

Research Paper: Declination from Occupation Based Practice: Experience of Iranian Occupational Therapists

Mohammad Khayatzadeh-Mahani^{1,2}, * Afsoon Hassani Mehraban³, Mohammad Kamali⁴, Soroor Parvizy⁵

1. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3. Rehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Rehabilitation Management, Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Pediatric Nursing & Neonatal Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 30 Aug. 2014

Accepted: 12 Jan. 2015

ABSTRACT

Objectives Occupation has been used as an essential core of therapy in Occupational therapy (OT) paradigm from its beginning. Besides primary emphasis of OT pioneers; the OT practitioners do not care about using it seriously yet. So, this study was designed to explore the current method of delivering occupational therapy services among Iranian occupational therapists.

Materials & Methods The qualitative conventional content analysis with purposeful sampling method was used in this study. 14 occupational therapists participated in this study. Semi structured interviews were used for data gathering. The data gathering continued until reaching data saturation. The interviews were analyzed through constant comparative analysis using MAXQDA 2007 software.

Results The interviews analysis revealed 66 codes that resulted to six sub themes and three themes including: Occupation based OT (occupation based assessment and planning –hard working circumstances for occupation based therapists), technique based OT (inattention to occupation based practice-top down approach to assessment and planning-inattention to client-centered practice) and combined occupation and techniques based OT (assessment and planning with combined approach)

Conclusion It seems that the Iranian occupational therapists have deviated from their philosophical paradigm (occupation based practice) and tended to technique based OT. Lots of possible reasons such as contextual barriers, non-acceptance from clients' perspective and educational challenges are considered in this issue. Therefore, the policy makers ought to plan and supervise to solve these challenges and to facilitate implementing occupation based practice.

Keywords:

Occupational therapy, Occupational therapist, Occupation based practice, Therapeutic techniques, Qualitative study

* Corresponding Author:

Afsoon Hassani Mehraban, PhD

Address: Department of Occupational Therapy, Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22228051

E-Mail: mehraban.a@iums.ac.ir

دور شدن از عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن: تجربه کاردرمانگران ایرانی

محمد خیاط زاده ماهانی^{۱*}، آفسون حسنی مهربان^۲، محمد کمالی^۳، سرور پرویزی^۴

- ۱- گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۲- گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
- ۳- مرکز تحقیقات توانبخشی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۴- گروه مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۵- گروه پرستاری کودکان و مراقبت از نوزادان در معرض خطر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۹ شهریور ۱۳۹۳
تاریخ پذیرش: ۲۲ دی ۱۳۹۳

هدف: از ابتدا، استفاده از اکیوپیشن به عنوان ابزار اصلی درمانی در الگوی کاردرمانی مطرح بوده است. با وجود تأکید اولیه پیشگامان کاردرمانی، هنوز کاردرمانگرها اهتمام جدی بر استفاده از اکیوپیشن در عملکرد بالینی خود ندارند؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین روش رایج ارائه خدمات کاردرمانی در بین کاردرمانگران ایرانی طراحی گردید.

روش بررسی: این مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی-عرفی بود و در آن نمونه‌گیری به شیوه هدفمند صورت گرفت. در این تحقیق ۱۴ کاردرمانگر شرکت داشتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته استفاده شد و جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع آنها ادامه یافت. مصاحبه‌ها با روش مقایسه مداوم و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۰۷ تحلیل گردید.

یافته‌ها: تحلیل مصاحبه‌ها به ایجاد ۶۶ کد اولیه منجر گردید که در تحلیل‌های بعدی به پیدایش شش زیرمضمون و سه مضمون اصلی انجامید: کاردرمانی مبتنی بر اکیوپیشن (رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی مبتنی بر اکیوپیشن و شرایط سخت کاری برای کاردرمانگران اکیوپیشنی)، کاردرمانی مبتنی بر روش‌های درمانی (بی‌توجهی به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن، رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی پایین به بالا و برنامه درمانی غیرمراجع محور) و کاردرمانی مبتنی بر تلفیق اکیوپیشن و روش‌ها (ارزیابی و برنامه درمانی با رویکرد تلفیقی).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که کاردرمانگران ایرانی از فلسفه پیدایشی حرفه خود یعنی عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن- تا حدودی فاصله گرفته‌اند و به سمت استفاده از روش‌های درمانی سوق پیدا کرده‌اند. از جمله دلایل احتمالی این موضوع می‌توان به فراهم نبودن زیرساخت‌های زمینه‌ای، عدم پذیرش مراجعین و مشکلات آموزشی اشاره کرد؛ بنابراین لازم است با برنامه‌ریزی و نظارت بیشتر از سوی سیاست‌گذاران، این کاستی‌ها برطرف و اجرای عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن تسهیل گردد.

کلید واژه:

کاردرمانی، کاردرمانگر، عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن، تکنیک‌های درمانی، مطالعه کیفی

مقدمه

پیشگامان این رشته، اکیوپیشن^۱ را به عنوان هسته اصلی رشته کاردرمانی معرفی نموده‌اند. براساس تعریف انجمن کاردرمانی آمریکا در سال ۲۰۰۸ «اکیوپیشن یک کلمه کلیدی در رشته کاردرمانی است که جوهره رشته محسوب می‌شود و افراد را قادر می‌سازد تا کارهایی را براساس نیاز و خواست خود انجام دهند، به طوری که در آن کارها درگیر شوند و فعالیت‌های آشنا، روزمره و هدفمند را به منظور معنی‌بخشی و ایجاد رضایت انجام دهند» [۴].

عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن به نوعی از خدمات مراجع محور اطلاق می‌شود که در آن کاردرمانگر و مراجع به طور مشترک

کاردرمانی در سال ۱۹۱۷ در آمریکا [۱] و در سال ۱۹۷۱ در ایران بنیان‌گذاری شد [۲]. ارزش‌های کاردرمانی مانند همه‌جانبه‌گرایی، تمرکز بر عوامل محیطی، یادگیری توسط انجام عمل و اهمیت عادات در زندگی روزمره از علاقه بنیان‌گذاران به مصلحت‌گرایی در حیطه‌های اجتماعی و بهداشتی، حرکت به سوی هنر و صنایع دستی و درمان اخلاق مدارانه ناشی می‌شود [۳]. این ارزش‌ها استفاده از فعالیت‌های روزمره زندگی^۱، تفریحی و شغلی را به عنوان روش‌های درمانی برای ارتقای سلامت و بهبود مشکلات مورد حمایت قرار می‌دهد [۴].

Occupation ۲

Activities of Daily Living ۱

* نویسنده مسئول:

دکتر آفسون حسنی مهربان

نشانی: گروه کاردرمانی، مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱ ۲۲۲۲۸۰۵۱ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: mehrcan.a@iums.ac.ir

حیطه‌های عملکردی^{۱۴} است، بنا نهاده شد [۹]. همچنین استفاده از اکیوپیشن به‌عنوان هدف درمانی در قالب رویکردهای درمانی مانند جهت‌یابی شناختی به عملکردهای کاری روزمره^{۱۵} شکل گرفت.

با وجود تأکید اولیه پیشگامان کاردرمانی و تغییر الگوی کاردرمانی به‌سوی استفاده از اکیوپیشن، هنوز کاردرمانگران اهتمام جدی بر استفاده از اکیوپیشن در عملکرد بالینی خود ندارند و گزارش‌های متعدد کشورهای غربی حاکی از استفاده اندک کاردرمانگران از عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن^{۱۶} در حیطه‌های مختلف اعم از جسمانی و روانی-اجتماعی است [۱۳-۱۰]. در ایران، تنها یک مطالعه در زمینه استفاده از اکیوپیشن در بین کاردرمانگران صورت گرفته است که نتایج آن تفاوت معنی‌داری را بین کاردرمانگران ایرانی و آمریکایی نشان می‌دهد [۱۴]. در زمینه دلایل این تفاوت مطالعه‌ای صورت نگرفته است ولی می‌توان به عواملی مثل نگرش منفی کاردرمانگران به حرفه خود [۱۵] و عوامل محیطی [۱۶ و ۱۰] اشاره نمود.

تاکنون در ایران درباره حرفه کاردرمانی و شیوه‌های ارائه خدمات کاردرمانی مطالعات اندکی صورت گرفته است. در مطالعه‌ای کیفی به بررسی نگرش کاردرمانگران درباره حرفه کاردرمانی پرداخته [۱۵] و در مطالعه‌ای دیگر برای تعیین صلاحیت بالینی کاردرمانگران، پرسشنامه‌ای با ۵۴ سؤال و در ۷ حیطه تهیه شده است [۱۷]. در مطالعه کیفی دیگر که به بررسی مسائل اخلاقی کاردرمانگران در حیطه سلامت روان پرداخته شده است، مهم‌ترین مشکل مربوط به رعایت ضوابط اخلاقی در زمینه کار با بیمار روانی که ناشی از کمبود دانش کافی کاردرمانگران در زمینه ارتباط و به‌کارگیری خدمات درمانی مناسب است، گزارش گردیده است [۱۸].

با این وجود در زمینه عملکرد کاردرمانگران و شیوه ارائه خدمات کاردرمانی در کلینیک‌های کاردرمانی، اعم از خصوصی و دولتی، مطالعه‌ای یافت نشد. با توجه به اهمیت عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن و محوری‌بودن آن در کاردرمانی لازم بود که پدیده موردنظر به‌خوبی و به‌طور عمیق مورد کنکاش قرار گیرد و مشخص شود که کاردرمانگران در کلینیک‌های کاردرمانی تا چه حد از این عملکرد استفاده می‌کنند و شیوه‌های رایج در زمینه ارائه خدمات کاردرمانی چیست؟ بنابراین، مطالعه اخیر که جزیی از پژوهش گسترده رساله دکترای کاردرمانی با عنوان «تبیین دیدگاه و تجربه کاردرمانگران ایرانی درباره عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن: مطالعه ترکیبی متوالی» بود، با هدف تبیین شیوه‌های رایج ارائه خدمات کاردرمانی در بین کاردرمانگران ایرانی طراحی گردید.

فعالیت‌های معنی‌داری را انتخاب می‌کنند که این فعالیت‌ها با علائق، نیازها و توانایی‌های مراجع همخوانی دارد و همسو با مشارکت مراجع در زندگی روزمره است [۵]. استفاده از اکیوپیشن در کاردرمانی به دو شکل استفاده ابزاری از اکیوپیشن^۳ و استفاده از اکیوپیشن به‌عنوان هدف درمانی^۴ مطرح شده است [۶]. از همان ابتداء، استفاده از اکیوپیشن به‌عنوان ابزار و روش اصلی درمانی در الگوی کاردرمانی مطرح بود و از فعالیت‌های هنری و دستی در درمان اختلالات به‌ویژه بیماری‌های روانی استفاده می‌گردید.

تا دهه ۵۰ میلادی این الگو مسلط بود تا اینکه پس از جنگ جهانی دوم و در اواخر دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، کاردرمانی تحت‌تأثیر الگوی مکانیکی^۵ قرار گرفت و به‌سوی الگوی رویکرد پزشکی-زیستی^۶ تغییر پیدا کرد. در نتیجه، استفاده از اکیوپیشن به‌تدریج در بین کاردرمانگران کمرنگ شد و تمرین، تکنیک، ابزارها و دستگاه‌ها جای فعالیت‌های هنری و دستی را گرفت و کاردرمانی مبتنی بر روش‌های درمانی شکل گرفت [۷].

تمرکز الگوی جدید بر رفع و درمان اختلالات مرتبط با سیستم‌های عضلانی-اسکلتی، عصبی-حرکتی و روانی-اجتماعی بود و تمرین‌ها و روش‌ها شکل تخصصی به‌خود گرفت. تمرین‌ها با هدف برگرداندن اجزای عملکردی^۷ مانند دامنه حرکتی مفاصل، قدرت عضلانی و دامنه توجه به‌کاربرده و روش‌ها و ابزارهای ارزیابی و درمانی خاص در این زمینه مطرح می‌شد که از آنها به رویکردهای پایین به بالا^۸ تعبیر می‌شود [۸]. در این الگو به مشارکت مراجع در نقش‌های عملکردی و زندگی روزمره کمتر توجه می‌شود و تأکید بر حل مشکلات اجزای عملکردی است.

تا دهه ۸۰ میلادی، الگوی مکانیکی در بین کاردرمانگران الگوی مسلط بود تا اینکه در دهه ۱۹۸۰ دوباره کاردرمانگران به هویت رشته خود بازگشتند و بر قدرت شفادهنده اکیوپیشن تأکید نمودند. کاردرمانگران مشهور متعددی از جمله: کیل هافنر^۹ از آمریکا، پولاتایکو^{۱۰} از کانادا و چاپار^{۱۱} از استرالیا در شکل‌گیری این تغییر الگو نقش داشتند. نمونه‌های مبتنی بر اکیوپیشن از جمله مدل اکیوپیشن انسانی^{۱۲} شکل گرفت و ارزیابی با رویکرد بالا به پایین^{۱۳} که تأکید آن بر ارزیابی اولیه

Occupation as mean ۳

Occupation as end ۴

Mechanistic Paradigm ۵

Biomedical ۶

Performance components ۷

Bottom Up approach ۸

Kielhofner ۹

Polatajco ۱۰

Chapparo ۱۱

Model Of Human Occupation ۱۲

Top Down Approach ۱۳

Performance Area ۱۴

Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance ۱۵

(CO-OP)

Occupation Based Practice ۱۶

روش بررسی

مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه با میانگین ۵۲ دقیقه بود. جلسات مصاحبه با هماهنگی قبلی در محل کار کاردرمانگر صورت گرفت. محتوای مصاحبه‌ها ضبط و سپس اجرا، تایپ و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان انجام شد، به‌نحوی که تجزیه و تحلیل هر مصاحبه بلافاصله پس از هر مصاحبه صورت گرفت. متن مصاحبه‌ها در نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۰۷ اجرا گردید. این نرم‌افزار ابزاری برای سازماندهی و طبقه‌بندی داده‌های کیفی در محیط ویندوز در رایانه است که توسط شرکت ورپی^{۱۸} آلمان طراحی شده است. داده‌ها با کمک روش مقایسه مداوم^{۱۹} و تحلیل محتوایی استقرایی مورد تحلیل قرار گرفتند. روش مقایسه مداوم توسط گلنزر و استراوس^{۲۰} در سال ۱۹۷۸ مطرح گردید که درابتداء برای تحلیلی داده‌های کیفی در مطالعات تئوری پایه^{۲۱} مورد استفاده قرار می‌گرفت ولی امروزه از آن در دیگر مطالعات کیفی نیز استفاده می‌شود [۲۰].

متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا برداشت کلی از متن به‌دست آید. سپس متن‌های مرتبط با پدیده مورد بررسی استخراج گردید که این متن‌ها به واحدهای معنایی^{۲۲} تعبیر شد. این واحدهای معنایی با یک کد^{۲۳} نشان داده شد. کدهای مختلف براساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها با یکدیگر مقایسه و عبارت و کلماتی که از نظر معنایی شبیه به هم بود به‌صورت زیرمضمون^{۲۴} دسته‌بندی و درنهایت، زیرمضمون‌ها براساس ارتباطشان باهم به مضمون‌ها^{۲۵} ختم شد [۲۱].

برای دقت و سنجش قابلیت اطمینان داده‌های کیفی از راهکارهای بازنگری ناظرین^{۲۶}، بازنگری شرکت‌کنندگان^{۲۷} و تلفیق در تحقیق^{۲۸} استفاده شد. در بازنگری ناظرین استدلال‌ها و تفسیرها به‌وسیله کارشناسان خبره عضو هیأت علمی گروه کاردرمانی بررسی گردید تا از استدلال‌های نادرست جلوگیری و از نظرات تکمیلی کارشناسان استفاده شود. در بازنگری شرکت‌کنندگان مضامین استخراج‌شده از مصاحبه‌های پیاده‌شده هر فرد، بار دیگر در اختیار هر شرکت‌کننده قرار داده شد تا از صحت و درستی آنها اطمینان حاصل شود [۲۲]. در زمینه تلفیق تحقیق، از تلفیق مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه^{۲۹} برای

با توجه به اهمیت عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن در حرفه کاردرمانی و ناشناخته‌بودن و دانش کم در این زمینه، طرح تحقیق کیفی مطرح گردید تا مشخص شود کاردرمانگران ایرانی در کار بالینی خود از چه شیوه‌ای در زمینه ارائه خدمات کاردرمانی استفاده می‌کنند [۱۹]. مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی-عرفی^{۱۷} بود.

جامعه مورد مطالعه، کلیه کاردرمانگران دانش‌آموخته شاغل در شهر تهران بودند. نمونه‌گیری به‌شیوه هدفمند و با حداکثر تنوع در نظر گرفته شد، به‌نحوی که نمونه‌گیری از سطوح مختلف تحصیلی، کاری، جنسیتی و تجربه‌ای صورت گرفت. در این پژوهش نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. ملاک‌های ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه شامل موارد ذیل بود: (۱) داشتن حداقل مدرک کارشناسی در حرفه کاردرمانی؛ (۲) داشتن حداقل دو سال سابقه کاری در یکی از حیطه‌های تخصصی کاردرمانی؛ (۳) داشتن قدرت بیان مناسب برای انتقال اطلاعات موردنیاز؛ (۴) رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در مطالعه؛ (۵) سکونت یا اشتغال در شهر تهران. داده‌ها پس از ۱۲ مصاحبه به اشباع رسید ولی برای اطمینان بیشتر با ۲ کاردرمانگر دیگر نیز مصاحبه صورت گرفت؛ بنابراین شرکت‌کنندگان این تحقیق شامل ۱۴ کاردرمانگر شاغل در کلینیک‌های خصوصی، دولتی و دانشگاهی شهر تهران بودند.

برای جمع‌آوری داده داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته فردی استفاده شد. این نوع مصاحبه تحت عنوان سؤالات نیمه باز خوانده می‌شود. در این نوع مصاحبه، سؤالات از قبل طراحی شده و هدف آن کسب اطلاع عمیق از مصاحبه شونده می‌باشد. مصاحبه با استفاده از سؤالات راهنما و به‌صورت محاوره‌ای صورت گرفت. سؤالات راهنما بدین صورت بودند که تجربه شما در زمینه به‌کارگیری عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن چیست؟ چه عواملی باعث می‌شود که شما عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن را در کار خود استفاده نکنید؟ علاوه بر مصاحبه از یادداشت‌های در عرصه نیز برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید.

یادداشت در عرصه به یادداشت‌هایی اطلاق می‌گردد که مصاحبه‌کننده حین مصاحبه برمی‌دارد. در ابتدا روش تحقیق، شیوه مصاحبه و حق افراد درباره شرکت در مطالعه یا امتناع از آن برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس رضایتنامه آگاهانه کتبی از آنها گرفته شد.

مصاحبه با سؤالات راهنما که تمرکز آن بر پدیده مورد بررسی بود، شروع می‌شد؛ برای مثال، از کاردرمانگر پرسیده می‌شد که یکی از جلسات درمانی روزمره خود را توصیف نماید. مدت زمان

۱۸. VERBI Software – Berlin Germany

۱۹. Constant Comparative Analysis

۲۰. Glaser & Strauss

۲۱. Grounded Theory

۲۲. Meaning Unit

۲۳. Code

۲۴. Sub-Themes

۲۵. Themes

۲۶. Peer Check

۲۷. Member Check

۲۸. Triangulation

۲۹. Field Note

۱۷. Conventional Content Analysis

روش بررسی

مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه با میانگین ۵۲ دقیقه بود. جلسات مصاحبه با هماهنگی قبلی در محل کار کاردرمانگر صورت گرفت. محتوای مصاحبه‌ها ضبط و سپس اجرا، تایپ و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان انجام شد، به‌نحوی که تجزیه و تحلیل هر مصاحبه بلافاصله پس از هر مصاحبه صورت گرفت. متن مصاحبه‌ها در نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۰۷ اجرا گردید. این نرم‌افزار ابزاری برای سازماندهی و طبقه‌بندی داده‌های کیفی در محیط ویندوز در رایانه است که توسط شرکت ورپی^{۱۸} آلمان طراحی شده است. داده‌ها با کمک روش مقایسه مداوم^{۱۹} و تحلیل محتوایی استقرایی مورد تحلیل قرار گرفتند. روش مقایسه مداوم توسط گلنزر و استراوس^{۲۰} در سال ۱۹۷۸ مطرح گردید که درابتداء برای تحلیلی داده‌های کیفی در مطالعات تئوری پایه^{۲۱} مورد استفاده قرار می‌گرفت ولی امروزه از آن در دیگر مطالعات کیفی نیز استفاده می‌شود [۲۰].

متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا برداشت کلی از متن به‌دست آید. سپس متن‌های مرتبط با پدیده مورد بررسی استخراج گردید که این متن‌ها به واحدهای معنایی^{۲۲} تعبیر شد. این واحدهای معنایی با یک کد^{۲۳} نشان داده شد. کدهای مختلف براساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها با یکدیگر مقایسه و عبارت و کلماتی که از نظر معنایی شبیه به هم بود به‌صورت زیرمضمون^{۲۴} دسته‌بندی و درنهایت، زیرمضمون‌ها براساس ارتباطشان باهم به مضمون‌ها^{۲۵} ختم شد [۲۱].

برای دقت و سنجش قابلیت اطمینان داده‌های کیفی از راهکارهای بازنگری ناظرین^{۲۶}، بازنگری شرکت‌کنندگان^{۲۷} و تلفیق در تحقیق^{۲۸} استفاده شد. در بازنگری ناظرین استدلال‌ها و تفسیرها به‌وسیله کارشناسان خبره عضو هیأت علمی گروه کاردرمانی بررسی گردید تا از استدلال‌های نادرست جلوگیری و از نظرات تکمیلی کارشناسان استفاده شود. در بازنگری شرکت‌کنندگان مضامین استخراج‌شده از مصاحبه‌های پیاده‌شده هر فرد، بار دیگر در اختیار هر شرکت‌کننده قرار داده شد تا از صحت و درستی آنها اطمینان حاصل شود [۲۲]. در زمینه تلفیق تحقیق، از تلفیق مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه^{۲۹} برای

با توجه به اهمیت عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن در حرفه کاردرمانی و ناشناخته‌بودن و دانش کم در این زمینه، طرح تحقیق کیفی مطرح گردید تا مشخص شود کاردرمانگران ایرانی در کار بالینی خود از چه شیوه‌ای در زمینه ارائه خدمات کاردرمانی استفاده می‌کنند [۱۹]. مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی-عرفی^{۱۷} بود.

جامعه مورد مطالعه، کلیه کاردرمانگران دانش‌آموخته شاغل در شهر تهران بودند. نمونه‌گیری به‌شیوه هدفمند و با حداکثر تنوع در نظر گرفته شد، به‌نحوی که نمونه‌گیری از سطوح مختلف تحصیلی، کاری، جنسیتی و تجربه‌ای صورت گرفت. در این پژوهش نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. ملاک‌های ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه شامل موارد ذیل بود: (۱) داشتن حداقل مدرک کارشناسی در حرفه کاردرمانی؛ (۲) داشتن حداقل دو سال سابقه کاری در یکی از حیطه‌های تخصصی کاردرمانی؛ (۳) داشتن قدرت بیان مناسب برای انتقال اطلاعات موردنیاز؛ (۴) رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در مطالعه؛ (۵) سکونت یا اشتغال در شهر تهران. داده‌ها پس از ۱۲ مصاحبه به اشباع رسید ولی برای اطمینان بیشتر با ۲ کاردرمانگر دیگر نیز مصاحبه صورت گرفت؛ بنابراین شرکت‌کنندگان این تحقیق شامل ۱۴ کاردرمانگر شاغل در کلینیک‌های خصوصی، دولتی و دانشگاهی شهر تهران بودند.

برای جمع‌آوری داده داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته فردی استفاده شد. این نوع مصاحبه تحت عنوان سؤالات نیمه باز خوانده می‌شود. در این نوع مصاحبه، سؤالات از قبل طراحی شده و هدف آن کسب اطلاع عمیق از مصاحبه شونده می‌باشد. مصاحبه با استفاده از سؤالات راهنما و به‌صورت محاوره‌ای صورت گرفت. سؤالات راهنما بدین صورت بودند که تجربه شما در زمینه به‌کارگیری عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن چیست؟ چه عواملی باعث می‌شود که شما عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن را در کار خود استفاده نکنید؟ علاوه بر مصاحبه از یادداشت‌های در عرصه نیز برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید.

یادداشت در عرصه به یادداشت‌هایی اطلاق می‌گردد که مصاحبه‌کننده حین مصاحبه برمی‌دارد. در ابتدا روش تحقیق، شیوه مصاحبه و حق افراد درباره شرکت در مطالعه یا امتناع از آن برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس رضایتنامه آگاهانه کتبی از آنها گرفته شد.

مصاحبه با سؤالات راهنما که تمرکز آن بر پدیده مورد بررسی بود، شروع می‌شد؛ برای مثال، از کاردرمانگر پرسیده می‌شد که یکی از جلسات درمانی روزمره خود را توصیف نماید. مدت زمان

از شرکت کنندگان بیان داشت که:

«من حالا به کیسی که می‌آدم می‌بینم که این اختلالی که داره این هستش که یکی از عملکردهای روزانش که خیلی برایش مهم بوده و جزء اکیوپیشن‌هاش محسوب می‌شه آسیب دیده... مثلاً در مورد کودکان بخواهیم مثال بزنیم اینکه نمی‌تونه خودش لباس بپوشه؛ یعنی عملکردهای خودیاریش بهم خورده. خوب این جزء اکیوپیشن‌هاش محسوب می‌شه. من بر این اساس می‌آم حالا با توجه به نگرانی‌هایی که خانواده در این زمینه دارن این رو هدف درمانی قرار می‌دیم، می‌آیم ریزش می‌کنیم، حالا برای اینکه بتونیم اون اکیوپیشن رو به اون حد مطلوبی که اون فرد بتونه مناسب انجام بده برسونیم، برنامه‌ریزی می‌کنیم که حالا چه مشکلاتی وجود داره و کم‌کم مشکلات رو براساس اون حل می‌کنیم تا به اون استقلال که لازمه، تو اون اکیوپیشن خاص برسه».

زیرمضمون دوم در این مضمون تحت‌عنوان «تنهایی و انزوای کاردرمانگران اکیوپیشنی» نامیده شد. مشارکت کنندگان به تنهاماندن و سخت‌بودن شرایط کار برای کاردرمانگرانی که می‌خواهند عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن را اجرا کنند، اشاره نمودند. یکی از کاردرمانگران به این واقعیت این‌گونه اشاره نمود:

«کلاً این جووری خیلی سخته اگه بخوای بری تو به محیط درمانی و متفاوت از بقیه باشی. مطمئناً شما پس‌زده خواهید شد بلااستثنا و بدون شک؛ چون شما تنها داری این کار رو می‌کنی ولی ده تا کلینیک دیگه دارن بچه که رفت تو کشش می‌دن، استرچ می‌دن. حالارویکردای مختلف درمانی رو استفاده می‌کنن. شما اگه بخوای اکیوپیشنی کار کنی، تک و تنها هستی و این کارکردن رو خیلی سخت می‌کنه».

در این مضمون اصلی به مشخصات شیوه‌ای از ارائه خدمات کاردرمانی پرداخته می‌شود که تأکید کاردرمانگران در ارزیابی و برنامه درمانی بر تکنیک‌های مختلف درمانی است. در این باره سه زیرمضمون به نام‌های «بی‌توجهی به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن»، «رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی پایین به بالا» و «برنامه درمانی غیرمراجع‌محور» استخراج گردید که در ذیل به آنها اشاره می‌شود.

زیرمضمون اول به «بی‌توجهی به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن» نام‌گذاری گردید. یکی از کاردرمانگران در این زمینه به عدم تجهیز کلینیک‌های کاردرمانی برای عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن اشاره می‌نماید:

«ما به کیس فقط می‌گیم با عصا راه برو. نمی‌گیم چه جووری راه برو، فقط می‌گیم این کار رو انجام بده، عملی انجام نمی‌دیم. تو کلینیکای ما اصلاً اتاقی به نام ای‌دی‌ال و آموزش ای‌دی‌ال به مراجعین وجود نداره؛ مثلاً تختی که مناسب باشه، استفاده

جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. همچنین کلیه مراحل تحقیق، اعم از تجزیه و تحلیل داده‌ها تا نوشتن نتایج و بحث، توسط تمام اعضای گروه تحقیق صورت گرفت.

برای رعایت موارد اخلاقی، اهداف طرح برای شرکت کنندگان بیان و در صورت موافقت برای ورود به مطالعه، فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی توسط آنان تکمیل گردید و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده بدون ذکر نام، به‌صورت محرمانه و با یک کد گزارش گردد. در هر مرحله از مطالعه، شرکت کنندگان بدون هیچ قیدوشرطی می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت کنندگان این مطالعه شامل ۱۴ کاردرمانگر شاغل در حوزه‌های مختلف کاردرمانی بودند. ۷ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۷ نفر دیگر زن بودند. میانگین سن آنها $38/4 \pm 8/0$ سال و تجربه کاری آنها $14/6 \pm 7/6$ سال بود. شش نفر از کاردرمانگران در حیطه جسمی کودکان، سه نفر در حیطه جسمی بزرگسال، سه نفر در حیطه ذهنی کودکان و دو نفر در حیطه روان بزرگسال فعالیت داشتند. هفت نفر از کاردرمانگران در کلینیک‌های خصوصی، چهار نفر در کلینیک‌های دولتی و سه نفر در بیمارستان‌ها مشغول به کار بودند. هفت نفر از مشارکت کنندگان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد، چهار نفر مدرک کارشناسی و سه نفر دانشجوی دکتری تخصصی بودند. تحلیل مصاحبه‌ها به ایجاد ۶۶ کد اولیه منجر گردید که در تحلیل‌های بعدی به پیدایش شش زیرمضمون و سه مضمون اصلی انجامید. مضامین اصلی و زیرمضمون‌های استخراجی در جدول ۱ بیان گردیده است. مطابق با جدول ۱، مضامین اصلی شامل کاردرمانی مبتنی بر اکیوپیشن، کاردرمانی مبتنی بر تکنیک‌های درمانی و کاردرمانی مبتنی بر تلفیق اکیوپیشن و روش‌ها بود.

در این مضمون اصلی مشخصات شیوه‌ای از ارائه خدمات کاردرمانی بیان می‌گردد که در آن تأکید بر استفاده از اکیوپیشن هم به‌عنوان ابزار و هم به‌عنوان هدف درمانی مطرح است و دو زیرمضمون به نام‌های «رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی مبتنی بر اکیوپیشن» و «شرایط سخت کاری برای کاردرمانگران اکیوپیشنی» در این زمینه مطرح گردید.

زیرمضمون اول «رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی مبتنی بر اکیوپیشن» نام‌گذاری گردید. در این زیرمضمون یکی از مشخصات اصلی کاردرمانگرانی که براساس اکیوپیشن کار می‌کنند، اتکا به ارزیابی‌ها و برنامه‌های درمانی مبتنی بر اکیوپیشن ذکر شده است. مشارکت کنندگان بیان کردند که اولویت ارزیابی‌ها و برنامه‌های درمانی مبتنی بر اکیوپیشن، رویکرد بالا به پایین با تأکید بر حیطه‌های عملکردی اکیوپیشن است. در این باره یکی

جدول ۱. مضامین اصلی، زیرمضمون‌ها، واحدهای معنایی و کدهای استخراجی مطالعه.

مضمون اصلی	زیرمضمون	واحد معنایی	کد
کاردرمانی مبتنی بر آکیوپیشن	رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی مبتنی بر آکیوپیشن	رویکرد ارزیابی مبتنی بر آکیوپیشن	اگر بخواهیم براساس آکیوپیشن ارزیابی بکنیم، تست‌های خاصی هست که براساس اونها کار می‌کنیم حالا یکسری سوالات رو از مراجع می‌پرسیم تا بتونیم به اون مشکل نهایی برسیم که این بیشتر می‌شه روش تاپ‌داون.
	شرایط سخت کاری برای کاردرمانگران آکیوپیشنی	برنامه درمانی مبتنی بر آکیوپیشن	من به کیسی که می‌آد می‌بینم که نمی‌تونه خودش لباس بپوشه، من بر این اساس می‌آم این رو هدف درمانی قرار می‌دم، حالا برای اینکه بتونیم اون آکیوپیشن رو به حد مطلوب برسونیم، برنامه‌ریزی می‌کنیم.
	شرایط سخت کاری برای کاردرمانگران آکیوپیشنی	شرایط سخت کاری برای اجرای عملکرد مبتنی بر آکیوپیشن	کلاً اینجوری خیلی سخته، اگر بخوای بری تو به محیط درمانی و متفاوت از بقیه باشی، مطمئناً شما پس زده خواهید شد بلااستنا و بدون شک.
	شرایط سخت کاری برای کاردرمانگران آکیوپیشنی	تنها ماندن کاردرمانگران مایل به کار آکیوپیشنی	شما تنها داری این کار رو می‌کنی ولی ده تا کلینیک دیگه دارند رویکردی مختلف درمانی رو استفاده می‌کنند، شما اگر بخوای آکیوپیشنی کار کنی، تک و تنها هستی و این کار کردن رو خیلی سخت می‌کنه.
کاردرمانی مبتنی بر تکنیک‌های درمانی	ناکافی بودن تجهیزات برای اجرای عملکرد مبتنی بر آکیوپیشن	مبتنی بر آکیوپیشن	تو کلینیکای ما اصلاً اتافی به نام ای‌دی‌ال و آموزش اون به مراجعین وجود نداره، مثلاً استفاده از وسایل برای فیدینگ، لباس پوشیدن، انتقال فرد از ویلچر به تخت و غیره این وسایل تو کلینیک ما وجود نداره.
	سطحی‌نگری در کسب نتایج درمانی	بیشتر سعی می‌کنیم ظاهر حفظ بشه، یه کارهایی رو انجام بدیم که یه نتیجه درمانی بگیریم، خیلی آکیوپیشن فرد مطرح نیست.	
	عدم تأمین زیرساخت‌های زمینه‌ای	چرا من ترایست به آکیوپیشن اهمیت نمی‌دم؟ به‌خاطر اینکه اون زیرساخت‌ها ایجاد نشده، پس زمانی ما می‌تونیم آکیوپیشنی کار کنیم که زیرساخت‌هاش فراهم شده باشه.	
	عدم پذیرش و کلاس اجتماعی پایین آکیوپیشن از طرف مراجعین	من تأکیدم اینه که روی سلف کر این بچه کار بکنم، ولی خانواده می‌گه برای من فقط مهم اینه که این بچه بتونه راه بره، غذا خوردنش مهم نیست، اگر بخوای فقط رو این موضوعات کار بکنی، کلاس کاری می‌آد پایین.	
کاردرمانی مبتنی بر تکنیک‌های درمانی	آموزش دانشگاهی تکنیک‌محور	آموزش دانشگاهی تکنیک‌محور	تو کارورزی‌ها زیاد به عملکرد مبتنی بر آکیوپیشن توجهی نمی‌شه، فقط تکنیک‌های مختلف آموزش داده می‌شه. ببین من اون چیزی رو انجام می‌دم که آموزش دیدم، من تکنیک‌های مختلف رو یاد گرفتم.
	رویکرد ارزیابی مبتنی بر اجزای عملکردی	رویکرد ارزیابی مبتنی بر اجزای عملکردی	تو روش باتم‌آپ فقط یه ارزیابی کلی از موارد روتینی که وجود داره مثل: حس، حرکت، تون عضلانی و... می‌کنیم.
	رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی پایین به بالا	برنامه درمانی متمرکز بر رفع مشکلات اجزای عملکردی	من می‌بینم که این فرد چه مشکلی داره، مثلاً مشکل حسی وجود داره، من برنامه درمانیم رو می‌ذارم برای رفع این مشکل حسی، مثلاً از تکنیک‌های حساسیت‌زدایی حسی استفاده می‌کنم.
	برنامه درمانی غیر مراجع‌محور	بی‌توجهی به علایق و خواسته‌های مراجعین	اولویت من کاریه که خودم می‌خوام تا اون چیزی که بچه می‌خواه، هیچ‌وقت حاضر نیستم توی کارم مثلاً اگه فلان تمرین برای اون بچه لازمه اون رو انجام ندم چون خانواده خوشش نمی‌آد یا خود بچه خوشش نمی‌آد.
کاردرمانی مبتنی بر تلفیق آکیوپیشن و تکنیک‌های درمانی	کمبود وقت و مشکلات اقتصادی علت بی‌توجهی به خواسته‌های مراجعین	کمبود وقت و مشکلات اقتصادی علت بی‌توجهی به خواسته‌های مراجعین	این دو تا ایتیم وقت و هزینه باید بره کنار تا شما بتونید به خواسته مراجعینتون توجه بکنید، باید این حالت فرس‌ماژوری از بین بره.
	رویکرد ارزیابی تلفیقی از حیطه‌ها و اجزای عملکردی	رویکرد ارزیابی تلفیقی از حیطه‌ها و اجزای عملکردی	من سعی می‌کنم هر دو تا ارزیابی رو انجام بده هم باتم‌آپ و هم تاپ‌داون، هم اجزای عملکردی و هم حیطه‌های عملکردی رو با هم ارزیابی می‌کنم.
	برنامه درمانی تلفیقی متمرکز بر حیطه‌ها و اجزای عملکردی	برنامه درمانی تلفیقی متمرکز بر حیطه‌ها و اجزای عملکردی	تو بچه‌های سی‌پی‌خیلی وقت‌ها باید تکنیک هم اضافه بشه؛ یعنی واسه کنترل تون پوسچرال باید حتماً تکنیک هم کنار کارهای آکیوپیشنی باشه، هر دو تا لازمه؛ یعنی یه مقدار تکنیک داشته باشی، یه مقدار فعالیت آکیوپیشن بیسی.
	ارزیابی و برنامه درمانی با رویکرد تلفیقی	ارزیابی و برنامه درمانی با رویکرد تلفیقی	

توانبخشی

فقط یکسری تکنیک‌های درمانی خاص انجام می‌دیم.»

یکی دیگر از کاردرمانگران در این باره بیان داشت که:

«ما بیشتر سعی می‌کنیم که ظاهر حفظ بشه. اینکه بتونیم یه کارهایی رو انجام بدیم که یه نتیجه درمانی بگیریم. خیلی اون

از وسایل مختلفی که برای فیدینگ می‌تونه کمک‌کننده باشه، وسایل مختلفی که برای لباس پوشیدن و درآوردن می‌تونه کمک‌کننده باشه، انواع وسایلی که برای انتقال فرد از ویلچر به تخت و غیره لازم هست. این وسایل تو کلینیک ما وجود نداره،

کتاب‌ها می‌دیم، حالا یا منابع فارسیه که خیلی قدیمیه یا لاتینه که اصلاً دید غربی‌ها با دید ما خیلی متفاوت، ما آموزش‌هامون باید به چیزی باشه متناسب با اون چیزی که دقیقاً نیاز کشور خودمونه. از طرفی تو کارورزی‌ها زیاد به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن توجهی نمی‌شه، فقط تکنیک‌های مختلف آموزش داده می‌شه. ببینین من اون چیزی رو انجام می‌دم که آموزش دیدم، من تکنیک‌های مختلف رو یاد گرفتم و اون هم خیلی محدود و حالا بعدش خودم اومدم با تجربه خودم اونها رو بسط دادم و دارم استفاده می‌کنم».

زیرمضمون دوم به «رویکرد ارزیابی و برنامه درمانی پایین به بالا» اشاره می‌نماید. مشارکت‌کنندگان به استفاده از رویکرد پایین به بالا در بین کاردرمانگران تکنیک‌محور برای ارزیابی و درمان اشاره نمودند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان داشت که:

«وقتی من می‌آم از اگرسایز استفاده می‌کنم، اون وقت رویکردی را که برای ارزیابی و درمان استفاده می‌کنم، می‌آم از باتم‌آپ استفاده می‌کنم؛ یعنی می‌آم کامپوننت‌ها رو ارزیابی می‌کنم، می‌شه مثل فیزیوتراپی. اکتفا می‌کنم پیام گونیامتری بنارم ببینم دامنه‌ش چقدره، اسپاسم‌ش رو بهش گرید بدم یا ماسل تست بکنم، یا حسش رو ببینم و نهایتاً ببینم که از جهت حیطه‌های عملکردی تو چه وضعیتی، از نظر نقش‌های کاریش تو چه وضعی هستش».

زیرمضمون سوم تحت‌عنوان «برنامه درمانی غیرمراجع‌محور» نام‌گذاری شد. مشارکت‌کنندگان به توجه‌نکردن مراجع‌محوری در برنامه‌های درمانی کاردرمانگران تکنیک‌محور اشاره نمودند. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره به عدم توجه او به خواسته‌ها و علائق کودک تحت‌درمان در طراحی برنامه درمانی اشاره می‌کند:

«اولویت تمرین من نیاز بچه هست در صورتی که اولویت من خواسته اون بچه نیستش، اول نیازشه. من اولویتم کاریه که خودم می‌خوام تا اون چیزی که بچه می‌خواد. هیچ‌وقت حاضر نیستم توی کارم مثلاً اگر فلان تمرین برای اون بچه لازمه اون رو انجام ندم که خوشش نمی‌آد، یا خانواده خوشش نیاد یا خود بچه خوشش نیاد. اصلاً این جور نیستش».

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به علل بی‌توجهی به خواسته‌های مراجعین در طراحی برنامه درمانی از جمله کمبود وقت و مشکلات اقتصادی اشاره می‌نماید:

«وقتی به مریضی داره به من مراجعه می‌کنه و از شهرستان بلند شده اومده و خیلی هم وضع مالی خوبی نداره، نهایتاً در هفته دو تا سه جلسه می‌تونه بیاد کلینیک. تو این سه جلسه که حالا این مریض هم اومده و ۶ ماه هم بیشتر نمی‌تونه بمونه تهران، دیگه وقت اینکه من پیام شروع کنم کارهایی رو طراحی

مسائل بالایی که اکیوپیشن فرد مطرح بشه، انگیزه فرد، احساس رضایت فرد، این مسائل خیلی مطرح نیست. تمرکزمون شده فقط رو دادن تمرین، استرچ، حرکات پسیو و ...».

یکی از کاردرمانگران به عدم توجه به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن با وجود اطلاع از اهمیت آن به دلیل فراهم‌نبودن زیرساخت‌های اجرای این عملکرد اشاره می‌نماید:

«خود من بعد از این همه سال کارکردن به ای‌دی‌ال خیلی اهمیت نمی‌دم. در عین حال اگر از من بپرسی کاردرمانی چیه می‌گم کاردرمانی ای‌دی‌ال هست؛ یعنی بیمار باید یاد بگیره تو فعالیت‌های روزمره‌اش مستقل بشه، راحت‌تر لباس بپوشه، راحت‌تر غذا بخوره، راحت‌تر نظافت بکنه و به امور فردیش رسیدگی بکنه. اینها مهمه، ولی چرا من به تراپیست اهمیت نمیدم؟ چرا منی که تو این کلینیک دارم کار می‌کنم و چهار تا کاردرمانگر دارن کنارم کار می‌کنن، به نفر رو حداقل نداشتم که بیاد آموزش بده اینها رو؟ به خاطر اینکه اون زیرساخت‌ها ایجاد نشده، پس زمانی ما می‌تونیم کاردرمانی رو به شیوه اون اروپایی انجام بدیم که زیر ساخت‌هاش فراهم شده باشه. ما خیلی از کارهایی که داریم انجام می‌دیم با آموزش‌هایی که دیدیم کاملاً متفاوت؛ بنابراین، منم به کاردرمان‌های زیردست خودم اجازه نمی‌دم از این مدل تو اینجا استفاده کنند».

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به مطلوب‌نبودن کار اکیوپیشن از سوی مراجعین، خانواده‌ها و کلاس اجتماعی پایین عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن اشاره می‌نماید:

«مثلاً من تأکیدم اینه که الان باید روی سلف‌کر این بچه کار بکنیم، ولی خانواده می‌گه الان برای من فقط مهم اینه که این بچه بتونه راه بره، حالا غذا خوردنش مهم نیست. یه جورایی اگر بخوای فقط رو این موضوعات کار بکنی، اون کلاس کاری هم می‌آد پایین؛ چون تمرین یه ویژگی داره، یه ظاهر خیلی خوشایندی داره، یه حس خوبی رو هم به من درمانگر می‌ده و هم محیط درمانی خیلی بهتر جلوه می‌کنه. وقتی بخوایم مثلاً رو ای‌دی‌ال کار بکنیم محیط عادی می‌شه و حالت تخصصی رو از دست می‌ده و نه کیس و نه خانواده‌ش و نه درمانگر احساس نمی‌کنن که دارن یه کار مفیدی رو انجام می‌دن».

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به مشکلات آموزشی و مناسب‌نبودن آموزش‌ها برای اجرای عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن اشاره می‌نماید:

«ببینین آموزش‌هایی که تو دانشگاه داده می‌شه خیلی محدوده؛ یعنی خود من بیان ازم بپرسن که شما اون کار که داری انجام می‌دی چقدرش مربوط به آموزش‌های دانشگاهیه؟ می‌گم اصلاً قابل‌مقایسه نیستش. آموزش‌ها هم خیلی محدوده و هم بالینی نیستش؛ به خاطر اینکه زمانی که ما آموزش رو از رو

نمودار ۱. طیف نشان‌دهنده شیوه‌های متداول ارائه خدمات کاردرمانی.



کاردرمانی مبتنی بر تکنیک‌های درمانی با رویکرد پایین به بالا

کاردرمانی مبتنی بر تلفیق تکنیک‌های درمانی و اکیوپیشن

کاردرمانی مبتنی بر اکیوپیشن با رویکرد بالا به پایین

توانبخشی

در یک جایی فقط بایستی برای بیمار اسپلینتی بسازین، در یک جایی فقط بایستی یک تحریک حسی بهش بدین نبایستی اون موقع بهش اکیوپیشن بدین، در جاهایی شما می‌تونین کم کم یکسری تکنیک‌هایی رو استفاده بکنید که مریض رو کم کم آماده بکنید ولی در طی درمان به یک جاهایی می‌رسه که می‌شه اکیوپیشن رو داد. خوب خود من مثلاً می‌آم از مدل تلفیقی استفاده می‌کنم. زمانی که می‌شه کاملاً اینا رو با اکیوپیشن اینتگره می‌کنم، تلفیقش می‌کنم».

یکی از کاردرمانگرانی که در حیطة کودکان شاغل بود نیز در این باره بیان داشت که:

«تو بچه‌های سی‌پی‌ی خیلی وقت‌ها باید تکنیک هم اضافه بشه؛ یعنی واسه کنترل تون پوسچرال یا کنترل وضعیت نشسته، باید حتماً تکنیک هم تو خیلی از مواقع کنار کارهای اکیوپیشنی باشه. هر دو تا لازمه؛ یعنی یه مقدار تکنیک داشته باشی، یه مقدار فعالیت اکیوپیشنی بیسی مثلاً دو تا تمرین برنامه‌ریزی شده جهت کنترل پوسچرال رو با یه بازی موردعلاقه کودک چاشنی کار بکنیم که هم بچه علاقه‌مند بشه هم جلسه مفرحی داشته باشیم و هم به اون نتیجه حرکتی موردنظر دست پیدا بکنیم».

بحث

ارائه خدمات کاردرمانی در قالب یک طیف قابل‌بحث است (نمودار ۱). در یک سو، طیف عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن یا همان رویکردهای بالا به پایین در ارزیابی و برنامه درمانی است که تمرکز آنها بر تقویت حیطة‌های عملکردی مانند: بازی، تفریح، شغل و فعالیت‌های روزمره زندگی است و از سوی دیگر، طیف عملکرد مبتنی بر روش‌های درمانی یا همان رویکردهای پایین به بالا در ارزیابی و برنامه‌ریزی درمانی است که تمرکز آنها بر رفع کاستی‌های اجزای عملکردی مانند: مشکلات حسی-حرکتی، شناختی و روانی-اجتماعی است [۲۶]. از یک سو، برخی از کاردرمانگران شاغل در مراکز خصوصی به سمت تکنیک‌های یک‌جانبه‌نگر و عدم مراجع‌محوری رفته است و از سوی دیگر، برخی دیگر از کاردرمانگران به فلسفه وجودی رشته خود پایبند هستند و از عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن تبعیت می‌کنند. در این بین نیز یکسری کاردرمانگران از رویکرد تلفیقی استفاده می‌کنند؛ یعنی در بعضی مواقع از اکیوپیشن با تأکید بر حیطة‌های عملکردی

کنم که این بتونه همکاری کنه خیلی زمان اون نیستش؛ یعنی این فرس‌ماژور تو اون دوره کوتاه باید بیشترین تغییر رو بکنه و بیشترین تمریناتی رو که نیاز داره رو بگیره ولی اگر کار ما جوروی بشه که بحث هزینه توش اولویت نباشه، خیلی راحت می‌شه انجامش داد. خیلی راحت می‌شه بیایی تو محیط کلینیک شرایطی رو فراهم بکنی اون تمرینات رو بگیر و همش هم خیلی با انگیزه و بدون ناراحتی باشه. منتهی می‌گم این دو تا آیمت وقت و هزینه باید بره کنار تا شما بتونین به خواسته مراجعینتون توجه بکنین؛ یعنی اگر بتونی برای هر کیسی ۴ ساعت زمان در نظر بگیر، خیلی راحت می‌تونی به همه کارها رسیدگی بکنی و خیلی دیگه بحث فرس‌ماژور بودنش مطرح نمیشه».

در این مضمون اصلی به مشخصات شیوه‌ای از ارائه خدمات کاردرمانی پرداخته می‌شود که در آن کاردرمانگرها از هر دو رویکرد ارزیابی و برنامه‌ریزی درمان بالا به پایین و پایین به بالا در کار خود برحسب نیاز استفاده می‌کنند. در این باره یک زیرمضمون به نام «ارزیابی و برنامه درمانی با رویکرد تلفیقی» استخراج گردید که در ذیل به آن پرداخته می‌شود.

مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که بنا به شرایط کاری و مراجع ممکن است از هر دو رویکرد ارزیابی بالا به پایین و پایین به بالا در زمینه ارزیابی، تنظیم اهداف و برنامه‌ریزی درمان بهره گیرند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره اظهار داشت که:

«من سعی می‌کنم هر دو تا ارزیابی رو انجام بده هم باتم‌آپ و هم تاپ‌داون و در درمان هم یکسری اهدافی بچینم که هم کامپوننت‌ها رو بهبود بدم و هم اریاها رو... حالا این به شرایط بیمار اعم از مرحله بیماری، شدت بیماری، پیش‌آگهی بیماری بستگی داره که من ممکنه تو یک‌سری از جلسات از اکیوپیشن استفاده بکنم و برای یک‌سری دیگه از جلسات نه یا برای یه مرحله از بیماری مثل مرحله حاد استفاده نکنم و برای مرحله مزمن استفاده بکنم یا توی یه جلسه یه مقداری به تمرین‌های آماده‌سازی پسیو و غیرمعنی‌دار برای بیمار بپردازم و در ادامه به کارهای اکیوپیشنی هم بپردازم».

یکی از کاردرمانگرانی که در حیطة جسمانی بزرگسال فعالیت می‌نمود به بیان تجربیات خود در این باره پرداخت:

«شما در یک مرحله‌ای از بیماری فقط پوزیشنینگ باید بدین،

معلولین و خانواده آنها نیست؛ مشکلات اقتصادی و تکنولوژیکی مانع از مناسب‌سازی و تطبیق منزل و محل کار معلولین در جهت بهبود کیفیت زندگی آنها شده است؛ کاردرمانگران به دلیل تعداد زیاد مراجعین زمان کافی برای پرداختن به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن را ندارند. مجموعه این مشکلات باعث شده است تا این عملکرد کمتر مورد استفاده قرار گیرد که لازم است با تأمین زیرساخت‌های آن، زمینه استفاده بیشتر فراهم گردد. همچنین فراهم‌نبودن زیرساخت‌های زمینه‌ای می‌تواند مراجعین و خانواده‌ها را به سوی تمرین‌ها و روش‌های درمانی برای اصلاح و از بین بردن مشکلات سوق دهد تا تطابق و کنار آمدن با آنها. پذیرش مشکل و تلاش برای رهایی از آن، زمینه را برای توجه به روش‌های درمانی مختلف و عدم توجه به حیطه‌های عملکردی فراهم می‌آورد.

آموزش‌های دانشگاهی نقش مهمی در شکل‌گیری هویت حرفه‌ای کاردرمانگران دارد. اساتید و مربیان در این باره نقش مهمی در ایجاد انگیزه دانشجویان درباره استفاده از عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن ایفا می‌کنند [۲۹-۲۷]. فاصله بین تئوری و کار بالینی در بین اساتید باعث می‌شود دانشجویان دچار دوگانگی شوند و نتوانند به یک نقطه نظر واحد برسند؛ بنابراین، باید اساتید و مربیان درباره حرفه کاردرمانی و عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن دیدگاه مناسبی داشته باشند تا آن را به دانشجویان منتقل و نقش الگویی خوبی را ایفا نمایند.

درباره رویکردهای بالا به پایین یا پایین به بالا و برتری هر یک از آنها، بحث‌های متعددی صورت گرفته است [۳۱-۳۰]. مشارکت‌کنندگان اشاره نمودند که اگر هر یک از این رویکردها در جای خود به کار برده شود، می‌تواند مفید باشد؛ به عنوان مثال، در مراحل حاد بیماری، رویکردهای پایین به بالا و در مراحل مزمن رویکردهای بالا به پایین می‌تواند مؤثرتر باشد یا در مراجعین با سطوح فرهنگی-اجتماعی بالا رویکردهای بالا به پایین و در مراجعین با سطوح فرهنگی-اجتماعی پایین رویکردهای پایین به بالا پاسخگوتر است.

متأسفانه در این زمینه مطالعه‌ای که این موارد را تأیید نماید، یافت نشد که ضروری است در این زمینه تحقیق بیشتری صورت گیرد. به نظر می‌رسد رویکرد تلفیقی - که در این مطالعه بدان اشاره گردید- در جامعه ایرانی که هنوز از نظر فرهنگی آمادگی کامل رویکرد مراجع‌محوری ندارد، رویکرد مناسب‌تری برای ارائه خدمات کاردرمانی باشد. این رویکرد تلفیقی انعطاف بیشتری نسبت به دورویکرد دیگر دارد. با توجه به فرایند طولانی کاردرمانی از نظر شرایط فردی و محیطی و تغییرات زیادی که در مراجعین و خانواده‌ها صورت می‌گیرد، اتخاذ یک رویکرد انعطاف‌پذیر که پاسخگوی نیازهای درمانی مراجعین باشد، ضروری است.

در کار خود بهره می‌برند و گاهی اوقات هم از روش‌های درمانی با تأکید بر اجزای عملکردی.

در دیگر مطالعات صورت گرفته در کشورهای غربی نیز به فاصله گرفتن از فلسفه و الگوی کاردرمانی اشاره و انحراف از عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن گزارش شده است که با نتایج این مطالعه همسو است [۱۳-۱۰]. بی‌توجهی به عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن و تأکید کاردرمانگران بر استفاده از روش‌های درمانی در حیطه‌های مختلف، می‌تواند ناشی از غلبه دید پزشکی - که تمرکز آن بر اجزای عملکردی است- باشد [۲۴-۲۳، ۱۲]. به نظر می‌رسد دید پزشکی در جامعه ایرانی اعم از مراجعین و متخصصین حرفه پزشکی، دید غالبی است و این غلبه باعث می‌شود کاردرمانگرانی که در این زمینه فرهنگی و اجتماعی، زندگی و کار می‌کنند تحت تأثیر این دید قرار گیرند و خواسته و ناخواسته به این سمت سوق پیدا کنند.

حرفه کاردرمانی بر ارتباط مناسب بین درمانگر و مراجع در تنظیم اهداف درمانی و برنامه درمانی تأکید دارد که این قضیه در فرایند مراجع‌محوری شکل می‌گیرد [۱۱]. عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن نوعی عملکرد مراجع‌محوری است که در آن درمانگر و مراجع به‌طور مشترک در انتخاب و طراحی فعالیت معنی‌دار متناسب با علایق و نیازهای مراجع مشارکت می‌کنند [۴]. فاصله گرفتن از عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن و تأکید بر روش‌های درمانی، می‌تواند ناشی از عدم در نظر گرفتن مراجع‌محوری در کاردرمانی باشد. متأسفانه فرهنگ مراجع‌محوری و خانواده‌محوری در جامعه ایرانی هنوز جا نیفتاده است [۲۵] و باید در این زمینه فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی بیشتری صورت گیرد و مراجعین باید نسبت به حقوق قانونی خود در انتخاب و مشارکت در طراحی برنامه درمانی آگاه شوند.

نکته دیگر به ماهیت انسانی حرفه کاردرمانی و اهمیت رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در کاردرمانی برمی‌گردد [۲۶]. متأسفانه به نظر می‌رسد این اصول که عمدتاً برگرفته از اصول ارزش‌های کشورهای غربی است، در کشور ایران بومی‌سازی و به‌خوبی آموزش داده نشده است که این نکات منجر به بروز چالش‌های اخلاقی در بین کاردرمانگران درباره عدم پایبندی به فلسفه وجودی حرفه کاردرمانی گردیده است [۱۸]. بنابراین لازم است اصول اخلاق حرفه‌ای در کاردرمانی بومی‌سازی شود که خوشبختانه در این باره اقداماتی در حال انجام است.

اجرای عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن به مجموعه پیش‌نیازهای محیطی و زمینه‌ای از جمله: محیط فیزیکی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تکنولوژیکی و زمانی نیاز دارد [۱۶، ۱۲، ۱۰]. متأسفانه این مقدمات و زیرساخت‌ها در کشور ما هنوز فراهم نشده است؛ به عنوان مثال، محیط شهرهای ما برای حضور معلولین به‌خوبی تجهیز نشده است؛ فضای فرهنگی و اجتماعی جامعه پذیرای

- [7] Keilhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy practice. 4th edition. Philadelphia: F.A. Davis; 2009, pp: 17-21.
- [8] Trombly CA, Radomski MV. Occupational Therapy for physical dysfunction. 5th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2002, pp: 20-21.
- [9] Rodger S. Occupation-centered practice with children a practical guide for occupational therapists. United Kingdom: John Wiley & Sons Pub, Wiley-Blackwell; 2010, pp: 5-6.
- [10] Rogers SL. Occupation-based intervention in medical settings. OT Practice. 2007; 12(15):10-16.
- [11] Price P, Miner S. Occupation emerges in the process of therapy. American Journal of Occupational Therapy. 2007; 61(4):441-450.
- [12] Colaianni DJ, Provident I. The benefits of and challenges to the use of occupation in hand therapy. Occupational Therapy in Health Care. 2010; 24(2):130-146.
- [13] Robeiro KL. Occupation-as-means to mental health: A review of the literature, and a call for research. Canadian Occupational Therapy Journal. 1998; 65(1):12-19.
- [14] Khazaeli K, Rassafiani M, Sourtiji H. [A study on employing occupation during intervention by occupational therapists in Isfahan and Tehran, Iran (Persian)]. Research in Rehabilitation Sciences. 2012; 8(1):132-144.
- [15] Kavosipour S, Fallahi Khoshknab M. [Occupational therapists' experience and viewpoints about occupational therapy (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2011; 12(4):14-26.
- [16] Estes J, Pierce DE. Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2012; 19(1): 17-25.
- [17] Jabari A, Hosseini MA, Fatourehchi S, Hosseini SA, Farzi M. [Designing a valid & reliable tool for assessing the occupational therapists' clinical competency (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2013; 14(3):44-49.
- [18] Rezaei M, Karbalainori A, Hosseini SA, Khankeh HR. [Ethical issues of occupational therapist in the field of mental health (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2013; 14(3):82-89.
- [19] Salsali M, Parvizi S, Adib M. [Qualitative design methods (Persian)]. Tehran: Boshra publication; 2003, pp: 3-10.
- [20] Fram SM. The Constant Comparative Analysis Method Outside of Grounded Theory. The Qualitative Report. 2013; 18(1):1-25.
- [21] Elo S, Kyngs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing. 2008; 62(1):107-115.
- [22] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve Trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24(2):105-112.
- [23] Aiken FE, Fourt AM, Cheng IKS, Polatajko HJ. The meaning gap in occupational therapy: Finding meaning in our own occupation. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2011; 78(5):294-302.
- [24] Thomas A. Are Occupational Therapists' assessments occupation focused? The Plymouth Student Journal of Health & Social Work. 2012; 4:46-60.

نتیجه گیری

این مطالعه، اولین مطالعه کیفی درباره شیوه‌های ارائه خدمات کاردرمانی در ایران است، ولی در عین حال محدودیت‌هایی دارد. بیشتر مشارکت‌کنندگان این مطالعه در حیطه کودکان فعالیت می‌کردند که البته این مسئله در جامعه کاردرمانی ایران امری رایج است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به بررسی عمیق‌تر دلایل انحراف از خدمات کاردرمانی متداول از طریق مطالعه کیفی پرداخته شود. همچنین لازم است که یک مطالعه کیفی-تاریخی درباره سیر تحول اکیوپیشن در کاردرمانی ایران صورت گیرد.

به نظر می‌رسد کاردرمانگران ایرانی از فلسفه پیدایشی حرفه خود-یعنی عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن- تا حدودی فاصله گرفته و به‌سوی استفاده از روش‌های درمانی سوق پیدا کرده‌اند. در این امر دلایل احتمالی متعددی از جمله فراهم‌نبودن زیرساخت‌های زمینه‌ای، عدم‌پذیرش مراجعین و مشکلات آموزشی می‌تواند مطرح گردد؛ بنابراین، لازم است با برنامه‌ریزی و نظارت بیشتر از طرف سیاست‌گذاران، این کاستی‌ها برطرف و اجرای عملکرد مبتنی بر اکیوپیشن تسهیل گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله حاضر بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه کاردرمانگرانی که صمیمانه در این مطالعه شرکت نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- [1] Barker Schwartz K. The history of occupational Therapy In: E.B. Cepeau, E.S. Cohn & B.A.B. Schell (Eds.), Willard & Spackman's occupational therapy. 1th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009, pp: 5-13.
- [2] Rassafiani M, Zeinali R, Sahaf R, Malekpour M. [Occupational therapy in Iran: Historical review (Persian)]. Iranian Rehabilitation Journal. 2013; 11(Special issue):81-84.
- [3] Creek J. The core concept of occupational therapy: a dynamic framework for practice. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers; 2010, pp: 37-38.
- [4] Roley SS, DeLany JV, Barrows CJ, Brownrigg S, Honaker D, Sava DI, et al. Occupational therapy practice framework: Domain and process. 2nd edition. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62(6):625-683.
- [5] American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and concerns. 3th edition. American Journal of Occupational Therapy. 2014; 62(6):S1-S48.
- [6] Fisher AG. Eleanor Clarke Slagle Lecture Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. American Journal of Occupational Therapy. 1998; 52:509-521.

- [25] Dalvand H, Rassafiani M, Bagheri H. [Family centered approach: A literature review (Persian)]. *Novin Rehabilitation Journal*. 2014; 8(1):1-9.
- [26] American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Code of Ethics and Ethics Standards (2010). *American Journal of Occupational Therapy*. 2010; 64:111.
- [27] American Occupational Therapy Association. AOTA's Centennial Vision and executive summary. *American Journal of Occupational Therapy*. 2007; 61:613-14.
- [28] Yerxa E. Occupation: The keystone of a curriculum for a self-defined profession. *American Journal of Occupational Therapy*. 1998; 52:365-72.
- [29] Khayatzadeh MM, Mehraban AH, Kamali M, Parvizi S. [Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: a qualitative study (Persian)]. *Medical Journal of Islamic republic of Iran*. 2014; In press.
- [30] Brown T, Chien CW. Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go? *British Journal of Occupational Therapy*. 2010; 73(3):95-95.
- [31] Chen HF, Tickle-Degnen L, Cremack SA. The treatment effectiveness of top-down approaches for children with developmental coordination disorder: A Meta- Analysis in *Journal of Occupational Therapy Association*. 2003; 21:16-28.

Archive of SID