، همواره زبانی است برای بیان احساسات و درونیات. در این شماره، با ادامه مجموعه پرتفردار تفسیر نقاشی کودک (قسمت پنجم)، به تحلیل نمادها و خطوط ترسیمی کودکان پرداخته‌ایم. همچنین، در بخش سینماترپی، فیلم «Away from Her» را به‌عنوان اثری تأمل‌برانگیز در زمینه سالمندی و رابطه عاطفی معرفی کرده‌ایم. در پایان، مروری بر کتاب «ارتباط بدون خشونت: زبان زندگی» داشته‌ایم؛ کتابی که می‌تواند در بهبود ارتباط درمانگر با مراجعین و حتی در زندگی شخصی، راهگشا باشد.

امیدواریم مطالعه این شماره برای شما سودمند و الهام‌بخش باشد. همانند گذشته، با آغوش باز پذیرای نظرات، پیشنهادات و نقدهای سازنده شما هستیم تا بتوانیم در مسیر بهبود و تکامل این نشریه، همواره همراهتان باشیم.

با سپاس و احترام،

یاسمین بغدادی نسب

سردبیر نشریه کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سخن مدیرمسئول

همراهان عزیز، دانشجویان پرتلاش و دل‌سوز کاردرمانی؛

با دلی آکنده از غرور و اندکی بغض، این شماره را پیش روی شما می‌گذاریم. مسیرمان ساده نبود؛ سه شماره اخیر نشریه را از دل خاموشی و فراموشی بیرون کشیدیم، بارها تا مرز ناامیدی رفتیم، اما دوباره زنده‌اش کردیم. بارها تنها ماندم، اما هر سختی، درسی شد و هر افتادن، گامی به‌سوی پختگی. امروز اما با لبخند و آرامش می‌گویم: بالاخره توانستم تیمی قوی، مصمم و الهام‌بخش را کنار هم بینم.

در میان همه‌ی آن روزهای طاقت‌فرسا، نامی هست که نمی‌توان از یاد برد، سیاوش ایزدنی‌ا، طراح خوش‌ذوقی که رفیق تنهایی‌ها و دادرس خستگی‌هایم بود. او جانی بیشتر از قبل به شماره‌های ۸ و ۹ نشریه کاردرمانی بخشید.

این شماره، آخرین شماره‌ای است که به‌عنوان مدیرمسئول افتخار همراهی شما را داشتم. حالا با خیالی آسوده قلم و کاغذ را به دست شما می‌سپارم؛ نوشتن را ادامه دهید؛ خلاق‌تر، جسورتر و پرانرژی‌تر از قبل. بدانید هر صفحه‌ای که از این پس منتشر می‌کنید، نه فقط نوشته‌ای در مجله، که پری از ققنوس کاردرمانی ایران است. با دلی روشن و دست‌هایی پرتوان جلو بروید، نه فقط نشریه بلکه آینده کاردرمانی از آن ماست.

صمیمانه از همه عزیزانی که بابت به ثمر رسیدن تلاش‌های شبانه‌روزی زحمت کشیدند، بسیار سپاسگزارم مخصوصاً از کسانی که به خاطر سخت‌گیری‌های بنده چه بسا بی‌مورد، اذیت شدند.

سلامت و سرزنده باشید!

مهدی طلانی

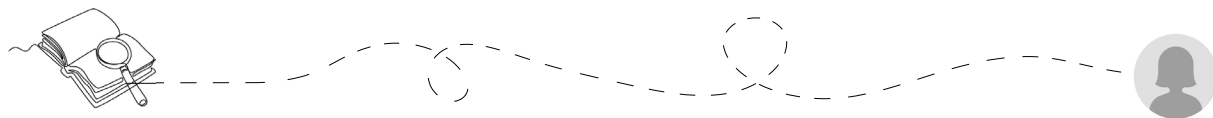
Mahtala.80@gmail.com



محمد رضا محمدزاده
دانشجوی سال سوم کاردرمانی

چهره‌های ماندگار

معرفی اشخاص تاثیرگذار در تاریخ کاردرمانی



در شماره‌های پیشین نشریه، به معرفی چندتن از پیشگامان برجسته‌ی کاردرمانی نظیر کلارک اسلاگل، ویلیام دانتون و جرج بارتون پرداختیم. در این شماره با یکی دیگر از چهره‌های ممتاز و نامدار در عرصه‌ی کاردرمانی آشنا خواهیم شد.



سرگذشت حرفه‌ای دکتر فیشر:

خانم فیشر استاد بخش کاردرمانی در دپارتمان پزشکی جامعه و توانبخشی در دانشگاه اومئو سوئد است.

ایشان تحصیلات کارشناسی خود را در سال ۱۹۶۹ در رشته کاردرمانی و در دانشگاه میشیگان غربی در کالامازو میشیگان ایالات متحده آمریکا گذراند.

کارشناسی ارشد کاردرمانی را در سال ۱۹۷۷ و تحصیلات دکتری را در سال ۱۹۸۴ از کالج سارجنت حرفه‌های پزشکی وابسته در بوستون ماساچوست ایالات متحده آمریکا گذراند.

پس از فارغ‌التحصیلی در سال ۱۹۶۹، او به‌عنوان درمانگر در بیمارستان و مرکز توانبخشی «مری فری بد» در گرند ریپیدز میشیگان مشغول به کار شد. سپس در سال ۱۹۷۰ به‌عنوان درمانگر توانبخشی به مرکز ناحیه‌ای کودکان قطع‌عضو در دپارتمان سلامت عمومی میشیگان در گرند ریپیدز پیوست. تا سال ۱۹۷۷، دکتر فیشر به‌وضوح مسیر شغلی خود را به‌عنوان استاد، پژوهشگر و مشاور تعریف کرده بود.

به‌عنوان یک پژوهشگر، او از مؤسسات ملی سلامت (بخش پیری)، شورای پژوهش سوئد و بنیاد کاردرمانی آمریکا، تسهیلات تحقیقاتی دریافت کرده است. وی در هیئت تحریریه چندین نشریه از جمله «Journal of Rehabilitation»، «Journal of Applied Measurement»، «Medicine»، «مجله اسکاندیناوی کاردرمانی» و «مجله آمریکایی کاردرمانی» عضویت دارد.

زمینه‌های تخصصی فعالیت ایشان عبارتند از: مدل‌سازی مفهومی در کاردرمانی، سنجش و اندازه‌گیری نتایج بالینی، توسعه و اعتبارسنجی ابزارهای ارزیابی، پردازش حرکتی، عملکرد مبتنی‌بر آکوپیشن.

پروفسور فیشر سابقه‌ای طولانی و درخشان در آموزش نسل‌های آینده کاردرمانگران دارد؛

مهم‌ترین سمت دانشگاهی او استاد ممتاز (Distinguished Professor) گروه کاردرمانی در دانشگاه ایالتی کلرادو (CSU) ایالات متحده آمریکا است.



۱. Anne G. Fisher

بنیان‌های کاردرمانی



او همچنین در سایر دانشگاه‌های معتبر جهان به‌عنوان استاد مدعو تدریس کرده و راهنمای ده‌ها دانشجوی دکتری و پژوهشگر پسادکتری بوده است.

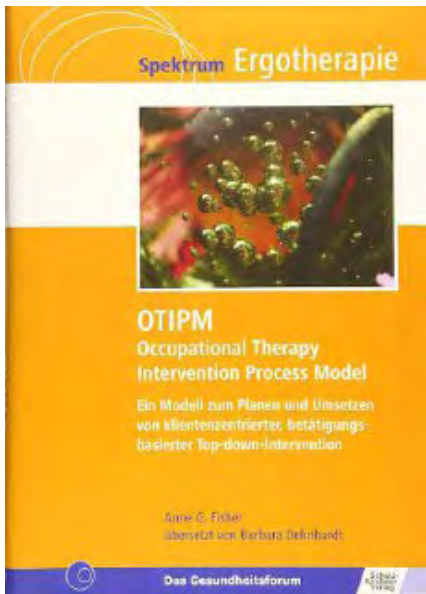
او در سال ۱۹۹۷ به‌عنوان سخنران «الانور کلارک اسلاگل» برای مشارکت‌های برجسته در تئوری و ارزیابی عملکرد انتخاب شد. دکتر فیشر در سخنرانی اسلاگل خود در سال ۱۹۹۸، برای اولین بار «مدل فرآیند مداخله کاردرمانی^۲» را معرفی کرد که یک مدل استدلال حرفه‌ای است که به کاردرمانگران امکان می‌دهد ارزیابی و مداخله مبتنی بر مراجع، مبتنی بر آکوپیشن و با رویکرد از بالا به پایین (Top-Down) واقعی را اجرا کنند.

به‌عنوان قلب خدمات و میراث پروفیسور فیشر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) توسعه مدل انجمن کاردرمانی آمریکا (AOTA)

پروفیسور فیشر یکی از معماران اصلی و سرپرست تیم بازنگری «چارچوب حوزه عمل کاردرمانی (OTPF)» و «فرآیند مداخله کاردرمانی (OTIPM)» بود که توسط انجمن کاردرمانی آمریکا (AOTA) منتشر شد. این چارچوب که در حال حاضر در نسخه چهارم خود (OTPF-4) قرار دارد، به‌عنوان «کتاب مقدس» حرفه کاردرمانی شناخته می‌شود. این مدل

۱. حوزه‌های اصلی تمرکز کاردرمانی (حیطه‌های عملکردی، زمینه‌ها، محیط‌ها و...) را تعریف می‌کند؛
۲. یک فرآیند استاندارد و منطقی برای ارزیابی، مداخله و ارزیابی نتایج ارائه می‌دهد؛
۳. زبان مشترکی را برای تمامی کاردرمانگران در سراسر جهان ایجاد کرده است و هویت مستقل این حرفه را تقویت می‌نماید؛
۴. پایه و اساس برنامه‌های درسی دانشکده‌های کاردرمانی، پژوهش‌ها و عمل بالینی است.



۲. Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

ب) ابداع مقیاس پردازش حرکتی و تعامل (AMPS)^۳

این دستاورد، شاهکار علمی پروفیسور فیشر محسوب می‌شود. AMPS یک ابزار ارزیابی استاندارد شده و مبتنی بر مشاهده است که:

- توانایی‌های حرکتی و پردازشی فرد را در حین انجام یک فعالیت واقعی و معنادار (مثل پختن غذا، نظافت منزل) اندازه‌گیری می‌کند.
- یک روش عینی و قابل اعتماد برای سنجش تغییرات عملکردی ناشی از مداخلات کاردرمانی ارائه می‌دهد.
- در جمعیت‌های مختلف از جمله سالمندان، افراد با آسیب‌های مغزی، اختلالات روانپزشکی و کودکان کاربرد دارد.
- در بیش از ۳۵ کشور جهان ترجمه و استاندارد شده و یکی از معتبرترین ابزارهای ارزیابی نتایج (Outcome Measurement) در کاردرمانی است.

AMPS اکنون بر روی بیش از ۱۵۰٬۰۰۰ نفر در آمریکای شمالی، اسکاندیناوی، اروپا، استرالیا، آسیا و خاورمیانه استانداردسازی شده است.

خانم فیشر همچنین یکی از توسعه‌دهندگان «نسخه مدرسه ارزیابی مهارت‌های حرکتی و فرآیندی» (School AMPS) و «ارزیابی تعامل اجتماعی» (ESI) است.

School AMPS بر اساس روش‌شناسی AMPS است و تنها ارزیابی مشاهده‌ای موجود را در اختیار کاردرمانگر قرار می‌دهد تا توانایی دانش‌آموز را در انجام تکالیف مدرسه که توسط معلم تعیین شده و در محیط طبیعی کلاس درس انجام می‌شود، مورد سنجش قرار دهد.

از «ارزیابی تعامل اجتماعی» برای ارزیابی کیفیت تعاملات اجتماعی افراد دو ساله و بالاتر، هنگام درگیری در تعاملات اجتماعی طبیعی، با شرکای معمول، در محیط‌های طبیعی استفاده می‌شود.

ج) توسعه مقیاس پردازش بینایی-مکانی (VSMS)

این ابزار، دیگر نوآوری پروفیسور فیشر است که برای ارزیابی مهارت‌های بینایی-ادراکی و یکپارچگی حسی افراد طراحی شده است. VSMS به‌طور خاص برای تشخیص مشکلات پردازش بینایی که در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (مانند لباس پوشیدن، پیدا کردن مسیر) اختلال ایجاد می‌کنند، استفاده می‌شود.

د) تألیف و پژوهش

پروفیسور فیشر نویسنده پرکاری است و آثار او از مراجع اصلی دانشجویان و متخصصان است. دکتر فیشر بیش از ۱۰۰ مقاله در مجلات حرفه‌ای دارای دآوری و بیش از ۳۰ کتاب یا فصل کتاب منتشر کرده است.

برخی از مهم‌ترین تألیفات او عبارتند از:

- Occupational Therapy Intervention: Process and Reasoning (به همراه Carolyn Rollins): یک کتاب درسی ضروری است که نحوه تفکر انتقادی و استدلال بالینی را به کاردرمانگران آموزش می‌دهد.
- Assessment of Motor and Process Skills (مجلدهای کامل در مورد AMPS).

۳. Assessment of Motor and Process Skills

- صدها مقاله پژوهشی در معتبرترین مجلات بین‌المللی کاردرمانی.

در سال ۲۰۱۹، او به همراه «ابی مارتیرلا» کتابی انقلابی و نوآورانه به نام «تمرین قدرتمند: مدلی برای کاردرمانی اصیل» (Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy) منتشر کرد. هدف این کتاب ارائه راه‌حل برای چالش‌های روزمره‌ای است که کاردرمانگران با آنها روبرو هستند تا بتوانند قدرت آکوپیشن (اشتغال و درمان از طریق فعالیت) را در عمل، آموزش و پژوهش تقویت کنند.

پروفیسور فیشر جوایز و افتخارات متعددی نیز دارند که به‌عنوان بخشی از آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عضو آکادمی پژوهش در کاردرمانی (AOTF Academy of Research)؛ این بالاترین افتخار برای یک پژوهشگر در این حرفه است.
- جایزه ای. جین آیرز (A. Jean Ayres Award)؛ از سوی بنیاد پژوهش کاردرمانی آمریکا (AOTF) برای مشارکت‌های برجسته پژوهشی در طول عمر.
- جایزه افتخاری انجمن کاردرمانی آمریکا (AOTA Honorary Award).
- جایزه رئیس جمهور انجمن کاردرمانی کانادا (CAOT).
- دریافت عنوان استاد ممتاز (Distinguished Professor) از دانشگاه ایالتی کلرادو؛ در سال ۲۰۰۱، او به‌عنوان استاد برجسته دانشگاه در دانشگاه ایالتی کلرادو منصوب شد، افتخاری که تنها به ۱۰ استاد اعطا

می‌شود که مشارکت‌های چشمگیر و قابل ملاحظه ملی و بین‌المللی برای حرفه خود داشته‌اند.

- در نوامبر سال ۲۰۰۰، دکتر فیشر مدرک دکترای افتخاری (hedersdoktor) را از دانشگاه اومئو سوئد دریافت کرد و نخستین کاردرمانگری است که تاکنون توسط این مؤسسه به این افتخار نائل شده است.

تأثیر خانم فیشر فراتر از مرزهای آمریکاست؛

او با سفر به کشورهای مختلف جهان (از جمله ایران، که برای برگزاری کارگاه‌های آموزشی AMPS دعوت شده است)، به ترویج

کاردرمانی مبتنی بر شواهد و استانداردهای علمی کمک شایانی کرده است. میراث او را می‌توان در سه محور اصلی خلاصه کرد:

۱. ایجاد وحدت و هویت: با توسعه چارچوب OTPF، او به ایجاد یک زبان و هویت مشترک و مستحکم برای حرفه کاردرمانی در جهان کمک کرد.

۲. علمی سازی practice (عمل): ابزارهای او مانند AMPS، عرصه عمل کاردرمانی را از یک حرفه «مبتنی بر شهود» به یک حرفه «مبتنی بر شواهد» (Evidence-Based) و قابل اندازه‌گیری تبدیل کرده است.

۳. آموزش نسل‌ها: او به‌عنوان یک استاد و راهنمای برجسته، نحوه تفکر و استدلال هزاران کاردرمانگر را شکل داده است.

در نهایت، باید گفت پروفیسور Anne G. Fisher بدون شک یکی از پرنفوذترین نظریه‌پردازان و محققان کاردرمانی در نیم قرن اخیر به شمار می‌رود. او با ترکیب بینش عمیق نظری و مهارت‌های دقیق و موشکافانه علمی، زیربنای مفهومی و بالینی حرفه کاردرمانی را متحول ساخته است. از چارچوب کلی حوزه عمل گرفته تا ابزارهای دقیق سنجش عملکرد، هر کاردرمانگری در هر نقطه‌ای از جهان، مستقیم یا غیرمستقیم، از دستاوردهای او بهره‌مند است. او نماد تعهد، نوآوری و برتری در حرفه کاردرمانی است.

پروفیسور فیشر پس از ۱۰ سال اقامت در سوئد، اکنون در شهر فورت کالینز در کلرادو زندگی می‌کند؛ اما همچنان به‌صورت پاره‌وقت به‌عنوان استاد در بخش کاردرمانی دانشگاه اومئو سوئد فعالیت می‌کند.

منابع:

۱. پروفایل دانشگاه ایالتی کلرادو (CSU)
۲. وبسایت <https://www.chhs.colostate.edu/bio-page/anne-fisher-2344/>
۳. وبسایت رسمی <https://www.ampsintl.com/>: AMPS
۴. انجمن کاردرمانی آمریکا (AOTA)
۵. بنیاد پژوهش کاردرمانی آمریکا (AOTF)



آشنایی با مدل‌های رایج در کاردرمانی مدل ارتباط آگاهانه (IRM)



زهرا پورمحمدی وفا
دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی



۶۶

در جست‌وجوی ابزار درمانی؟ چرا «خود درمانگر» نه؟

آیا تا به حال به این فکر کرده‌اید که مهم‌ترین ابزار درمان، خود شما هستید؟

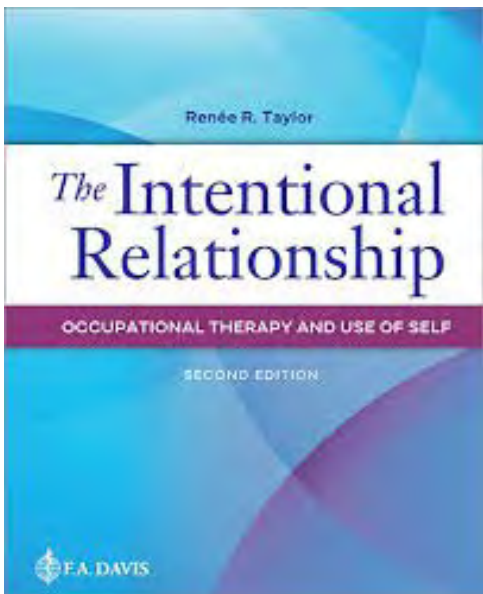
چقدر از خودتان به‌عنوان یک درمانگر شناخت دارید؟

آیا می‌دانید نوع رابطه‌ای که با مراجع برقرار می‌کنید، تا چه حد در موفقیت درمان تأثیر دارد؟

اگر این سوال‌ها برای شما تازگی دارند، یا اگر پیش‌تر به آنها فکر کرده‌اید و پاسخ دادن به آنها برایتان چالش‌برانگیز نبوده است، اکنون زمان مناسبی است تا دیدگاه خود را با نگاه مدل ارتباط آگاهانه (IRM)^۱ که توسط خانم رنه تیلور^۲ در سال ۲۰۰۸ معرفی شده است بازنگری کنید. این مدل می‌تواند به شما در طراحی نقشه‌ای نوین برای مسیر درمانی یاری رساند.



Renee Taylor, PhD
Professor
Occupational Therapy



۱. Intentional Relationship Model

۲. Renee R. Taylor

۳. Client's interpersonal characteristics

۴. Inevitable Interpersonal Events of Therapy

۱. ویژگی‌های بین‌فردی مراجع

- ویژگی‌های پایدار (Enduring): صفات نسبتاً ثابت مانند سبک ارتباطی، سبک کنار آمدن با استرس، یا میزان اعتماد بین‌فردی.
- ویژگی‌های موقعیتی (Situational): پاسخ‌های موقت که ممکن است در نتیجه بیماری، اختلال، یا تجربه‌ی خاصی در جلسات درمان بروز کنند.

۲. رویدادهای اجتناب‌ناپذیر بین‌فردی

لحظاتی حساس و گریزناپذیر در درمان که می‌توانند رابطه را تقویت یا تضعیف کنند. مثال‌ها: اشتباه در درک، مخالفت، سکوت، یا حس طرد شدن توسط مراجع.

این رویدادها از نظر IRM نه مشکل، بلکه فرصت‌هایی برای تعمیق رابطه درمانی در نظر گرفته می‌شوند.

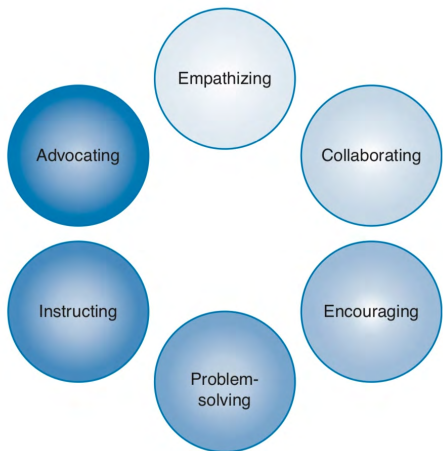
۳. استفاده‌ی درمانگر از خود

ترکیبی از سه عنصر است:

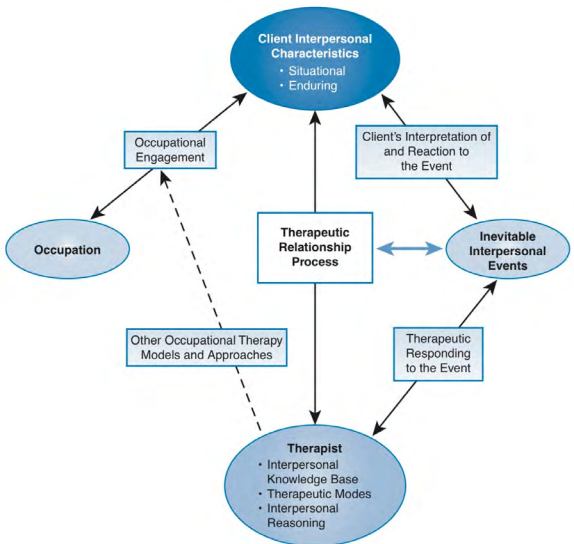
۱.۳. سبک‌های ارتباطی درمانگر

درمانگر باید از میان شش سبک، بسته به شرایط و نیاز مراجع، به‌صورت آگاهانه و قابل انعطاف استفاده کند:

- حمایت‌گری (Advocating): دفاع از حقوق و نیازهای مراجع در برابر محدودیت‌های اجتماعی و آگاهی بخشیدن به مراجع نسبت به حقوق خود.
 - مشارکتی (collaborating): درگیر کردن مراجع در تصمیم‌گیری‌ها و مسیر درمان.
 - همدلی (Empathizing): گوش دادن فعالانه، درک تجربه‌ی احساسی و تأیید آن.
 - تشویق کردن (Encouraging): برانگیختن انگیزه، استفاده از تشویق کلامی یا غیرکلامی.
 - آموزش‌محور (Instructing): ارائه‌ی آموزش مستقیم، بازخورد ساختاریافته و واضح.
 - حل مسئله (Problem solving): تکیه بر منطق، تحلیل و استراتژی در مواجهه با موانع درمانی.
- درمانگر ماهر کسی است که با انعطاف‌پذیری می‌تواند بسته به نوع رویداد و ویژگی‌های بین‌فردی مراجع، بین این سبک‌ها جابه‌جا شود.



۵. Therapeutic Modes



۲.۳. مجموعه‌ی مهارت‌های بین‌فردی^۳

مهارت‌های بین‌فردی درمانگر شامل طیفی از مهارت‌هاست که درمانگر آنها را به‌صورت هوشمندانه برای ایجاد یک رابطه کاری مؤثر با مراجع به‌کار می‌گیرد. از دیدگاه این مدل، بسته به تجربیات منحصربه‌فرد، دانش و ظرفیت‌های ذاتی درمانگر، برخی از این مهارت‌ها به‌طور طبیعی در فرد وجود دارند، درحالی‌که برخی دیگر نیازمند تلاش و تمرین زیادی برای توسعه هستند.

این مهارت‌های بین‌فردی در ۹ دسته کلی خلاصه شده‌اند:

- بیان احساسات (Emotional expression): توانایی ابراز و تنظیم احساسات به شیوه‌ای سالم و حرفه‌ای در رابطه با مراجع.
- لحن صدا (Tone of voice): استفاده آگاهانه از لحن، ریتم و شدت صدا برای انتقال پیام همدلانه.
- استفاده از زبان (Word choice & use of language): انتخاب واژگان متناسب با سطح درک شناختی و عاطفی مراجع.
- بیانات چهره‌ای (Facial expression): هماهنگی حالات چهره با پیام گفتاری و وضعیت مراجع (نشان‌دهنده‌ی همدلی، نگرانی، احترام و...).
- زبان بدن (Body language): زبان بدن حرفه‌ای و باز؛ مثل تماس چشمی، حالت نشستن، فاصله فیزیکی مناسب.
- حالت بدن (Gestures): استفاده از حرکات دست و بدن به‌عنوان مکمل ارتباط شفاهی.
- گوش‌دادن (Listening): مهارت در گوش‌دادن فعال؛ شامل تأیید، بازتاب و درک دقیق پیام‌های گفتاری و ناگفتاری.
- جهت‌گیری بدن (Physical orientation and proximity): جهت‌گیری بدنی (مثلاً روبه‌رو بودن با مراجع) و حفظ فاصله‌ی فیزیکی متناسب با راحتی و حریم مراجع.
- تماس چشمی (Eye contact): توانایی ایجاد یا پرهیز آگاهانه از تماس چشمی برای نشان دادن حضور ذهن و احترام.

۶. Interpersonal Skill Base





۳. مراجع قادر به مدیریت احساسات نیست: اگر مراجع به دلیل شدت احساسات، کنترل خود را از دست داده باشد یا آشکارا دچار مشکل در آرام کردن خود باشد، درمانگر باید از مودهای تشویق کننده (Encouraging) و همدلی (Empathizing) استفاده کند. ممکن است نیاز باشد از مهارت‌های کنترل فیزیکی خود و کنترل هیجانی خود بهره برد تا پاسخ‌دهی درمانی آرام و باثباتی ارائه دهد. همچنین، درمانگر باید از پیش‌دآوری یا سرزنش دوری کند تا احساس امنیت در رابطه باقی بماند.

۴. مراجع قادر به مدیریت احساسات است: اگر مراجع علی‌رغم احساسات شدید قادر است خود را کنترل کند درمانگر می‌تواند به‌صورت مشارکتی به حل مشکل بپردازد (Problem-Solving)، یا به استفاده از مودهای تشویق کننده (Encouraging) یا آموزشی (Instructing) روی آورد.

در اینجا تمرکز بر یافتن علل احساسات، حل تعارض یا شفاف‌سازی سوءتفاهم‌ها خواهد بود.

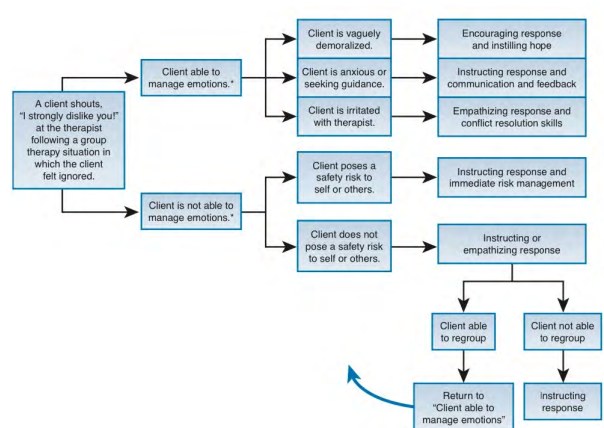
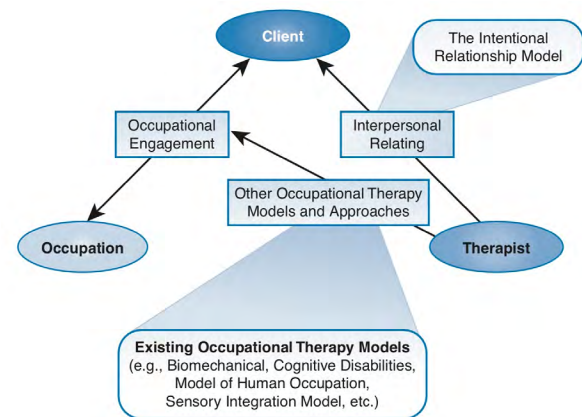
اما باید در نظر داشته باشیم اگر مشخص شود که احساسات ناشی از سوءتفاهم یا کمبود اطلاعات است، درمانگر می‌تواند مود آموزشی (Instructing) را به کار گیرد تا اطلاعات دقیق و کافی به مراجع بدهد و به کاهش احساسات منفی کمک کند. اگر احساسات ناشی از تجربه‌های گذشته باشد و ریشه در مسائل قدیمی‌تر یا خارج از کنترل فعلی درمان داشته باشد، مود همدلی (Empathizing) بیشترین کارایی را دارد. در این حالت درمانگر فقط باید گوش کند و حضور حمایتی خود را نشان دهد، نه اینکه فوراً وارد حل مسئله یا آموزش شود.

آیا با لنز IRM دنیای درمان را بهتر می‌بینیم؟

اینکه این مدل برای شما کاربرد دارد یا نه، یک سوال شخصی است.

اما با توجه به اینکه IRM به‌عنوان یک مدل واسطه‌ای می‌تواند با سایر مدل‌ها ترکیب شود و با تمرکز بر خودشناسی و ارتباط با مراجع به شما این امکان را می‌دهد که درمان را از زاویه‌ای متفاوت ببینید، می‌تواند به‌عنوان یک ابزار تکمیلی در رشد حرفه‌ای شما نقش بسزایی داشته باشد.

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



۳.۳. فرآیند استدلال بین‌فردی^۷

این فرآیند موجب تصمیم‌گیری‌های بین‌فردی آگاهانه می‌شود و شامل گام‌های زیر است:

درک بین‌فردی از مراجع، تشخیص رویداد بین‌فردی پیش‌آمده، انتخاب پاسخ استراتژیک (سبک مناسب)، طراحی پاسخ درمانی، ارائه‌ی پاسخ با مهارت‌های بین‌فردی لازم، نظارت بر واکنش مراجع، بازنگری و تنظیم رفتار بعدی بر اساس بازخورد.

۴. مشارکت کاری

در نهایت مشارکت فعال، هدفمند و معنادار مراجع را در فعالیتهای درمانی مدنظرمان خواهیم داشت.

کشف Therapeutic Modes : کلید بهبود رابطه درمانی

ابزار ارزیابی CAM-Observer با هدف ارزیابی استفاده درمانگر از خود در جلسات کاربردمانی طراحی شده است. این ابزار براساس مدل IRM توسعه یافته است و بینش دقیقی درباره‌ی توانایی‌های بین‌فردی کاربردمانگران ارائه می‌دهد. اگر در مورد کیفیت رابطه‌ی درمانی خود کنج‌کاو هستید، با تکمیل این ارزیابی به شناخت بهتر از خودِ درمانگرتان می‌رسید.

نقش تجربه در انتخاب Therapeutic Modes

طبق یک مطالعه‌ی مقطعی که در سال ۲۰۱۷ بر روی ۱۰۹ کاربردمانگر حرفه‌ای و ۹۶ دانشجوی سال دو کاربردمانی در نروژ انجام شد، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در انتخاب نوع ارتباط درمانی بر اساس تجربه دیده شد.

بر این مینا که کاربردمانگران حرفه‌ای بیشتر از حالت‌های Collaborating و Empathizing که نیازمند تجربه و توانمندی بالاتری می‌باشد، استفاده می‌کردند. درحالی‌که انتخاب دانشجویان کاربردمانی بیشتر Instructing و Advocating بود که می‌تواند تحت تأثیر ایدئولوژی‌های جدید توان‌بخشی ظاهر شده باشد.

تعامل در طوفان؛ رویکرد IRM با مراجع خشمگین

ظاهره در جلسه‌ی گروه‌درمانی بخش روان‌پزشکی شروع به توهین‌های کلامی به کاربردمانگرس می‌کند. با توجه به مدل IRM، درمانگر چه واکنشی باید نشان دهد؟

در مواجهه با رویداد بین‌فردی مهمی مثل ابراز احساسات شدید از سوی مراجع (مانند خشم، غم، ترس یا اضطراب) درمانگر علاوه بر کنترل واکنش خود، باید به‌صورت نظام‌مند بهترین استراتژی درمانی را انتخاب کند تا از آسیب به رابطه‌ی درمانی جلوگیری کند و به‌سمت بازسازی اعتماد حرکت کند.

۱. در موقعیت ابتدایی، مراجع به‌طور ناگهانی یا شدید احساسات خود را ابراز می‌کند (مثلاً گریه می‌کند، پرخاش می‌کند یا احساسات خود را به‌وضوح بیان می‌کند).

۲. اولین تصمیم: درمانگر ابتدا باید تشخیص دهد که مراجع قادر به مدیریت احساسات خود هست یا خیر؟

اگر بله: درمانگر می‌تواند به‌سمت حمایت از ابراز احساسات یا هدایت به حل مسئله حرکت کند.

اگر خیر: وارد مسیر مداخله فعال‌تر و حمایت فوری از مدیریت احساسات می‌شود.



یاسمین پشادی نسب
دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی

گفت‌وگو؛ هم‌صحبتی صمیمانه با جناب آقای دکتر حسن وحیدی



بسیار خوشحال و مفتخریم که در این شماره از نشریه در خدمت یکی از اساتید گران‌قدر گروه کاردرمانی علوم پزشکی تبریز، دکتر حسن وحیدی، هستیم تا با گفت‌وگویی صمیمانه از تجارب ارزشمند ایشان بهره‌مند شویم.

افق‌های کاردرمانی

۱. با سلام و احترام. در ابتدا خواهشمندیم خودتان را به مخاطبان ما معرفی بفرمایید و مختصری از مسیر تحصیلی و حرفه‌ای خود را بیان کنید.

- سلام خدمت شما و مخاطبان گرامیتان. اینجانب حسن وحیدی، دانشجوی دکتری تخصصی کاردرمانی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی هستم. بنده ورودی کارشناسی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۷ بودم و مقطع کارشناسی ارشد را در دانشگاه علوم پزشکی ایران گذراندم. قبلاً در حوزه جسمی و ذهنی کودکان فعالیت داشتم و در حال حاضر در حوزه جسمی-حرکتی بزرگسالان و ارتوپدی دست (هندتراپی) فعالیت می‌کنم.

۲. چه عواملی سبب شد که به‌طور ویژه به حوزه هندتراپی علاقه‌مند شوید؟

- حوزه هندتراپی یکی از قسمت‌های ویژه کاردرمانی است که ارزیابی و درمان در آن عینی‌تر و واضح‌تر است؛ در واقع بعد از گذشت چند جلسه پیشرفت مراجع را به‌خوبی می‌توان مشاهده کرد. به همین دلیل این قسمت از کاردرمانی برایم جذاب‌تر

است. مطالب در این حوزه به‌روزتر هستند و ممکن است با گذشت زمان تغییر کنند، بیماران به مدت زمان کمتری برای درمان احتیاج دارند و به‌طور قطع مشخص می‌شود که درمان نتیجه خواهد داد یا خیر؛ مثلاً به‌طور قطعی مشخص می‌شود تا چه اندازه می‌توانیم انتظاری که پزشک یا مراجع، از ما دارد را برآورده کنیم. در کل بیشتر رویکردهای میکال در این حوزه حاکم هستند تا رویکردهای سایکوسوشیال.

۳. از نظر شما فناوری‌های نوین (مانند واقعیت مجازی، ربات‌های توانبخشی و پرینت سه‌بعدی اسپلینت) چه نقشی در توانبخشی ایفا می‌کنند و آینده این حوزه را به‌ویژه در هندتراپی چگونه می‌بینید؟

- این سوال وسیع‌تر است و هرکدام از حوزه‌ها را باید جداگانه بررسی کنیم. به‌عنوان مثال واقعیت مجازی برای مدیریت درد در بیماران ارتوپدی می‌تواند مفید باشد. همچنین برای اختلالات عصبی اندام فوقانی یا برای شبکه بازویی هم مفید است؛ به‌عنوان مثال بیمارانی هستند که به‌دلیل درد زیاد اصلاً قادر به لمس کردن دستشان نیستیم و واقعیت مجازی می‌تواند شدت درد را در آنها کمتر کند، یا حتی می‌تواند فائکشن دست



اتابک آزاد خیابانی
دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی

دکتری حرفه‌ای کاردرمانی گذراز دانستن به توانستن

پرونده ویژه

فردای روزی که کلاه فارغ‌التحصیلی را به هوا انداختید به خاطر دارید؟!

در میان انبوهی از مشکلات پیچیده کاری، گویی دیواری نامرئی بین شما و اهدافتان وجود دارد!

شما می‌دانید که چگونه یک مفصل را حرکت دهید، یک مهارت روزمره را بازآموزی کنید یا محیطی را برای یک بیمار تطابق دهید.

اما چیزی عمیق‌تر شما را فرا می‌خواند!

بیمار نوجوانی که با یک آسیب نخاعی زندگی می‌کند، نه فقط به یک برنامه توانبخشی، بلکه به یک سیستم حمایتی یکپارچه نیاز دارد که از کلینیک شما آغاز می‌شود و تا خانه، مدرسه و جامعه‌ی او ادامه می‌یابد.

سالندی که به دلیل آلزایمر در حال از دست دادن استقلال خود است، نیاز به رویکردهای نوآورانه‌ای دارد که فراتر از پروتکل‌های استاندارد است.

با چالش‌هایی مواجه هستید که پاسخ آنها، در هیچ کتاب درسی یا دوره‌ی کارشناسی، به‌طور کامل نوشته نشده است!

یک شکاف عمیق احساس می‌کنید بین آنچه می‌دانید و آنچه برای ایجاد تحولی واقعی در زندگی مراجعتان نیاز دارید.

در حین کار با کودکی اوتیستیک، فقط تیتراهایی از انبوه مداخلات ممکن را به خاطر می‌آورید. همچنین در حین کمک به خانمی با مشکل همی‌پلژی، مردی با پیوند تاندون‌های دست، کودکی با مشکلات بینایی و غیره و غیره.

یک سوال بزرگ مانند یک کوه دور از دسترس، همیشه در ذهن شماست: «حالا چه؟»!

۶. چه تجربه‌ای از ارائه خدمات کاردرمانی در بخش‌های مختلف بیمارستان دارید؟ با چه چالش‌هایی روبرو بوده‌اید؟

- من در بخش‌های زیادی مشغول به کار بودم و اغلب مواقع بزرگترین چالشی که با آن برخورد داشتم و هنوز هم دارم، عدم تعامل صحیح بین کادر توانبخشی و پرستاری است؛ ما دیدگاه خودمان را داریم و آنها نیز دیدگاه خودشان را دارند، آنها چارچوب خودشان را دارند و ما چارچوب خودمان را. خیلی از مواقع به مشکل برمی‌خوریم؛ من سعی کرده‌ام که دید آنها را نسبت به توانبخشی عوض کنم ولی کمتر موفق بوده‌ام. احتمالاً به‌دلیل دیدگاه منفی که از نسل‌های قبلی دارند و نسل به نسل منتقل می‌شود، هنوز مقاومت می‌کنند. این هم زمان می‌برد و دل‌سوزی و تعهد بیشتری می‌خواهد تا کادر پرستاری را متقاعد کرد که ذات توانبخشی با مراقبت از بیمار فرق دارد.

۷. آیا مراجع خاصی در طول دوران حرفه‌ای شما بوده که نتیجه درمانش، عمیقاً شما را به عشق و ادامه کار در این رشته متعهدتر کرده باشد؟

- بله مراجعان زیادی داشتم، چه در حوزه‌ی هندتراپی چه در دیگر حیطه‌ها مثل NeuroRehab، موارد زیادی را دیدم که واقعا تاثیر توانبخشی بر آنها خیلی زیاد بوده است و حتی از مرگ هم نجات پیدا کرده‌اند. یا موارد دیگری که دست پا آرنجشان کاملاً خوب شده است و به عملکرد مستقل رسیدند، یا موارد سکنه مغزی که بهبود یافتند و زندگیشان را ادامه دادند.

۸. وضعیت فعلی کاردرمانی در ایران را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ به‌طور کلی چه چشم‌اندازهایی برای آینده متصور هستید؟

- درحال حاضر رشته کاردرمانی وضعیت خوبی دارد و روزبه‌روز پیشرفت می‌کند که این را مدیون اساتید و همکاران حرفه‌ای و دل‌سوز هستیم. چشم‌اندازهای آینده را می‌توانم این‌گونه شرح دهم: مورد اول اینکه توانبخشی در مراکز بهزیستی جای خودش را به توانبخشی خصوصی خواهد داد و به‌مرور زمان مراکز بهزیستی تعطیل خواهند شد، البته به شرطی که افزایش فقر ادامه نداشته باشد و وضعیت اقتصادی و معیشت مردم بهتر شود. مورد دوم اینکه کاردرمانگران بیشتر در بیمارستان‌ها فعالیت خواهند داشت؛ وزارت بهداشت برای بیمارستان‌های بزرگ ابلاغ می‌کند که هر بیمارستان باید بخش بستری توانبخشی داشته باشد. این موضوع فرصت شغلی خوبی را برای ما ایجاد می‌کند.

بسیار سپاسگزاریم که وقت خود را در اختیار ما قرار دادید. امیدواریم این گفت‌وگو راهنمایی ارزشمند برای دانشجویان، درمانگران جوان و تمامی علاقه‌مندان به ارتقای کیفیت خدمات کاردرمانی باشد.

را هم بیشتر کند. اما این نوع درمان باید درصد کمتری از وقت درمانی را به خودش اختصاص دهد و قسمت عمده درمان باید به همان روال قبلی خودش ادامه داشته باشد، مگر آنکه خود بیمار به‌صورت فوق‌العاده بعد از جلسات درمانی وقتی را برای این درمان اختصاص دهد. نسل جدید بیشتر با فضای مجازی درگیر هستند و به‌مرور زمان با توجه به غالبیت این نسل در جمعیت عمومی، درمان‌های مربوط به این حوزه می‌تواند بیشتر شود، اما این فناوری‌ها را برای درمان یک فرد سالند که از قبل هیچ‌گونه ارتباطی با این حوزه نداشته است، توصیه نمی‌کنم؛ ممکن است که این درمان به سخره گرفته شود. بنابراین درمان با فضای مجازی بهتر است به‌صورت فوق‌العاده و اغلب برای نسل جوان استفاده شود. در مورد رباتیک هم باید عرض کنم که این هم می‌تواند درمان خوب و موثری در حوزه هندتراپی باشد؛ به‌عنوان مثال می‌تواند برای اختلالات عصبی و یا دست‌های با کانترکچر زیاد و خشکی استفاده شود ولی مشکل آن این است که هزینه‌های درمان را زیاد می‌کند و نمی‌تواند پاسخ‌گوی قشر کارگر جامعه باشد. پرینت‌های سه‌بعدی هم تکنولوژی خیلی خوبی هستند که می‌توان هم برای ساخت الگو و هم برای ساخت خود اسپلینت از آن استفاده کرد، ولی اکثراً برای ساخت اسپلینت‌های استاتیک از آن استفاده می‌کنند. به نظر من برای ساخت اسپلینت‌های دینامیک هنوز توانایی ندارد و خود درمانگر باید این کار را بکند.

۴. چه مهارت‌ها یا دانشی را برای دانشجویان کاردرمانی که علاقه‌مند به تخصص در حوزه هندتراپی هستند، حیاتی می‌دانید؟

- دانشی که یک دانشجو باید در حوزه هندتراپی داشته باشد، ابتدا دانش آناتومی و بیومکانیک است که باید کاملاً بر آن مسلط باشد و همه‌ی مفاصل و حرکات آن را بشناسد، باید کاملاً لیگامان‌ها و تاندون‌ها و عضلات را بشناسد و بتواند اعصاب را به‌درستی شناسایی کند. دانش دیگر در ارتباط با بیماری‌های ارتوپدی و پاتولوژی آنها است؛ دانشجو باید تک‌تک بیماری‌ها و آسیب‌ها را بداند تا وقتی چنین مریضی مراجعه کرد بتواند با تسلط کامل به او پاسخ بدهد. از دیگر مهارت‌هایی که باید بلد باشد، یکی این است که باید به‌طور درست همه‌ی ارزیابی‌ها مثل ارزیابی‌های حسی-حرکتی را بلد باشد. به‌عنوان مهارت دیگر، تکنیک‌های درمانی را باید به‌خوبی بلد باشد؛ از ماساژ گرفته تا ساخت اسپلینت و استفاده صحیح از مدالیت‌های الکتریکی و دمای. دانشجو باید سعی کند هر تکنیکی را که به حوزه هندتراپی مربوط است و می‌تواند به‌کار ببرد را یاد بگیرد.

۵. در کار بالینی، چگونه بین رویکردهای «علمی و استاندارد» و «خلاقیت و تجربه شخصی» در طراحی پروتکل‌های درمانی تعادل برقرار می‌کنید؟

- در حوزه هندتراپی باید درصد بالایی از رویکردهایمان علمی و مبتنی‌بر شواهد باشد. از خودمان نمی‌توانیم اقدامی بکنیم، تجربیات ما هم باید تکرار رویکردهای علمی باشد و به نظرم نباید از خودمان خلاقیت به خرج دهیم. این مسئله در بقیه‌ی حوزه‌های توانبخشی کمتر ضرر دارد و اگر خلاقیتی به خرج دهیم در بدترین حالتش درمان ما تأثیری ندارد، اما در هندتراپی اگر اشتباه عمل کنیم کار جراح را خراب کرده‌ایم.





این نقطه همان جایی است که مأموریت حرفه‌ای شما وارد فاز جدیدی می‌شود؛ اینجا دکتری حرفه‌ای کاردرمانی^۱ آغاز می‌گردد. این مقطع تنها یک عنوان آکادمیک نیست؛ یک آزمایشگاه زنده برای رهبران تحول است! اینجا شما تنها یاد نمی‌گیرید که چگونه درمانگر بهتری باشید؛ شما یاد می‌گیرید که چگونه سیستم‌ها را بازطراحی کنید، سیاست‌ها را تغییر دهید و مداخلاتی خلق کنید که نه تنها یک فرد بلکه یک جامعه را تحت تأثیر قرار دهد.

دکتری حرفه‌ای؛ مفهومی جذاب اما گیج‌کننده!

دکتری حرفه‌ای، یک مقطع تحصیلی بالاتر از کارشناسی‌ارشد است که تمرکز اصلی آن بر کاربرد دانش در یک حرفه یا زمینه خاص عملی است نه صرفاً پژوهش آکادمیک محض. به عبارت دیگر، این مقطع برای افرادی طراحی شده است که می‌خواهند در حرفه خود متخصص و پیشرو باشند، نه اینکه لزوماً محقق یا استاد دانشگاه شوند. هدف اصلی دکتری حرفه‌ای، ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای و رهبری در یک حوزه‌ی خاص است. دانشجویان در این دوره، به جای تولید دانش کاملاً جدید (نظری)، یاد می‌گیرند که چگونه دانش موجود را برای حل مسائل پیچیده، واقعی و مرتبط با جامعه به کار بگیرند.

دکتری حرفه‌ای کاردرمانی (OTD)

- پیش از هر چیز لازم است که تمایز کلیدی بین دو مقطع دکتری روشن شود:
- دکتری حرفه‌ای (Professional Doctorate): یک مقطع عمل محور^۲ است که هدف اصلی آن، تربیت متخصصان بالینی خبره، رهبران بالینی، مربیان و کارآفرینانی است که بتوانند دانش پیشرفته را مستقیماً در محیط‌های عملی به کار گیرند و خدمات پیچیده‌تری را ارائه دهند.
- دکتری فلسفه^۳ (PhD): یک مقطع تحقیق/آموزش محور^۴ است که بر تولید دانش جدید و تربیت محققان آکادمیک متمرکز است.

حرفه کاردرمانی در راستای ارتقای جایگاه خود در سیستم‌های مراقبت بهداشتی و پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده جمعیتی، در حال گذار به سمت مدارج پیشرفته‌تر است. درحالی‌که مدارج کارشناسی و کارشناسی‌ارشد برای دهه‌ها استاندارد ورود به حرفه بودند، اکنون دکتری حرفه‌ای کاردرمانی، به‌عنوان یک مسیر پیشرفته در سطح بین‌المللی مطرح می‌شود.

برخی از کانون‌های جهانی ارائه‌دهنده دکتری حرفه‌ای کاردرمانی

- ایالات متحده آمریکا؛ پیش‌گام و استاندارد‌ساز:** در ایالات متحده، این مقطع به‌عنوان یک مقطع ورودی به حرفه^۵ شناخته می‌شود. بسیاری از دانشگاه‌های معتبر، دکتری حرفه‌ای کاردرمانی را به‌عنوان جایگزین یا گزینه پیشرفته‌تر در کنار کارشناسی‌ارشد کاردرمانی ارائه می‌دهند.
- انجمن کاردرمانی آمریکا:** از این گذار به سمت سطح دکتری، به‌عنوان راهی برای افزایش سطح خودمختاری حرفه، پاسخگویی به نیازهای بالینی پیچیده و تقویت نقش رهبری کاردرمانگران در تیم‌های بهداشتی حمایت می‌کند.
- کانادا:** دانشگاه‌های پیشرو برنامه دکتری حرفه‌ای کاردرمانی را به‌عنوان یک گزینه پیشرفته برای علاقه‌مندان توسعه داده‌اند.
- استرالیا و بریتانیا:** رویکرد دکتری حرفه‌ای برای متخصصان مجرب.

در این کشورها، برنامه دکتری حرفه‌ای مختص کاردرمانگران با سابقه است که به‌دنبال تعمیق تخصص بالینی، حرکت به سمت نقش رهبری یا تخصص در یک حوزه خاص مانند توانبخشی عصب، سلامت روان یا کودکان هستند.

- از کشورهای همسایه ارائه‌دهنده مقطع دکتری حرفه‌ای کاردرمانی می‌توان به پاکستان اشاره کرد که آن را تحت عنوان DOT^۶ ارائه می‌دهد.

ساختار و طول دوره

ساختار برنامه‌های دکتری حرفه‌ای کاردرمانی معمولاً سه مرحله اصلی دارد و به‌طور کلی بین دو تا سه سال پس از مقطع کارشناسی به طول می‌انجامد.

۱. مرحله پایه:

- دروس پیشرفته تئوری و بالینی: مانند مبانی و مدل‌های کاردرمانی، استفاده‌ی درمانی از آکوپیشن، نوآوری و توسعه برنامه‌های نوآورانه، پزشکی سبک زندگی^۸ و مداخلات مبتنی بر سبک زندگی و سلامت، روش‌های ارزیابی و درمان پیشرفته در حیطه‌های روانی-اجتماعی، بزرگسالان و سالمندان، کودکان، افراد درگیر سکتة مغزی، حرکت‌شناسی و تجزیه‌وتحلیل حرکت، آناتومی و فیزیولوژی، مدیریت درد، مداخلات مربوط به غذا خوردن، آموزش و توسعه مهارت‌های مربوط به تغذیه کودکان، مهارت‌های پیشادست‌نویسی، آشنایی با درمان‌های دارویی برای کاردرمانگران و داروشناسی و علوم اعصاب.

- دروس مربوط به مداخلات مبتنی بر شواهد: آموزش در زمینه تحقیق، ارزیابی نقادانه منابع و به‌کارگیری نتایج پژوهش‌ها در عمل.

- سیاست‌گذاری و رهبری در سلامت: آشنایی با سیستم‌های بهداشتی، سیاست‌گذاری، اخلاق حرفه‌ای و مهارت‌های مدیریت و رهبری در کلینیک.

۲. دوره‌های کارآموزی بالینی:

- در سطح اول: شامل کارآموزی در عرصه‌های مبتنی بر جامعه و جامعه‌محور، کارآموزی در زمینه سالمندان و کارآموزی در زمینه کودکان و نوزادان.

- در سطح دوم: شامل یک برنامه ۱۲ هفته‌ای برای آموزش تجربی و تمرین تمامی مهارت‌های نظری و عملی آموخته شده.

۳. پروژه کاپستون^۹:

این مرحله، قلب تپنده دوره دکتری حرفه‌ای و وجه تمایز اصلی آن از مقطع کارشناسی‌ارشد است.

این پروژه ۱۴-۱۶ هفته‌ای، یک تجربه منحصربه‌فرد است که در

آن دانشجوی یک نیاز واقعی در جامعه یا حرفه را شناسایی می‌کند، بر توسعه مهارت‌های تخصصی در یک حوزه خاص مانند توسعه یک برنامه مداخلاتی جدید یا برنامه‌نویسی برای اهداف خاص دیجیتال، تمرکز می‌کند.

این پروژه، لزوماً تولید یک مقاله پژوهشی نیست، بلکه می‌تواند تولید یک محصول، یک برنامه آموزشی یا اجرای یک سرویس جدید باشد.

OTD از نگاه متخصصان رشته

در ادامه، در خدمت دکتر آریان شمیلی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دبیر اجرایی اولین کنگره‌ی بین‌المللی و بیست‌وششمین کنگره‌ی ملی کاردرمانی ایران، خواهیم بود.

- جناب دکتر با توجه به ظهور و گسترش دکتری حرفه‌ای کاردرمانی در تعدادی از کشورهای جهان و نیز گسترش این مقطع در بین سایر رشته‌های توانبخشی در کشورمان، در مورد ایجاد مقطع دکتری حرفه‌ای کاردرمانی در ایران، چه نظری دارید؟

- با سلام. درمورد این سوال، اجازه دهید با یک مثال شروع کنم؛ تصور کنید دانشجویی که در مقطع کارشناسی کاردرمانی تحصیل می‌کند، با حجم زیادی از دانش نظری روبروست، اما فرصت کافی برای تمرین مهارت‌های بالینی در موقعیت‌های پیچیده مثل کار با بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) یا کار با کودکان مبتلا به سرطان را ندارد.

این کمبود زمان و تجربه‌ی عملی می‌تواند یکی از دلایل اصلی ایجاد دکتری حرفه‌ای کاردرمانی باشد؛ چراکه مقاطع کارشناسی‌ارشد و دکتری تخصصی نمی‌توانند این خلأ را پر کنند و





منابع:

1. AOTA, American Occupational Therapy Association
2. University of Essex / UK
3. Bond University of gold coast / Australia
4. Duke University school of medicine
5. Whitworth University
6. Rutgers-school of health professions
7. Saint Josephs University / Philadelphia
8. Ziauddin University / Pakistan
9. Sohail University / Pakistan



تمرکزشان بیشتر بر پژوهش است تا تربیت درمانگر بالینی مستقل. دکتری حرفه‌ای فرصتی فراهم می‌کند تا درمانگران، علاوه بر یادگیری دانش نظری، تجربه‌ی عملی گسترده کسب کنند و بتوانند پروژه‌های کاربردی اجرا کنند؛ مثلاً طراحی برنامه‌های توانبخشی جامعه‌محور برای سالمندان یا ارزیابی روش‌های نوین درمان دست در بیماران مبتلا به فلج مغزی.

هدف اصلی از ایجاد این مقطع، ارتقا کیفیت خدمات توانبخشی و افزایش تأثیر واقعی کاردرمانگران در زندگی بیماران است.

- از نظر شما، برای رسیدن به چنین هدفی، چه چالش‌هایی محتمل هستند؟

- راه‌اندازی دکتری حرفه‌ای کاردرمانی در ایران، با چالش‌هایی همراه است که با برنامه‌ریزی دقیق، قابل مدیریت هستند. یکی از مهم‌ترین آنها، تصویب رسمی توسط وزارت بهداشت، با هدایت بود و انجمن علمی کاردرمانی است تا این برنامه، معتبر و قانونی باشد.

دانشگاه‌ها نیز باید اساتید مجرب و با تجربه‌ی بین‌المللی در آموزش دکتری حرفه‌ای کاردرمانی داشته باشند تا کیفیت آموزش تضمین شود.

از سوی دیگر، زیرساخت‌های بالینی اهمیت زیادی دارند؛ دانشجویان نیاز دارند تجربه‌ی کار با بیماران مختلف را در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های مجهز کسب کنند؛ از جمله کودکان با اختلالات حرکتی، سالمندان و غیره.

علاوه بر این، هماهنگی برنامه‌ی جدید با ساختارهای موجود دکتری

تخصصی و کارشناسی‌ارشد و تضمین کیفیت آموزش مطابق با استانداردهای علمی، از دیگر چالش‌هایی است که نیازمند نگاه بلندمدت و مدیریت دقیق است.

- در صورت ایجاد مقطع دکتری حرفه‌ای، چه دورنمایی از آینده حرفه‌ای و علمی کاردرمانی در کشورمان متصورید؟

- اگر دکتری حرفه‌ای کاردرمانی، تصویب و اجرایی شود، آینده‌ی این رشته در ایران، بیش از پیش روشن و امیدبخش خواهد بود. فارغ‌التحصیلان می‌توانند نقش‌های بالینی و مدیریتی پیشرفته ایفا کنند. همچنین این افراد می‌توانند پروژه‌های پژوهشی کاربردی‌تری انجام دهند، مانند بررسی اثربخشی یک برنامه توانبخشی در یک بخش بستری در یک بازه‌ی زمانی طولانی یا ارزیابی برنامه‌های توانبخشی جامعه‌محور.

در مجموع، تصویب این مقطع می‌تواند باعث ارتقا کیفیت خدمات، افزایش اعتماد بیماران، توسعه‌ی علمی حرفه و تقویت جایگاه کاردرمانی ایران در سطح بین‌المللی شود و مسیر رشد حرفه‌ای و علمی درمانگران را هموارتر کند.

- بسیار ممنون بابت پاسخ‌های ارزشمندتان. در انتها، سخنی با مخاطبان دارید؟

- در پایان، به‌عنوان دبیر اجرایی اولین کنگره‌ی بین‌المللی و بیست‌وششمین کنگره‌ی کاردرمانی ایران و مسئول کمیته مشورتی انجمن کاردرمانی، از همه‌ی اساتید و صاحب‌نظران دعوت می‌کنم که در نشست‌های تخصصی مرتبط با تصویب دکتری حرفه‌ای کاردرمانی در تاریخ بیست‌و‌هشتم تا سی‌ام آبان‌ماه، مشارکت و هیئت‌مدیره‌ی انجمن را همراهی بفرمایند.

باسپاس

کاردرمانگر دکتر آریان شمیلی

جمع بندی

گسترش دکتری حرفه‌ای کاردرمانی، نشان‌دهنده یک تحول بلندپروازانه و پویا و پاسخی استراتژیک به افزایش پیچیدگی نیازهای بهداشتی جامعه و تلاش برای ارتقاء کیفیت مراقبت در این حرفه است.

یکی از مزایای اولیه دکتری حرفه‌ای کاردرمانی، کسب یک تجربه‌ی سنگ بنایی از کنکاش موضوعات پیشرفته، مداخلات مبتنی بر شواهد و حیطه‌های تخصصی کاردرمانی است. این تجربه به شما در توسعه‌ی فهمی جامع از زمینه‌های کاری کمک می‌کند و شما را برای ارائه مراقبت‌های موثرتر و تخصصی‌تر تجهیز می‌نماید. دکتری حرفه‌ای کاردرمانی درهایی به روی نقش‌های مدیریتی در سیستم‌های مراقبت و بهداشت در بخش‌های خصوصی و آکادمیک می‌گشاید.

با دکتری حرفه‌ای کاردرمانی شما در کار و پروسه تصمیم‌گیری، آزادی عمل بیشتر و مسئولیت‌های وسیع‌تری در زمینه‌هایی نظیر نظارت و هدایت درمانگران، برنامه‌های مشاوره‌ای و درمانی و یا پروژه‌های تحقیقاتی خواهید داشت.

در صورت علاقه‌مندی به ادامه و تعمیق مبحث دکتری حرفه‌ای کاردرمانی در شماره‌های بعدی نشریه، منتظر نظرات ارزشمندتان هستیم.



دکتر آریان شمیلی





آقای دکتر علی جهان

دکتری تخصصی علوم اعصاب و
عضو هیئت علمی گروه گفتاردرمانی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

و روانشناسان، مداخلاتی انجام می‌دهند که هم‌پوشانی و شباهت‌های زیادی به همدیگر دارند.

وقتی که به‌خاطر مسائل صنفی، موضوعات را مرزبندی می‌کنیم، باعث می‌شود که از نحوه‌ی نگاه‌های مختلف رشته‌های مختلف به آن موضوع مشترک، غافل شویم!

برای حل این مشکل باید انجمن‌های علمی وارد عمل شوند و مرزبندی‌های علمی و نه تعصبی انجام گیرد.

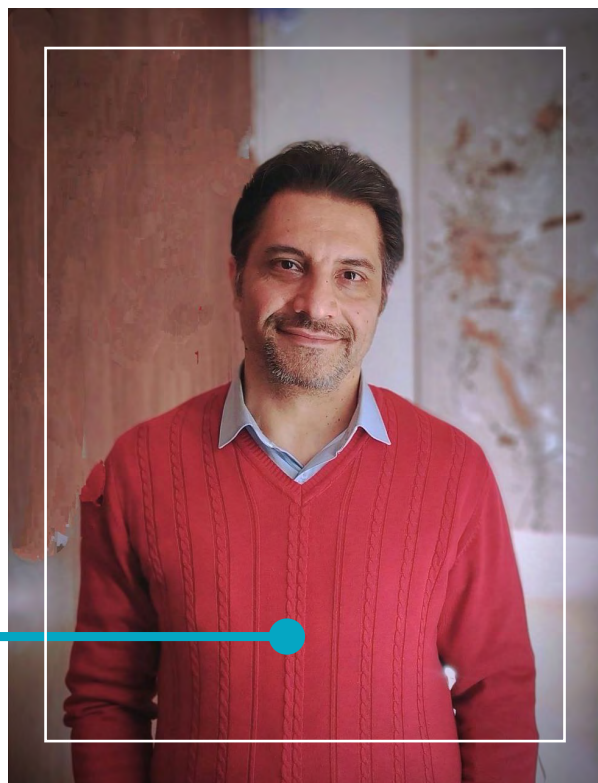
درباره آینده‌ی کار تیمی، اگر بخواهیم ادعا کنیم که کار تیمی مفید است، باید الگو و نمونه ارائه دهیم. افراد باید سود کار تیمی را به‌صورت عینی و عملی ببینند.

محل نشان دادن این نمونه‌ها، دانشگاه است. یعنی در کلینیک‌های مربوط به دانشکده‌ها، کار تیمی تمرین شود و به یک اولویت آموزشی تبدیل شود تا افراد به‌طور عملی با آن آشنا شده و سود کار تیمی را چه از لحاظ زمانی، چه درمانی و چه مالی، مشاهده کنند.»

صحبتی با خوانندگان

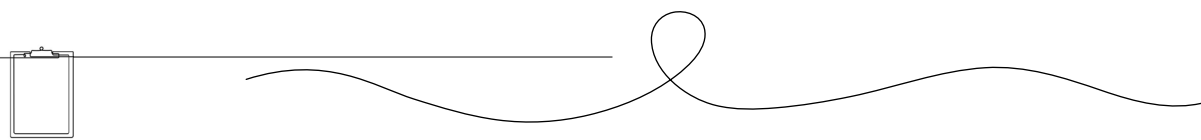
نظر شما چیست؟

آیا مرزبندی براساس تعیین مرز بین حیطه‌های کاری هر رشته، صحیح‌تر است یا مرزبندی براساس نحوه‌ی نگاه دیسپلین‌های مختلف به موضوعات و حیطه‌های یکسان و مدل‌ها و رویکردهای مداخله‌ای و اهداف خاص آن رشته در مداخلات مربوط به آن موضوعات و حیطه‌ها؟



اتایک آزاد خیابانی
دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی

یادداشت مهمان



«کار تیمی»، «همکاری بین رشته‌ای»؛ موضوعاتی روزآمد در دنیای سلامت که می‌تواند نویدبخش تحولاتی شگفت‌انگیز باشد. اما آیا این همکاری، واقعا آنقدر که می‌گویند بی‌نقص است؟ یا پشت پرده آن چالش‌هایی پنهانی نهفته که آن را به موضوعی داغ و بحث برانگیز تبدیل کرده است؟

تیمی‌ای که خودم دارم، راضی نیستم! برای کار تیمی نیاز است که زبان مشترک قوی بین دیسپلین‌ها وجود داشته باشد. علی‌رغم اینکه همه ما رشته‌های توانبخشی خوانده‌ایم، بیس مشترکمان خیلی ضعیف است! واحدهای زیادی نداریم به‌جز میانی توانبخشی که در حد دو واحد و خیلی ضعیف برگزار شده است.

فلسفه توانبخشی، مدل‌های توانبخشی، نحوه کار مشترک، یک بیس علمی کار شده نیاز دارد که در رشته‌های ما آموزش آن همگانی نیست. شاید کاردرمانگران بیشتر از همه با این موارد آشنایی داشته باشند.

مانند رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی که علوم پایه را می‌گذرانند، برای رشته‌های توانبخشی هم باید یک سری واحدهای مشترک باشد که همه بگذرانند و علوم پایه‌ای در نظر گرفته شود که هم‌زبانی جهت کار تیمی افزایش یابد.

وقتی موضوعات مشترک مطرح می‌شود، متأسفانه مسائل صنفی دخالت بیشتری می‌کنند در این قضیه؛ مسائل صنفی درحال حاضر، مرزبندی داینامیکی دارند و همکاران به‌خاطر احساس ترس صنفی، از همکاری پرهیز می‌کنند.

به‌طور مثال در مسائل شناختی، کاردرمانگران، گفتاردرمانگران

در این قسمت در خدمت آقای دکتر علی جهان (دکتری تخصصی علوم اعصاب و عضو هیئت علمی گروه گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز) هستیم تا در این رابطه نظر ایشان را جویا شویم.

«با سلام و احترام و با تشکر از وقتی که می‌گذارید، لطفاً بفرمایید چه تجربه‌ای از همکاری با کاردرمانگران در بالین داشته‌اید؟ در رابطه با کار تیمی و همکاری کاردرمانگر با گفتاردرمانگر، چه نظری دارید؟ چه آینده‌ای برای توانبخشی تیمی تصور می‌کنید و وضعیت موجود را چطور ارزیابی می‌کنید؟»

• دکتر جهان:

«همکاری‌های زیادی داشتیم؛ من همین الان هم با اساتید گروه کاردرمانی در ارتباطم؛ گاهی مریض‌ها را به‌صورت مشترک ویزیت می‌کنیم.

بیشتر در حیطه اوتیسم با آقای دکتر کاشفی‌مهر^۱ در ارتباطم. در مورد اختلالات حسی بیماران و طرح‌ریزی پلن کلی درمان صحبت می‌کنیم. در طرح‌ریزی کلی درمان برایم مهم است که نظر دو همکار هم‌افزایی شود. این همکاری براساس احساس نیازی است که به‌وجود می‌آید.

در مورد مسائل تیمی، اخیراً دو اتفاق افتاده است:

یکی اینکه تجویز می‌کنیم که ما باید کار تیمی انجام دهیم و یکی اینکه برحسب نیاز سراغ کار تیمی می‌رویم.

نگاه اول که دستوری و تجویزی است، متأسفانه حاکم‌تر است و ما فکر می‌کنیم چون گفته شده، باید این کار را انجام دهیم. معمولاً این نگاه مدت طولانی دوام نمی‌آورد و تیمی که تشکیل شده است خیلی زود از بین می‌رود.

نگاه دستوری و دکوری به این قضیه سودآور نیست، بنابراین افراد از آن پرهیز می‌کنند.

در مورد سوال دوم، من شخصا، از کیفیت این کار تیمی، حتی کار



۱. آقای دکتر بابک کاشفی‌مهر؛ دکتری تخصصی کاردرمانی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

صدای نسل جدید



محیا نصیرزاده پور
دانشجوی سال آخر کاردرمانی

با هر مراجع، از اشتباهاتم درس می‌گرفتم و این احساس ترس به تسلط تبدیل می‌شد.

در این مرکز، هر کودک دنیای منحصر به فردی داشت. برخی با اختلال طیف اوتیسم دست و پنجه نرم می‌کردند، برخی با تأخیرهای رشدی، برخی با آسیب‌های شناختی و فلج مغزی. این تنوع در اختلالات، چالش‌های متفاوتی پیش پای ما می‌گذاشت، اما در عین حال فرصتی غنی برای یادگیری بود. ما در این مرکز صرفاً کاردرمانگر نبودیم بلکه نقش‌های مختلفی بر عهده داشتیم. گاه مترجم بودیم؛ گریه‌ها، کلمات ناواضح، نگاه‌ها و اعمال کودک را به زبانی کارآمد ترجمه می‌کردیم و سعی داشتیم بفهمیم کودک در آن لحظه چه احساساتی دارد و به چه چیزی نیاز و علاقه دارد. در واقع نهایت تلاشمان را می‌کردیم تا به آن سخن ناگفته و درونی کودک برسیم و پاسخی درست به این رفتارها بدهیم. گاه دانش‌آموز بودیم؛ هر کودک برایمان یک معلم بود و ما مثل شاگردی به دنبال او راه می‌افتادیم تا از او کسب علم کنیم. گاه کودک با یک رفتار، قشقرق، عدم همکاری، عدم پیشرفت در روند درمان و... به ما تلنگر می‌زد و یادآوری می‌کرد که اطلاعاتمان در حوزه خاصی کافی نیست، پس می‌بایست دنبال منابع، اساتید و کتاب‌ها می‌گشتیم تا در جلسات بعد آماده‌تر و تسلط‌یافته‌تر شرکت می‌کردیم. گاه مشاور و گوش شنوا بودیم؛ وقتی مادران از سختی‌ها و نگرانی‌های خود می‌گفتند، سریعاً راه حل نمی‌دادیم بلکه با همدلی به حرف‌هایشان گوش می‌دادیم و درکشان می‌کردیم. گاهی با سخنانشان قلبمان هزار تکه می‌شد اما مجبور بودیم احساسات خود را کنترل کنیم. مثل وقتی که مادر یک نوجوان مبتلا به اوتیسم به درد و سختی‌های خود اشاره می‌کرد و می‌گفت: «کاش فرزندم زودتر از من بمیرد چون نگرانم اگر من نباشم چه کسی از او مراقبت خواهد کرد». در آن لحظه به یاد جمله نویسنده‌ی آلمانی، راینر ماریا ریلکه^۱، افتادم که گفته بود: «زودتر از من بمیر! تنها کمی زودتر، تا تو آبی نباشی که مجبور است راه خانه را تنها برگردد...».

ما در آن مرکز یک فرد بزرگسال نبودیم، بلکه همراه و دوستی هم‌سن خود کودک بودیم؛ با او بازی می‌کردیم، مسابقه می‌دادیم، نقاشی می‌کشیدیم، اشعار و سرودهای کودکانه را حفظ می‌کردیم و با هم می‌خواندیم. در آن لحظات دنیا برای ما درمانگران، فقط یک اتاق کوچک در بیمارستان اسدآبادی بود؛ جایی که کودک درونمان از حصار این جسم بزرگسال رهایی می‌یافت.

کم‌کم فهمیدم کارورزی برای من نه تنها یک تجربه آموزشی، بلکه آغاز یک سفر جدید در مسیر شغلی زندگی‌ام بود؛ سفری که قرار است تا انتهای آن با داستان‌ها و لطافت‌های انسانی زیادی روبرو شوم.

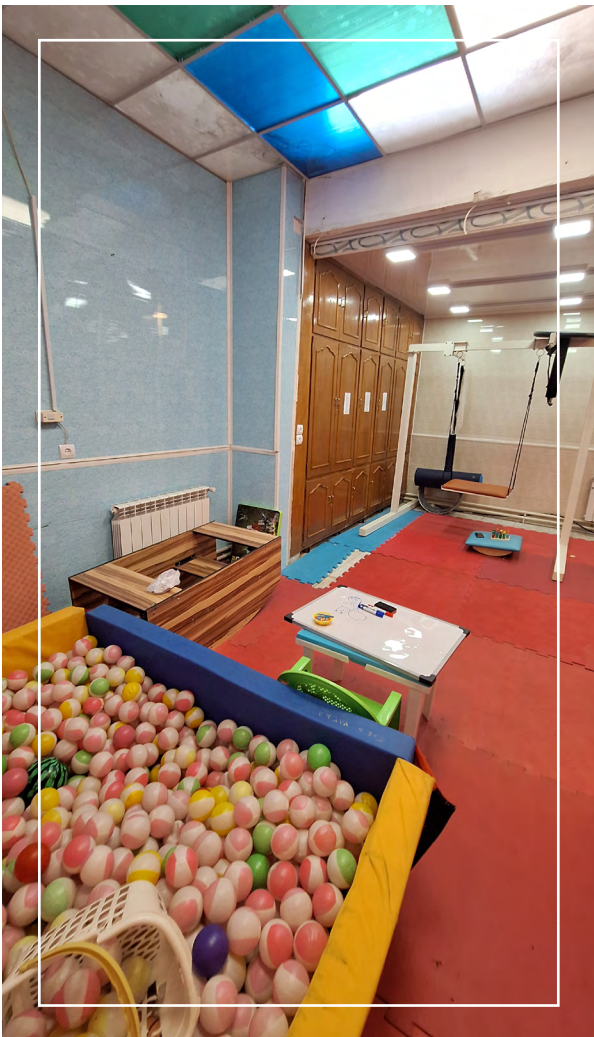
^۱ Rainer Maria Rilke

در این مسیر با چالش‌های فراوانی از جمله کمبود فضا، کمبود تجهیزات درمانی، شرکت نامرتب مراجعان و... مواجه شدیم؛ اما مهم‌ترین چالشمان ناامیدی بود. از اینکه جلسه‌ها و ماه‌ها می‌گذشتند ولی پیشرفت کمی در مراجعان می‌دیدیم خسته و ناامید می‌شدیم و به مداخلاتمان شک می‌کردیم. اما خیلی زود متوجه شدیم این ما هستیم که به واسطه تجربه کم، انتظارات بالا، شناخت و ارزیابی ناکافی از کودک، به دنبال تغییرات ناگهانی و بزرگ در درمان هستیم، درحالی‌که کاردرمانی هنر ریزبینی و دیدن تغییرات کوچک است. در واقع ما باید مثل کارگران معدن با صبر و دقت الماس‌های پیشرفت را از بین سیاهی‌های ناامیدی بیرون بکشیم.

لازم است به این نکته هم توجه کنیم که نتایج مداخلاتمان هیچ‌وقت بیهوده و بدون پیشرفت نبوده‌اند؛ گاهی اوقات پیشرفت یعنی لبخند کودک بعد از چندین جلسه گریه مداوم، گاهی یک دقیقه توجه بیشتر، گاهی تلاش عامدانه برای ارتباط و گاهی چند ثانیه ایستادن مستقل. پیشرفت مراجعان بسته به هر فرد متفاوت است و نباید با هم مقایسه شوند. زمان‌هایی که ناامید می‌شویم کافی است این جمله را به خود یادآوری کنیم: من بذرها را می‌کارم، اما گاهی رشد آنها زیر خاک است و دیده نمی‌شوند.

به خاطر بسپارید شما ناجی نیستید بلکه یک همراهید. مأموریت شما تغییر دادن کودکان نیست، بلکه کمک به آنها برای زندگی بهتر، مستقل‌تر و باکفایت‌تر است.

در آخر، بارزترین درسی که از کارورزی ترم شش به یادگار دارم این است که کاردرمانگر در عین وجود سختی‌ها و پیچیدگی‌ها باید همواره امید داشته باشد. در واقع همان‌طور که سلاح سرباز تفنگ است و ابزار نویسنده قلم و کاغذ، وسیله ما کاردرمانگران نیز فعالیت و آکوییشن است که از طریق آن باید امید و حس زندگی را به مراجعان تزریق کنیم.



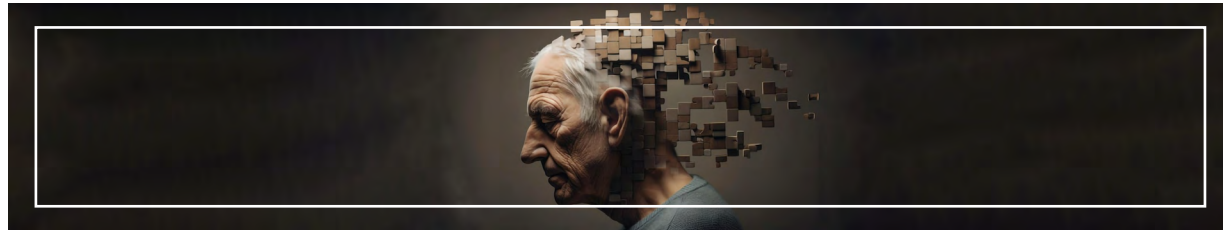


زهرا ایجاد
دانشجوی سال آخر کاردرمانی



از یاد رفته

کاردرمانی، چراغی در تاریکی آلزایمر



۲۱ سپتامبر؛ روز جهانی آلزایمر

روز جهانی آلزایمر، هر سال در ۲۱ سپتامبر برگزار می‌شود و فرصتی است برای:

- افزایش آگاهی عمومی درباره بیماری و علائم آن
- حمایت از بیماران و خانواده‌ها با برنامه‌های آموزشی و روانی
- ترویج پژوهش و پیشگیری برای کاهش بار بیماری
- ایجاد حس همدلی و امید در جامعه

این روز یادآور تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت زندگی میلیون‌ها نفر مبتلا و خانواده‌هایشان است. با دانش، آگاهی و همدلی، می‌توان چراغ امید را در دل آنان روشن نگه داشت و مسیر زندگی با آلزایمر را کمی روشن‌تر کرد.

اهمیت شناخت و مدیریت بیماری آلزایمر

آلزایمر بیماری‌ای است که هسته و بی‌رحمانه آغاز می‌شود. گاهی با فراموشی‌های کوچک، مانند جا گذاشتن کلید یا فراموش کردن نام آشنایان، خود را نشان می‌دهد، اما با گذر زمان، این لکه‌های کوچک فراموشی گسترده‌تر شده و خاطرات سال‌های دور و نزدیک را یکی‌یکی پاک می‌کنند.

این بیماری نورودژنراتیو با تخریب تدریجی سلول‌های عصبی و اختلال در ارتباطات بین آنها، توانایی‌های حیاتی مغز مانند حافظه، توجه، درک، زبان و حتی تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

آمارها هشداردهنده‌اند: بیش از ۵۵ میلیون نفر در جهان امروز با آلزایمر و سایر اشکال زوال عقل زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ این رقم از ۱۵۰ میلیون نفر هم فراتر رود. این اعداد تنها عدد نیستند؛ هر یک داستان یک زندگی، یک خانواده و شبکه‌ای از روابط انسانی‌اند که تحت فشار این بیماری قرار گرفته‌اند.



WORLD ALZHEIMER'S DAY
SEPTEMBER 21

روایت یک دختر از مراقبت مادری مبتلا به آلزایمر

«مادرم هفتاد سال دارد و حدود ده سال پیش اولین نشانه‌های آلزایمر را بروز داد. در ابتدا، پزشکان تنها احتمال ابتلا را مطرح کردند و گفتند باید منتظر تشخیص قطعی باشیم. لحظه‌ای که تشخیص قطعی اعلام شد، حس کردم زمین زیر پایم خالی شد و همه چیز از کنترل خارج شد. ناامیدی خانواده را فراگرفت و مدتی طول کشید تا بتوانیم واقعیت را هضم کنیم.

با پیشرفت بیماری، مادرم توان انجام کارهای روزمره مانند آشپزی و مدیریت خانه را از دست داد و حتی کنترل حرکات مستقل خود را از دست داد. مراقبت از او هر روز با چالش جدیدی همراه بود. سخت‌ترین بخش این مسیر، دیدن پریشانی، ترس و ناراحتی مادرم بود.

حمایت روانی و تعامل مثبت با بیمار، نه تنها فشار روحی مراقب را کاهش می‌دهد، بلکه احساس امنیت و آرامش را برای فرد مبتلا فراهم می‌کند.

به خانواده‌هایی که فردی مبتلا به آلزایمر دارند توصیه می‌کنم که هرچه سریع‌تر بیماری را بپذیرند و شرایط

زندگی خود و بیمار را با وضعیت جدید هماهنگ

کنند. پذیرش واقعیت باعث کاهش فشار روانی

و امکان ارائه مراقبت با کیفیت‌تر می‌شود.

توجه مستمر به نیازهای جسمی و عاطفی

بیمار و ایجاد حس امنیت، کیفیت زندگی

او را بهبود می‌دهد و مسیر مراقبت را

برای خانواده هموار می‌کند.»

این روایت تنها گوشه‌ای از زندگی با

آلزایمر است؛ بیماری‌ای پیچیده که نه

تنها حافظه، بلکه روابط، هویت و استقلال

فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

همراهی صبورانه و آگاهی از نیازهای

جسمی و روانی بیمار، می‌تواند مسیر

زندگی با این بیماری را برای همه

آسان‌تر کند.

از تئوری تا بالین



آلزایمر نه تنها استقلال فرد را محدود می‌کند، بلکه با تغییر نقش‌ها در خانواده، فشار روانی و عاطفی سنگینی بر مراقبان و عزیزان بیمار وارد می‌سازد.

با وجود پیشرفت‌های علمی، هنوز درمان قطعی برای آلزایمر یافت نشده است؛ اما این به معنای بی‌پناهی بیماران نیست. توانبخشی و به‌ویژه کاردرمانی مانند چراغی در مسیر تاریک بیماری عمل می‌کند. کاردرمانی با تمرکز بر توانایی‌های باقی‌مانده بیمار، طراحی فعالیت‌های هدفمند، آموزش مهارت‌های جبرانی، اصلاح محیط زندگی و حمایت روانی، تلاش می‌کند روند افت عملکرد را کند کرده و کیفیت زندگی بیمار و خانواده را ارتقاء دهد.

شناخت علمی و دقیق بیماری، همراه با اجرای مداخلات تخصصی کاردرمانی، به بیماران کمک می‌کند تا با محدودیت‌ها سازگار شوند، لحظات ارزشمند بیشتری را با استقلال تجربه کنند و خانواده‌ها نیز با امید و آگاهی بیشتری مسیر مراقبت را ادامه دهند.



مروری بر ماهیت و ویژگی‌های بیماری آلزایمر

بیماری آلزایمر یک اختلال نورودژنراتیو مزمن و پیش‌رونده است که عمدتاً با کاهش توانایی‌های شناختی، به‌ویژه حافظه، شناخته می‌شود. این بیماری با آسیب سلول‌های مغزی، پردازش‌های ذهنی را مختل کرده و موجب تغییر رفتار و اختلال در عواطف فرد می‌شود. آلزایمر شایع‌ترین نوع زوال عقل در سالمندان است و معمولاً پس از ۶۵ سالگی آغاز می‌شود، اگرچه نمونه‌های زودرس نیز مشاهده می‌شوند. علت دقیق بیماری هنوز به‌طور کامل مشخص نیست، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی در بروز آن نقش دارند. در مغز بیماران، تجمع پلاک‌های آمیلوئید^۱ و گره‌های نوروفیبریلاری^۲ باعث آسیب و مرگ تدریجی سلول‌های عصبی می‌شود؛ این روند به مرور مناطق حیاتی مغز مرتبط با حافظه، تفکر و رفتار را از بین برده و توانایی‌های روزمره فرد را مختل می‌کند.

علائم و نشانه‌های بالینی آلزایمر

علائم آلزایمر در آغاز می‌تواند گمراه‌کننده باشد، چرا که در افراد مختلف به شیوه‌های متفاوت بروز می‌کند. علائم این بیماری بستگی به ناحیه ای از مغز دارد که بیشتر تحت تأثیر بیماری است. یکی از نخستین و بارزترین نشانه‌ها اختلال حافظه است؛ فراموشی مکرر، ناتوانی در یادآوری اطلاعات تازه و پرسش‌های مکرر درباره اتفاقات اخیر از علائم ابتدایی به شمار می‌آیند. با پیشرفت بیماری، حافظه بلندمدت نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. تغییرات رفتاری و روانی نیز مشاهده می‌شوند؛ اضطراب، افسردگی، بی‌قراری و گاهی رفتارهای پرخاشگرانه یا توهم و هذیان، روابط اجتماعی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در کنار این‌ها، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره مانند پوشیدن لباس، آشپزی، خرید یا رعایت بهداشت فردی به‌تدریج کاهش یافته و بیمار نیازمند کمک بیشتری می‌گردد.

مراحل پیشرفت بیماری آلزایمر

پیشرفت آلزایمر معمولاً در چهار مرحله مشخص می‌شود. در مرحله نخست، تغییرات شناختی و رفتاری خفیف هستند؛ فرد ممکن است اضطراب داشته باشد، کنترل امور روزمره را دشوار ببیند و در انتخاب کلمات یا تمرکز بر مطالب دچار مشکل شود. عملکرد شغلی و اجتماعی تا حدی کاهش می‌یابد، اما استقلال فرد همچنان نسبی است.

با گذر زمان، علائم شدت می‌یابند و بیمار وارد مرحله دوم می‌شود. حافظه و تمرکز کاهش یافته، حل مسائل پیچیده دشوار می‌شود و یادگیری مهارت‌های جدید با مشکل مواجه است. برخی بیماران بیماری خود را انکار می‌کنند و تمایل به انزوا پیدا می‌کنند. در این مرحله، انجام فعالیت‌های روزمره مانند خرید، آشپزی یا مدیریت امور مالی به کمک نیاز دارد و وابستگی به مراقبان افزایش می‌یابد.

مرحله سوم بیماری با کاهش متوسط تا شدید توانایی‌های شناختی و جسمانی شناخته می‌شود. حافظه به شکل پیش‌رونده‌ای آسیب می‌بیند و اختلالات خواب، رفتارهای تکراری، توهم و هذیان شایع می‌شوند. بیمار ممکن است زمان، مکان و حتی اعضای خانواده را

نشناسد و نیاز به مراقبت جامع در فعالیت‌های پایه‌ای زندگی مانند پوشیدن لباس، غذا خوردن و رعایت بهداشت شخصی پیدا کند. علائم عدم کنترل ادرار و مدفوع آغاز می‌شوند و ارتباطات کلامی به‌شدت مختل می‌گردند.

در مرحله چهارم، آسیب‌های شناختی و جسمانی بسیار شدید می‌شوند و بیمار نیازمند مراقبت کامل و مداوم است. حافظه تقریباً از بین رفته و حتی نام اعضای خانواده فراموش می‌شود، اما ممکن است افراد آشنا را شناسایی کند. گیجی، اختلال در راه رفتن و تعادل و تخریب مهارت‌های حرکتی شایع است. توانایی برقراری ارتباط کلامی محدود به تک‌کلمات می‌شود و عدم کنترل ادرار و مدفوع، همراه با ناتوانی در غذا خوردن، مراقبت تخصصی و مستمر را الزامی می‌کند.

چالش‌های عملکردی و روانی در بیماران و خانواده‌های آنان

بیماری آلزایمر فراتر از یک اختلال پزشکی ساده است؛ این بیماری زندگی بیماران و خانواده‌هایشان را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی حافظه و توانایی‌های شناختی کاهش می‌یابند، استقلال فرد به آرامی از دست می‌رود و نیاز به مراقبت روزانه و حمایت مداوم افزایش می‌یابد. این تغییرات، خانواده‌ها و مراقبان را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه می‌کند که جنبه‌های جسمی، روانی و اقتصادی را در بر می‌گیرد.

- **کاهش استقلال بیماران:** یکی از بارزترین اثرات آلزایمر، کاهش توانایی انجام فعالیت‌های ساده روزمره است. کارهایی مانند پوشیدن لباس، غذا خوردن، مدیریت پول یا انجام امور خانه به‌تدریج دشوار می‌شوند. این محدودیت‌ها نه تنها فرد را از نظر جسمی آسیب‌پذیر می‌کنند، بلکه اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. در مراحل پیشرفته‌تر، حتی ساده‌ترین فعالیت‌ها بدون کمک مراقب غیرممکن می‌شود و خطر زمین خوردن و آسیب‌های جسمی افزایش می‌یابد.
- **فشار روانی و جسمی بر مراقبان:** مراقبت از یک فرد مبتلا به آلزایمر، به‌ویژه در مراحل میانی و پیشرفته، مسئولیتی سنگین و طاقت‌فرساست. اغلب اعضای خانواده این نقش را بر عهده دارند و تحت فشارهای روحی و جسمی زیادی قرار می‌گیرند. استرس و اضطراب مداوم : رفتارهای ناگهانی، تغییرات خلقی، سردرگمی و مشکلات ارتباطی بیمار باعث می‌شوند مراقب همیشه در حالت آماده‌باش باشد. نگرانی برای آینده و پیشرفت بیماری نیز به این فشارها دامن می‌زند.

- **خستگی جسمی:** مراقبت‌های بی‌وقفه، به‌ویژه بدون استراحت کافی، منجر به خستگی شدید و اختلال در کیفیت خواب می‌شود و سلامت جسمی مراقب را تهدید می‌کند.
- **انزوای اجتماعی:** بسیاری از مراقبان فرصت محدودی برای تفریح و ارتباط با دوستان و جامعه دارند، که احساس تنهایی و دورافتادگی را افزایش می‌دهد.

- **بار مالی:** هزینه‌های درمان، دارو، توانبخشی و خدمات حمایتی همراه با کاهش درآمد مراقب، به دلیل کاهش ساعات کاری یا ترک شغل، فشار اقتصادی قابل توجهی به خانواده‌ها وارد می‌کند. این فشارها نه تنها سلامت مراقبان را به خطر می‌اندازد، بلکه می‌توانند کیفیت مراقبت از بیماران را نیز کاهش دهند.

کاردرمانی در آلزایمر؛ از حفظ استقلال تا بهبود کیفیت زندگی

بیماری آلزایمر، همان‌طور که آهسته و پیوسته توانایی‌های شناختی و جسمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، زندگی بیماران و خانواده‌هایشان را وارد مسیر پرچالشی می‌کند. در این مسیر دشوار، کاردرمانی مانند نوری در تاریکی، نقش حیاتی در حفظ استقلال بیماران، تقویت توانایی‌های روزمره و کاهش فشارهای مراقبتی ایفا می‌کند.

در آغاز، وقتی فراموشی‌های کوچک و کاهش تمرکز ظاهر می‌شوند، زندگی هنوز جریان خود را دارد، اما نیاز به حمایت آغاز می‌شود. در این مرحله، کاردرمانی با تمرینات شناختی هدفمند و ایجاد تغییرات کوچک در محیط زندگی، به بیماران کمک می‌کند توانایی‌های خود را حفظ کرده و روزمرگی را بدون اضطراب مدیریت کنند. حضور خانواده‌ها و ایجاد فضای امن و حمایت‌گرانه، مانند سکوی پرشی است که بیماران را برای مراحل بعدی آماده می‌کند.

با پیشرفت بیماری، تغییرات عمیق‌تر می‌شوند و بیمار به مراقبت و حمایت بیشتری نیاز پیدا می‌کند. در این مرحله، کاردرمانی نه تنها بر حفظ توانایی‌های جسمانی و مهارت‌های روزمره تمرکز می‌کند، بلکه به مدیریت اضطراب، بی‌قراری و نوسانات خلقی نیز کمک می‌کند. اصلاح محیط زندگی برای کاهش خطر سقوط و ایجاد حس امنیت، به بیماران امکان می‌دهد همچنان استقلال خود را تجربه کنند و خانواده‌ها با اطمینان بیشتری نقش مراقبتی خود را ایفا کنند.

با شدت گرفتن بیماری، زمانی می‌رسد که توانایی‌های شناختی و جسمانی بیمار به حداقل می‌رسد و مراقبت به‌صورت تخصصی و جامع ضروری می‌شود. در این مرحله، کاردرمانی تلاش می‌کند با حفظ حرکات پایه، بهبود بهداشت فردی و ایجاد محیطی آرام و امن، کیفیت زندگی را تا حد ممکن بالا نگه دارد. آموزش مراقبان برای ارائه مراقبت ایمن و مؤثر، ستون اصلی این حمایت است و از فشارهای جسمی و روانی آنها می‌کاهد.

در نهایت، هنگامی که بیمار کاملاً به مراقبت مداوم نیاز دارد، کاردرمانی با تمرینات ملایم و تنظیم محیط زندگی، آرامش و امنیت را فراهم می‌کند. حمایت روانی و اجتماعی از بیمار و خانواده در این مرحله، همانند نسیمی آرامش‌بخش است که فشارهای روانی را کاهش می‌دهد و لحظات زندگی را ارزشمند نگه می‌دارد.

کاردرمانی فراتر از مراقبت از بیمار است؛ این رشته تخصصی، خانواده‌ها را توانمند می‌کند، فشارهای روزمره را کاهش می‌دهد و مسیر دشوار بیماری آلزایمر را قابل تحمل‌تر می‌سازد. کاردرمانی با رویکرد علمی، مرحله‌ای و فردمحور، نه تنها استقلال بیماران را حفظ می‌کند، بلکه کیفیت زندگی آنها و خانواده‌ها را به شکل قابل توجهی ارتقا می‌دهد و امید و آرامش را به خانه‌ها بازمی‌گرداند.





سانای مستوفی
کارشناس کاردرمانی

آموزش نوشتن و دستخط

Handwriting

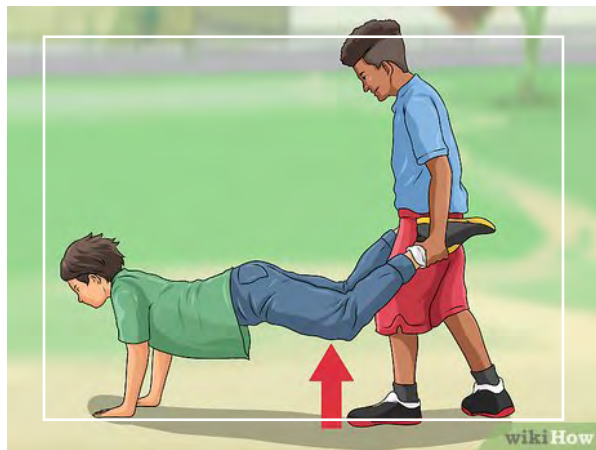


در شماره قبلی نشریه (شماره ۸) درباره اهمیت مهارت نوشتن در کودکان و پیش‌نیازهای آن صحبت کردیم. در این شماره به ارزیابی‌های لازم برای سنجش این مهارت خواهیم پرداخت.

یکی از فعالیت‌هایی که می‌توان برای ارزیابی قدرت بالاتنه و میان‌تنه استفاده کرد، راه‌رفتن چرخ‌دستی (wheelbarrow walk) است. کودک را در موقعیتی مشابه عکس زیر قرار می‌دهید، از پشت میج پاهایش را بلند می‌کنید و او باید روی دست‌هایش راه برود. به محض اینکه پاهای کودک را بلند می‌کنید، می‌توانید تون عضلانی را حس کنید. می‌توانید ببینید آیا در ستون فقرات بیش‌کشیدگی وجود دارد یا ستون فقرات افتاده است یا خیر. می‌توان دید آیا استخوان کتف بال‌مانند بیرون زده است؟ آیا کودک آرنج‌ها را قفل کرده‌است؟ آیا برای حفظ تعادل، وزنش را روی آرنج‌ها می‌اندازد؟

حین شروع حرکت می‌توانید ثبات میان‌تنه را ارزیابی کنید، آیا عضلات مرکزی از قدرت کافی برخوردار هستند؟ در مورد اندام فوقانی نیز همین‌طور؛ مثلاً آیا آرنج‌ها قدرت کافی تحمل وزن را دارند؟ این تمرین ساده، امکان مشاهده‌ی بالینی بسیار زیادی را فراهم می‌کند.

این تمرین را می‌توان با کودکان مهدکودکی (۵ ساله) تا حدود ۱۰ سالگی انجام داد.



دستخط یکی از اصلی‌ترین دلایل ارجاع به کاردرمانی در مدارس است. بنابراین در حین ارزیابی دستخط باید دید جامعی به مهارت‌های کودک داشته باشیم. در قدم اول ارزیابی، بهترین حالت مشاهده کودک در محیط طبیعی (مدرسه و کلاس درس) است. عملکرد کودک باید در حین فعالیتی که انجام می‌دهد مشاهده شود؛ اگر از ابزارهای دست‌ورزی استفاده می‌کند، الگوی گرفتن و نحوه‌ی واکنش به محیط کلاس بررسی شود. میلمان کلاس و تناسب میز و صندلی‌ها با قد و اندازه کودک نیز باید بررسی شود. اگر معلم در دسترس باشد، مصاحبه با او در مورد نگرانی‌ها و مشاهده‌هایش می‌تواند کمک شایانی به تکمیل مشاهدات بکند.

فاکتورهای فردی و مهارت‌های عملکردی مورد توجه برای ارزیابی دستخط:

- قدرت بالاتنه و میان‌تنه
- مهارت‌های حرکتی ظریف شامل: ترجیح دست، الگوی گرفتن مداد، قدرت دست و مهارت‌های دست‌ورزی
- مهارت‌های دیداری-حرکتی^۱
- ادراک دیداری
- پردازش حسی
- دستخط



ارزیابی قدرت بالاتنه و میان‌تنه

- Plank
- Push-ups
- Sit-ups
- Standing/Hopping on one foot
- Balance Beam
- Supervised Hanging
- Wheelbarrow walk

جمع‌بندی

بیماری آلزایمر هرچند چالش‌برانگیز و پیش‌رونده است، اما به معنای پایان استقلال و زندگی باکیفیت نیست. با شناخت درست، مداخلات هدفمند و حمایت‌های تخصصی، می‌توان مسیر بیماری را مدیریت کرد و کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌ها را به‌شکل قابل توجهی بهبود بخشید.

کاردرمانی، نقش یک همراه حرفه‌ای و مهربان را دارد؛ با تمرین‌های شناختی و عملکردی، اصلاح محیط زندگی و آموزش مراقبان، بیماران می‌توانند توانایی‌های خود را حفظ کنند و حتی در مراحل پیشرفته، آرامش و امنیت را تجربه کنند. خانواده‌ها نیز با آموزش و حمایت مناسب، می‌توانند فشار مراقبتی را کاهش دهند و لحظات باارزش بیشتری با عزیزان خود داشته باشند.

اگرچه هنوز درمان قطعی برای آلزایمر وجود ندارد، اما هر گامی که در مسیر پیشگیری، توانبخشی و آموزش برداشته می‌شود، امید و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.

پیام ما به بیماران، خانواده‌ها و جامعه این است: در این مسیر تنها نیستید؛ هر لحظه فرصت تازه‌ای برای تجربه استقلال، ارتباط و شادی وجود دارد. با حمایت تخصصی و همراهی همدلانه، می‌توان روزهای روشن‌تری ساخت و آینده‌ای پرامید برای مبتلایان به آلزایمر رقم زد.

منابع:

1. American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). AOTA Press
2. Pedretti, L. W., & Early, M. B. (2021). Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction (9th ed.). Elsevier
3. Hall, E. A., & Hoppes, S. (2019). Occupational therapy with aging adults: Promoting quality of life through collaborative practice. Elsevier
4. Alzheimer's Disease International. (2023). World Alzheimer report 2023: Reducing dementia risk: Never too early, never too late



تمرینات بعدی:

- قرارگیری در وضعیت پلانک (همانند تصویر روبرو)
- حرکت شنا و یا دراز نشست

با این روش‌ها می‌توان قدرت بدنی را در کودکان بزرگ‌تر نیز ارزیابی کرد.

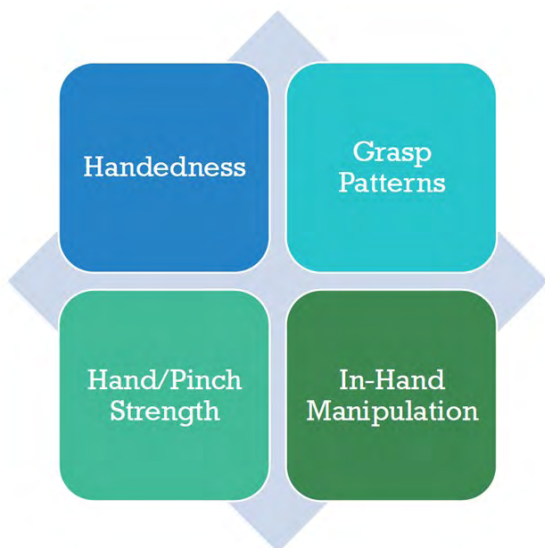


از جمله ارزیابی‌های استاندارد می‌توان به ابزارهایی مثل BOT یا M-FUN اشاره کرد.

مهارت‌های حرکتی ظریف

ارزیابی مهارت‌های حرکتی ظریف شامل بررسی ترجیح دست، الگوهای گرفتن، قدرت گرفتن و فشار و مهارت‌های درون‌دستی (in-hand manipulation) می‌باشد.

ابزارهایی مثل BOT یا Peabody، می‌توانند برای ارائه‌ی داده‌های عددی استاندارد مفید باشند.

**الگوهای گرفتن (grasp patterns):**

- معمولاً گرفتن پالمار (Palmar grasp) در سنین بسیار پایین، حدود ۳ تا ۴ ماهگی، مشاهده می‌شود.
- گرفتن از سمت اولنار (ulnar side) و رادیال (radial side) حدود ۶ تا ۹ ماهگی ظاهر می‌شود.
- گرفتن شنکشی (raking grasp) حدود ۵ تا ۹ ماهگی ظاهر می‌شود.
- گرفتن رادیال-دیجیتال (radial digital grasp) یا دیجیتال-رادیال، یا گرفتن سه‌نقطه‌ای (three-jaw chuck یا tripod grasp)، که در متون مختلف با نام‌های مختلفی آمده‌است، بین ۱۰ تا ۱۲ ماهگی ظاهر می‌شود. این نوع گرفتن با استفاده از انگشت شست و دو انگشت دیگر انجام می‌شود



و نسبتاً ماندگار است؛ ما این الگو را برای مدت طولانی استفاده می‌کنیم.

- سپس به گرفتن پینچ ضعیف‌تر (inferior pinch) برای اجسام کوچک‌تر حرکت می‌کنیم،
- و بعد از آن به گرفتن پینچ قوی‌تر (superior pinch) ممکن است بسته به شیئی که دست‌کاری می‌کنیم، بین این دو نوع گرفتن جابه‌جا شویم.

ارزیابی الگوهای گرفتن را می‌توان از طریق مشاهدات بالینی کودک حین انجام فعالیت سر کلاس انجام داد یا می‌توان از یک سری ابزار استفاده کرد.

برای ارزیابی قدرت دست و انگشتان (pinch)، می‌توان از مهره‌های پاپ (POP beads) استفاده کرد. این مهره‌ها، مهره‌های کوچکی هستند که در یک سر، یک توپ کوچک دارند و در سر دیگر، یک سوراخ. کودک توپ را درون سوراخ فشار داده و صدای «پاپ» می‌دهد. می‌توانید با آنها دست‌بند، گردن‌بند، مار یا کرم درست کنید. اگر کسی نخواهد دست‌بند یا گردن‌بند بسازد، اشکالی ندارد؛ مهم این است که این مهره‌ها نیاز به مقاومت دارند.

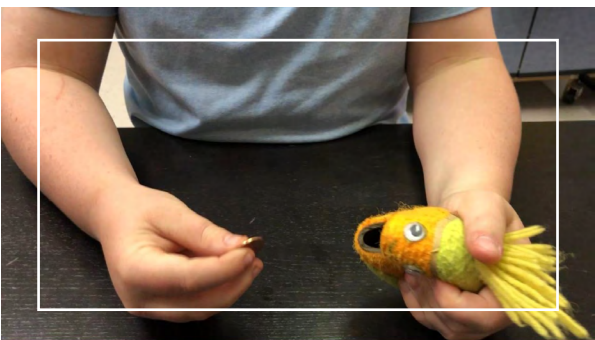
هر نوع اسباب‌بازی که در منطقه‌ی شما محبوب است، یا از قبل در کلینیکتان وجود دارد و نیاز به گرفتن سه‌نقطه‌ای (tripod grasp) و نیروی دست برای فشار دادن یا کشیدن دارد، می‌تواند برای ارزیابی قدرت گرفتن و پینچ مناسب باشد.

موارد دیگری را نیز می‌توانید در کلاس مشاهده کنید: آیا کودک می‌تواند درپوش ماژیک‌ها را باز کند؟ می‌تواند دوباره آنها را سر جای خود قرار دهد و «کلیک» کند؟ آیا می‌تواند درپوش چسب را باز کند؟ آیا می‌تواند یک برگه را از دفترش جدا کند؟ یا مثلاً می‌تواند ظرف‌های ناهار خود را باز کند؟ درب‌ها را بچرخاند یا بکند؟ تماشای کودکان حین انجام وظایف عملکردی، راه فوق‌العاده‌ای برای ارزیابی قدرت گرفتن و پینچ دست است. آیا آنها می‌توانند این مهارت‌ها را مشابه هم‌سالانشان انجام دهند؟

دست‌کاری درون‌دستی (In-hand manipulation):**۱. جابجایی با تثبیت (Translation with stabilization)**

در جابجایی با تثبیت، کودک صرفاً یک شی را از نوک انگشتان به کف دست می‌برد (پنهان می‌کند)، یا بالعکس از کف دست به نوک انگشتان منتقل می‌کند. برای ارزیابی این مهارت، می‌توان از سکه استفاده کرد. به کودک به تعداد سنش سکه دهید. مثلاً اگر پنج ساله باشد، پنج سکه در دستش می‌گیرد. سپس می‌توان از وسیله‌ای به نام «آقای پول (Mister Money)» استفاده کرد. این وسیله را از توپ تئیس درست می‌کنند و برشی به شکل دهان روی آن ایجاد می‌کنند. کودک

«آقای پول» را در یک دست نگه می‌دارد و سکه‌ها را در دست دیگر. هدف این است که بدون انداختن بقیه سکه‌ها، آنها را از کف دست به نوک انگشتان منتقل کند و در دهان «آقای پول» قرار دهد.



این تمرین باعث تفکیک دو بخش کف دست می‌شود و در ارزیابی بررسی می‌کند که آیا کودک می‌تواند بین بخش «ثابت» دست و بخش «متحرک» دست تمایز قائل شود یا خیر.

۲. چرخش با تثبیت (Rotation with stabilization)

این مهارت یک مرحله پیشرفته‌تر از قبلی است. کودک مهره‌هایی را نگه می‌دارد. او باید یک مهره را به سمت نوک انگشتان بغلتاند، درحالی‌که سایر مهره‌ها را در کف دست نگه می‌دارد (با بستن انگشتان روی آنها). سپس باید در نوک انگشتان آن مهره را بچرخاند. این کار شامل حرکت دینامیک بیشتری در نوک انگشتان می‌شود و نگه‌داشتن سایر انگشتان در وضعیت بسته را دشوارتر می‌کند.

مشاهده می‌کنید که آیا کودک قادر به انجام حرکات دینامیک مورد نیاز برای کنترل مداد در نوک انگشتانش هست یا خیر.

۳. مرتب‌سازی درون‌دستی (In-hand sorting)

کمتر پیش می‌آید که به ارزیابی این مهارت برسید چون کودکانی که با مشکل در نوشتن مواجه هستند معمولاً در همان دو مهارت قبلی (جابجایی و چرخش) مشکل دارند. مرتب‌سازی درون‌دستی سخت‌ترین مرحله است. در این مهارت، چهار مهره به کودک می‌دهید و می‌گویید: «مهره آبی را بیرون بیا». کودک باید با استفاده از حرکات ایزوله‌ی انگشتان و قوس کف دستی (Palmar arching)، مهره آبی را به نوک انگشتان منتقل کند و در مکانی که مشخص شده قرار دهد.

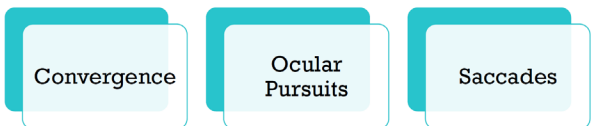
ارزیابی ادراک دیداری، مهارت‌های چشمی-حرکتی و پردازش حسی در ارزیابی دستخط:

یکی از مهم‌ترین مواردی که باید هنگام مشاهده‌ی کودک درحال نوشتن مدنظر قرار داد، مهارت‌های ادراک دیداری (visual perceptual skills) است. هفت مهارت اصلی در این حوزه وجود دارد که همگی در آزمون استاندارد TVPS (Test of Visual Perception) و بیشتر آنها در MVPT (Motor-free Visual Perception Test) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

- **تمایز دیداری:** تشخیص «ب» از «پ» از «ت»
- **حافظه دیداری:** به خاطر سپردن شکل هر حرف.
- **حافظه توالی دیداری:** حفظ کردن ترتیب حروف در کلمات (مانند حفظ املا).
- **اکمال دیداری (Visual closure):** پیش‌بینی اینکه یک حرف درحال نوشتن به چه شکلی کامل می‌شود.
- **روابط فضایی-دیداری:** رعایت فاصله مناسب بین حروف و کلمات (اندازه حروف).
- **شکل-زمینه دیداری (Visual Figure Ground):** توانایی خواندن یا نوشتن در پس‌زمینه‌های شلوغ.
- **ثبات شکل دیداری (Visual Form Constancy):** تشخیص اینکه حرف «A» همان «A» است، صرف‌نظر از اندازه یا نوع فونت.

مهارت‌های چشمی-حرکتی (Ocular Motor Skills): برای مداخله مؤثر در دستخط، باید مطمئن باشیم که کودک توانایی دیدن دقیق را دارد.

می‌توان یک غربالگری ساده برای تقارب بینایی (convergence) انجام داد. از یک شیء مناسب سن کودک (مثلاً چوب بستنی با شکل حیوان یا ایموجی) استفاده می‌کنیم. آن را به آرامی به سمت بینی کودک حرکت می‌دهیم تا ببینیم آیا در تقارن یا تمرکز مشکل دارد یا خیر. سپس، بررسی می‌کنیم که آیا می‌تواند یک شیء را در میدان دید خود دنبال کند. آیا معلم گزارش داده که کودک هنگام خواندن از روی تخته خطوط را جا می‌اندازد؟ یا کلمات را حذف می‌کند؟ اگر علائمی از مشکل در حرکات پرشی چشم‌ها (ساکاد) دیده شود، ارجاع به اپتومتریست رشد و تکامل بینایی ضروری است.



پردازش حسی (Sensory Processing): باید به پردازش حسی توجه ویژه‌ای داشت. مثلاً کودک ممکن است که هنگام نوشتن، مچ دست خود را بالا نگه دارد زیرا از احساس کشیده‌شدن دست بر روی کاغذ ناراحت می‌شود. برخی کودکان از درد هنگام نوشتن شکایت دارند یا به صدای مداد روی کاغذ یا گچ روی تخته حساسیت شنیداری دارند.

حس لمس (Tactile) ← احساس درد هنگام نوشتن، احساس سطح مداد، احساس کشیده شدن دست روی میز و غیره.

حس شنیداری (Auditory) ← صدای مداد یا خودکار روی سطح کاغذ، عوامل حواس‌پرتی شنیداری و غیره.

حس بینایی (Visual) ← تیزی بینی، مهارت‌های ادراک دیداری، عوامل حواس‌پرتی دیداری و غیره.

حس وستیبولار (Vestibular) ← توانایی نشستن راست بر روی صندلی، نیاز یا جست‌وجوی ورودی حسی وستیبولار و غیره.

حس عمقی (Proprioceptive) ← آگاهی از وضعیت بدن در فضا، وضعیت بدنی هنگام نوشتن، وزن مداد یا خودکار، آگاهی حرکتی (حرکت‌شناختی) انگشتان و غیره.





از هیجان تا بی‌حالی

اهمیت سطح برانگیختگی در اختلالات مربوط به کودکان



زهرا ایچادی
دانشجوی سال آخر کاربردی



زهرا احمدزاده
دانشجوی سال آخر کاربردی



آیا تابه‌حال به این فکر کرده‌اید که چطور می‌توانید در یک لحظه آرام و ریلکس باشید و در لحظه‌ای دیگر با تمام وجود در یک بازی هیجان‌انگیز شرکت کنید؟ این تغییر حالت، تا حد زیادی به سطح برانگیختگی^۱ شما بستگی دارد. برانگیختگی، در واقع میزان آمادگی و هوشیاری بدن شما برای دریافت محرک‌های محیطی و پاسخ به آنهاست. این سطح باید به اندازه‌ای باشد که بتوانید به‌خوبی تمرکز کنید و فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهید. اما چه اتفاقی می‌افتد اگر این سطح به‌درستی تنظیم نشود؟

همه ما گاهی اوقات احساس می‌کنیم که «حوصله نداریم» یا «انرژی زیادی داریم». این احساسات نشان‌دهنده سطح برانگیختگی ما هستند؛ به عبارتی میزان فعال بودن سیستم عصبی ما. سطح برانگیختگی، نقش حیاتی در عملکردهای روزمره ما ایفا می‌کند؛ از یادگیری و تمرکز گرفته تا تعاملات اجتماعی و توانایی آرام کردن خود. تنظیم مناسب سطح برانگیختگی به ما کمک می‌کند تا در شرایط مختلف، پاسخ‌های مناسب و سازگارانه‌ای از خود نشان دهیم. در برخی کودکان، تنظیم این سطح دشوار است.

تنظیم سطح برانگیختگی، یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که کودکان برای موفقیت در زندگی به آن نیاز دارند. این مهارت به آنها کمک می‌کند تا در مدرسه تمرکز کنند، با همسالان خود ارتباط برقرار کنند، احساسات خود را مدیریت کنند و به‌طور کلی، زندگی شاد و رضایت‌بخشی داشته باشند.

کودکی را تصور کنید که در کلاس درس بی‌قرار است، مدام از جایش بلند می‌شود و نمی‌تواند روی درس تمرکز کند یا کودکی دیگر که با کوچک‌ترین صدایی آشفته می‌شود و گوش‌هایش را می‌گیرد. شاید هم کودکی که در برقراری ارتباط چشمی مشکل دارد و نمی‌تواند در بازی‌های گروهی شرکت کند. این‌ها تنها نمونه‌هایی از مشکلاتی هستند که می‌توانند ناشی از اختلال در تنظیم سطح برانگیختگی باشند.

در کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم (ASD)، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، اختلالات یادگیری و اختلالات پردازش حسی، تنظیم سطح برانگیختگی اغلب با مشکل مواجه

می‌شود. این مسئله می‌تواند منجر به بروز طیف گسترده‌ای از مشکلات رفتاری، عاطفی و شناختی شود و کیفیت زندگی آنها و خانواده‌هایشان را تحت تأثیر قرار دهد.

عوامل تأثیرگذار در سطح برانگیختگی

سطح برانگیختگی یک فرآیند پویا و پیچیده است که توسط شبکه‌ای از ساختارهای عصبی و هورمونی کنترل می‌شود. ساقه مغز، به‌عنوان یک مرکز کلیدی، نقش مهمی در تنظیم سطح هوشیاری، توجه و پاسخ‌های حسی-حرکتی ایفا می‌کند. سیستم فعال‌ساز شبکه‌ای^۲ در ساقه مغز، با ارسال پیام‌های عصبی به سایر نواحی مغز، سطح برانگیختگی قشر مخ را تنظیم می‌کند. علاوه‌بر این، سیستم حسی (شامل حواس بینایی، شنوایی، لامسه، تعادلی و عمقی) نیز در تنظیم برانگیختگی نقش دارد؛ به‌طوری که محرک‌های حسی می‌توانند سطح برانگیختگی را افزایش یا کاهش دهند. سیستم هورمونی نیز با ترشح هورمون‌هایی مانند آدرنالین و کورتیزول، در پاسخ به استرس و هیجان، سطح برانگیختگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

محرک‌ها عبارتند از:

۱. محرک‌های داخلی

نیازهای فیزیولوژیکی مانند گرسنگی، تشنگی، درد و خواب بر سطح برانگیختگی تأثیرگذارند.

حالات هیجانی و احساساتی مانند اضطراب، شادی یا ترس می‌توانند باعث افزایش یا کاهش برانگیختگی شوند.

باین‌حال، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که چهار الگوی گرفتن وجود دارد که از نظر عملکردی قابل قبول و مؤثر (functional) هستند. اگر یکی از این چهار الگو وجود داشته باشد و کودک از درد یا خستگی زودرس شکایت نکند و دستخط او خوانا باشد، آن الگو قابل پذیرش است.

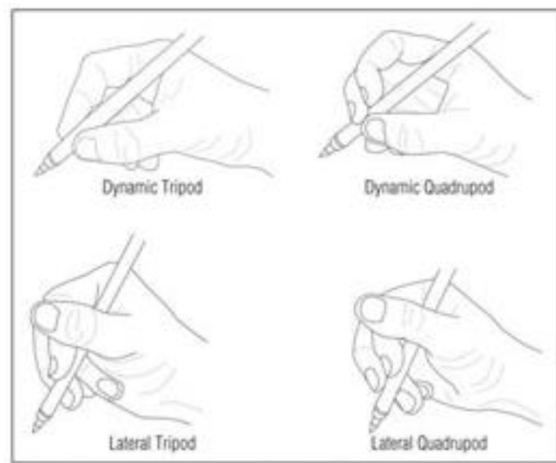
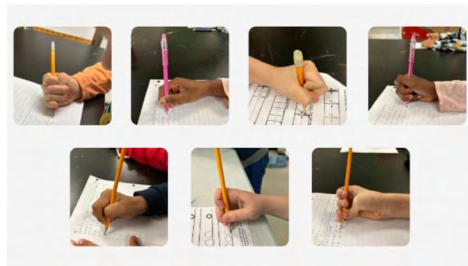


Figure 1. Four mature grasp patterns: Dynamic tripod, dynamic quadrupod, lateral tripod, and lateral quadrupod.

اما الگوهایی وجود دارند که غیرعملکردی (non-functional) محسوب می‌شوند. در تصاویر، کودکانی با این نوع گرفتن دیده می‌شوند:

- گرفتن مشت با شست پنهان شده؛ هدایت کامل با انگشت چهارم یا پنجم.
- نگه‌داشتن مداد به‌صورت عمودی و خارج از فضای بین انگشت شست و اشاره (web space)؛ که باعث کاهش دید و دقت در نوشتن می‌شود



منابع:

1. visual motor integration, and in-hand manipulation skills of school-age children and their manuscript handwriting speed. British Journal of Occupational Therapy, 79(3), 163-171. <https://doi.org/10.1177/0308022615600179>
2. H., Schwellnus, H., Carnahan, A., Kushki, H., Polata-jko, C., & Missiuna, T. (2012). Effect of pencil grasp on the speed and legibility of handwriting in children. The American Journal of Occupational Therapy, 66(6), 718-726. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004515>
3. Handwriting assessment presentation of OTECHO

پوسچر:

وضعیت بدن کودک نیز از مواردی است که باید در نظر بگیریم: آیا می‌تواند راست بنشیند؟ کنترل وضعیتی (Postural control) او چگونه است؟ آیا آگاهی بدنی (Proprioceptive awareness) مناسبی دارد یا مثلاً وقتی پشت میز می‌نشیند، پاهایش را گم کرده و از صندلی می‌افتد؟ تمام این مشاهدات در ارزیابی نقش دارند.

ارائه‌ی نمونه‌ی دستخط:

هنگام ارزیابی دستخط، به موارد زیر توجه می‌کنیم:

- وضعیت نشستن (posture)
- زاویه مچ دست و الگوی گرفتن ابزار نوشتن (grasp pattern)
- کیفیت نمونه: میزان خوانایی، شیوه‌ی شکل‌دهی حروف (آیا از ساختار «ball-and-stick» یا ساختار معکوس استفاده می‌شود؟)، اندازه‌ی حروف، فاصله‌ی بین حروف و کلمات، و چگونگی چینش روی خط چگونه است؟

برای اینکه نمونه‌ی دستخطی قابل اتکا تهیه شود، باید به چهار عامل اصلی توجه داشت:

۱. **وضعیت نشستن مناسب:** صندلی و میز باید متناسب با قد کودک باشد.
۲. **کاغذ مناسب:** استفاده از کاغذی که کودک با آن آشناست. برای مثال، در مهدکودک‌ها و کلاس اول از کاغذ سه‌خط (خط بالا، خط پایین، خط نقطه‌چین میانی) استفاده می‌شود. از کلاس دوم به بعد، بسته به سیاست کلاس، ممکن است به‌تدریج به کاغذ خطی عادی تغییر کند.
۳. **نوع وظیفه:** معمولاً از کودک می‌خواهیم که از نزدیک چیزی را کپی کند. گاهی، بسته به نگرانی معلم، از تخته نیز کپی می‌کنند. همچنین از آنها می‌خواهیم متن کوتاهی را از ذهن خود بنویسند، که بسته به سن متفاوت است.
۴. **وضعیت بدنی:** باید مطمئن شد که پاها روی زمین قرار دارند، زانوها و مچ پا در زاویه‌ی ۹۰ درجه هستند و کودک در حالت مناسبی قرار دارد.

الگوهای گرفتن ابزار نوشتن (Grasp Patterns)

در ارزیابی گرفتن ابزار نوشتن، موقعیت مچ بسیار مهم است. وضعیت ایده‌آل، کشش خفیف در مچ (wrist extension) است. اما بسیاری از کودکان مچ را در وضعیت خنثی (neutral) یا حتی خم شده (flexion) نگه می‌دارند که بازوی آنها را از سطح میز جدا می‌کند، مخصوصاً اگر هنوز از گرفتن استاتیک سه‌نقطه‌ای (static tripod) استفاده می‌کنند.

الگوی تکاملی گرفتن به شرح زیر است:

- **گرفتن مشت (Fisted):** بین ۱۲ تا ۱۸ ماهگی.
- **گرفتن pronated:** بین ۲ تا ۳ سالگی (برخی از آن عبور نمی‌کنند).
- **گرفتن چهار انگشتی (Quadrupod) یا سه‌نقطه‌ای استاتیک:** بین ۳ تا ۴ سالگی.
- **گرفتن سه‌نقطه‌ای پویا (Dynamic Tripod):** از ۴ سالگی به بعد؛ استاندارد طلایی محسوب می‌شود.



۲. محرک‌های خارجی

تحریک حسی مانند صداها، بلند، نورهای شدید، لمس ناگهانی و بوهای قوی معمولاً باعث افزایش برانگیختگی می‌شوند، درحالی‌که صداها، آرام، نور ملایم و لمس آرام اثر آرام‌بخش دارند. محیط‌های شلوغ و پرتحرک معمولاً سطح برانگیختگی را بالا می‌برند، درحالی‌که محیط‌های آرام باعث کاهش آن می‌شوند.

انواع سطوح برانگیختگی و تأثیر آنها بر عملکرد

- خواب:** پایین‌ترین سطح برانگیختگی است که با کاهش هوشیاری، فعالیت مغزی و پاسخ به محرک‌ها مشخص می‌شود.
- استراحت:** سطح برانگیختگی کمی بالاتر از خواب است. فرد در این حالت آرام و ریلکس است و انرژی خود را بازیابی می‌کند.
- هوشیاری آرام:** فرد هوشیار است، اما سطح انرژی و توجه او متوسط است. این حالت برای فعالیت‌های روزمره مانند غذا خوردن و صحبت کردن مناسب است.
- هوشیاری متمرکز:** بالاترین سطح برانگیختگی بهینه است. فرد در این حالت کاملاً متمرکز و هوشیار است و می‌تواند به‌طور مؤثر به محرک‌ها پاسخ دهد. این حالت برای یادگیری، حل مسئله و انجام کارهای پیچیده ضروری است.
- برانگیختگی بیش از حد:** سطح برانگیختگی بسیار بالا است. فرد در این حالت مضطرب، تحریک‌پذیر و پریشان است و نمی‌تواند به‌طور مؤثر تمرکز کند یا تصمیم بگیرد.



در محیط‌های یادگیری و کاری، سطح متوسط تا بالای برانگیختگی برای تمرکز و بهره‌وری مفید است. سطح پایین برانگیختگی (مانند خواب‌آلودگی) می‌تواند کارایی را کاهش دهد.

Arousal Steps



اهمیت تنظیم arousal در کودکان مبتلا به اختلالات مختلف

مشکل در تنظیم برانگیختگی در کودکان مبتلا به اختلالات مختلف به شکل‌های گوناگونی بروز می‌کند و تأثیر قابل توجهی بر عملکرد روزانه، تعاملات اجتماعی و یادگیری آنها دارد. در ادامه به بررسی چگونگی بروز این مشکلات در اختلالات مختلف می‌پردازیم:

۱. اوتیسم (ASD)

حساسیت‌های حسی: کودکان مبتلا به اوتیسم اغلب حساسیت‌های حسی غیرمعمولی دارند. برخی ممکن است بیش از حد به صداها، نورها، بافت‌ها یا بوها حساس باشند (over-responsive)، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است به‌دنبال تحریکات حسی بیشتر باشند (under-responsive). Over-responsive: این کودکان ممکن است با صداها، بلند، نورهای روشن یا لمس‌های غیرمنتظره دچار برانگیختگی بیش از حد شوند. این وضعیت می‌تواند منجر به اضطراب، بی‌قراری، اجتناب از موقعیت‌های خاص و رفتارهای تکراری شود. برای مثال، کودکی ممکن است گوش‌های خود را در برابر صداها معمولی بپوشاند یا از پوشیدن لباس‌های خاصی به‌دلیل بافت آنها خودداری کند.

Under-responsive: این کودکان ممکن است به‌دنبال تحریکات حسی شدیدتر باشند تا احساس کنند. آنها ممکن است اشیاء را به‌شدت لمس کنند، بچرخانند یا به‌دنبال فعالیت‌های پرتحرک باشند. این رفتارها می‌توانند به‌عنوان راهی برای تنظیم سطح برانگیختگی خود در نظر گرفته شوند.

مشکل در انتقال بین فعالیت‌ها: تغییر ناگهانی در فعالیت‌ها یا محیط‌ها می‌تواند برای این کودکان بسیار دشوار باشد و منجر به برانگیختگی بیش از حد و رفتارهای چالش‌برانگیز شود.

۲. اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)

بیش‌فعالی و تکانشگری: کودکان مبتلا به ADHD اغلب در تنظیم سطح فعالیت و کنترل تکانه‌ها مشکل دارند. آنها ممکن است به‌طور مداوم در حال حرکت باشند، نتوانند آرام بنشینند و به‌طور ناگهانی و بدون فکر عمل کنند.

مشکل در تمرکز: سطح برانگیختگی نامناسب می‌تواند تمرکز و توجه را مختل کند. برخی از کودکان ممکن است به‌راحتی حواسشان پرت شود و نتوانند روی یک کار تمرکز کنند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است برای حفظ هوشیاری و تمرکز نیاز به تحریکات مداوم داشته باشند.

تحریک‌پذیری: این کودکان ممکن است به‌راحتی تحریک‌پذیر شوند و واکنش‌های شدیدی به محرک‌های محیطی نشان دهند.

۳. اختلالات یادگیری (LD)

مشکلات توجه و تمرکز: مشکلات در تنظیم برانگیختگی می‌تواند بر توانایی توجه و تمرکز در کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری تأثیر منفی بگذارد. این امر می‌تواند یادگیری و انجام تکالیف مدرسه را دشوار کند.

اضطراب: برخی از کودکان ممکن است به‌دلیل مشکلات یادگیری و احساس ناتوانی، دچار اضطراب شوند که این اضطراب می‌تواند سطح برانگیختگی آنها را افزایش داده و عملکردشان را بیشتر مختل کند.

۴. اختلالات پردازش حسی (SPD)

واکنش‌های غیرمعمول به محرک‌های حسی: کودکان مبتلا به SPD در پردازش و پاسخ به اطلاعات حسی مشکل دارند. این مشکلات می‌تواند منجر به واکنش‌های بیش از حد (over-responsivity) یا کمبود واکنش (under-responsivity) به محرک‌های حسی شود.

مشکل در تنظیم عاطفی: مشکلات در پردازش حسی می‌تواند منجر به مشکلات در تنظیم عواطف و رفتارهای مرتبط با آن شود. برای

مثال، کودکی که به صداها حساس است، ممکن است به‌راحتی عصبانی شود و رفتارهای پرخاشگرانه نشان دهد.

مشکل در تنظیم سطح برانگیختگی می‌تواند تأثیرات گسترده‌ای بر جنبه‌های مختلف زندگی کودک داشته باشد. در اینجا به بررسی این تأثیرات می‌پردازیم:

عملکرد تحصیلی

توجه و تمرکز: کودکانی که در تنظیم سطح برانگیختگی مشکل دارند، ممکن است در تمرکز کردن و حفظ توجه خود در کلاس درس با مشکل مواجه شوند. کودکان با برانگیختگی پایین ممکن است احساس خستگی و بی‌حوصلگی کنند و انگیزه کافی برای یادگیری نداشته باشند. درحالی‌که کودکان با برانگیختگی بالا ممکن است بیش‌فعال و بی‌قرار باشند و نتوانند روی تکالیف تمرکز کنند. این کودکان ممکن است نتوانند آرام بنشینند، مدام در حال حرکت باشند و رفتارهای تکانشی از خود نشان دهند.

یادگیری و حافظه: سطح بهینه برانگیختگی برای یادگیری ضروری است. برانگیختگی بیش از حد یا خیلی کم می‌تواند توانایی کودک در پردازش اطلاعات، ذخیره و بازیابی آنها را مختل کند.

عملکرد در آزمون‌ها: استرس و اضطراب ناشی از برانگیختگی نامناسب می‌تواند عملکرد کودک را در آزمون‌ها کاهش دهد. کودکانی که به‌راحتی مضطرب می‌شوند، ممکن است در طول امتحان دچار مشکل در به یادآوری اطلاعات شوند.

عملکرد اجتماعی

تعاملات اجتماعی: تنظیم مناسب برانگیختگی برای تعاملات اجتماعی موفق ضروری است. کودکانی که بیش از حد برانگیخته شده‌اند، ممکن است بیش‌فعال، تکانشی و مزاحم به نظر برسند و در نتیجه در ایجاد و حفظ روابط دوستانه با مشکل مواجه شوند. کودکانی که برانگیختگی پایینی دارند، ممکن است خجالتی، گوشه‌گیر و بی‌علاقه به نظر برسند و از تعاملات اجتماعی اجتناب کنند.

درک نشانه‌های اجتماعی: تنظیم برانگیختگی به کودک کمک می‌کند تا نشانه‌های غیرکلامی دیگران مانند حالات چهره و زبان بدن را به‌درستی تفسیر کند. مشکل در این زمینه می‌تواند منجر به سوءتفاهم‌ها و مشکلات در روابط اجتماعی شود.

همدلی: توانایی تنظیم احساسات خود، پیش‌شرطی برای همدلی با دیگران است. کودکانی که در تنظیم برانگیختگی مشکل دارند، ممکن است در درک و پاسخ به احساسات دیگران نیز با مشکل مواجه شوند.

عملکرد عاطفی

تنظیم هیجانی: تنظیم هیجانی به توانایی شناسایی، درک و مدیریت احساسات اشاره دارد. مشکلات در تنظیم برانگیختگی می‌تواند منجر به ناتوانی در تنظیم هیجانات شود. به‌عنوان مثال، کودک ممکن است به‌سرعت عصبانی شود، به‌سختی آرام شود یا احساسات خود را به‌طور نامناسب بروز دهد و رفتارهای پرخاشگرانه داشته باشد. ممکن است به کمک بزرگسالان برای تنظیم احساسات و آرام کردن خود نیاز پیدا کند.

اضطراب و افسردگی: برانگیختگی مزمن بالا می‌تواند منجر به اضطراب و استرس مزمن شود. برانگیختگی مزمن پایین نیز می‌تواند منجر به احساس بی‌حوصلگی، بی‌انگیزگی و افسردگی شود.

اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس: تجارب مکرر شکست در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی ناشی از مشکلات در تنظیم برانگیختگی می‌تواند به کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس کودک منجر شود.

از دیگر چالش‌های این کودکان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

مشکلات خواب: تنظیم سطح برانگیختگی نقش مهمی در خواب دارد. کودکانی که در این زمینه مشکل دارند ممکن است با به خواب رفتن، بیدار ماندن و یا داشتن خواب آرام مشکل داشته باشند.

مشکل در انتقال بین فعالیت‌ها: تغییر از یک فعالیت به فعالیت دیگر می‌تواند برای این کودکان دشوار باشد، زیرا نیاز به تنظیم مجدد سطح برانگیختگی دارد.

شناسایی و مداخله زودهنگام برای کمک به کودک در یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجانی و برانگیختگی بسیار مهم است. این مداخلات می‌توانند شامل درمان‌های رفتاری-شناختی، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و ایجاد یک محیط حمایتی در خانه و مدرسه باشند.

نقش کاردرمانی در تنظیم سطح برانگیختگی

کاردرمانگران نقش بسیار مهمی در کمک به کودکان برای تنظیم سطح برانگیختگی دارند. در اینجا به برخی از راه‌هایی که کاردرمانگران از طریق آنها به کودکان در تنظیم سطح برانگیختگی کمک می‌کنند اشاره می‌کنیم:

۱. ارزیابی جامع

- کاردرمانگر ابتدا یک ارزیابی جامع از کودک انجام می‌دهد تا علت زمینه‌ای مشکلات تنظیم سطح برانگیختگی را شناسایی کند. این ارزیابی ممکن است شامل مشاهده کودک در محیط‌های مختلف، مصاحبه با والدین و معلمان و استفاده از ابزارهای ارزیابی استاندارد باشد.
- آنها به‌دنبال الگوهای رفتاری خاص، حساسیت‌های حسی و چالش‌های حرکتی هستند که ممکن است بر سطح برانگیختگی کودک تأثیر بگذارند.

۲. ارائه فعالیت‌های حسی-حرکتی

- کاردرمانگران از فعالیت‌های حسی-حرکتی (Sensory-Motor Activities) برای کمک به کودکان در تنظیم سطح برانگیختگی استفاده می‌کنند. این فعالیت‌ها می‌توانند شامل موارد زیر باشند:
 - فعالیت‌های عمقی فشاری (Deep Pressure Activities): مانند پیچیدن کودک در پتو، استفاده از جلیقه‌های سنگین، یا ماساژهای عمیق. این فعالیت‌ها می‌توانند به آرام کردن کودکانی که بیش از حد برانگیخته هستند کمک کنند.
 - فعالیت‌های وستیبولار (Vestibular Activities): مانند تاب خوردن، چرخیدن، یا انجام بازی‌هایی که شامل حرکت هستند. این فعالیت‌ها می‌توانند به تحریک یا آرام کردن سیستم وستیبولار (مسئول تعادل و آگاهی فضایی) کمک کنند.





۱۲. تغذیه مناسب

- مشاوره به فرد درخصوص داشتن یک رژیم غذایی متعادل و اجتناب از مصرف زیاد قند، کافئین و غذاهای فرآوری شده. این کار می‌تواند به تنظیم سطح برانگیختگی کمک کند.

۱۳. خواب کافی

- اطمینان از داشتن خواب کافی و با کیفیت به تنظیم ریتم شبانه‌روزی بدن و حفظ سطح پهنه برانگیختگی کمک می‌کند.

۱۴. شناسایی محرک‌ها

- کمک به فرد در شناسایی محرک‌هایی که باعث افزایش یا کاهش بیش از حد برانگیختگی می‌شوند، می‌تواند به او کمک کند تا استراتژی‌های مقابله‌ای مناسب را توسعه دهد.

۱۵. مدیریت استرس

- آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس (مانند حل مسئله، مدیریت زمان و حمایت اجتماعی) می‌تواند به کاهش سطح برانگیختگی در موقعیت‌های استرس‌زا کمک کند.

در پایان، تنظیم سطح برانگیختگی (Arousal) نقشی کلیدی در بهبود عملکرد کودکان با اختلالات گوناگون ایفا می‌کند. کاردرمانگران با ارزیابی دقیق و استفاده از رویکردهای درمانی مبتنی‌بر شواهد، می‌توانند به این کودکان کمک کنند تا سطح برانگیختگی خود را تنظیم کرده و در نتیجه، عملکرد تحصیلی، اجتماعی و عاطفی خود را بهبود بخشند. همکاری نزدیک بین کاردرمانگران، والدین و سایر متخصصان، برای ایجاد یک برنامه درمانی جامع و موثر، امری ضروری است. با حمایت و درک مناسب، این کودکان می‌توانند پتانسیل کامل خود را شکوفا کرده و زندگی رضایت‌بخشی داشته باشند. به یاد داشته باشیم که هر کودکی منحصر به فرد است و نیازمند رویکردی فردی و متناسب با نیازهای خاص خود می‌باشد.



منابع:

1. Ayres, A. J. Sensory Integration and the Child. Los Angeles: Western Psychological Services
2. Dunn, W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. Infants & Young Children Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (Eds.). (2015). Occupational therapy for children and adolescents (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier
3. کتاب درمان شناختی و رفتاری کودکان و نوجوانان/ فیلیپ سی کندل
4. Arousal Theory: A Guide to Behavioral Neuroscience | Donald Pfaf
5. The Role of Arousal in Sensory Processing Disorders in Children | M. Davies

- فعالیت‌های لمسی (Tactile Activities): مانند بازی با خمیر، شن یا آب. این فعالیت‌ها می‌توانند به کودکانی که به دنبال ورودی حسی هستند کمک کنند یا به کودکانی که نسبت به لمس حساس هستند کمک کنند تا تحمل خود را افزایش دهند.
- فعالیت‌های proprioceptive: فعالیت‌هایی که حس موقعیت بدن در فضا را تقویت می‌کنند، مانند حمل وسایل سنگین، هل دادن یا کشیدن اشیاء.
- ۳. ایجاد یک برنامه حسی (Sensory Diet)
- کاردرمانگر می‌تواند یک برنامه حسی برای کودک طراحی کند. این برنامه شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌های حسی است که کودک در طول روز انجام می‌دهد تا به حفظ یک سطح برانگیختگی پهنه کمک کند.
- برنامه حسی باید متناسب با نیازهای حسی منحصر به فرد کودک باشد و می‌تواند در خانه، مدرسه یا سایر محیط‌ها اجرا شود.

۴. تطبیق محیط

- کاردرمانگران می‌توانند تغییراتی را در محیط کودک پیشنهاد دهند تا به تنظیم سطح برانگیختگی او کمک کنند. این تغییرات ممکن است شامل موارد زیر باشند:
- کاهش محرک‌های بصری و شنیداری: مانند استفاده از نورهای ملایم‌تر، کاهش صداهای پس‌زمینه یا ایجاد یک فضای آرام و بدون شلوغی.
- ایجاد یک فضای امن و قابل پیش‌بینی: ارائه روال‌های منظم و قابل پیش‌بینی و استفاده از وسایل و تجهیزات آشنا.

۵. آموزش به والدین و مراقبان

- کاردرمانگران به والدین و مراقبان آموزش می‌دهند که چگونه نیازهای حسی کودک خود را درک کنند و چگونه از استراتژی‌های تنظیم سطح برانگیختگی در خانه و مدرسه استفاده کنند.
- آنها به والدین کمک می‌کنند تا الگوهای رفتاری کودک خود را درک کنند و راه‌هایی برای پاسخگویی به نیازهای او پیدا کنند.

۶. استفاده از تکنیک‌های تنظیم هیجانی

- کاردرمانگران می‌توانند از تکنیک‌های تنظیم هیجانی (Emotional Regulation Techniques) مانند تنفس عمیق، مدیتیشن و یوگا برای کمک به کودکان در مدیریت احساسات و کاهش استرس خود استفاده کنند. این تکنیک‌ها می‌توانند به کودکان کمک کنند تا در هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، آرام و متمرکز بمانند.

۷. همکاری با سایر متخصصان

- کاردرمانگران اغلب با سایر متخصصان مانند روانشناسان، گفتاردرمانگران و معلمان همکاری می‌کنند تا یک رویکرد جامع برای کمک به کودک ارائه دهند.
- آنها با تبادل اطلاعات و هماهنگی تلاش‌ها، می‌توانند بهترین نتایج را برای کودک به دست آورند.

۸. فعالیت‌های حسی

- برخی فعالیت‌ها برای افزایش سطح برانگیختگی در افراد با برانگیختگی پایین استفاده می‌شوند. نمونه‌ها عبارتند از:

- حرکت سریع و ریتمیک (مانند تاب خوردن یا پریدن)
- لمس‌های قوی و عمیق (مانند فشردن توپ یا استفاده از پتوی سنگین)
- صداهای بلند و ریتمیک (مانند موسیقی با ضرب قوی)
- نورهای روشن و رنگ‌های محرک
- طعم‌ها و بوهای قوی
- برخی دیگر از فعالیت‌ها برای کاهش سطح برانگیختگی در افراد با برانگیختگی بالا استفاده می‌شوند. نمونه‌ها عبارتند از:
- حرکت آهسته و ریتمیک (مانند یوگا یا تایچی)
- لمس‌های ملایم و سبک (مانند نوازش کردن)
- صداهای آرام و ملایم (مانند موسیقی کلاسیک یا صدای طبیعت)
- نورهای کم‌نور و رنگ‌های ملایم
- طعم‌ها و بوهای ملایم و آشنا
- ۹. ایجاد برنامه‌های روزانه منظم
- روتین‌های قابل پیش‌بینی: ایجاد یک برنامه روزانه ساختاریافته و قابل پیش‌بینی به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت و کنترل بیشتری داشته باشند و سطح استرس و اضطراب آنها کاهش یابد.
- زمان‌بندی فعالیت‌ها: تنظیم زمان‌بندی مناسب برای فعالیت‌های مختلف (مانند زمان بیداری، غذا خوردن، بازی کردن، استراحت و خواب) به تنظیم ریتم شبانه‌روزی بدن کمک می‌کند و سطح برانگیختگی را در طول روز متعادل نگه می‌دارد.
- آماده‌سازی برای تغییرات: آماده کردن فرد برای تغییرات در برنامه روزانه (مانند رفتن به یک مکان جدید یا انجام یک فعالیت غیرمنتظره) می‌تواند از افزایش ناگهانی سطح برانگیختگی جلوگیری کند.
- ۱۰. آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی
- تنفس عمیق: آموزش تنفس دیافراگمی (تنفس از طریق شکم) به کاهش ضربان قلب و فشار خون کمک می‌کند و سیستم عصبی پاراسمپاتیک را فعال می‌کند که مسئول آرامش است.
- ریلکسیشن عضلانی پیشرونده (PMR): این تکنیک شامل انقباض و سپس رها کردن گروه‌های مختلف عضلانی است که به کاهش تنش عضلانی و ایجاد آرامش کمک می‌کند.
- تصویرسازی ذهنی: هدایت فرد به تجسم یک صحنه آرامش‌بخش (مانند ساحل دریا یا جنگل) می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب کمک کند.
- مدیتیشن و ذهن‌آگاهی: تمرین مدیتیشن و ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا توجه خود را به لحظه حال معطوف کند و از افکار و احساسات منفی فاصله بگیرد.
- ۱۱. فعالیت‌های بدنی
- فعالیت بدنی منظم می‌تواند به تنظیم سطح برانگیختگی کمک کند. ورزش‌های هوازی (مانند پیاده‌روی و دویدن) می‌توانند سطح برانگیختگی را افزایش دهند، درحالی‌که ورزش‌های آرامش‌بخش (مانند یوگا و تایچی) می‌توانند سطح برانگیختگی را کاهش دهند.



۱. جست‌وجوگری^۲
۲. اجتنابی^۳
۳. حساسیت^۴
۴. ثبت حسی^۵

نحوه استفاده توسط درمانگران:

نتایج حاصل از SP2 حتما در کنار مشاهدات بالینی در نظر گرفته می‌شود. به‌عنوان مثال: اگر SP2 می‌گوید کودک «حس‌گریز لمسی» است، یک برنامه‌ی مواجهه لمسی به‌صورت مرحله‌ای برای فرد طراحی می‌شود:

نگاه کردن ← لمس با پارچه ← لمس روی میز ← دست‌زدن به لباس نازک ← پوشیدن

SPM-2: برای مدرسه، SPM تفاوت‌های عملکردی را نشان می‌دهد و می‌تواند پایه‌ی توصیه‌های محیطی (مثل استفاده از هدفون یا جایگاه نشستن متفاوت) باشد.

Vineland: یکی از ابزارهای مهمی است که سطح استقلال کودک را در فعالیت‌های روزمره مشخص می‌کند. همچنین تصمیم‌گیری درباره‌ی خدمات حمایتی یا هدف‌گذاری مهارت‌های زندگی را عقلانی می‌سازد.

COPM و GAS

با استفاده از این دو ابزار، مراجع و خانواده‌ی او را در بطن درمان و نحوه تصمیم‌گیری خود قرار می‌دهیم.

COPM: اولویت‌ها و دغدغه‌ی والدین پرسیده می‌شود: «برای شما چه کاری مهم است؟» و اهداف براساس آن چیده می‌شوند.

GAS: هر هدف را به یک مقیاس نمره‌دهی -۲۰ تا +۲ تبدیل می‌کنیم تا تغییرات کوچک و معنی‌دار نیز قابل گزارش باشند.

نکته‌ی درمانی

هیچ ابزار منفردی به‌تنهایی قادر به ترسیم کامل نیازهای یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نیست. ترکیب ابزارهای استاندارد با مشاهده‌ی بالینی، مصاحبه با والدین و تحلیل عملکردی کودک در محیط‌های واقعی، بهترین تصویر را به درمانگر ارائه می‌دهد.

چارچوب‌های نظری و رویکردهای کاردرمانی در اوتیسم

کاردرمانی از چارچوب‌های نظری گوناگون برای درک و مداخله در اوتیسم استفاده می‌کند. درک این چارچوب‌ها به درمانگر کمک می‌کند انتخاب‌های درمانی خود را بر اساس منطق علمی و بالینی سازمان دهد.

۱. رویکرد یکپارچگی حسی (Sensory Integration – SI)

بسیاری از کودکان مبتلا به اوتیسم در پردازش محرک‌های حسی دچار مشکل‌اند؛ برخی از محرک‌ها را بیش از حد شدید تجربه می‌کنند و برخی دیگر را به‌سختی تشخیص می‌دهند. چارچوب SI بر این باور است که توانایی یکپارچه‌سازی حسی، پایه‌ی یادگیری و رفتارهای سازگارانه است. درمانگر با استفاده از فعالیت‌های ساختارمند مانند تاب‌بازی، لمس بافت‌های مختلف یا تمرین‌های حرکتی، به کودک کمک می‌کند تنظیم حسی بهتری پیدا کند. مثال بالینی: کودکی پنج‌ساله که در محیط‌های شلوغ دچار اضطراب می‌شد و به گوش‌گیر نیاز داشت، پس از سه ماه مداخله‌ی SI توانست حضور در مهدکودک را بدون گریه و فرار تجربه کند.

۲. رویکرد شناختی-رفتاری (CBT)

کاردرمانگران در کودکان با عملکرد بالا، از تکنیک‌های CBT برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، کاهش اضطراب اجتماعی و مدیریت رفتارهای تکراری استفاده می‌کنند.

۳. رویکرد رشد-رابطه‌محور

(Developmental, Individual-difference, Relationship-based – DIR/ Floor time)

این رویکرد بر تعامل عاطفی و رابطه‌ی کودک با والدین و درمانگر تمرکز دارد. کاردرمانگر با ورود به دنیای کودک، از بازی‌های آزادانه برای ارتقای تعامل اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی استفاده می‌کند.

۴. رویکرد تمرکز بر فعالیت (Task-Oriented Approach)

در این چارچوب، کودک از طریق تمرین فعالیت‌های معنادار روزمره مثل لباس پوشیدن، غذا خوردن یا بازی گروهی، مهارت‌های حرکتی و شناختی را به‌صورت کاربردی می‌آموزد.

۵. رویکردهای معاصر

امروزه استفاده از فناوری‌های نوین مانند واقعیت مجازی (VR)، بازی‌های دیجیتال تعاملی و ربات‌های اجتماعی نیز در چارچوب کاردرمانی اوتیسم جای گرفته است. این ابزارها به‌ویژه برای کودکان علاقه‌مند به فناوری، انگیزه‌بخش هستند.

مداخلات کاردرمانی برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

۱. Ayres Sensory Integration® (ASI)

وقتی ابزارهای SP2/SPM و مشاهده نشان دهند تنظیم یا پردازش حسی، عملکرد را محدود کرده است، از این رویکرد و مداخله می‌توان استفاده کرد.



اصول اجرای بالینی:

در طی مداخله با استفاده از روش آیرز باید محیط بازی‌محور باشد، از چالش‌های مناسب استفاده شود، فرصت‌های پرورپرئوسپتئو و دهلیزی به کودک داده شود و همچنین امنیت عاطفی حفظ شود و هر جلسه به یک هدف عملکردی پیوند داده شود (مثلاً تحمل صدا، پوشیدن لباس، نشستن روی صندلی مدرسه). جهت پایش میزان تأثیرگذاری از COPM (هر ۴ هفته یکبار)، GAS، و ثبت روزانه والد استفاده می‌کنیم.

۲. Sensory-based strategies:

استفاده از استراتژی‌هایی در جهت افزایش عملکرد کودک. به‌عنوان مثال: فشار عمقی (پارچه/ بالش سنگین)، لباس‌های فشرده‌ساز، هدفون کاهنده‌ی صدا، زمان‌بندی وقفه‌های حسی. باید به یاد داشت که این استراتژی‌ها کارآمدند اما باید همیشه با هدف عملکردی همراه باشند و اثرشان ثبت شود و کاهش وابستگی باید به‌مرور هدف قرار گیرد.

۳. Occupational Performance Coaching (OPC):

تمرین والد‌محور که والد را برای حل مسئله در بافتار واقعی توانمند می‌سازد؛ باعث تمهیم و پایداری مداخلات می‌شود. استفاده از جلسات کوتاه حل مسئله، طراحی راهکار، اجرای آزمایشی و بازخورد، که به والد ابزار تصمیم‌گیری می‌دهد تا در روتین عمل کند.

پروتکل‌های رایج کاردرمانی برای کودکان مبتلا به طیف اوتیسم

پروتکل (Applied Behavior Analysis) ABA: هرچند ABA بیشتر ریشه در روان‌شناسی دارد، کاردرمانگران بسیاری از اصول آن را در جلسات خود ادغام می‌کنند: تحلیل رفتار، تقویت مثبت و آموزش مهارت‌ها در واحدهای کوچک.

پروتکل TEACCH: یک مدل ساختارمند آموزشی است که بر استفاده از نشانه‌های دیداری، سازمان‌دهی محیط و ایجاد روتین‌های قابل پیش‌بینی تأکید دارد.

پروتکل‌های تلفیقی: امروزه بسیاری از کلینیک‌ها از پروتکل‌های ترکیبی استفاده می‌کنند؛ مثلاً ترکیب SI با Floor time یا ABA با مداخلات عملکردی.

نکته‌ی درمانی

انتخاب چارچوب و پروتکل، باید بر اساس ویژگی‌های فردی کودک، اولویت‌های خانواده و امکانات محیطی باشد. هیچ پروتکل واحدی برای همه‌ی کودکان جواب نمی‌دهد.

نمونه‌های بالینی و کاربرد عملی پروتکل‌ها

مطالعه‌ی موردی ۱: بهبود مهارت‌های خودیاری در کودک ۶ ساله پیش‌زمینه: کودک ۶ ساله با تشخیص اوتیسم سطح ۲، مشکلات جدی در مهارت‌های روزمره مثل لباس پوشیدن و استفاده از سرویس بهداشتی داشت. والدین گزارش می‌دادند که کودک تنها در حضور مادر قادر به لباس پوشیدن است و در محیط‌های دیگر مقاومت شدیدی نشان می‌دهد.

مداخله: کاردرمانگر ابتدا فعالیت لباس پوشیدن را به اجزای کوچک تقسیم کرد (گرفتن لباس، پیدا کردن سوراخ آستین، وارد کردن دست و غیره). سپس از نشانه‌های دیداری روی دیوار اتاق درمان و تقویت مثبت (تحسین کلامی و ژتون) استفاده شد. والدین نیز آموزش دیدند که همین مراحل را در خانه تمرین کنند. **نتیجه:** پس از ۸ هفته مداخله، کودک توانست با حداقل کمک لباس‌های بالاتنه را بپوشد و در خانه نیز در ۷۰٪ مواقع بدون اعتراض همکاری کند.

برای خانواده

تقسیم فعالیت‌های پیچیده به مراحل کوچک و استفاده از نشانه‌های تصویری، یکی از مؤثرترین راهکارها در آموزش کودکان مبتلا به اوتیسم است.

مطالعه‌ی موردی ۲: مداخله حسی برای کاهش اضطراب پیش‌زمینه: کودک ۴ ساله در مهدکودک به دلیل حساسیت شنیداری شدید دچار گریه و اجتناب می‌شد. **مداخله:** درمانگر با طراحی یک «رژیم حسی» شامل تاب‌سواری آرام، ماساژ عمقی و استفاده از هدفون کاهنده نویز، به کودک کمک کرد تا آستانه‌ی تحمل حسی خود را تنظیم کند. همچنین معلم مهد آموزش دید که قبل از شروع فعالیت‌های پرصدا، فرصت آماده‌سازی (مانند قرار گرفتن در گوشه‌ی آرام کلاس) را فراهم کند. **نتیجه:** طی ۳ ماه، کودک توانست بدون گریه در فعالیت‌های گروهی حضور یابد و میزان اجتناب او به‌شکل محسوسی کاهش یافت.

برای درمانگر

همکاری با معلمان و ایجاد تغییرات کوچک در محیط، می‌تواند تأثیر بزرگی در مشارکت اجتماعی کودک داشته باشد.



مطالعه‌ی موردی ۳: استفاده از TEACCH در آموزش مهارت‌های تحصیلی

پیش‌زمینه: کودک ۷ ساله با مشکلات جدی در توجه و تمرکز هنگام انجام تکالیف مدرسه به کلینیک مراجعه کرد.

مداخله: کاردرمانگر با استفاده از اصول TEACCH محیط درمان را سازمان‌دهی کرد: میز کار مجزا، جعبه‌های رنگی برای هر تکلیف و نشانه‌های تصویری برای ترتیب فعالیت‌ها. همچنین جدول تصویری روزانه برای خانه طراحی شد.

نتیجه: کودک توانست مدت زمان نشستن پای تکالیف را از ۳ دقیقه به ۱۵ دقیقه افزایش دهد و والدین گزارش کردند مقاومت کمتری نشان می‌دهد.

برای خانواده

ایجاد محیطی ساختارمند و پیش‌بینی‌پذیر، احساس امنیت و آرامش را برای کودک افزایش می‌دهد.

جدول ۱: خلاصه‌ی کاربرد برخی مداخلات کاردرمانی در اوتیسم

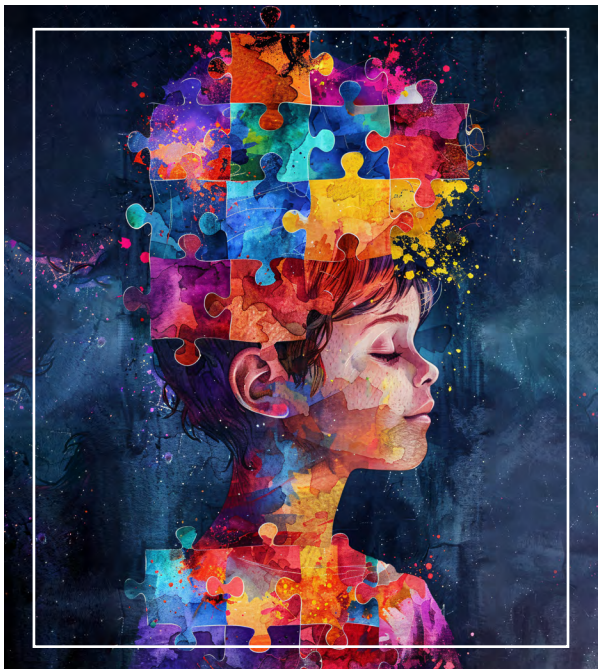
نقش خانواده	نمونه فعالیت‌ها	هدف اصلی	مداخله
اجرای رژیم حسی در خانه	تاب‌سواری، ماساژ عمقی، بازی با بافت‌ها	بهبود تنظیم حسی	SI یکپارچگی حسی
ایجاد روتین در خانه	استفاده از نشانه‌های دیداری، سازمان‌دهی فضا	افزایش تمرکز و استقلال	TEACCH
مشارکت فعال در بازی	بازی روی زمین، دنبال کردن علایق کودک	ارتقای تعامل اجتماعی	Floor time
تمرین روزانه در خانه	لباس پوشیدن، غذا خوردن	استقلال در خودیاری	آموزش ADL
حمایت عاطفی و پیگیری تمرین‌ها	شناسایی افکار و جایگزینی رفتار	کاهش اضطراب/رفتار تکراری	CBT

مطالعه‌ی موردی ۴: ترکیب ABA و بازی درمانی

پیش‌زمینه: کودک ۵ ساله با مشکلات شدید در ارتباط چشمی و پیروی از دستورالعمل‌ها.

مداخله: درمانگر اصول ABA (تقویت مثبت و تحلیل وظایف) را در قالب بازی‌های مورد علاقه‌ی کودک به‌کار گرفت؛ مثلاً هر بار برقراری تماس چشمی کوتاه، با یک قطعه‌ی اسباب‌بازی پاداش داده شد.

نتیجه: پس از ۱۲ جلسه، کودک توانست تماس چشمی را تا ۵ ثانیه حفظ کند و در فعالیت‌های گروهی مشارکت بیشتری نشان داد.



برای درمانگر

ادغام اصول رفتاری با فعالیت‌های معنادار و لذت‌بخش، انگیزه‌ی کودک را به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد.

چالش‌ها، موانع و آینده‌ی کاردرمانی در اوتیسم

۱. **تنوع شدید علائم و نیازها:** هیچ دو کودک مبتلا به طیف اوتیسم شبیه هم نیستند. برخی مشکلات عمده در تعامل اجتماعی دارند، برخی در تنظیم حسی، و برخی در مهارت‌های شناختی یا زبانی. این تنوع، طراحی پروتکل‌های استاندارد و یکسان را دشوار می‌کند.

۲. **کمبود منابع و امکانات تخصصی:** در بسیاری از شهرها و مناطق، کلینیک‌های تخصصی کاردرمانی با تجهیزات کامل وجود ندارند و خانواده‌ها برای دریافت خدمات مجبور به نقل مکان یا پرداخت هزینه‌های سنگین هستند.

۳. **بار مالی و روانی بر خانواده‌ها:** مداخلات کاردرمانی اغلب به جلسات طولانی‌مدت نیاز دارند. هزینه‌ها و استرس ناشی از پیگیری درمان می‌تواند خانواده را فرسوده کند.

۴. **همکاری بین‌رشته‌ای ناکافی:** درمان کودکان مبتلا به اوتیسم نیازمند همکاری میان کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، روان‌شناس، پزشک و معلمان است. اما در عمل، این همکاری گاهی به‌طور مؤثر برقرار نمی‌شود.

۵. **شکایات والدین:** در طی جلسات درمانی ممکن است با اعتراض والدین نسبت به برنامه و یا حتی تشخیص شما مواجه شوید که در این صورت توصیه می‌شود به صحبت‌های والدین فعالانه گوش دهیم، همدلی داشته باشیم و مراحل درمان را گام‌به‌گام توضیح دهیم و همچنین از مثال‌ها و هدف‌های ملموس‌تر و ساده‌تر استفاده کنیم.

۶. **عدم پابندی والدین و مراجعین به تمرین‌های خانگی:** استفاده از تمرین‌های کوتاه (۵-۱۰ دقیقه)، مرتبط با روتین والدین و کودک و پاداش‌دهی ساده؛ کوچینگ والد برای رفع موانع موجود در منزل.

۷. **عملکرد متفاوت در محیط‌های مختلف:** گاهی رفتار کودک در خانه و مدرسه تفاوت آشکاری دارد؛ در همین جهت از SPM و فرم‌های معلم استفاده شود. همچنین مداخلات محیطی مدرسه‌محور نیز در برنامه درمانی گنجانده شوند.

۸. **انگ اجتماعی:** برخی خانواده‌ها به دلیل ترس از برچسب اجتماعی، مایل به ارزیابی یا پذیرش تشخیص نیستند. این امر تشخیص زودهنگام را به تأخیر می‌اندازد.

آینده‌ی کاردرمانی در اوتیسم

با وجود چالش‌ها، چشم‌انداز آینده امیدوارکننده است:

۱. **فناوری‌های نوین:** واقعیت مجازی، اپلیکیشن‌های موبایلی و ربات‌های اجتماعی می‌توانند به‌عنوان ابزارهای مکمل مداخلات کاردرمانی به‌کار روند.

۲. **مداخلات خانواده‌محور:** پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش والدین و توانمندسازی خانواده، اثربخشی درمان را افزایش داده و پایداری نتایج را تضمین می‌کند.

۳. **پژوهش‌های مبتنی بر فرهنگ:** ضرورت دارد پروتکل‌ها و ابزارها با شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران سازگار شوند.

۴. **مدل‌های تلفیقی:** ترکیب رویکردهای مختلف (مثلاً SI + TEACCH یا Floor time + ABA) می‌تواند پاسخ بهتری به نیازهای متنوع کودکان بدهد.

توصیه‌هایی برای دانشجویان و درمانگران جوان

- به یاد داشته باشید که هر کودک داستانی منحصربه‌فرد دارد؛ انعطاف و خلاقیت، کلید موفقیت در مداخله است.
- همیشه با خانواده همراه و همکار باشید، نه صرفاً ارائه‌دهنده خدمت.
- دانش خود را به‌روز نگه دارید؛ علم اوتیسم به‌سرعت در حال تحول است.
- از پژوهش‌های داخلی حمایت کنید و نتایج کار بالینی خود را مستندسازی نمایید.

نکته پایانی: کاردرمانی در اوتیسم سفری است که از شناسایی آغاز می‌شود، اما در هیچ نقطه‌ای پایان قطعی ندارد؛ هر مرحله فرصتی تازه برای یادگیری، سازگاری و امید به آینده‌ای بهتر برای کودک و خانواده است.

منابع:

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





فرا تر از مسکن

نقش کاردرمانی در مدیریت انواع سردرد



هانیه غفارپور زهربر
دانشجوی سال آخر کاردرمانی



کوتر مختاری
دانشجوی سال دوم کاردرمانی



سردرد یکی از دردهایی است که تقریباً همه ما انسان‌ها آن را تجربه کرده‌ایم. بعضی سردردها قابل تحمل هستند اما خیلی از آنها به‌قدری عذاب‌آور هستند که کیفیت زندگی‌مان را تهدید می‌کنند. با توجه به اینکه یکی از اهداف مهم کاردرمانی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش میزان رضایت از آن است، ما در این مجله بخشی را به موضوع سردرد اختصاص داده‌ایم. با شناخت علل متعدد سردرد، می‌توان راهکار بهتری برای مدیریت آن در نظر گرفت و در صورت لزوم، به‌موقع به پزشک ارجاع داد.

سردرد، دردی در ناحیه‌ی سر و بالای گردن است که منشأ عصبی دارد و طی آن، بافت‌ها و ساختارهای احاطه‌کننده مغز ملتهب و دردناک می‌شوند و فرد را آزار می‌دهند. یک بافت نازک به نام ضریع جمجمه، استخوان‌ها، سینوس‌ها، چشم‌ها و گوش‌ها را احاطه کرده است که در صورت ملتهب و دردناک شدن باعث سردرد می‌شود. همچنین یافت پوشاننده‌ی مغز و نخاع یعنی مننژ هم در صورت ملتهب شدن می‌تواند منشأ سردرد باشد.

در حالت کلی بیش از ۱۵۰ نوع سردرد شناسایی شده است که هرکدام علائم و دلایل متفاوتی دارند.

یکی از انواع تقسیم‌بندی‌ها برای سردرد، سردردهای اولیه و ثانویه می‌باشد؛

- سردردهای اولیه:** این نوع سردردها علت زمینه‌ای دیگری ندارند و تنها مشکل موجود، خود سردرد است (سردرد خوشه‌ای، سردرد تنشی و میگرن).

- سردردهای ثانویه:** این نوع سردردها به‌علت مشکلات و بیماری‌های

دیگری به وجود می‌آیند و نیاز به بررسی بیشتری دارند. برای مثال؛ سردردهای سینوسی، سردردهای ناشی از چشم‌درد، سردردهای ناشی از اختلالات گردن و ستون فقرات و... سردردهای ثانویه به سردردهای خطرناک نیز معروف‌اند که در ادامه به آنها اشاره کرده‌ایم:

- سردردهای ناشی از خونریزی مغزی (مانند آنوریسم مغزی و سکته هموراژیک)
- سردرد ناشی از افزایش فشار داخل جمجمه (تومور مغزی، هیدروسفالی)
- سردردهای مرتبط با بیماری‌های عروقی (سکته مغزی، التهاب شریان تمپورال)
- سردرد همراه با عفونت‌های جدی (مننژیت، آنسفالیت، سینه‌وزیت شدید)
- سردردهای مرتبط با فشارخون بالا و بحران‌های فشارخون
- سردرد ناشی از ضربه و آسیب مغزی

- سردردهای ترکیبی:** این نوع سردردها ترکیبی از ویژگی‌های سردردهای اولیه و ثانویه هستند؛ مثلاً میگرن که به‌علت مشکلات سینوسی شدت می‌گیرد.

در ادامه به آشنایی با انواع سردرد و علائم و نحوه مدیریت این نوع سردردها توسط کاردرمانگران می‌پردازیم.

سردردهای اولیه

۱. **سردرد تنشی (Tension Headache)**
این سردرد رایج‌ترین نوع سردرد است و معمولاً غیرقابل‌تحمل می‌باشد. شروع آن تدریجی است و با احساس فشار یا کشیدگی در ناحیه پیشانی، شقیقه‌ها یا گردن همراه است. سردرد تنشی می‌تواند مزمن یا دوره‌ای باشد. نوع مزمن آن، زمانی است که سردرد بیش از ۱۵ روز در ماه رخ دهد.

استرس، اضطراب، خستگی، وضعیت بدنی نامناسب و فشار در محل کار یا تحصیل، از علت‌های بروز سردرد تنشی هستند.

برای مدیریت آن، می‌توانیم از تمرینات آرام‌سازی عضلات گردن و شانه استفاده کنیم. با انجام تکنیک‌های تنفس عمیق می‌توان میزان استرس و در نتیجه میزان سردرد را کاهش داد. استفاده از ماساژ، کمپرس گرم، کشش‌های عضلانی و اصلاح وضعیت بدن نیز برای مدیریت این سردرد توصیه می‌شوند.

۲. **سردرد میگرنی (Migraine Headache)**

تقریباً ۱۸٪ از جمعیت جهان سردردهای میگرنی را تجربه می‌کنند. این سردرد بیشتر در زنان (به‌ویژه در سنین ۱۸ تا ۴۴ سال) مشاهده می‌شود. میگرن جزو سردردهای متوسط تا شدید محسوب می‌شود و درد ضربان‌دار و اغلب در یک‌طرف سر، تهوع، استفراغ، حساسیت به نور و صدا از علائم آن هستند. ممکن است قبل از درد میگرن، یک هاله (تغییرات بینایی)، بی‌حسی، سوزن سوزن شدن، مشکلات گفتاری و یا سرگیجه و به‌دنبال آن یک دوره خستگی مفرط، مشکل تمرکز و یا سبکی سر ایجاد شود.

میگرن‌ها معمولاً دوره‌ای هستند، یعنی در برخی افراد به‌صورت حملات چندروزه در طول ماه رخ می‌دهد. در صورت عدم درمان، میگرن می‌تواند تا چند روز ادامه یابد. تغییرات هورمونی، استرس، کمبود خواب، مصرف برخی غذاها و ژنتیک در ایجاد میگرن نقش دارند.

به‌طورکلی پربارترین سال‌های زندگی یک فرد تحت تأثیر میگرن آسیب جدی می‌بینند؛ افزایش میزان غیبت از کار، کاهش عملکرد در حین کار، ناتوانی در مدیریت خانه، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های خانوادگی از اثرات نامطلوب میگرن هستند.

در اینجا به چند نمونه از راه‌های کنترل و مدیریت میگرن اشاره می‌کنیم:

- مصرف داروهای مسکن طبق دستور پزشک
- اجتناب از عوامل محرک مانند نور زیاد یا صدا

- استراحت در اتاق تاریک
- تحریک عصب واگ (Vagus Nerve Stimulation - VNS) نقش مهمی در کاهش شدت میگرن دارد که با استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و تنفس عمیق می‌توان این عصب را تحریک کرد.
- بیوفیدبک (Biofeedback Therapy) به بیمار کمک می‌کند تا تنش عضلانی، ضربان قلب و استرس (عوامل تحریک‌کننده میگرن) را کنترل کند.
- تمرینات کششی و اصلاحی گردن و شانه‌ها باعث کاهش فشار بر روی عصب اکسی‌پیتال (Occipital Nerve) می‌شود. این عصب با میگرن در ارتباط است.

تکنیک‌های حسی و تنظیم محیطی در مدیریت میگرن نقش مهمی دارند؛

- نوردرمانی (Light Therapy): کاهش حساسیت به نور با تنظیم شدت نور محیط.
- تمرینات تحمل حسی: کاهش حساسیت مغز به صداها و بوهای تحریک‌کننده میگرن.
- تمرینات آرام‌سازی و کاهش استرس، یوگا و تمرینات ذهن‌آگاهی (Mindfulness).

- یک برنامه ارزیابی و درمان گروهی:

CHAMP Calgary Headache Assessment and Management Program: برنامه ارزیابی و مدیریت سردرد کلگری، یک برنامه سرپایی سردرد در خدمات بهداشتی آلبرتا است. اجزای برنامه در قالب یک مدل خود مدیریتی ارائه می‌شوند که در آن تأکید بر این است که مراجعان، نقش فعالی در مدیریت سردرد خود داشته باشند. همه اعضای تیم CHAMP خود مدیریتی را به‌عنوان وسیله‌ای برای مدیریت علائم میگرن در نظر می‌گیرند. کاردرمانگران نیز با استفاده از آن دو هدف مهم را برای مراجعان در نظر می‌گیرند: بازبایی یا حفظ مشارکت در وظایف ارزشمند یا شغل‌هایی که توسط میگرن مختل شده‌اند (۱)، دستیابی به تعادل رضایت‌بخش در آکوییشن‌های خودمراقبتی، بهره‌وری و اوقات فراغت (۲).

۳. **سردرد خوشه‌ای (Cluster Headache)**

این نوع سردرد نسبتاً نادر است و معمولاً در مردان جوان دیده می‌شود. درد شدید و نافذ در یک‌طرف سر، اغلب در ناحیه اطراف چشم نشان‌دهنده این نوع سردرد است و مصرف سیگار و الکل می‌تواند محرک آن باشد. سردرد کلاستر معمولاً دوره‌های متناوب دارد که ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها طول بکشد. همچنین با حملات مکرر درد شدید همراه است.

علل دقیق آن هنوز مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد با فشارخون و ژنتیک مرتبط است.

این فرضیه وجود دارد که سردرد کلاستر یکی از تظاهرات سردردهای اتونوم تریژمینال -یا سفالژی اتونومیک سه قلو (TACs)- است که به‌صورت سردردهای اولیه در یک سمت صورت در ناحیه عصب تریژمینال رخ می‌دهد و با علائم اتونوم مانند ریزش اشک، قرمزی چشم و افتادگی پلک همراه است. همچنین ارتباط آتوئمیکی و عملکردی بین عصب تریژمینال و اعصاب حرکتی صورت گزارش شده است؛ نورون‌های حرکتی صورت با فعال شدن عصب تریژمینال و به‌ویژه فعال شدن قسمت اتونوم تریژمینال تحریک می‌شوند و اسپاسم صورت و پلک‌ها نیز متعاقب آن صورت می‌گیرد.

از راه‌های مدیریت این سردرد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- مصرف داروهای تجویزی مانند داروهای ضدالتهابی.
- اجتناب از الکل و سیگار.
- تنفس دیافراگمی برای بهبود اکسیژن‌گیری و کاهش التهاب عروقی.
- تحریک غیرتهاجمی عصب اکسی‌پیتال (Occipital Nerve Stimulation - ONS) با استفاده از ماساژ یا تحریک الکتریکی خفیف روی پشت سر برای کاهش شدت حملات انجام می‌شود.
- ماساژ و تمرینات شل‌کننده عضلات گردن و فک (چون سردرد خوشه‌ای معمولاً با اسپاسم عضلات گردن همراه است، کاردرمانی روی ریلکس کردن عضلات اطراف جمجمه و گردن تمرکز دارد).
- تمرینات اصلاح وضعیت خواب و بهداشت خواب (Sleep Hygiene) برای جلوگیری از تحریک حملات سردرد توصیه می‌شوند.

سردردهای ثانویه

۱. **سردرد سینوسی (Sinus Headache)**

این سردرد در افرادی که مبتلا به مشکلات سینوسی (مثل عفونت‌های سینوسی) هستند، شایع است. همچنین تغییر دما، تغییرات فصلی و التهاب سینوس‌ها به دلیل عفونت یا آلرژی نیز در ایجاد آن نقش دارند. درد در ناحیه پیشانی، اطراف بینی و گونه‌ها همراه با احتقان بینی و فشار در صورت از علائم سردرد سینوسی می‌باشند.

استفاده از اسپری‌های بینی و شستشوی سینوس‌ها، مصرف داروهای ضد احتقان، کمپرس گرم در ناحیه صورت، دوش آب گرم، محافظت پیشانی و گونه‌ها از سرما و باد سرد از راهکارهای مدیریت این سردرد می‌باشند.

همچنین مداخلات دیگری نیز می‌توانیم انجام دهیم که در ادامه به آنها اشاره کرده‌ایم:

- ماساژ و تخلیه لنفاوی (Lymphatic Drainage Massage)**: ماساژ آرام اطراف سینوس‌ها (بالای ابرو، کنار بینی و گونه‌ها) برای بهبود تخلیه سینوس‌ها پیشنهاد می‌شود. این ماساژ شامل حرکات دایره‌ای است که با فشار ملایم روی سینوس‌های فکی و پیشانی اعمال می‌شود.
- تمرینات تنفسی برای بهبود عملکرد سینوس‌ها مؤثر واقع می‌شوند:** تنفس لب‌غنچه‌ای (Pursed-lip breathing): کمک به بهبود تهویه سینوسی.
- بخادرمانی همراه با تمرینات تنفسی:** افزایش رطوبت و کاهش احتقان.
- تمرینات اصلاح وضعیت بدن:** با اصلاح وضعیت گردن و شانه‌ها، فشار بر روی سینوس‌ها کاهش می‌یابد.

خم شدن بیش‌ازحد سر، باعث انسداد بیشتر سینوس‌ها می‌شود. با انجام تمرینات اصلاحی، از این وضعیت جلوگیری می‌کنیم.

۲. **سردرد ناشی از چشم (Eye Strain Headache)**

درد آن در اطراف چشم‌ها، پیشانی و شقیقه‌ها پدید می‌آید و شیوع آن بیشتر در افرادی است که ساعت‌های طولانی مقابل صفحه‌نمایش کامپیوتر می‌نشینند و چشم‌ها، نور شدیدی را بدون استراحت کافی دریافت می‌کنند. تنظیم نادرست دستگاه‌های الکترونیکی و تمرکز طولانی‌مدت بر صفحه نمایش نیز از عوامل ایجادکننده این سردرد محسوب می‌شوند.

استفاده از عینک مخصوص برای مطالعه یا کار با کامپیوتر، استراحت‌های کوتاه و تمرینات چشم و تنظیم مناسب نور و صفحه‌نمایش می‌تواند از وقوع آن بکاهد.

سردردهای خطرناک

تعداد کمی از بیماران دچار سردرد دارای یک اختلال سردرد ثانویه هستند. پزشکان برای افزایش احتمال شناسایی یک علت ثانویه، از اصطلاح red flag استفاده می‌کنند. به خاطر اهمیت red flag ها در پیش‌بینی علل ثانویه، ما نیز به بررسی این علائم می‌پردازیم: علائم سیستمیک ازجمله تب، سابقه نئوپلاسم، نقص عصبی، شروع ناگهانی، سن بالا، تغییر الگو یا شروع اخیر سردرد جدید، سردرد موضعی، سردرد ایجادشده با عطسه، سرفه یا ورزش، ادم پایی، سردرد پیش‌رونده و تظاهرات غیرمعمول، حاملگی یا دوره نقاهت بعد زایمان، چشم دردناک یا ویژگی‌های اتونوم، شروع سردرد پس از سانحه، پاتولوژی سیستم ایمنی مانند HIV و مصرف بیش‌ازحد مسکن یا داروی جدید از red flag ها هستند.

- علائم سیستمیک ازجمله تب (Systemic symptoms including fever)**

ترکیبی از سردرد و تب، پزشک را وادار می‌کند که عفونت سیستمیک یا عصبی یا واسکولیت، بیماری روماتیسمی یا هر بیماری التهابی دیگری را رد کند. (عفونت‌های عصبی شامل مننژیت باکتریایی، مننژیت ویروسی، آنسفالیت و آبسه‌های مغزی است.)

سردرد همراه با تب زمانی که با علائم سفتی گردن، کاهش هوشیاری و نقص عصبی همراه باشد، هشداردهنده است.

- سابقه نئوپلاسم (Neoplasm in history)**

خطر یافتن تومور مغزی در بیمار سردردی که سابقه نئوپلاسم دارد، زیاد است. (نئوپلاسم به رشد غیرطبیعی بافت گفته می‌شود که به بافت‌های مجاور حمله می‌کند. نام دیگر آن، تومور بدخیم است.)

نسبت بالایی از بیماران مبتلا به سرطان با شروع جدید سردرد، متاستاز داخل جمجمه‌ای دارند، به‌خصوص اگر دارای یک نوع سرطان مستعد متاستاز به مغز باشند؛ بنابراین، این بیماران با شروع سردرد جدید حتماً باید تحت MRI قرار گیرند.



علائم دیگری نیز ممکن است با این وضعیت همراه باشد که توجه به آنها در تشخیص زودهنگام ما را یاری خواهد کرد. استفراغ، مدت سردر بیشتر از ۱۰ هفته، الگوی سردر غیرمعمول، کیفیت ضراباندار و شدت متوسط تا شدید، بی‌ثباتی در راه رفتن و پاسخ اکستانسوری کف پا ازجمله این علائم هستند.

- نقص عصبی ازجمله کاهش هوشیاری**

{ **Neurologic deficit (including decreased consciousness)** }

منظور از نقایص عصبی، اختلال در بینایی، ضعف، فلجی، تشنج و کاهش هوشیاری است. ممکن است نقایص عصبی همراه با سردر به چند علت وجود داشته باشند. شایع‌ترین علت، خونریزی داخل جمجمه و سکنه ایسکمیک است. اختلالات سردر اولیه همراه با نقایص عصبی اغلب توسط بیمار شناخته‌شده اند و باعث هشدار نمی‌شود، درحالی‌که بسیار مهم هستند و باید به آنها توجه داشت. علل دیگر عفونت، آبسه و تومور هستند. ازآنجایی‌که سردر همراه با نقص عصبی حساسیت بالایی به سکنه دارد، این سردر به‌عنوان red flag طبقه‌بندی می‌شود. بدون شک، نقایص عصبی همیشه باید نگرانی جدی ایجاد کنند، صرف‌نظر از اینکه سردر وجود دارد یا نه.

- شروع سردر ناگهانی یا رعدآسا (سردر رعدوبرق)**

{ **onset of headache is sudden or abrupt (thunderclap headache)** }

سردر رعدآسا (TCH) به‌عنوان سردری با شدت بالا و با شروع ناگهانی تعریف می‌شود. منظور از شروع ناگهانی، رسیدن به حداکثر شدت در کمتر از ۱ دقیقه است.

باید در نظر داشت که همه سردرهای حاد سردرهای رعدوبرقی نیستند؛ زیرا هم جنبه زمانی و هم شدت بالا باید وجود داشته باشد.

این بیماری با اختلالات جدی داخل جمجمه با منشأ عروقی، به‌ویژه خونریزی زیر عنکبوتیه (SAH) همراه است. علل ثانویه دیگری که کمتر شایع هستند، شامل تروموز ورید یا سینوسی مغزی و سایر زیرگروه‌های سکنه مغزی، افت فشارخون داخل جمجمه، سندرم انقباض عروق مغزی برگشت‌پذیر و ... می‌باشد. TCH می‌تواند تنها علامت اولیه SAH باشد. درصورتی‌که TCH با موارد زیر ترکیب شود، حساسیت بالا برای SAH در نظر می‌گیریم: سن بالای ۴۰ سال، درد یا سفتی گردن، از دست دادن هوشیاری، شروع در حین انجام فعالیت، یا انحراف محدود گردن در معاینه.

- سن بالا و شروع بعد از ۶۵ سالگی { Older age (onset after 65 years) }**

فراوانی سردر ثانویه در بیماران بالای ۶۵ سال بیشتر از جمعیت جوان‌تر است. عفونت، شایع‌ترین علت سردر ثانویه می‌باشد.

- سردر موضعی (Positional headache)**

سردردی که بلافاصله یا در عرض چند ثانیه پس از قرار گرفتن در وضعیت عمودی رخ می‌دهد و پس از دراز کشیدن به‌صورت افقی به‌سرعت برطرف می‌شود، نشان‌دهنده فشار پایین مایع CSF است.

معمولاً این سردر در بیمارانی که اخیراً تحت یک lumbar puncture یا عمل جراحی مغز و اعصاب قرار گرفته‌اند، تشخیص داده می‌شود. سردرهای موضعی به‌طور خودبه‌خود اتفاق می‌افتند.

سردر موضعی یک red flag است زیرا یک علامت رایج افت فشارخون داخل جمجمه می‌باشد. شایع‌ترین علت آن نشت CSF در سطح نخاع است.

- سردر حاصل از عطسه، سرفه یا ورزش (Precipitated by sneezing, coughing or exercise)**

این سردر می‌تواند نشانه‌ای از پاتولوژی زمینه‌ای جدی مانند ناهنجاری‌های کیاری و ضایعات حفره خلفی باشد.

سردر سرفه ثانویه در ۴۰٪ مواقع با ناهنجاری کیاری نوع ۱ (فتق لوزه‌های مخچه) همراه است.

علاوه‌بر ناهنجاری‌های کیاری، ضایعات حفره خلفی تقریباً ۱۵٪ از موارد این سردر را تشکیل می‌دهند.

از سایر عللی که کمتر شایع هستند می‌توان به این موارد اشاره کرد: کیست عنکبوتیه، تومورهای درمونید، همانوم ساب دورال، منژیوم، سینوزیت اسفنوئید حاد، متاستازهای مغزی، هیدروسفالی، فشار مایع مغزی نخاعی و عفونت.

سایر محرک‌های سردر در بیماران مبتلا به سردر سرفه اولیه می‌تواند خندیدن، بیماری‌های عروقی، تغییرات وضعیتی، بلند کردن اجسام سنگین و اجابت مزاج باشد.

- ادم پایی(Papilledema)**

ادم پایی پیش‌بینی کننده ناهنجاری‌های داخل جمجمه‌ای است؛ بنابراین ادم پایی همیشه نیاز به بررسی بیشتر دارد. باین‌حال، برخی از بیماران ادم کاذب پایی یا یک نوع طبیعی داشتند.

ازآنجایی‌که شیوع بالایی از بیماران مبتلا به ادم پایی وجود دارد که دارای پاتولوژی جدی هستند، ادم پایی به‌عنوان red flag طبقه‌بندی می‌شود و باید مراقب یک تومور داخل جمجمه‌ای بالقوه بود.

- سردر پیش‌رونده و تظاهرات غیرمعمول (Progressive headache and atypical presentations)**

شروع جدید سردر روزانه یا مداوم باید هشداردهنده باشد، به‌خصوص اگر درد یا علائم مرتبط با آن پیش‌رونده باشد. تظاهرات غیرمعمول سردر با افزایش احتمال ناهنجاری همراه است.

سردر پیش‌رونده و تظاهرات سردر غیرمعمول به‌طور مفصل در ادبیات توصیف و تعریف‌نشده‌اند، اما با توجه به اینکه ممکن است با پاتولوژی زمینه‌ای جدی همراه باشند، به‌عنوان red flag در نظر گرفته می‌شوند. سردر پیش‌رونده و تظاهر سردر غیرمعمول می‌تواند تنها نشانه پاتولوژی زمینه‌ای جدی باشد.

- بارداری یا دوره نقاهت بعد از زایمان (Pregnancy or puerperium)**

خطر سردر ثانویه در دوران بارداری و دوره نقاهت آن، به‌دلیل تغییرات فیزیولوژیک (مانند انعقاد بیش‌ازحد خون، تغییرات هورمونی یا مداخله مانند بیهوشی اپیدورال) بیشتر است.

هنگامی‌که یک زن باردار با سردر مراجعه می‌کند، باید اختلالات غیرعصبی را نیز در نظر داشت. به نظر می‌رسد فشارخون بالا شایع‌ترین است، اما سایر پاتولوژی‌های غیرعصبی مانند کم‌کاری تیروئید، کم‌خونی، عدم تعادل الکترولیت‌ها و دیابت نیز موارد مشکوک هستند.

سردر در دوران بارداری به‌دلیل تغییرات فیزیولوژیکی بدن، می‌تواند با پاتولوژی شدیدی مرتبط باشد، بنابراین به‌عنوان یک red flag طبقه‌بندی می‌شود.

فقدان سابقه سردر، درد در سه‌ماهه سوم بارداری، تشنج، فشارخون بالا و تب از علائم خطر محسوب می‌شوند.

- چشم دردناک با ویژگی‌های اتونوم (Painful eye with autonomic features)**

درد اوربیتال همراه با چشم در اختلالات سردر اولیه نیز رخ می‌دهد و برای سردر خوشه‌ای و سایر سفالژی‌های اتونومیک سه قلو (TAC) معمول است. توصیه می‌شود بیمارانی که با TAC یا ویژگی‌های بالینی مشابه مراجعه می‌کنند، همیشه تحت MRI قرار گیرند، زیرا علت ثانویه می‌تواند پاتولوژی در حفره خلفی، ناحیه هیپوفیز یا سینوس غار(سینوس‌های طرفین جسم اسفنوئید) باشد.

- شروع سردر پس از سانحه (Posttraumatic onset of headache)**

سردر علاوه بر اینکه شایع‌ترین علامت حاد پس از آسیب تروماتیک مغزی (TBI) است، پس از TBI خفیف، پایدارترین و ناتوان‌کننده‌ترین علامت است. ممکن است بیماران حتی تا یک سال پس از آسیب از سردر رنج ببرند؛ این سردرها مشابه میگرد هستند.

علل اصلی TBI حوادث رانندگی، حمله و سقوط است.

- پاتولوژی سیستم ایمنی مانند HIV (Pathology of the immune system as such as HIV)**

سردر شایع‌ترین شکل درد در بیماران مبتلا به HIV است.

توکسوپلاسموز مغزی، لنفوم اولیه CNS و لوکوآنسفالوپاتی چند کانونی پیش‌رونده از شایع‌ترین علل ضایعات CNS در HIV پیشرفته هستند.

پاتولوژی سیستم ایمنی بدن به‌دلیل خطر ابتلا به عفونت‌های فرصت‌طلب یک red flag است.

به‌طورکلی سردرها ممکن است به دلایل مختلفی بروز کنند، ولی از علت‌های کلی انواع سردرها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عوامل ژنتیکی: برخی افراد به‌دلیل ژنتیک مستعد سردر میگردن هستند.
- عوامل محیطی: تغییرات در هوا، بوهای قوی، نور شدید و سروصداها بلند.
- عوامل روان‌شناختی: استرس، اضطراب و افسردگی می‌توانند به‌عنوان عوامل تحریک‌کننده سردر عمل کنند.
- عوامل جسمی: تنش عضلانی، مشکلات گردن و ستون فقرات، عدم تعادل هورمونی و کم‌آبی بدن.
- تغییرات در الگوی خواب، یا وعده‌های غذایی، مصرف بیش‌ازاندازه‌ی دارو عامل ایجادکننده و تشدیدکننده‌ی سردر است. بیماری‌هایی مانند عفونت و التهاب گوش میانی، التهاب گلو و التهاب سینوس‌ها (سینوزیت)، تب و تومورها علت دیگری برای سردر هستند. آسیب‌های فیزیکی در سوانح رانندگی یا حوادث، یا ضربه به سر هم می‌تواند باعث بروز سردر شود.

تا به اینجا با انواع سردر و راهکارهای درمانی هرکدام آشنا شدیم. اکنون می‌خواهیم چند مورد از تکنیک‌های مدیریت سردر توسط کاربردمانگرها را بررسی

کنیم.

کاردرمانی در سردردهای سینوسی، میگرنی و خوشه‌ای ترکیبی از ماساژدرمانی، تمرینات تنفسی، اصلاح وضعیت بدن، تحریکات عصبی و تکنیک‌های مدیریت استرس است.

آموزش وضعیت بدن: برای پیشگیری از سردردهای تششی، آموزش وضعیت بدنی صحیح می‌تواند مفید باشد.

- اصلاح وضعیت نشستن و ایستادن**:

گوش‌ها، شانه‌ها و لگن باید در یک راستا باشند.

ارتفاع مانیتور طوری تنظیم شود که وسط صفحه هم‌سطح با چشم باشد.

پرهیز از خم شدن بیش‌ازحد گردن (به‌خصوص هنگام کار با گوشی یا لپ‌تاپ).

- تمرینات کششی برای اصلاح وضعیت بدن**:

- کشش عضلات گردن**: چانه را به سمت سینه نزدیک کنید و ۲۰ ثانیه نگه‌دارید.

کشش عضلات تراپزیوس: سر را به یک‌طرف خم کنید تا کشش در شانه مقابل احساس شود.

حرکات شانه: شانه‌ها را به بالا برده و سپس پایین بیندازید (۱۰ بار تکرار).

- اصلاح وضعیت خواب**:

انتخاب بالش مناسب: بالش باید احنای طبیعی گردن را حفظ کند.

اجتناب از خوابیدن روی شکم (چون باعث چرخش گردن و ایجاد سردر می‌شود).

تمرینات تنفسی و آرام‌سازی: تکنیک‌هایی مانند تنفس عمیق و مدیتیشن برای کاهش استرس، کاهش تشش، بهبود اکسیژن‌رسانی و کاهش شدت سردردهای میگرنی و تششی کمک می‌کند.

- تنفس دیافراگمی (Abdominal Breathing)**

۱. روی یک سطح صاف دراز بکشید یا صاف بنشینید.

۲. یک دست را روی سینه و دست دیگر را روی شکم بگذارید.

۳. عمیق از بینی نفس بکشید، به‌طوری‌که شکم بالا بیاید (نه قفسه سینه).

۴. به‌آرامی از دهان بازدم کنید.

۵. این کار را ۱۰۰۵ دقیقه انجام دهید.

- تمرین تنفس ۴-۷-۸ (Relaxation Breathing)**

۱. ۴ ثانیه هوا را از بینی به داخل بکشید.

۲. ۷ ثانیه نفس را نگه‌دارید.

۳. ۸ ثانیه از دهان بازدم کنید.

۴. ۱۰۰۵ بار تکرار کنید.

- تنفس متناوب بینی (Nadi Shodhana – Alternate Nostril Breathing)**

۱. سوراخ راست بینی را با انگشت بیندید و از سوراخ چپ نفس بکشید.

۲. سپس سوراخ چپ را ببندید و از سوراخ راست بازدم کنید.

۳. برعکس این روند را انجام دهید.

۴. این کار را برای ۵ دقیقه تکرار کنید.

ماساژدرمانی: ماساژ گردن، شانه و نواحی اطراف سر می‌تواند به تسکین بسیاری از انواع سردرها کمک کند.

ماساژ درمانی با کاهش تشش عضلانی و بهبود جریان خون، می‌تواند سردردهای تششی و حتی برخی از میگرن‌ها را تسکین دهد.

- ماساژ نقاط ماشه‌ای (Trigger Point Therapy)**

این ماساژ بر روی عضلات تراپزیوس (در شانه‌ها و گردن)، عضلات ساب‌اکسی‌پیتال (پشت جمجمه) و عضلات گیجگاهی اعمال می‌شود. فشار آرام و مداومی روی نقاط دردناک به مدت ۳۰-۶۰ ثانیه وارد می‌کنیم تا زمانی که عضله احساس شل شدن کند.

- ماساژ عمیق بافتی (Deep Tissue Massage)**

برای سردردهای ناشی از تشش عضلانی مفید است.

در این تکنیک، از حرکات عمیق و کند در طول فیبرهای عضلانی استفاده می‌کنیم تا گره‌های عضلانی کاهش یابند.

- ماساژ کششی (Stretch Massage)**

در سردردهای وضعیتی ناشی از کار طولانی‌مدت با کامپیوتر توصیه می‌شود.

در واقع ماساژ را با حرکات کششی ملایم گردن و شانه‌ها ترکیب می‌کنیم.

آموزش به بیمار: برای افرادی که با سردردهای مزمن مواجه هستند، آموزش درباره محرک‌ها و شیوه‌های مدیریت درد بسیار اهمیت دارد.

ارائه آموزش‌هایی درباره نقش تغذیه، خواب کافی و فعالیت فیزیکی در کنترل سردر.

راهنمایی درباره اجتناب از مواد غذایی محرک سردر (مانند کافئین زیاد، الکل، MSG و غذاهای فرآوری‌شده).

کاردرمانی در سردردهای ثانویه ترکیبی از Manual Therapy، تمرینات اصلاحی، تکنیک‌های نوروموتور و آموزش بیمار است.

• سردردهای سرویکوژنیک که ناشی از مشکلات گردن هستند، به علت مشکلات مفصل فاست گردنی، دیسک گردن یا اسپاسم عضلات گردن به وجود می‌آیند.

برای کاهش فشار روی مهره‌ها، از حرکات تقویتی عضلات دیپ فلکسور گردنی (Deep Cervical Flexors) استفاده می‌کنیم. Manual Therapy را نیز در دستور کار قرار می‌دهیم (موبیلیزاسیون مهره‌های گردنی). کشش عضلات تراپزیوس و لواتور اسکاپولا نیز می‌تواند مؤثر باشد.

- در سردردهای ناشی از آسیب‌های مغزی (Post-Traumatic Headache)، تمرینات نوروموتور به بهبود هماهنگی بینایی و تعادل کمک شایانی می‌کنند. تحریک حس عمقی (Proprioception) و استفاده از تمرینات تعادلی، برای بهبود ورودی‌های حسی به مغز مورد نیاز می‌باشند. تکنیک‌های Relaxation نیز در برنامه درمانی توصیه می‌شود.
- سردردهای عروقی (مانند سردر ناشی از سکنه مغزی)، ناشی از اختلال در خون‌رسانی مغز هستند؛ درنتیجه برای بهبود اکسیژن‌رسانی و کاهش فشارخون، از تمرینات تنفسی استفاده می‌کنیم. کار روی حرکات بالاتنه و بهبود عملکرد اندام‌ها نیز برای بهبود جریان خون مؤثر هستند.

- در سردردهای ناشی از آسیب مغزی و مشکلات بینایی، تمرینات چشمی (Oculomotor Training) را انجام می‌دهیم.
- نورومودولاسیون غیر دارویی (Non-invasive Neuromodulation) جزو درمان‌های تخصصی کاردرمانی است. بدین منظور، یک تحریک الکتریکی خفیف روی عصب پس‌سری یا واگ اعمال می‌کنند تا شدت سردر کاهش یابد.
- بیوفیدبک (Biofeedback) نیز می‌تواند از طریق بازخوردهای فیزیولوژیک، به بیمار آموزش دهد تا تشش عضلانی را کنترل کند و استرس کاهش یابد.

کاردرمانی رویکردی جامع برای مدیریت سردر ارائه می‌دهد که شامل اصلاح وضعیت بدنی، تمرینات حرکتی، تکنیک‌های آرام‌سازی و اصلاح سبک زندگی است. این مداخلات می‌توانند به کاهش شدت، دفعات و مدت‌زمان سردرها کمک کرده و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند.

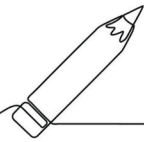
منابع

- Ashley Uyeshiro Simon, OTD, OTR/L & Lindsey Reeves, OTD, OTR/L. Occupational Therapy’s Role in Chronic Headache Management. Amongst a Multidisciplinary Team. USC
- Lindsey Reeves, Anush Arakelyan, Lori Ginoza, Erica Sigman, Lauren Green, Paul-Henri Cesar & Soma Sahai-Srivastava. An Interdisciplinary Team Approach for Treatment of Headache Disorders: A Retrospective Review of a case series from an Academic Headache Center. USC; 2019.
- Thien Phu Do, MD, Angelique Remmers, MD, Henrik Winther Schytz, MD, PhD, DMSc, Christoph Schankin, MD,Sarah E. Nelson, MD, Mark Obermann, MD, Jakob Möller Hansen, MD, PhD, Alexandra J. Sinclair, MD, PhD, Andreas R. Gantenbein, MD, and Guus G. Schoonman, MD, PhD. Correspondence: Dr. Schoonman g.schoonman@etz.nl. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice. Amer-ican Academy of Neurology; 2019
- Allison McLean and Kathryn Coutts. OCCUPATIONAL THERAPY NOW. VOLUME 13.5.
- http://www.mayoclinic.org
- https://artapishronurse.com/articles/types-of-headache
- https://doi.org/10.22070/daneshmed.2023.17195.1309
- https://zimadarman.com/migraine-massage
- https://www.paziresh24.com/blog/36421/%d8%b3%d8%b1%d8%af% /d8%b1%d8%af-%d8%ae%d9%88%d8%b4%d9%87-%d8%a7%db%8c /d8%b1%d8%af-%d8%ae%d9%88%d8%b4%d9%87-%d8%a7%db%8c
- فروداقاپورزنگنه، احمدچیت ساز، محمدرضانجفی، رسول نوروزی. ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی سردر میگرنی در بیماران کلنیک نورولوژی بیمارستان الزهرا؛ خردادوتیر ۱۳۹۱.
- عباس باقری، میثممدی، کیوان خسروی، قادرکارونی. سردردکلاسترهمراه بلفارو اسپاسم ثانویه یک‌طرفه؛ ۱ دی ۱۳۹۳.



پیام بهاری مقدم
کارشناس کاردرمانی

نقاشی؛ دروازه‌ای به ذهن کودکان



در پنجمین بخش از سلسله مقالات «تفسیر نقاشی کودک»، مفتخریم که شما را در این سفر اکتشافی همراهی کنیم. پس از بررسی انواع نقاشی‌های کودکان، اهمیت، فواید و تفاوت‌های آنها در قسمت پیشین، در این شماره به یکی از مهم‌ترین جنبه‌های این حوزه می‌پردازیم: سیر تکامل ترسیم نقاشی در کودکان.

مراحل جهانی تکامل ترسیم نقاشی در کودکان:

این مراحل، الگویی کلی هستند که در کودکان سراسر جهان مشاهده می‌شوند، هرچند ممکن است در سرعت و جزئیات، تفاوت‌های فردی وجود داشته باشد.

۱. مرحله خط‌خطی کردن (حدود ۱ تا ۲ سالگی):

خط‌خطی‌های تصادفی: کودک خطوط خمیده، عمودی یا افقی را بدون هدف مشخص ترسیم می‌کند. توجهی به مرزهای کاغذ ندارد.

خط‌خطی‌های کنترل‌شده (حدود ۱۶ تا ۲۰ ماهگی): کودک شروع به توجه به فرم، محل و کیفیت خطوط می‌کند. تمایل دارد در مرکز صفحه کار کند. اغلب حلقه‌هایی می‌کشد که ممکن است شبیه صورت انسان باشد. در این مرحله، کودک ارتباط بین فعالیت‌های حرکتی و نتایج آن را درک می‌کند.

۲. مرحله پیش‌شماتیک (حدود ۲ تا ۴ سالگی):

شکل‌های اولیه: کودک نمونه‌های جدیدی مانند حلقه‌ها و بیضی‌ها را می‌کشد و نقطه‌گذاری‌های ممتد و تکراری انجام می‌دهد.

شکل‌های زاویه‌دار و خطوط مستقیم (از ۲ سالگی به بعد): کودک شروع به کشیدن قوس‌ها، اشکال زاویه‌دار، خطوط مستقیم و یا ترکیباتی از آنها می‌کند. این اشکال ممکن است نماینده انسان یا اشیاء ساده باشند.

Draw a Child test, Swiss Early Development Study (SEDS), Kings College London
Scores left to right - top row 5, 10, 6 - bottom row 6, 10, 7

سیر تکامل ترسیم نقاشی در کودکان: از خط‌خطی تا خلق اثر

ترسیم نقاشی در کودکان، فرآیندی پویا و مرحله‌ای است که بازتابی از تکامل شناختی، ادراکی و عاطفی آنهاست. این سیر تکاملی، از بازی‌های صرفاً حرکتی آغاز شده و به خلق آثار هنری هدفمند و بیانگر می‌رسد.

مرحله اولیه: بازی تمرینی و خط‌خطی‌های بی‌هدف: در ابتدایی‌ترین شکل خود، ترسیم نقاشی به صورت بازی تمرینی و خط‌خطی‌های بدون هدف مشخص و صرفاً برای تخلیه انرژی و کشف قابلیت‌های حرکتی دست و مداد نمود پیدا می‌کند. در این مرحله، کودک عموماً به مرزهای کاغذ توجهی ندارد و خطوط به صورت تصادفی و بدون ساختار کشیده می‌شوند.



گذار به ترسیم هدفمند: به تدریج، خط‌خطی‌ها از حافظه کودک نشأت گرفته و جنبه‌ای تقلیدی و تصویری به خود می‌گیرند. ترسیم در این مرحله، به عنوان یک واسطه بین بازی صرف و تصویر ذهنی عمل می‌کند. فرآیند ترسیم با جایگذاری (قرار دادن مداد بر روی کاغذ)، سپس شکل‌گیری شکل‌های اولیه، ایجاد طرح‌های ساده و در نهایت بروز جنبه‌های تصویری و معنایی همراه است. این تحولات، نشانه‌ای از محتویات عاطفی کودک بوده و به شدت به تکامل ادراکی، شناختی، تجربیات او و ظرفیت ادراکی‌اش برای ایجاد نمادها وابسته است. آزمون گودیناف (Goodenough-Harris Drawing Test) که برای سنجش هوش کودکان از طریق نقاشی آنها طراحی شده، بر همین مبنا استوار است.

دنیای هنر در کاردرمانی

بیان داستان و مفهوم: کودک درباره عکس‌های کشیده شده قصه کوتاه می‌گوید. برای خانه‌ای که می‌کشد، در و پنجره می‌گذارد و ماشین را با جزئیاتی مانند نور چراغ‌ها ترسیم می‌کند. **علاقه به تکنیک‌های جدید:** ممکن است به نقاشی انگشتی یا تکنیک‌های دیگر علاقه‌مند شود.



ارتباط سیر نقاشی با مراحل تکامل شناختی (بر اساس نظریه پیاژه): درک سیر تکامل نقاشی کودک، بدون در نظر گرفتن مراحل تکامل شناختی او، کامل نخواهد بود. ژان پیاژه، روانشناس برجسته، مراحل تکامل شناختی را به شرح زیر توصیف کرده است که با سیر نقاشی کودکان همبستگی نزدیکی دارد:

مرحله حس-حرکتی (تولد تا ۲ سالگی): **تولد تا ۱ سالگی:** در این مرحله، کودک از طریق بازتاب‌های غریزی عمل می‌کند و جهان را از طریق حواس و حرکات خود درک می‌کند. تفکر او «ماشینی» و مبتنی بر علت و معلول مستقیم است. نقاشی در این دوره، صرفاً جنبه‌ی حرکتی و کشف حس لامسه مداد و کاغذ دارد.

۱ تا ۲ سالگی: با برقراری کنترل مغزی بر حرکات، فعالیت‌های حرکتی جهت‌دار و هدفمند می‌شوند. نقاشی در این دوره، «جنبشی» است؛ یعنی کودک بیشتر به حرکت مداد بر روی کاغذ و خطوطی که ایجاد می‌کند، توجه دارد تا به معنای آن.

مرحله پیش‌عملیاتی (۲ تا ۷ سالگی): **۳ تا ۴ سالگی:** زبان و سایر اشکال ارتباط نمادین نقش مهمی ایفا می‌کنند. تفکر کودک «خودمحور» است؛ یعنی نمی‌تواند دیدگاه دیگران را به راحتی درک کند. بازی‌ها برای او واقعی هستند و تخیل نقش پررنگی دارد. در این دوره، دایره‌ها به تدریج در نقاشی ظاهر شده و به عنصر غالب تبدیل می‌شوند. دایره‌ها ممکن است به صورت مجزا یا در ترکیب باهم کشیده شوند. اولین نماد خطی (مانند کشیدن یک دایره و اضافه کردن خطوطی به آن برای نمایش انسان) در این دوره شکل می‌گیرد.

۴ تا ۷ سالگی: این دوره، نیمه اول مرحله پیش‌عملیاتی است که بر درک مستقیم از محیط متکی است. کودک همچنان خودمحور، خلاق، کنجکاو و خیال‌پرداز است. تمرکز او بر روی یک موضوع در هر زمان است و در عمل، بیشتر با احساسات خود پیش می‌رود تا منطق. در این دوره، «حقیقت‌گرایی ذهنی» بروز می‌یابد؛ یعنی کودک آنچه را که در ذهن خود تصور می‌کند می‌کشد، نه لزوماً آنچه را که می‌بیند. او ممکن است افراد را از پشت دیوار بکشد یا داخل بدنه کشتی را نمایش دهد (حالت شفاف‌بینی یا X-ray Vision).



نام‌گذاری و شروع به نمادسازی (حدود ۳ تا ۴ سالگی): کودک خطوط کشیده شده را نام‌گذاری می‌کند. ممکن است حروف الفبا را بنویسد یا از دیگران بخواهد برایش بنویسند. استفاده از رنگ‌ها و جهت رنگ‌آمیزی در این مرحله تکامل می‌یابد و کودک بیش از یک رنگ را در نقاشی خود به کار می‌برد. در ابتدای این مرحله، کودک با بالا بردن کل بازو خط می‌کشد، اما با پیشرفت بیشتر، با چرخش مچ دست به ترسیم و شکل‌سازی می‌پردازد.



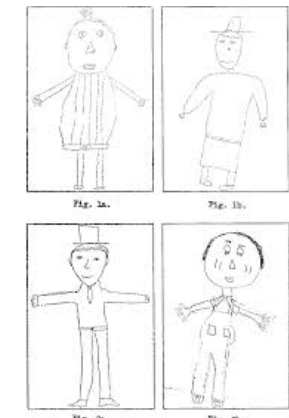
۳. مرحله شماتیک (حدود ۴ تا ۷ سالگی): **ترسیم انسان با جزئیات اولیه:** کودک انسان را با دو عضو (سر و بدن) می‌کشد. ممکن است شکل‌هایی مانند «ایکس» یا «ضربدر» را تقلید کند و به شکل ناقص انسان، اعضای اضافه کند.

ترسیم اشکال هندسی: کودک قادر به کشیدن مربع (حدود ۴.۵ سالگی) و مثلث (حدود ۵ سالگی) می‌شود. تصویر آدم با بدن و گردن کشیده می‌شود.

ترسیم دو بعدی و ادغام اشکال (حدود ۶ سالگی): کودک شکل آدم را به صورت دو بعدی می‌کشد و شروع به ادغام اشکال مختلف می‌کند.

افزایش جزئیات (حدود ۸ تا ۹ سالگی): کودک شروع به کشیدن اعضای داخلی بدن (مانند قلب یا استخوان‌ها) در نقاشی‌های خود می‌کند.

۴. مرحله واقع‌گرایی (از ۱۲ سالگی به بعد): **ترسیم پیچیده‌تر و جزئی‌تر:** از حدود ۱۲ سالگی به بعد، کودکان قادر به کشیدن جزئیات بیشتر در نقاشی‌های خود هستند. برای مثال، عکس ماشین را کامل‌تر می‌کشند و آن را با جزئیاتی مانند چرخ‌ها، چراغ‌ها و پنجره‌ها ترسیم می‌کنند.





سینما تراسی: AWAY FROM HER



مبین جمال زبردست
دانشجوی سال سوم کاردرمانی



معرفی فیلم

فیلم Away From Her (دور از او)

سال ساخت: ۲۰۰۶

ژانر: درام

کارگردان: سارا پلی

نویسنده: آلیس مونرو (داستان)

- سارا پلی (فیلم‌نامه)

بازیگران: جولی کریستی -

گوردون پینسنت - المپیا دوکاکیس

- مایکل مورفی - کریستن تامسن

- ونودی کروسون

نمره IMDB: ۷,۵ از ۱۰

مدت‌ها بود دلم می‌خواست خودم را به دست یک فیلم آرام و دل‌نشین بسپارم؛ فیلمی که مثل نسیمی ملایم روی زخم‌های خسته‌ی دل بنشیند و یادم بیاورد که هنوز زیبایی در دنیا زنده است. بعد از دوازده روز جنگ میان ایران و اسرائیل، که هر لحظه‌اش مثل باری روی شانه‌هایم سنگینی می‌کرد، و بعد از تمام اضطراب‌ها و بی‌خوابی‌های امتحانات دانشگاه، روحم تشنه‌ی اندکی آرامش بود. می‌خواستم پرده‌ی سفید سینما، یا حتی صفحه‌ی لپ‌تاپم، دری باشد به جهانی دیگر؛ جهانی که در آن صدای انفجار جای ندارد و اضطراب امتحان جای خود را به لبخند بی‌دلیل داده باشد. دلم یک قصه‌ی ساده می‌خواست؛ قصه‌ای که بگوید حتی بعد از تاریکی‌های بی‌درپی، هنوز می‌شود به نور رسید، هنوز می‌شود عاشق شد، هنوز می‌شود زیبا دید. تماشای Away from Her برایم چیزی فراتر از تماشای یک درام بود؛ مثل نشستن روبروی آینه‌ای که تصویر رشته‌ام را با تمام چالش‌ها و امیدها نشان می‌داد.

فیلم Away from Her که اقتباسی از داستان آلیس مونرو و نخستین

فیلم بلند سارا پلی است، نامزد دو جایزه اسکار شد و جولی کریستی برای اجرایش گلدن گلوب و جوایز متعدد منتقدان را برد. فیلم همچنین در کانادا ۷ جایزه جینی^۱ از جمله بهترین فیلم و بهترین کارگردانی را از آن خود کرد. فیلم روایت آهسته و تلخ و شیرینی است از جوچینی که حافظه آن را از هم می‌گسلد و دو نفری که سعی می‌کنند قطعات باقی‌مانده را کنار هم نگه دارند. فیونا (جولی کریستی) به تدریج زندگی مشترکش را از دست می‌دهد؛ گرنت (گوردون پینسنت) با آن همه مهر و شرمندگی، می‌کوشد در نقش همسر و مراقب، ناتوانی‌اش را پنهان کند. این داستان فقط درباره فقدان حافظه نیست بلکه درباره بازتعریف هویت است؛ درباره اینکه چه چیزهایی از ما باقی می‌ماند وقتی «من گذشته» محو می‌شود.

۱. Genie Awards: جوایزی برای شناخت بهترین‌های سینمای کانادا که از سوی آکادمی سینما و تلویزیون کانادا اهدا می‌گردد.

وقتی حافظه می‌میرد، چه بر سر عشق می‌آید؟

[خطر لو رفتن داستان] داستان فیلم درباره گرنت و فیونا، یک زوج بازنشسته در انتاریو، است که زندگی‌شان با تشخیص آلزایمر فیونا دگرگون می‌شود. فیونا به آلزایمر مبتلا می‌شود و به درخواست خودش در یک خانه سالمندان بستری می‌گردد. در آنجا قانونی وجود دارد مبنی‌بر اینکه در ۳۰ روز اول بستری، ملاقات ممنوع است. پس از پایان این دوره، فیونا گرنت را فراموش کرده و پیوند عاطفی‌اش را با آوبری، مردی لال و ویلچرنشین مرکز، پیدا می‌کند. وقتی آوبری به‌دلیل مشکلات مالی مدتی از مرکز خارج می‌شود، فیونا در افسردگی و ضعف جسمی فرو می‌رود؛ گرنت که می‌خواهد همسرش شاد باشد حتی اگر با مردی دیگر باشد تلاش می‌کند آوبری را بازگرداند و در این مسیر رابطه‌ای محتاطانه با ماریان (همسر آوبری) شکل می‌گیرد. در لحظه‌ای کوتاه، درست پیش از دیدار دوباره با آوبری، فیونا برای مدتی کوتاه گرنت و عشقش را به‌یاد می‌آورد و آنها در آغوش هم قرار می‌گیرند.

به‌عنوان یک کاردرمانگر، هر قاب فیلم برایم حکم یک پرونده بالینی را داشت. وقتی فیونا به مرکز مراقبت منتقل می‌شود و فضای جدید آرام‌آرام پیوندهای گذشته را می‌برد، من جایگاه خودم را تصور می‌کردم؛ چه فعالیت‌هایی می‌توانستند باقی‌ماندن احساس ارزشمندی را تقویت کنند؟ سکانس‌هایی که فیونا با یکی دیگر از ساکنان خانه سالمندان ارتباط برقرار می‌کند، ما را به پرسش اخلاقی ساده و تلخی می‌کشاند؛ آیا باید بر تعلق گذشته پافشاری کنیم یا به خوشبختی امروز احترام بگذاریم؟ پاسخ ساده‌ای نیست؛ ولی فیلم فضایی برای قراردادن این سؤال‌ها روی میز تیم درمانی فراهم می‌آورد.

در میانه روایت، گرنت با احساس گناه و نیاز به محافظت خود دست‌وپنجه نرم می‌کند؛ تصویری آشنا برای هر مراقبی که فرسودگی عاطفی را تجربه کرده است. اینجا نقش کاردرمانگر تنها اصلاح عملکرد روزمره نیست؛ مهم‌تر از آن آموزش خانواده، طراحی فعالیت‌های معنادار و برنامه‌ریزی حمایتی است که کرامت بیمار و سلامت مراقب را همزمان حفظ کند. فیلم یادآور می‌شود که درمان گاهی به معنی بازگرداندن توانایی‌ها نیست، بلکه بازپس‌دادن حس معنا و عواطف انسانی است.

سکانس‌های انتخاب‌شده برای بخش انتقال به مرکز، برخوردهای اولیه گرنت، لحظات دوستی تازه فیونا، هر کدام دریچه‌ای است به موضوعات عملی؛ ارزشیابی مبتنی‌بر معنا، تطبیق محیط، تکنیک‌های ارتباطی مانند اعتباربخشی (Validation)^۲ و برنامه‌ریزی برای تجدیدقوا (Respite)^۳. فیلم ما را وادار می‌کند تا معیارهای موفقیت را دوباره تعریف کنیم؛ نه‌تنها چه کاری می‌تواند انجام شود، بلکه چه چیز زندگی را برای این آدم معنادار می‌سازد.

از نگاه کاردرمانی، سه لایه در فیلم برایم برجسته شد:

۱. فیونا هنوز شخص فیونا است، حتی وقتی آلزایمر دارد و حافظه‌اش می‌لرزد. اما آنچه هویتش را تداوم می‌بخشد،

۲. تکنیک Validation در کاردرمانی یک رویکرد ارتباطی مبتنی‌بر همدلی و احترام است که به معنی به رسمیت شناختن دنیای درونی و احساسات فرد، بدون توجه به ادراکات او از واقعیات بیرونی است.

۳. هدف اصلی تکنیک Respite جلوگیری از فرسودگی مراقب، کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی هم برای مراقب و هم برای فرد تحت مراقبت است.

فعالیت‌هایی است که برای او معنی دارند؛ باغبانی، روتین‌های خانه، لمس اشیاء آشنا. فیلم نشان می‌دهد وقتی این کارها حذف می‌شوند (یا دیگر قابل انجام نیستند)، احساس «خود» کمرق می‌شود.

۲. محیط درمانی به‌عنوان درمانگر خاموش، سکانس‌هایی که فیونا به آسایشگاه منتقل می‌شود، تفاوت محیط امن و محیط رهاشده را نشان می‌دهد. طراحی محیط (نور، صدا، دسترسی به اشیاء شخصی، تابلوهای جهت‌یابی، تصاویر خاطره‌انگیز) می‌تواند تعامل و خوداتکایی را تقویت یا تضعیف کند.

۳. بار مراقبت و نیازهای خانواده؛ گرنت به‌مثابه یک شریک رنجور، میان احساس گناه، خشم خاموش و عشق پایدار مانده است. فیلم به زیبایی نشان می‌دهد که چگونه بیماری آلزایمر نه‌تنها حافظه، بلکه هویت و روابط عاطفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گرنت با از دست دادن تدریجی فیونا، یاد می‌گیرد که عشق ورزیدن گاهی به معنای رها کردن است.

در پایان، آنچه بیش از همه تکانم می‌دهد نه تصویر افت حافظه فیونا بخاطر آلزایمر، که سایه‌های ناپیدای عشق است که هنوز در کارهای کوچک و در سکوت لحظات جاری است. به‌عنوان کاردرمانگر، یاد می‌گیرم که کار ما فقط بازیابی عملکرد نیست؛ کار ما نگه‌داشتن رشته‌ی نازک معناست که انسان را «انسان» نگه می‌دارد. فیلم، با آرامش و شفقتش، به ما می‌گوید پیش از آنکه بیمار از کار بیفتد، بیایید معنا را در کارهای ساده حفظ کنیم؛ نوشیدن یک فنجان چای، لمس کردن دست‌ها، بو کردن خاک گلدان. بگذاریم آنها مهر کوچکی باشند بر زخم فراموشی.

Away from Her بیش از یک قصه سینمایی است؛ دعوتی است برای همدلی. فیلم به ما یادآوری می‌کند که کاردرمانی وقتی مؤثر است که به انسان، فراسوی برچسب بیماری‌اش نگاه کند؛ به خاطرات پراکنده، به نیاز به تعلق و به حقی که هر فرد برای انتخاب شکل جدیدی از خوشبختی دارد.

تماشای این فیلم برای کسی که در توانبخشی مبتلایان به آلزایمر نقش دارد، مثل بازکردن پرونده‌ای زنده است؛ پر از سوال و درد.

- فیونا: «اگر همه چیز را از یاد بیرم چی؟ اگر فراموش کنم تو کی هستی چی؟»

- گرنت: «هرگز تو را رها نخواهم کرد. این تمام چیزی است که باید بدانی. فقط مرا پیدا کن...»

نکته قابل توجه در فیلم، نمایش غیرمستقیم و قدرتمند نقش محوری محیط درمانی است. خانه سالمندان در این فیلم تنها یک مکان نیست، بلکه یک درمانگر تمام‌عیار است که با طراحی فضا، برنامه‌های گروهی و ایجاد فعالیت‌های معنادار، سعی در کند کردن روند فراموشی دارد؛ دقیقاً همان چیزی که هسته اصلی کاردرمانی است.



بیایی، این به نفع توست.» اما رویکرد «زبان زندگی» به درمانگر می‌آموزد تا ابتدا ببیند، سپس احساس را دریابد، نیاز پشت آن را شناسایی کند و سرانجام پاسخی همدلانه بدهد: «می‌بینم امروز خیلی خسته و ناامیدی. آیا حس می‌کنی که تلاشت نتیجه نداده و به کمی استراحت نیاز داری؟» همین جمله‌ی ساده، دریچه‌ای به روی گفت‌وگویی صمیمی و سازنده می‌گشاید و تنش را به فرصتی برای درک متقابل تبدیل می‌کند، باعث می‌شود که کودک درمانگر را نه یک دیکته‌گر یک سری تمرین و بازی بلکه همراهی در مسیر بهبودی ببیند.

رشته‌ی کاربردی تنها بر فرد تمرکز ندارد؛ خانواده و محیط او نیز بخشی جدایی‌ناپذیر از فرآیند درمان هستند. خانواده‌ها گاه زیر فشار روانی و نگرانی برای آینده‌ی عزیزشان، واکنش‌هایی پر از اضطراب یا انتقاد نشان می‌دهند. در چنین موقعیت‌هایی، آموخته‌های این کتاب به کاربردی‌یاری می‌دهد پیامش را بدون برانگیختن حالت دفاعی منتقل کند. برای نمونه، به جای گفتن: «شما تمرین‌ها را در خانه انجام نمی‌دهید»، می‌تواند بگوید: «می‌بینم انجام تمرین‌ها در خانه برایتان سخت بوده و سختی تمرین‌ها شما را کلافه و ناراحت کرده، دوست دارید با هم دنبال راهی برای آسان‌تر کردن روند درمان و تمرین‌ها باشیم؟» این تغییر کوچک در لحن، می‌تواند شکاف میان درمانگر و خانواده را به پلی برای همکاری و اعتماد بدل کند.

همچنین، کاربردی‌انگران بخشی از یک تیم درمانی گسترده هستند و تعامل روزانه با پزشکان، روان‌شناسان، گفتاردرمانگران و دیگر همکاران بخشی جدایی‌ناپذیر از کار آنهاست. اصول «ارتباط بدون خشونت» این همکاری‌ها را روان‌تر و شفاف‌تر می‌سازد؛ زیرا وقتی هر عضو تیم احساس کند شنیده و درک شده، هم‌افزایی و کیفیت خدمات به مراجعان نیز چند برابر می‌شود.

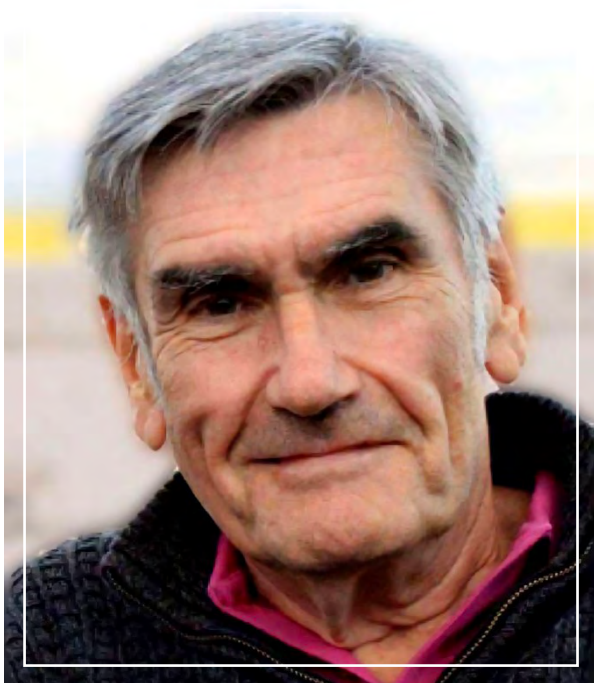
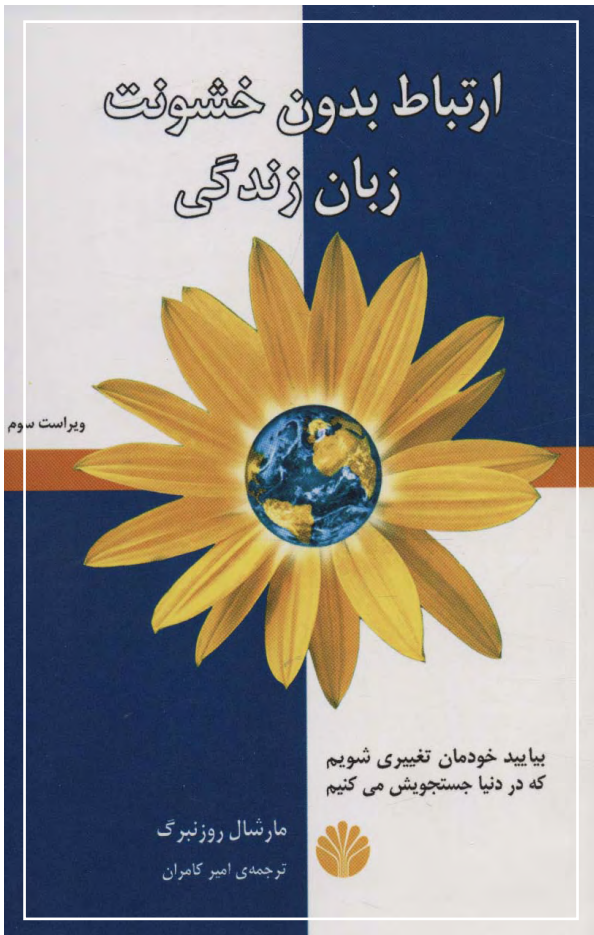
شاید مهم‌تر از همه، تأثیری است که این رویکرد بر خود کاربردی‌انگردد. مواجهه‌ی مداوم با رنج انسانی، جلسات دشوار و حجم بالای کار، فشار روانی فراوانی به درمانگر وارد می‌کند و درمانگر اگر نتواند از خودش در مقابل این فشارها مراقبت کند، خیلی زودتر دچار فرسودگی روانی و فیزیکی می‌شود. روزنبرگ یادآوری می‌کند که همدلی، پیش از آنکه هدیه‌ای به دیگری باشد، موهبتی برای خود ماست. وقتی کاربردی‌انگرمی‌آموزد با خودش هم به زبانی همدلانه سخن بگوید – احساساتش را بدون سرزنش بپذیرد و نیازهایش را شفاف بشناسد – نه تنها از فرسودگی شغلی در امان می‌ماند، بلکه الگویی زنده برای مراجعان و همکارانش خواهد شد.

به این ترتیب، «ارتباط بدون خشونت» برای کاربردی‌انگران تنها یک کتاب نیست؛ همراهی حرفه‌ای و انسانی است که یادآوری می‌کند ارتباط، اگر بر پایه‌ی احترام و همدلی بنا شود، خود بخشی از درمان خواهد بود.

چهار گام ارتباط از نگاه روزنبرگ

مارشال روزنبرگ چهار اصل بنیادین را در سراسر کتابش با مثال‌ها و تمرین‌های متنوع می‌پروراند:

۱. **مشاهده‌ی بدون قضاوت:** دیدن و گفتن آنچه هست، بدون آنکه آن را خوب یا بد بنامیم. ما بدون اینکه به مفید بودن یا نبودن موضوع فکر کنیم، باید به‌طور کاملاً بی‌طرفانه



مبین فلاح‌گل
دانشجوی سال آخر کاربردی

کتاب‌نگار: معرفی کتاب «ارتباط بدون خشونت: زبان زندگی»

از کلام تا قلب

عمده‌ترین دلیل ما برای ارتباط گرفتن، چیزی فراتر از تبادل کلمات است؛ ما با سخن گفتن می‌خواهیم نیازهایمان را برآورده کنیم، خواسته‌هایمان را بیان کنیم و حضورمان را در این دنیا به گوش دیگری برسانیم. کلام، ابزاری است برای فریاد درد، ابراز نیاز یا آشکار کردن احساسی که در دل پنهان است. اما چه بسیار لحظاتی که این کلمات، تنها صداهایی در فضا باقی می‌مانند و هرگز به عمق دل شنونده نمی‌رسند. در دنیای پرشتاب امروز، اغلب ما در شنیدن واقعی یکدیگر ناتوانیم؛ چون آنچه را که حقیقتاً پشت واژه‌ها جریان دارد، نمی‌بینیم و همین نشنیدن‌ها و درک نکردن‌هاست که به تعارض، سوءتفاهم و فاصله‌های ناخواسته در روابط انسانی دامن می‌زند.

دکتر مارشال روزنبرگ^۱، روانشناس بالینی و بنیان‌گذار رویکرد «ارتباط بدون خشونت»، راهی برای ترمیم این گسست‌ها پیش پای ما می‌گذارد. کتاب او، «ارتباط بدون خشونت: زبان زندگی» نه صرفاً یک متن آموزشی، بلکه راهنمایی برای بازآفرینی پیوندی انسانی است؛ پیوندی بر پایه‌ی احترام، شفافیت و همدلی. او با زبانی ساده و تجربه‌ای غنی از سال‌ها میانجی‌گری و آموزش، روشی چهار مرحله‌ای معرفی می‌کند: مشاهده بدون قضاوت، بیان شفاف احساسات، شناخت نیازهای پنهان و ارائه‌ی درخواست محترمانه. این چهار گام، همانند چراغ‌هایی کوچک اما پرنور، راه را از تنش به سمت گفت‌وگویی سازنده و آرام می‌گشایند.

اهمیت کتاب برای کاربردی و کاربردی‌انگران

کاربردی‌ان تنها مجموعه‌ای از تمرین‌های فیزیکی یا فعالیت‌های شناختی نیست؛ قلب این حرفه، ارتباط انسانی است. در لحظه‌ای که کاربردی‌انگر در کنار مراجع می‌نشیند، چیزی بیش از تکنیک و مهارت جریان دارد؛ او با انسانی روبه‌روست که به شنیده‌شدن، درک‌شدن و احساس ارزشمندی نیاز دارد، موضوعاتی که اگر از سلامتی فرد مهم‌تر نباشد، کم‌اهمیت‌تر نیست. همین‌جاست که کتاب روزنبرگ، همچون قطب‌نمایی مطمئن عمل می‌کند؛ قطب‌نمایی که مسیر گفت‌وگو را به‌سوی همدلی و احترام هدایت می‌کند.

یکی از دشوارترین صحنه‌های کاربردی، رویارویی با احساسات سنگین مراجعان است. تصور کنید کودکی که ماه‌ها در جلسات توان‌بخشی حضور یافته اما پیشرفتش به کندی پیش می‌رود. روزی با خشم و ناامیدی فریاد می‌زند: «دیگه نمی‌خوام پیام اینجا!» پاسخ سستی شاید تنها یک جمله‌ی دستوری باشد: «باید

If "violent" means acting in ways that result in hurt or harm, then much of how we communicate could indeed be called "violent" communication.

Nonviolent
COMMUNICATION

A Language of Life



3rd Edition

Words matter. Find common ground with anyone, anywhere, at any time, both personally and professionally.

MARSHALL B. ROSENBERG, PhD

Foreword by Deepak Chopra

Endorsed by Tony Robbins, Arun Gandhi, Marianne Williamson, John Gray, Jack Canfield, Dr. Thomas Gordon, Riane Eisler, and others



و کاملاً ریزینانه به مشاهده و بررسی پیش‌آمد مورد نظر پردازیم.

۲. **بیان شفاف احساسات:** صحبت کردن از هیجانات واقعی مانند خشم، غم، شادی یا شگفتی، نه برچسب‌های کلی همچون «خوب» یا «بد». در طول کتاب ما با لغت‌های مناسب و نحوه‌ی شناسایی احساسات مختلفمان آشنا می‌شویم و می‌توانیم دایره لغات خود را برای بیان احساساتمان گسترش دهیم.

۳. **شناسایی نیازها:** ریشه‌یابی احساسات برای درک اینکه کدام نیاز در پس آنها پنهان است. دکتر روزنبرگ عقیده دارد که نیازهای پیدا و پنهان ما موجب به وجود آمدن احساسات مختلفمان می‌شوند. در واقع احساسات ما بیانگر نیازهای ما هستند.

۴. **ارائه‌ی درخواست روشن:** بیان صریح و ساده‌ی انتظارات، بدون پیچیدگی یا فشار. با شنیدن و درک و دریافت احساس و پس از آن نیازهای هر فرد، بیان تقاضا برای برطرف کردن نیاز راحت‌تر می‌شود و تعارضی که ممکن است به وجود آمده باشد، حل می‌شود.

در ادامه مثالی که در خود کتاب آمده را به‌طور خلاصه وار می‌نویسم: مادری از کودک خود برای شلخته بودن اتاق تلویزیون ناراضی است، طرز بیان او مطابق کتاب می‌تواند به شرح روبه‌رو باشد: «فلیکس^۲، وقتی من دو جوراب گلوله‌شده زیر میز و سه تای دیگر هم کنار تلویزیون می‌بینم (مشاهده‌ی موقعیت بدون اینکه کودک را مورد قضاوت قرار دهد)، خیلی عصبانی می‌شوم (بیان و درک احساسات خود). این اتاق متعلق به همه است و ما نیاز داریم که اتاق را مرتب ببینیم (شناسایی و بیان نیاز). ممکن است جوراب‌هایت را در اتاق خودت یا سبد لباس‌های کثیف بیندازی؟ (تقاضای صریح و واضح)».

به‌طور کلی تفاوت فرهنگی نویسنده کتاب با خودمان، ممکن است راه‌حل‌ها و دستورالعمل‌های ارائه‌شده را خیلی ناممکن و عجیب یا به قول عامیانه مطالب را زرد جلوه دهد و عملی کردن مطالب در عمل ناممکن به نظر بیاید. اما بنابر تجربه‌ی شخصی، تمرین این مراحل و کوشش در به‌کارگیری آنها، ارتباطی می‌آفریند که نه بر پایه‌ی قضاوت، بلکه بر اساس درک و همدلی بنا شده است. یعنی ممکن است در نگاه نخست، این اصول ساده یا حتی غیرعملی به نظر برسند، اما با اندکی تمرین و شجاعت و صد البته خلاقیت در به‌کارگیری آنها، اثربخشی‌شان در زندگی روزمره به‌وضوح دیده می‌شود.

در نهایت، کتاب یادآور می‌شود که حتی شنیدن یک «نه» نیز در واقع شنیدن یک نیاز است؛ نیازی که در پس نپذیرفتن درخواست ما قرار دارد. چنین نگاهی، هر پاسخ منفی را فرصتی تازه برای کشف، گفت‌وگو و همدلی می‌سازد. نسخه‌ای که بنده مطالعه کرده‌ام، از نشر اختران و ترجمه‌شده به دست آقای امیرکامران -ویراست سوم- بود. آقای امیرکامران ترجمه‌ای روان و وفادار به متن انجام داده و تا حد امکان توضیحات ارزنده‌ای خدمت خوانندگان ارائه داده است تا فهم

نوشته‌ها آسان‌تر شود. در ابتدای کتاب هم آقای کامران نقل به مضمون کرده است که ترجمه و هماهنگ کردن ارتباط بدون خشونت در ایران و به نمایندگی از دکتر مارشال روزنبرگ به عهده‌ی خود ایشان می‌باشد. برای ارتباط‌گیری علاقه‌مندان به ترجمه‌ی بیشتر آثار و کتاب‌های این حیطه وب‌سایت مقابل طراحی و معرفی گردیده‌است: www.zabanezendegi.com

ارتباط بدون خشونت روشی تعاملی است که تبادل اطلاعات و حل صلح‌آمیز اختلافات را تسهیل می‌کند. ارتباط بدون خشونت بر ارزش‌های مشترک انسانی و نیازها تکیه می‌کند و افراد را به پرهیز از زبانی که سبب مقاومت یا کاهش عزت‌نفس می‌شود و استفاده از زبانی که سلامت را افزایش می‌دهد تشویق می‌کند.



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

فراخوان همکاری

حوزه‌های فعالیت

• علمی • اخبار و اطلاع‌رسانی • تهیه مصاحبه و گزارش

Telegram Channel: t.me/ot_magazine

کاردرمانی هنریافتن توانمندی در دل ناتوانی‌هاست.



OCCUPATIONAL THERAPY
SUMMER 2025

نشریه علمی کاردرمانی | شماره نهم | تابستان ۱۴۰۴