

بررسی میزان استفاده از «کار» در مداخلات کاردرمان‌گران اصفهان و تهران در مقایسه با کاردرمان‌گران آمریکا

خدیجه خزاعلی^۱، مهدی رصافیانی^{*}، حسین سورتجی^۲

چکیده

مقدمه: کار (Occupation) شامل تکالیف روزمره و فعالیت‌های هدفمندی است که هر فرد در آن‌ها مشارکت می‌کند و برای وی معنی و یا ارزش شخصی یا ذهنی خاصی دارد. مفهوم «کار» هسته مرکزی کاردرمانی را تشکیل می‌دهد. کاردرمان‌گران به وسیله تسهیل مشارکت در کار فرصتی برای تکامل فرد ایجاد می‌کنند و استقلال وی را افزایش می‌دهند. با توجه به اهمیت استفاده از کار در کاردرمانی و با توجه به این که تاکنون در ایران پژوهشی در زمینه کار صورت نگرفته است، این سؤال مطرح می‌شود که آیا کاردرمان‌گران در ایران نیز به استفاده از کار در مداخلات خود التزام دارند؟ در این پژوهش به بررسی میزان استفاده از کار توسط کاردرمان‌گران ایران در مقایسه با کاردرمان‌گران آمریکا پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش کمی پیمایشی انجام شد. ابزار مورد استفاده مقیاس کار درمانی (Inpatient rehabilitation-scale of therapeutic occupation) بود که توسط Sass و Nelson طراحی شده است. این ابزار پس از اعمال تغییراتی مورد استفاده قرار گرفت. جامعه مورد بررسی کاردرمان‌گران از شهر تهران و اصفهان بودند که نام آن‌ها در انجمن کاردرمانی ایران یا سازمان نظام پزشکی ثبت شده بود. در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابزار SPSS^{۱۷} مورد استفاده قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این پژوهش ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: شرکت کنندگان در این پژوهش شامل ۷۰ نفر (۳۱ مرد و ۳۹ زن) با میانگین سنی حدود ۲۹ سال بودند. نتایج این پژوهش با پژوهش صورت گرفته توسط Sass و Nelson در آمریکا مقایسه شد. میزان t محاسبه شده نشان داد که کاردرمان‌گران آمریکا بیش از کاردرمان‌گران ایران از کار در مداخلاتشان استفاده می‌کردند ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، ملاحظه می‌شود که تفاوت زیادی میان میزان استفاده کاردرمان‌گران از کار در درمان در ایران و آمریکا وجود دارد؛ به طوری که کاردرمان‌گران در آمریکا بیش از کاردرمان‌گران در ایران از کار در درمان استفاده می‌کنند. از دلایلی که می‌توان در تبیین این تفاوت نام برد تفاوت در سابقه حرفه کاردرمانی، شرایط کار بالینی و برنامه‌های آموزشی در ایران و آمریکا است. به نظر می‌رسد جهت پیشرفت بیشتر حرفه کاردرمانی در ایران، آموزش بیشتر و بالینی‌تر در زمینه کار و ایجاد شرایط کاری مناسبتر امری ضروری باشد.

کلید واژه‌ها: مداخلات کاردرمانی، کار، کاردرمان‌گران ایران و آمریکا، مقیاس کار درمانی

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۳۰

* استادیار، مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال و گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
Email: mrasafiani@uswr.ac.ir

۱- کارشناس ارشد کاردرمانی، مدرس، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- مربی، عضو هیأت علمی، دانشکده علوم توان‌بخشی و مرکز تحقیقات بیماری‌های عضلانی-اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

کاردرمانی حرفه‌ای است که با ارتقای سلامت و رفاه از طریق «کار» در ارتباط است. هدف اولیه کاردرمانی، قادر ساختن افراد جهت مشارکت در فعالیت‌های روزمره زندگی می‌باشد (۱، ۲). کاردرمان‌گران با توانمندسازی افراد به انجام کارهایی که موجب افزایش توانایی آن‌ها برای مشارکت می‌شود، یا با تعدیل محیط جهت حمایت بهتر از مشارکت، به این پیامد نایل می‌شوند (۳).

«کار» شامل فعالیت‌های روزمره‌ای است که ارزش‌های فرهنگی را منعکس می‌کند و برای زندگی ساختار و برای افراد معنا ایجاد می‌نماید. فرد با انجام این فعالیت‌ها به نیازهای انسانی مربوط به مراقبت از خود، لذت (Enjoyment) و مشارکت (Participation) می‌پردازد (۴).

مفهوم «کار»، به عنوان هسته مرکزی کاردرمانی، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. علت پیدایش کاردرمانی، استفاده از «کار» به عنوان روشی برای ارتقای سطح زندگی انسان و تمرکز بر آن به عنوان یک روش درمانی است و این چیزی است که کاردرمانی را در جامعه منحصر به فرد و ارزشمند می‌نماید. کاردرمان‌گران به وسیله تسهیل مشارکت در «کار»هایی که برای فرد معنای شخصی دارند، فرصتی برای تکامل وی ایجاد می‌کنند و نیز استقلال وی را افزایش می‌دهند (۵).

کاردرمانی از آغاز پیدایش تاکنون، مراحل متعددی را در جهت پیشرفت سپری کرده است، اما آنچه در این مدت پایدار باقی مانده است، ارتباط آن با خدمات بهداشتی می‌باشد (۶). در این میان تأکید طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (International classification of functioning, disability and health) (۷) و دیدگاه‌های نوینی همچون رویکردهای مراجع محور (Client-centre approach) و خانواده محور (Family-centre approach) بر فعالیت و مشارکت، از رویکردهای بالا به پایین (Top-down approach) جهت مداخلات مبتنی بر کار (Occupation-based intervention) در کاردرمانی

پشتیبانی می‌کنند (۸). با توجه به این موضوع، به نظر می‌رسد که پرداختن به وضعیت کار بالینی و میزان تبعیت کاردرمان‌گران از رویکردهای مبتنی بر کار، امری مهم و ضروری است. Sass و Nelson طی پژوهشی کمی، مقیاس کارِ درمانی (Inpatient rehabilitation-scale of therapeutic occupation) را به عنوان ابزاری برای کاردرمان‌گران، جهت ارزیابی تبعیت مراکز توان‌بخشی بستری از یک رویکرد کاری (Occupational approach) در درمان طراحی کردند و در بین کاردرمان‌گران شهر اوهایو آمریکا به کار بردند (۹). Price پژوهشی کیفی را در جهت بررسی کار و فرایندهای کار محور از دیدگاه کاردرمان‌گران با تجربه انجام داد (۱۰). Brooks چگونگی استفاده کاردرمان‌گران یک مرکز توان‌بخشی از کار و ترکیب آن در مداخلات کاردرمانی را طی یک پژوهش کیفی مورد بررسی قرار داد (۱۱). Wilding و Whiteford، طی پژوهشی کیفی تجربه و استفاده گروهی از کاردرمان‌گران از کار، تئوری و شواهد در کار بالینی را مورد بررسی قرار دادند (۱۲). Lee و همکاران طی پژوهشی به بررسی چگونگی استفاده کاردرمان‌گرانی که مدل کار انسانی (Model of human occupation) را در مداخلاتشان به کار می‌بردند، از مفاهیم و ابزارهای این مدل و نیز موانع و تسهیل‌کننده‌های استفاده از آن پرداختند (۱۳). Hanson پژوهشی را برای بررسی ایجاد و تصویب هویت حرفه‌ای کاردرمان‌گران شاغل در محیط‌های پزشکی انجام داد (۱۴). تاکنون در ایران پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است و اطلاعاتی در خصوص میزان و چگونگی به کارگیری کار توسط کاردرمان‌گران در کشورمان موجود نمی‌باشد. در این پژوهش، به بررسی میزان استفاده از کار توسط کاردرمان‌گران ایران در مقایسه با کاردرمان‌گران آمریکا پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از روش کمی-پیمایشی استفاده شد. به این صورت که طی یک بررسی کمی، میزان و نحوه استفاده از

قبول تعیین شد. دو گزینه آخر برای نشان دادن لزوم تغییر در سؤال مد نظر قرار گرفت.

با توجه به پیشنهاد طراح مقیاس در مقاله مربوط (۹)، در کنار عبارات کار و مداخلات مبتنی بر کار در تمام سؤالات جهت درک بهتر پرسش، عبارت انگلیسی وارد گردید و برخی از موارد به دلیل مشکل در سلاست و روانی تغییر داده شدند و پس از آن مورد تأیید ۵ تن از استادان کاردرمانی قرار گرفتند. برای استفاده از این ابزار، به این دلیل که در رابطه با مفاهیم اصلی کاردرمانی بود، نیاز به بررسی پایایی نبود.

جامعه مورد بررسی شامل کاردرمان‌گران شهرهای تهران و اصفهان بود که نام آن‌ها در انجمن کاردرمانی ایران یا سازمان نظام پزشکی ثبت شده بود. معیارهای ورود داشتن حداقل مدرک کارشناسی کاردرمانی و اشتغال در حوزه بالینی حداقل به مدت ۶ ماه بود. به دلیل مشکلات در دستیابی به اطلاعات کاردرمان‌گران، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

پژوهشگر در ابتدا در رابطه با اهداف پژوهش، ساختار مقیاس و نحوه تکمیل آن به کاردرمان‌گران توضیحات لازم را ارائه می‌نمود و سپس پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت. پرسش‌نامه بین ۱۲۰ کاردرمان‌گر توزیع شد. از این تعداد ۷۰ نفر به آن پاسخ دادند و داده‌ها جمع‌آوری گردید.

جهت رعایت نکات اخلاقی، اهداف تحقیق هم توسط خود پژوهشگر به صورت شفاهی و هم از طریق برگه اطلاعاتی که به پرسش‌نامه الصاق شده بود، برای مسؤولان مراکز و افراد شرکت‌کننده در پژوهش توضیح داده شد و سپس در صورت تمایل، افراد در پژوهش شرکت داده می‌شدند. همچنین نام و نام خانوادگی افراد شرکت‌کننده در هیچ بخشی از پرسش‌نامه ثبت نشد و اطلاعات به دست آمده در مورد افراد به صورت محرمانه باقی ماند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، نرم‌افزار SPSS_{۱۷} مورد استفاده قرار گرفت و از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و نمودار جهت نمایش هندسی داده‌ها و

«کار» در مداخلات کاردرمان‌گران مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، مقیاسی بود که Sass و Nelson (Nelson Inpatient rehabilitation-scale of therapeutic occupation) { به عنوان ابزاری جهت ارزیابی تبعیت مراکز توان‌بخشی بستری از رویکردهای کاری در درمان طراحی کردند. این ابزار شامل ۶۲ پرسش با امکان پاسخ‌دهی در مقیاس لیکرت بود و بر شخصی‌سازی درمان، کل‌نگری، «کارهای» طبیعت‌گرایانه (Naturalistic occupations)، مستندسازی (Documentation) کار و مکاتبه اصول کاردرمانی تمرکز داشت (۹).

برای استفاده از این ابزار در پژوهش، روندی به شرح زیر طی شد:

در ابتدا برای کسب اجازه جهت استفاده از این ابزار با پروفیسور Nelson، که حق نشر آن را دارا بود، و نیز ایجاد تغییرات به منظور استفاده از آن برای تمام کاردرمان‌گران (و نه فقط برای کاردرمان‌گرانی که در مراکز توان‌بخشی بستری مشغول به کارند) با وی مکاتبه شد. پس از کسب اجازه، ابزار توسط دو کاردرمان‌گر مسلط به زبان انگلیسی، ترجمه گردید و در یک گروه با حضور مترجمین توسط دو تن از استادان و متخصصان کاردرمانی مورد بازبینی قرار گرفت و در نتیجه تغییرات مختصری در آن ایجاد شد. سپس دوباره به زبان انگلیسی ترجمه و به منظور کسب تأیید ترجمه، برای پروفیسور Nelson ارسال گردید. ایشان در پاسخ چند اشکال جزئی را یادآوری کردند و اظهار داشتند که «مشکلاتی در گرامر و جملات نامأنوس موجود است، اما مفهوم به طور کامل واضح می‌باشد و به نظر می‌رسد که نسخه فارسی با آن چه مورد نظر من بوده است، تطابق دارد».

سپس تغییرات لازم جهت کاربری برای کاردرمان‌گران اعمال شد و روایی ظاهری نسخه نهایی در یک آزمون مقدماتی توسط ۲۲ کاردرمان‌گر مورد ارزیابی قرار گرفت. امتیازات در سه طبقه قابل فهم بودن، روانی و سلاست، تطابق با فرهنگ و در سه رتبه مطلوب، قابل قبول و غیر قابل

سطح ۰/۰۱ معنی دار است، بنابراین فرض صفر رد می‌گردد و نتیجه‌گیری می‌شود که بین میانگین نمرات کاردرمان گران ایران و آمریکا در مقیاس کارِ درمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که کاردرمان گران آمریکا به میزان زیادی بیش از کاردرمان گران ایران از کار در درمان استفاده می‌کنند. میانگین نمرات کاردرمان گران ایران در مقیاس کارِ درمانی ۴/۷ و میانگین نمرات آمریکا ۵/۶ در رتبه‌بندی لیکرت است (نمودار ۱).

جدول ۲. توزیع فراوانی درصد پاسخ دهندگان به مقیاس کارِ درمانی بر مبنای شرکت در سمینار، کنگره، کارگاه علمی و ... در

رابطه با کار		شاخص‌های آماری فراوانی درصد	
متغیرها	فراوانی		
شرکت در سمینار و ... در رابطه با کار	۷۷/۱	۵۴	خیر
	۲۱/۴	۱۵	بلی
	۱/۴	۱	بدون پاسخ
عدم برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط	۴۴/۴	۲۴	
دلایل عدم شرکت در سمینار و ... در رابطه با کار	۹/۲	۵	عدم علاقه شخصی
	۵/۵	۳	محدودیت زمانی
	۱/۹	۱	هزینه مالی
	۱/۹	۱	عدم نیاز به آموزش
	۹/۳	۵	بیش از یک دلیل
	۲۷/۷	۱۵	بدون پاسخ



نمودار ۱. نمایش میانگین نمرات کاردرمان گران ایران و آمریکا در مقیاس کارِ درمانی

فنون آمار استنباطی مانند آزمون تحلیل واریانس یک متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر و تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل و آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. جهت تعیین معنی‌داری داده‌ها در این پژوهش $P < 0/01$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان را ملاحظه می‌نمایید.

جدول ۱. توزیع فراوانی درصد پاسخ دهندگان به مقیاس کارِ درمانی بر مبنای اطلاعات جمعیت شناختی

رابطه با کار		شاخص‌های آماری فراوانی درصد	
متغیرها	فراوانی	درصد	فراوانی
اصفهان	۷۱/۴	۵۰	
تهران	۲۸/۶	۲۰	
جنسیت	۴۴/۳	۳۱	مرد
	۵۵/۷	۳۹	زن
وضعیت	۵۷/۱	۴۰	مجرد
تاهل	۴۲/۹	۳۰	متاهل
سطح	۷۱/۴	۵۰	کارشناسی
تحصیلات	۲۸/۶	۲۰	کارشناسی ارشد
سابقه کار	۵۸/۶	۴۱	۱-۵ سال
	۳۸/۶	۲۷	۶ سال و بالاتر
بالینی	۲/۸	۲	بدون پاسخ
زمینه کار	۶۱/۴	۴۳	جسمی - حرکتی
بالینی	۳۵/۷	۲۵	روانی - ذهنی
	۲/۹	۲	بدون پاسخ

بیشتر کاردرمان گران (حدود ۷۷ درصد) در سمینار، کنگره و یا کارگاهی در رابطه با کار شرکت نکرده‌اند و مهم‌ترین دلیل آن عدم برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط ذکر شده است (جدول ۲).

نتایج این پژوهش با پژوهش صورت گرفته توسط Sass و Nelson (۹) در آمریکا مقایسه شد. طبق نتایج جدول ۳، چون t محاسبه شده (۶/۱۷۷) با سطح معنی‌داری $P < 0/001$ در

جدول ۳. نتایج آزمون t مربوط به مقایسه نمرات کاردرمان گران ایران و آمریکا در مقیاس کار درمانی

گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی داری
کاردرمان گران ایران	۴/۷	۰/۷۶۲		
کاردرمان گران آمریکا	۵/۶	۸۱/۳	۶/۱۷۷	< ۰/۰۰۱

P < ۰/۰۱

بحث

با توجه به نتایج این پژوهش، ملاحظه می‌شود که تفاوت زیادی میان میزان استفاده کاردرمان گران از کار در درمان در ایران و آمریکا وجود دارد؛ به طوری که کاردرمان گران در آمریکا بیش از کاردرمان گران در ایران از کار در درمان استفاده می‌کنند.

یکی از دلایلی که احتمال می‌رود در میزان استفاده از کار در مداخلات کاردرمان گران ایران تأثیرگذار بوده باشد، به سابقه این رشته در ایران و آمریکا مرتبط است. کاردرمانی از سال ۱۳۵۰ (۱۹۷۱ میلادی) در ایران تأسیس گردید (۱۵)، در صورتی که ۵۴ سال قبل از آن، یعنی در سال ۱۹۱۷، در آمریکا توسط پیش‌گامان کاردرمانی همچون George Barton و William Danton بنیان نهاده شده بود (۱۶). به عبارت دیگر می‌توان گفت قدمت رشته کاردرمانی در آمریکا بر نهادینه شدن این حرفه در آن کشور تأثیر بیشتری داشته است.

از دیگر دلایلی که می‌توان ذکر کرد، تفاوت در شرایط کار بالینی در ایران و آمریکا است. خدمات کاردرمانی در ایران تحت پوشش بیمه نیست و هزینه هر جلسه درمان بر عهده خود خانواده می‌باشد. در مقابل، خدمات کاردرمانی در آمریکا تا اندازه زیادی تحت پوشش بیمه قرار دارد. ضمن این که روش‌های ارزیابی و مداخلات کاردرمانی در ظاهر و برای افراد ناآگاه اغلب ساده می‌باشد و گاهی به سختی برای دریافت کنندگان آن‌ها قابل توجه است (۱۲). به عبارت دیگر، سطوح پایین‌تر در طبقه‌بندی بین‌المللی کارکرد، ناتوانی و سلامتی (ICF یا International classification of

(function, disability, and health)، یعنی کارکرد (Body function) و ساختار بدنی (Body structure)، عینی‌تر هستند و مواجه شدن زود هنگام با آن‌ها ضرورت دارد. با توجه به این موارد، می‌توان گفت که بیماران و خانواده‌ها در ایران، برای صرفه‌جویی در زمان و هزینه، تمایل بیشتری به استفاده از رویکردهای «پایین به بالا» دارند، به این دلیل که این رویکردها یک وضعیت پزشکی را به عنوان مشکل زمینه‌ای می‌دانند و آن را پایه اشتباهات کاری قرار می‌دهند، و در نتیجه مداخلات آن‌ها با پیچیدگی بیشتری جلوه می‌کنند (۱۲). البته ناگفته نماند که این مسایل ریشه در فرهنگ نیز دارند که باید ریشه‌یابی و رفع شوند.

از دیگر موارد تأثیرگذار، وضعیت کار تیمی در ایران می‌باشد که به نظر می‌رسد این مهم در سطح مطلوبی قرار ندارد، به این معنا که خدمات توان‌بخشی به طور تیمی و هماهنگ با یکدیگر به بیماران ارائه نمی‌شود و اغلب متخصصین به طور انفرادی و بدون ارتباط با دیگر متخصصین در رابطه با بیمار برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری می‌نمایند. این مسأله در مورد مداخلات کاردرمانی باعث می‌شود که کاردرمان‌گر علاوه بر ارائه خدمات مربوط به حرفه خود، به ارائه خدماتی همچون فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و ... نیز ناچار گردد و این باعث دور شدن وی از مبانی پایه کاردرمانی و مداخلات مبتنی بر کار می‌شود.

همچنین در مراکز درمانی در ایران، ابزارهایی برای سنجش و اندازه‌گیری در رابطه با مداخلات مبتنی بر کار وجود ندارد و این امر موجب می‌شود که کاردرمان‌گران در ارزیابی‌های خود، در نهایت به مصاحبه مختصر در مورد تاریخچه کاری بسنده کنند و در نتیجه برخی از مداخلات خود را تنها بر پایه آن بنا نهند.

از دیگر دلایلی که می‌توان ذکر کرد برنامه آموزشی دانشگاه‌های آمریکا است. در بررسی برنامه آموزشی کاردرمانی در دانشگاه پزشکی اوهایو (که مقیاس کار درمانی توسط یکی از دانشجویان آن طراحی شده است) مشاهده می‌شود که دانشجویان کارشناسی کاردرمانی در طول دوره

رویکردهای کاری تبعیت دارند. با توجه به این که این مسأله به طور مستقیم به پیشرفت حرفه ارتباط دارد، به نظر می‌رسد که آموزش بیشتر و بالینی‌تر در زمینه کار در هر دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد امری ضروری است. تغییر سرفصل‌های دروس مرتبط با کار همچون آنالیز فعالیت‌ها، مبانی کاردرمانی و ... و نیز افزایش واحدهای درسی که بر استفاده از کار در درمان تأکید دارند، می‌تواند در این زمینه تأثیر مثبت داشته باشد. همچنین ایجاد شرایط کاری مناسب و سودمند برای کاردرمان‌گران به گونه‌ای که تأثیر عوامل فرهنگی و اقتصادی بر آن چشم‌گیر نباشد و نیز تحت سلطه مدل پزشکی واقع نشود، می‌تواند به استفاده هر چه بیشتر آنان از کار در درمان کمک کند.

پیشنهادها

با توجه به عدم دسترسی درمان‌گران به فرم‌های ارزیابی کاری در ایران، پیشنهاد می‌شود که این فرم‌ها جمع‌آوری، ترجمه و در صورت نیاز هنجاریابی شود و در اختیار مراکز درمانی قرار گیرد. همچنین تجهیز مراکز آموزشی به آزمایشگاه‌های تخصصی استفاده از کار (برای مثال آزمایشگاه‌های فعالیت‌های روزمره زندگی) و همچنین تجهیز مراکز درمانی به محیط‌ها و ابزارهای شبیه‌سازی شده مرتبط با حوزه‌های کار، می‌تواند نقش بسزایی در افزایش استفاده از کار در خدمات کاردرمانی داشته باشد.

با وجود موارد ذکر شده، به نظر می‌رسد بررسی دقیق موانع موجود و همچنین عوامل تسهیل‌کننده در استفاده از کار در درمان امری ضروری است و به شکل‌گیری جایگاه واقعی حرفه کاردرمانی در کشورمان کمک شایانی می‌نماید.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان و دوستانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

خود ۳۸ واحد مربوط به «کار» را می‌گذرانند (۳۵ واحد مدل‌های تمرینی کاردرمانی و ۳ واحد چارچوب مفهومی کاردرمانی). اما در برنامه آموزشی کاردرمانی در مقطع کارشناسی در ایران، ۹ واحد مربوط به کار تدریس می‌شود (۱ واحد تئوری فعالیت، ۲ واحد فعالیت‌های روزمره زندگی، ۴ واحد تجزیه و تحلیل فعالیت‌ها، ۲ واحد مبانی کاردرمانی) که اغلب سرفصل‌ها ارتباط مستقیم با کار ندارد و به طریقه استفاده از کار در مداخلات کاردرمانی نمی‌پردازد (۱۷).

با توجه به نتایج مربوط به میزان شرکت کاردرمان‌گران در سمینارها، کنفرانس و کارگاه‌های مرتبط با کار در پژوهش حاضر، مشاهده می‌شود که اکثر کاردرمان‌گران تا کنون در این دوره‌ها شرکت نکرده‌اند و بیشترین علت ذکر شده برای این موضوع، عدم برگزاری دوره‌های مرتبط بوده است. با توجه به اینکه نگرش و آگاهی در رابطه با هر حرفه در التزام به اصول آن نقش اساسی دارد، و با عنایت به مسأله ذکر شده، یکی دیگر از دلایل احتمالی که می‌توان نام برد، مربوط به نگرش کاردرمان‌گران است که شاید به درستی با اصول پایه کاردرمانی شکل نگرفته است و یا آگاهی کاملی از این مفاهیم وجود ندارد.

در ضمن، با توجه به این موضوع که نتایج پژوهش انجام شده در آمریکا مربوط به سال ۱۹۹۵ می‌باشد، احتمال دارد تا کنون تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله انتشار «طبقه‌بندی بین‌المللی کارکرد، ناتوانی و سلامتی» در سال ۲۰۰۱ و تأکید آن بر مشارکت و همچنین انتشار «چارچوب مرجع کاردرمانی» در سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۸ و تأکید آن بر «کار»، میزان استفاده کاردرمان‌گران آمریکا از کار در درمان روند صعودی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کاردرمان‌گران در ایران کمتر از کاردرمان‌گران در آمریکا در سال ۱۹۹۸ از

References

1. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 2008; 62(6): 626-88.
2. Youngstrom MJ, Brayman SJ, Anthony P, Brinson M, Brownrigg S, Clark GF, et al. Occupational therapy practice framework domain and process. The American Occupational Therapy Association 2002.
3. WFOT. Occupational Therapy. WFOT 2007.
4. Crepeau EB, Cohn ES, Boyt Schell BA. Willard and Spackman's Occupational Therapy. 10th ed. Baltimore, Maryland, New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
5. Nelson DL, Jepson-Thomas J. Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. In: Kramer P, Hinojosa J, Royeen CB, editors. *Perspectives in Human Occupation: Participation in Life*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
6. Baptiste SE. client-centered practice: implications for our professional approach, behaviors, and lexicon. In: Kramer P, Hinojosa J, Royeen CB, editors. *Perspectives in Human Occupation: Participation in Life*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
7. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health organization 2001.
8. Brown T, Chien CW. Occupation-centred Assessment with Children. In: Rodger S, editor. *Occupation Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2010.
9. Sass PL, Nelson DL. Pilot study of the inpatient rehabilitation – scales of therapeutic occupation. *Occupational Therapy International* 1998; 5(1): 65-80.
10. Price P. Occupation-Centered Practice: Providing Opportunities for Becoming and Belonging. *Dissertation Abstracts International*, 2003; 65(5).
11. Brooks JC. How occupational therapists, working in a rehabilitation hospital, weave occupation into their intervention methods. Lowell, Ma: University Of Massachusetts Lowell: 2006.
12. Wilding C, Whiteford G. Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 2007; 54(3): 185-93.
13. Lee SW, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Theory use in practice: a national survey of therapists who use the Model of Human Occupation. *Am J Occup Ther* 2008; 62(1): 106-17.
14. Hanson DJA. The professional identity of occupational therapists: Construction, enactment, and valued supports. Fargo, ND: North Dakota State University: 2009.
15. Rassafiani M, Zeinali R. Occupational therapy in Iran. *Therapies and Therapeutic Technology* 2007.
16. Schwartz KB. History of Occupation. In: Kramer P, Hinojosa J, Royeen CB, editors. *Perspectives in Human Occupation: Participation in Life*. 1st ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
17. Ministry of Health and Medical Education. General Characteristics of the program, course outline and evaluation of occupational therapy undergraduate degree programs. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2005.

A study on employing occupation during intervention by occupational therapists in Isfahan and Tehran, Iran

Khadijeh Khazaeli¹, Mehdi Rassafiani, Hossein Sourtiji²*

Received date: 30/01/2012

Accept date: 18/04/2012

Abstract

Introduction: Occupation includes daily tasks and purposeful activities in which people engage to fulfill their individual or subjective values. Occupation comprises the core concept of occupational therapy. Through facilitating participation in occupation, occupational therapists provide an opportunity for an individual to develop and increase his/her independency. Given the importance of occupation in occupational therapy and the lack of research on occupation in Iran, this question then arise that how much are occupational therapists committed to use occupation in their interventions in Iran? This study compared the application of occupation in interventions used by American and Iranian occupational therapists.

Materials and Methods: The instrument used in this Quantitative survey study was a modified version of “Scale of Therapeutic Occupation” developed by Sass and Nelson in 1998. A sample of occupational therapists, who were registered in Iranian Occupational Therapy Association or the Medical Council of the Islamic Republic of Iran and working in of Isfahan and Tehran cities, were recruited through accessible sampling. Data were statistically analyzed using SPSS software-version 17 at the significance level of $P < 0.01$.

Results: 70 occupational therapists (31 male and 39 female) with an average age of 29 years participated in this study. The results compared with those obtained in Sass & Nelson’s study. T values measured in this study showed that American occupational therapists applied occupation in their interventions more than did the Iranian occupational therapists studied ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, there is a difference between the rate of use of occupation by American and Iranian occupational therapists; so that American occupational therapists apply occupation in their interventions more than do Iranian occupational therapists. Differences in occupational therapy history, clinical practice situation and educational context and curriculums between Iran and America are the possible reasons of the observed difference. More clinical education about occupation and providing better conditions for clinical practice seems to be essential for achieving a better status for occupational therapy in Iran.

Keywords: Occupational therapy interventions, Occupation, Iranian occupational therapists, Scale of therapeutic occupation

* Assistant Professor, Pediatrics Neurorehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran Email: mrassafiani@uswr.ac.ir

1. MSc of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. Lecturer, Academic Member, School of Rehabilitation Sciences and Musculoskeletal Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک

سن: سال

۲. جنسیت: مؤنث مذکر

وضعیت تأهل: مجرد متأهل

میزان تحصیلات:

کارشناسی : دانشگاه محل تحصیل

دانشجوی کارشناسی ارشد : دانشگاه محل تحصیل

کارشناسی ارشد: روان جسم : دانشگاه محل تحصیل

دانشجوی دکتری : دانشگاه محل تحصیل

دکتری : دانشگاه محل تحصیل

سابقه کار بالینی شما چه مدت و در چه زمینه‌ای است؟ (می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب نمایید.)

جسمی - حرکتی کودکان سال ماه

جسمی - حرکتی بزرگسالان ... سال ... ماه

توان‌بخشی حرفه‌ای سال ماه

اختلالات ارتوپدی سال ماه

سایر موارد (لطفاً نام ببرید) سال ماه

آیا تاکنون در سمینار، کنگره، کارگاه علمی و یا ... در رابطه با «کار» شرکت کرده‌اید؟

بله (لطفاً نام ببرید) خیر

در صورتی که پاسخ شما به پرسش بالا خیر می‌باشد، دلایل عدم شرکت شما کدام یک از موارد زیر بوده است؟ (می‌توانید بیش از یک گزینه را با اولویت‌بندی انتخاب نمایید.)

محدودیت زمانی عدم علاقه شخصی عدم نیاز به آموزش هزینه مالی

عدم برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط سایر موارد (لطفاً ذکر نمایید)

پیوست

مقیاس کار درمانی:

هوالحکیم

لطفاً موارد زیر را بر طبق تجربیات خویش در کار بالینی ارزیابی نمایید. در مورد هیچ یک از موارد زیر هیچ گونه پاسخ درست یا نادرستی وجود ندارد. این پرسش‌نامه تنها میزان تطابق خدمات کاردرمانی را با رویکردی ویژه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لطفاً تا زمانی که پاسخ‌هایتان را به ما ارایه ندهاید، با دیگر کاردرمان‌گران در خصوص این گزینه‌ها صحبت نکنید. به هر گزینه، طبق این مقیاس هفت نمره‌ای، امتیاز دهید.

دور عدد صحیح خط بکشید: ۱ = کاملاً مخالف ۲ = مخالف ۳ = نسبتاً مخالف ۴ = بی طرف
 لطفاً بین اعداد خط نکشید. ۵ = نسبتاً موافق ۶ = موافق ۷ = کاملاً موافق

	کاملاً مخالف							کاملاً موافق						
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	ارزیابی‌های بالینی شما شامل ثبت جزئیات شرح حال شغلی، وضعیت اوقات فراغت و چگونگی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی بیمار است.													
۲	شما در مداخلات بالینی خود برای بهبود توانایی‌های حسی- حرکتی مراجع از «کار» یا Occupation [یا روشی مبتنی بر کار (An occupation-based method)] استفاده می‌کنید.													
۳	فشار کاری و تعداد و توزیع مراجعان در محل کارتان به گونه‌ای است که به شما اجازه اتخاذ رویکردی انفرادی یا منحصر به فرد (Individualized approach) را برای هر بیمار می‌دهد.													
۴	در مداخلات شما بیماران در حد توانایی شناختی خود، در تعیین وسایل و تجهیزات درمانی (Therapeutic media) و طراحی محیط درمان تأثیرگذار هستند.													
۵	آموزش خانواده توسط شما، در محل کارتان به طور منظم صورت نمی‌گیرد.													
۶	در خدمات بالینی، آگاهی از فرهنگ بیمار، بخش مهمی از مداخلات کاردرمانی شما را تشکیل نمی‌دهد.													
۷	در محل کار خود اغلب اصطلاح «کار» (Occupation) را برای توصیف نقش منحصر به فرد خود در توان‌بخشی (یعنی استفاده از «کار» برای رسیدن به اهداف درمانی) به کار می‌برید.													
۸	در مداخلات بالینی خود، بیمار را به انجام اعمالی که نیاز به راه رفتن و ایستادن دارند، تشویق می‌کنید.													
۹	شما به بیماران کمک نمی‌کنید که از حقوق خود (مانند حقوق معلولین و ...) در مرکز درمانی دفاع کنند.													
۱۰	در خدمات بالینی شما، بیماران در انتخاب محل درمان (منزل یا کلینیک) نقشی ندارند.													
۱۱	در مداخلات بالینی شما، انواع وسایل و تجهیزات درمانی جهت ارایه شیوه‌های گوناگون درمانی برای هر هدف، به سهولت در دسترس است.													
۱۲	شما در محل کار خود درباره معنای کلمه «کار» (Occupation) به خانواده یا مراقبین بیماران آموزش می‌دهید.													
۱۳	شما در طول جلسه درمانی، سطح علاقه‌مندی (Interest) بیمار را زیر نظر دارید تا در صورت کاهش علاقه بتوانید شیوه‌های درمانی را تغییر دهید.													

کاملاً مخالف							کاملاً موافق													
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷							
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۴	مداخلات کاردرمانی که توسط شما ارایه می‌شود، به برنامه‌های بیمار برای آیند او بستگی دارد.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۵	شما در مداخلات بالینی‌تان برای ثبت (Documentation) پیشرفت بیمار، «کارهای» روزمره و کارکردی (Functional) وی را مورد توجه قرار می‌دهید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۶	مراجعات شما حتی زمانی که مشکل شناختی ندارند، نمی‌دانند چرا کاردرمانی، به این اسم نامیده می‌شود.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۷	شما در مداخلات بالینی‌تان برای ارتقای توانایی‌های ادراکی و شناختی از کارها (Occupations) یا روشی کاری (An occupational method) استفاده نمی‌کنید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۸	شما می‌توانید کار (Occupation) را همان طور که در کاردرمانی استفاده می‌شود، تعریف کنید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۹	بیماران شما تمایل دارند که به محیط کاردرمانی بیایند.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۰	شما از هر بیمار (یا اگر ممکن نباشد از اعضای خانواده یا مراقبین) می‌پرسید که بیمار تمایل دارد که با نام، نام خانوادگی یا نام مستعار مورد خطاب قرار گیرد (صدا زده شود).						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۱	مداخلات بالینی شما به برنامه‌های بلندمدت بعد از ترخیص مراقبین یا خانواده برای آینده بیمار بستگی ندارد.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۲	شما در مداخلات خود برای بهبود توانایی‌های روانی- اجتماعی از کار (Occupation) (یا روشی مبتنی بر کار) استفاده می‌کنید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۳	شما در محل کارتان قادر نیستید که چیدمان مبلمان و محل و وضعیت میزها و تجهیزات را بر اساس علایق و نیازهای بیمار تغییر دهید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۴	شما در مداخلات بالینی خود فعالیت‌های روزمره زندگی را (مانند حمام کردن، دستشویی رفتن و ...) در همان ساعتی که به طور معمول توسط بیمار انجام می‌شوند، اجرا و تمرین می‌کنید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۵	بیماران شما به کاردرمانی به عنوان فرصتی جهت توسعه مهارت‌های مورد نیاز برای بقیه عمرشان نگاه می‌کنند.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۶	شما هنگام تعیین روش‌های درمانی بر کارهای (Occupations) روزمره و معمول تأکید نمی‌کنید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۷	چنان چه امکان‌پذیر باشد، بیماران را به منظور تمرین مهارت‌های یکپارچگی اجتماعی به سمت خدمات و تسهیلات موجود در اجتماع سوق می‌دهید.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۸	توانایی‌های حسی- حرکتی، ادراکی- شناختی و روانی- اجتماعی بیمار همگی در انتخاب روش درمانی مورد توجه شما قرار می‌گیرد.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۲۹	در محل کار شما حیطه‌هایی از درمان که جهت اجرای آن محیطی شبیه محیط منزل بیمار برایش فراهم باشد، به سادگی در دسترس نیست.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۰	تعداد پرسنل محل کار شما و تناسب آن با تعداد مراجعان مرکز، اجازه ارایه خدمات به صورت رویکردی انفرادی و منحصر به فرد را در کاردرمانی می‌دهد.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۱	بیماران در حد توانایی شناختی خود، رویکرد منحصر به فرد کاردرمانی را درک می‌کنند.						۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

کاملاً مخالف							کاملاً موافق								
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷		
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۲	اهداف درمانی شما با آن چه بیمار مایل است در زندگی روزمره انجام دهد، ارتباط ندارد.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۳	اعضای خانواده یا مراقبین بیمار، رویکرد منحصر به فرد (انفرادی) کاردرمانی را درک نمی کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۴	بیماران شما معتقدند که کاردرمانی به آن‌ها کمک می کند تا بر زندگی خود احاطه داشته باشند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۵	تعداد مراجعان شما اتخاذ رویکردی مبتنی بر کار (Occupation-based) را برای هر بیمار اجازه نمی دهد.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۶	شما در فرایند پرونده نویسی (Documentation) علایق مراجع را ثبت نمی کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۷	توانایی های حسی- حرکتی، ادراکی- شناختی و روانی- اجتماعی بیمار همگی در فرایند ارزیابی و هدف گذاری مورد توجه شما قرار می گیرد.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۸	همکاران و دیگر متخصصین توان بخشی در محل کار شما نمی دانند چرا کاردرمانی، به این نام خوانده می شود.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۳۹	شیوه های برنامه ریزی زمانی شما برای بیمار با رویکرد مؤثر و منحصر به فرد کاردرمانی هماهنگ هستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۰	در صورت نیاز، بیماران شما خدمات مطلوب کاردرمانی را می توانند در آخر هفته و تعطیلات دریافت کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۱	شما در گروه های حمایتی همتایان (Peer support group) سازمان یافته برای بیماران، مشارکت دارید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۲	محیط کاردرمانی، مکانی انرژی بخش و سرشار از خلاقیت است.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۳	اعضای خانواده یا مراقبین بیماران شما می دانند چرا کاردرمانی به این نام خوانده می شود.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۴	در محل کار شما امکانات و تجهیزات برای حمایت از رویکردی انفرادی برای بیمار به راحتی در دسترس هستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۵	شما در محل کارتان درباره مفهوم کار (Occupation) به مراجعان آموزش می دهید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۶	شما در مداخلات بالینی خود توانایی های تغذیه (Feeding) بیمار را ارزیابی نمی کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۷	شما در مداخلات بالینی خود توانایی های لباس پوشیدن (Dressing) و نظافت بیمار را ارزیابی می کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۸	شما در مداخلات بالینی خود توانایی های حمام کردن (Bathing) بیمار را ارزیابی نمی کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۴۹	شما در مداخلات بالینی خود توانایی های دستشویی رفتن (Toileting) بیمار را ارزیابی می کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۵۰	شما در مداخلات بالینی خود توانایی های اوقات فراغت بیمار را ارزیابی نمی کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۵۱	شما در مداخلات بالینی خود توانایی های حرفه ای (Vocational) بیمار را ارزیابی می کنید (برای آن دسته از بیمارانی که قابل اجرا باشد).

کاملاً مخالف							کاملاً موافق						
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵۲ شما در مداخلات بالینی خود توانایی‌های مدیریت خانه (Home management) را ارزیابی می‌کنید (برای آن دسته از بیمارانی که قابل اجرا باشد).													
۵۳ شما در مداخلات بالینی خود توانایی نگهداری از کودک (Child care) را برای بیمار ارزیابی می‌کنید (برای آن دسته از بیمارانی که قابل اجرا باشد).													
۵۴ شما در ارزیابی‌های خود به مسایل جنسی توجه می‌کنید.													
۵۵ روش‌های درمانی شما ماهیت کاری (Occupational) دارند.													