

تجارب و دیدگاه‌های کاردرمان‌گران از حرفه کاردرمانی

سمیه کاوسی^۱، *مسعود فلاحی خشکناز^۲

چکیده

هدف: توسعه و ارتقا هر حرفه‌ای، ارتباط مستقیم با شناخت تجارب و دیدگاه‌های افراد شاغل در آن حرفه دارد. این تحقیق در راستای شناخت دیدگاه‌ها و تجارب شغلی، آموزشی و بالینی شاغلین رشته حرفه کاردرمانی انجام گردیده است.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد کیفی از نوع تحلیل محتوا است. شرکت‌کنندگان آن ۱۵ کاردرمان‌گر شاغل در کلینیک‌های سطح شهر تهران در سال ۱۳۸۷ بودند. روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی و به صورت مقایسه‌ای مداوم استفاده شد.

یافته‌ها: در آنالیز اولیه ۱۷۰ کد اولیه بدست آمد که در ۱۵ زیر مضمون و ۵ مضمون اصلی یا درونمایه از بین آنها شامل: «عدم شناخت متقابل جامعه و کاردرمان‌گران از یکدیگر و نگرش فرهنگی - اجتماعی مبهم»، «عدم رضایتمندی از حرفه»، «داشتن نگاهی نو و خلاقانه به حرفه کاردرمانی»، «گسترده‌گی و بین حرفه‌ای بودن ماهیت درونی رشته» و «سیستم آموزشی نامتناسب، غیریکپارچه و غیر محرک» استخراج شد. تجارب کاردرمان‌گران نشان داد که شاغلین این حرفه ضمن مهم و سودمند دانستن حرفه خود، از هم گسیختگی، نامتناسب بودن، و گسترده بودن آموزش‌ها و شرح وظایف، عدم شناخت مردم از حرفه، آزرده‌گی خاطر دارند؛ و همچنین تجارب آنها تحت تأثیر شدید عکس‌العمل و نگاه اطرافیان و اساتید نسبت به آنها دارد. به طوری که اگر نگاه اساتید و همکاران مثبت باشد، دانشجویان امیدوارتر نسبت به رشته خود بوده و نسبت به آن افتخار می‌کنند و در نهایت خواهان حمایت مسئولین و سازمانهای مرتبط هستند.

نتیجه‌گیری: تجارب و دیدگاه کاردرمان‌گران در رابطه با حرفه‌شان مثبت بوده و متأثر از نگرش دیگران، شامل: اساتید، همکاران حرفه‌ای و مردم می‌باشد. تجارب آنها نشانگر عدم محتوای آموزشی متناسب با نیازهای جامعه و فرهنگ مردم ایران بوده و بین آموزش و بالین از نظر آنها شکاف وجود دارد، آنها خواستار افزایش آگاهی جامعه از حرفه‌شان و حمایت مسئولین می‌باشند.

کلید واژه‌ها: کاردرمانی، کاردرمان‌گر، تجارب، مطالعه کیفی

۱- کارشناس ارشد کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مربی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۲- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۸
پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱۶

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خ کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی پرستاری
* تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۱۳
* رایانامه:

msflir@yahoo.com



مقدمه

از یک رویکرد درمانی در کاردرمانی به عوامل متنوعی نظیر نوع ناتوانی فرد، آموزشی که درمان‌گر در طول دوران تحصیل کسب کرده است، بستگی دارد و همه اینها خود متأثر از مهارتی است که به آن تصمیم‌گیری بالینی می‌گویند (۵). در سال ۱۳۸۲ در تحقیقی کیفی ۲ عامل کفایت بالینی و اعتماد به نفس درمان‌گر را مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیمات بالینی دانستند که خود متأثر از سیستم آموزشی بوده است. همچنین نوع ارتباطی که درمان‌گر با بیمار برقرار می‌سازد متأثر از سیستم آموزشی و فرهنگ درمان‌گر بوده است (۷، ۶). همچنین در زمینه دیدگاه‌های کاردرمان‌گران تحقیقات به شیوه کمی نیز انجام شده است، جانسون و همکاران در سال ۲۰۰۵ فاکتورهای مؤثر بر رضایت شغلی کاردرمان‌گران را بررسی کردند؛ در این تحقیق فاکتورهای درونی نظیر رشد حرفه‌ای و داشتن قوانین کاری منطبق بر ارزش‌های شخصی، بیش از درآمد و ادامه تحصیل در رضایت شغلی کاردرمان‌گران نقش داشت و احتمال ماندن و فعالیت در بخش بالینی را افزایش داد (۸). گرانت در ۱۹۹۲، فاکتورهای لازم جهت فراهم شدن رضایت شغلی را اینگونه معرفی می‌کند: شغل چالش برانگیز، توسعه دهنده روابط بین فردی و خودانگیختگی، دارای فشار کاری منطقی و قابل مدیریت با امنیت شغلی و درآمد مکفی می‌تواند رضایت شغلی ایجاد کند (۹). بایلی در ۱۹۹۰، فاکتورهای مؤثر بر میزان ترک شغل ۶۹۶ کاردرمان‌گر زن را بررسی نمود. در این تحقیق مسائل مربوط به فرزند، فقدان اطلاعات و دانش به روز، فقدان فرصت جهت پیشرفت، فشار و استرس کار و در نهایت درآمد غیر قابل قبول از عوامل مؤثر در ترک شغل آنان شناخته شده است. ۳۰ درصد درمان‌گرانی که با کودکان زیر ۳ سال و ۱۸٪ از درمان‌گرانی که با بیماران ۲۱-۴ ساله کار می‌کردند گزارش کرده‌اند که شغلشان کسل کننده است و توفیق‌هایشان در این حیطه‌های کاری ناچیز است. البته رضایت شغلی در این حیطه رو به افزایش است (۱۰). هلیکسون فاکتورهای رضایت شغلی نظیر استرس شغلی، حقوق و فشاری که بیماران در حیطه‌های مختلف بخش خصوصی و دولتی، مداخله زودهنگام، بخش روان و کاردرمانی در مدرسه بر درمان‌گر تحمیل می‌کند را بررسی کرد. وی دریافت که تعداد پرسنل مشغول به کار در بخش مدرسه به علت دریافت حقوق و تسهیلات کمتر، عدم آموزش کافی کاردرمان‌گران در این حیطه و فقدان فهم کافی درمان‌گران از خدمات کاردرمانی در بخش مدرسه است؛ بنابراین رضایت کاری کمتری را در این بخش کسب می‌کنند (۱۱). در باب آموزش و اهمیت و تأثیر واحدهای کارورزی بر بینش دانشجویان کاردرمانی نسبت به افراد معلول روث و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که بینش دانشجویان کاردرمانی نسبت به معلولان، در

کاردرمانی طبق تعریف فدراسیون جهانی کاردرمانی (WFOT) ^۱ حرفه‌ای مربوط به سلامتی است که مبنای آن دانشی است که نشان می‌دهد فعالیت هدفمند می‌تواند سبب ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی گردد. هدف کاردرمانی ارتقاء، توسعه و بازیابی و حفظ توانایی‌هایی است که فرد در سازگاری با فعالیت‌های روزمره زندگی بکار می‌برد تا مانع اختلال عملکردی گردد. برنامه‌های کاردرمانی جهت تسهیل عملکرد فرد است تا از پس چالش‌های محیط کاری، اجتماعی، شخصی و خانگی برآید. هسته اصلی برنامه کاردرمانی مشارکت فعال فرد در فرآیند درمانی است. کاردرمان‌گران در حیطه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، زیست‌شناسی و علوم پزشکی تحصیل می‌کنند و مهارت‌ها و دانش حرفه‌ای کاردرمانی را در موقعیتهای بالینی بکار می‌گیرند.

شواهد علمی نشان می‌دهد که بین هویت انسانی و آنچه که انسان انجام می‌دهد ارتباط عمیقی وجود دارد و درگیری فرد در یک فعالیت و اشتغال ^۲ معنادار به بهبود خودپنداره مثبت وی کمک شایانی می‌نماید به طوری که معنا ^۳ و هدف ^۴ در حرفه کاردرمانی به عنوان یک مفهوم اصلی و پایه‌ای در منابع معرفی می‌شود و از این میان شغل فرد که جز یکی از مهم‌ترین اشتغالات زندگی ^۵ وی می‌باشد و در هویتش نقش اصلی ایفا می‌کند. فرد با صرف تلاش و نیرو در شغل خود شخصیت اجتماعی خود را می‌سازد و به نوعی هر فرد شغل خود را ابزاری جهت ساخت زندگی خود تعریف می‌کند (۱-۲). «معنا» که عبارت از احساس درکی، سببلیک و خلقی فرد از یک موقعیت است اگر در حین انجام یک فعالیت و شرایطی ایجاد شود، باعث بهبود و افزایش عملکرد فرد در آن شرایط و فعالیت می‌شود. یکی از زیر بناهای حرفه‌ای کاردرمانی رویکردها و نگرش‌های متفاوت درمانی است. از آرمان‌های بنیانگذاران این حرفه داشتن نگاهی انسان‌گرایانه به مسائل بیمار است به طوری که درمان‌گران به ارتباط ذهن، بدن و محیط توجه کنند. اما این نگرش در طول زمان دستخوش تغییراتی شد به طوری که در حدود سال ۱۹۶۰-۱۹۵۰ رویکرد کل‌گرایانه و انسان‌گرایانه به سمت رویکرد تقلیل‌گرا حرکت کرد و به تدریج به سمت نگرش‌های پزشکی گرایش پیدا نمود و در سال ۱۹۷۰ به بعد مجدداً فلسفه کاردرمانی مورد ارزیابی قرار گرفت و نگرش کلی جامعه نسبت به بشر و سلامتی از نگاه مکانیکی صرف به سمت نگاهی سیستمی گرایش یافت (۳). تحقیقات نیز نشان می‌دهد زمانی که درمان‌گر با رویکردی کاملاً پزشکی با بیمار در ارتباط است نسبت به زمانی که با رویکرد کل‌گرا کار خود را انجام می‌دهد خستگی بیشتری را تجربه می‌کند (۴). تعیین استفاده



سال اول تحصیل منفی همراه با خشم و اجتناب است و اگر این درک تغییر نیابد در واحد کار آموزش دچار مشکل می‌شوند، لذا اساتید موظفند با ایجاد تجربه کاری مثبت در واحد کارورزی این بینش را تغییر دهند و این تغییر بینش به خصوص در زمینه روان توجه ویژه اساتید را می‌طلبد. او به بررسی بینش دانشجویان سال اول نسبت به بیمار روانی پرداخت که در آنجا «ترس دانشجویان از بیماران روانی» به عنوان یکی از درون‌مایه‌های اصلی استخراج شد. کار با بیمار روانی اضطراب آور است. این ترس و اضطراب ناشی از ترس از برچسب خوردن در کار با بیمار روانی است. بازخوردهای اساتید تا حد زیادی می‌تواند این ترس را کاهش دهد (۱۲). کریس و شولتز در سال ۲۰۰۱ توانمندی در مهارت‌های اجتماعی، خوش‌بینی و خوش‌لباسی، توانایی کسب احترام و اعتماد بیمار، لذت بردن از کمک به دیگران، کسب نتایج خوب در دروس دانشگاهی و برخورداری از اطلاعات کافی و پایه‌ای کاردرمانی را از جمله فاکتورهای بسیار مؤثر در موفقیت در حرفه کاردرمانی برشمردند (۱۳).

آنچه یک فرد در حین انجام کار خود احساس می‌کند و آنچه که به عنوان تجربه کار به دست می‌آورد نقش مهمی در ارتقا و پیشرفت کاری او خواهد داشت؛ به عبارت دیگر دانشی که از تجربیات افراد در حین کار بدست می‌آید می‌تواند به بهتر شدن کار کمک نماید و بدین جهت ضروری است که جهت ارتقا حرفه کاردرمانی در ابتدا اطلاعاتی از تجربیات درمان‌گران داشت. در تحقیقات مختلف که تجربه کاری کاردرمان‌گران را بررسی نموده است، میزان رضایتمندی کاردرمان‌گران از حرفه‌شان، خستگی آنان از کار و رکود کاری آنان به صورت کیفی بررسی شده است (۱۴)، اما معنانشناسی حرفه‌ای - که در کاردرمانی مفهومی ارزشمند است - در میان درمان‌گران مشغول به این حرفه به صورت جامع کمتر مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است (۱۵). البته مطالعاتی در این زمینه وجود دارد؛ مثلاً در سال ۲۰۰۹ اسمیت در تحقیقی کیفی معنایی که کاردرمان‌گران متخصص در زمینه کودکان، از کار خود تجربه می‌کنند را بررسی کرد؛ او مفهوم «معنا» را در قالب ۴ واژه شدن^۱، متعلق بودن^۲، بودن^۳ و انجام دادن^۴ ارزیابی کرد (۱۴). در این تحقیق کاردرمان‌گران در شغل خود به سبب: در ارتباط بودن با بیمار، توانایی ایجاد تفاوت بارز در توانایی‌های بیمار، فعالیت تیمی، تجارب مفترح در محیط کار، تناسب باورهای شخصی و باورهای محیط کار، حمایت در محیط کار، خلاقیت در درمان، احساس معناداری می‌کنند (۱). با توجه به اهمیت «معنا» در هویت کاری به خصوص از نگاه کاردرمانی (۳) ضروری است

تا معنایی که کاردرمان‌گران در حین کار از فعالیت خود احساس می‌کنند را درک کرده و عوامل مؤثر در این برداشت و احساس را بررسی کرد.

حیطه‌های کاری و فعالیت کاردرمان‌گران در طول ۸۰ سال قبل توسعه یافته و روش‌ها، تحقیقات علمی و علوم مربوطه با حجم وسیعی گسترش پیدا کرده است، و به این ترتیب گروه‌های علمی بدنال توسعه و سازماندهی حرفه بوده‌اند (۱۶). این توسعه به حدی است که چارچوب مرجعی از طرف انجمن جهانی کاردرمانی برای تعریف واژه‌ها و مفاهیم رشته تعیین شده است (۱۷،۳).

با توجه به اهمیت درک افراد از حرفه خود، که تأثیر مستقیم روی کارایی شاغلین یک حرفه می‌گذارد و از طرفی جدید بودن حرفه کاردرمانی به نسبت سایر حرفه گروه توانبخشی در ایران، و اینکه تحقیقات انجام شده در این زمینه اکثراً به شیوه کمی بوده است و اینکه تا کنون تحقیقی بر روی بررسی تجارب حرفه‌ای این گروه از اعضای تیم توانبخشی به روش کیفی در ایران انجام نشده است، محققین با هدف تبیین تجارب کاردرمان‌گران از حرفه کاردرمانی این تحقیق را طراحی نمودند تا با شناخت هر چه بیشتر تجارب و ادراکات آنها نسبت به پیشرفت این حرفه تلاش نمایند.

روش بررسی

این مقاله گزارش یک مطالعه به شیوه تحلیل محتوای کیفی است که با هدف تبیین تجارب کاردرمان‌گران از حرفه کاردرمانی انجام گردید. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل کاردرمان‌گران مشغول به کار درمانی و آموزشی در کلینیک‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران^۱، شهید بهشتی و علوم بهزیستی و توانبخشی در سال ۱۳۸۷ بودند و همگی حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی در حرفه کاردرمانی داشته و دارای تجربه در زمینه پژوهش، آموزش و فعالیت بالینی در قالب مربی کاردرمانی بودند. نمونه‌گیری به صورت متنی بر هدف بوده و از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شد افراد دیگری را که می‌توانند در این زمینه کمک کنند معرفی نمایند. در نهایت نمونه‌گیری و مصاحبه‌ها تا اشباع اطلاعات ادامه یافت و اطلاعات پس از ۱۲ مصاحبه به اشباع رسید ولی برای اطمینان بیشتر با ۳ نفر دیگر نیز مصاحبه انجام شد و در نهایت ۱۵ کاردرمان‌گر مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاری جمع‌آوری شد. تعدادی از مهم‌ترین محورهای مصاحبه به شرح ذیل بودند:

• به عنوان یک کاردرمان‌گر چگونه حرفه خود را حس کرده و درک می‌کنید؟



گردآوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها باید به طور هم‌زمان انجام شود. پژوهشگر در این روش کار خود را با فرضیه‌ای از پیش تعیین شده شروع نمی‌کند بلکه با ظهور مفاهیم است که سوالات تحقیق و شیوه کار تعدیل و تنظیم می‌شود (۱۸، ۱۹). چون قصد این پژوهش تبیین کاردرمانی مطابق تجربه واقعی کاردرمان‌گران بوده، و این روش از قدرت بالایی در توضیح دهندگی برخوردار است، تحلیل محتوا رویکرد مناسبی برای مطالعه حاضر به نظر می‌رسد (۱۸). همچنین در این مطالعه چگونگی رضایتمندی آنان از آموزش رشته، فعالیت بالینی، پذیرش اجتماعی بررسی می‌شود. در این روش داده‌ها از طریق مصاحبه، یادداشت‌های عرصه، مشاهدات، نوارهای ویدیویی، یادآورها و مواد نوشتاری و تصویری مختلف دیگر جمع‌آوری و سپس به وسیله رویه کد گذاری تجزیه و تحلیل می‌شوند تا الگوها و مفاهیمی را مشخص کنند که سنگ بنای تئوری هستند (۲۰). استحکام یافته‌ها در این پژوهش توسط برگرداندن نتایج و کدها به شرکت‌کنندگان تحقیق^۳ و همچنین مرور توسط همکاران مجرب در این زمینه^۴ انجام گردید؛ که در تمام مراحل بر صحت کار نظارت داشته و به منظور اطمینان از این که تفسیر پژوهشگر از داده‌ها انعکاس موارد مورد مطالعه است، از روش مرور توسط ناظرین استفاده شد. برای رعایت موارد اخلاقی علاوه بر توضیح شفاهی هدف و مراحل تحقیق به شرکت‌کنندگان و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، کلیه شرکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی تحقیق را مطالعه و امضا نمودند.

یافته‌ها

یافته‌های دموگرافیک تحقیق شامل ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، در جدول ۱، به شرح ذیل است:

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

تعداد شرکت‌کنندگان	۱۵ نفر
میانگین سن شرکت‌کنندگان	میانگین سن ۴۲ سال، حداقل ۳۵ سال و حداکثر ۴۵ سال
سابقه کار	میانگین ۱۰ سال، حداقل ۸ سال و حداکثر ۱۵ سال
جنسیت	زن (۶ نفر)، مرد (۹ نفر)
عنوان شغل	مری غیر هیئت علمی (۴ نفر)، هیئت علمی (۶ نفر)، کاردرمان‌گر بالینی (۵ نفر)
تحصیلات	لیسانس (۵ نفر)، فوق لیسانس (۱۰ نفر)

زیر مضمون یا مضمون فرعی بود که خلاصه آن در جدول ۲ آمده است.

• یک روز کاری شما چگونه می‌گذرد، چطوری شروع می‌شود، ادامه می‌یابد و تمام می‌شود؟

• از اینکه کاردرمان‌گر هستید چه احساسی دارید و چه چیز در کاردرمانی باعث این احساس شده است؟ و سوالاتی از این قبیل که با توجه به گفته‌های بیمار برای رسیدن به هدف تحقیق طرح می‌گردید.

لازم به ذکر است قبل از شروع هر مصاحبه هدف از انجام مطالعه واضح و مبسوط بیان و به محرمانه ماندن اطلاعات فردی و مصاحبه‌های ضبط شده تأکید می‌شد. در طول مصاحبه نیز متناسب با گفته‌های شرکت‌کنندگان سوالات یا عبارات تجسسی^۱ از قبیل «لطفاً بیشتر توضیح دهید»، «ممکن است این موضوع را واضح‌تر بیان کنید؟»، منظور شما از عبارت ... چه بود «مطرح می‌شد تا شرکت‌کننده به ادامه کلام و تکمیل گفته‌هایش ترغیب شود. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. متن کلیه مصاحبه‌ها از نوار پیاده و نسخه‌نویسی، تایپ و کدگذاری شد. بعد از کدگذاری اولیه متن مصاحبه‌ها برای تأیید در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و مصاحبه تکمیلی برای روشن شدن بخش‌های مبهم گفته‌های آنان انجام شد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از روش مقایسه مداوم، به موازات انجام مصاحبه‌ها تجزیه و تحلیل شد. جمع‌آوری داده‌ها با رسیدن به اشباع (تکرار) داده‌ها متوقف شد.

برای تحلیل داده‌ها از آنالیز درون مایه‌ای^۲ به روش مقایسه مداوم داده‌ها استفاده شد. این روش برای مطالعه درباره پدیده‌هایی که به خوبی شناخته یا تبیین نشده‌اند و یا برای کسب دید تازه‌ای به پدیده‌های آشنا مناسب است. برای کشف دنیای درون انسانها باید تجربیات آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد و با شناخت تجربیات افراد می‌توان دیدگاه‌ها و زاویه نگاه آن‌ها را بررسی نمود برای این کار

پس از بررسی و تحلیل کدها و دسته‌بندی آنها، عوامل تأثیرگذار بر وضعیت حرفه‌ای کاردرمانی که همان مضمون اصلی است، از متن مصاحبه‌ها استخراج شد. ۵ مضمون اصلی مجموعاً شامل ۱۵



جدول ۲- خلاصه‌ای از یافته‌های تحقیق

مضمون اصلی	زیر مضمون	نمونه‌ای از گفته‌های شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها
	کمبود اساتید الگو	به علت جوان بودن رشته، اساتیدی که الگوی کاملی از یک کاردرمان‌گر آکادمیک باشند به ندرت در آموزش وجود دارند (کاردرمان‌گر ۳)
سیستم آموزشی نامناسب با وضعیت کشور	عدم علاقه‌مندی اولیه دانشجویان هنگام ورود به رشته	دانشجویان این رشته اکثراً بدون تحقیق قبلی و فقط به علت اینکه در کنکور در این رشته قبول شده‌اند وارد این حرفه می‌شوند و با توجه به اینکه امکان تغییر رشته تقریباً وجود ندارد در رشته‌ای که علاقه ندارند، ماندگار می‌شوند (عضو هیئت علمی ۱)
	محتوای آموزشی نامناسب	دروس بیشتر تحت تأثیر کتب آمریکایی قرار دارد و متناسب با وضعیت ایران نیست، شغل‌های موجود در ایران و آنجا متفاوت است (مربی ۲)
	شکاف بین تئوری و بالینی	دروسی که خوانده می‌شود در بالین زیاد کاربرد ندارد، آنچه که در کتاب است قابل پیاده کردن روی مددجویان نیست، کتاب با کیس واقعی خیلی فرق می‌کند (مربی ۱)
	تنوع مددجویان	مددجوی ما ممکن است یک کودک شیرخوار چند ماهه دچار سندروم ارب تا یک سالمند ۸۵ ساله دچار آلزایمر باشد (عضو هیئت علمی ۲)
گسترده‌گی و بین حرفه‌ای بودن ماهیت درونی رشته	وجود سطوح مختلف درمان	دو مددجویی که با یک تشخیص مراجعه می‌کنند اصلاً به هم شبیه نیستند، ممکن است دو مددجوی سکنه مغزی داشته باشید، برای یکی چند دقیقه کار کفایت کند و برای دیگری حتی یک ساعت کار هم کافی نباشد و شما به علت خستگی بیمار مجبور شوید درمان را متوقف کنید (کاردرمان‌گر ۲)
	بین حرفه‌ای بودن و همکاری تیمی	در بسیاری از مواقع کار ما به تنهایی پیش نمی‌رود، گاهی خانواده همکاری نمی‌کند، گاهی بیمار و گاهی سایر همکاران مان، لذا باید ذکر کنم حرفه ما نیاز به همکاری سایر اعضای تیم درمان و درک صحیح آنها از درمان دارد (هیئت علمی ۴)
	مرزهای حرفه‌ای کاردرمان‌گران ایرانی و همپوشانی حرفه‌ای	ما در ایران خوب کار می‌کنیم اما نقش حرفه‌ای خود را کمتر ایفا می‌کنیم و بیشتر فیزیوتراپیست و روانشناس هستیم تا کاردرمان‌گر (کاردرمان‌گر ۴)
عدم شناخت متقابل جامعه و کاردرمان‌گران از یکدیگر و نگرش فرهنگی - اجتماعی مبهم	عدم شناخت رشته در جامعه	مردم و حتی همکاران دیگر تیم درمان و حتی بسیاری از پزشکان از توانمندی و شرح وظایف ما اطلاع اندکی دارند و نمی‌دانند در چه زمینه‌هایی ما می‌توانیم کمک‌شان کنیم (مربی ۴)
	تفاوت باورهای فرهنگی ایرانی و جهانی	باور مردم ایران با سایر نقاط ایران در مورد بهبودی فرق می‌کند، بهبودی نسبی و از راهی است که در حرفه ما بسیار کاربرد دارد و بعضی مواقع هم منظور ما از بهبودی فقط مختصر افزایش توانایی‌های بیمار و استقلال نسبی او است، ولی مردم در ایران وقتی صحبت از بهبودی می‌شود منظورشان خوب شدن کامل است که کمتر پیش می‌آید (هیئت علمی ۵)
	کمبود درآمد به نسبت نوع کار	با توجه به شرایط و صعوبت کار موجود، درآمد ما بسیار اندک است (کاردرمان‌گر ۱)
عدم رضایت‌مندی حرفه‌ای	ارتباط حرفه‌ای با بیمار	رضایت بیمار از کاردرمان‌گرها بستگی به نوع ارتباطی دارد که آنها با بیمار برقرار می‌کنند اگر این ارتباط خوب باشد بیماران هم عکس العمل مثبتی نشان می‌دهند (مربی ۳)
	عدم حمایت سازمانی	کاردرمان‌گرها معمولاً فراموش شده‌اند و کمتر مورد توجه قرار دارند، بیشتر پزشکان هستند که مورد توجه سازمان‌ها و مسئولین آنها قرار دارند. (عضو هیئت علمی ۳)
نگاهی نو و خلاقانه به رشته	اشباع نیروی کار در رشته کاردرمانی و معضل بیکاری	مگر برای کار خصوصی چقدر کاردرمان‌گر نیاز است و مگر چقدر مشتری پولدار وجود دارد؟ اکثر مددجویان ما پول برای درمان‌های طولانی مدت ندارند در بخش دولتی هم مگر بهیستی چند تا کاردرمان‌گر لازم دارد، لذا باید چاره‌ای پیدا کرد (کاردرمان‌گر ۵)
	حیطه‌های بکر و ناشناخته	با انتظارات و شرح وظایف فعلی کاردرمان‌گرها، بازار کار یواش یواش اشباع شده است و باید نقش‌های جدید و شرح وظایف کامل‌تری را در نظر گرفت مثلاً کار با سالمندان و دادن مشاوره و غیره می‌تواند وضع را بهتر کند (هیئت علمی ۶)

دانشجو بفهمد که در آینده باید چنین کسی بشود، کم است. در این زمینه یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌نماید: «واقعاً مربی نمونه‌ای که الگوی یک کاردرمان‌گر باسواد، باتجربه و انسان دوست باشد بسیار کم است و معمولاً دغدغه‌های زندگی همه چیز را تحت تأثیر قرار داده است» (مربی غیر هیئت علمی ۲).

سیستم آموزشی نامتناسب با وضعیت کشور در این مضمون اصلی موارد مطرح شده در زمینه سیستم آموزشی کاردرمانی در ایران مطرح می‌شود، که شامل ۴ زیر مضمون است. زیرمضمون اول تحت عنوان «کمبود اساتید الگو» برچسب زده شد، بدین معنی که اساتیدی که نمونه کاملی برای دانشجویان باشند و



شرکت‌کننده دیگری ذکر می‌نماید: «امروزه، الگوها بیشتر الگوهای مادی هستند تا معنوی، اکثر اساتید کلینیک خصوصی دارند لذا دانشجویان می‌خواهند در آینده مثل اساتید خود کلینیک دایر کنند و به بحث اقتصادی توجه دارند و کمتر ابعاد معنوی و انسانی حرفه مد نظر قرار می‌گیرد. اساتید بیشتر الگوی اقتصادی هستند، هر چند که امکان وجود هر دو با هم تناقضی ندارند» (کاردرمان‌گر ۴).

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان ذکر می‌نماید: «الگو سازی، معرفی الگوهای برتر در مراسم مختلف مثل روز معلم و بیان ویژگی‌ها و صفات شخصیتی آنها بر روی دانشجویان اثر بسیار مثبتی می‌گذارد و دانشجویان سعی می‌کنند در آینده مثل او بشود. من یادم است که یکی از اساتید ما نمونه شده بود و من که دانشجویی او بودم از اینکه استادم نمونه شده بود بر خودم می‌بالیدم و احساس غرور می‌کردم و دوست داشتم من هم مثل او یک روز ازم قدردانی شود.» (کاردرمان‌گر ۳).

زیر مضمون دوم در این مضمون تحت عنوان: «عدم علاقمندی دانشجویان هنگام ورود به رشته» برچسب زده شد. دانشجویانی که با علم و علاقه رشته را انتخاب کرده باشند کم هستند، یکی از شرکت‌کنندگان چنین ذکر می‌نماید: «دانشجویان این رشته اکثراً بدون تحقیق قبلی و فقط به علت اینکه در کنکور در این رشته قبول شده‌اند وارد این حرفه می‌شوند و با توجه به اینکه امکان تغییر رشته تقریباً وجود ندارد در رشته‌ای که علاقه ندارند، ماندگار می‌شوند» (عضو هیئت علمی ۱).

یکی از شرکت‌کنندگان ذکر نموده است که: «ما دانشجوی علاقمند کم داریم و اغلب آنها به خاطر نمره کنکورشان این رشته را انتخاب کرده‌اند، آنها می‌گویند که رتبه ما باعث شد که مشاور ما این رشته را پیشنهاد بدهد که انتخاب کنیم و شناخت ما در حد چند جمله‌ای بود که در دفترچه کنکور آمده بود و اصلاً در عمرمان نه کاردرمان‌گر دیده بودیم و نه کاردرمانی» (مربی غیر هیئت علمی ۲).

و سومین زیر مضمون شامل «محتوای درسی نامتناسب» است؛ در این زیر مضمون تعدادی از مواردی که منجر به استخراج و نامگذاری این درون‌مایه شده است مورد اشاره قرار می‌گیرد: اکثریت شرکت‌کنندگان تحقیق در لابلای اظهارات خود به نحوی محتوای دروس را ناکافی ذکر می‌کردند و بعضی هم آنها را نامتناسب با شرایط دانشجویان، وضعیت و امکانات کلینیک‌های ایران و فرهنگ مددجویان ذکر می‌نمودند، یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «دانشجویانی که تاکنون وارد دانشگاه و از دانشگاه فارغ التحصیل شده‌اند شناخت مکفی از دانش کاردرمانی نداشته و پایه تئوری آنها در حد مطلوب نیست به طوری که از این بابت در زمینه کار عملی احساس ضعف می‌کنند. باید به کاردرمانی و دروس

دانشگاهی که تدریس می‌شود علم تزریق شود» (کاردرمان‌گر ۲). دیگری ذکر می‌کند: محتوای دروس در حدی است که سطحی باقی می‌ماند و دانشجویان تا به عمق مطلب برسند ترم تمام می‌شود و این یعنی اینکه بعضی واحدها بالاخص واحدهای تخصصی باید بیشتر شوند و از بعضی واحدهای غیر تخصصی باید کم کرد تا محتوا متناسب گردد (عضو هیئت علمی ۶).

دیگر شرکت‌کننده اشاره دارد که: «به نظر من باید دروس عوض شود و تأکید بیشتری روی ارتباطات انسانی شود و دانشجویان را مانند ماشین بار نیاریم این علم دو دو تا چهار تا نیست» (کاردرمان‌گر ۲).

یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌کند که: «ما باید محتوای درسی را با توجه به نیازهای بیماران مان، علائق شغلی آنها، و شغل‌هایی که در کشورمان وجود دارد انطباق دهیم تا بتوانیم مؤثرتر و مثمر ثمرتر باشیم» (مربی ۱).

چهارمین زیر مضمون «شکاف بین تئوری و بالین» است. در زیر تعدادی از شواهد منجر به تعیین این زیرمضمون شده آمده است. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «دانشجویان قادر نیستند ارتباطی مستدل بین مطالب تئوری و بالینی ایجاد کنند که خود این مطلب را مربوط به فاکتورهای زیادی می‌دانند». برای مثال اذعان کرده‌اند «کاردرمان‌گران در تعریف تئوری حرفه باید روی فعالیت‌های روزمره زندگی بیمار کار کنند اما در عمل و در کارورزی هیچ آموزشی نمی‌بینند» (هیئت علمی ۱ و ۴) که نشانگر نامتناسب بودن آموزش‌ها و عدم یکپارچگی آموزش تئوری و بالینی است.

یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «بسیاری از مطالبی که درس داده می‌شود در بالین کاربرد چندانی ندارد، در بالین بیشتر تکنیک‌ها مهم است و دانشجویان دوست دارند تکنیک‌ها را یاد بگیرند و مرتباً این انتقاد است که این همه مطالب تئوری که خوانده می‌شود واقعاً چقدر مثمر ثمر است و چگونه می‌توان این شکاف بین تئوری و بالین را از بین برد به طوری که هر چه که درس داده می‌شود در بالین هم بکار رود» (مربی غیر هیئت علمی ۲). شرکت‌کنندگان معتقدند که سرفصل دروس انتخاب شده برای رشته کاردرمانی جوابگوی نیاز آنان برای انجام کار بالینی و کلینیکی مبتنی بر رویکردهای کاردرمانی نیست، البته لازم به ذکر است طرح دوره این رشته در سال ۱۳۸۶ بازبینی شده و دروسی شامل گروه و روابط بین فردی، تفریح و کاردرمانی، مشاوره در کاردرمانی، کاردرمانی در اختلالات روانی - اجتماعی به واحدهای قبلی اضافه شده است تا به نوعی آنچه که به عنوان کاردرمانی تدریس می‌شود به تعریفی که از آن در دنیا وجود دارد نزدیک‌تر شود. براساس تطبیقاتی که در طرح دوره جدید صورت گرفته است به واحد کارآموزی در بالین ساعت‌های بیشتری تخصیص داده شده است که به نوبه خود به



آموزش مسئله محور کمک شایانی خواهد شد. همچنین آنها اذعان داشته‌اند که بخشی از مشکلات آموزشی این رشته به علت اشکال در میزان انگیزش، دانش، قدرت انتقال و تبیین دانش کاردرمانی در بین اعضا کادر علمی دانشگاه‌ها است: «کاردرمانی اکنون نیازمند افرادی با تفکرات نو و انگیزه‌ای قوی جهت تحول آموزشی است، مشکلات موجود مشکلات حرفه نیست بلکه مشکلات کادر آکادمیک حرفه می‌باشد» (هیئت علمی ۳)؛ که این مسئله با توجه به راه‌اندازی مقطع دکتری این رشته مرتفع خواهد شد.

از طرف دیگر نقش الگوهای مناسب برای دانشجویان تأثیر مهمی روی نگرش آتی کاردرمان‌گران دارد. یکی از موارد حاصل شده در این تحقیق کمبود اساتید الگو است، یکی از شرکت‌کنندگان تحقیق ذکر می‌کند: «کاردرمان‌گر علاقمندی که به حرفه خود عشق می‌ورزد می‌تواند در سایرین اشتیاق ایجاد کند، من یادم می‌آید استادی داشتیم که با تمام وجود با مریض کار می‌کرد و گاهی آنقدر خسته می‌شد که عرقش در می‌آمد، هیچوقت چهره‌اش موقع کار با بیمار یادم نمی‌رود. الان که ۱۲ سال از آن موقع می‌گذره هنوز یادم مانده است» (کاردرمان‌گر ۲).

گسترده‌ی آموزش‌ها و بین حرفه‌ای بودن ماهیت درونی رشته یافته‌های حاصل از تحقیق نشان داد که حرفه کاردرمانی ماهیتاً یک حرفه بین رشته‌ای بوده و طیف بسیار گسترده‌ای از مددجویان در دامنه شغلی کاردرمان‌گران قرار می‌گیرند. در این مضمون اصلی، ۴ زیر مضمون «تنوع مددجویان»، «وجود سطوح مختلف درمان»، «بین حرفه‌ای بودن رشته و کار تیمی» و «مرزهای حرفه‌ای کاردرمان‌گران ایرانی و همپوشانی حرفه‌ای» مشخص گردید.

در مورد زیر مضمون «تنوع مددجویان» به تعدادی از گفته‌های شرکت‌کنندگان که منجر به نامگذاری این زیر مضمون شده است اشاره می‌شود، یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌نماید: «در این رشته مددجویان در سطوح بسیار متفاوت قرار دارند، یک کودک عقب مانده یا یک بیمار دچار سکته مغزی و یا با کسی که در تصادف یکی از اعضایش معلول شده به هیچ وجه در درمان با هم قابل مقایسه نیستند» (کاردرمان‌گر ۵).

شرکت‌کننده دیگر می‌گوید: «ما صبح که سرکار می‌آییم نمی‌دانیم با چه کیسی مواجه خواهیم شد، کیس کم کاری خواهد بود و یا پر کار، کودک خواهد بود یا بزرگسال. البته در مورد کسانی که مدت زیادی پیش ما می‌آیند و از قبل وقت گرفته‌اند وضع کمی فرق می‌کند ولی به طور کلی کار ما متنوع است» (کاردرمان‌گر ۳).

زیر مضمون دوم در این مضمون که از آنالیز محتوای مصاحبه‌ها استخراج گردید، تحت عنوان «سطوح مختلف درمان» نامگذاری گردید، علت نامگذاری این برجسب، اعتقاد کاردرمان‌گران بوده است که سطوح معلولیت و یا بهتر بگوییم سطوح ناتوانی و یا

توانمندی‌های مددجویان با هم بسیار متفاوت است، تعدادی از گفته‌های شرکت‌کنندگان به شرح ذیل است:

یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌کند: «مددجویان با سطوح مختلف نیاز به درمان مراجعه می‌کنند، بعضی از آنها با انجام تکنیک‌های ساده‌تری توانمند می‌شوند و حتی می‌توان این تکنیک‌ها را به آنها آموزش داد تا خودشان در منزل تکرار کنند و یا اگر مددجو کودک است توسط والدین برای کودک انجام شود» (هیئت علمی ۴).

شرکت‌کننده دیگر می‌گوید: «بعضی از مددجویان واقعاً پیچیده‌اند، ارگان‌های جسمی و روانی آنها درگیر است و گاهی چند مشکل را با هم دارند، شما می‌بینید بیماری که نیاز به انجام پروسیجرهای جسمی دارد به علت افسردگی و مشکلات روانی همکاری نمی‌کند و درمان پیش نمی‌رود» (کاردرمان‌گر ۶).

زیر مضمون سوم در این مضمون تحت عنوان «بین حرفه‌ای بودن رشته و کار تیمی» نامگذاری گردید. بطور کلی کاردرمانی متأثر از علوم مختلف است و بدون همکاری دیگر حرفه‌ها کمتر موفق خواهد بود، همکاری سایر اعضای تیم توانبخشی مانند: فیزیوتراپیست‌ها، پرستاران، روانشناسان و پزشکان با تخصص‌های مختلف در پیشبرد اهداف درمان و توانبخشی مؤثر است؛ در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌کند: «تیمی کار کردن از الزامات کار ماست ولی به نظر می‌رسد که استقلال حرفه‌ای مانع این کار می‌شود، اهمیت تمام اعضای تیم یکسان نیست و چه بسا افرادی که بیشتر زحمت می‌کشند کمتر دیده می‌شوند» (عضو هیئت علمی ۱).

یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌کند: «یک کاردرمان‌گر گاهی نیاز به همکاری یک نفر متخصص اعضای مصنوعی، گاهی به همکاری یک نفر پرستار و فیزیوتراپیست به خصوص در درمان‌های جسمی دارد و همین کاردرمان‌گر اگر در بخش روان کار کند نیاز مبرم به همکاری روانشناس، روانپزشک و اعضای تیم پرستاری و روان‌پرستاران دارد و بدون همکاری آنها امور به طور صحیح انجام نخواهد شد.» (مربی غیر هیئت علمی ۳).

چهارمین زیر مضمون، «مرزهای حرفه‌ای کاردرمان‌گران ایرانی و همپوشانی حرفه‌ای» است، نظرات بعضی شرکت‌کنندگان به شرح ذیل است: «تداخل کار ما با سایر رشته‌های توانبخشی زیاد است و در بسیاری موارد جایگاه‌مان به خوبی شناخته شده نیست خیلی از مواقع ما واقعاً روانشناس هستیم و اصلاً بدون ارتباط صحیح نمی‌شود کار درستی را ارائه داد» (هیئت علمی).

یکی دیگر از کاردرمان‌گران می‌گوید: «اعتقاد بر این است که هر کار تخصصی را متخصص آن، انجام بدهد ولی ببینید آیا عملاً این کار ممکن است؟ خیلی مواقع همه اعضای تیم در دسترس نیستند و گاهی اصلاً وجود ندارند و در بسیاری از موارد ما باید نقش‌های



دولت نیاز دارد و کسب حمایت دولت مستلزم پیگیری‌های انجمن و سایر متولیان رشته است.

شرکت‌کننده دیگر ذکر می‌کند: «این رشته پایه فلسفی و تئوری قدرتمندی دارد که در طول زمان در حال تغییر است به طوری که از رویکرد کل‌گرا در ابتدای تأسیس به سمت رویکرد تقلیل‌گرا در اواسط پیش رفته و در حال حاضر نیز به این نتیجه رسیده‌اند که باید از رویکرد ترکیبی استفاده کنند» (عضو هیئت علمی ۴). این روند تغییر چیزی است که در سیر تحول کاردرمانی در دنیا مطرح می‌شود؛ اما به نظر می‌رسد کاردرمانی در ایران بیشتر با رویکرد تقلیل‌گرا کار می‌کند و اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بوده‌اند که از عهده مداخله در اجزا عملکردی^۱ بر می‌آیند و به گفته خودشان «بوت»‌های خوبی هستند اما آنجا که لازم است نیازها، خواست‌ها^۲ و انتظارات^۳ بیمار را براساس منابع موجود کاردرمانی تعیین کنند، انجام این کار ناملوس و ناآشناسست: «مداخلات باید بر روی **occupation**‌های بیمار باشد چیزی که ما در تئوری می‌خواندیم، در حالیکه در ایران در عمل فقط روی اجزاء کار می‌کنیم» (کاردرمان‌گر ۴). براساس رویکرد کل‌گرا حیطه‌های وسیعی جهت مداخله کاردرمانی وجود خواهد داشت در حالی که در ایران کاردرمانی تنها در چند بعد محدود شناخته شده است. همچنین با توجه به واحدهای درسی دانشجویان بیمار محور تربیت نمی‌شوند بلکه آنان بیشتر ضایعه محور تربیت می‌شوند. اساس این حرفه پایه‌ای فرهنگی دارد و با توجه به نیازمندی‌ها و ضرورت‌های مختلف نقش‌های افراد جامعه زمینه متفاوتی برای مداخله پیدا می‌کند. این در حالی است که تعداد کاردرمان‌گرانی که سعی در بررسی پایه‌های فرهنگی و عاداتی جامعه ایرانی دارند در حد انگشت شمار هم نیست و عملاً کسی تلاشی برای ایجاد نگرشی ایرانی از فلسفه‌ها، رویکردها، حیطه‌های عمل و ابعاد اجتماعی این رشته نداشته است از آنجاییکه تعداد کم کاردرمان‌گران منجر به کاهش زمینه‌های تحقیقاتی در ایران شده است، افزایش جذب دانشجو را یکی از راه‌حل‌های مؤثر در حل این مشکل دانسته و بیان می‌کند که با افزایش تعداد کاردرمان‌گران احتمال افزایش تحقیقات، تألیفات و مقبولیت اجتماعی این رشته در جامعه افزایش می‌یابد. برای فعالیت مطلوب در این رشته نیاز داریم تا مشغله‌های تمامی گروه‌های سنی جامعه را بدانیم، در مورد آنها بررسی کرده و آنها را در بانک اطلاعاتی ضبط کنیم. «ما از **occupation**‌های افراد جامعه‌مان هیچ چیز نمی‌دانیم بنابراین نمی‌تونیم از آنها در درمان استفاده کنیم، جامعه‌شناسان هم تلاشی نمی‌کنند که روتین و روزمره مردم جامعمون رو در بیان» (هیئت علمی ۵). در کاردرمانی از ویژگی‌ها و نیازهای افراد جامعه در تعیین مداخله بهره می‌گیرند

یکدیگر را برعهده بگیریم و کارهای همدیگر را انجام دهیم، به نظرم این از ویژگی‌های این حرفه است» (مربی غیر هیئت علمی ۲).

دیگر شرکت‌کننده ذکر می‌کند: «حد و حدود مرزهای کاردرمان‌گران واضح نیست و هر کس، خودش تصمیم می‌گیرد که چگونه و چه کاری یا چه اقدامی را انجام دهد و دقیقاً تعریف شده نیست و همین مسئله ابهام در نقش می‌آورد» (کاردرمان‌گر ۲). عدم شناخت متقابل جامعه و کاردرمان‌گران از یکدیگر و نگرش اجتماعی - فرهنگی مبهم

چهارمین مضمون اصلی تحت عنوان: «عدم شناخت متقابل جامعه و کاردرمان‌گران از یکدیگر و نگرش اجتماعی- فرهنگی مبهم» نام نهاده شد و خود دارای دو زیر مضمون شامل: «عدم شناخت رشته در جامعه» و «تفاوت باورهای فرهنگی ایرانی و جهانی» است. باید در نظر داشت شاید برخی از رویکردهای کاردرمانی نظیر «تطبیق و سازگاری» در فرهنگ جامعه ایرانی جایی نداشته باشد چرا که باور مردم ایران در مورد سلامت «باور خوب شدن (بهبودی)» است؛ لذا در این زمینه باید تلاش شود تا مفاهیمی مانند «سازگاری با بیماری» به جای «بهبودی و خوب شدن» مورد پذیرش قرار گیرد بدین ترتیب مسائلی چون وسایل کمکی برای فعالیت‌های روزمره زندگی، تطبیق نقش‌ها که در علم روز دنیا مطرح است هنوز در ایران جایگاهی ندارد به گفته شرکت‌کنندگان «ما در ایران خوب کار می‌کنیم اما نقش حرفه‌ای خود را کمتر ایفا می‌کنیم و بیشتر فیزیوتراپیست و روانشناس هستیم تا کاردرمان‌گر» (کاردرمان‌گر ۱). اقبال عمومی این رشته در جامعه در زمینه مداخله‌ای کودکان مطلوب است اما هنوز با آنچه که مورد نظر جامعه کاردرمانی است، فاصله دارد، چرا که اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بودند برای آگاهی علمی و تخصصی جامعه، مسئولین و وزارت‌های مربوط به بهداشت، سلامتی و رفاه نیاز به تبلیغ بیشتر و جدی‌تر حتی در سطح رسانه‌های عمومی داریم. «همگی باید تلاش کنیم که حرفه کاردرمانی را خوب بشناسونیم، رادیو، تلویزیون و رسانه‌های گروهی در سطح وسیع باید به معرفی رشته بپردازن» (مربی ۲). این عدم آگاهی باعث می‌شود انتظاراتی که مردم از یک کاردرمان‌گر به عنوان یکی از اعضا کادر سلامت دارند اشتباه باشد در نتیجه بر رضایتمندی آنان از حرفه‌شان تأثیر بگذارد. «تفکرات ایرانیان در زمینه درمان به گونه‌ای نیست که به سازگاری و تطبیق فکر کنند در نتیجه در ایران نوع جدیدی از کاردرمانی بروز کرده. مردم ما میخان که هر کسی با هر بیماری خوب بشه و مثل روز اول بشه در حالیکه با این دید توانبخشی معنایی نداره» (کاردرمان‌گر ۲). این رشته با قشر آسیب پذیر جامعه سرو کار دارد و به حمایت بیشتر



در بسیاری از موارد به علت شدت ضایعات و یا مزمن بودن بیماری در مان به طور طبیعی کند پیش رفتن و زمان بر است، به طوری که گاهی از موارد منجر به مایوس شدن بیمار و کاردرمان‌گر از اقدامات درمانی می‌شود که میزان رضایت شغلی را کاهش می‌دهد در حقیقت یکی از دلایل نارضایتی آنان از حرفه خود طولانی بودن روند درمان و کندی سرعت پیشرفت بیمار است؛ در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «گاهی ماه‌ها با بیمار کار می‌کنیم. کار سخت و خسته کننده است و پیشرفت هم خیلی کم است به طوری که خستگی به تن آدم می‌مونه هر موقع که نتیجه و پیشرفتی می‌بینیم امیدوار می‌شویم و وقتی که خبری از بهبود نیست اعصابمان خرد می‌شود (کاردرمان‌گر ۲)». بیشترین رضایتمندی آنان از ارتباط با بیمار بدست می‌آید، ارتباطی همراه با عشق و بازخوردی که از این ارتباط درمانی دریافت می‌کنند و به دنبال آن حصول نتیجه رضایتبخش از درمان را به وجود می‌آورد. یکی از کاردرمان‌گران می‌گوید: «نگاه همراه با رضایت بیمار، برای ما معنی تشکر دارد حتی اگر به طور زبانی این را نگویند» (هیئت علمی ۲).

وجود کاردرمان‌گران موفق در سطح جامعه موجب شناخت و اقبال عمومی جامعه شده و خود این امر می‌تواند انگیزه عمومی آنان را در سطح جامعه افزایش دهد. راه حلی که درمان‌گران برای بهبود وضعیت درام خود مطرح کرده‌اند عبارت است از حمایت مالی دولت از طریق وام جهت راه اندازی مراکز خصوصی در حیطه‌های تخصصی مختلف، چرا که بیشترین درآمد مربوط به فعالیت در بخش خصوصی است. «الان که جامعه نیاز به کاردرمان‌گر دارد اگر مردم در جاهای مختلف شهر تابلو مطب کاردرمانی را ببینند کار را می‌شناسند و جایگاه ما در جامعه ارتقا می‌یابد» (کاردرمان‌گر ۲).

داشتن نگاهی نو و خلاقانه به حرفه کاردرمانی

در این مضمون دو زیر مضمون «اشباع نیروی کار»، و «حیطه‌های بکر و ناشناخته» مشخص گردید. در این باب می‌توان به هشداری که شرکت‌کنندگان به جامعه کاردرمانی داده‌اند، اشاره کرد. آنها داشتن نگاهی نو و خلاقانه به حرفه کاردرمانی و حیطه‌های فعالیت آن را با توجه به پیشرفت‌های دانش کاردرمانی در سال‌های اخیر ضروری دانسته‌اند. فعالیت در حیطه‌های فعالیت‌های روزمره زندگی، سالمندان، مشاوره و برنامه‌ریزی آموزشی، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، صنعت و مشاغل، واحد پیشگیری وزارت رفاه و آسیب‌های اجتماعی و معتادین و زایشگاه‌ها بکر مانده است. در زیر به تعدادی از گفته‌های شرکت‌کنندگان تحقیق که منجر به استخراج دو زیر مضمون فوق شده است می‌پردازیم. یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌نماید: «جای کاردرمان‌گران در حوزه‌های مشاوره، سالمندان و برنامه‌ریزی خالیه، این حیطه‌ها جای حرف دارن و حیفه که

اما متأسفانه کاردرمان‌گران در این زمینه آگاهی چندانی ندارند. نه تنها کاردرمان‌گران حتی جامعه‌شناسان نیز در این زمینه اقدامی انجام نداده‌اند که بتوان از اطلاعات آنها استفاده کرد. این امر خود نشان دهنده زمینه کاری مشترک کاردرمان‌گران و جامعه‌شناسان است. یکی از موارد دیگر این است که مطالب درسی بیشتر مربوط به کشورهای دیگر است که نوع شغل‌ها در آنجاها با کشور ما متفاوت است.

عدم رضایتمندی حرفه‌ای

در این مضمون سه زیر مضمون «کمبود درآمد نسبت به نوع کار»، «ارتباط حرفه‌ای با بیمار»، و «عدم حمایت سازمانی» مشخص گردید. اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که کاردرمانی باید جز مشاغل سخت تقسیم‌بندی شود و سختی کار بیشتری به آن تعلق گیرد.

یکی از شرکت‌کنندگان ذکر نموده: «بیمه‌ای که برای پیراپزشکان وجود دارد کاردرمانی را جز این دسته قرار نداده. حمایت دولت از حرفه ما متناسب با سختی‌هایی که در کار وجود داره نیست» (مربی ۳).

دیگری ذکر می‌کند: «کار با بیمار سخت و وقت گیر است و اکثر انسان (کاردرمان‌گران) به اندازه‌ای که زحمت می‌کشند دریافتی ندارند آنها بعد از ۱۵ سال فعالیت بالینی خسته و عصبی می‌شوند» (کاردرمان‌گر ۴). به نظر می‌رسد که فعالیت در زمینه کودکان از نظر درآمد بیشترین رضایتمندی را برای آنان به همراه داشته است و از آنجایی که این رضایتمندی از طریق فعالیت در حیطه بیمار روان کمتر میسر می‌گردد خود این عامل باعث فعالیت محدودتر بخش روان تا کنون گردیده است. شرکت‌کننده‌ای ذکر نموده است: «کاردرمان‌گران اطلاعات علمی و ابزار کافی در زمینه روان ندارند و دروس روان در دانشگاه سطحی ارائه می‌شود در نتیجه کاردرمان‌گران روان نمی‌تونن خوب خودشون رو معرفی کنن» (مربی ۲).

کاردرمان‌گرانی که با کودکان کار می‌کنند رضایت شغلی بیشتری دارند، شاید یکی از دلایل رضایتمندی در بخش کودکان را بتوان اهمیت کودک در خانواده ایرانی دانست. یکی از شرکت‌کنندگان ذکر می‌کند: «پدر و مادرها خیلی به بچه‌شان حساس هستند و دقیقاً حرف‌های ما را گوش می‌کنند و تمرین‌هایی که می‌دهیم انجام می‌دهند و معمولاً در جلسات به موقع حاضر می‌شوند و خیلی غصه بچه‌شان را می‌خورند و دائم سؤال می‌کنند که فکر می‌کنی چند وقت دیگه بچه خوب می‌شه؟ واسه همین که درمان بچه‌ها خوب جواب می‌ده، چون والدین خودشان را درگیر می‌کنند و همکاری دارند» (مربی ۳).



ناشناخته بگونه» (مربی ۲). شرکت‌کننده دیگری می‌گوید: «داشتن نگاهی خلاقانه هم به مطرح شدن بیشتر رشته در جامعه می‌انجامد و هم کمک می‌کند فارغ التحصیلان این رشته مطابق علم روز و پیشرفت این رشته در جهان پیشرفت کنند که بالطبع منجر می‌شود رضایتمندی از کار و حرفه افزایش یابد. بدین منظور نیاز بیشتری به سیستم‌های حمایتی نظیر انجمن و دانشگاه می‌باشد. باید انجمن و دانشگاه حمایت کنند کلینیک مستقل تاسیس بشه و بگه که من فقط ADL کار می‌کنم» (هیئت علمی ۶).

در مورد مشکلات شرکت‌کننده تحقیق ذکر نموده است: «اشتغال اگر بخواهیم بدین گونه که تا کنون جلو رفته‌ایم فقط در زمینه‌های محدود قبلی سرمایه‌گذاری کنیم در طول چند سال آینده با افزایش تعداد فارغ التحصیلان حرفه کاردرمانی اشباع خواهد شد و دیگر حرفی برای زدن نخواهد داشت». یکی دیگر از شرکت‌کننده‌ها ذکر می‌نماید که: «باید به فکر فیله‌های جدید بود مگه بهزیستی چند تا کاردرمان‌گر می‌خواهد، اگر حیظه جدید باز نشه بازار کار دچار مشکل میشه» (کاردرمان‌گر ۵).

بحث

یافته‌های این تحقیق به طور کلی نشان داد که کاردرمان‌گران، این رشته را رشته مهم، سودمند، پرمسئولیت، پیچیده و جدیدی می‌دانند که در جامعه کمتر شناخته شده است و حتی همکاران سایر رشته‌ها دقیقاً از وظایف آنها آشنایی ندارند، همچنین یافته‌ها نشان داد که آموزش‌های کاردرمانی مورد انتقاد کاردرمان‌گران و اساتید این حرفه است و عدم تناسب محتوای آموزشی با شرح وظایف و شکاف بین آموزش و بالین از مسائل مهم این رشته است که باید مورد توجه قرار گیرد. کاردرمان‌گران اعتقاد داشتند وجود اساتید الگو می‌تواند به ایجاد تجارب مثبت در دانشجویان و احساس غرور حرفه‌ای کمک زیادی بنماید. از دیگر تجارب و چالش‌های حرفه‌ای کاردرمان‌گران، پیچیده بودن مشکلات مددجویان و چند بعدی بودن این مشکلات بود که در مواردی منجر به طولانی شدن درمان و عدم نتیجه‌گیری و نتیجتاً کاهش رضایت حرفه‌ای آنها می‌شد؛ همچنین مشکل اشتغال در آینده و لزوم پیدا کردن حیظه‌های نو برای ورود کاردرمان‌گران به آن حیظه‌ها و حمایت از این حرفه توسط سازمان‌ها و مسئولین ذیربط از راهکارهایی بود که برای حل مشکلات مورد اشاره توسط شرکت‌کنندگان ذکر شد.

نتایج حاصل از این تحقیق حاوی مطالب عملی است که در متون مشابه کمتر به آن اشاره شده است و می‌تواند برای درمان‌گران، بیماران، سازمان‌ها و دانشگاه‌ها کارساز باشد. یکی از مهم‌ترین موارد استفاده برای درمان‌گران، مشارکت تجربیات و احساسات

و تفکرات‌شان با سایر درمان‌گران و یافتن موارد مشابه بود. هر گاه عده زیادی از درمان‌گران در رابطه با مشکل خاصی در حرفه اتفاق نظر دارند بدون شک این مسئله قابل بحث و پیگیری است (۱). سوارز و همکاران در سال ۲۰۰۹ نیز پیشنهاد کردند که کاردرمان‌گران باید تلاش کنند که توانایی‌ها، علاقمندی‌ها، روش زندگی و تجارب‌شان در جهت ارتقا سلامت را با هم هماهنگ کنند تا بتوانند خستگی ناشی از کار را کاهش داده و میزان رضایتمندی از کار، انگیزه و سلامت کاری را بهبود بخشند. با در میان گذاشتن تجربیات خود با یکدیگر در معنایی که از کار خود احساس و دریافت می‌کنند احساس تشابه و یکی بودن می‌کنند. همچنین زمانی که درمان‌گر میزان رضایت حرفه‌ای خود را با میزان رضایت از ارتباط خود با بیمار و میزان افزایش توانمندی‌های بیمار مرتبط می‌داند، این نوع نگرش می‌تواند در روند درمان و میزان بهبود بیمار تأثیر داشته باشد. زمانی که درمان‌گر درمی‌یابد که درمان وی نه تنها بر بیمار بلکه بر خانواده، روابط اجتماعی و محیط کار وی نیز تأثیر داشته است امیدوار می‌شود که با تغییری کوچک در بیمار می‌تواند زندگی را برای جمعی که با وی زندگی می‌کنند آسان‌تر نماید، میزان رضایتمندی وی از شغلش افزایش می‌یابد (۶).

داشتن الگوی حرفه‌ای یکی از عوامل ایجاد معناداری و رضایتمندی کاری است که در تحقیقات به آن اشاره شده است. الگو و پیش‌کسوت نه تنها برای درمان‌گران تازه کار بلکه برای تمامی درمان‌گران در طول دوره کاری به عنوان حمایت‌گر می‌تواند در انتخاب‌ها و تصمیمات و کنار آمدن با چالش‌های کاری مؤثر باشد (۱). نداشتن الگو و پیش‌کسوت در جامعه حرفه‌ای کاردرمانی

ایرانی به عنوان یکی از علل عدم نارضایتی معرفی شده است. کار تیمی و گروهی نیز باعث ایجاد احساس معناداری می‌شود چرا که درمان‌گران معتقدند که «دو سر بیش از یک سر کار می‌کند» (کاردرمان‌گر ۳) و هر فرد با نگاه خاص خود بیمار را می‌بیند. اما این موضوع همچنان در کشور ما دارای کم و کاستی‌هایی است به طوری که رشته‌های توانبخشی در کشور ما همچنان در پی کسب جایگاه خود هستند و به اتحاد مطلوب نرسیده‌اند.

کاردرمان‌گرانی که با کودکان کار می‌کنند -با توجه به اینکه کودکان خواهان شادی هستند و اگر درمان‌گر نتواند شادی و بازی را در جلسه درمانی ادغام کند مورد پذیرش کودک نخواهد بود- بیشترین لذت و رضایت را در کار خود تجربه می‌کنند (۱۵). درمان‌گران ایرانی نیز از کار با کودک بیشترین احساس رضایت را گزارش کرده بودند.

توماس و مکینگلی در سال ۲۰۰۹ با ارائه مقاله خود ضرورت و چگونگی تغییر و تحول حیظه‌های کاردرمانی را شرح می‌دهد؛ برای نمونه کاردرمانی در مدرسه^۱ یکی از حیظه‌های کاردرمانی در



نتیجه‌گیری

تجارب کاردرمان‌گران نشان می‌دهد که آنها این حرفه را، حرفه‌ای مهم، سودمند، پر مسئولیت و پیچیده ولی ناشناخته و مورد غفلت واقع شده می‌دانند. کاردرمان‌گران از خدمتی که به جامعه ارائه می‌دهند راضی هستند، اما از نوع نگاه جامعه و عدم شناخت کافی از آنها و همچنین از میزان اندک حمایتی که جامعه و دولت از آنان دارد ناراضی‌اند. آنها باور دارند که کاردرمانی بیش از این می‌تواند در سطح جامعه جایگاه داشته باشد. بسیاری از حیثه‌های جذاب و مفید این رشته هنوز بکر مانده و تلاش انجمن و دانشگاهیان را جهت بروز می‌طلبد. دانشگاهیان باید تمام تلاش خود را در جهت تطبیق آموزش و نیاز حرفه‌ای کاردرمانی و نیاز افراد جامعه بنمایند و در کنار آن بخش صنفی نیز می‌تواند اهرم مفیدی جهت تسریع پیشرفت مسائل صنفی گره خورده این حرفه باشد. یافته‌های این مقاله کمک نمود تا شناخت بیشتری از تجارب کاردرمان‌گران در رابطه با مسائلی همچون میزان دانش خود در حرفه، محیط کار، آنچه که در کاردرمانی انجام می‌دهند، بدست آید. یافته‌های این پژوهش کمک می‌نماید که چگونه با دستکاری عوامل مؤثر در شغل کاردرمانی می‌توان به سطح بالاتری از رضایتمندی و احساس معناداری در این حرفه دست یافت و چه تغییراتی را در این حرفه و آموزش‌های کاردرمانی انجام شود تا انتظارات کاردرمان‌گران را برآورده سازد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از مساعدت‌های بی‌دریغ همکاران کاردرمان‌گر شاغل در واحدهای کاردرمانی دانشگاه‌های علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (تهران فعلی) و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ و همچنین مسئولین کلینیک‌های این دانشگاه‌ها کمال سپاس و تشکر را اعلام می‌دارند.

سال‌های اخیر است. سال‌ها قبل «برنامه گسترش مراکز کاردرمانی در مدرسه»^۱ تلاش کردند مدلی بیابند که بر اساس آن خدمات خود را تعریف کرده و متعاقباً دپارتمان خود را به گونه‌ای تعریف کنند که حیثه جدید را پوشش دهد. مطرح شدن این برنامه در سطح محلی و ملی باعث شد که این گروه متعهد به آموزش کارکنان خود در حیثه جدید بشوند (۲۱). کاردرمان‌گران ایرانی نیز ضرورت ایجاد تغییرات و گسترش حیثه‌های جدید درمانی در حرفه کاردرمانی را بیان کردند.

شل و اوریش اعضا کمیته پیشرفت و تکامل کاردرمانی^۲ مطلبی را با عنوان «توقف، تامل، پیشرفت و تکامل» در کنگره‌های سالانه مناطق مختلف آمریکا ارائه کرده‌اند که متذکر می‌شود که مدت زمانی را برای فکرکردن در رابطه با اهداف برنامه‌های حرفه مان صرف کنیم. کاردرمان‌گران باید بدانند که از حرفه خود چه می‌خواهند و اهداف حرفه‌ای بلندمدت‌شان چیست؟ به این ترتیب ضرورت حرکتی پیش‌تازانه و مداوم در کاردرمانی و تغییر و تحول و ایجاد نگرشی جدید موضوعی نیست که تنها توسط همکاران کاردرمان‌گر ایرانی گزارش شده باشد، این موضوع در کاردرمانی کل دنیا مطرح بوده و در رابطه با آن تلاش می‌کنند (۲۲).

کفایت^۳ ویژگی افراد حرفه‌ای است که تغییر را به عنوان یک پدیده طبیعی می‌پذیرند و بدین ترتیب به رشد اجتماعی، سازمانی، حرفه‌ای و فردی مطلوب می‌رسند. کفایت بالینی یکی از عواملی است که به همراه اعتماد به نفس در تصمیم‌گیری بالینی گروه خدمات پزشکی از اهمیت شایانی برخوردار است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم بررسی تجارب و دیدگاه دانشجویان رشته کاردرمانی بوده است لذا در پایان پیشنهاد می‌شود که تحقیقی مشابه بر روی جامعه دانشجویان کاردرمانی انجام پذیرد تا تجارب و دیدگاه آنها نیز از دوره‌های آموزشی، اساتید، وضعیت علاقه و نحوه ورودشان به حرفه کاردرمانی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1. Smith KT, Kinsella EA. Paediatric occupational therapists' reflections on meaning in professional practice: A phenomenological study. *Can J Occup Ther.* 2009; 76(4): 299-308.
2. Dooris M, Doherty S. Healthy universities—time for action: a qualitative research study exploring the potential for an ational program. *Health Promot Int.* 2010; 25(1): 94-106.
3. Urish C. Using the framework to improve continuity of services to student and to define the role of occupational therapy within a large and diverse school occupational therapy practice now. 2008.
4. Wottrich AW, Koch Lv, Tham K. The Meaning of Rehabilitation in the Home Environment After Acute Stroke From the Perspective of a Multiprofessional Team. *Phys Ther.* 2007; 87(6): 778-88.
5. Saboniz-chafee B, M.hussey S. Introduction to occupational therapy. Second edition. london: mosby; 1998.
6. Suarez-Balcazar Y, Rodawoski J, Balcazar F, Taylor-Ritzler T, Portillo N, Barwacz D, Willis C. Perceived Levels of Cultural Competence Among Occupational Therapists. *Am J Occup Ther.* 2009; 63(4): 498-505.
7. Baheri MAH, Salsali M, Ahmadi FA. [Clinical decision making: a way for nursing empowerment(Persian)]. *Iranian Journal Of Medical Education.* 1993; 10(5): 5-13.
8. Randolph DS. Predicting the Effect of Extrinsic and Intrinsic Job Satisfaction Factors on Recruitment and Retention of Rehabilitation Professionals. *J Healthc Manag.* 2005; 50(1): 49-60.
9. Grant H. Job satisfaction: whose responsibility? *Occupational Therapy Practice journal.* 1992; 3: 72-78.

1- George county public schools occupational therapy program

2- Commission on continuing competence and professional development

3- competence



10. Bailey DM. Ways to retain or reactivate occupational therapists. *Am J Occup Ther.* 1990; 44(1): 31-7.
11. Hellickson L, Knapp D, Ritter S. Comparison of job satisfaction in occupational therapy settings. *Journal of Undergraduate Research.* 2003; 3: 293-300.
12. Beltran RO, Scanlan JN, Hancock N. The effect of first year mental health fieldwork on attitudes of occupational therapy students towards people with mental illness. *Aust Occup Ther J.* 2007; 54(1): 42-48.
13. Mckenna K, Scholtes AA, Fleming J, Gilbert J. The journey through an undergraduate occupational therapy course: Does it change students' attitudes, perceptions and career plans? *Australian Occupational Therapy Journal.* 2001; 48(4): 157-169.
14. Forhan M. Doing, Being, and Becoming: A Family's Journey Through Perinatal Loss. *Am J Occup Ther.* 2010; 64(1): 142-151.
15. Miller E, Kuhaneck H. Children's Perceptions of Play Experiences and Play Preferences: a qualitative study. *Am J Occup Ther.* 2008; 62(4): 407-15.
16. Chang LH, Wang J. A tough-love pedagogy in rehabilitation: integration of rehabilitation ideology with local cultures. *Int J Rehabil Res.* 2009; 32(3): 219-27.
17. Butts DS, Nelson DL. Agreement Between Occupational Therapy Practice Framework Classifications and Occupational Therapists' Classifications. *Am J Occup Ther.* 2007; 61(5): 512-8.
18. Borojeni EZ. [Death a known that not well known: a qualitative research (Persian)]. *iranian nursing journal.* 2007;71:51-84.
19. Mansorian Y. [what is a granded theory? (Persian)]. Seminar of chaleng of information science. Esfahan University: teacher education university/teaching technology department; 2006.
20. Forod A. [Students and attending attitude about challenges in nursing clinical education (Persian)]. 5th national seminar in medical education. tabriz: deucation and development center of tabriz medical university; 2006.
21. Mckinley J, Thomas K. A Framework for Change. Using the framework to improve continuity of services to students and to define the role of occupational therapy within a large and diverse school system. 2008 30 jun; available from: www.aota.org
22. Urish C, Schell BA. Continuing competence: OT connections: a new network for professional development. *Occupational Therapy Now.* 2009; 14(6): 20-22.

Occupational Therapists' Experience and Viewpoints about Occupational Therapy

Kavoosipour S.(M.Sc.)¹, *Fallahi Khoshknab M.(Ph.D.)²

Abstract

Objective: Improvement in job is directly related to recognition of the experience and viewpoints of those working in the field. This research was designed to find out the job, educational and clinical experience of the occupational therapists.

Materials & Methods: This study is a qualitative research using content analysis. Data collection was done via in-depth semi - structured interviews with 15 occupational therapists working in the rehabilitation clinics in Tehran in 2009. To analyze the data, content analysis and inductive analysis were used.

Result: First, we obtained 170 key codes from data analysis. These key codes were categorized into 5 themes including "community's attitude toward occupational therapy's", "job dissatisfaction", "a new and creative sight into occupational therapy", "occupational therapy inappropriate educational system" and "the nature of the occupational therapy". The themes obtained from the occupational therapists' experience showed that how the other members of rehabilitation team, patients and patients' family look at occupational therapy and can directly affect the occupational therapists' job satisfaction, positive experience and sense of worth.

Conclusion: Experience of occupational therapists in their job is directly related to their patients 'and coworkers' ideas about their sense of worth; this view passes to the occupational therapist directly and indirectly. It can affect the occupational therapists' attitudes, satisfaction and job experience. Instructors and mentors of occupational therapy students can contribute to positive experience and satisfaction of the students from occupational therapy.

Key word: Occupational therapy, Occupational therapist, Experience, Qualitative research

Received: 8/1/2011

Accepted: 7/9/2011

1-M.Sc. of Occupational Therapy,
Faculty Member of Shiraz University
of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2-Ph.D. of Nursing, Assistant
Professor of University of Social
Welfare & Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran

*Correspondent Author Address:

Nursing Department, University
of Social Welfare & Rehabilitation
Sciences, Koodakyar St., Daneshjoo
Blv., Evin, Tehran, Iran.

*Tel: +98 21 2218 0013

*E-mail: msflir@yahoo.com