مرور سیستماتیک
Systematic Reveiw

مروری بر عوامل مؤثر بر رضایتمندی والدین از برنامه منزل کاردرمانی

سحر جوهری[۱]، *مهدی رصافیانی[۲]، سعید فطوره‌چی[۳]، حمید دالوند[۴]

Reviewing the Determinant factors of Parental Satisfaction in Occupational Therapy Home Programs

Johari S.[1], Rassafiani M.[2], Fatoorechi S.[3], Dalvand H.[4]

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۲، ۵۲-۶۱

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۹

دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۸

Accepted: 30/5/2013

Received: 18/11/2012

چکیده

هدف: این مقاله با هدف مرور پژوهش‌های انجام شده در حیطهٔ برنامهٔ منزل و بررسی عوامل مؤثر بر رضایتمندی والدین از این برنامه‌ها، جمع‌بندی اطلاعات موجود در این پژوهش‌ها و فراهم آوردن پیشنهاداتی برای کاردرمانگران انجام شده است.

روش بررسی: برای رسیدن به اهداف این بررسی پایگاه‌های مختلف از جمله Science direct و OT seeker، براساس کلیدواژه‌های مناسب و مرتبط مانند home program و compliance و در فاصلهٔ زمانی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۱ مورد بررسی و جستجو قرار گرفتند. علاوه بر این، براساس اسامی محققین صاحب نظر در زمینهٔ برنامهٔ منزل (Gajdosic، Mayo و Novack) نیز جستجویی در این پایگاه‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها: مطالعات نشان دادند که عوامل مختلفی بر رضایتمندی از برنامهٔ منزل تأثیر دارند که از آن جمله می‌توان به متغیرهای دموگرافیک و مربوط به خانواده، نگرش مادر نسبت به خدمات درمانی، خصوصیات برنامه، درک والدین از برنامهٔ منزل، تأثیرات محیطی-اجتماعی، خصوصیات کاردرمانگران ارائه‌دهندهٔ خدمات، نگرش مادر نسبت به بیماری کودکش، دستیابی به اهداف حرکتی، مشارکت والدین در طراحی برنامه، حضور درمانگر در منزل کودک و بازدید منزل او و میزان استرس خانواده اشاره کرد.

نتیجه‌گیری: رضایتمندی از برنامهٔ منزل نقش بسیار مهمی در پیگیری این برنامه و در نتیجه پیشبرد اهداف درمانی و نیل به حداکثر استقلال عملکردی کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های فیزیکی دارد، لذا توجه به این امر می‌تواند در نتایج حاصل از برنامهٔ درمانی این کودکان مؤثر واقع گردد. بنابراین تلاش درمانگران در هنگام ارائهٔ برنامهٔ منزل باید در جهت بهبود و ارتقاء عوامل افزایندهٔ رضایتمندی و به حداقل رساندن دخالت عوامل کاهندهٔ آن قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: رضایتمندی، برنامه منزل، کاردرمانی

Abstract

Objective: The aim of this article was to review research studies conducted on home programs and to investigate the determinant factors of parental satisfaction, to summarize the available data, and to make recommendations to occupational therapists.

Methods: Databases like 'Science Direct' and 'OT Seeker' were searched for articles published from 1980 to 2011 with the keywords 'satisfaction' and 'home program'. Furthermore, they were also searched for articles written by renowned OT researchers in the field, such as Gajdosic, Mayo and Novack.

Results: Studies show that many factors influence parents' satisfaction of home programs: the family's demographic characteristics, the mother's attitude toward healthcare services, the program's characteristics, the parents' perception of home programs, socio–environmental influences, characteristics of the occupational therapists providing services, the mother's attitude toward the child's disease, achievement of motor goals, parental participation in program design, the therapist's presence in the child's home and home visits and level of family stress.

Conclusion: Parental satisfaction of a home program plays a very important role in the program's follow-up, advancing the therapeutic goals and achievement of functional independence in children with physical disabilities. Laying greater focus on these issues can affect the results of treatment in these children. Hence therapists should aim to maximize factors leading to increased parental satisfaction and minimize its reducing factors.

Keywords: Home Program, Parental Satisfaction

۱. کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران؛ ۲. دکترای کاردرمانی، دانشیار مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۳. کارشناس ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۴. دانشجوی دکترای کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ***آدرس نویسنده مسئول:** تهران، اوین، بلوار دانشجو، خ کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال؛ ***تلفن:** ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۶؛ ***رایانامه:** mrassafiani@yahoo.com

1. MSc of Occupational Therapy, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran; 2. PhD of Occupational Therapy, Associate Professor of Pediatric Neuro–rehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; 3. MSc of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; 4. PhD Candidate of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author's Address**: Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar St., Daneshjoo Blvd, Evin, Tehran, Iran, Postal code: 1985713831; **Tel**: +98 21 22180036; **E–mail**: mrassafiani@yahoo.com

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

مقدمه

برنامهٔ منزل اغلب قسمتی از برنامهٔ درمانی فیزیوتراپی و کاردرمانی برای کودکان دارای مشکلات رشدی است. درمانگرانی که در حیطه توانبخشی کودکان کار می‌کنند به‌طور معمول برای کمک به والدین در مراقبت از کودکشان از برنامهٔ منزل استفاده می‌کنند. این برنامه‌ها یا به‌عنوان مکملی برای مداخلهٔ مستقیم و یا به‌عنوان جایگزینی برای آن، به‌کار می‌روند و به والدین فعالیت‌ها و روش‌هایی برای مراقبت از کودکانشان در منزل ارائه می‌دهند (۱). با توجه به محدودیت‌های بودجه در سیستم‌های بهداشتی و افزایش تعداد مراجعه به مراکز توانبخشی، بسیاری از کودکان درمان‌های کافی دریافت نمی‌کنند و یا مدت طولانی در صف انتظار می‌مانند. از سوی دیگر تعداد ساعاتی که درمانگران در طول هفته با کودکان می‌گذرانند محدود است، و از آنجا که رشد توانمندی در مهارت‌های مختلف از جمله مهارت‌های حرکتی نیازمند تمرین گسترده در موقعیت‌های متنوع است؛ بنابراین یک برنامهٔ درمانی موفق باید شامل تمرین مکرر مهارت‌های عملکردی[1] در زمینه فعالیت‌های زندگی روزمره باشد. البته تمرین مکرر مهارت‌های عملکردی وابسته به ایجاد و توسعه فعالیت‌هایی است که والدین و اعضای خانواده بتوانند به‌راحتی در منزل انجام دهند که این امر در قالب برنامهٔ منزل قابل انجام است. والدین خواستار مشارکت در برنامهٔ منزل، به‌عنوان مکملی برای درمان‌های مستقیم هستند، این فعالیت‌ها به کودک فرصت بیشتری برای تمرین عملکرد می‌دهد و به او کمک می‌کند تا آنچه را در کلینیک آموخته به خانه منتقل کند که این امر سبب تثبیت یادگیری‌های او خواهد شد (۲،۳). با این وجود درمانگران نمی‌توانند از انجام برنامهٔ منزل توسط والدین مطمئن باشند؛ این مطلب حتی هنگامی که والدین خود برنامهٔ منزل را درخواست کرده باشند نیز صادق است. برای بررسی آنچه والدین در خانه انجام می‌دهند و نیز توالی انجام آن، درمانگران باید رضایتمندی والدین از برنامهٔ منزل و پیگیری آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند. هنگامی‌که جامعهٔ کودکان مورد مطالعه قرار بگیرد، رضایتمندی به‌عنوان میزان پیروی والدین یا مراقبین اصلی کودک از برنامه تجویز شده در نظر گرفته می‌شود. در درمان‌های رشدی، رضایتمندی والدین از برنامه درمانی کودک عبارت است از انجام تمرینات، پایبندی به محدودیت‌ها و امیدوار بودن. درمانگران می‌توانند از سطح رضایتمندی والدین به‌عنوان متغیری برای تنظیم اهداف واقعی برای برنامهٔ منزل استفاده کنند. این متغیر همچنین می‌تواند به‌عنوان نشانگری برای چگونگی تطابق والدین با برنامهٔ منزل و ویژگی‌های آن به‌کار رود. تناوب و تکرار زیاد برنامهٔ منزل، که مطلوب نظر درمانگران است، ملاکی برای اندازه‌گیری میزان تعهد والدین نسبت به وضعیت فرزندشان است. آگاهی از سطح رضایتمندی و تغییرات آن در طی زمان می‌تواند به درمانگران کمک کند تا بداند چه زمانی برنامهٔ منزل را طراحی کنند و سطح انتظاراتشان را از والدین تنظیم نمایند. هنگامی‌که برنامهٔ منزل توصیه می‌شود، درمانگران اغلب در مورد توالی و تناوبی که والدین تمرینات را انجام می‌دهند و صحت و درستی انجام تمرینات نگران‌اند؛ چراکه رفتارهای نشان‌دهندهٔ نارضایتی والدین از برنامهٔ منزل، مثل از دست دادن امیدواری و عدم‌کسب اطلاعات از درمانگر، بر روی نتایج درمان تأثیر منفی می‌گذارند. درواقع آنچه والدین با کودکانشان در منزل انجام می‌دهند می‌تواند بر روی سرعت رشد آنها تأثیر بگذارد. مقالات پزشکی، دربردارندهٔ تحقیقات زیادی در مورد رضایتمندی بیماران از روند درمان است؛ اما متاسفانه تعداد اندکی به مطالعه در حیطه کودکان پرداخته‌اند(۶ـ۴). با توجه به طولانی بودن روند توانبخشی کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های فیزیکی (به خصوص فلج مغزی) (۷) و مشکلات و دشواری‌های ناشی از این روند و نیز ضروری بودن پیگیری روند درمان توسط والدین حتی در منزل، این والدین همواره در معرض خطر عدم رضایتمندی قرار دارند که این امر می‌تواند ناشی از عوامل بسیاری باشد. ازدیگر سو،

[1] Functional Skill

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

از آنجایی‌که یکی از کلیدی ترین فاکتورها برای پیشرفت و موفقیت در برنامه‌های توانبخشی معطوف به کودکان دچار ناتوانی، رضایتمندی والدین آن‌ها از رژیم درمانی است (۸)؛ فلذا شناسایی عوامل تأثیرگذار بر رضایتمندی آنان امری ضروری به‌نظر می‌رسد. در همین راستا این مقاله سعی دارد تا با مرور پژوهش‌های انجام شده در این حیطه و بررسی عوامل مؤثر بر رضایتمندی والدین از برنامه‌های منزل، به جمع‌بندی و گزارش اطلاعات موجود در این پژوهش‌ها پرداخته و پیشنهاداتی را برای کاردرمانگران فراهم آورد تا با توجه به آن‌ها عوامل افزایش‌دهندهٔ رضایتمندی را ارتقا داده و از تأثیر عوامل کاهندهٔ آن در برنامه‌های منزل ارائه شده توسط خویش بکاهند.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه مروری از نوع نظام‌دار است که از منابع زیر برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد.

۱. بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی خارجی و داخلی:
Medline, Pubmed, CINAHL, OVID Medline, CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, ProQuest, Up To Date, Web of science, OT Search, OT direct, PEDro, SID, Magiran, IRAN MEDEX, MEDLIB and Irandoc

۲. وب سایتهای مؤسسات مرتبط داخلی و خارجی مانند: مؤسسهٔ توانبخشی ولی‌عصر(عج) و Can child

۳. مجلات معروف داخلی و خارجی در زمینهٔ کودکان مانند: فصلنامه توانبخشی، مجلهٔ توانبخشی نوین، Iranian Journal of Pediatric (IJP)، Iranian Journal of Child Neurology (IJCN) Rehabilitation Journal، Developmental Medicine and Child Neurology، Iranian Physical Rehabilitation Journal (IRJ)، و Medicine and Rehabilitation.

کلیدواژه‌هایی که براساس MeSH در این مرحله به‌صورت جداگانه و ترکیبی مورد استفاده قرار گرفتند عبارتند از:
Occupational therapy, Compliance, Home based intervention, Home program, Developmental Delay, Cerebral palsy

طریقهٔ به‌کار بردن این کلیدواژه‌ها به این صورت بود:
(Occupational therapy AND Compliance AND home program OR home based intervention AND cerebral palsy OR developmental delay)

تعداد مقالات، براساس جستجوی انجام شده ۲۰۰ مقاله بود که پس از بررسی چکیده مقالات ۱۵۰ مقاله به‌دلیل نداشتن معیارهای ورود به مطالعه کنار گذاشته شدند.

تصمیم‌گیری برای ورود و یا عدم ورود مقالات به مطالعه توسط یک نفر کارشناس ارشد کاردرمانی و یک نفر دکترای کاردرمانی به‌صورت مستقل صورت گرفت و در نهایت معیارهای ورود به‌شرح زیر توسط این دو نفر طراحی گردید:

۱. مطالعات فلج مغزی یا تأخیر رشدی بین سنین ۴ تا ۱۲ سال؛
۲. مطالعات برنامهٔ منزل توسط کاردرمانگر یا فیزیوتراپیست؛
۳. مطالعاتی که در آن برنامهٔ منزل، متمرکز بر روی مسائل رشدی کودک باشد؛
۴. مطالعات به زبان فارسی یا انگلیسی باشد؛

معیارهای خروج از مطالعه نیز به‌شرح ذیل مشخص گردید:

۱. متفاوت بودن تعریف برنامه منزل در آن مقالات با تعریفی که در این مقاله مطرح شده است؛
۲. مقالاتی که برنامهٔ منزل را روی کودکان با تشخیص‌های دیگر انجام داده بودند؛
۳. مقالاتی که دامنهٔ سنی کودکان وارد شده در آن‌ها با بازه سنی مدنظر این مقاله متفاوت باشد.

پس از این مرحله برای بررسی دقیق‌تر، کل متن مقالات باقی‌مانده بررسی شدند. در نهایت با توجه به معیارهای ورود و خروج و پس از بررسی دقیق این مقالات، ۲۸ مقاله که با مطالعه حاضر کاملاً مرتبط بودند مرور شدند؛ و سپس با استفاده از فهرست منابع این مقالات، ۳ مقاله مرتبط دیگر نیز یافت شد که در مجموع متن کامل ۳۱ مقاله مورد بررسی قرارگرفت.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

مراحل جستجو، مطالعه و انتخاب مقالات مشابه دیاگرام زیرانجام شد.



یافته‌ها

مطالعات نشان می‌دهند که عوامل مختلفی بر رضایتمندی از برنامهٔ منزل تأثیر دارند که از آن جمله می‌توان به متغیرهای دموگرافیک و مربوط به خانواده، نگرش مادر نسبت به خدمات درمانی، خصوصیات برنامه و اطلاعات آموزشی، درک والدین از برنامه منزل، تأثیرات محیطی و اجتماعی، خصوصیات کاردرمانگران ارائه دهنده خدمات، نگرش مادر نسبت به خصوصیات و بیماری کودکش، دستیابی به اهداف حرکتی، مشارکت والدین در طراحی وتنظیم برنامه، حضور درمانگر در منزل کودک و بازدید منزل او و میزان استرس خانواده خصوصاً مادر اشاره کرد.

به‌نظر می‌رسد ویژگی‌های خانوادگی بسیاری با رضایتمندی در ارتباط است از جمله وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی (که شامل سطح آموزشی والدین و درآمد آن‌هاست)، فشارهای مالی، سلامتی اعضای خانواده، اندازهٔ خانواده، برخورداری از سیستم‌های حمایت اجتماعی، وضعیت تأهل، نژاد و مذهب(۴).

در مطالعه‌ای که توسط بکمن و همکارانش انجام شد (۹)، نشان داده شد که بین ازدواج با ثبات و توانایی برای انطباق با شرایط استرس زا ارتباط وجود دارد، این (۴) نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که سال‌های زیادی از ازدواج آن‌ها می‌گذرد راحت‌تر می‌توانند با نیازمندی‌های برنامهٔ منزل تطابق یابند (۹).

گاجدوسیک و همکارانش (۱۰) نشان دادند که بین فاکتور اندازهٔ خانواده و رضایتمندی ارتباطی وجود ندارد؛ درحالی‌که تترالت و همکارانش (۱۱) بیان داشتند، خانواده‌های با فرزندان بیشتر دشواری‌های بیشتر و زمان کمتری برای مراقبت از فرزند دچار مشکل خود دارند و در نتیجه رضایتمندی آن‌ها از برنامه منزل کمتر است. تفاوت ذکر شده می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعهٔ مورد مطالعه توسط این دو گروه باشد چرا که گاجدوسیک کودکان مبتلا به تأخیر رشدی کلی را مورد مطالعه قرار داد در حالیکه جامعه مورد مطالعه تترالت کودکان مبتلا به فلج مغزی بودند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

شـریبر و همکارانش (۱۲)در مطالعه‌ای نشـان دادند که بین رضایتمندی و منابع در دسترس والدین ارتباط وجود دارد. هنگامی‌که منابع افزایش می‌یابد، والدین احتمالاً انرژی و توجه بیشـتری را بـه برنـامهٔ منزل و یـا دیگر توصـیه‌هـای درمـانگران معطوف می‌دارنـد؛ والـدین در بسیاری از مطالعات دلیل ناامیدی و عدم پیگیری خود را فقدان وسایل نقلیه و منابع مالی بیان می‌کنند (۱۲).

در مطالعه‌ای که توسـط جلیل و همکارانش (۸)انجام شـد، مشـخص گردید که اعتقادات و تفکرات والدین نقش مهمی در رضـایتمندی آن‌ها از برنـامهٔ منزل دارد؛ چرا که افرادی که معتقدند تقدیر فرزندان آن‌ها ابتلا به بیماری بوده اسـت هرگونه تلاشـی را برای بهبود شـرایط فرزندشان بی‌فایده می‌دانند (۸).

به‌طور کلی به‌نظر می‌رسـد خصـوصـیات خانواده، ارزش پیش‌بینی‌کنندگی کمی در مورد رضـایتمندی دارنـد امـا شـاید در ترکیب با سـایر فاکتورها در تشـخیص احتمال عدم رضایت خانواده به درمانگر کمک کند (۴).

عـامل دیگری که می‌تواند بر روی رضـایتمندی از برنامهٔ منزل تـأثیر بگـذارد ارتبـاط مـادر بـا درمـانگر اسـت. اگرچـه تـأثیر بـالای ارتبـاط بین مـادر-درمـانگر در پیگیری برنامهٔ درمانی توسـط مادر مسـتند شـده اسـت، ولی مطـالعـهٔ کـاردرمـانی یـا فیزیوتراپی در این حیطـه یـافت نشـده اسـت (۱۳،۱۴). مـادرانی که تصـور می‌کنند ارتباط خوبی بـا درمـانگران دارنـد و احسـاس می‌کنند درمـانگران بـه نگرانی آنهـا در مورد فرزندشـان اهمیت می‌دهند، نسـبت بـه مـادرانی که به درمانگران بدگمان‌انـد و احسـاس می‌کنند درمانگران نگرانی آن‌ها را درک نمی‌کنند، از رضـایتمندی بیشـتری برخوردارند (۱۵،۱۶). اعتمـاد بـه تشـخیص و توافق بـا برنـامهٔ تجویز شـده نیز، با پیگیری برنامهٔ منزل رابطه مسـتقیم دارد (۱۳،۱۴،۱۷). بـه‌طور کلی نگرش و اعتقـاد والـدین نسـبت بـه کـادر درمـان و توصـیه‌هـای آنـان می‌تـوانـد در تـوضـیح رضـایتمنـدی مؤثرتر از خصوصیات والدین، کودک و یا خانواده باشد (۴).

ارتباط میان ارائهٔ اطلاعات به مادر و رضـایتمندی از برنـامهٔ درمانی به‌نظر می‌رسـد بسـته به نوع اطلاعات داده شـده متفاوت باشـد. ماکسـلی هیگارت و همکاران (۱۹)، تـأثیرات آموزش بـه مـادر بـرای تشـخیص پیشـرفت رشـدی کودک را بر روی رضـایتمندی او از برنـامهٔ منزل کودک دچـار تـأخیر رشـدی‌اش، مورد سـنجش قرار دادنـد؛ یـافته‌هـا نشـان‌داد مـادرانی کـه جلسـات آموزشـی معطوف بـه مشـکلات رشـدی کودکشـان داشـتند، دانش بیشـتری از مراحل رشـدی کودک کسـب کرده بودنـد و پیشـرفت‌هـای رشـدی کودکشـان را با صـحت بیشـتری تشـخیص می‌دادند و برنامهٔ منزل را نسـبت به قبل از جلسـات آموزشـی و نیز نسـبت بـه گروه کنترل کـه جلسـات آموزشـی آن‌هـا معطوف بـه مشـکلات رفتاری کودکشـان بود، منظم‌تر انجـام می‌دادنـد (۱۹). بـه‌طور کلی می‌توان گفت کـه توانایی مادر برای تشـخیص رشـد فرزندش توانایی او را برای انجام برنامهٔ منزل تقویت می‌کند (۱۸،۱۹).

نظـارت درمـانگر و تمـاس منظم بـا والـدین نیز تـأثیر مثبتی روی رضـایتمندی از برنامه دارد، خصـوصـاً اگر تمـاس مسـتقیماً در ارتبـاط بـا مشـکل بـاشـد (۱۰،۱۹،۲۰). مـاکسـلی هیگـارت و همکـاران (۱۹) همچنین نشـان دادنـد که مادران کودکان مبتلا به تأخیر رشـدی‌ای که در بازدید منزل به مسـائل رشـدی آنها توجه می‌شـد، نسـبت به خانواده‌هایی که از بازدید منزل برخوردار نبودنـد از برنـامهٔ منزل خود رضـایتمنـدی بیشـتری ابراز می‌کردنـد. گـاجدوسـیک و کمبل (۱۰) گزارش دادنـد کـه مراقبینی کـه برنـامهٔ تمرینی آنهـا هر هفته مرور می‌شـد نسـبت به آنهایی که برنامه‌شـان مرور نمی‌شـد از رضـایتمندی بیشـتری برخوردار بودند. این نتایج پیشـنهاد می‌کند که تماس مکرر ممکن اسـت به والـدین برای تـداوم انرژی‌شـان در انجام برنـامهٔ منزلِ طولانی مدت، کمک نماید.

رضـایتمندی اندک از برنامهٔ منزل با افزایش دشـواری و مـدت برنـامـه و میزان تطـابقـات مورد نیـاز مـادر برای انجام برنـامه در ارتبـاط اسـت. برنـامهٔ درمانی طولانی مـدت نیـازمنـد تغییر برنـامهٔ روزانـه والـدین اسـت. در بـرنـامـه‌هـای طـولانـی مـدت تـغـییـرات زیـادی در فعالیت‌های روزمره باید اعمال شـود و والدین معمولاً بایـد فعالیت‌هـای لذت‌بخش خود را رها کنند تا بتوانند بـا محدودیت‌های ناشـی از برنامه تطابق یابند و یا برای انجام آن زمان کافی به دست آورند (۲۱،۲۲).

در مطالعات مشـخص شـده که درک والدین از برنامهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

منزل بر روی رضـــایتمنـدی از آن تـأثیر دارد. افراد آموزش‌دیده خصـوصـاً افرادی که در حیطهٔ بهداشـت و درمـان فعـالنـد سـطح پـایین تحصـیلات والـدین را فراموش می‌کنند. بنابراین می‌توان چنین در نظر گرفت کـه بسـیـاری از والـدیـن توانـایی مطـالعـه و درک دسـتورالعمل‌های پیچیده نوشـتاری را ندارند، حتی اگر آن‌ها را به‌صـورت شـفاهی نیز دریافت کرده باشـند. درمـانـگـران اغـلـب تـوجـه خـود را بـه دادن دسـتورالعمل‌هـای کتبی معطوف می‌دارنـد و از توجه به اینکه آیا والدین دسـتورالعمل‌های کتبی را به درسـتی درک خواهند کرد، غـافـل می‌شـونـد؛ بنابراین صَـرف زمـان کـافی توسـط درمانگران برای کسـب اطمینان از اینکه برنامهٔ منزل به‌درسـتی توسـط والدین درک شـده ضـروری اسـت (۲۳). موانع موجود در ارتباط کلامی نیز در دسـتورالعمل‌هایی که به‌صـورت شـفاهی ارائه می‌شـونـد، مشـکل ایجاد می‌کنند؛ چراکه بسـیـاری از افراد قومیت‌هـای مختلف به زبان محلی خود صـحبت می‌کنند. اسـتفـادهٔ درمـانگران از اصـطلاحـات زبـان علمی نیز سـبب ایجاد مشـکلاتی برای والدین می‌گردد حتی آن‌هایی که به زبان رسـمی صـحبت می‌کنند. این موانع زبانی سـبب می‌شـود والدین دسـتورالعمل‌های درمـانگران را بـه‌درسـتی درک نکننـد و یـا از سـئوال پرسـیـدن از درمـانگر امتنـاع کننـد (۲۳). هولمز و همکـارانش (۲۴)، در مطـالعـه‌ای، کـه متمرکز بر تـأثیر لهجـه و نژاد بر دریـافـت خـدمـات معطوف بر منزل بود، نشـان دادنـد کـه هشـتـاد درصـد افرادی که متعلق به قومیت‌های خاص بودند احسـاس می‌کردند هنگامی‌که درمـانگران بـه زبـان آن‌هـا صـحبت می‌کنند برنامهٔ منزل بهتری را دریافت می‌دارند (۲۴).

عـامـل دیگری کـه بر روی پیگیری برنـامـهٔ منزل تـأثیر می‌گـذارد ویژگی‌هـای درمـانگران ارائه‌دهندهٔ آن‌هاسـت. گراوز (Grovrs) و همکـارانش پنج خصـوصـیـت را برای مؤثر بودن کاردرمـانگران در برنامهٔ منزل ضـروری اعلام کردند. این خصـوصـیات شـامل انعطاف‌پذیری، قـابلیـت تطـابق، صـداقـت، برخورداری از دانش و مهـارت بـالا و توجـه بـه شـرایط فرهنگی و اجتمـاعی خـانواده‌هـای دریافت‌کنندهٔ خدمات اسـت. هنگامی‌که کـاردرمـانگران خـدمـات معطوف بـه منزل را ارائـه می‌دهند ممکن اسـت به خـانواده‌هـایی بـا زمینه‌هـای نژادی، فرهنگی و اقتصـادی-اجتماعی بسـیار متفاوتی روبرو شـونـد. بسـیـاری از درمـانگران در محیط کلینیک‌هـا کـار می‌کنند و بـا نیـازهـای مختلف بیمارانی کـه درمـان می‌کنند مواجـه نمی‌شـونـد و ممکن اسـت زمینه‌هـای فرهنگی را در تنظیم برنـامـه‌هـای درمانی خود نـادیـده بگیرنـد؛ آن‌هـا معمولاً برنـامـه‌هـای معمولی را پیـاده می‌کنند و ممکن اسـت برنامهٔ منزل مناسـبی را ارائـه نـدهنـد و یـا فعـالیت‌هایی را ارائه دهند که برای آن خانواده قابل پذیرش نباشـد. درک مشـکلات کودک و خـانواده‌اش و ارائهٔ راه حـل مناسـب از دیـدگاه آن‌ها از مهمترین فـاکتورهـا در ایجـاد برنـامهٔ درمانی مناسـب و تسهیل رضایتمندی از آن است (۲۳).

بـازدیـد درمـانگر از منزل کودک عامل دیگری اسـت که می‌توانـد بر روی رضـایتمندی والـدین از برنـامهٔ منزل تـأثیر بگـذارد. مـایو و همکـارانش (۲۵) در مطـالعـه‌ای تأثیر یک جلسـه بازدید منزل را بر سـطح رضـایتمندی مـادران کودکـان دچـار نقص حرکتی از برنـامهٔ منزل فرزندانشـان مورد سـنجش قرار دادند. ۱۸ مادر همراه فرزندانشـان به‌طور تصـادفی به دو گروه تقسـیم شـدند کـه یکی از این دو گروه بـازدیـد منزل را دریـافـت کردند. پس از یـک مـاه از پیگیری برنـامهٔ در منزل، والـدین برای ارزیـابی میزان رضـایتمنـدیشـان مورد ارزیـابی قرار گرفتند. نتـایج نشـان داد اگرچه مـادرانی کـه بـازدیـد از منزل را دریافت کرده بودند رضـایتمندی بیشـتری نشـان می‌دادنـد، امـا این تفـاوت معنـادار نبود. البتـه حجم کم نمونـه و محـدودیـت در طراحی آزمـایش منجر بـه عـدم نتیجه‌گیری قطعی این پژوهش شد (۲۵).

نگرش مـادر بـه خصـوصـیـات و بیمـاری کودکش نیز عـاملی دیگری اسـت کـه در مطالعات، تأثیر آن بر روی رضـایتمندی از برنامهٔ منزل سـنجیده شـده اسـت. مایو (۲۵)، گزارش داد مـادرانی کـه نـاتوانی کودک خود را شـدیـد ارزیـابی می‌کنند نسـبت به مادرانی که ناتوانی کودکشـان را متوسـط ارزیابی می‌کنند از رضـایتمندی بـالاتری برخوردارنـد. شـایـد دلیـل آن این بـاشـد کـه کودکان دچار ناتوانی‌های شـدید دشـواری‌های بسـیاری برای تطابق در خـانـه دارنـد و والـدین مشـتـاقنـد تـا هر شـیوه‌ای را کـه زندگی آن‌ها را سـاده‌تر می‌کند امتحان

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

کنند (۲۶). در مقابل، تترالت و همکارانش (۱۱) ضمن تأیید این‌که رضایتمندی از برنامهٔ منزل به میزان مشکلات همراه و ناتوانی‌های کودک بستگی دارد، به‌عکس گزارش کردند مادرانی که کودکانشان اختلالات همراه کمتری داشتند رضایت بیشتری از برنامهٔ منزل اعلام کردند (۱۱). شاید تفاوت در جامعهٔ نمونهٔ این دو مطالعه سبب این نتایج متفاوت شده چراکه مطالعهٔ اول بر روی کودکان مبتلا به فلج مغزی و مطالعهٔ دوم بر روی کودکان مبتلا به تأخیر رشدی کلی انجام شده است.

دستیابی به اهداف حرکتی به‌نظر می‌رسد عامل مؤثری بر رضایتمندی از برنامهٔ منزل باشد (۲۷). در مطالعهٔ شریبر و همکارانش (۱۲)، مشخص شد بین رضایتمندی از برنامهٔ منزل و دستیابی به اهداف حرکتی، به‌خصوص حرکات درشت، ارتباط معناداری وجود دارد. در این مطالعه دستیابی به اهداف حرکتی توسط معیار G.A.S. (Goal Attainment Scale) سنجیده شد. این مطالعه نشان داد که بین توانایی انجام برنامهٔ منزل توسط والدین و پیشرفت مهارت‌های حرکتی درشت کودکان در فعالیت‌های مربوطه ارتباط وجود دارد (۱۲).

تأثیر مشارکت والدین در تنظیم برنامه بر روی رضایتمندی از آن عامل بحث‌برانگیزی است. شریبر و همکارانش (۱۲) در مطالعه‌شان به بررسی تأثیر مشارکت والدین در طراحی برنامه منزل بر رضایتمندی از آن پرداختند. آنان ۱۸ کودک دچار ناتوانی حرکتی را همراه با خانواده‌هایشان به‌طور تصادفی در دو گروه قرار دادند. ۱۰ خانواده در گروهی قرار گرفتند که والدین در ایجاد برنامهٔ منزل مشارکت داشتند و همراه با درمانگر در منزل خانواده در طراحی برنامهٔ منزل شرکت می‌کردند. ۸ خانواده در گروه کنترل قرار گرفتند که برنامه منزلی که توسط درمانگر تجویز شده بود را دریافت کردند. رضایتمندی از این برنامهٔ منزل توسط یک پرسشنامه که به والدین داده شده بود سنجیده شد. نتایج ارزیابی‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین سطح رضایتمندی دو گروه وجود ندارد؛ البته ازآنجایی‌که در این مطالعه سعی بر آن بود که برنامهٔ منزلِ تجویز شده هم‌راستا با فعالیت‌های متداول زندگی روزمره باشد در نتیجه فعالیت‌های انتخاب شده برای دو گروه شباهت‌های زیادی به یکدیگر داشتند و شاید این امر، سبب عدم بروز تفاوت در سطح رضایتمندی والدین دو گروه گردیده است (۱۲).

میزان استرس وارد بر خانواده عامل دیگری است که بر روی رضایتمندی از برنامهٔ منزل تأثیر می‌گذارد. مراقبت از یک کودک دچار ناتوانی جسمی نیازمند صرف زمان و انرژی بیش از اندازه است. این نیازمندی‌ها غالباً شرایط معمول زندگی روزمره را برهم‌زده و منجر به تجربهٔ سطح بالایی از استرس توسط خانواده می‌شود. این اطلاعات برای درمانگرانی که در حیطهٔ کودکان کار می‌کنند مهم است؛ چراکه به آنان کمک می‌کند تا تأثیر استرس بر روی رضایتمندی از برنامهٔ منزل و نیاز برای آموزش تکنیک‌های کنترل استرس به والدین را بهتر درک کنند. اگر والدین کودکان دچار ناتوانی بتوانند سطح استرسشان را کاهش دهند، رضایتمندی از برنامهٔ منزل افزایش خواهد یافت. این امر می‌تواند نتایج درمان را ارتقا دهد و به نفع کودک و همهٔ اعضای خانواده خواهد بود. گنجاندن برنامهٔ منزل در فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی مثل حمام کردن، بازی کردن و لباس پوشیدن، مهم است؛ چراکه این کار می‌تواند منجر به استرس کمتر و رضایتمندی بیشتر والدین و دیگر اعضای خانواده گردد. به‌علاوه تأکید بر ساده بودن و کاهش تعداد فعالیت‌ها ممکن است استرس وارد بر خانواده را کاهش داده و منجر به رضایتمندی بهتر شود (۲۸،۲۹). مشارکت هر دو والد در اجرای برنامه، عامل دیگری است که می‌تواند بر روی سطح استرس تأثیر بگذارد. آناستوپولوس و همکاران (۳۰)، گزارش دادند والدینی که به‌صورت مشترک در برنامه منزل شرکت می‌کنند کاهش در استرس‌های والدی و افزایش احساس عزت نفس را گزارش کرده‌اند که این امر سبب افزایش رضایتمندی این والدین از برنامهٔ منزل شده است (۳۰).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 52-61

جمع‌بندی

از آن‌جایی‌که در دهۀ اخیر رویکردهای کاردرمانی کودکان به سمت رویکردهای خانواده محور گرایش یافته است (۲۸)، مشارکت والدین در روند درمان کودکانشان و رضایتمندی آن‌ها از این روند بسیار مهم است (۳۱). همان‌طورکه اشاره شد در تحقیقات تأثیر عوامل متعددی بر رضایتمندی سنجیده شده است که تمامی آن‌ها را می‌توان به‌طور کلی در سه گروه مورد بررسی قرار داد: دستۀ اول عواملی هستند که تأثیرات مثبتی بر رضایتمندی از برنامۀ منزل دارند که در این میان می‌توان به ثبات زندگی خانوادگی، دسترسی خانواده به منابع حمایتی، اعتماد خانواده به درمانگر و توافق آن‌ها با برنامۀ تجویز شده، نظارت درمانگر و تماس منظم او با والدین و مهارت وتطابق‌پذیری بالای وی، اشاره کرد؛ اما در این میان به‌نظر می‌رسد اعتماد خانواده به درمانگر و توافق آن‌ها با برنامۀ تجویز شده، می‌تواند در توضیح رضایتمندی مؤثرتر از خصوصیات والدین، کودک و یا خانواده باشد (۴).

دستۀ دوم، عواملی هستند که می‌توانند بر رضایتمندی از برنامۀ منزل تأثیرات منفی بگذارند؛ که در میان آن‌ها می‌توان به وجود موانع کلامی در ارتباطات درمانگر با خانواده، میزان بالای استرس موجود در خانواده، افزایش دشواری و حجم بالای تمرینات و افزایش تطابقات مورد نیاز مادر برای انجام برنامه اشاره کرد. برنامۀ درمانی طولانی مدت نیازمند تغییرات گسترده در فعالیت‌های روزمرۀ خانواده خصوصاً والدین است و آن‌ها معمولاً باید فعالیت‌های اوقات فراغت خود را رها کنند تا بتوانند با محدودیت‌های ناشی از برنامه تطابق یابند و یا برای انجام آن زمان کافی به دست آورند (۲۱،۲۲).

دستۀ سوم، عوامل بحث‌برانگیزی هستند که در مطالعات مختلف در مورد تأثیر آن‌ها بر رضایتمندی نتایج متناقضی گزارش شده است. این عوامل عبارتند از بازدید منزل کودک توسط درمانگر، نگرش مادر به خصوصیات و بیماری کودکش، مشارکت والدین در تهیه برنامه، و ارائه اطلاعات به مادر توسط درمانگر. از دلایلی که سبب شده نتوان تأثیر این عوامل را به درستی تشخیص داد می‌توان به اشکالات موجود در اجرای پژوهش‌ها از جمله حجم کم جوامع آماری و یکسان نبودن نمونه‌ها از لحاظ تشخیص بالینی در این تحقیقات اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

رضایتمندی از برنامۀ منزل نقش بسیار مهمی در پیگیری این برنامه و در نتیجه پیشبرد اهداف درمانی و نیل به حداکثر استقلال عملکردی کودکان مبتلا به فلج مغزی دارد؛ لذا توجه به این امر می‌تواند در نتایج حاصل از برنامۀ درمانی این کودکان مؤثر واقع گردد. بنابراین تلاش درمانگران در هنگام ارائۀ برنامۀ منزل باید در جهت بهبود و ارتقاء عوامل دستۀ اول (عوامل مثبت) قرار گیرد، و آنان باید تمرکز خود را بر به حداقل رساندن دخالت عوامل قرار گرفته در دسته دوم (عوامل منفی) معطوف سازند. اما در مورد عوامل قرار گرفته در دسته سوم (عوامل بحث‌برانگیز) به‌نظر می‌رسد نیاز به پژوهش‌های بیشتری است تا بتوان در مورد نوع تأثیرگذاری آن‌ها بر رضایتمندی از برنامۀ منزل به پاسخی رضایت‌بخش دست یافت.

References

1. Novak I. Parent experience of implementing effective home programs. Physical & occupational therapy in pediatrics. 2011;31(2):198–213.
2. Novak I, Cusick A. Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: Where to start? Australian Occupational Therapy Journal. 2006;53(4):251–64.
3. Harris SL. Families of the developmentally disabled: A guide to behavioral interventions. Pergamon Press; 1983.
4. Giller Gajdosik C. Issues of parent compliance: what the clinician and researcher should

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]

know. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 1991;11(3):73–87.
5. Katz-Leurer M, Rotem H, Keren O, Meyer S. The effects of ahome-based'task-oriented exercise programme on motor and balance performance in children with spastic cerebral palsy and severe traumatic brain injury. Clinical Rehabilitation. 2009;23(8):714–24.
6. Tang M-H, Lin C-K, Lin W-H, Chen C-H, Tsai S-W, Chang Y-Y. The effect of adding a home program to weekly institutional-based therapy for children with undefined developmental delay: A pilot randomized clinical trial. Journal of the Chinese Medical Association. 2011;74(6):259–66.
7. Rassafiani M, Sahaf R. Hypertonicity in children with cerebral palsy: A new perspective. Iranian Rehabilitation Journal. 2011;9:66–74.
8. Galil A, Carmel S, Lubetzky H, Heiman N. Compliance with home rehabilitation therapy by parents of children with disabilities in Jews and Bedouin in Israel. Developmental Medicine & Child Neurology. 2001;43(4):261–8.
9. Beckman PJ. Comparison of mothers' and fathers'perceptions of the effect of young children with and without disabilities. American Journal of Mental Retardation. 1991;95(5):585-95.
10. Gajdosik CG, Campbell SK. Effects of weekly review, socioeconomic status, and maternal belief on mothers' compliance with their disabled children's home exercise program. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 1991;11(2):47–65.
11. Tetreault S, Parrot A, Trahan J. Home activity programs in families with children presenting with global developmental delays: evaluation and parental perceptions. International Journal of Rehabilitation Research. 2003;26(3):165–73.
12. Schreiber JM, Effgen SK, Palisano RJ. Effectiveness of parental collaboration on compliance with a home program. Pediatric Physical Therapy. 1995;7(2):59–64.
13. Wynn KS, Eckel EM. Juvenile rheumatoid arthritis and home physical therapy program compliance. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 1986;6(1):55–63.
14. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. Journal of Health and Social Behavior. 1977;348–66.
15. Fremon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. Pediatric Research. 1971;5(7):298–311.
16. Elling R, Whittemore R, Green M. Patient participation in a pediatric program. Journal of Health and Human Behavior. 1960;1(3):183–91.
17. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens. The Journal of pediatrics. 1972;81(4):843–54.
18. Jalili N, Goodarzy M, Rassafiani M,Farzi M. The assessment of effectiveness of handling training program on knowledge of mothers regarding proper care of children with cerebral palsy. Journal of Research in Rehabilitation Sciences.2012;8(3):502-29. (Persian)
19. Moxley-Haegert L, Serbin LA. Developmental education for parents of delayed infants: Effects on parental motivation and children's development. Child Development. 1983;1324–31.
20. Starfield B, Sharp E. Ambulatory pediatric care: The role of the nurse. Medical Care. 1968;6(6):507–15.
21. Bergman AB, Werner RJ. Failure of children to receive penicillin by mouth. New England Journal of Medicine. 1963;268(24):1334–8.
22. Gordis L, Markowitz M, Lilienfeld AM. The inaccuracy in using interviews to estimate patient reliability in taking medications at home. Medical Care. 1969;7(1):49–54.
23. Robinson L. Patient compliance in occupational therapy home health programs:

Sociocultural considerations. Occupational Therapy in Health Care. 1987;4(1):127–37.
24. Holmes D, Teresi J, Holmes M. Differences among black, Hispanic, and white people in knowledge about long-term care services. Health care financing review. 1982;5(2):51–67.
25. Mayo NE. The effect of a home visit on parental compliance with a home program. Physical Therapy. 1981;61(1):27–32.
26. Mayo NE. Patient compliance: practical implications for physical therapists. A review of the literature. Physical therapy. 1978;58(9):1083.
27. Ghorbanpor Z, Hosseini SA, Vamghi R, Rassafiani M, Dalvand H, Soltani PR. The effect of handeling training to care givers at home on fine motor development in 6 to 12 months old children with cerebral palsy. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2012;8(3):466-76. (Persian)
28. Rone-Adams SA, Stern DF, Walker V. Stress and compliance with a home exercise program among caregivers of children with disabilities. Pediatric Physical Therapy. 2004;16(3):140–8.
29. Segal R, Beyer C. Integration and application of a home treatment program: A study of parents and occupational therapists. The American journal of occupational therapy. 2006;60(5):500–10.
30. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of abnormal child psychology. 1992;20(5):503–20. Hanna K, Rodger S. Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent–therapist collaboration. Australian Occupational Therapy Journal. 2002;49(1):14–24.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.3.5]