MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Factors Related to the Role of the Therapist as a Rehabilitation Consultant: a Qualitative Study

Gholami Anjileh M.[1]; *Kamali M[2]; Mobaraki H[3]; Ghasemzadeh R[4]

Author Address
1. MSc of Rehabilitation Management, Rehabilitation Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
2. PhD of Health Education, PT, Associate Professor of Iran University of Medical Sciences, Faculty of Rehabilitation, Tehran, Iran;
3. Associate Professor in Health Care Administration, School of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4. Student in Rehabilitation Counseling PhD. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Shahnazari St., Madar Sq., Mirdamad Blvd., Tehran, Iran.
***Tel**: +98 21 2222 1577; ***E-mail:** kamali.mo@iums.ac.ir

Received: 2016 July 26; **Accepted:** 2016 August 27

Abstract
Objective: As a specialized service, counseling is required by people with disabilities and their families. Moreover, counseling is one of the tasks assigned to a rehabilitation therapist when providing rehabilitation services. The aim of this study was to investigate factors related to the role of the therapist as a rehabilitation counselor.
Methods: This qualitative study was carried out through content analysis Qualitative content analysis is a method for analyzing written, spoken or visual messages. It is known as a systematic research method to describe a phenomenon. This study involved a total of 19 participants with maximum diversity selected through purposive sampling from among professors and specialists in the field of rehabilitation and counseling people with disabilities. Sampling was gradually achieved until information was saturated. Data were collected through semi-structured, open and in-depth individual interviews. Each interview lasted between 45 and 120 minutes. Data analysis involved content analysis with a conventional approach based on Graneheim and Lundman's model (2004). The trustworthiness and dependability of the research were taken care of through criteria proposed by Guba (1985) by through Lincoln.
Results: One of the major emerging themes was the participants' perception of the factors associated with the role of therapist, developed through 4 subthemes: therapist's attitude and belief, individual characteristics, therapist's interests and therapist's awareness as well as 15 codes. The findings under therapist's attitude and belief indicated that therapists emphasized the effectiveness of counseling on how referrals think about counselors. Counseling is underappreciated due to lack of positive attitude adopted by specialists toward the physical aspect of counseling, adopting a medical viewpoint and focusing on reducing physical symptoms and pain. The findings under therapist's individual characteristics, including self-orientation, misconception about versatility, application of personal desires in treatment and referral as well as fear of illiteracy in the eyes of referrals, are all key obstacles against building an appropriate status for a rehabilitation counselor. The therapist's collaborative spirit in providing services, good behavior and avoidance from harsh treatment with referrals and the art of careful listening were considered highly effective. Under the therapist's interests, the participants' experiences demonstrated that therapist's concern about economic interests and losing the referral hinder client visits to the counselor. Appropriate communication skills to provide information to patients, necessary familiarity with tasks and counseling capabilities will help counselors ensure how to react in case the treatment process fails.
Conclusions: The results of this study confirmed the profound effect of therapist's role and performance as a rehabilitation counselor. Considering that the structure of rehabilitation counseling is undesirable due to poor development of essential mental constructs, rehabilitation therapists can, as one of the key players throughout the rehabilitation treatment process, greatly contribute to building a desirable status for the profession of rehabilitation counseling. Therefore, it is imperative that managers and decision-makers devise health policies by adopting correct strategies in an effort to repair the inappropriate mental and functional constructs of rehabilitation therapists involved in the counseling field.
Keywords: Therapist, Role, Rehabilitation counselor, Consultation.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

مطالعهٔ کیفی: عوامل مرتبط با نقش مشاوره‌ای درمانگر توانبخشی

منصوره غلامی انجیله[۱]، *محمد کمالی[۲]، حسین مبارکی[۳]، رؤیا قاسم‌زاده[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس‌ارشد مدیریت توانبخشی، دانشکدهٔ علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار... ، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران؛

۳. دانشیار دانشکدهٔ علوم توانبخشی، دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران؛

۴. دانشجوی دکتری مشاورهٔ توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

***آدرس نویسنده مسئول:** تهران، میرداماد، میدان مادر، خیابان شاه‌نظری، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی.

***تلفن:** ۲۲۲۲۱۵۷۷ (۰۲۱)؛ ***رایانامه:** kamali.mo@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۵/۶/۶

چکیده

هدف: یکی از خدمات موردنیاز افراد دارای ناتوانی و خانواده‌های آن‌ها، راهنمایی و مشاورهٔ تخصصی است. هم‌چنین مشاوره یکی از نقش‌های درمانگران توانبخشی، هنگام ارائهٔ خدمات توانبخشی محسوب می‌شود. هدف از انجام این پژوهش، بررسی عوامل مرتبط با نقش مشاوره‌ای درمانگر توانبخشی بود.

روش بررسی: این مطالعهٔ کیفی با روش تحلیل محتوا اجرا شد. ۱۹ مشارکت کننده با حداکثر تنوّع، از طریق نمونه‌گیری هدفمند با رویکرد نظری، به‌روش متوالی و تدریجی تا رسیدن به اشباع اطلاعات از میان استادان و متخصصین حوزهٔ توانبخشی و حوزهٔ مشاوره و افراد دارای معلولیت انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبهٔ نیمه‌ساختار یافتهٔ عمیق و تحلیل داده‌ها (با رویکرد قراردادی) براساس مدل گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) انجام شد. اطمینان از صحّت و استحکام پژوهش با استفاده از معیارهای لینکلن و گوبا انجام گرفت.

یافته‌ها: از یافته‌های اصلی این پژوهش، ادراک مشارکت‌کنندگان دربارهٔ عوامل مرتبط با نقش درمانگر بود که همراه با چهار زیرمضمون نگرش و اعتقاد درمانگر، ویژگی‌های فردی، منافع درمانگر و آگاهی درمانگر شکل گرفت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، بر تأثیر عمیق نقش درمانگر و عملکرد وی به‌عنوان مشاور توانبخشی تأیید کرد؛ بنابراین ضروریست که مدیران و تعیین کنندگان خط‌مشی‌های سلامت با به‌کارگیری راهبردهای صحیح، به ترمیم ساختارهای ذهنی و عملکردی نامناسب درمانگران توانبخشی در حیطهٔ مشاوره بپردازند.

کلیدواژه‌ها: درمانگر، نقش، مشاور توانبخشی، مشاوره.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

۱ مقدمه

یکی از خدمات تخصصی موردنیاز افراد دارای ناتوانی و خانواده‌های آن‌ها، خدمات راهنمایی و مشاوره‌ای می‌باشد (۱). پژوهش‌های بسیاری ثابت کرده است که مشاوره در بهبود شرایط افراد دارای ناتوانی، نقش مثبت دارد (۲-۴). تلاش برای توانمندسازی، استقلال و مشارکت معلولین و تغییر نگرش نسبت به آن‌ها، رویکرد جدید توانبخشی و یکی از اهداف راهبردی برنامهٔ CBR است که از طریق آموزش و رشد مهارت‌های اولیهٔ فردی و خانوادگی میسّر می‌گردد. یکی از بهترین روش‌های دست‌یابی به این هدف، مشاوره‌های فردی و خانوادگی در زمینه‌های تحصیلی، شغلی، روانی و... است (۵). افراد دارای ناتوانی جسمی یا هیجانی و ... اغلب به یک نوعِ خاص از حمایت برای رسیدن به زندگی مستقل نیاز دارند (۶). دست‌یابی به بهره‌وری و کارایی بیش‌تر نیروی انسانی مهم‌ترین دغدغهٔ مدیران امروزی است (۷). وجود نیروی انسانیِ مؤثر و ماهر که در جایگاه مناسب خود مشغول به فعالیت باشد، عامل اصلی تداوم، موفقیت و تحقق اهداف سازمان‌ها است. اتخاذ خط‌مشی‌های مناسب برای تأمین کمّی و کیفی منابع انسانی توسط مدیران و سیاست‌گذاران موجب ارتقای بهره‌وری خواهد شد و مددجویان را از بسیاری عوارض مصون خواهد داشت (۸). مشاورهٔ توانبخشی، حرفه‌ای کل‌نگر است که در آن به افراد دارای ناتوانی‌های رشدی، شناختی، روانی، هیجانی، جسمی مشاوره داده می‌شود تا این افراد به حداکثر سطح استقلال، یکپارچگی و مشارکت در جامعه برسند و به اهداف فردی، شغلی و استقلال خود در تلفیق یافته‌ترین شرایط دست یابند (۲).

مشاوران توانبخشی، تنها مشاوران حرفه‌ای تحصیل کرده در سطح فوق‌لیسانس و دکتری هستند که باید به‌طور خاص به افراد دارای ناتوانی از طریق فرآیند مشاورهٔ جامع و منحصربه‌فرد خدمت کنند (۶). در شرایطی که پژوهش‌های بسیاری بیانگر این است که افراد دارای ناتوانی و خانوادهٔ آن‌ها در شرایط سخت ناشی از ناتوانی، به مشاوره و راهنمایی نیازمندند (۲/۹-۱۱)، برخی پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ جایگاه نامناسب مشاوره در بین مشاغل حیطهٔ توانبخشی هستند (۱۲/۱۳). هم‌چنین مطالعات نشان داده‌اند که در بیش‌تر موارد، وجود ناتوانی در یک فرد برای خود فرد و خانوادهٔ وی تجربه‌ای ناخوشایند است و آن‌ها را در معرض مشکلات جسمانی، اضطراب، افسردگی، مشکلات سازگاری اجتماعی، مشکلات روانی-اجتماعی، مشکلات بهداشت روانی، هیجانی، نگرانی و استرس قرار می‌دهد (۱۴-۱۶). بنابراین شناخت عوامل مرتبط با نقش مشاور توانبخشی، در عمل و واقعیت، یکی از راهکارهای کارگشا برای کشف نحوهٔ تأثیرگذاری این رشته بر روند کار توانبخشی و ارتباط آن با دیگر حرفه‌ها و تسهیل و آماده‌سازی و یکپارچه‌سازی اجتماعی افراد دارای ناتوانی محسوب می‌شود. این موضوع، به‌ویژه برای مدیران حوزهٔ توانبخشی، حائز اهمیت است. مدیران باید اطمینان حاصل کنند که برنامه‌ها و خدمات‌شان نیازهای افراد ناتوان، خانوادهٔ آن‌ها و جامعه را شامل می‌شود.

۲ روش بررسی

این مطالعه، از نوع کیفی و به روش تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی (Conventional Content Analysis) انجام شد. تحلیل محتوای کیفی، روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری است و به‌عنوان یک روش پژوهش، روشی سیستماتیک و هدفمندی برای توصیف یک پدیده محسوب می‌شود. این روش به پژوهشگر اجازه می‌دهد که موضوعات موردنظر را برای درک بیش‌تر آن‌ها بررسی کند (۱۷). جامعهٔ موردمطالعه در این پژوهش، ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره‌ای، ارائه‌دهندگان خدمات توانبخشی، استادان و صاحب‌نظران حوزهٔ توانبخشی و افراد نیازمند به خدمات توانبخشی بودند. نمونه‌های پژوهش را ۱۹ نفر از متخصصین و صاحب‌نظران در حوزهٔ توانبخشی و حوزهٔ مشاوره و افراد دارای معلولیت تشکیل می‌دادند. به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش و استفاده از افراد مجرب و آگاه از روش نمونه‌گیری هدفمند به‌روش متوالی با رویکرد نظری[1] استفاده گردید. در نمونه‌گیری با رویکرد نظری، محقق می‌تواند براساس قضاوت خود از بهترین منابع اطلاعاتی از قبیل مشاهده، مصاحبه یا منابع مکتوب، بهترین نمونه‌ها را انتخاب کند و سپس انتخاب نمونه‌ها را به‌گونه‌ای ادامه دهد که تئوری ایجادشده کامل شود. انتخاب نمونه‌ها با انجام ۱۹ مصاحبهٔ فردی انجام گرفت که مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه بود. با توجه به اینکه بعد از انجام مصاحبه‌ها موارد جدیدی بروز نکرد و احساس شد که در داده‌ها حالتی از اشباع به وجود آمده است، مصاحبه‌ها متوقف گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافتهٔ باز و عمیق فردی بود که برای شروع مصاحبه از تعدادی سؤال کلّی، به عنوان سؤال راهنما برای روشن کردن موضوعات خاص استفاده گردید. این سؤالات در مرحلهٔ اول با بررسی متون و نظرات اساتید راهنما و اساتید مشاور آگاه به موضوع طراحی شد. اغلب مصاحبه‌ها با این سؤال آغاز شد: «دیدگاهتان را راجع به فلسفهٔ مشاوره بفرمایید؟» و برمبنای پاسخ مشارکت‌کننده ادامه پیدا می‌کرد و تا آن‌جا پیش می‌رفت که پاسخ از موضوع اصلی فاصله نمی‌گرفت.

مشارکت داوطلبانه، رضایت کامل و آگاهانهٔ مشارکت‌کنندگان و دادن حق کناره‌گیری به آن‌ها، قرار دادن نتایج در اختیار مشارکت‌کنندگان (در صورت درخواست) و رعایت اصول اخلاقی مصاحبه شامل رازداری نتایج و تأکید بر حفظ اطلاعات از جمله ملاحظات اخلاقی بود که مورد توجه پژوهشگر قرار گرفت.

در این مطالعه، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده گردید. فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی براساس مراحل پیشنهادی گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) انجام شد (۱۷). در پایان هر جلسهٔ مصاحبه، کلیهٔ یادداشت‌ها به‌همراه مطالب ضبط‌شده (فایل صوتی) کلمه‌به‌کلمه تایپ شد و پس از چندین‌بار مرور به کوچک‌ترین واحدهای معنایی یا کدها شکسته شد و سپس کدهای اوّلیّه با یکدیگر مقایسه شد و کدهای مشابه، در طبقه‌های فرعی قرار گرفت. در ادامه، یادداشت‌ها با مقایسهٔ مداوم طبقات فرعی و براساس تناسب و تشابه آن‌ها، هر یک درون طبقات اصلی که حاوی مضامین اصلی تحقیق بودند و در درجه‌ای از انتزاع قرار داشتند، جایگزین شدند. برای

[1].Theoretical sampling

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

دست‌یابی به دقّت و استحکام داده‌ها، چهار معیار پیشنهادی لینکلن و گوبا[1] لحاظ گردید (۱۷). برای افزایش روایی و پایایی داده‌ها و قابلیت اطمینان، مواردی هم‌چون تخصیص زمان کافی و نسخه‌نویسی در اسرع وقت و مطالعهٔ مجدد کلّ داده‌ها لحاظ شد. نتایج تحلیل یافته‌ها در اختیار سه‌نفر از اعضای هیأت‌علمی قرار گرفت تا باورپذیری نتایج و قابلیت تأییدپذیری و اطمینان نتایج به‌دست‌آمده ارزیابی گردد. بررسی آن‌ها بر باورپذیری نتایج صحّه گذاشت. از نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع و با رویکرد نظری استفاده شد که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران کمک کند. هم‌چنین پژوهشگر با مشارکت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و اخذ تأییدیهٔ اطلاعات از مشارکت‌کنندگان، سعی داشت بر اعتبار تحقیق بیافزاید.

لازم به ذکر است که این مقاله، بیانگر بخشی از یک مطالعهٔ بزرگ‌تر در قالب پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی (دانشگاه علوم پزشکی ایران) است که به بررسی وضعیت مشاورهٔ توانبخشی در ایران پرداخته است. در آن پژوهش، عوامل زیادی در ارتباط با وضعیت مشاورهٔ توانبخشی شناسایی شده‌اند که می‌توانند در قرار گرفتن حرفهٔ مشاورهٔ توانبخشی در جایگاهی بهینه، نقش مهمی ایفا کنند.

۳ یافته‌ها

در مجموع، از ۱۹مشارکت کننده، ۱۹ مصاحبه به عمل آمد. مشارکت‌کنندگان شامل ۷ نفر از افراد دارای معلولیت و ۶ نفر از افراد متخصص و صاحب‌نظر در حوزهٔ توانبخشی و ۲ نفر از مدیران حوزهٔ توانبخشی و ۴ نفر از متخصصین و صاحب‌نظران حوزهٔ مشاوره نیز بودند. لازم به ذکر است که ۴ نفر از صاحب‌نظران در حوزهٔ مشاوره و توانبخشی، خود نیز دارای درصدی از معلولیت بودند.

یکی از مضمون‌های اصلی، ادراک مشارکت‌کنندگان دربارهٔ عوامل مرتبط با نقش درمانگر بود که همراه با ۴ زیرمضمون و ۱۵ کُد شکل گرفت (جدول ۱).

جدول ۱. مضمون و زیرمضمون‌های استخراج‌شده از تحلیل مصاحبه‌ها

ادراک مشارکت‌کنندگان دربارهٔ عوامل مرتبط با نقش درمانگر	۱. نگرش و اعتقاد درمانگر
	۲. ویژگی‌های فردی
	۳. منافع درمانگر
	۴. آگاهی درمانگر

۱) نگرش و اعتقاد درمانگر: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، نگرش و اعتقاد درمانگر نسبت به مشاوره از عوامل اثرگذار بر جایگاه مشاورهٔ توانبخشی بود؛ به‌گونه‌ای که اگر درمانگر در گفتگو با مراجع بر اثربخشی مشاوره تأکید داشته باشد، مطمئناً بر نظر مراجعان نسبت به مشاور تاثیرگذار خواهد بود.

«خود متخصصین، بیش‌تر می‌توانند کمک کنند به این حیطه. عدم پررنگ‌بودن نقش مشاوره در حوزهٔ توانبخشی خیلی بیش‌تر برمی‌گرده به نوع نگرش خود متخصصین» (الف ـ ۲۱).

«بالاخره ما با Case هامون، engage و درگیر می‌شیم و خیلی بیش‌تر از اون چیزی که بخواهیم می‌تونیم روشون اثر داشته باشیم ... و تعامل داشته باشیم باهاشون و دیدگاهمون خیلی روی اون‌ها اثر میذاره» (الف ـ ۲۹).

طبق نظر مشارکت‌کنندگان، دید منفیِ درمانگران نسبت به اثربخشی مشاوره و عدم‌توجه متخصصینِ بُعد فیزیکی به مهم‌بودن مشاوره و هم‌چنین داشتن دید مدیکالیِ درمانگر مانعی برای دیده‌شدن مشاوره بود؛ به‌گونه‌ای که بیش‌تر افراد حوزهٔ توانبخشی بر خود بیماری و کاهش علائم جسمانی بیماری تأکید دارند.

«با وجود مهم‌بودن مشاوره، متأسفانه خیلی اوقات همکاران که دارن کار می‌کنند در بُعد فیزیکی، بهش توجه نمی‌کنند، فکر می‌کنند که مشاوره یه چیزی هست که دم‌دستیه و در حد یه گپ سرپایی می‌تونه انجام بشه و رویکرد خاصی نداره» (الف ـ ۲۹).

«اما خیلی از متخصصین توانبخشی، باز هم میگم هنوز ضرورت این مسأله را حس نکردند چون دید مثبتی ندارند. ببینید اگر افراد بخواهند صرفاً یه دید مدیکالی داشته باشند، قاعدتاً مشاوره رو به اون شکلی که مطرح هست در توانبخشی نمی‌بینند A22» (الف ـ ۲۲).

با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان، اهمیت‌ندادن درمانگر به حق انتخاب مراجعان از عوامل تاثیرگذار به‌شمار رفت.

«ببینید در رابطه با تمایل بیمار به حرف‌زدن، در رابطه با مشکلاتشون در کلینیک‌های طبی، من تجربتاً به‌ندرت دیدم که چنین اتفاقی بیافته چون متأسفانه با این دید نگاه نمی‌کنند که بیمار چه‌قدر حق انتخاب داره. فقط هدفشون و فکرشون اینه که اونی که خودشون فکر می‌کنند درسته رو اجرا کنند» (الف ـ ۲۱).

«من اوایل که برای کاردرمانی می‌رفتم، به زور خانواده می‌رفتم. هر تمرینی هم که می‌داد انجام نمی‌دادم... منتها اصلاً من هیچی... ولی این کار درمانگر اصلاً به خانواده من نگفت که یه بار اینو ببرید پیش یه مشاور یا کسی که یه کم روحیه اینو بهتر بکنه، یا اصلاً خودش هم با من صحبت نکرد» (ب ـ ۲۲).

۲) ویژگی‌های فردی درمانگر: تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که تصوّر غلط درمانگر مبنی بر همه فن حریف بودن و هم‌چنین خودمحوری یکی از موانع اثربخشی مشاوره است:

«یکی از موانع ناشناخته بودن رشتهٔ مشاورهٔ توانبخشی و عدم ارجاع به اون و یا به‌کار بردن فنون مشاوره‌ای در طی درمان به این خاطر هست که هر کدوممون فکر می‌کنیم مائیم که باید بریم این گل رو بزنیم توی دروازه... کار درمان تصورش اینه که باید مریض رو بلندش بکنه و خوب

[1]. Lincoln & Guba

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

کنه! بچه CP باید از اول بیمار زیر دست این، دوازده سال این باهاش کار کنه، بعد خوب بشه» (الف_۲۲).
«متخصص فکر می‌کنه همه‌فن‌حریفه، یعنی همه چی رو باید خودش انجام بده» (الف_۲۶).
طبق گفته‌های مشارکت‌کنندگان، اِعمال سلیقه و تمایلات شخصی در درمان و حتی ارجح دانستن منافع خود به منافع مراجعان، از موانع مهم در مسیر ایجاد جایگاه مناسب برای مشاور توانبخشی به حساب آمد:
«در برخی مواقع تنها چیزی که اهمیت نداره، خود بیمار هست... انگار که اصلاً اون مهم نیست... اینجا منم که مهمم» (الف_۲۹).
«برخی مواقع حتی آموزش‌های ما، تربیت‌های ما، پرورش‌های ما اصلاً به این سمت هست که فقط اون «من» هی بخواد بزرگ بشه» (الف_۲۱).
براساس گفته‌های مشارکت‌کنندگان، روحیهٔ مشارکت‌جویی درمانگر در ارائهٔ خدمات، بسیار مهم تلقی شد:
«تیمی کار کردن یه کم برمی‌گرده به شخصیت آدم‌ها» (الف_۲۵).
«بحث شخصیت تراپیست‌ها مانع از تحقق کار تیمی می‌شود... به‌گونه‌ای که بعضاً فکر می‌کنند که خودشون تنهایی می‌توانند تمام مشکلات بیمار رو حل کنند» (الف_۲۷).
خوش خُلق بودن و نداشتن برخورد تحکّمی در رابطه با مراجعه کننده و توانایی تجربهٔ عواطف بشری و هنر گوش‌دادن که نقش بسیار مهمی در فرآیند مشاوره‌ای تراپیست ایفا می‌کند، از جمله گفته‌های مشارکت‌کنندگان بود:
«اگر بخواد با دید و نگاه مدیریتی و بالادستی باشه... حتی اگر درست هم بگه... طرف قبول نمی‌کنه» (ب_۲۲).
«بعضی مواقع در طی درمان اگر هم اشتباهی از منِ مددجو سر می‌زنه... خیلی رک و تحکّمی باهامون برخورد نشه... چون بالاخره روحیه‌ها شکننده‌تر شده» (ب_۲۳).
هم‌چنین ترس درمانگر از بی‌سواد جلوه کردن در نظر مراجعان، مانعی برای ارجاع به مشاور توانبخشی برای کمک به موفقیت در فرآیند درمان به حساب آمد.
«متأسفانه بعضی اوقات، خود درمانگرها به اونجا نرسیدند که فکر بکنند که اگر الان اینکار رو بکند، طرف فکر نکنه که الان این سوادی نداره تو کارش!!!» (الف_۳۰).
۳) منافع درمانگر: تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که منافع اقتصادی درمانگر و ارجح دانستن آن بر منافع بیمار می‌تواند از موانع مهم بر سر راه نقش مشاوره‌ای درمانگر و حل مشکلات غیرجسمانی بیمار باشد.
«شاید به دلایل خاصی این کار رو نمی‌کنند... مثلاً اگر من این رو ارجاع بدم پیش فلانی، خوب درآمد خودم کم میشه یک وقت‌هایی ممکنه این نگرانی در درمانگر باشه. من توی جلسه صبح بود که مال متخصص‌های گوش و حلق و بینی بود که در جلسه مدیر جلسه از متخصص گوش و حلق و بینی که کنار دست من نشسته بود پرسید که: فلان بیماری رو چکار می‌کنید؟ ایشون جواب داد که: چکار باید بکنیم؟ یا چکار می‌کنیم؟ کدوم رو بگم؟ اون که باید انجام بدیم اینه... ولی ما این کار رو انجام می‌دهیم اون کارو نمی‌کنیم» (الف_۲۳).
«بحث منافع مالی نیز یکی از موانع مهمه اهمیت به همهٔ جوانب در رابطه با مراجع هست. به عبارتی بهتره همهٔ هزینه‌های درمانی جاری بشه به سمت خودشون... چرا کسی بیاد سهیم بشه... به عبارتی بیش‌تر خودشون و شرایط خودشون براشون مهمه» (الف_۲۷).
براساس ادراک مشارکت‌کنندگان، نگرانی در مورد از دست دادنِ مراجعان از جمله عواملی بود که برای ارجاع بیمار به مشاور مانع محسوب می‌شد.
«اگر من یه زمان نگران این نباشم که اگر به شما ارجاع دادم، از دست خودم مریض در میره، حتماً این کار رو می‌کنم! ولی اگر اونجوری مطرح باشه، نه! نمی‌کنم. در این مملکت متأسفانه سیستم یه همچین چیزی هست» (الف_۲۵).
۴) آگاهی درمانگر: مهارت ارتباطی تراپیست برای دادن اطلاعات به بیمار از موارد مهم در گفته‌های مشارکت کنندگان بود. درمانگر می‌تواند با استفاده از مهارت ارتباطی خود، به مراجعانِ مردد در دریافت مشاورهٔ توانبخشی، اطمینان لازم را بدهد.
«من خودم به عنوان سوپروایزر دانشجویان در دوران کارآموزی بالینی سعی می‌کنم یکی از فن‌هایی که به دانشجویان یاد بدم این باشه که با چه زبانی با بیماران صحبت کنند، و با چه زبانی در سطح فهم مراجع بهش اطلاعات بده تا راهکارها و توصیه‌های درمانی وی و حتی ارجاع در صورت لزوم رو بپذیره..!!» (الف_۲۷).
برای کمک به ایجاد ذهنیت مثبت در مراجعان نسبت به مشاوره، اساس علمیِ مشاوره‌های درمانگر از نکات مدنظر مشارکت‌کنندگان خواهد بود.
«به دانشجو آموزش بدیم که جدای از بحث intervention، اگر حرفی می‌زنه حتماً یه Base علمی پشت سرش باشه... توی بحث مشاوره هم دانشجو رو گیر بندازیم... چرا اینو به مراجعت گفتی؟! فلسفه‌ات چی بود؟! بر چه اساسی؟! توضیحش رو به من بده... چارچوب علمیش رو به من بگو... که آگاه باشه...» (الف_۲۹)
«تا جایی که دانش من اجازه می‌دهد، من فکر می‌کنم که کسانی که کار مداخله را انجام می‌دهند، می‌بایستی تا حدی به فنون مشاوره آگاه باشند و متقابلاً کسانی که قراره کار مشاوره انجام بدهند، باید حتماً تجربهٔ کار بالینی در حیطهٔ توانبخشی داشته باشند» (الف_۲۱/۲۲/۲۳/۲۴/۲۵/۲۶/۲۷/۲۸/۲۹/۳۱).
آگاهی درمانگر از شرح وظایف مشاور و میزان توانایی مشاور توانبخشی، به وی کمک خواهد کرد تا در صورت عدم موفقیت در فرآیند درمان، با اطمینان از مشاور توانبخشی کمک بگیرد.
«من درمانگر اطلاعات چندانی از مشاوره توانبخشی ندارم... چه فرقی میکنه با مشاوره عادی؟ من توی کدوم مسائل می تونم بهش ارجاع بدم؟» (الف_۲۵).
«مشاور توانبخشی اگر بتونه باری از روی دوش من برداره، حتماً ارجاع میدم بهش... اما آیا می‌تونه بار برداره از روی دوش من درمانگر؟... مشکل اینجاست که یه کم گنگه هنوز... چکار قراره بکنه؟ نیاز به کسب آگاهی هست!!!!» (الف_۲۱).

٤ بحث

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، درمانگر در تعیین جایگاه مشاور

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

توانبخشی، نقش مهمی دارد؛ به‌گونه‌ای که عملکرد درمانگر بر کم‌رنگ و یا پُررنگ شدن نقش مشاور توانبخشی مؤثر است. از این رو نگرش و اعتقاد متخصصین در پذیرش اثربخشی مشاوره در فرآیند توانبخشی از موارد حائز اهمیت در این پژوهش بود. اگر درمانگر در جلسات بالینی با مراجعان به اثربخشی مشاوره در فرآیند درمان اشاره داشته باشد، مطمئناً بر نظر مراجعان نسبت به مشاور تاثیرگذار خواهد بود. طی مطالعهٔ Yeh و همکاران نیز بین پذیرش مراجعه به مشاور و رضایت‌مندی از خدمات مشاوره‌ای و نگرش درمانگر رابطهٔ معناداری وجود دارد (۱۸). هم‌چنین Sue نیز معتقد است که تراپیست هنگام ارائهٔ خدمات مشاوره‌ای باید شناخت روشنی از دیدگاه خودش هم داشته باشد (۱۹).

از دیگر نتایج این پژوهش، نداشتن دید مثبت درمانگران نسبت به اثربخشی مشاوره و عدم‌توجه تراپیست‌ها به مهم‌بودن مشاورهٔ توانبخشی و هم‌چنین داشتن تفکری مدیکالی در درمان بود. دلیل این امر به عدم‌آگاهی درمانگر از توانایی مشاور توانبخشی اشاره داشت. در مطالعات بسیاری، آگاهی کافی نسبت به دانش و مهارت سایر اعضا در پذیرش تخصص‌های دیگر مؤثر بوده است (۲۰-۲۲). به عقیدهٔ بسیاری از نویسندگان، مکتب اخلاقی مهم پزشکان و تراپیست‌ها امر ضروری معالجه است و در درجهٔ اول، خواستار مراقبت فیزیکی از مراجعان هستند (۲۳) و این امر مانعی برای اهمیت‌دادن درمانگر به فنون مشاوره‌ای در فرآیند درمان است.

احترام درمانگر به حق انتخاب مراجعان، یکی از یافته‌های مطالعهٔ حاضر بود که شرکت‌کنندگان به عدم رعایت آن توسط درمانگران و اِعمال نظر شخصی آن‌ها اشاره داشتند. طبق مطالعهٔ پارساپور و همکاران، مسألهٔ رعایت حقوق مرتبط با حق انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار، وضع مطلوبی ندارد (۲۴). هم‌چنین مطالعهٔ دیگری به این نکته اشاره می‌کند که درمانگران، بستر مناسبی را برای ارائهٔ نظر مراجعان دربارهٔ دریافت اطلاعات درمورد درمان‌های جایگزین یا تکمیلی، نظیر مشاوره، فراهم نمی‌کنند (۲۵). در مطالعهٔ Sue نیز بر اهمّیّت درک دیدگاه مراجعان و توجه به آن تأکید شده است (۱۹).

نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که ویژگی‌های فردی درمانگر، اثرگذاری بالایی بر جایگاه مشاور توانبخشی خواهد داشت. خودمحوری و تصوّر غلط مبنی بر همه‌فن‌حریف‌بودن درمانگر از موانع پُررنگ‌شدن نقش مشاور توانبخشی در حوزهٔ توانبخشی خواهد بود. داشتن روحیهٔ مشارکت‌جویی می‌تواند راهکاری برای رضایت مراجعه کننده برای کمک گرفتن از مشاوره در فرآیند درمان باشد. این امر نیز در مطالعهٔ شقایق‌فرد و همکاران و هم‌چنین مطالعهٔ فانیان و همکاران مشهود است (۲۶/۲۷).

یافته‌ها نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی، یعنی مجموعهٔ خصوصیات پایدار روانی، رفتاری و عاطفی و اخلاقی هر تراپیست از اهمّیّت ویژه‌ای برخوردار است که او را از دیگران متمایز می‌سازد. مثلاً خوش‌خُلق‌بودن و نداشتن برخورد تحکّمی در رابطه با مراجعه‌کننده و توانایی تجربهٔ عواطف بشری و هنر گوش‌دادن که نقش بسیار مهمی در فرآیند مشاوره‌ای تراپیست ایفا می‌کند (۲۸).

تمرکز درمانگر بر ارجح‌دانستن منافع خود (منافع اقتصادی) بر منافع مراجعان و نگرانی در مورد از دست دادن آن‌ها و ترس از بی‌سواد جلوه کردن از موانع مهم تأکید بر نقش مشاوره‌ای درمانگر است. در مطالعاتی که در کشورهای اروپایی صورت گرفته است، درمانگر به دلیل نگرش نامناسب و نداشتن روحیهٔ مشارکت‌جویی، همیشه نگران از دست دادن قدرت و به خطر افتادن موقعیت حرفه‌ای خود است (۲۰).

هم‌چنین مهارت ارتباطی مناسب درمانگر برای دادن اطلاعات به بیمار از یافته‌های مهم این پژوهش بود. نتایج مطالعهٔ Cole و همکاران یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کنند (۲۹). ارتباط بیمار و درمانگر برای رشته‌های توانبخشی از اهمیت زیادی برخوردار است و جزیی از روند درمان محسوب می‌شود (۳۰)، امّا بسیاری از درمانگران در تجربهٔ درمانی خود، به‌طور موثری با بیمارشان ارتباط برقرار نمی‌کنند (۳۱).

۵ نتیجه‌گیری

همان‌گونه که از بررسی یافته‌ها به نظر می‌رسد، با توجه به این‌که ساختار مشاوره در توانبخشی به‌دلیل عدم شکل‌گیری ساختارهای ذهنی لازم، دچار عملکرد نامناسب است، درمانگرانِ توانبخشی، یکی از مهره‌های اصلی در فرآیند درمانی توانبخشی هستند و می‌توانند نقش زیادی در ایجاد یک جایگاه بهینه برای مشاورهٔ توانبخشی ایفا کنند؛ امّا یافته‌های این مطالعه، از عملکرد نامناسب درمانگران توانبخشی در این مورد حکایت دارند. لذا ضروریست که مدیران و تعیین‌کنندگان خط‌مشی‌های سلامت با به‌کارگیری راهبردهای صحیح به ترمیم ساختارهای ذهنی و عملکردی نامناسب درمانگران توانبخشی در حیطهٔ مشاوره بپردازند.

نتایج این پژوهش ممکن است با نتایج پژوهش‌های دیگر در این زمینه متفاوت باشد. این تفاوت، ناشی از غیرقابل تعمیم‌بودن نتایج در تحقیق کیفی است.

۶ تشکر و قدردانی

از کلّیّهٔ اساتید، متخصّصین، مسئولین و افراد دارای ناتوانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

References

1. Karimi Dermani H. Particular groups rehabilitation with an emphasis on social work services. Tehran: Roshd. 2011; 347-348. [Persian]
2. Humes CW, Szymanski EM, Hohenshil TH. Roles of counseling in enabling persons with disabilities. Journal of Counseling & Development. 1989;68(2):145–150. [link]
3. Shariat A, Ghamarani A, Abedi A, Shariat A. Meta-Analysis of Psychological Interventions' Effectiveness on the Rate of Depression among Elderly Iranians in 2000-2010. Salmand. 2014; 9(1): 46-53. [Persian][link]
4. Karami Manesh V, Mahmoudi M, Faramarzi S. Meta-Analysis of Effectiveness of Psychological Interventions on Mental Health of the Families of Intellectual Disability Children (2012-2013). Journal of clinical psychology studies; 2014; 4(13): 89-106. [Persian][link]
5. Rezaei R. CBR Guidelines, Introduction book for CBR. Tehran. State Welfare Organization. 2014
6. Chan F, Bishop M, Chronister J, Lee EJ, Chiu CY. Certified Rehabilitation Counselor Examination Preparation. Springer Publishing Company; 2017. [link]
7. Nasiripoor A, Raeisi P, Tabibi J, Mehrabian F, Farmanbar R. Measurement Component of Effective Manpower Productivity; Journal of Guilan University of medical Sciences; 2010; 19(74): 58-67. [Persian][link]
8. Dehghan nayeri N, Nazari A, Salsali M, Ahmadi F. To assess role of staffing in nursing productivity: a qualitative research. Hayat. 2006; 12(3): 5-15. [Persian][link]
9. Shaghaghi F, Kakoo Jooybari A, Salami F. The effect of family training on the mental health of educable mentally retarded children's parents. Journal of behavioral sciences. 2010; 2(4): 57-69. [Persian][link]
10. Fallahi Khoshknab M, Maddah S, Shamloo S, Abedi HA, Babaei Gh. Design and Evaluation of multidimensional psychiatric rehabilitation nursing model in the care of schizophrenic patients. Journal of Shahid Sadoughi University of medical sciences and health services. 2002; (10)3: 39-46. [Persian][link]
11. Ping Lic, Sung Yau M, Yuen H. Success in Parenting Children with developmental disabilities: some characteristics, attitudes and adaptive copping skills. The British Journal of developmental disabilities. 2001; 47(2): 61-71[link]
12. Ayyoubian M, Abdollahi I, Amiri M. Study Cause of SCI in Client User of Rehabilitation Services. RJ. 2005; 5(4): 18-23. [Persian][link]
13. Mousavi B, Soroush M, Ganj Parvar Z. Health care service satisfaction among chemical warfare survivors with severe ophthalmic complications. Iran J War Public Health. 2008; 1(1): 12-21. [Persian][link]
14. Mohammadi M, Dadkhah B. Comparison of psycho-social difficulties of the parents with mentally retarded children under of rehabilitation in the ardebil behzisti. Journal of Rafsanjan University of medical sciences and health services. 2002; 1(3): 200-206. [Persian][link]
15. Bayer JK, Sanson AV. Preventing the development of emotional mental health problems from early childhood: recent advances in the field. International Journal of Mental Health Promotion. 2003; 5(3): 4-16.[link]
16. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and Cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being. Eur J cancer. 2002; 38(1): 1447-57. [link]
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24(2):105-112.[link]
18. Yeh CJ. Invisibility and Self-construal in construal in African American men: implications for training and practice. The Counseling Psychologist. 1999; 27(6): 810-819. [link]
19. Sue DW, Sue D. Multidimensional facts of cultural competence. The counseling psychologist. 2001; 29: 790-821. [link]
20. Eldar R, Marincek C, Kullmann L. Need for rehabilitation teamwork training in Europe. Croat Med J. 2008; 49(3): 352-7. [link]
21. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care. 2004; 13(5): 330-4. [link]
22. Chakraborti C, Boonyasai RT, Wright SM, Kern DE. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. J Gen Intern Med. 2008; 23(6): 846-53. [link]
23. Elder R, Price J, Williams G. Differences in ethical attitudes between registered nurses and medical students. Nurs Ethics 2003; 10(2): 149- 61. [link]
24. Parsapoor A, Mohammad K, Malekafzali H, Aalaedini F, Larijani B. Regarding patients' right in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. IJME. 2009; 3(1): 53-64. [Persian] [link]
25. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Med Care. 1990; 28(1):19-28. [link]
26. Shaghayegh Fard B, Derakhshan Rad A, Kamali Sarvestani F. Attitude survey of physiatrist and rehabilitation professionals towards team working process in the city of Shiraz. JRRS. 2013; 8(8): 1319-1327. [Persian] [link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]

27. Fanian N, Mehrabi T. The psychiatric team's experiences with team working in the psychiatric wards. Journal of research in behavioral sciences. 2008; 6(2): 129-136. [Persian] [link]
28. Kiyani A, Navabinejad SH, Ahmadi KH. The Personality Traits and Observing the Professional Ethics of The Counselors And Psychologists. Andisheh va Raftar (Applied Psychology). 2008; 2(8): 67-78. [Persian] [link]
29. Cole MB, Mc LeanV. Therapeutic relationships redefined. Occupational Therapy in Mental Health. 2002; 19(2):33–56.[link]
30. Mirzakhani N, Sheikh Fendreski T, Tabatabaee M, Soltani-arabshahi K. A survey on communication skills of undergraduate student of shahid Beheshti University of Medical Sciences, Faculty of Rehabilitation in in the academic year 2011-2012. Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2014; 3(1):51-57. [Persian] [link]
31. Zamani A, Shams B, Moazzam E. Communication Skills Training for Physicians as a Strategy for Enhancing Patients' Satisfaction: A Model for Continuing Education. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4(1):15-22. [Persian] [link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-06-21]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.53.1]