



گاه‌نامه علمی تخصصی توان

شماره یک، ویژه نامه نوروز





فیزیوتراپیست علیرضا عید موسسی و مدیرعامل مجموعه فیزیوتراپی توان

برای آینده فیزیوتراپی:

اما امروز که شاهد توسعه و رشد علمی شتابان رشته و هم زمان با آن افزایش ظرفیت های دانشگاهی و رسیدن تعداد همکارانمان (به عنوان عرضه کنندگان خدمات) به مرز 10 هزار نفر و به دنبال آن رشد بازار (جمعیت تقاضا کنندگان خدمات فیزیوتراپی) هستیم، توجه به این نکته که دیگر نمیتوانیم با نگاه سنتی اقتصاد فیزیوتراپی را پیش ببریم بسیار حائز اهمیت است.

هرچند صحبت از اقتصاد و ابعاد و تاثیرات مختلف آن در شرایط کنونی کشورمان، یادآور تلخی و استرس هایی هست که همه ی ما تجربشان کردیم و قصد ندارم در این ویژه نامه چنین اتفاقی را رقم بزنم؛ اما صحبت از اقتصاد فیزیوتراپی و بررسی وضعیت آن را هم برای آینده فیزیوتراپی لازم میدانم.

روزگاری جمعیت فیزیوتراپی در کشور بسیار محدود و ارائه خدمات نیز با محدودیت های اجرایی و علمی بسیاری رو به رو بود.

این در حالیست که نگارنده (یعنی بنده) با هدف جلوگیری از پراکندگی بحث اشاره کافی به سایر حوزه های اقتصادی فعال فیزیوتراپی همچون تجهیزات فیزیوتراپی، آموزش فیزیوتراپی، حوزه های دیجیتال و ... نکرده که هریک از این حوزه ها مرثیه ای دیگر نیاز دارند و هدف متن پیشرو بیشتر بخش همه گیر تر درمان فیزیوتراپی است.

اگر فیزیوتراپی را یک صنف و جامعه بدانیم که با وجود تفاوت های بسیار بین اعضا همگی سوار بر یک کشتی هستیم در نتیجه شاخص های رشد مشترکی موجود و توجه به حرکت و برنامه ریزی جمعی هدفمند و مشترک برای ارتقا این شاخص ها لازم است .

در بحث اقتصاد بدون هیچ دانش خاصی درآمد سرانه یک جامعه به عنوان اصلی ترین شاخص های رشد اقتصادی شناخته می شود که صحبت اصلی این مطلب نیز همین شاخص و اهمیت آن در آینده فیزیوتراپی می باشد .

آیا ما تا کنون در مورد سرانه مالی فیزیوتراپی صحبت کرده ایم؟

میانگین درآمد یک فیزیوتراپیست در کشور پهناوری مثل ایران را می دانیم؟ نحوه ی توزیع درآمد در جامعه فیزیوتراپی به چه شکل است؟

تاثیرات قدرتمندی مالی جامعه فیزیوتراپی در مسیر پیشرو ، تاثیرات جانبی توان مالی همکاران و راهکار های افزایش توان مالی جمعی و در نهایت افزایش درآمد سرانه کل فیزیوتراپی را بررسی کرده ایم؟

عدم توجه انجمن ها و مراکز دانشگاهی (که انتظار عدم توجه و شناخت را همیشه از آن ها داشته و داریم) و از سوی دیگر توجه کانالیزه شده به رشد مهارت های بالینی همکاران و همچنین درگیری های اجرایی و چالش هاش های مالی کلینیک ها باعث شده تا این مضامین با وجود راهگشا بودن در مورد همین مشکلات امروز ما ، نادیده گرفته شوند و در حد صحبت های لوکس و های کلاس باقی بمانند .

سخن کوتاه کنم

ما برای آینده فیزیوتراپی به همان اندازه که به فیزیوتراپیست های توانمند در حوزه بالینی نیاز داریم، به فیزیوتراپیست هایی توانمند از نظر اقتصادی و کسب و کاری نیز نیاز داریم.

بخشی از این توانمندی به شاخص های مالی و توانایی مالی هر فرد از جامعه فیزیوتراپی و بخشی دیگر به دانش و مهارت اقتصادی و کسب و کار برمیگردد که حاصل این متن قطعاً توجه بیش از پیش به این موضوعات و آینده نگری لازم و همچنین برنامه ریزی برای رشد این شاخص ها است.

بدون شک بخش زیادی از آینده ی فیزیوتراپی و قدرت صنفی و علمی رشته عزیزمان تحت تاثیر همین شاخص بوده و میبایست نگاه ژرف تری به آن داشته باشیم .



مصاحبه‌ای با فیزیوتراپیست دکتر مهرداد بهرامیان

در جامعه‌ی فیزیوتراپی، به ندرت می‌توان شخصی را یافت که نام دکتر مهرداد بهرامیان را نشنیده باشد. همه دکتر بهرامیان را با کلینیک بسیار شلوغ و پر مراجع، تدریس شیوای درای نیدلینگ و ارزیابی ارتوپدی و پس از آن ادامه تحصیل در مقطع DPT در آمریکا می‌شناسند. مطبی که در ادامه می‌خوانید حاصل مکالمه با دکتر مهرداد بهرامیان است:

این روزها تب و تاب و جنب و جوش در جامعه‌ی فیزیوتراپی از همیشه بالاتر است و همکاران ما در اقصی نقاط کشور به دنبال ارتقای مهارت‌های نرم در کنار تخصص و دانش علمی خود هستند تا بتوانند سهم بالاتری در درمان باکیفیت، و صد البته به دنبال آن، درآمد بیشتری داشته باشند.

افزایش درآمد، ارتقا سطح کیفی کار و مهارت‌های لازم برای فیزیوتراپیست بهتری بودن، جزو تاپیک‌های پر بحث و پر دنبال‌کننده‌ی این روزهاست و ما تصمیم گرفتیم در آستانه‌ی روز جهانی فیزیوتراپی طی یک مصاحبه‌ی کوتاه به آن بپردازیم.

۱) از نظر شما یک فیزیوتراپیست خوب چه ویژگی هایی دارد؟

در ابتدا سلام عرض میکنم خدمت دوستان و همکاران عزیز

۱۷ شهریور ماه، روز جهانی فیزیوتراپی، بر همه ی عزیزان مبارک باشه و امیدوارم رشته ی فیزیوتراپی در مسیر پیشرفت روز افزون، گام های ترقی رو طی کند.

از نظر من فیزیوتراپیست خوب فیزیوتراپیستی هست که علاوه بر مهارت کافی در درمان بیماری ها، صداقت لازم را در برخورد با بیماران داشته باشد. هم چنین فیزیوتراپیست خوب باید همیشه آپدیت بماند و اطلاعات به روز داشته باشد و از یادگیری مداوم و مطالعه ی روزانه غافل نشود.

۲) یک فیزیوتراپیست چه مهارت های غیرعلمی ای نیاز دارد؟

یکی از مهم ترین مهارت های غیر علمی ای که لازم هست هر فیزیوتراپیستی داشته باشد مطالعه ی کتاب ها و مقالات روانشناسی است، زیرا یک فیزیوتراپیست بیشتر از هر چیزی با درد در ارتباط است و یکی از مهم ترین جنبه های درد، جنبه ی سایکولوژیک آن است و برای این که یک فیزیوتراپیست بتواند تاریخچه و اطلاعات درستی را از بیمار دریافت کند، لازم هست که بتواند بیمار را هم از لحاظ شخصیتی و هم چنین جایگاه اجتماعی تحلیل کند. به این شکل نظر بهتری در رابطه با درد بیمار خواهد داشت و با ادراک کلیات شخصیتی فرد می تواند متوجه شود که چرا بر فرض مثال تمرینات در منزل را انجام نمی دهند یا گاهی اوقات زیاده روی می کنند.

۳) چطور میتوانیم مهارت هایمان را در راستای فیزیوتراپیست خوب بودن افزایش بدهیم؟

از نظر من مهارت های یک فیزیوتراپیست فقط با مطالعه و فقط با شرکت کردن در کارگاه ها افزایش پیدا نمی کند. فیزیوتراپیست خوب فیزیوتراپیستی است که خودش را در معرض آزمایش قرار بدهد؛ به عبارت دیگر هیچ زمانی از درمان غافل نباشد و یک ذهن منظم و ارگانیزه داشته باشد تا بتواند بیماران مشابه را در کنار یکدیگر قرار بدهد و بتواند از اطلاعاتی که از بیماران مشابه دریافت می کند برای درمان بیماران مشابه دیگر در آینده استفاده کند. بنابراین افزایش مهارت فقط در کلینیک و با بیمار دیدن، اتفاق می افتد. شما هر چقدر اطلاعات تئوری به روز و عالی داشته باشید تا مادامیکه از این علم در مطب استفاده نکنید، ممکن است به نتیجه مطلوبی نرسید.

۴) چطور می توان همیشه آپدیت بود و کیفیت درمان بهتری را ارائه داد؟

یکی از بهترین راه ها مطالعه ی کتاب های بیسیک مرجع هست. مثل مطالعه ی روزانه ی آناتومی، بیوهکانیک و پیدا کردن مثال هایی از آن ها در بیماران مطب.

یکی دیگر از راه ها شرکت در جلسات آنلاین ژورنال کلاب یا بررسی مقالات جدید می باشد. تجربه ی پاندمی به ما نشان داد علم آموزی را میتوانیم به شکل آنلاین هم انجام دهیم.

در کشورهای پیشرفته دانشگاه ها ارتباط نزدیکی با کلینیشین ها دارند و سعی می کنند با برگزاری جلسات ژورنال کلاب برای آن ها، اطلاعاتشان را به روز نگه دارند.

می تواند در جامعه ی فیزیوتراپی و در درصدی از همکاران وجود داشته باشد که این زاده ی شرایط بد جامعه است که افراد برای زنده ماندن، یک سری کارهای غیراخلاقی انجام بدهند.

بنابراین این چالش ها، مثل نبود کار مناسب و نبود آینده ی شغلی امن برای همکاران فیزیوتراپیست از نظر من یک چالش بزرگ است. الان یک فیزیوتراپیست با حقوق دریافتی خود حتی نمیتواند به فکر تهیه ی یک ماشین راحت باشد چه برسد به خرید منزل، خرید و تجهیز مطب و .. که گاهی اوقات برای افراد غیر قابل دسترس شده و حتی نمی توانند به آن فکر کنند.

۷) یکی از مشکلات اصلی کلینیک ها در حال حاضر بحث درآمدزایی و افزایش بیماران کلینیک ها است . به نظر شما بهترین مسیر برای افزایش درآمد، همزمان با حفظ کیفیت درمان چیست؟

بحث کاهش درآمد مطب های فیزیوتراپی و به صورت کلی کاهش درآمد فیزیوتراپیست ها، متناسب با تورم موجود در جامعه، کماکان شبیه به بقیه ی ارکان جامعه است و قشر متوسط در حال نزدیک شدن به قشر فقیر جامعه هستند و متأسفانه همکاران ما بیش از 95 درصد در سطح متوسط جامعه زندگی میکنند و سطح درآمدشان به گونه ای نیست که بتوانند یک زندگی سالم و امن برای خود داشته باشند ولی توصیه ی من برای همکاران جوان این است که قبل از این که تعداد مناسبی مراجع کننده ی راضی و قبلی نداشتید، اقدام به تاسیس مطب نکنید چون باعث متضرر و ورشکسته شدن شما می شود.

۵) شما موفقیت خود را مدیون چه چیزی می دانید؟

موفقیت در ذهن و باور من، تمایل به بلند شدن پس از شکست و مبارزه برای رسیدن به شکست دیگر است. بنابراین موفقیت فاصله ی شما از یک شکست تا شکست دیگر است. شکست هر فردی را ناامید میکند و این طبیعی ست ولی من همیشه سعی کردم برای خودم یک انگیزه برای مبارزه مجدد ایجاد کنم.

۶) در شرایط موجود جامعه، چالش های زیادی در مسیر رشد در فیزیوتراپی برای همکاران وجود دارد. به نظر شما مهم ترین این چالش ها چیست و همکاران چگونه می توانند این چالش ها را مدیریت کنند؟

در یک کلام شرایط جامعه ی فیزیوتراپی را باید پر استرس و کمی نا امید کننده بنامیم؛ چیزی که دیگر اقشار جامعه در همه ی مشاغل در حال تجربه کردن هستند.

متأسفانه این شرایط بد باعث شده که افراد برای به دست آوردن رفاه و اداره کردن زندگی خود گاهی اوقات به موارد غیراخلاقی روی بیاورند. این موارد غیر اخلاقی گاهی می تواند خیلی ساده باشد. مثلاً همین که بیمار زودتر از ده جلسه فیزیوتراپی بهبود پیدا کرده است اما شما ممکن است درمان را تا جلسه ی دهم ادامه دهید. مثلاً این که بیمار ممکن است اصلاً با فیزیوتراپی بهتر نشود اما چون نسخه ی ریفرال فیزیوتراپی دارد، مورد درمان فیزیوتراپی قرار میگیرد. همه ی این ها می تواند آیتم های بد اخلاقی باشند که

من همیشه توصیه ام این است که می‌توانند از یک بیزینس کوچک شروع کنند. مثلاً یک یا دو تخت از یک کلینیک، یا چند ساعت از ساعات کاری یک کلینیک را اجاره کنند و بعد با تبلیغ و تولید محتوای مناسب در پلتفرم‌های مختلف سوشال مدیا، می‌توانند به جذب بیمار بپردازند.

بعد از این که دو رکن بزرگ درمان را در خودتان ایجاد کردید، که شامل مهارت و صداقت است، بعد از این می‌توانید افراد مختلفی را به خود جذب کنید. وقتی تعداد افرادی که از درمان شما نتیجه‌ی رضایتبخش گرفتند به بیش از ۱۲۰ نفر رسید، در آن زمان شما می‌توانید یک شیفت کامل را اجاره کنید. ۱۲۰ نفر که درمان کامل گرفته‌اند و از درمان و صداقت شما راضی بوده‌اند و نماینده‌ی ۱۲۰ خانواده هستند. وقتی این تعداد به ۲۰۰ نفر رسید شما می‌توانید یک کلینیک احداث کنید.

گاهی اوقات کلینیک احداث کردن در شهرهای بزرگی مثل تهران به دلیل مشکلات اخذ مجوز و مشکلات دیگری مثل آسانسور و کاربری ساختمان و آتش نشانی و ... پیچیده است اما این فرمول برای احداث کلینیک در شهرستان‌ها جواب می‌دهد و پس از مدتی همکاران می‌توانند کلینیکی داشته باشند که بدون این که از ورشکسته شدن بترسند درآمد مناسبی داشته باشند.

۸) توصیه‌ی شما به همکاران جوان و دانشجویان چیست؟

توصیه‌ی من به شما این است که هرگز از **دست دادن بیمار** نترسید. هرگز بیمار را به قیمت این که صداقت شما قربانی بشود نگه ندارید. یعنی این که درآمد خود را به قیمت این که صداقت شما قربانی بشود نگه ندارید.

یعنی این که درآمد خود را به داشتن صداقت با بیمار اولویت ندهید. همیشه صداقت با بیمار اولویت است. اگر شما با بیمار صادق باشید، بیمار هم به شما وفادار می‌ماند و شما را به افراد زیادی معرفی خواهد کرد و این‌ها بیماران همیشگی شما خواهند بود.

همیشه سالم کار کردن و صادق بودن در عین اجرای صحیح مهارت‌ها و تکنیک‌های بالینی، از مطب و بیزینس شما و حتی از شخص شما فرد بهتری می‌سازد.

۹) از صبر و حوصله و دقتی که در پاسخگویی داشتید ممنونیم. به عنوان حرف آخر، صحبتی با همکاران و مخاطبان توان دارید؟

کماکان امید من به این است که همکاران فیزیوتراپیست‌ها، با مطالعه‌ی مستمر و به دست آوردن مهارت‌های بیشتر، روز به روز بهتر و بهتر بشوند و این را حتماً بدانند که به دست آوردن مهارت و تجربه مستلزم گذشت زمان است. نباید هیچ موقع عجله کرد و باید اجازه داد هر چیز در چارچوب زمانی خود جلو برود. با حوصله داشتن و مطالعه‌ی مستمر و کار کردن روی مهارت‌های خود، از خودتان فردی بهتر بسازید.

در عین حال شما باید روی شخصیت خودتان نیز کار کنید. با کار کردن روی شخصیت خودتان می‌توانید به مرور از خودتان یک درمانگر ماهر و دلسوز بسازید. درمانگر ماهر و دلسوز همیشه می‌تواند موفق و پیروز و خوشحال باشد.

در مورد کلیت جامعه‌ی فیزیوتراپی، امیدوارم که فیزیوتراپی به جایگاهی که لایق آن هست برسد و مقطع دکترای حرفه‌ای فیزیوتراپی از کنکور شروع به گرفتن دانشجوی فیزیوتراپی بکند.

در آن زمان، به نظر من، فیزیوتراپی در ایران می تواند جایگاه بهتری داشته باشد و هزینه های درمانی بهتری را دریافت کند. همچنین امیدوارم یک تغییر اصولی در سیستم درمانی و چارچوب درمانی فیزیوتراپی اتفاق بیفتد. چون تا مادامی که تعرفه ی مدالیته های الکتروتراپی از سایر درمان ها بیشتر است، پیشرفت میسر نیست. در حالیکه در کشورهای پیشرفته، استفاده از مدالیته ها جایگاه چندانی ندارد. امیدوارم فیزیوتراپی به جایگاه اصلی خود که شامل تمرین درمانی و درمان های دستیست برسد و فیزیوتراپیست ها بتوانند جایگاه حرفه ای خودشان را در جامعه ی درمانی پیدا کنند.



دکتر فرشاد ملر می



در حوزه فیزیوتراپی، ۴ مدل تقسیم بندی رایج برای افراد مبتلا به کمردرد وجود دارد که بر اساس استانداردهای تصمیم گیری بالینی، به افراد هر گروه، درمانی متفاوت از گروه دیگر ارائه می‌نمایند. در حوزه فیزیوتراپی، ۴ مدل تقسیم بندی رایج برای افراد مبتلا به کمردرد وجود دارد که بر اساس استانداردهای تصمیم گیری بالینی، به افراد هر گروه، درمانی متفاوت از گروه دیگر ارائه می‌نمایند.

(۱) مدل گروه بندی بیماران کمردرد بر اساس روش های درمانی (دلیتو)

(۲) مدل تشخیص و درمان بر اساس الگوهای مکانیکال حرکت (مکنزی)

(۳) مدل سندروم های اختلال حرکتی (سهرمن)

(۴) مدل تقسیم بندی بر اساس مکانیسم ایجاد کمردرد (سالیوان)

از بین این ۴ مدل، دلیتو و مکنزی از سابقه تحقیقاتی بسیار بیشتری برخوردارند و معمولاً به شکل مدون در حال به روز رسانی مدل های خود می‌باشند. در این قسمت به بررسی اجمالی مدل دلیتو خواهیم پرداخت و صحبت درخصوص دیگر مدل ها و مقایسه آن ها با یکدیگر را، به فرصت های آتی موکول می‌کنیم.

علی رغم انجام مطالعات گسترده در خصوص موضوع کمردرد، هنوز نمی توان اظهار نظر شفافى در مورد برتری هر کدام از روش های درمانی نسبت به همدیگر بیان کرد. یکی از اصلی ترین علل عدم رسیدن به نتایج مورد انتظار درمانی، تجویز و ارائه یک مداخله درمانی برای جامعه متنوع افراد مبتلا به کمردرد می باشد. همانند مثالی مرسوم مبنی بر ناموفق بودن نسخه ای که برای همه افراد، یکسان تجویز شود، در افراد مبتلا به کمردرد نیز همین مسئله صدق می کند و نمی توان انتظار داشت یک نوع مداخله (مانند تعریفات ثباتی) برای همه افراد مبتلا به کمردرد به اندازه کافی موثر باشد. یکی از راه حل های علمی و منطقی که برای برطرف کردن این محدودیت و بهینه کردن نتایج درمان بیان شده است، گروه بندی افراد مبتلا به کمردرد تحت برچسب های تشخیصی جداگانه می باشد.

از این طریق، افراد درون هر گروه از نظر علائم بالینی، پیش آگهی و درمان تجویز شده با گروه های دیگر تفاوت خواهند داشت.

به بیانی دیگر جامعه متنوع افراد مبتلا به کمردرد، کانالیزه و در گروه های همگن شده و جدا از هم قرار داده می شوند.

بر همین اساس، مطالعات مختلفی بر موثرتر بودن این روش تشخیصی-درمانی نسبت به روش های بدون گروه بندی تاکید و بهبود الگوریتم های آن ها را یک اولویت پژوهشی قلمداد می کنند.

مدل دلیتو از زمان معرفی رسمی (۱۹۹۵) تا به امروز (۲۰۲۲) دو به روز رسانی گسترده را تجربه کرده است. یکبار در سال ۲۰۰۷ و بار دیگر در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۷-۲۰۱۵. در این مدل، با مراجعه فرد مبتلا به کمردرد، درمانگر باید بر اساس گزارش بیمار از علائم خود، بدون معاینه فیزیکی، فرد را در یکی از سه گروه زیر قرار دهد:

۱) گروه افراد با علائم نمایان کننده پرچم قرمز (مشکلات جدی تر که در آن‌ها فیزیوتراپی خط اول درمان نخواهد بود. مشکلاتی مانند سرطان و علائم بالینی منتج از آن - تعریق شبانه، کاهش وزن محسوس، گزارش تب و لرز همزمان با درد کمر و...)

۲) گروه افرادی که بدون انجام هیچ مداخله ای و صرفاً با آموزش و تغییر سبک زندگی بهبود می‌یابند (این افراد گزارش درد خفیف در مرکز ستون فقرات و بدون انتشار به پهلوها یا اندام‌های تحتانی دارند به نحوی که در وضعیت طولانی مدت استاتیک ایجاد و با تغییر وضعیت کاملاً برطرف می‌شود. از نظر تیم دلیتو این گروه از افراد نیازی به هیچ گونه مداخله درمانی بجز آموزش نخواهند داشت.)

۳) گروه افرادی که نیازمند دریافت خدمات فیزیوتراپی می‌باشند (حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد افراد مبتلا به کمردرد غیراختصاصی یا کمردرد با علت‌های نامشخص که درمانگران روی آن‌ها اتفاق نظر ندارند - غالبیت افراد مبتلا به کمردرد - در این گروه جای می‌گیرند.)

پس از ورود افراد به گروه فیزیوتراپی، بر اساس ۱) شدت درد، ۲) میزان محدودیت‌های ایجاد شده به دنبال کمردرد برای فرد و همچنین ۳) الگوی علائم، به یکی از سه گروه زیر وارد می‌شوند:

۱) گروه افراد نیازمند مداخلات کاهش دهنده علائم ۲) گروه افراد نیازمند مداخله بر روی العان‌های کنترل کننده حرکت

۳) گروه افراد نیازمند مداخله در جهت بهینه کردن عملکرد

هر کدام از این سه گروه، شامل زیرگروه‌هایی هستند که اساس نامگذاری مدل دلیتو همین زیرگروه‌ها می‌باشند.

• زیر گروه‌های گروه اول (کاهش دهنده علائم)

۱) گروه افراد نیازمند تعریف درمانی در جهت خاص (مثلاً گروه افرادی که تعریفات فلکسوری یا ویلیامز راه حل بهبود علائم آن‌هاست، گروه نیازمند تعریفات اکستانسوری یا مکنزی، و گروه نیازمند تعریفات اصلاح کجی ستون فقرات)

۲) گروه افراد نیازمند روش‌های موبیلیزیشن و مانیپولیشن

۳) گروه افراد نیازمند ترکشن

۴) گروه افرادی که موقتاً هیچ مداخله درمانی خاصی نباید روی آن‌ها انجام داد و باید استراحت در منزل داشته باشند (استراحت با انجام کارهای شخصی و رعایت کامل احتیاطات)

• زیر گروه‌های گروه دوم (کنترل حرکت):

۱) گروه افرادی که باید موبیلیتی ناحیه لومبار برای آن‌ها ارزیابی گردد. (موبیلیتی اعصاب شبکه لومبار و ساکرال، موبیلیتی مفاصل فست ناحیه لومبار، موبیلیتی عضلات درگیر در ناحیه لومبار)

۲) گروه افرادی که نیازمند تعریفات ثبات دهنده به لومبار می‌باشند.

تا به امروز برای گروه سوم (بهینه کردن عملکرد) زیرگروهی تعریف نشده است. اما افراد این گروه به دلیل احتیاجات سنگین تر شغلی (مانند ورزشکاران، شغل‌های فیزیکی یا طولانی مدت و...) نیازمند انجام تعریفات با لود بیشتر و زمان طولانی تر جهت بهبود عملکردهای هوازی و قلبی ریوی می‌باشند.

ورود افراد به هرکدام از این زیرگروه‌ها فقط با داشتن فاکتورهای تایید کننده مبنی بر مفید بودن مداخلات آن زیرگروه خاص برای آن فرد خاص، امکان پذیر می‌باشد.

در شماره‌های بعدی به بررسی فاکتورهای تایید کننده یا رد کننده ورود به هر کدام از گروه‌ها و زیرگروه‌هایشان خواهیم پرداخت.



دکتر معصومه حسام

عنوان: کاربرد عینک های استروبوسکوپی در توانبخشی

حرکات انسان توسط فرآیندهای کنترل حرکت فیدبک و فیدفوروارد حمایت می شود، در همین راستا سازماندهی آوران های حسی از سه سیستم دهلیزی، بینایی و سوماتوسنسوری با ارائه یک مدل داخلی از موقعیت بدن و حرکت نسبت به محیط خارجی از این فرآیندها پشتیبانی می کند. به همین دلیل تصور می شود که سیستم عصبی مرکزی (CNS) سهم آوران های حسی را با توجه به پیچیدگی حرکت، ویژگی های محیطی و قابلیت اطمینان سیگنال های ورودی وزن گذاری (وزن دهی) می کند.

وزن گذاری حسی توانایی سیستم عصبی مرکزی برای سنجش میزان اتکا به فیدبک های حسی سه سیستم دهلیزی، بینایی و سوماتوسنسوری برای کنترل وضعیت می باشد. وزن نسبی اختصاص داده شده به هر کدام از سیستم های حسی با توجه به پیچیدگی تکلیف وضعیتی، شرایط محیطی و در دسترس بودن و قابل اعتماد بودن فیدبک های حسی متفاوت است. برای مثال، سیستم عصبی مرکزی در هنگام ایستادن آرام و بدون اغتشاش وزن گذاری بیشتری بر اطلاعات و ورودی های سیستم سوماتوسنسوری دارد؛ در حالیکه در هنگام ایستادن بر سطوح ناهموار و یا بی ثبات (اعمال اغتشاش) وزن گذاری کمتری بر اطلاعات و ورودی های این سیستم داشته و برای حفظ وضعیت ایستادن وزن را به سایر اطلاعات و ورودی حسی قابل اعتمادتر افزایش می دهد. (در صورت در دسترس بودن، سیستم بینایی). توانایی سیستم عصبی مرکزی برای تغییر سهم نسبی سیستم های حسی «وزن دهی مجدد حسی» نامیده می شود، که هماهنگی حرکتی را از طریق برجسته ترین و قابل اعتمادترین اطلاعات بر روی ورودی های کمتر قابل اعتماد، سوگیری می کند.

نگارنده: دکتر معصومه حسام

استادیار گروه آموزشی فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی

شاپور اهواز، اهواز، ایران

مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

در واقع به نظر می‌رسد وزن‌دهی مجدد حسی یک مکانیسم جبرانی برای ورودی‌آوران‌های تغییر یافته ناشی از آسیب‌های اسکلتی عضلانی و پیری را نیز فراهم می‌کند. نتایج یک مطالعه‌ی مروری نظام‌مند و فرا تحلیل نشان داد که افراد مبتلا به بی‌ثباتی مزمن مچ پا برای حفظ تعادل در حالت تک اندام، به دلیل کاهش فیدبک‌های سوماتوسنسوری و به عنوان یک مکانیسم جبرانی، وزن‌دهی مجدد حسی را به سمت فیدبک‌های بینایی اضافه می‌کنند. یافته‌های مشابهی در بیماران مبتلا به آسیب‌های لیگامانی زانو و افراد مسن نیز گزارش شده است.

هیچ شکی در اهمیت فیدبک‌های بینایی در هدایت رفتارهای حرکتی وجود ندارد، زیرا ما با محیط اطراف خود تعامل داریم، خواه برای دستکاری اشیاء در حین استفاده از ابزار باشد، یا فعالیت‌های سرپایی مانند پایین آمدن از پلکان یا حرکت در امتداد یک جاده شلوغ. اتکای به فیدبک‌های بینایی ممکن است بیماران مبتلا به اختلال در سیستم سوماتوسنسوری را قادر سازد تا تعادل ایستاده را حفظ کنند، اما می‌تواند در طول فعالیت‌های روزمره زندگی/یا در طی ورزش خطرناک باشد. چرا که این فعالیت‌ها اغلب شامل انجام چندین فعالیت بطور همزمان هستند و اتکای به فیدبک‌های بینایی بیماران ممکن است تا حد زیادی از کنترل تعادل منحرف شده و نقص در مکانیسم جبرانی آشکار شود و احتمالاً منجر به زمین خوردن و/یا آسیب شود. بنابراین، شناسایی کسانی که ممکن است در حین تعادل به سیستم بینایی تکیه کنند، ضروری است.

لازم به ذکر است در کنار فعالیت‌های روزانه، فعالیت‌های سریع، مانند فعالیت‌هایی که در ورزش‌های رقابتی انجام می‌شود نیز نیاز زیادی به اطلاعات سیستم بینایی دارند.

کنش‌ها و عکس‌العمل‌ها به عرضه مداوم اطلاعات دقیق و قابل اعتماد از محیط بستگی دارد و بنابراین، بر توانایی‌های بینایی سریع، توزیع‌شده و درک دقیق بینایی و توانایی‌های توجه استوار است. یکی از جنبه‌های کلیدی در این امر نقش فیدبک‌های بینایی است - اغلب مهم است که بتوانیم حرکات نسبی، فواصل و جرم اشیاء را در محیط بینایی ارزیابی و به روز کنیم تا نیروهای مناسب مورد نیاز برای یک برنامه‌ی حرکتی موفق را پیش‌بینی کنیم - در اینجا نیز اتکای به سیستم بینایی مانند آنچه بدن‌بال آسیب اتفاق می‌افتد می‌تواند خطر آسیب مجدد را در ورزشکاران افزایش دهد.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که خطر زمین خوردن و آسیب ممکن است با عدم تعادل حسی حرکتی، مانند اتکای بیش از حد به اطلاعات سیستم بینایی مرتبط باشد. علاوه بر این مشاهده شده است که سیستم اعصاب مرکزی سهم‌آوران‌های حسی را در پاسخ به اختلال حاد عصبی سازماندهی مجدد می‌کند. به عنوان مثال، در آسیب مفاصل محیطی، غیرفعال شدن گیرنده‌های مکانیکی بافت نرم ممکن است سیستم اعصاب مرکزی را تشویق کند تا برای جبران به بینایی تکیه کند. در واقع، مشاهده شده است که وابستگی به سیستم بینایی پس از جراحی بازسازی لیگامان صلیبی قدامی برای بیش از سه سال باقی می‌ماند. با توجه به افزایش خطر آسیب‌ها، در مطالعات مختلف تلاش شده است از طریق اعمال وضعیت چشم بسته در طول تمرینات توانبخشی تعادل اتکای بینایی را در افراد مبتلا به آسیب‌های اسکلتی عضلانی تغییر دهند. با این حال، نتایج یک مطالعه مروری نظام‌مند و فرا تحلیل نشان داد که تمرینات تعادلی به این صورت نمی‌تواند اتکای به سیستم بینایی را تغییر دهد.

به منظور تغییر اتکای بینایی در طول تمرینات توانبخشی، بر اساس توصیه‌های این مطالعه ی فرا تحلیل، اعمال اغتشاش در اطلاعات سیستم بینایی باید در طول حرکات با سطح دشواری بیشتر و پیچیده تر اعمال شود، که در تمرینات تعادلی رایج محدود بوده چرا که حرکت انسان با چشمان بسته بسیار محدود است.

بر اساس آنچه گفته شد به نظر می‌رسد ارزیابی وزن‌دهی مجدد حسی از سیستم‌های حسی به سیستم‌های بینایی نیازمند مکانیسم‌هایی برای اختلال در هر دو سیستم است. با این حال، تا کنون ارزیابی میزان وابستگی به اطلاعات سیستم بینایی به دو شرایط شدید محدود شده است: دید کامل (ارزیابی با چشم باز) یا بدون دید (ارزیابی با چشم بسته). به عنوان انسان، تجربیات بینایی معمولی ما با یک جریان پیوسته و بدون وقفه اطلاعات دریافتی آغاز می‌شود و سیستم بینایی ما توانایی تبدیل این اطلاعات را به یک تجربه ادراکی یکپارچه و پیوسته از حرکت و فرم ایجاد کرده است. چه اتفاقی می‌افتد اگر جریان ورودی به سیستم بینایی تغییر می‌کند تا فقط نگاه‌های اجمالی پی در پی از محیط اطراف را ممکن می‌کند؟

در سال‌های اخیر، با هدف کاهش وابستگی به سیستم بینایی، عینک‌های استروبوسکوپیک به عنوان یک ابزار تخصصی جهت ارزیابی و درمان توانبخشی معرفی شده است. پیشرفت‌های اخیر در فناوری این عینک‌ها مکانیزمی برای ایجاد اغتشاش در سیستم بینایی به هر درجه بین چشم‌های بسته و چشم باز را فراهم می‌کند. این عینک‌ها بدون حذف داده‌های بینایی از طریق تغییر بین دو حالت مات نسبت به حالت شفاف ایجاد اغتشاش بینایی می‌کنند و این پتانسیل را دارند که به شناسایی میزان وابستگی به فیدبک‌های بینایی برای کنترل

وضعیتی کمک کند، زیرا سطح اختلال را می‌توان تا زمانی که کنترل وضعیتی مختل تشخیص داده شود، تغییر داد.

سوسو زدن بین فریم‌های شفاف و مات می‌تواند تا حدی اطلاعات بینایی را مسدود کند و در نتیجه وضعیت بینایی متناوب به نام دید استروبوسکوپیک ایجاد شود. دید متناوب یا استروبوسکوپیک موقعیت جالبی را ارائه می‌دهد زیرا جریان عادی اطلاعات بینایی را قطع می‌کند و بنابراین فیدبکی را که برای هدایت حرکات در حین انجام آنها در دسترس است، کاهش می‌دهد. به عنوان مثال، تصور کنید که در یک محیط استروبوسکوپیک سعی می‌کنید توپ را بگیرید. از آنجایی که نمی‌توانید به طور مداوم ببینید، مجبور هستید بین نمونه‌های بینایی مجزا برون‌یابی کنید تا مسیر توپ را به درستی قضاوت کنید. در چنین حالتی شما مجبور به استفاده از اطلاعات بینایی ناقص در طول فعالیت حرکتی و یا ورزشی هستید و از مکانیسم‌های متعددی برای انجام موفق فعالیت استفاده می‌کنید. به عنوان مثال، افراد ممکن است به دنبال جبران کمبود بینایی مداوم خود باشند و ترجیحاً اطلاعات را در حافظه دیداری ذخیره کنند تا درک و/یا کنترل حرکتی را تسهیل کنند. این نیاز به جبران نشان می‌دهد که محیط‌های استروبوسکوپیک می‌توانند یک ابزار تحقیقاتی قوی برای مطالعه پردازش بینایی و بررسی تعامل بین سیستم بینایی و فعالیت‌های حرکتی در نظر گرفته شوند. عینک‌های استروبوسکوپیک امکان ارزیابی دیداری-حرکتی را در حین حرکات دینامیکی به خوبی فراهم می‌کنند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که بینایی استروبوسکوپیک می‌تواند به عنوان مداخله‌ای برای وزن‌دهی مجدد حسی در نظر گرفته شود.

1- KROLL M, PREUSS J, NESS BM, DOLNY M, LOUDER T. EFFECT OF STROBOSCOPIC VISION ON DEPTH JUMP PERFORMANCE IN FEMALE NCAA DIVISION I VOLLEYBALL ATHLETES. SPORTS BIOMECHANICS. 2023 AUG 3;22(8):1016-26.

2- APPELBAUM LG, CAIN MS, SCHROEDER JE, DARLING EF, MITROFF SR. STROBOSCOPIC VISUAL TRAINING IMPROVES INFORMATION ENCODING IN SHORT-TERM MEMORY. ATTENTION, PERCEPTION, & PSYCHOPHYSICS. 2012 NOV;74:1681-91.

3- GROOMS DR, CHAUDHARIA, PAGE SJ, NICHOLS-LARSEN DS, ONATE JA. VISUAL-MOTOR CONTROL OF DROP LANDING AFTER ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION. JOURNAL OF ATHLETIC TRAINING. 2018 MAY 1;53(5):486-96.

4- TSAI YV, CHEN YC, ZHAO CG, HWANG IS. ADAPTATIONS OF POSTURAL SWAY DYNAMICS AND CORTICAL RESPONSE TO UNSTABLE STANCE WITH STROBOSCOPIC VISION IN OLDER ADULTS. FRONTIERS IN PHYSIOLOGY. 2022:1659.

5- APPELBAUM LG, SCHROEDER JE, CAIN MS, MITROFF SR. IMPROVED VISUAL COGNITION THROUGH STROBOSCOPIC TRAINING. FRONTIERS IN PSYCHOLOGY. 2011 OCT 28;2:276.

6- BENNETT SJ, HAYES SJ, UJI M. STROBOSCOPIC VISION WHEN INTERACTING WITH MULTIPLE MOVING OBJECTS: PERTURBATION IS NOT THE SAME AS ELIMINATION. FRONTIERS IN PSYCHOLOGY. 2018 JUL 25;9:1290.

7- GROOMS D, APPELBAUM G, ONATE J. NEUROPLASTICITY FOLLOWING ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURY: A FRAMEWORK FOR VISUAL-MOTOR TRAINING APPROACHES IN REHABILITATION. JOURNAL OF ORTHOPAEDIC & SPORTS PHYSICAL THERAPY. 2015 MAY;45(5):381-93.

8- LEE H, HAN S, HOPKINS JT. ALTERED VISUAL RELIANCE INDUCED BY STROBOSCOPIC GLASSES DURING POSTURAL CONTROL. INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH. 2022 FEB 12;19(4):2076.

9- WOHL TR, CRISS CR, GROOMS DR. VISUAL PERTURBATION TO ENHANCE RETURN TO SPORT REHABILITATION AFTER ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURY: A CLINICAL COMMENTARY. INTERNATIONAL JOURNAL OF SPORTS PHYSICAL THERAPY. 2021;16(2):552.

10- KIM KM, KIM JS, GROOMS DR. STROBOSCOPIC VISION TO INDUCE SENSORY REWEIGHTING DURING POSTURAL CONTROL. JOURNAL OF SPORT REHABILITATION. 2017 SEP 1;26(5).

11- KIM KM, KIM JS, OH J, GROOMS DR. STROBOSCOPIC VISION AS A DYNAMIC SENSORY REWEIGHTING ALTERNATIVE TO THE SENSORY ORGANIZATION TEST. JOURNAL OF SPORT REHABILITATION. 2020 MAY 29;30(1):166-72.

12- HAN S, LEE H, SON SJ, HOPKINS JT. THE EFFECTS OF VISUAL FEEDBACK DISRUPTION ON POSTURAL CONTROL WITH CHRONIC ANKLE INSTABILITY. JOURNAL OF SCIENCE AND MEDICINE IN SPORT. 2022 JAN

13- WILKINS L, APPELBAUM LG. AN EARLY REVIEW OF STROBOSCOPIC VISUAL TRAINING: INSIGHTS, CHALLENGES AND ACCOMPLISHMENTS TO GUIDE FUTURE STUDIES. INTERNATIONAL REVIEW OF SPORT AND EXERCISE PSYCHOLOGY. 2020 JAN 1;13(1):65-80. 1;25(1):53-7.

14- WILKINS L, GRAY R. EFFECTS OF STROBOSCOPIC VISUAL TRAINING ON VISUAL ATTENTION, MOTION PERCEPTION, AND CATCHING PERFORMANCE. PERCEPTUAL AND MOTOR SKILLS. 2015 AUG;121(1):57-79.

15- APPELBAUM LG, CAIN MS, SCHROEDER JE, DARLING EF, MITROFF SR. STROBOSCOPIC VISUAL TRAINING IMPROVES INFORMATION ENCODING IN SHORT-TERM MEMORY. ATTENTION, PERCEPTION, & PSYCHOPHYSICS. 2012 NOV;74:1681-91.

16- SMITH TQ, MITROFF SR. STROBOSCOPIC TRAINING ENHANCES ANTICIPATORY TIMING. INTERNATIONAL JOURNAL OF EXERCISE SCIENCE. 2012;5(4):344.

17- SONG K, RHODESE, WIKSTROM EA. BALANCE TRAINING DOES NOT ALTER RELIANCE ON VISUAL INFORMATION DURING STATIC STANCE IN THOSE WITH CHRONIC ANKLE INSTABILITY: A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS. SPORTS MEDICINE. 2018 APR;48:893-905.

تحقیقات مختلف نشان دهنده اثر مثبت استفاده از عینک های استروبوسکوپیک در بعضی از جنبه های حافظه ی کوتاه مدت، حافظه ی بینایی، شناخت بینایی، پیش بینی و تعقیب چند شی در افراد سالم می باشد. سایر مطالعات نیز نشان می دهند که اثرات سازگاری کوتاه مدت از تعریف با دید استروبوسکوپي ممکن است به بهبود فعالیت های دیداری حرکتی ماهرانه یا نیمه ماهرانه مانند بدمیتون و والیبال کمک کند.

تکمیل فرایند توانبخشی پیشرونده، با هدف وزن دهی مجدد حسی، دشوار است، به خصوص که تمرینات با چشم بسته ممکن است برای افراد آسیب دیده بسیار سخت باشد. همچنین، آموزش سیستم بینایی حرکتی در حالت انسداد کامل بینایی (تمرینات با چشم بسته) ممکن است انتقال آموزش کنترل وضعیتی را به سایر تکالیف حرکتی جدید محدود کند.

مزیت منحصر به فرد این عینک ها این است که فعالیت های حرکتی پویا را که با چشم بسته نمی توان تکمیل کرد، براحتی و در محیط ایمن می توان انجام داد. دید استروبوسکوپي نه تنها به فرایند توانبخشی پیشرونده اجازه می دهد، همچنین می تواند در محیط های مختلف بینایی مورد استفاده قرار گیرد، که باعث افزایش وزن دهی به سیستم سوماتوسنسوری می شود این استراتژی ممکن است سیستم اعصاب مرکزی را تحریک کند تا اطلاعات را از ورودی های سوماتوسنسوری و دهلیزی دوباره وزن دهی کند تا اتکای بیش از حد به فیدبک های بینایی را کاهش یابد و منجر به بهبود کنترل وضعیتی و عملکرد حرکتی شود. بر اساس مطالعات انجام شده در سال های اخیر به نظر می رسد عینک های استروبوسکوپیک می توانند ابزاری مناسب جهت ارزیابی میزان وابستگی به سیستم بینایی در طی کنترل وضعیت و انجام حرکات و همچنین فرآیند توانبخشی بیماران در نظر گرفته شوند.



فیزیوتراپیست دکتر افشین آقازاده

رویکردهای درمانی مبتنی بر حرکت در بیماران کمردردی

الان آدم‌های زیادی می‌شناسم که در زمینه کمردرد در دنیا مطرح هستند و روش‌های مختلفی را دیده‌ام، شنیده‌ام و کار کرده‌ام، ولی اگر منصف باشم، باید بگویم هنوز کار تمام نشده است. یعنی مثل اینکه قرار نیست تمام شود.

اگر شما هم مثل من چند سالی شده که در حال بیمار دیدن هستید، مطمئنم بیماران کمردرد زیادی دیده‌اید. شخصا سال‌هاست که کار اصلی من شده دیدن بیماران با کمردرد مزمن و باید اعتراف بکنم که یکی از سخت‌ترین حوزه‌ها را برای خودم انتخاب کرده‌ام. یک زمانی اسم مکنزی و ویلیامز تنها اسامی بود که در درمان این بیماران می‌شناختم و فکر می‌کردم اگر این دو روش را بلد باشم دیگر کار تمام می‌شود.

وقتی از من خواستند تا مطلبی در مورد کمردرد بنویسم، اولین چیزی که به ذهنم رسید این بود که یک خلاصه‌ای از روش‌های درمانی مهم و مطرح در فیزیوتراپی جمع کنم. زمانی که داشتم روی پایان نامه خود کار می‌کردم به یک مقاله جالبی برخوردم که گروه پروفیسور هاجز نوشته بودند - باید بگویم اگر اسم هاجز را شنیده‌اید حتماً او را بخاطر بسپارید که آدم بسیار مهم و تاثیرگذاری در حوزه کمردرد در دنیا است - در این مقاله روش‌های درمانی مبتنی بر حرکت در بیماران کمردردی در حیطه فیزیوتراپی دسته بندی و معرفی شدند که من هم بخش عمده نوشته حاضر را از این مقاله خلاصه خواهم کرد و من فکر می‌کنم با توجه به بازخوردهایی که در صحبت‌های حضوری از همکاران و دوستان می‌گیرم این موضوع برای شما هم احتمالاً مفید باشد. البته باید اعتراف کنم که این بخاطر نوشته شخص من نیست که من فقط گفته های پروفیسور هاجز را برای شما خلاصه خواهم کرد. پس لطفاً سطور بعدی را با دقت مطالعه کنید.

در چند دهه گذشته یکی از تلاش‌های محققین برای درمان بیماران کمردردی این بود که آنها را به زیردسته‌های با علائم بالینی مشابه تقسیم کنند. در واقع هدف این بود که ویژگی‌های هر گروه را پیدا کنند و بعد بتوانند برای هر کدام درمان خاصی طراحی کنند. برای اینکه موضوع مشخص تر شود باید بگویم ما داریم الان در مورد تشخیص و دسته‌بندی بیماران کمردردی صحبت می‌کنیم. بیماران کمردرد را از جنبه‌های مختلفی می‌شود تقسیم بندی کرد و دید متخصصین مختلف در درمان ممکنه با هم تفاوت های زیادی داشته باشند، اما آن چیزی که همیشه برای ما فیزیوتراپیست‌ها مهمه ارتباط بین حرکت و درد بوده و هست. بخاطر همین روش‌های برآمده از فیزیوتراپی همیشه این دو کلید واژه را دارند، یعنی درد و حرکت. به همین دلیل تمرکز ما هم در این نوشته بر روی روش‌های مبتنی بر حرکت خواهد بود.

حداقل ۲۸ روش برای دسته‌بندی و درمان بیماران کمردردی وجود دارند که از این بین ۵ تای آنها مربوط به فیزیوتراپی و بر پایه ارتباط بین درد و حرکت هستند. به احتمال زیاد اسامی بعضی از این روش‌ها که در ادامه آنها را خواهم گفت برای شما آشنا خواهند بود و برخی نیز شاید به گوشتان هم نخورده باشد ولی از آن برای درمان استفاده می‌کنید، بدون اینکه بدانید برای چه کسی است. برخی دیگر نیز اصلاً بلد نیستیم و اگر اینطور بود اصلاً نگران نباشید چون همیشه برای یادگیری زمان هست. در ادامه من سعی خواهم کرد در حد توان مفاهیم گفته شده در هر کدام از این سبک‌های درمانی را برای شما خلاصه و ساده کنم و اول از همه سراغ روشی خواهم رفت که مطمئنم همه شما اسم او را شنیده‌اید و احتمال زیاد بلد هم هستید یعنی روش تشخیص و درمان مکانیکال مکنزی.

روش تشخیص و درمان مکانیکال (MDT) اولین بار توسط فردی به نام رویین آتونی مکنزی در سال ۱۹۸۱ مطرح شد. مکنزی فیزیوتراپیست و اهل نیوزیلند بود (بین سال‌های ۱۹۳۱ تا ۲۰۱۳). در کل مکنزی سه زیر گروه برای بیماران کمردردی مطرح می‌کند، یعنی درنژمنت، دیسفانکشن و پوسچرال که دوتای اولی زیرمجموعه‌هایی نیز برای خود دارند (جدول ۱). بر همین اساس هر بیمار کمردردی را از دید مکنزی می‌توان در زیر یکی از این سه دسته قرار داد. هدف اولیه در روش مکنزی تعیین این مورد است که آیا می‌توان علائم بیمار را با حرکات تکراری و یا پوسچرهای ثابت در جهت‌های خاص افزایش و یا کاهش داد؟

جابجایی دیسک بین مهره‌ای از مهمترین مفاهیم در توضیح این مدل است، مخصوصاً در توصیف شایع‌ترین زیر گروه این تقسیم‌بندی یعنی زیرگروه درنژنت. دو زیرگروه دیگر شیوع نسبتاً کمی در این مدل دارند یعنی زیرگروه‌های دیسفانکشن و پوسچرال. در زیرگروه دیسفانکشن تصور بر این است که بافت دچار کانترکچر، اسکار، چسبندگی، کوتاهی تطبیقی و یا ترمیم ناکامل شده است. در زیرگروه پوسچرال نیز فرض می‌شود بخاطر پوسچرهای طولانی مدت فقرات کمری در دانه‌های انتهایی، کپسول مفصلی و لیگامان‌ها دچار ایسکمی می‌شوند.

یک مرحله مهم در ارزیابی روش مکنزی استفاده از استراتژی‌های بارگذاری وابسته به جهت است تا از این طریق پدیده‌ای تحت عنوان "مرکزی شدن" مشخص گردد (یعنی حرکت درد از محیط به مرکز). منظور از استراتژی‌های بارگذاری، حرکات تکراری در دانه‌های انتهایی اکستنشن، فلکشن و یا لترال گلاید است تا از این طریق جهت درمان نیز مشخص گردد.

• دومین روش دسته بندی مبتنی بر حرکت که سبکی است به نام تقسیم بندی بر پایۀ پاتوآناتومی در ایران چندان شناخته شده نیست. در این روش که توسط دکتر تام پترسن مطرح شده است، تلاش بر این است تا بین تست‌های ارتوپدی کلیدی و ساختارهای پاتولوژیک فرضی بتوان ارتباط برقرار کرد. ۹ گروه از ۱۱ گروهی که در این دسته‌بندی وجود دارند، شامل تمامی ساختارهای احتمالی است که می‌توانند منجر به کمردرد شوند. دو گروه دیگر نیز تحت عنوان "سندرم درد غیرطبیعی" و "INCONCLUSIVE" شناخته می‌شوند. سندرم‌ها با توجه به محل علائم و همچنین تاثیر بارگذاری‌های مکانیکی تعریف می‌شوند.

این روش از یک نگاه سلسله مراتبی تبعیت می‌کند، به این معنی که هر ساختاری که علت شایعتری برای کمردرد می‌تواند باشد، نخست در نظر گرفته خواهد شد؛ سپس به سمت ساختارهایی پیش می‌رود که احتمال کمتری برای بروز درد در ناحیه کمر دارد. اگر بخواهیم باز ساده‌تر توضیح دهیم باید گفت احتمال اینکه کسی با کمردرد پیش شما بیاید و درگیری دیسک داشته باشد بیشتر است، بنابراین بیماری که با کمردرد مراجعه می‌کند باید مشکل دیسک کمر داشته باشد مگر خلاف آن ثابت شود، اگر تست‌ها ارتوپدی و علائم بالینی خلاف آن را ثابت کرد احتمالاً درگیری ریشه عصبی دارد و اگر نه تنگی کانال نخاعی و الا آخر.

علاوه بر پاسخی که بیمار به استراتژی‌های بارگذاری نشان می‌دهد موارد دیگری نیز اهمیت خواهند داشت، از جمله (۱) مدت زمان علائم، (۲) میزان تحمل ایستادن، راه رفتن، نشستن و دراز کشیدن، (۳) سن بالای ۶۵ سال، (۴) عواهل تشدید کننده مکانیکی، (۵) علائمی که با ارزیابی تشدید می‌شود و (۶) نشانه‌های غیرارگانیک. برای آن دسته از افرادی که با این سبک آشنایی قبلی دارند نیز باید بگوییم که دو زیرگروه چسبندگی ریشه عصبی و گیرافتادگی ریشه عصبی بخاطر تکرارپذیری پایین بین آزمونگر از دسته بندی‌ها کنار گذاشته شده‌اند.

✕ فکر می‌کنم در این قسمت باید مثالی بزنم تا موضوع مشخص‌تر شود. ما برای خم شدن به جلو و برداشتن چیزی از روی زمین از ترکیب حرکت ستون فقرات کمری و ران کمک می‌گیریم. حال فرض کنید حرکت مفصل ران شما محدود شده است (به هر دلیلی که ما نمی‌خواهیم وارد جزئیات آن شویم)، برای رسیدن به هدف که برداشتن وسیله‌ای از روی زمین است، شما از فقرات کمری بیشتر استفاده خواهید کرد تا محدودیت حرکتی ران را جبران کنید. تکرار این حرکت در جهت خم شدن به جلو در طولانی مدت همراه با آسیب‌های در کمر خواهد شد و در نهایت منجر به توسعه کمردرد می‌شود. به این پدیده سفتی نسبی گفته می‌شود یعنی در مثال ما سفتی و محدودیت حرکت ران که باید توسط کمر جبران شود.

✕ یک مفهوم مهم در مدل سحرمن موضوعی تحت عنوان سفتی نسبی است که به نظر می‌رسد موجب تداوم و ایجاد حساسیت حرکات در جهات خاصی می‌شود. سفتی نسبی ممکن است در مفاصل بین مهره‌ای و یا مفاصل دیگری همچون شانه و یا ران دیده شود. در چند دهه گذشته گروه خانم سحرمن و همچنین طرفداران این سبک مطالعات زیادی برای نشان دادن این موضوع انجام داده‌اند. اغلب این مطالعات نیز متمرکز روی ناحیه کمری - لگنی بوده است. اگر اشتباه نکنم یکی از محققینی که روی این موضوع مطالعات زیادی انجام داده بود خانم لیندا وندیلن است. در مجموع حرکت زود هنگام و بیشتر از نرمال فقرات کمری نسبت به ران در تست و حرکات مختلف اندام تحتانی دیده شده است.

با توجه به محدودیت تعداد کلمات در هر جلد از مجله من مجبورم هستم تا در همین قسمت موضوع را به پایان برسانم، البته به امید خدا در جلد بعدی به ادامه موضوع خواهیم پرداخت. در نوشته آینده شما با دو روش باقیمانده دیگر یعنی تقسیم‌بندی مبتنی بر درمان (TBC) آقای دلیتو و سیستم تقسیم‌بندی اُسالیوان آشنا خواهید شد.

دکتر ارسلان قربانپور

ماهیت منوال تراپی



همه این مفاهیم براساس مدل‌های تئوری اختلالات بیومکانیکی عضلانی-اسکلتی درمانگران خلاق و دانشمند نظیر استیل، سیریاکس، میتلند، مالیگان، مکنزی و ... می باشند اما اینها مدل‌های شهودی بوده و براساس تجربه طراحی شده و برای استفاده در بالین نیازمند چارچوبی مناسب حاصل از مطالعات پژوهشی می باشد. مطالعات منتشر شده در ۳۰ سال گذشته به طور جدی مبانی مرتبط با بافت، تفسیر بیومکانیکی تکنیک‌های منوال تراپی، اعتبار و قابلیت اطمینان تکنیک‌های مربوط به ارزیابی توسط لمس را به چالش کشیده است.

به عنوان درمانگران متخصص در منوال تراپی ما وظیفه داریم از خود سؤالاتی بپرسیم:

آیا واقعا می توانیم بافت هدف خاصی را در ارزیابی به دقت لمس کنیم؟، آیا ما قادریم بافت خاصی را به عنوان مسئول علایم بیمار شناسایی کنیم؟، آیا می‌توانیم آن را از بافت‌های اطراف و سالم متمایز کنیم و هر گونه اختلالی را شناسایی کنیم؟، همچنین از بعد درمانی، آیا می‌توانیم تغییرات ساختاری در بافت‌های عضلانی-اسکلتی ایجاد کنیم، خواه این تغییرات شامل تغییر وضعیت مفصل یا جهت‌گیری رشته‌های کلاژن در بافت میوفاشیال باشد؟ و مهم‌تر از همه، آیا اصلاح بافت‌های عضلانی-اسکلتی با هدف دستیابی به بهبود علایم در بیمارانی که درد عضلانی-اسکلتی را تجربه می‌کنند، مرتبط و ضروری

بخش ۱؛ هنر مبتنی بر دستان درمانگر یا مبتنی بر علم درمانگر؟!

منوال تراپی (MANUAL THERAPY) یا درمان دستی، از گذشته تا به امروز به عنوان یکی از اصلی‌ترین گزینه‌های درمانی در حیطه توانبخشی و به طور خاص در حیطه فیزیوتراپی در درمان اختلالات عضلانی-اسکلتی شناخته شده است. این روش از دوران باستان سرچشمه گرفته و در سال‌های اخیر با ظهور پزشکی مبتنی بر شواهد (EVIDENCE- BASED MEDICINE)، درک بهتری برای درمانگران و پژوهشگران از مکانیسم‌های اساسی اثربخشی آن در محیط‌های بالینی کسب شده است. منوال تراپی از قرن هفدهم تحولی پیشرونده را تا به اینجا پیموده و اکنون تکنیک‌های منوال تراپی مدرن در فیزیوتراپی، استئوپاتی و کایروپراکتیک خود را در بالین تثبیت نموده اند. اما تفاوت‌های بسیاری در روند اجرای آنها وجود دارد که در بین پژوهشگران به عنوان حیطه‌ای مهم و بحث بر انگیز شناخته می‌شود.

درمان‌های منوال تراپی توسط درمانگران براساس فرضیات بیومکانیکی حاصل از تحریک علایم بیمار از طریق لمس و تست‌های خاصی انتخاب می‌شوند و می‌تواند طیف وسیعی از تکنیک‌های مفصلی، بافت میوفاشیال و یا بافت عصبی را شامل شوند.

است؟، این عوامل چقدر در تغییر پیش آگهی بیماران اسکلتی عضلانی اهمیت دارند؟ اگر چه شواهد فراوانی وجود دارد که اثربخشی درمان دستی در بهبود درد و تحرک بیماران مبتلا به اختلالات عضلانی-اسکلتی را تایید می کند اما این بهبودی ها عمدتاً کوتاه مدت بوده و به ویژه در بیماران با دردهای مزمن، اثربخشی کمتری دارند. در این وضعیت سوال مهمی که مطرح می شود اینست که چه کاری انجام دهیم که اثربخشی بلندمدت و حتی ماندگار در بیماران مبتلا به اختلالات عضلانی-اسکلتی، به ویژه در شرایط مزمن رخ دهد؟ پاسخ به این سوال رسالت مهم یک درمانگر متخصص در حیطه منوال تراپی می باشد.

شاید بتوان به این رسالت در مدل زیستی-روانی-اجتماعی (BIOPSYCHOSOCIAL MODEL) معنا داد. مطالعات نشان داده اند که در کنار عوامل بیومکانیکی اختلالات عضلانی-اسکلتی، عوامل روانی و اجتماعی مانند ترس از حرکت، اضطراب، افسردگی و ... نقش اساسی در میانجیگری و تعدیل علایم و پیش آگهی بیماران مبتلا به اختلالات عضلانی-اسکلتی، بخصوص در پیشرفت از فاز حاد به فاز مزمن ایفا می کنند. به عنوان مثال، فرض کنید بیمار با درد شدید کمر با سابقه کمر درد از پنج سال قبل، به شما مراجعه نموده است؛ ذهنیت بیمار در این وضعیت با هدف جلوگیری از آسیبهای احتمالی عصبی، در جهت هوشیاری بیش از حد، اضطراب و ترس از حرکت افزایش می یابد. در این مدل درمانگران باید مدیریت بالینی بیمار را براساس اصل فردی سازی (INDIVIDUALIZATION) پایه ریزی کنند؛ یعنی هر مداخله درمانی باید با توجه به شرایط و علایم خاص هر بیمار (تاکید می کنم شرایط و علایم خاص هر بیمار) انتخاب شود.

شاید در مثال فوق اجرای تکنیکهای منوال تراپی با هدف کاهش درد و تمرکز روی تغییر موقعیت دیسکهای بین مهره ای درگیر، نیازمند تصمیم گیری بالینی در انتخاب تکنیک برای این بیمار می باشد؛ تصمیم گیری بالینی براساس اصل فردی سازی!

بنابراین درمانگران باید نگاهی نو به تکنیکهای منوال تراپی داشته و براساس نیازمندیهای اختصاصی هر بیمار به تصمیم گیری بالینی بپردازند. هدف هر درمانگر بهبود علایم بیماران در کوتاه مدت و بلند مدت و مهم تر کاهش بار اقتصادی از نظام سلامت کشور خواهد بود؛ انتخاب تکنیک درست و مناسب برای هر بیمار (هر فرد زنده) ماحصل علم درمانگران در حیطه های بیومکانیک، روانشناختی و اجتماعی و آگاهی از مراحل اجرای هر تکنیک می باشد.

در سلسله بخشهای آینده درباره اثرات احتمالی PLACEBO و NOCEBO، مزایا و معایب انواع نگرشهای مختلف منوال تراپی، تصمیم گیری بالینی بر مبنای اصل فردی سازی علایم خواهیم پرداخت.

در صورت هر گونه سوال یا پیشنهاد می توانید از طریق ایمیل
ARSALANGHORBANPOUR@GMAIL.COM
در ارتباط باشید.

فیزیوتراپی کف لگن ۸ مغفول مانده اما مهم!

فیزیوتراپیست دکتر غزل خراجی



فیزیوتراپی کف لگن در حوزه های اختلالات دفع، اختلالات جنسی و ناباروری و بارداری نقش مهمی ایفا می کند.

از طرفی در کارگاه های آموزشی درصد بسیار کمی از شرکت کنندگان را آقایان تشکیل می دهند. در حالیکه بسیاری از مراجعین مراکز فیزیوتراپی کف لگن، آقایان با اختلالاتی نظیر دردهای کف لگن، یبوست و بی اختیاری ادراری پس از جراحی پروستات، هستند. با توجه به نیاز و ترجیح این افراد به درمان توسط فیزیوتراپیست های آقا، امیدواریم در کارگاه های آموزشی تعداد بیشتری از آقایان شرکت کنند و به فعالیت در این حیطه بپردازند.

فیزیوتراپی کف لگن، حوزه ایست که تمام فیزیوتراپیست هایی که به درمان اختلالات عضلانی-اسکلتی می پردازند، با آن سر و کار خواهند داشت. با یک مثال ساده به اهمیت این موضوع پی میبریم. فرض کنید فردی سالها با مشکل یبوست دست و پنجه نرم کرده است و حالا برای مشکل کمردرد و بیرون زدگی دیسک کمر به شما مراجعه می کند. آیا می توانید بدون درمان یبوست، کمردردی که به دنبال زور زدن های زیاد ایجاد شده است درمان کنید؟

بسیاری از درمانگران اختلالات اورتوپدی علاقه ای به ورود به حوزه ی درمانی اختلالات کف لگن ندارند. اما قطعاً افراد حرفه ای که علاقه به ارائه ی درمان اصولی دارند، با فیزیوتراپیست های متخصص در حوزه ی اختلالات کف لگن، همکاری می کنند و نتایج شگفت انگیزی در درمان مراجعه کنندگان می بینند.

عملکرد دفع و فعالیت جنسی، مواردی هستند که هر فرد به صورت روزانه با آن سروکار دارد، لذا درمان این اختلالات تاثیر بسزایی در بالا رفتن کیفیت زندگی مراجعه کنندگان دارد.



فیزیوتراپیست دکتر علیرضا شهاب



گوشه‌ای از خاطرات من به عنوان فیزیوتراپیست تیم ملی فوتبال ایران

يك هفته مونده تا اعلام لیست بازیکنان ایران به فیفا برای حضور در جام جهانی برزیل. با مصدومیتی که هاشم داره فکر نمیکنم بتونه در بازی تدارکاتی که با مونته نگرو برگزار میشه بازی کنه و اگر در ترکیب بازی دوستانه نباشه شانسش رو برای ترکیب ثابت تیم ملی از دست میده. تستهای عملکردی نتیجه مطلوبی نشون نمیده از طرفی نتایج سونوگرافی هم نشانی از هماتوم یا حتی التهاب در عضله سولئوس نداره.

حین صبحانه خوردن در هتل در حومه گراتس اتریش میز من کنار پنجره ای رو به شیب کوهی قرار داره که دارن تمرین پاراگلایدر انجام میدن. همینطور که به سر خوردن یکی از ورزشکارا تو آسمون خیره شده بودم و مسیرش رو دنبال میکردم نگاهم با نگاه کپروش تلاقی پیدا کرد که میز کنار من نشسته بود و در حالی که داشت قهوه اش رو مینوشید نظارت دقیقی هم به تمام شرایط تیم داشت. چشمتی زد که معنیش رو خوب میدونستم!

هاشم با شخصیت خاصش کنار صندلی من ایستاد: خوب خوبم خودم حالم رو میدونم رو به کپروش هم کرد و با خنده گفت کوچ... اوکی.

شد. اردوهای طولانی دور از محیط خانه و چالشهای شغلی زیاد عامل خستگی روح و جسمت میشه گاهی فشارهای اجتماعی از هر جنسی هم به این موضوع اضافه میشه و تو فقط باید تحمل کنی البته در کنار تمام این سختی ها شیرینی موفقیت، برد، لحظه دیدار دوباره خانواده بعد از مدتها و هیجان این حرفه و اینکه تونسته باشی 22 سال جایگاه رشته ات رو در تمام بازیهای ملی در سطح جهانی و در تصویر زنده تلویزیون پیش چشم میلیونها بیننده حفظ کنی این حس رو بهت میده که کار ماندگاری انجام دادی.

در حال حاضر در نوشته هایم که جسته گریخته در این سالیان نوشته ام انبوهی از خاطرات و اتفاقات انباشته شده، برد بحرین در تهران و صعود به جام جهانی 2006 آلمان و شکست برابر آمریکا و حذف از جام جهانی قطر و که روزی منتشر خواهم کرد.

بر اساس تجربیاتم فیزیوتراپیست ورزشی باید صبور باشد، مسلط به دانش روز باشد، از خود گذشتگی داشته باشد و تحمل قضاوت هر طیف فکری را داشته باشد.

یک مورد اضافه کنم: اگر به کار در کلینیک بهای زیادی میدهید اصولا کلینیک یک فیزیوتراپیست ورزشی به خاطر حضورش در اردوها با افت و خیز زیادی روبه روست که این مسئله به لحاظ اقتصادی زیاد مطلوب نیست.

ساختار این مقاله را کمی ساده نوشتم و قابل درک تا کسانی که قصد حضور در این عرصه ها را دارند شرایط را بهتر درک کنند و در خاتمه از استاد عزیزم دکتر محسن هاشمی نقل میکنم که فیزیوتراپیست ورزشی باید باور کند که از ارکان تیم است و در موفقیت تیم جایگاه خاص و انکار نشدنی دارد.

جلسه پزشکی قبل از تصمیم نهایی تشکیل شد و علی رغم اینکه تستهای عملکردی نامطلوب بود با اصرار بازیکن و دلخوشی به نتایج سونوگرافی رای مثبت برای حضور در بازی دوستانه صادر شد.....

دقیقه 19 نیمه ی اول يك استارت ناگهانی لب خط میزنه و لنگان لنگان سرعتش رو کم میکنه و میشینه. دیگه قطعی که جام جهانی رو از دست داده.

ناراحتی عمیقی وجودم رو فرا گرفته بود. به خودم لعنت میفرستادم که چرا با اینکه میدونستم، تحت تاثیر احساساتم قرار گرفته بودم. نگاهم رو چرخوندم سمت کیروش، صورتش قرمز شده بود و با تکیه دادن سرش رفت لب خط تا کارش رو ادامه بده..... اون اتفاق بدترین تصمیم دوران حرفه ای من بود.....

وقتی فیزیوتراپیست تیم ملی باشی، تصمیمات بین خودت و تیمارت نیست، مثل يك اتاق شیشه ای همه ی اتفاقات رو قضاوت میکنن و اعتبار و تلاشت میتونه در طی سالیان به دست بیاد ولی يك شبه نابود شه. وقتی فیزیوتراپیست يك تیم ورزشی باشی در مصدومیتها داخل زمین فرصت اشتباه نداری، باید از روی نیمکت تصمیمت رو بگیری، فرصت شرح حال گرفتن و معاینه دقیق نداری و در یکی دو دقیقه باید رای رو صادر کنی.

از طرفی علاوه بر تمام تفاوت هایی که کار کردن در تیم با فریالیت در کلینیک داره باید بپذیری که زندگی شخصی ات به طور کامل تحت الشعاع قرار میگیره برای من 22 سال تلاقی فیفا دی ها با عید نوروز و شروع اردو از 28 اسفند تا 12 فروردین و اردوهای بلند مدت 50-60 روزه عملا باعث از دست دادن خیلی از لحظه های شیرین خانوادگیم

شیوع لنف ادم

ممکن است به دنبال جراحی سرطان پستان و رادیوتراپی حدود 30 تا 40 درصد افراد دچار لنف ادم اندام فوقانی سمت جراحی شده شوند.

چهل و هفت درصد بیماران بعد از جراحی رادیکال VULVA (اندام تناسلی خارجی زنان) و پرتودرمانی ممکن است دچار لنف ادم اندام تحتانی شوند.

بروز لنف ادم در افرادی که از ارولوژیکیال کنسر رنج میبرند 50 درصد میباشند.

فیزیوتراپی تخصصی لنف ادم همچنین میتواند در افراد با مشکل لیپدما در اندام فوقانی و تحتانی و همچنین در موارد لیپولنف ادما در کاهش درد و افزایش توانایی فرد و کاهش حجم ادم فرد موثر باشد.

لنف ادم به دو صورت می باشد:

- لنف ادم اولیه یا مادرزادی
- لنف ادم ثانویه که وابسته به سرطان یا غیروابسته به سرطان است. در نوع لنف ادم ثانویه وابسته به سرطان به دو نوع لنف ادم خوش خیم و لنف ادم بد خیم تقسیم میشود.
- در نوع لنف ادم خوش خیم به دنبال عوارض درمان های سرطان بیماری فرد کنترل شده و به دنبال جراحی و پرتو درمانی ایجاد میشود. در نوع لنف ادم خوش خیم وابسته به سرطان پیشرفت ادم آهسته و کند میباشد و ممکن است در طول ماه ها و سال ها به تدریج حجم اندام مبتلا به لنف ادم افزایش یابد.

لنف ادم چیست؟

لنف ادما اختلال و ورم مزمن است که به علت تجمع مایع در بافت در قسمتی از بدن و اغلب در اندام ها به وجود می آید همچنین در صورت، گردن، شکم و اندام تناسلی ایجاد شود که یکی از دلایل اصلی آن عدم کارایی سیستم لنفاوی بدن به کاهش ظرفیت انتقال سیستم لنفاوی است.

تجمع غیرطبیعی مایع ادم غنی از پروتئین در ناحیه آسیب دیده لنف ادم گفته می شود.

سه نوع نارسایی وجود دارد که به ادم یا لنف ادم می توانند منجر شوند:

• **نارسایی دینامیک / پویا:** نارسایی دینامیک، شایع ترین نوع نارسایی است که منجر به ادم می شود.

در این مورد، بار لنفاوی بیش از ظرفیت انتقال آناتومیک و عملکردی سیستم لنفاوی سالم است.

• **نارسایی مکانیکی:** نارسایی مکانیکی یا کاهش در ظرفیت انتقال سیستم لنفاوی به علت عوامل عملکردی به دنبال جراحی، تابش اشعه، تروما، یا التهاب درگیرکننده سیستم لنفاوی به نارسایی مکانیکی می توانند منجر شوند.

• **نارسایی ترکیبی:** در نارسایی ترکیبی، ظرفیت انتقال سیستم لنفاوی کاهش یافته است و حجم بار لنفاوی همزمان افزایش یافته است وجود هر دو نارسایی دینامیک و مکانیکی به نارسایی ترکیبی منجر می شود. در لنف ادم سیستم لنفاوی سطحی دچار نارسایی مکانیکال و ترکیبی میشود.

فیزیوتراپیست سعیده سارلی مقدمه ای بر فیزیوتراپی در لنف ادم



لنف ادم مراقبت های در منزل حداقل به طور مداوم حدود شش ماه زمان میبرد (البته با توجه به وضعیت هر فرد دوره ی درمان در فاز اول و دوم متفاوت می باشد).

این روش به طور کلی شامل:

- تکنیک های دستی تخلیه ی لنف MLD یا MANUALLYMPH DRAINAGE
- بانداژ فشاری تخصصی چند لایه و گارمنت فشاری
- MULTI LAYER BANDAGE
- مراقبت پوست و ناخن
- SKIN AND NAIL CARE
- نرمش های احتقان زدایی

در شماره های آتی جزئیات بیشتری را به تفصیل بررسی خواهیم کرد.

در نوع لنف ادم بدخیم که به دنبال تومور اولیه شناسایی نشده و یا عود مجدد سرطان و یا متاستاز ایجاد میشود. علائم لنف ادم به دنبال آن دردناک است و مشکوک به بدخیمی است.

در این نوع لنف ادم سرعت پیشرفت ادم بسیار بالا و در مدت زمان کوتاه اتفاق می افتد.

در نوع لنف ادم ثانویه غیروابسته به سرطان به دنبال موارد زیر ممکن است ایجاد شود:

- فلبو لنفوادم
- تروما
- عفونت ها
- لیپو لنف ادما
- لنف ادما چاقی
- جراحی عروق
- جراحی ارتوپدی
- بیماری آرتریت
- پاراسایتس (فیلاریازیس)

انواع لنف ادم به چهار گرید تقسیم بندی میشود که با توجه به شدت لنف ادم فیزیوتراپیست با تخصص در حیطه ی لنف ادم پروتکل درمانی لازم را برنامه ریزی میکند.

موفق ترین روش استاندارد جهانی در کنترل لنف ادم روش CDT یا COMPLETE DECONGESTIVE .PHYSIOTHERAPY

این روش دارای دو فاز درمان می باشد. فاز اول درمان توسط لنفوتراپیست در کلینیک انجام میشود و ممکن است از دو هفته درمان تا پنج هفته درمان زمان ببرد (بستگی به شدت و نوع

لنف ادم و اینکه کدام اندام درگیر باشد دارد) وقتی حجم و اندازه ی محیطی اندام مبتلا به لنف ادم به حد نرمال یا اندازه ی نزدیک به نرمال رسید بیمار از کلینیک مرخص شده و فاز دوم درمان توسط خود بیمار و همراهانش با آموزش هایی که لنفوتراپیست جهت فاز نگهدارنده انجام شده در منزل ادامه می یابد. طبق رفرنس های مدیریت



فیزیوتراپیست سریل حجازی یکتا

۸ مهارتی که باید برای تبدیل شدن به یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای کسب کنیم:

طبیعتاً یکی از اهداف مهم ما فیزیوتراپیست‌ها باید این باشد که تا حد ممکن حرفه‌ای رفتار کنیم و بتوانیم نعلبده‌ی شایسته‌ای از حرفه‌ی فیزیوتراپی برای جامعه باشیم. حال این سوال ایجاد می‌شود که حرفه‌ای بودن یعنی چه؟ و با وجود اینکه منبع آموزشی در دنیای وسیع فیزیوتراپی، اصلاً باید از کجا حرفه‌ای شدن را شروع کرد؟ در این بخش قصد داریم که ۸ مهارت کلیدی‌ای که یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای دارد را بیان کنیم تا بتوانیم با دید بهتر و موثرتری به این موضوع نگاه کنیم و به سمت حرفه‌ای تر شدن قدم برداریم.

و اما یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای چه ویژگی‌هایی دارد؟

مسیر درمانی فوق‌العاده کلیدی است؛ فیزیوتراپیست حرفه‌ای، بیمار را به فیزیوتراپی وابسته نمی‌کند بلکه در جهت استقلال وی قدم برمی‌دارد.

(۴) پیش رفتن بر اساس تکنولوژی روز

با پیشرفت امروزه‌ی تکنولوژی، دیگر استفاده از تکنولوژی یک انتخاب نیست بلکه یک ضرورت است! فیزیوتراپیست حرفه‌ای باید سعی کند تا حد ممکن به صورت صحیحی از تکنولوژی در برنامه درمانی استفاده کند چرا که پیش رفتن بر اساس تغییرات روز دنیا، محکوم به شکست خواهد شد. استفاده از TELEHEALTH یکی از مثال‌های خوب برای استفاده از تکنولوژی در فیزیوتراپی است.

(۵) استفاده از شواهد و مطالعات به‌روز و معتبر

با وجود سختی‌های نسبتاً زیادی که در این زمینه وجود دارد، استفاده از جدیدترین شواهد معتبر در درمان یک امر ضروری است که فیزیوتراپیست حرفه‌ای هرگز از آن غافل نمی‌شود. فیزیوتراپیست حرفه‌ای همیشه موظف است از بین درمان‌ها و اقدامات مختلف سعی کند که پربازده‌ترین و کم‌ضررترین موارد را برای بیمار و بر اساس ترجیحات و نیازهای خود او انتخاب و استفاده کند؛ تکیه‌ی صرف به تجربیات، هرگز پاسخگوی نیازهای بیمار امروزی نخواهد بود.

(۱) توانایی مناسب در استدلال بالینی

چیزی که یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای را از یک تکنیسین عادی متمایز می‌کند، داشتن توانایی مناسب در استدلال بالینی است؛ یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای باید بتواند با استفاده از اطلاعات بدست آمده از ارزیابی مراجع یا بیمار خود، برنامه‌ی درمانی ویژه و شخصی‌سازی شده‌ای را طراحی کرده و درمان را بر اساس این برنامه پیش ببرد؛ بدیهیست که استدلال بالینی صرفاً محدود به ارزیابی اولیه نیست بلکه با پیشروی در درمان طی چند جلسه، معمولاً نیاز است که فیزیوتراپیست مجدداً با استدلال بالینی خود تغییراتی را با توجه به شرایط بیمار در برنامه درمانی ایجاد کند؛ ذهن یک فیزیوتراپیست چیزیست که سایر افراد جامعه از جمله افراد سودجو و مداخله‌گر از آن محروم‌اند بنابراین شایسته است که یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای بتواند حداکثر استفاده را از این امتیاز خود ببرد.

(۲) توانایی در برقراری ارتباط مناسب و همدلی کردن با بیمار

هدف فیزیوتراپیست حرفه‌ای صرفاً درمان آسیب‌ها نیست؛ بلکه فیزیوتراپیست حرفه‌ای یک انسان را درمان می‌کند! شنیدن ترس‌ها، نگرانی‌ها و اهداف بیماران همیشه باید یکی از اولویت‌های درمانی در فیزیوتراپی باشد؛ آشنایی با فرهنگ‌های مختلف و احترام گذاشتن به آنها نیز از ضرورت‌های ارتباطی فیزیوتراپیست حرفه‌ای است.

(۳) آموزش به بیمار و توانمندسازی او

ما بعنوان فیزیوتراپیست باید تا حد ممکن آموزش کاملی را در مورد مشکل بیمار خود به وی ارائه بدهیم؛ آموزش و آگاهی دادن به بیمار باعث افزایش توانایی بیمار در مدیریت مشکل می‌شود و همچنین باعث می‌شود که بیمار نقش فعال‌تری در درمان خود داشته باشد! دقیقاً چیزی که در

۶) ارتباط مناسب با سایر حرفه‌ها در درمان

بر اساس علم روز، یکی از اهداف اصلی فیزیوتراپیست حرفه‌ای باید ارائه برنامه درمانی -PATIENT CENTERED به بیماران باشد؛ قطعا وجود همکاری و ارتباط بین فیزیوتراپیست با پزشک، پرستار، روانشناس و حتی مهندکاران اجتماعی باعث می‌شود که رسیدن به این هدف بسیار آسان‌تر باشد؛ ایجاد شبکه‌ی ارتباطی-درمانی مناسب باید یکی از اهداف فیزیوتراپیست حرفه‌ای باشد.

۷) آموزش مداوم!

ما فیزیوتراپیست‌ها باید همواره بدنبال آموزش باشیم چرا که دنیای بزرگ و در حال رشد فیزیوتراپی این ضرورت را برای ما ایجاد کرده است؛ فیزیوتراپیست حرفه‌ای دائما در حال آموزش دیدن بوده و هر جا که لازم باشد، حتی از دانسته‌های سابق خود دست کشیده و آموزش‌های جدید را در بالین استفاده می‌کند.

۸) مراقبت از خود

در نهایت، اگر ما بعنوان فیزیوتراپیست نتوانیم از خود مراقبت کنیم قطعا نمی‌توانیم از بیمار خود نیز مراقبت کنیم! توجه به سلامت جسمی و همچنین سلامت روحی-روانی یکی از ضرورت‌های تبدیل شدن به یک فیزیوتراپیست حرفه‌ای است؛ قطعا حرفه‌ی فیزیوتراپی هم چالش‌های فیزیکی و هم چالش‌های روانی فراوانی برای یک فیزیوتراپیست خواهد داشت که اگر فیزیوتراپیست توجه لازم را به آنها نداشته باشد، پس از مدتی مغلوب این چالش‌ها شده و ممکن است افت بازدهی بسیار زیادی را در درمان و آموزش تجربه کند و درگیر یک سیکل معیوب شود.

ارادتهند، فیزیوتراپیست سهیل حجازی یکتا



فیزیوتراپیست کیارش خیرانیان



بطور کلی علل سرگیجه را در وهله اول به دو گروه مرکزی و محیطی تقسیم می‌کنند. در سرگیجه های مرکزی، مناطق مربوطه در سیستم عصبی مرکزی دچار مشکل می‌شوند (از شایعترین آن‌ها می‌توان به تومورهای نواحی مختلف مغز اشاره نمود) و از طرفی در سرگیجه‌های محیطی، آسیب هایی در نواحی‌ای همچون گوش داخلی، حس عمقی مفاصل و عضلات و ... سبب سرگیجه و نقصان در تعادل می‌شوند.

تخصص‌های مختلفی با همفکری و مشورت با یکدیگر و در قالب کار تیمی، می‌توانند بیماران مبتلا به سرگیجه را درمان کنند که از جمله آن‌ها می‌توان به متخصصین نورولوژی، گوش و حلق و بینی، شنوایی شناسی و وستیبولار فیزیکیال تراپی اشاره نمود.

امروزه یکی از شایعترین شکایات بیماران بخصوص از دوره میانسالی به بعد مربوط به علائم سرگیجه و عدم تعادل است؛ این مشکلات جدا از حس ناخوشایند و علائم همراهی چون حالت تهوع و...، ریسک افتادن و خطرات جانبی آن را برای بیماران بالا می‌برند.

حفظ تعادل مکانیسم پیچیده‌ای دارد و سیستم های متفاوتی در بدن انسان با همکاری یکدیگر سبب این دست‌آورد مهم می‌شوند؛ سه سیستم مهم دخیل در حفظ تعادل عبارتند از ورودی‌های بینایی، ورودی‌های بخش دهلیزی گوش داخلی (وستیبول) و ورودی‌های حس عمقی، به قسمی که این ورودی‌ها پس از پردازش توسط بخش‌های مربوطه در سیستم عصبی مرکزی مسبب فراهمین حرکتی بمنظور حفظ و برگرداندن تعادل از دست رفته می‌باشند و نقص در هر یک از سیستم‌های مذکور می‌تواند سبب اختلال در تعادل و سرگیجه شوند.

وستیبولار فیزیکیال تراپی یکی از حیطه‌های تخصصی فیزیوتراپی می‌باشد که متخصصین این حیطه با کسب دانش در زمینه پاتولوژی و دیسفانکشن‌های گوش داخلی و دیگر سیستم‌های دخیل در تعادل به درمان بیماران با علائم سرگیجه و نقص تعادلی می‌پردازند. از آنجایی که مشکلات گوش داخلی گوناگونی می‌توانند سبب سرگیجه و برهم زنده تعادل باشند (مانند BPPV یا سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوشخیم، بیماری منیر و هیدروپس اندولنف، میگرن وستیبولار، نورینوم اکوستیک، فیستول پری لنف و...) فیزیکیال تراپیست‌های وستیبولار با انجام یکسری مانورهای درمانی و آموزش تمرینات اختصاصی می‌توانند علائم سرگیجه و کاهش تعادل بیماران را تا حد زیادی تخفیف داده و درمان کنند که از جمله آن‌ها می‌توان به مانورهای ریپوزیشنینگ کریستال، تمرینات

HABITUATION

SUBSITUATION

GASE STABILIZATION و... اشاره نمود. نقش وستیبولار فیزیکیال تراپیست‌ها در سلامت جامعه بقدری حایز اهمیت است که از سالیان پیش در کشورهای نظیر استرالیا، این متخصصین در بخش‌های اورژانس بیمارستانی مشغول به کار هستند تا به بیمارانی که با علائم سرگیجه وستیبولار حاد مراجعه می‌کنند خدمت رسانی کنند.

یکی از اختلالات محیطی سیستم وستیبولار که شایعترین علت سرگیجه محیطی به شمار می‌رود و بصورت حاد بروز پیدا می‌کند عبارت است از سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوشخیم یا همان BPPV که مخفف BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO می‌باشد. این بیماران گزارشی از اپیزودهای کوتاه سرگیجه بهنگام تغییر پوزیشن سر دارند خصوصاً حرکاتی که شامل اکستنشن سر همراه با روتیشن باشد. این سرگیجه‌ها معمولاً 30 ثانیه الی 2 دقیقه بطول می‌انجامد و سپس تسکین می‌یابند.

یکی از نکات مهم در تشخیص افتراقی این اختلال از سایر اختلالات وستیبولار این است که علائمی همچون کاهش شنوایی، تینیتوس و پری گوش (کیپ شدگی) در آن وجود ندارد هرچند در مواردی ممکن است BPPV همراه با سایر اختلالات وستیبولار بروز پیدا کند. این بیماری یک مشکل مکانیکال است و پاتوفیزیولوژی آن به جداشدگی و وارد شدن اتوکونیا (کریستال‌های کلسیم کریستال حساس به جاذبه) از ارگان‌های اتولوتیک (اتریکل) به درون مجاری نیم‌دایره (SSC) برمی‌گردد. کریستال‌های وارد شده به درون مجاری نیم‌دایره در صورتی که درون کانال به حالت شناور دریابند به آن کانالیتایزیزس گویند و در صورتی که به بخش کوپولا بچسبند، کوپولولیتایزیزس گویند. شایعترین کانال درگیر کانال خلفی و خصوصاً کانال خلفی سمت راست می‌باشد و در جایگاه بعد کانال افقی و کانال قدامی (فوقانی) قرار دارند.



برای بررسی هرکدام از کانال‌ها تست‌ها و مانورهای خاصی وجود دارد برای مثال برای بررسی کانال خلفی که شایعترین کانال درگیر است می‌توان به تست **DIX-HALLPIKE** و **SEMONT** اشاره نمود. هنگامی که تست انجام میشود، علائم سرگیجه، حالت تهوع و ... بیمار برای مدت کوتاهی تشدید میشود و نیستاگموس رخ میدهد. درگیری هرکدام از کانال‌ها نیستاگموس مخصوص به خود را دارد برای مثال در صورت درگیری کانال خلفی حین انجام تست، نیستاگموس از نوع **UP BEAT TORSIONAL** می‌باشد. پس از آنکه تست‌های کانال‌های مختلف انجام شد و کانال و سمت درگیر مشخص شد، از مانورهای درمانی اختصاصی هر کانال می‌توان استفاده نمود؛ برای مثال در درگیری‌های کانال خلفی می‌توان به مانورهای **EPLEY** و **LIBERATORY** اشاره کرد. طی مانورهای درمانی سعی بر این است تا اتوکونیاهای آزاد شده به مجاری نیم دایره، بار دیگر به جای خود در اتریکل برگردند بطوریکه در اکثر موارد پس از یکبار انجام مانورهای بازگردانی کریستال، علائم بیمار برطرف شده و دیگر سرگیجه و نیستاگموس رخ نمیدهد که این مهم نیازمند انجام درست و مرحله به مرحله مانورهای تشخیصی و درمانی است.

هرچند در ایران فیزیوتراپی و سستیبولار جزوی از شرح رسته شغلی فیزیوتراپیست‌هاست اما بنا به دلایل گوناگون این حیطة مغفول مانده است. امید است که همکاران گرانقدر و علاقه مند به این حیطة درمانی مهم، بیش از پیش در راه معرفی آن به بیماران و کسب دانش در این زمینه بتوانند بخشی از آلام بیماران را کاسته و آینده درخشان‌تری را برای رشته فیزیوتراپی رقم بزنند.

اسکولیوز؛ چالش ها و فرصت ها

ما فیزیوتراپیست ها اسم و درمان بسیاری از اختلالات اسکلتی و عضلانی را می دانیم. از اختلالات مزمن و غیرقابل درمان بگیر، تا گرفتگی عضلانی ساده ای که یک نیدل به راحتی برطرف می شود. اما از میان این همه اختلال، تصمیم گرفتم بر روی اسکولیوز متمرکز شوم. شاید پرسید که چرا؟ شاید اولین جرقه برای من آن دختر 13 ساله ای بود که وقتی ترم هفتم بودم مجبور شدم درمانش را انجام دهم. مراجع من در آن مرکز دولتی دختری خوش بر و رو و به غایت لجباز و روی اعصاب بود که از بچگی با فلج مغزی سر می کرد و دچار کایفواسکولیوزی اگر اشتباه نکنم به بزرگی 70 درجه کایفوز و 45 درجه اسکولیوز بود.

در آن زمان ذهن پرسش گر و به دور از دغدغه من با خودش گفت: حتما باید درمانی باشد. فلذا شروع کرد به سرچ و در نهایت رسید به متد شروت. پس از آن سال ها خواندم و ترجمه کردم و مراجع دیدم تا نسبتا مسلط شدم. از شما چه پنهان که اوایل کار کردن با مراجعان اسکولیوز برای منی که دست راست و چپش را هنوز با این سن و سال با هم قاطی کرده و حتی یک بار بخاطر آن امتحان رانندگی را رد شده، سخت بود.

فیزیوتراپیست فرناز جوکار

کارشناس ارشد فیزیوتراپی



گاهنامه علمی تخصصی توان

یک مادر دیگر اما پدر من را در آورد و در خانه صبح و ظهر و شب با خط کش به جان پاسچر دختر 7 ساله اش می افتاد تا نکند 1 میلی متر از خط وسط تجاوز کرده باشد. این در حالی بود که پدر طفل مذکور با ذکر "اینقدر رو این بچه عیب نذار زن" از پرداخت نفقه جهت مراجعه به کلینیک خودداری می نمود. بسیاری از پسرها اما وسواس کمتری به خرج می دهند و اکثرا با وساطت پدر و مادر برای درمان مراجعه می کنند. یک بار به یکی شان گفتم چرا ورزشت را نمی کنی؟ افزود که دیشب دعوی ناموسی شد، در بازداشتگاه بودم. شما فکر کن می توانی جلوی اصغراقا سگ سیبیل خم شده و تعریفات شروت انجام بدهی؟ اصلا بگویی دارم چه کار می کنم؟ حق داشت.

درمان اسکولیوز هم به لحاظ علمی و دانشی چالش دارد و هم به لحاظ روانی. شما یک دقیقه بنشین یک گوشه و به این فکر کن که آیا اگر بخواهی تعریف سیلندر عضلانی، که احتمالا شایع ترین تعریف متد شروت است، را باید به تک قوسی و دو قوسی یک شکل بدهی؟ آیا به شکل شروت اصلی می دهی یا بست پرکتیس؟ اگر قوس یکی بود اما تعایل به جبران داشت چه؟ اگر چرخش مهره ها از حد عادی بیشتر بود چه کنم؟ تنفس و حالت دنده ها چه می شوند؟ خب طول عضلات را چه خاکی بر سرشان کنیم؟ قدرت را به چه روشی بهبود دهیم؟ چطور اصلاحات ایجاد شده را نگه داریم؟ بگوییم برو چه بریسی بگیر؟ با بچه ای که تعریف نمی کند چه کنیم؟ با پزشکی که دو زار فیزیوتراپی را به لطف دستگاه درمانی و غرور خود قبول ندارد چطور برخورد کنیم؟ چگونه به این مادر بفهمانیم بچه ات قرار نیست دچار ناتوانی مادام العمر شود؟

خلاصه که متدهای درمانی غیرجراحی برای اسکولیوز و کایفوز مجموعه ای از قوانینی هستند که شخص شما باید با توجه به مشکل مراجعتان به آن شکل دهید. پس تعریف در تعامی افراد قطعا یکسان نخواهد بود. حواستان هم حتما به سن رشد و بلوغ و سن و سال مراجعتان باشد، انتظار از درمان را مشخص کنید و در آخر، توصیه ی من به شما حفظ روحیه ی مراجع و از همه مهم تر، والدین مراجع است. و من الله توفیق.



PHYSIOTHERAPY GROUP

با ما بهتر آموختن را تجربه کنید

