



Exploration the Obstacles of Using Standardized Assessment of Outcome in Occupational Therapy Services: A Qualitative Study

Mahsa Hamidikhah, Master of rehabilitation management, Department of Rehabilitation Management, University of Social-Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

© **Kianoush Abdi**, (*Corresponding author), Associate Professor, Pediatric Nerorehabilitation Research Center, Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. K55abdi@yahoo.com

Mohammad Saeed Khanjani, Associate Professor, Department of Counselling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Maryam Latifian, Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, Department of social work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Nasrin Jalili, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Background and aims: Paying attention to evidence-based approaches and the use of standardized outcome assessments in occupational therapy services not only guides service quality improvement and ensures optimal care, but also significantly influences the policies and macro-level planning of the health service system. Therefore, the current research was conducted with the aim of exploring the obstacles to using standardized outcome assessments in occupational therapy services.

Methods: This study was conducted using a qualitative content analysis method. Participants were selected through purposive sampling from among occupational therapists working in Hamadan city, and 20 individuals were interviewed. The primary method of data collection was semi-structured interviews with open-ended questions. Data were analyzed using inductive qualitative content analysis. The validity and reliability of the study were ensured through four criteria: credibility, transferability, dependability, and confirmability.

Results: Data analysis led to the identification of 974 initial codes, 23 subcategories, and 5 main categories. These categories include: access to and use of assessment tools; personal and professional characteristics of the therapist; management principles and priorities governing the clinic; patient characteristics; and the nature of the occupational therapy field—all of which were identified as obstacles.

Conclusion: The findings of this study can contribute to overcoming these obstacles and support effective steps toward improving the quality of occupational therapy services. Additionally, they can inform the development of educational policies and programs for therapists, shaping the attitudes, knowledge, and skills necessary for professional practice.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Keywords

Outcome assessment
Health care
Rehabilitation
Occupational therapy
Barriers
Challenges
Qualitative research

Received: 2024/03/20

Accepted : 2025/07/20

INTRODUCTION

Outcome assessment is a formal and standardized approach and has the necessary features to evaluate the effectiveness of an intervention program or care management, and its use is often to promote an evidence-based approach as well as improve clinical practice. It is recommended. It should be noted that standardized assessment means a measurement tool designed for a specific purpose in a specific population, with detailed instructions on when and how to administer and score, interpret scores, and test the outcomes of reliability and validity.

In the description of the benefits of using standard outcomes tools, it can be said that these assessments identify patients exposed to poor or adverse outcomes, facilitate the continuous improvement of care for patients in transition, determine the most cost-effective and effective services, evaluate the performance of health professionals and organizations, and ultimately, hearing the voice of the patient and reducing client dissatisfaction are very important. Unfortunately, research on the use of outcome assessments by therapists is limited, and estimates of use are typically based on self-report surveys. Results from these self-report surveys indicate that rates of use among therapists range from 1% to 10%, suggesting that standardized outcome assessments are underutilized in occupational therapy. Now, considering that efforts to better understand the barriers to low utilization rates from the perspective of occupational therapists lead to the design and development of interventions based on behavior change theory, improvements in adoption rates are needed.

In examining the causes of this, resistance—as a common reaction to innovation and change—is the main obstacle to the use of standard outcomes tools. However, after 20 years of trying to use outcomes assessment in clinical services, it is not sufficient to argue that this resistance is solely due to change and innovation. In general, the obstacles found in previous studies have been classified into categories related to the therapist (including lack of knowledge, attitude, and perceived value); organizational considerations (lack of time, documentation, appropriate assessment tools, insensitivity of existing assessments to record the effectiveness of occupational therapy, lack of budget, patient-related problems such as anxiety and frustration, difficulty in implementing assessments, and lack of cultural, ethnic, and linguistic fit); management considerations (low priority and support, misuse of outcomes, imposition of measurement tools); and the nature of occupational therapy itself (presence of multiple and numerous goals, the effect of factors outside the intervention process on outcomes and changes, incomplete reflection of the issues desired by the therapist and the patient in the obtained outcomes, and the long duration of the intervention).

Despite the emphasis on the use of outcome

measurement in rehabilitation services over the last twenty years, the studies conducted to examine the barriers to using these tools and removing them are limited, and so far, no study has been conducted in this field in Iran. Therefore, taking into account the significant differences in culture, academic and research systems, and the health system (including service delivery standards and the diversity of occupational therapy service providers) in Iran—and the impact of these factors on the obstacles to using standardized outcome assessments—we decided, with the aim of increasing client satisfaction and optimizing services, to examine the barriers to using standardized outcome assessments in occupational therapy services. Accordingly, this research was conducted with the aim of analyzing the obstacles to using standardized outcome assessments in occupational therapy services.

METHODOLOGY

Study design

The current research is qualitative in nature, and using the method of inductive qualitative content analysis, it investigates the obstacles to using standardized outcome assessments based on the experiences of occupational therapists. This study is considered exploratory in terms of its purpose and applied in terms of its outcomes. It was conducted in 2023 in Hamadan Province, Iran.

Contributors

The main participants of this research were occupational therapists from Hamadan city, who were selected through targeted sampling with maximum diversity. Having at least three years of work experience in inpatient, outpatient, and public or private clinics, along with providing informed consent to participate in the study, were considered entry criteria for these participants. Unwillingness to continue cooperation was considered the exit criterion. Data collection continued until data saturation was reached, and a total of 20 occupational therapists participated in this study.

Collect and analyze information

The process of collecting and analyzing information was carried out over six months during the fall and winter of 2022. In this research, data collection began with the library method to review concepts and determine the framework of the questions. Subsequently, information was gathered using semi-structured interviews conducted in an extensive, in-depth, and interactive manner (face-to-face, 30–45 minutes). The field note method was also used as a complementary data collection technique. Based on the interview guide, each interview began with a general and open-ended question. Then, depending on the participant's responses, leading and clarifying questions were posed to guide the conversation toward the research objectives. The first question asked was, "What do you think about the barriers to using

standardized outcome assessments?" The interviewer then selected follow-up questions to elicit more detailed information on the topic under discussion. For example, participants were asked to explain or provide examples of the issues they mentioned. The interviews were recorded using a voice recorder with the participants' permission. Prior to the interview process, verbal and written consent was obtained from participants to take part in the research and to allow their voices to be recorded. They were assured that their names would remain confidential and were informed that they could choose to continue or withdraw from the interview process at any time.

All audio files recorded from the interview sessions were named and saved using a numerical code. Then, the first author of the study converted the audio files into text files, which were named using the same numerical code as the corresponding audio file. To protect the privacy of the participants, each part of the written text that mentioned a person's name was abbreviated, and only the first letter of the name was recorded. In this study, the approach of Granheim and Lundman was used to analyze the data. Initially, the transcripts were reviewed to gain a general understanding, and the main concepts were highlighted. In the next stage, the text was broken into codes, the data was reviewed in a condensed form, and similar codes were grouped. In the final stage, similar subcategories were merged, continuous data comparison and commuting were conducted, categories were named, and prioritization was performed based on the importance and frequency of the content. Data analysis was conducted concurrently with data collection, and each interview session was transcribed and analyzed before subsequent interviews. MAXQDA 2020 software was used in the coding process. An example of the coding process is shown in Table 1.

RESULTS

This study was conducted with the aim of analyzing the obstacles to using standardized outcome assessments in occupational therapy services. A total of 20 occupational therapists participated in the study. The participants had an average of ten years of work experience; 45% had experience working in private clinics, 20% in government clinics, and 35% had experience in both settings. Seventy percent of the participants held a bachelor's degree, 25% a master's degree, and 5% a doctorate degree.

Data analysis resulted in 974 primary codes, which were grouped into 23 subcategories and 5 main categories. These categories included: access and use of tools; personal and professional characteristics of the therapist; management principles and priorities governing the clinic; patient characteristics; lack of support mechanisms and regulatory structures; and the nature of the field of occupational therapy.

Obstacles to the use of standardized outcome

assessments among occupational therapists were divided into five categories: access and use of tools; personal and professional characteristics of the therapist; management principles and priorities governing the clinic; patient characteristics; and the nature of the field of occupational therapy. These are outlined below.

Access and use of tools

Convenient and easy access to assessment tools is the first principle in creating motivation and willingness among therapists to perform standardized assessments of the outcomes of occupational therapy services. Unfortunately, the need to spend significant time and energy to obtain assessment tools—combined with the inability of many therapists to access tools with practical features suited to the treatment environment and patient—creates a negative psychological burden and confusion. This, in turn, disrupts the service delivery process and may lead to the abandonment of assessment by the therapist. This category includes the following subcategories: "difficulty in obtaining tools," "expensive tools," "issues of unreliability and validity," "presence of non-functional and unnecessary items," "disproportion between the energy spent and the value gained from the assessment," and "the time-consuming nature of the assessment."

Personal and professional characteristics of the therapist

One of the obstacles mentioned in the participants' statements is the personality characteristics of the therapist, which influence their performance independently of their professional role. According to the findings, the therapist's personal and professional traits significantly affect their willingness to use standardized outcome assessments, and addressing obstacles in this category can be a starting point for improving conditions. This category includes the following subcategories: "inadequate knowledge and training of the therapist," "non-specialized employment of the therapist," "experience-oriented therapist," "lack of self-confidence and fear of others' judgment," "procrastination and inaccuracy in work," "lack of interest in work and lack of motivation," and "therapist's negative attitude towards standardized assessment."

Management principles and priorities governing the clinic

The management of a therapeutic group—as the central figure in policymaking, decision-making, and both short-term and long-term planning—is critically important in promoting the use of standardized outcome assessments by occupational therapists. This includes prioritization, support, and the development of implementation protocols. From the perspective of the participants, especially those working in government centers and comprehensive rehabilitation facilities, ineffective management and the prevailing conditions within clinics are significant obstacles to the use of

standardized outcome assessments. These obstacles are classified into the following subcategories: “lack of working hours for the therapist,” “unaffordability of providing tools,” “non-specialist management,” “intrusive management style and reduction of therapist autonomy,” and “negative consequences of therapist assessment.”

Characteristics of the patient

Treatment, as a two-way relationship, requires the family’s companionship, participation, and sufficient trust to follow the therapist’s guidance. Therefore, one of the obstacles mentioned by the participants is the characteristics of the patient—both from an individual perspective and in relation to the nature of the disease. This category includes the following subcategories: “unfamiliarity of the patient and family with regard to the assessment,” “condition of the disease,” “disappointment of the patient,” and “creating anxiety and confusion.”

The nature of the field of occupational therapy

One of the obstacles mentioned by the participants is the nature of the field of occupational therapy, which is classified into two subcategories: “length of treatment sessions” and “multiplicity of occupational therapy outcomes and goals.”

CONCLUSION

Based on the results of the analysis, the use of standardized outcome assessments by occupational therapists has faced numerous problems and challenges. These issues are not solely dependent on the individual therapist but also involve multiple levels, including health service policies and laws, organizations or service provider groups, patients, and therapists themselves. The findings of this study can play an effective role in improving policy-making and planning within the therapists’ educational system, which shapes the attitudes, knowledge, and skills they require. Removing obstacles to the use of standardized outcome assessments demands serious efforts from health system policymakers to implement regulatory and supportive measures for the optimal delivery of health services by occupational therapists. It also requires informing the target community about the services received and encouraging greater cooperation and interaction. Additionally, universities

and rehabilitation institutions must intensify their efforts to institutionalize adherence to scientific principles among occupational therapists and give greater attention to the educational and research prerequisites needed by therapists.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Mahsa Hamidikhah conducted the review of concepts and relevant literature related to the research, studied the research background, and carried out data collection.

Dr. Kianoush Abdi, Dr. Saeed Khanjani, and Dr. Maryam Latifian served respectively as the first supervisor, first advisor, and second advisor, providing guidance and oversight throughout all stages of the research.

Mahsa Hamidikhah and Dr. Kianoush Abdi performed the data analysis.

Mahsa Hamidikhah wrote the manuscript.

All authors read and approved the final version of the manuscript.

OPEN ACCESS

©2025 The author(s). This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The images or other third-party material in this article are included in the article’s Creative Commons license, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article’s Creative Commons license and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this license, visit: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ETHICAL CONSIDERATION

The required ethical approval for conducting the study was obtained from the Research Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences under the code IR.USWR.REC.1401.061.

CODE OF ETHICS

IR.USWR.REC.1401.061

How to cite this article:

Mahsa Hamidikhah, Kianoush Abdi, Mohammad Saeed Khanjani, Maryam Latifian, Nasrin Jalili. Exploration the Obstacles of Using Standardized Assessment of Outcome in Occupational Therapy Services: A Qualitative Study. Iran Occupational Health. 2025 (01 Oct);22:18.

***This work is published under CC BY-NC 4.0 licence**



واکاوی موانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی: مطالعه کیفی

مهسا حمیدی خواه: کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
کیانوش عبدی: (* نویسنده مسئول) دانشیار، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب کودکان، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
K55abdi@yahoo.com

محمدسعید خانجانی: دانشیار، گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
مریم لطیفیان: استادیار، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
نسرین جلیلی: گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها

ارزیابی نتیجه
مراقبت‌های بهداشتی
توانبخشی
کاردرمانی
موانع
چالش‌ها
پژوهش کیفی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۲۹

زمینه و هدف: توجه به رویکردهای مبتنی بر شواهد و استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی، علاوه بر هدایت خدمات در مسیر ارتقا کیفیت و اطمینان از بهینه بودن آن، بر سیاست‌ها و برنامه ریزی‌های کلان سیستم خدمات بهداشت نیز، بسیار موثر می‌باشد. لذا پژوهش حاضر، با هدف واکاوی موانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی صورت گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه به روش کیفی از نوع تحلیل محتوا انجام گرفته است و مشارکت کنندگان از میان کاردرمانگران شاغل در شهر همدان، از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و با ۲۰ نفر از آن‌ها مصاحبه انجام گرفت. روش اصلی جمع آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با سؤالات باز بود و داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی تحلیل شدند. صحت و اعتبار مطالعه حاضر ریشه در چهار محور باورپذیری، انتقال پذیری، تصدیق پذیری و اطمینان پذیری داشت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منتج به شناسایی ۹۷۴ کد اولیه، ۲۳ زیر طبقه و ۵ طبقه اصلی گردید که موانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در بین کاردرمانگران در طبقات دسترسی و بکارگیری ابزار، ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای درمانگر، اصول مدیریتی و اولویت‌های حاکم بر کلینیک، ویژگی‌های بیمار و ماهیت رشته کاردرمانی دسته بندی شدند.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند به رفع این موانع کمک کرده و منجر به برداشتن گام‌هایی موثر، جهت بهبود کیفیت خدمات کاردرمانی و همچنین بهبود سیاست گذاری و برنامه ریزی‌های سیستم آموزشی درمانگران که شکل دهنده ی نگرش، دانش و مهارت مورد نیاز ایشان است، شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Mahsa Hamidikhah, Kianoush Abdi, Mohammad Saeed Khanjani, Maryam Latifian, Nasrin Jalili. Exploration the Obstacles of Using Standardized Assessment of Outcome in Occupational Therapy Services: A Qualitative Study. Iran Occupational Health. 2025 (01 Oct);22:18.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است

مقدمه

ارزیابی نتیجه، یک رویکرد رسمی و استاندارد شده می‌باشد و ویژگی‌های لازم برای بررسی اثربخشی مداخله را دارا است (۱) بنابراین، استفاده از آن، اغلب برای ترویج رویکرد مبتنی بر شواهد و همچنین بهبود عملکرد بالینی توصیه شده است. (۲) لازم به ذکر است، منظور از ارزیابی استاندارد شده، ابزار اندازه‌گیری طراحی شده برای یک هدف خاص در یک جمعیت معین، با دستورالعمل‌های دقیق ارائه شده در مورد زمان و نحوه اجرا و امتیاز دهی، تفسیر نمرات، و نتایج بررسی‌های پایایی و اعتبار می‌باشد (۳).

در شرح فواید استفاده از ابزارهای استاندارد نتایج می‌توان گفت که این ارزیابی‌ها در شناسایی بیماران در معرض پیامدهای ضعیف یا نامطلوب، تسهیل تداوم بهبود مراقبت از بیماران در حال انتقال، تعیین مقرون به صرفه ترین و موثرترین خدمات، ارزیابی عملکرد متخصصین سلامت، عملکرد سازمانی و در نهایت شنیده شدن صدای بیمار و کاهش ناراضیاتی مراجع بسیار حائز اهمیت می‌باشند (۴). متأسفانه، تحقیقات درباره‌ی میزان استفاده از ارزیابی‌های نتیجه توسط درمانگران محدود بوده و معمولاً میزان استفاده بر اساس نظرسنجی‌های خود گزارش برآورد شده است. (۵،۶) نتایج حاصل از این نظر سنجی‌ها خودگزارش، نشان می‌دهد که نرخ استفاده بین درمانگران، از ۱٪ تا ۱۰٪ متغیر بوده (۶،۷) و این خود حاکی از مغفول ماندن ارزیابی استاندارد نتیجه، در کاردرمانی و فراگیر نشدن آن است. (۳، ۴) حال با توجه به آنکه، تلاش برای درک بهتر موانع وجود در پایین بودن نرخ استفاده از دید کاردرمانگران، منجر به طراحی و توسعه مداخلات مبتنی بر نظریه تغییر رفتار، جهت ارتقا نرخ پذیرش مورد نیاز است. (۸)

در بررسی علل این امر، مقاومت به عنوان یک واکنش متداول در برابر نوآوری و تغییر، مانع اصلی استفاده از ابزارهای استاندارد نتایج عنوان شده است. اما پس از ۲۰ سال تلاش برای استفاده از ارزیابی نتایج در خدمات بالینی، استدلال این که این مسئله فقط ناشی از تغییر و نوآوری است، کافی نیست (۹). در یک بررسی سیستماتیک، جنیفر موری^۱ و همکاران، به مطالعه موانع و تسهیل‌کننده‌های استفاده از اندازه‌گیری نتایج در بین کارشناسان توانبخشی (کاردرمانی، فیزیوتراپی و آسیب شناسی زبان گفتاری) پرداخته و ۱۵ مطالعه را مورد بررسی قرار داده‌اند. موانع کلیدی در این مطالعه در

سه سطح فردی، سازمانی (ملاحظات عملی و ملاحظات بیمار) و مدیریتی دسته بندی شده‌اند. فقدان دانش درمانگران در مورد قابلیت اطمینان و اعتبار معیارهای ارزیابی نتایج، فقدان ارزش درک شده در "سطح فردی (تراپیست)"، اولویت و پشتیبانی پایین سازمانی جهت استفاده از اندازه‌گیری نتیجه، نگرانی در مورد عدم پشتیبانی مدیریت، استفاده نامناسب از داده‌های نتیجه توسط مدیران برای سرزنش کارکنان و تحمیل ابزارهای اندازه‌گیری توسط مدیریت، در "سطح مدیریتی"، کمبود زمان، تعداد بالای بیماران، فقدان معیارهای نتیجه مناسب، عدم تناسب اقدامات نتیجه با عمل و اطلاعات غیر کاربردی حاصل از ارزیابی‌ها، زمان بر بودن فرایند مستندسازی، کمبود بودجه یا هزینه‌های بیش از حد ارزیابی نتایج، در "سطح سازمانی، ملاحظات عملی"، گیج کننده بودن آیتم‌های ارزیابی و نیاز به سطح مناسبی از خواندن، عدم تسلط به زبان انگلیسی، حساسیت قومی و فرهنگی، ایجاد ناامیدی در بیمار به علت سرعت پایین بهبود، در سطح سازمانی، ملاحظات بیمار از نتایج بدست آمده در این مطالعه بودند. (۱۰)

در مطالعه دیگری که توسط کالکوهن^۲ و همکارانش با هدف بررسی موانع استفاده از یک ابزار ارزیابی نتیجه به نام ابزار عملکرد-کاری کانادایی توسط کاردرمانگران انجام شد، مشارکت کنندگان اذعان داشتند، استفاده از ارزیابی عملکردکاری-کانادایی، درمان را، هم برای درمانگران و هم برای مراجعان تسهیل می‌کند، اما استفاده از آن پیچیده است و به دانش بیشتری در مورد موانع، انتظارات و روش‌های استفاده از داده‌ها نیاز دارند. (۱۱) همچنین، محدودیت‌های زمانی، نامناسب بودن ارزیابی‌های موجود و عدم حساسیت ارزیابی‌های موجود برای ثبت اثربخشی کاردرمانی، موانعی بودند که در مطالعه‌ای که استفلتن^۳، در این زمینه انجام داده، به آن اشاره شده است. (۱۲) از طرف دیگر، وجود اهداف چندگانه و متعدد، تاثیر عوامل خارج از روند مداخله بر روی نتایج و تغییرات به وجود آمده، انعکاس ناکامل مسائل مورد نظر درمانگر و بیمار توسط نتایج بدست آمده و طولانی بودن مدت زمان مداخله، موانعی بودند که در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ توسط وید^۴ انجام شده است به آن اشاره شده است. (۲)

به طور کلی موانع بدست آمده در مطالعات قبلی در طبقات مرتبط با درمانگر (اعم از فقدان دانش،

2 Colquhoun

3 Stapleton

4 Wade

1 Jennifer Murray

همدان بودند که از طریق نمونه گیری هدفمند^۱ با حداکثر تنوع انتخاب شدند. برخورداری از حداقل سه سال سابقه کار در بخش بستری، سرپایی و کلینیک های دولتی یا خصوصی و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، به عنوان معیار ورود این مشارکت کنندگان در نظر گرفته شد و نداشتن تمایل به ادامه همکاری به عنوان معیار خروج مطالعه قرار داده شد. جمع آوری داده تا زمان اشباع^۲ اطلاعات ادامه پیدا کرد و در مجموع ۲۰ کاردرمانگر در این مطالعه شرکت داشتند.

جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات

فرایند جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ (شش ماه) انجام شد. در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها، ابتدا به کمک روش کتابخانه ای، مفاهیم مرور و چهارچوب سوالات مشخص شد و سپس اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته^۳ به صورت مبسوط، عمیق و تعاملی (به صورت حضوری ۳۰ الی ۴۵ دقیقه) جمع آوری گردید و از روش یادداشت در عرصه به عنوان روش مکملی برای جمع آوری داده ها استفاده شد. مصاحبه بر اساس راهنمای مصاحبه با یک سوال کلی و باز^۴ آغاز شد، سپس بر اساس مطالب بیان شده و با طرح سوالات پیش برنده و واضح کننده، روند آن ها در جهت پوشش دادن اهداف تحقیق هدایت شد. اولین سوال بازی که از ایشان پرسیده می شد این بود که "در مورد موانع استفاده از ارزیابی های استاندارد نتایج چه نظری دارید." سپس سوالات بعدی جهت اخذ جزئیات بیشتر از موضوع مورد بحث توسط مصاحبه گر انتخاب شد. برای مثال از مشارکت کننده درخواست می شد که در خصوص موارد مطرح شده، توضیح بیشتری بدهد یا مثال بزند. مصاحبه ها با کسب اجازه از مشارکت کننده با استفاده از دستگاه ضبط کننده صدا، ضبط شد. در پژوهش قبل از شروع فرآیند مصاحبه، از مشارکت کنندگان رضایت شفاهی و کتبی برای مشارکت در پژوهش و اجازه ضبط صدای آن‌ها اخذ شد و در رابطه با محرمانه ماندن اسامی آن‌ها اطمینان لازم داده شد. به آن‌ها اعلام شد که تمایل به ادامه یا ترک فرآیند مصاحبه برعهده آن هاست. تمامی فایل‌های صوتی ضبط شده از جلسات مصاحبه با استفاده از کد عددی نام گذاری و ذخیره شد. سپس

نگرش و ارزش درک شده)، ملاحظات سازمانی (کمبود زمان، مستند سازی، فقدان ابزار ارزیابی مناسب، عدم حساسیت ارزیابی‌های موجود برای ثبت اثربخشی کاردرمانی، کمبود بودجه، مشکلات مرتبط با بیمار مانند ایجاد اضطراب و ناامیدی، دشواری در اجرای ارزیابی، عدم تناسب فرهنگی و قومی و زبانی)، ملاحظات مربوط به مدیریت (اولویت و پشتیبانی پایین، سو استفاده از نتایج، تحمیل ابزارهای اندازه‌گیری)، ماهیت کاردرمانی (وجود اهداف چندگانه و متعدد، تاثیر عواملی خارج از روند مداخله بر روی نتایج و تغییرات به وجود آمده، انعکاس ناکامل مسائل مورد نظر درمانگر و بیمار توسط نتایج بدست آمده، طولانی بودن مدت زمان مداخله)، طبقه بندی شده اند. (۲، ۴، ۶، ۱۱)

علیرغم تاکید بر استفاده از اندازه‌گیری نتیجه در خدمات توانبخشی در بیست سال گذشته (۱۲)، مطالعات صورت گرفته در بررسی موانع استفاده از این ابزارها و رفع موانع محدود بوده و تاکنون در کشور ایران مطالعه ای در این زمینه صورت نگرفته است. لذا با در نظر داشتن تفاوت‌های قابل توجه در فرهنگ، سیستم آموزشی و پژوهشی دانشگاهی، سیستم بهداشتی (از جمله استانداردهای ارائه خدمات و متنوع بودن مراجع ارائه خدمات کاردرمانی) در ایران و تاثیر این موارد بر موانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج، برآن شدیم تا با هدف افزایش سطح رضایت مراجع و بهینه سازی خدمات، به واکاوی موانع استفاده از ارزیابی های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی بپردازیم. لذا این پژوهش با هدف واکاوی موانع استفاده از ارزیابی های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی انجام گرفت.

روش تحقیق

طراحی مطالعه

پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده و با روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی، موانع استفاده از ارزیابی استاندارد نتایج بر اساس تجربیات کاردرمانگران مورد بررسی قرار داده است. این پژوهش از لحاظ هدف، جزء تحقیقات اکتشافی و از نظر نتیجه، جزء تحقیقات کاربردی است و در سال ۱۴۰۱ در کشور ایران، استان همدان، انجام گرفته است.

مشارکت کنندگان

مشارکت کنندگان این پژوهش کاردرمانگران شهر

1 Content Analysis

2 Saturation

3 Semi structured interview

4 Open question

بحث گروهی متمرکز با ۲ نفر از متخصصان حوزه مورد پژوهش چک شد و صحت آن ها مورد تایید قرار گرفت. **یافته ها:** این مطالعه با هدف واکاوی موانع استفاده از ارزیابی استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی انجام شد. ۲۰ کاردرمان گر در این مطالعه شرکت داشتند. مشارکت کنندگان به طور متوسط دارای ده سال سابقه کار بوده و ۴۵ درصد آن ها سابقه کار در کلینیک های خصوصی، ۲۰ درصد کلینیک های دولتی و ۳۵ درصد سابقه ی کار در هر دوی این شرایط را دارا بودند. ۷۰ درصد مشارکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی، ۲۵ درصد کارشناسی ارشد و ۵ درصد مدرک دکترا داشتند. اطلاعات مربوط به مشارکت کنندگان به تفصیل در جدول شماره ۲ آمده است.

تحلیل داده ها منتج به ۹۷۴ کد اولیه گردید که در ۲۳ زیر طبقه و ۵ طبقه اصلی، شامل دسترسی و بکارگیری ابزار، ویژگی های فردی و حرفه ای درمانگر، اصول مدیریتی و اولویت های حاکم بر کلینیک، ویژگی های بیمار، ماهیت رشته ی کاردرمانی دسته بندی شدند که در جدول شماره ۳ طبقات و زیر طبقات ذکر شده است.

که در ادامه به این موانع و نقل قول هایی از مشارکت کنندگان در این خصوص اشاره می شود.

۱. دسترسی و بکارگیری ابزار

صرف وقت و انرژی بسیار، جهت دستیابی به ابزارهای ارزیابی، در کنار ناکام ماندن متعدد درمانگران در دستیابی به ابزارهایی با ویژگی های کاربردی و متناسب با محیط درمان و بیمار علاوه بر ایجاد بار روانی منفی و سردرگمی در ایشان، موجب بهم ریختگی در روند ارائه خدمات و در نتیجه در موارد متعدد حذف ارزیابی توسط درمانگر خواهد شد. این طبقه دارای زیر طبقات "دشواری دست یابی به ابزار"، "گران قیمت بودن ابزار"، "عدم پایایی وروایی"، "وجود آیت های غیر کاربردی و غیر ضروری"، "عدم تناسب انرژی صرف شده با ارزش بدست آمده از ارزیابی" و "زمانبر بودن ارزیابی" می باشد ۱-۱. دشواری در دست یابی به ابزار، یکی از موانعی ست که توسط ۹ مشارکت کننده به آن اشاره شد. یکی از مصاحبه شوندگان در این باره بیان داشت: "متأسفانه ابزارهای زیادی در دسترس ما نیست و با توجه به اینکه رشته ما حیطه های مختلفی رو در بر می گیره و نیاز به ابزارهای متفاوتی داریم برای اینکه بخوایم ارزیابی انجام بدیم باید کلی بگردیم ببینیم ابزار مناسب با هدفی که ما

توسط نویسنده ی اول مطالعه، فایل های صوتی به نوشتاری تبدیل شدند و فایل های نوشتاری نیز با استفاده از کد عددی هم نام با فایل صوتی نام گذاری شد. برای حفظ حریم شخصی مشارکت کنندگان در هر بخش از متن نوشتاری که نامی از فردی برده شده بود، به صورت مخفف و فقط حرف اول نام نوشته شده است. در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از رویکرد گرانهمیم و لاندمن^۱ (۱۲) استفاده شد. بدین صورت که در ابتدا مرور نسخه ها، درک کلی آن و برجسته کردن مفاهیم اصلی انجام شد، در مرحله بعد شکستن متن به کدها، مرور کاهشی داده ها و طبقه بندی کدهای مشابه صورت گرفت و در مرحله پایانی، ادغام طبقات فرعی مشابه، مقایسه مداوم داده ها و رفت و آمد بین داده ها، نام گذاری طبقات و اولویت بندی بر اساس اهمیت و فراوانی محتوا انجام گرفت. تحلیل داده ها در طول جمع آوری داده ها صورت گرفت و هر جلسه مصاحبه، قبل از مصاحبه های بعدی بازنویسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از نرم افزار MAXQDA 2020 در فرایند کد گذاری استفاده شد. یک نمونه از فرایند کد گذاری در جدول شماره ۱ آمده است.

استحکام داده ها

به منظور بررسی صحت و اعتبار داده های پژوهش، از معیارهای ارائه شده توسط گوبا و لینکن^۲ (۱۳) استفاده شد. بدین منظور، برای بالا بردن باورپذیری^۳ پژوهش، مشارکت کنندگانی انتخاب شدند که از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی بیش ترین تنوع را داشتند. برای کسب اطمینان پذیری^۴، یافته های پژوهش در اختیار برخی مشارکت کنندگان قرار گرفت تا نظرات خود را بیان کنند که در نهایت به تأیید همه آن ها رسید. برای افزایش تأیید پذیری^۵ ضمن تلاش برای کنارگذاشتن سوگیری ها از سوی پژوهشگران، همه نویسندگان مقاله در جریان تحلیل و کدگذاری قرار گرفتند و در جلساتی که برگزار شد حضور داشتند و نظرات خود را بیان کردند. برای افزایش انتقال پذیری^۶، توصیف کاملی از کل روند پژوهش ارائه و نقل و قول های شرکت کنندگان به صورت مستقیم بیان شد. برای اطمینان بیشتر، همگی کدها و مضامین در دو جلسه

1 Graneheim & Lundman

2 Guba & Lincoln

3 Credibility

4 Dependability

5 Confirmability

6 Transferability

جدول ۱. نمونه فرایند کدگذاری و طبقه بندی کدها

طبقه	زیرطبقات	کدها	واحد معنایی
اصول مدیریتی و اولویت‌های حاکم بر کلینیک	کمبود ساعات کاری درمانگر	نبود تناسب بین وظایف، تعداد بیماران و زمان کاری	تعداد بیمار را بالاست و ساعت کاری که درمانگر در مرکز هست برای انجام ویزیت بیمار و مستند کردن نتایج اصلاً مناسب نیست.
	مقرون بصره نبودن استفاده ابزار	هزینه‌های بالای خرید ابزار	خرید ابزار از منابع خارجی و تهیه اون به تعداد بالا هزینه زیادی برای مرکز داره
مدیریت غیر تخصصی		استفاده از مدیریت غیر مرتبط باحوزه توانبخشی در مجموعه	مدیریت مجموعه کاردرمان نیست و اصلاً نمیدونه این ابزارها چی هستند یا چقدر به کار گیری ش مهمه.
سبک مدیریتی مداخله گر و کاهش حق انتخاب درمانگر		انتخاب روش مداخله و ارزیابی بوسیله ی مدیریت	بعنوان کاردرمان تو ی مجموعه بزرگ‌تر خیلی حق انتخاب برای شیوه مداخله رو ندارم و این موارد توسط مدیریت تعیین میشن.
پیامد منفی ارزیابی درمانگر		ایجاد عواقب منفی مستند کردن نتایج درمان	ممکنه بعدها از مستند کردن نتایج به ضرر درمانگر استفاده بشه هم بوسیله مدیریت هم خانواده بیمار بدون اینکه در نظر بگیرند خیلی عوامل دیگه در روند درمان موثرند.
اولویت پایین ارزیابی در کلینیک و فقدان حمایت مدیریت و همکاران		اهمیت پایین ارزیابی استاندارد در کلینیک	اگه مدیریت و بقیه همکارا اهمیت و ارزشی برای استفاده از ابزارها قائل نباشن نمیشه به تنهایی شیوه مداخله رو تغییر داد و ارزیابی رو وارد روند درمان کرد.

سیستم دانشگاهی و اکادمیک ما به این قضیه ابزارهای ارزیابی چه تو آموزش خود ابزار، چه استفاده تجربی و بالینی ش در کارورزی و چه در پایا و روا کردن ابزارها بی توجه هست. در طی این سال‌ها که کاردرمانی به عنوان ی رشته دانشگاهی داره تدریس میشه انتظار میره که ابزارهای بیشتری پایا، روا و بومی سازی می‌شد که متأسفانه نشده." (مشارکت کننده ۱۳)

۴-۱. آیت‌های غیر کاربردی و غیر ضروری، یکی از موانعی ست که توسط ۴ مشارکت کننده به آن اشاره شد. یکی از کاردرمانگران در این باره بیان داشت: "بعضی ابزارها آیت‌هایی دارن که با توجه به شرایط بیمار، مرحله بیماری یا موارد مشابه قابل انجام نیستن. برای همین نمیشه ی ارزیابی رو از ایت‌ها اول تا اخر انجام داد. ی سری از ایت‌ها بدرد نمیخوره عملاً انجام دادن یا ندادنش فایده ای نداره و درمانگر ترجیح میده از خیر انجام دادنش بگذره." (مشارکت کننده ۱)

۵-۱. عدم تناسب انرژی صرف شده با ارزش بدست آمده از ارزیابی، از مشکلاتی است که توسط ۳ مشارکت کننده به آن اشاره شد. یکی از مصاحبه شوندگان در این

میخوایم چی هست و بعد بریم بگردیم اون ابزار رو پیدا کنیم." (مشارکت کننده ۱۱)

۲-۱. گران قیمت بودن ابزارها، یکی از موانعی ست که توسط ۵ مشارکت کننده به آن اشاره شد. یکی از مصاحبه شوندگان در این باره ابراز کرد که: "از اونجایی که ابزارها ی موجود توسط مراکز علمی غیر ایرانی تالیف شدن، معمولاً برای اینکه بخوای ابزار رو سرچ کنی و بدست بیاری باید هزینه پرداخت کنی، که البته اون هزینه به دلار هست و اصلاً توجیه اقتصادی نداره که با درآمد ریالی بخوای هزینه دلاری داشته باشی... آخه یکی دوتا ابزار هم نیست و ی ابزار جامع نیست که بگی یک بار هزینه پرداخت می‌کنیم و مدت‌ها یا در زمینه‌های مختلف ازش استفاده می‌کنم." (مشارکت کننده ۵)

۳-۱. پایا و روا نبودن ابزارها، یکی از موانعی ست که توسط ۱۰ مشارکت کننده به آن اشاره شد. یکی از مشارکت کنندگان در این باره گفت: "متأسفانه تعداد ابزارهایی که از پایا و روا بودن آنها میشه اطمینان داشت خیلی کم هست و این باعث میشه نشه به نتیجه ای که از ابزارها بدست میاد اطمینان کرد. متأسفانه کلاً

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

کد	جنس	تحصیلات	سابقه ی کار	محل خدمت
۱	مرد	کارشناسی ارشد	۶سال	خصوصی
۲	زن	کارشناسی ارشد	۵ سال	خصوصی-دولتی
۳	مرد	دکتری تخصصی	۱۶سال	دولتی
۴	مرد	کارشناسی	۲۰سال	خصوصی-دولتی
۵	زن	کارشناسی ارشد	۷سال	خصوصی
۶	زن	کارشناسی	۱۰سال	دولتی
۷	زن	کارشناسی	۷سال	خصوصی
۸	مرد	کارشناسی	۲۵سال	خصوصی- دولتی
۹	زن	کارشناسی ارشد	۸سال	خصوصی
۱۰	زن	کارشناسی	۶سال	دولتی
۱۱	زن	کارشناسی	۶سال	خصوصی-دولتی
۱۲	زن	کارشناسی	۷سال	خصوصی
۱۳	مرد	کارشناسی	۵ سال	خصوصی-دولتی
۱۴	زن	کارشناسی	۷سال	خصوصی-دولتی
۱۵	زن	کارشناسی	۳سال	دولتی
۱۶	زن	کارشناسی	۷سال	خصوصی
۱۷	زن	کارشناسی	۶سال	خصوصی
۱۸	زن	کارشناسی	۵سال	خصوصی
۱۹	زن	کارشناسی	۵سال	خصوصی
۲۰	زن	کارشناسی ارشد	۸سال	خصوصی- دولتی

طبقات "ناکافی بودن دانش و آموزش درمانگر"، "اشتغال غیر تخصصی درمانگر"، "تجربه محور بودن درمانگر"، "فقدان اعتماد بنفس و ترس از قضاوت دیگران"، "اهمال کاری و عدم دقت در کار"، "فقدان علاقه مندی به کار و بی انگیزگی برای درمانگر" و "نگرش منفی درمانگر نسبت به ارزیابی استاندارد" می باشد.

۱-۲. ناکافی بودن دانش و آموزش درمانگر، از موانعی ست که توسط ۱۰ نفر از مشارکت کنندگان بیان شده و یکی از کاردرمانگران در این باره اظهار کرد که: "متأسفانه یکی از نقاط ضعف ما این هست که اطلاعات کافی در مورد ابزارها نداریم این اطلاعات فقط در حد چند تا اسم خلاصه شده اما اینکه کلاً اون ابزار برای چه جمعیتی مناسب چه رده سنی و خیلی نکات ریز دیگه که به انتخاب درست ابزار کمک کنه جاش خالی..." (مشارکت کننده ۶)

۲-۲. اشتغال غیر تخصصی درمانگر، از موانعی است که ۴ درمانگر آن را مطرح کرده و یکی از ایشان در این رابطه بیان داشت: "خب میدونیم که کاردرمانی خوشبختانه یا متأسفانه رشته گسترده ای هست و در دوره کارشناسی آموزش ها در حیطه جسمی، ذهنی، روان، کودک و بزرگسال به دانشجو داده میشه و بعداً در کار بالینی مسائل اقتصادی، نوع نگرش درمانگر و ...

باره اظهار داشت: "همه میدونیم که کاردرمانی معمولاً خیلی طولانی مدت هست، پیشرفت بیمار خیلی وقت ها خیلی کند هست و اون هدفهای درمانی هم ک انتخاب می کنیم به خاطر شدت علایم یا معلولیت و یا تنوع بالای مشکلات خیلی محدود است. خب تو همچنین شرایطی انجام ارزیابی صرف وقت زمان گذاشتن برای ثبت نتیجه چه فایده ای داره. بخصوص تو بیماری مزمن که مدت ها هست درگیر بیماری هستند و بیشتر سعی ما جلوگیری از بدتر شدن بیماری هست اساساً انجام ارزیابی چیزی رو تسهیل نمیکنه و نیازی به انجامش نیست." (مشارکت کننده ۷)

۶-۱. زمانبر بودن ارزیابی، از موانعی ست که ۱۱ مشارکت کننده به آن اشاره داشتند. یکی از مصاحبه شوندگان در رابطه با آن اظهار داشت که: "ارزیابی ها اکثراً خیلی زمانبر هستند زمان زیادی باید صرف انجام ارزیابی بشه، بعد اون رو تفسیر بکنیم. نمره دهی بکنیم و ... تازه باید همه اینا مستند بشن." (مشارکت کننده ۱۱)

۲. ویژگی های فردی و حرفه ای درمانگر

طبق یافته های بدست آمده، ویژگی های فردی و حرفه ای درمانگر در تمایل ایشان، به استفاده از ارزیابی های استاندارد نتایج بسیار موثر است. این طبقه، دارای زیر

جدول ۳. طبقات و زیر طبقات موانع استفاده از ارزیابی استاندارد نتایج در کاردرمانگران

زیرطبقات	طبقات
دشواری دست یابی به ابزار گران قیمت بودن ابزار عدم پایداری و وروایی وجود آیتم‌های غیر کاربردی و غیر ضروری عدم تناسب انرژی صرف شده با ارزش بدست آمده از ارزیابی زمانبر بودن ارزیابی ناکافی بودن دانش و آموزش درمانگر اشتغال غیر تخصصی درمانگر تجربه محور بودن درمانگر فقدان اعتماد بنفس و ترس از قضاوت دیگران اهمال کاری و عدم دقت در کار فقدان علاقه مندی به کار و بی انگیزگی کمبود ساعات کاری درمانگر مقرون به صرفه نبودن استفاده ابزار مدیریت غیر تخصصی سبک مدیریتی مداخله گر و کاهش حق انتخاب درمانگر پیامدهای منفی ارزیابی درمانگر نا آشنایی بیمار و خانواده نسبت به ارزیابی وضعیت بیماری ناامیدی بیمار ایجاد اضطراب و سردرگمی در بیمار طولانی مدت بودن جلسات چندگانه بودن نتایج و اهداف کاردرمانی	دسترسی و بکارگیری ابزار ویژگی‌های فردی و حرفه ای درمانگر اصول مدیریتی و اولویت‌های حاکم بر کلینیک ویژگی‌های بیمار ماهیت رشته کاردرمانی

بشن این امکان ایجاد میشه که کیفیت مداخله ای که انجام دادیم زیر سوال بره. ثبت ارزیابی، پرونده نویسی، با همه فوایدی که داره این نگرانی رو هم ایجاد میکنه که خانواده بیمار، همکاران و... بتونن، نوع درمان و مداخله ای که انجام دادیم رو قضاوت کنن و این کمی ازار دهنده ست". (مشارکت کننده ۱۹)

درمانگر دیگری بیان کرد: "اینکه از توانایی خودم درباره ی انجام درست ارزیابی‌های استاندارد و استفاده از نتیجه ی اون مطمئن نباشم باعث میشه اصلا اعتماد بنفس کافی نداشته باشم که بخوام انجامش بدم." (مشارکت کننده ۱۱)

۲-۵. اهمال کاری و عدم دقت در انجام کار، از موانعی ست که ۵ نفر از مشارکت کنندگان به آن اشاره کرده و یکی از مشارکت کنندگان در این خصوص بیان داشت: "خود درمانگر، به عنوان ی انسان، ویژگی‌های متفاوتی داره که میتونه روی انتخاب شیوه کارش تاثیر بذاره. بعضی‌ها به طور کلی دقت پایینی دارند یا فقط بدنیال نتیجه هستند. خیلی هم به کیفیت کار اهمیتی نمیدن. ثبت ارزیابی قطعاً برای این فردی که کارش رو

باعث میشه کاردرمانگر به صورت تخصصی تو ی حیطه خاص کار نکنه و بیاید بیماران متنوعی رو ویزیت بکنه. همین مسئله تسلط درمانگر رو نسبت به روند درمان کم میکنه علمشو در مورد روش‌های درمان ی زمینه مشخص یا ابزارهای ارزیابی خاص اون حیطه کم میکنه". (مشارکت کننده ۱۰)

۲-۳. تجربه محور بودن درمانگر، از موانعی ست که ۳ نفر از مشارکت کنندگان آن را بیان داشته و یکی از درمانگران در این باره گفت: "به نظر من ارزیابی استاندارد برای وقتی هست که بخوای کار علمی انجام بدی مستند سازی دقیق داشته باشی وگرنه نیازی به ثبت نتیجه درمان نیست. من خودم با تکیه به تجربیاتی که دارم کار رو جلو می برم. بیشتر این روش ارزیابی محور برای زمانی هست که تجربه درمانگر کم باشه وگرنه کم کم دیگه نیاز به این کار از بین میره". (مشارکت کننده ۱۷)

۲-۴. فقدان اعتماد بنفس و ترس از قضاوت دیگران، توسط ۳ درمانگر به عنوان مانع بیان شده و یکی از کاردرمانگران اظهار داشت: "زمانی که ما از ارزیابی استفاده کنیم و آخر درمان این دو ارزیابی با هم مقایسه

دقیق انجام نمیده و نمیخواه زیر بار مسئولیت کارش هم بره مشکل ساز میشه قاعدتا از اینکه بخواد مستندش بکنه کارش رو اجتناب میکنه." (مشارکت کننده ۱۵)

۲-۶. فقدان علاقه مندی به کار و بی انگیزگی درمانگر، از موانعی ست که ۵ نفر از درمانگران آن را بیان داشته و یکی از درمانگران در این خصوص گفت: "سختی کار بالاست و متاسفانه شرایط کاری تو خیلی از شهرها مناسب نیست. بازار کار با اونچیزی که تو دانشگاه دیدیم متفاوت هست. امکان کار مستقل خیلی وقتها نیست و درازای کار سخت و انرژی بر، درآمد حاصل از کار پایین. بنابراین این مسائل باعث بی انگیزگی درمانگر میشه و درمانگر رو سوق میده به سمت اینکه فقط بخوان کار رو انجام بدن و ی درآمدی کسب کنن و خیلی به جزییات بصورت تخصصی نگاه نکنیم. ارزیابی استاندارد خیلی انرژی بر هست و درمانگر حوصله ش نمیگیره انجامش بده." (مشارکت کننده ۱۴)

۳. اصول مدیریتی و اولویت‌های حاکم بر کلینیک

مدیریت ناکارآمد و شرایط حاکم بر کلینیک، از دید مشارکت کنندگان به ویژه افراد شاغل در مراکز دولتی و مراکز جامع توانبخشی، از موانع استفاده از ارزیابی استاندارد نتایج عنوان شده و در زیرطیقات "کمبود ساعت کاری درمانگر"، "مقرون به صرفه نبودن استفاده ابزار"، "مدیریت غیر تخصصی"، "سبک مدیریتی مداخله گر و کاهش حق انتخاب درمانگر" و "پیامدهای منفی ارزیابی درمانگر" طبقه بندی گردیده است.

۳-۱. کمبود ساعت کاری درمانگر، از موانعی ست که ۹ مشارکت کننده آن را مطرح کرده و در این خصوص یکی از مشارکت کنندگان ابراز کرد که: "تو مراکز بهزیستی مشکلی که خیلی رایج هست این هست که مدیریت اون مرکز برای صرفه جویی در هزینه‌ها نیروی توانبخشی روبرای حداقل ساعات قید شده توی دستورالعمل به کار میگیره. و همین باعث میشه تناسبی بین کارهایی که به عهده درمانگر هست و زمانی که سر کار هست نباشه. تو این شرایط همیشه انتظار کار علمی و دقیق داشت کار درمان مجبور که برای رسیدگی به همه کارها از ارزیابی ابتدا و انتهای مداخله فاکتور بگیره." (مشارکت کننده ۲)

۳-۲. مقرون به صرفه نبودن استفاده از ابزار، توسط ۷ درمانگر به عنوان مانع بیان شده و یکی از کاردرمانگران اظهار داشت: "در مورد ابزارهای کاغذی باید برای هر بیمار حداقل دو سری از ارزیابی تهیه بشه و تشکیل

پرونده صورت بگیره، برای تعداد کم هزینه زیادی نمیشه اما برای تعداد بالای بیمار در مراکز دولتی که ارجاع زیادی داره، خودش میتونه از نظر اقتصادی به صرفه نباشه و مدیریت همکاری لازم رو با درمانگر برای تهیه ابزار و ... نداشته باشه." (مشارکت کننده ۳)

۳-۳. مدیریت غیر تخصصی، از موانعی است که ۴ نفر از درمانگران به آن اشاره داشته و یکی از ایشان ابراز کرد: "من هم تجربه کار در مدارس استثنائی رو دارم هم کلینیک‌های جامع، نامرتبط بودن رشته مدیر مجموعه با توانبخشی بالاخص کاردرمانی که موضوع بحث ماست خیلی مشکل ساز هست. تسلط کم مسئول مجموعه نسبت به رشته، شیوهی انجام مداخله و ابزارها و ملزومات کار خیلی وقتها مانع انجام درست کار میشه و به خاطر اینکه دقیقا با اهمیت خیلی مسائل آشنا نیستن همکاری خوبی ندارند ی نمونه هم در تهیه ابزار ارزیابی یا برنامه ریزی" (مشارکت کننده ۱۰)

۳-۴. پیامدهای منفی ارزیابی درمانگر، از موانعی است که توسط ۵ نفر از کاردرمانگران به آن اشاره شده، در این رابطه یکی از ایشان اظهار داشت: "یکی دیگه از دلایلی که نمیداره درمانگر تمایلی به انجام ارزیابی داشته باشه اون دید منفی یا عواقب منفی بعد از ارزیابی ... معمولاً فقط دو تا ارزیابی با هم مقایسه میشن و این درنظر گرفته نمیشه که ایا مریض هم ظرفیت پیشرفت داشته یا ایراد از کار درمانگر. در صورتی که پیشرفت کند باشه صرف نظر از همه عوامل توانایی کاری تراپیست زیر سوال میره و میتونه منجر به حذفش از محیط کاری یا کم کردن بیمارانش بشه" (مشارکت کننده ۱۲)

۳-۵. سبک مدیریتی مداخله گر و کاهش حق انتخاب درمانگر از موانعی است که توسط ۳ نفر از کاردرمانگران به آن اشاره شده، یکی از کاردرمانگران در اینباره بیان کرد: "هم در کلینیکهای خصوصی و هم در مراکز دولتی، مسئول فنی یا سوپروایزر هست که ارزیابی رو انجام میدهو تصمیم میگیره هر کیس رو کدوم تراپیست ببینه یا چه درمانی براش انجام بشه. پس اون درمانگر خیلی اراده ای برای اینکه ارزیابی انجام بده یا نه و اون ارزیابی استاندارد باشه یا غیر استاندارد نداره" (مشارکت کننده ۲) در این رابطه یکی دیگر از مشارکت کنندگان بیان کرد: "ببینید من بعنوان تراپیستی که وارد محیط کاری شدم وارد ساختاری شدم که از قبل تعیین شدست و من بعنوان ی عضو تازه خیلی حق اعمال نظر ندارم و مجبور به تبعیت از اون شرایط هستم. جاهایی که من کار کردم حداقل تجربه من این هست خیلی توجه ی به این

کاردرمانگران به آن اشاره کرده و یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: "تو خیلی از بیمار یها و معلولیت‌ها سیر پیشرفت خیلی کند هست و نتایج درمان خیلی به نظر ناچیز و حداقلی میاد. با توجه به زمان و هزینه ای که بیمار و خانواده ش دارند و امیدی و انتظاری که از درمان برای خودشون ساختن، انجام ارزیابی و مقایسه شرایط اولیه و نهایی باعث دلسردی بیمار میشه و میتونه باعث بشه درمان رو کنار بذارند که این باعث میشه بیمار از درمان خارج شه و با ی شرایط به مراتب بدتر دوباره برگردنه یا نه کلا ایزوله بشه." (مشارکت کننده ۱۲)

۴-۱. ایجاد اضطراب و سردرگمی، از موانعی است که توسط ۳ نفر از مشارکت کنندگان به آن اشاره شده و یکی از ایشان در این خصوص اظهار کرد: "ارزیابی و سؤالاتی که بیمار میشه میتونه بیمار رو نگران کنه مثل بیمار بر اساس سؤالاها به برآوردی از وضعیت خودش برسه که احساس ناتوانی زیادی بهش دست بده. بعضی وقتها ممکنه به خاطر اینکه درک درستی از خود سؤالات یا چیزی که ازش خواسته نداشته باشه اذیت بشه و احساس سردرگمی بکنه. اینجوری بیمار دوست نداره به ارزیابی ادامه بده و احتمالش هست سرسری جواب بده یا کلا انصراف بده از ادامه کار." (مشارکت کننده ۱۵)

۵. ماهیت رشته کاردرمانی

یکی از موانع اشاره شده توسط مشارکت کنندگان، ماهیت رشته کاردرمانی می‌باشد. که در دو زیر طبقه "طولانی بودن جلسات درمان" و "چندگانه بودن نتایج و اهداف کاردرمانی" طبقه بندی شده اند.

۵-۱. طولانی بودن جلسات درمان، از موانعی است که توسط ۵ مشارکت کننده به آن اشاره شده و یکی از درمانگران در این باره بیان داشت: "بطور کلی درنود درصد بیماری ما، جلسات طولانی هست و مدت زمان زیادی باید بیمار درگیر درمان باشه و خیلی دیر از چرخه ی درمان خارج بشه و همین باعث میشه ارزیابی نهایی درمان با ارزیابی اولیه فاصله ی زیادی داشته باشه و ارزیابی از جهت نشون دادن نتایج نهایی درمان بی معنی بشه اگرچه باید اینم اضافه کرد که خیلی اوقات بیمار در این فاصله ی طولانی بدنیاال تسریع درمان درمانگر رو تغییر میده، اما حاضر نیست مجدد مورد ارزیابی قرار بگیره." (مشارکت کننده ۱۶)

۵-۲. چندگانه بودن نتایج و اهداف کاردرمانی، از موانعی است که ۴ نفر از مشارکت کنندگان به آن

نمیشه که این کار علمی هست یا نه. روندی که داریم پیش میگیریم بر اساس رویکردهای درست هست یا نه. معمولاً ارزیابی اولیه اونم نه به شکل استاندارد بیشتر بصورت ذهنی و غیر استاندارد جا افتادست. اما ارزیابی نهایی به این شکل که بیایم ببینیم چقدر به اونچیزایی که میخواستیم رسیدیم نداریم. (مشارکت کننده ۱۹)

۴. ویژگی‌های بیمار

از دید مشارکت کنندگان، درمان به عنوان یک رابطه دو طرفه نیازمند همراهی و مشارکت خانواده و داشتن اعتماد کافی جهت پیروی از درمانگر است. لذا یکی از موانعی که مشارکت کنندگان به آن اشاره نمودند ویژگی‌های بیمار از نظر فردی و ویژگی‌های بیماری می‌باشد که دارای زیر طبقات "ناآشنایی بیمار و خانواده نسبت به ارزیابی، ناآشنایی بیمار و خانواده نسبت به ارزیابی"، "وضعیت بیماری"، "ناامیدی بیمار" و "ایجاد اضطراب و سردرگمی" می‌باشد.

۴-۱. ناآشنایی بیمار و خانواده نسبت به ارزیابی، از موانعی است که ۹ نفر از درمانگران به آن اشاره داشته و یکی از مشارکت کنندگان این چنین ابراز کرد: "خانواده‌ها اطلاعاتشون از بیماری دیگه یا همون کلینیکی که مراجع میکنه دریافت میکنه. بنابراین این اطلاعات میتونه اطلاعات استاندارد و مقبولی نباشه. خیلی وقتها هم خانواده‌ها معمولاً با یک روند استاندارد درمان رو تجربه نکردن و به خاطر همین نمی دونن که ارزیابی جز نرمال درمان هست و یا اینکه چه طوری انجام میشه و اینکه چقدر اهمیت داره. همین باعث میشه در برابر کاردرمانی که ارزیابی رو انجام میده مقاومت داشته باشن." (مشارکت کننده ۱۳)

۴-۲. وضعیت بیماری، از موانعی است که ۶ مشارکت کننده به آن اشاره کرده و یکی از ایشان چنین اظهار نظر کرد: "خود بیمار هم خیلی مهمه. بعضی وقتها مشکلات شناختی بیمار یا اضطراب بالایی که داره مانع خیلی بزرگی هست. مثلاً ارزیابی کودکان با مشکلات ذهنی واقعاً نیاز به تلاش خیلی زیادی داره و چندین جلسه زمان نیاز داره تا بیاد اون ارتباط موثر شکل بگیره و بشه چیزی که مدنظر هست ارزیابی کنی. یا اینکه بیمار تو مرحله ای از بیماری هست که امکان ارزیابی استاندارد وجود نداره. خیلی وقتها بیمار چند تا مشکل همزمان داره که امکان اینکه بصورت مجزا هر مشکل رو بشه ارزیابی کرد وجود نداره." (مشارکت کننده ۳)

۴-۳. ناامیدی بیمار، از موانعی است که ۵ نفر از

اشاره داشته و یکی از ایشان در رابطه با آن اظهار کرد: "بیمارانی که به ما مراجعه می‌کنند بیشتر مواقع با یک مشکل درگیر نیستند و همزمان چند تا مشکل دارند و بررسی اینکه کدام مورد اولویت دارد نیاز به ارزیابی مجزا دارد. اگر بخواهیم برای هر مورد از ارزیابی مجزا استفاده کنیم بسیار زمان گیر و آزار دهنده می‌شود، در نتیجه درمانگر ترجیح می‌دهد با یک ارزیابی جامع که غیر استاندارد و رسمی هست به برآورد نسبی از مشکلات بیمار برسد." (مشارکت کننده ۸)

بحث

این پژوهش با هدف واکاوی موانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی صورت گرفت. موانع شناسایی شده در این مطالعه شامل پنج طبقه دسترسی و بکارگیری ابزار، ویژگی‌های فردی و حرفه ای درمانگر، اصول مدیریتی و اولویت‌های حاکم بر کلینیک، ویژگی‌های بیمار و ماهیت رشته کاردرمانی بود. دسترسی و به کار گیری که شامل مواردی از قبیل دشواری دست یابی به ابزار، گران قیمت بودن ابزار، عدم پایداری و روایی، وجود آیتم‌های غیر کاربردی و غیرضروری، عدم تناسب انرژی صرف شده با ارزش بدست آمده از ارزیابی و زمان بر بودن ارزیابی ابزار می‌شد، به عنوان اولین مانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی شناسایی شد. نتایج این قسمت با مطالعات بلازی^۱ (۱۴)، تروثر^۲ (۹) و ادوارد اس دانکن و جنیفر موری (۱۰) هم خوانی داشت چرا که در این مطالعات نیز به بالا بودن هزینه ی تهیه ابزار به عنوان چالشی در سر راه درمانگران اشاره شده است و آمده است که فقدان ابزار های مناسب و عدم تناسب فرهنگی ابزارها با محیط بیمار، از موانع استفاده از ارزیابی توسط درمانگران می باشد.

یکی دیگر از موانع شناسایی شده در این مطالعه، ویژگی‌های فردی و حرفه ای درمانگر بود که ناکافی بودن دانش و آموزش درمانگر، اشتغال غیر تخصصی درمانگر، تجربه محور بودن درمانگر، فقدان اعتماد بنفس و ترس از قضاوت دیگران، اهمال کاری و عدم دقت درکار، فقدان علاقه مندی به کار و بی انگیزگی برای درمانگر و نگرش منفی درمانگر نسبت به ارزیابی استاندارد را شامل می شد. یافته های این قسمت همسو

با مطالعات بومن^۳ (۱۵)، پدرسون^۴ (۱۶) و کالکوهن^۵ (۱۱) بود. زیرا در این مطالعات نیز فقدان دانش و آموزش در استفاده از ابزارهای اندازه گیری نتیجه، به عنوان مانعی برای انجام ارزیابی نتایج مشخص شدند. همچنین در این مطالعات مشخص شد که درمانگران اغلب احساس بی معنایی نسبت به ارزیابی نتیجه داشته و این به مانعی برای اجرای آن تبدیل می شد و فقدان دانش درمانگران در مورد قابلیت اطمینان و اعتبار معیارهای ارزیابی نتایج و فقدان ارزش درک شده ارزیابی، به عنوان موانعی در سطح فردی، جهت استفاده از ابزارهای استاندارد نتیجه شناخته شد.

اصول مدیریتی و اولویت‌های حاکم بر کلینیک، یکی دیگر از موانع شناسایی شده در این مطالعه بود که مواردی از قبیل کمبود ساعت کاری درمانگر، مقرون به صرفه نبودن استفاده ابزار، مدیریت غیر تخصصی، سبک مدیریتی مداخله گر و کاهش حق انتخاب درمانگر و پیامدهای منفی ارزیابی درمانگر را شامل می شد. یافته های این بخش از پژوهش موید مطالعات کی تی ام^۶ (۱۷) و ادوارد اس دانکن و جنیفر موری (۱۰) می باشد. چرا که در این مطالعات نیز کمبود بودجه یا هزینه های بیش از حد ارزیابی نتایج، به وضوح به عنوان مانعی برای استفاده از آنها شناخته شد و اولویت و پشتیبانی پایین سازمانی جهت استفاده از اندازه گیری نتیجه و همچنین نگرانی‌ها در مورد عدم پشتیبانی مدیریتی، استفاده نامناسب از داده‌های نتیجه توسط مدیران برای سرزنش کارکنان و تحمیل ابزارهای اندازه گیری توسط مدیریت، همگی به عنوان موانعی برای استفاده از آن ها در عمل شناخته شدند.

یکی دیگر از موانع شناسایی شده در مطالعه حاضر، ویژگی‌های بیمار بود که مواردی از قبیل ناآشنایی بیمار و خانواده نسبت به ارزیابی، ناآشنایی بیمار و خانواده نسبت وضعیت بیماری، ناامیدی بیمار و ایجاد اضطراب و سردرگمی را در بر می گرفت. این یافته ها با مطالعه تروثر^۲ (۹) همخوانی داشت. زیرا در این مطالعه نیز به کاربرپسند نبودن ابزارهای ارزیابی نتایج استاندارد به عنوان مانع اشاره شده و پایین بودن سطح مشارکت بیمار را بعنوان چالشی دیگر مطرح کرده است. این مطالعه همچنین به سردرگمی و گیج شدن و همچنین ناامیدی ناشی از سرعت کم پیشرفت در بیمار به عنوان

3 Bowman

4 Pedersen

5 Colquhoun

6 Kay TM

7 Tom Trauer

1 Belazi

2 Trauer

تمام مراحل انجام شده در مطالعاتی که شامل شرکت کنندگان انسانی بود، مطابق با استانداردهای اخلاقی کمیته تحقیقات سازمانی و ملی و با اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ و اصلاحات بعدی آن یا استانداردهای اخلاقی مشابه بود. این مقاله حاوی هیچ مطالعه‌ای با حیوانات نیست که توسط هیچ یک از نویسندگان انجام شده است. پژوهش حاضر قسمتی از یک پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.USWR.REC.1401.061 مصوب دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی می باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری کاردرمانگران شهر همدان که در این پژوهش شرکت کرده اند، تقدیر و تشکر می‌نمایم.

رضایت برای انتشار

رضایت آگاهانه از همه شرکت کنندگان اخذ شد.

در دسترس بودن داده ها و مواد

داده‌هایی که یافته‌های این مطالعه را پشتیبانی می‌کنند، در صورت درخواست معقول از نویسنده مسئول در دسترس هستند.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار کردند که هیچ علاقه‌ای به رقابت ندارند.

حمایت مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی خاصی از هیچ سازمان تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

اطلاعات نویسندگان

قابل اجرا نیست.

ملاحظات اخلاقی

مجوز لازم جهت اجرای پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم توانبخشی و رفاه اجتماعی با کد IR.USWR.REC.1401.061 اخذ شد.

کد اخلاق

IR.USWR.REC.1401.061

مانع اشاره داشته است

ماهیت رشته کاردرمانی، به عنوان آخرین مانع استفاده از ارزیابی‌های استاندارد نتایج در خدمات کاردرمانی شناسایی شد که مواردی از قبیل طولانی بودن جلسات درمان و چندگانه بودن نتایج و اهداف کاردرمانی را شامل می‌شد. یافته‌های این قسمت با مطالعه وید^۱(۲) همسو بود. زیرا در این مطالعه به موانعی مانند وجود اهداف چندگانه و متعدد و طولانی بودن مدت زمان مداخله اشاره شده است.

نتیجه گیری

بر اساس آنچه حاصل تحلیل یافته‌ها است، استفاده از ارزیابی استاندارد نتایج در کاردرمانگران با مشکلات و چالش‌های فراوانی روبرو بوده است که تنها وابسته به فرد درمانگر نبوده و سطوح مختلفی مانند سیاست‌ها و قوانین خدمات سلامت، سازمان یا مجموعه‌ای ارائه دهنده خدمات، بیمار و درمانگر در آن دخیل هستند. نتایج این مطالعه می‌تواند در بهبود سیاست گذاری و برنامه ریزی‌های سیستم آموزشی درمانگران که شکل دهنده نگرش، دانش و مهارت مورد نیاز ایشان است، نقش موثری را ایفا کند. رفع موانع استفاده از ارزیابی استاندارد نتایج، نیازمند همت جدی از سوی سیاست گذاران سیستم سلامت جهت بکارگیری ملزومات نظارتی و حمایتی در ارائه بهینه خدمات سلامت توسط کاردرمانگران، آگاه سازی جامعه هدف درمورد خدمات دریافتی و جلب همکاری و تعامل بیشتر و نیز تلاش مضاعف دانشگاه‌های مرجع توانبخشی در نهادینه سازی پایبندی به اصول علمی در کاردرمانگران و توجه بیشتر به پیش نیازهای آموزشی و پژوهشی مورد نیاز درمانگران می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به همکاری پایین کاردرمانگران اشاره کرد، برای غلبه بر این محدودیت تلاش شد تا با ارائه توضیحات لازم در خصوص رعایت اصل راز داری و حفظ اطلاعات و اجتناب از هرگونه پیش داوری در مورد مشارکت کنندگان، در ایشان اطمینان ایجاد شود.

بیانیه ها

تأییدیه اخلاق و رضایت برای شرکت

مشارکت نویسندگان

مهسا حمیدی خواه بررسی مفاهیم و ادبیات موضوعی مرتبط با پژوهش، مطالعه پیشینه پژوهش، بررسی و جمع آوری داده ها را انجام داده اند. دکتر کیانوش عبدی و دکتر سعید خانجانی و دکتر مریم لطیفیان به ترتیب در مقام استاد راهنمای اول، مشاور اول و مشاور دوم در تمام مراحل انجام پژوهش، نظارت و راهبری داشته اند. مهسا حمیدی خواه و دکتر کیانوش عبدی تجزیه و تحلیل داده ها را انجام داده است. مهسا حمیدی خواه مقاله را نوشته است. همه نویسندگان نسخه نهایی خطی را خوانده و تایید کردند.

دسترسی آزاد

کپی‌رایت نویسنده(ها) ©2025: این مقاله تحت

مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 مجاز استفاده، اشتراک‌گذاری، اقتباس، توزیع و تکثیر را در هر رسانه یا قالبی مشروط بر درج نحوه دقیق دسترسی به مجوز CC، منوط به ذکر تغییرات احتمالی بر روی مقاله می‌داند. لذا به استناد مجوز یادشده، درج هرگونه تغییرات در تصاویر، منابع و ارجاعات یا سایر مطالب از اشخاص ثالث در این مقاله باید در این مجوز گنجانده شود، مگر اینکه در راستای اعتبار مقاله به اشکال دیگری مشخص شده باشد. در صورت درج نکردن مطالب مذکور و یا استفاده فراتر از مجوز بالا، نویسنده ملزم به دریافت مجوز حق نسخه‌برداری از شخص ثالث است.

به‌منظور مشاهده مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 به نشانی زیر مراجعه

شود:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

REFERENCES

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly. 1966;44(3):166-206.
2. Wade DT. Outcome measures for clinical rehabilitation trials: impairment, function, quality of life, or value? American journal of physical medicine & rehabilitation. 2003;82(10):S26-S31.
3. Barnes MP, Ward AB. Textbook of rehabilitation medicine. (No Title). 2000.
4. Higgins JP, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version. 2011;5(0):3.
5. Korner-Bitensky N, Barrett-Bernstein S, Bibas G, Poulin V. National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. Australian Occupational Therapy Journal. 2011 Aug;58(4):241-50.
6. Rochette A, Korner-Bitensky N, Desrosiers J. Actual vs best practice for families post-stroke according to three rehabilitation disciplines. Journal of rehabilitation medicine. 2007 Sep 1;39(7):513-9.
7. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. BMJ quality & safety. 2005 Feb 1;14(1):26-33.
8. Colquhoun HL, Islam R, Sullivan KJ, Sandercock J, Steinwender S, Grimshaw JM. Behaviour change domains likely to influence occupational therapist use of the Canadian Occupational Performance Measure. Occupational Therapy International. 2020;2020(1):3549835.
9. Trauer T, Gill L, Pedwell G, Slattery P. Routine

- outcome measurement in public mental health—what do clinicians think? Australian Health Review. 2006;30(2):144-7.
10. Duncan EA, Murray J. The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. BMC health services research. 2012;12(1):1-9.
11. Colquhoun H, Letts L, Law M, MacDermid J, Edwards M. Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use. British Journal of Occupational Therapy. 2010;73(2):48-54.
12. Stapleton T, McBrearty C. Use of standardised assessments and outcome measures among a sample of Irish occupational therapists working with adults with physical disabilities. British Journal of Occupational Therapy. 2009;72(2):55-64.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.
14. Belazi D, Goldfarb NI, He H. Measuring health-related quality of life in the clinical setting. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes Research. 2002;2(2):109-17.
15. Bowman J. Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: a qualitative focus group study. British Journal of Occupational Therapy. 2006;69(10):464-72.
16. Jaeger Pedersen T, Kaae Kristensen H. A critical discourse analysis of the attitudes of occupational therapists and physiotherapists towards the systematic use of standardised outcome measurement. Disability

- and Rehabilitation. 2016;38(16):1592-602.
17. Kay TM, Myers AM, Huijbregts MP. FEATURE ARTICLES-how far have we come since 1992? A comparative survey of physiotherapists' use of outcome measures. Physiotherapy Canada. 2001;53(4):268-75.