



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی کرمانشاه



فصلنامه علمی تخصصی جریان زندگی

آنچه خواهید خواند:

- افتتاح ساختمان جدید دانشکده علوم توانبخشی
- مداخلات مبتنی بر آکوپیشن در افراد دچار سکته مغزی
- نقش توانبخشی در درمان انواع کمر درد
- اصلاح الگوی زندگی در علم فیزیوتراپی
- معرفی کتاب «آسیب شناسی گفتار و زبان»



فصلنامه علمی تخصصی
جریان زندگی

شناسنامه

صاحب امتیاز: دانشکده علوم توانبخشی
مدیر مسئول و سردبیر: دکتر قدسیه جوینی

گرافیکست و صفحه آرا: کیانوش آراسته
ویراستار: محمد شاهوردی
عکاس: هانا سبحانی

همکاران ما در این شماره:
محمدرضا براتی
غزل جمشیدپور
صبا صادقی
مهنا عزیزی
هانیه کمالی
همایون همایونفر

با سپاس فراوان از سرکار خانم دکتر رضایی، سرپرست دانشکده علوم توانبخشی و مدیر گروه رشته کاردرمانی، دکتر شمسی، مدیر گروه رشته فیزیوتراپی، دکتر شیان، معاونت آموزشی دانشکده و مدیر گروه رشته گفتار درمانی و نیز سایر عزیزانی که در راه اندازی و انتشار این فصلنامه همکاری و پشتیبانی نمودند.



- ۱ سخن سردبیر
- ۲ افتتاح ساختمان جدید دانشکده علوم توانبخشی
- ۳ مداخلات مبتنی بر آکوپیشن در افراد دچار سکتة مغزی
- ۴ روز حمایت از بیماران نادر
- ۵ مصاحبه با خانم ندا عزیزی
- ۷ اصلاح الگوی زندگی در علم فیزیوتراپی
- ۹ معرفی مجموعه فرهنگی و ورزشی معلولان و جانبازان «نورا»
- ۱۰ مصاحبه با سرکار خانم پرنیان
- ۱۲ معرفی فیلم؛ دست نیافتنی‌ها
- ۱۳ نقش توانبخشی در درمان انواع کمر درد
- ۱۵ معرفی کتاب «آسیب‌شناسی گفتار و زبان»
- ۱۶ در آستانه فرا رسیدن نوروز



سخن سردبیر

به نام خداوند دانایی

یکی از راه های انتقال یافته های علمی به جامعه، انتشار نشریات علمی و تخصصی در زمینه های گوناگون می باشد. نشریه علمی تخصصی جریان زندگی، باهدف تقویت و ایجاد نگرشی تازه در امر توانبخشی و نیز اعتلای سطح دانش و اطلاعات دانشجویان و افراد مرتبط با توانبخشی، فعالیت خود را ادامه می دهد. تلاش نشریه از ابتدا تا امروز بر این بوده است که بتواند دیدگاه های مختلف و یافته های علمی و تخصصی توانبخشی را جمع آوری و در اختیار علاقه مندان قرار دهد تا از این طریق، زمینه رشد و نهادینه شدن فرهنگ علمی در جامعه را فراهم کند.

به سبب توفیق الهی، انتشار چهارمین شماره از نشریه علمی تخصصی جریان زندگی را به اطلاع می رسانم و لازم می دانم از جناب آقای دکتر محمدباقر شمس، مدیر گروه فیزیوتراپی، سرکار خانم دکتر فاطمه سیاحی، عضو هیئت علمی گروه گفتار درمانی، اعضای هیئت تحریریه و همه دست اندرکاران فصلنامه که در تداوم، انتشار و ارتقاء سطح علمی فصلنامه نقش داشته اند تشکر و سپاس ویژه داشته باشم.

دکتر قدسیه جوینی، سردبیر





محمد شاهوردی | دانشجوی ترم پنجم کاردرمانی



افتتاح ساختمان جدید دانشکده علوم توانبخشی

توانبخشی و بخش های آموزشی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، نیروی کارشناس متخصص در رشته های توانبخشی را تربیت نماید و به ارتقاء سلامت جامعه کمک نماید. این دانشکده همچنین کسب جایگاه علمی مناسب رشته های توانبخشی در بین سایر رشته های دانشگاهی را یکی از اهداف اصلی خود می داند و تلاش می کند تا با رعایت استانداردها در زمینه های آموزشی، پژوهشی و درمانی خود را به سطح دانشکده های برتر در این زمینه ارتقاء دهد.

به دلیل فراهم نبودن فضای فیزیکی مناسب جهت استقرار کادر دانشکده و برگزاری کلاس های آموزشی، از زمان پذیرش اولین دوره از دانشجویان، تا آغاز نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲، دانشکده پیراپزشکی معین و همراه دانشکده علوم توانبخشی در برگزاری هرچه بهتر کلاس های درس بود.

اما سرانجام در تاریخ ۱۱ اسفندماه ۱۴۰۱ با حضور ریاست محترم دانشگاه، معاونین، مدیران ستادی، روسای دانشکده ها و بیمارستان ها، کارکنان و دانشجویان این دانشکده، ساختمان جدید دانشکده علوم توانبخشی رسماً افتتاح گردید.

راه اندازی دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ با جدیت در دستور کار معاونت آموزشی دانشگاه قرار گرفت و بستر راه اندازی این دانشکده با جذب اعضای هیئت علمی رشته های توانبخشی در مقطع دکترا و اختصاص فضای فیزیکی مناسب برای آموزش نظری و بالینی و همچنین خرید امکانات و تجهیزات مورد نیاز کلینیک های تخصصی توانبخشی فراهم گردید.

در نهایت در دی ماه ۱۳۹۸ موافقت اصولی راه اندازی دانشکده توانبخشی با ۳ رشته کارشناسی (فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی) از سوی وزارت متبوع صادر گردید و مقرر شد سهمیه پذیرش دانشجو منوط به بازدید از امکانات و توان دانشکده باشد.

پس از تلاش های فراوان در ۲۶ آذر ۱۳۹۹ تأییدیه پذیرش دانشجو در رشته های فیزیوتراپی و کاردرمانی از سوی وزارت بهداشت ابلاغ گردید و بدین ترتیب دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه رسماً کار خود را آغاز کرد.

دانشکده علوم توانبخشی کرمانشاه به عنوان نوپاترین دانشکده دانشگاه علوم پزشکی، درصدد است تا با استفاده از اعضای هیئت علمی مرتبط و امکانات و تجهیزات تخصصی در کلینیک های تخصصی





مداخلات مبتنی بر آکوپیشن در افراد دچار سکنه مغزی

دچار سکنه مغزی و نیز میزان مشارکت و رضایت‌مندی آن‌ها از عملکردشان، در مطالب مختلف به اثبات رسیده است. برای درک هرچه بهتر تأثیر مداخلات مبتنی بر آکوپیشن در ارتقاء سطح مشارکت افراد دچار سکنه مغزی در حیطه‌های مختلف آکوپیشن‌های روزمره زندگی، در ادامه به بررسی چند مداخله مهم در این زمینه می‌پردازیم:

● استفاده از واقعیت افزوده (VR) در آموزش آشپزی و بازی‌های ورزشی به‌عنوان فعالیت‌های تفریحی، کارکردهای اجرایی در وظایف چندگانه و پیچیده مثل خرید کردن، مهارت‌های مربوط به عبور از خیابان مثل توجه به نشانه‌های بینایی و شنیداری، عبور موفق از خیابان

● آموزش فعالیت‌های مراقبت از خود و استفاده از وسایل کمکی قبل از ترخیص از بیمارستان و نیز در منزل، نظیر حمام کردن، دستشویی رفتن، غذا خوردن، حرکت و جابجایی

● آموزش مهارت‌های مربوط به استفاده از ویلچر نظیر مانورهای حرکتی با ویلچر، جابجایی از روی ویلچر، دستیابی به وسایل از روی ویلچر و استفاده از ویلچر در سطح جامعه

● فعالیت‌های تفریحی داخل و خارج از محیط خانه مثل کارهای هنری، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و یادگیری مهارت‌های جدید نظیر کار با کامپیوتر

● یوگا و ریلکسیشن گروهی و فردی در خانه و تمرینات تایچی برای بهبود کمیت و کیفیت خواب

● نقش‌های خانوادگی و اجتماعی

● مهارت‌های مربوط به رانندگی

سکنه مغزی بسته به وسعت و شدت ضایعه عصبی که بر جای می‌گذارد، منجر به ناتوانی‌های عملکردی در سطوح مختلفی می‌گردد. از همان ابتدا و با بروز نواقص خفیف در زمان بستری، فرایند توانبخشی در کلینیک و در خانه شروع می‌شود؛ اما برخی از علائم سکنه مغزی به‌صورت مزمین باقی مانده و عملکرد فرد را به‌شدت دچار اختلال می‌کنند؛ همی‌پارزی، مشکلات تعادلی و حرکتی، فقدان حس، تغییرات بینایی، مشکلات شناختی، اختلال پردازش حسی، مشکلات گفتاری و خستگی از جمله این اختلالات مزمین هستند. کاردرمانی یکی از اجزای اصلی در توانبخشی افراد مبتلا به سکنه مغزی است. کاردرمانی، خدمات خود را در بخش‌های حاد (ICU)، بستری و کلینیک‌های توانبخشی ارائه می‌دهد. با توجه به ماهیت پیچیده و درگیری مناطق مختلف مغزی در انواع سکنه مغزی، کاردرمانگران باید اطلاعات بالینی و مبتنی بر شواهد جامعی از مداخلات مختلف، برای کمک به این افراد داشته باشند. تمرکز کاردرمانی، کمک به افراد، جهت درگیر شدن در فعالیت‌های روزمره است که برای آن‌ها معنایی دارد؛ در واقع هدف کاردرمانی، ارتقاء سطح مشارکت افراد در آکوپیشن‌های روزمره زندگی است. براساس چهارچوب بالینی کاردرمانی، آکوپیشن‌ها فعالیت‌های معنادار و هدفمند برای افراد هستند که در ۹ حیطه قرار می‌گیرند؛ این حیطه‌ها شامل فعالیت‌های پایه و ابزاری روزمره زندگی، مدیریت سلامت، خواب و استراحت، تحصیل، کار، فعالیت‌های تفریحی و بازی، فعالیت‌های اوقات فراغت و مشارکت اجتماعی هستند.

دو رویکرد اصلی در ارائه مداخلات کاردرمانی، رویکردهای Top-down و Bottom-up هستند. در رویکرد پایین به بالا، تمرکز بر بازیابی کارکرد آکوپیشنال از طریق بهبود مهارت‌های حسی و حرکتی است؛ اما در رویکرد بالا به پایین مانند مداخلات مبتنی بر آکوپیشن، دیدگاه کلی‌نگر و توجه به عوامل فردی و محیطی مرتبط با فرد، در تمام جنبه‌های درمان در نظر گرفته می‌شوند. به‌عنوان نمونه، Self-care training programs از جمله مداخلات مبتنی بر آکوپیشن در حیطه‌های مختلف می‌باشند که تأثیرگذاری آن‌ها بر ارتقاء سطح عملکرد آکوپیشنال افراد



به مناسبت ۸ اسفندماه؛ روز حمایت از بیماران نادر

محمد شاهوردی | دانشجوی ترم پنجم کاردرمانی



ما همان ۳۰۰ میلیون بیمار نادر هستیم

بیماری‌های نادر (Rare Disease) درصد بسیار کمی از جمعیت (کمتر از ۵ نفر در ده هزار نفر) را درگیر می‌کنند. اغلب بیماری‌های نادر، جزء اختلال‌های ژنتیکی محسوب می‌شوند و حتی اگر علائم آن‌ها خیلی زود ظاهر نشوند، در تمام دوران زندگی یک فرد، با او همراه خواهند بود. از لحاظ علت‌شناسی، علل مختلفی برای بیماری‌های نادر وجود دارد. ۸۰ درصد بیماری‌های نادر، ریشه ژنتیکی دارند. این اختلالات، اغلب در زمان تولد بروز می‌کنند ولی می‌توانند سال‌ها بعد نیز بروز کنند. از بیماری‌های نادر گاه به‌عنوان بیماری یتیم یا بیماری فقیر نیز یاد می‌شود؛ زیرا هیچ روش درمانی مؤثری وجود ندارد و تمام تجویزها و راه‌های درمانی به کارگرفته شده، بیشتر در جهت کاستن علائم و عوارض بیماری‌های نادر است. آخرین روز فوریه (۸ اسفندماه)، به‌عنوان روز جهانی بیماری‌های نادر نامگذاری شده است تا سبب افزایش آگاهی مردم نسبت به این بیماری‌ها گردد.





مصاحبه با خانم ندا عزیزی از معلولین فعال و موفق در رشته ورزشی بوجیا



مهنا عزیزی | دانشجوی ترم پنجم کاردرمانی

به میزانی که جامعه شرایط مناسب را برای زندگی اجتماعی و فردی معلولان فراهم کند، از میزان معلولیت و محدودیت‌ها نیز کاسته می‌شود. معلولیت به خودی خود به معنای محدودیت نیست، آنچه یک فرد معلول را در زندگی اجتماعی محدود می‌کند، شرایط موجود در جامعه است، شرایطی که در نتیجه نگرش‌ها، کلیشه‌های فرهنگی و نامناسب بودن فضای شهری و اماکن عمومی به یک معلول تحمیل می‌شود. در ساخت فضای شهری هیچ یک از اقصای آسیب پذیر جامعه دیده نشده‌اند. مهمترین عامل محدود کننده معلولان، تفکر غالبی یا نگرش‌ها و کلیشه‌های فرهنگی هستند. به این معنا که از یک سو معلولیت را برابر با ناتوانی می‌پندارند و تصور می‌کنند که معلولان قادر به انجام هیچ فعالیتی نیستند و از سوی دیگر آن‌ها را برخورداری از توانایی‌های خارق‌العاده می‌دانند؛ این همان تصویری است که در جامعه دیده می‌شود و رسانه‌ها به جای تعدیل، آن را باز تولید می‌کنند.

اتفاق بیفته و هرچقدر سطح بیماری پایین‌تر بیاد و خفیف‌تر باشه، این شکستگی‌ها کمتر می‌شه. این بیماری درمان‌های مختلفی هم داره مثل آمپول کامی دورانس که باید به‌صورت دوره‌ای تزریق بشه و شبیه شیمی‌درمانی هستش.

۳. حالا می‌شه راجع به توانبخشی حرف بزنید؟ توانبخشی رو میشناسین؟

بله؛ در مورد توانبخشی اطلاعاتی دارم، چون خودم مددکار اجتماعیم. متأسفانه خدمات توانبخشی در استان خیلی ضعیفه و خود من ۲۰۰ جلسه فیزیوتراپی و کاردرمانی کارکردم تا عصب پام برگرده یا عضله پام تقویت بشه ولی فیدبک مثبتی دریافت نکردم و این موضوع جای تأسف داره. خوبه که بیشتر تخصصی کار بشه و کارشناسای حوزه توانبخشی بیشتر با مشکلات ما آشنا باشن، چون خیلی از کارشناسای بهزیستی با ورزشی که ما داریم انجام می‌دیم، یعنی بوجیا، آشنا نیستن و فکر می‌کنن ما فقط دور هم جمع می‌شیم و کار خاصی نمی‌کنیم. علاوه بر این‌ها هزینه‌های توانبخشی خیلی سنگینه و

۱. اگه می‌شه خودتون رو معرفی کنید.

ندا عزیزی هستم، متولد ۳ مرداد ۱۳۷۰، لیسانس نرم‌افزار دارم و نزدیک به ۹ ساله که بازیکن تیم بوجیای استان کرمانشاه هستم و به‌تازگی ملی‌پوش شدم و در مسابقات قهرمانی کشور شرکت داشتم و این‌که در عرصه تن‌تأثر هم فعالیت می‌کنم و اخیراً هم مقام سوم بازیگری نقش زن در جشنواره تن‌تأثر معلولین را کسب کردم.

۲. ماشاءالله چقدر فعال هستین؛ دوست دارید راجع به بیماریتون اطلاعاتی بدید به ما؟

بله حتماً؛ من بیماری OI دارم، یعنی استئوزنریز ایمپرکتا یا استخوان‌های بلوری که این بیماری از بدو تولد ایجاد می‌شه و مادرزادی هستش و در اثر این بیماری استخوان‌های من پروتئینی رو که کلسیم رو به مواد مغذی تبدیل می‌کنه نداره و یک بیماری ژنتیکی هستش و باعث می‌شه شکستگی‌های بی‌دلیل در نقاط مختلف بدن به‌وجود بیاد و با توجه به شدت بیماری ممکنه شکستگی حتی در ستون فقرات هم



بیشترین دغدغه ما هزینه‌های فیزیوتراپی و کاردرمانی هستش و حتی مراکز دولتی هم هزینه‌های بالایی دریافت می‌کنن.

۴. آیا سازمان‌های خیریه و مؤسسه‌ای که کمک کنه به شما، وجود نداره؟

اگر هم باشه پاسخگوی متقاضیان نیست؛ یعنی درخواست در مقایسه با ارائه خدمات خیلی بیشتره. مثلاً خودم می‌خواستم به خاطر انحراف ستون فقرات که تازه متوجه اون شدم، به توانبخشی مراجعه کنم. گفتن باید در لیست دوماهه یا سه‌ماهه قرار بگیری ولی من نیاز به اقدام فوری داشتم. برای همین به واسطه کار پدرم به بیمارستان شهدا رفتم و چند جلسه فیزیوتراپی گرفتم، اما کاردرمانی نداشت و فقط فیزیوتراپی داشت. چون مراجعین توانبخشی زیاد هستن و تعداد درمانگرای ماهر خیلی کم هستن، اگه خیرین هم زیاد باشن، باز هم آن‌طور که باید به ما خدمات ارائه نمی‌شه.

۵. در جامعه برای معلولان یک سری مشکلات وجود داره و دید خوبی وجود نداره که قطعاً به خاطر آموزش نادرست سیستم آموزشی ماست؛ برای شما هم از این دست مشکلات به وجود اومده؟

بزرگترین مشکل جامعه ما باورهاشونه و نه فقط در زمینه معلولین، که در همه زمینه‌ها این باورهای اشتباه وجود داره و متأسفانه صداوسیما نقش مهمی در این باورها داره. نمونه بارز این باورهای غلط اینه که این باور وجود داره که معلول عقوبت گناهی رو داره پس میده. مثلاً من از بدو تولد روی ویلچر بودم، بدون اینکه فرصت انجام گناه داشته باشم و این فقط یک نمونه از باورهای غلطیه که باعث طرد شدن معلولین از جامعه میشه. ازجمله باورهای غلط دیگه اینه که فکر می‌کنن معلول متکدی است. وظیفه صداوسیما اصلاح این باور هستش، نه تقویت آنها و تا زمانی که اذهان عمومی معلولین رو قبول نکنه، معلولین نمی‌تونن در جامعه حضور پیدا کنن.

۶. تا حالا شده در برخورد با مردم، حرفی بزنین و یا حرکتی کنن که شما ناراحت شین؟

من از این‌که کمک نخوام و کسی به من کمک کنه خیلی بدم میاد، تو خانواده من طوری با من برخورد کردن که من احساس می‌کنم به هیچ کسی نیازی ندارم؛ البته خیلی از جاها به کمک نیاز دارم، اما وابستگی ندارم. مثلاً اگه شما از من نمی‌پرسیدی که دلت می‌خواد بهت کمک کنم و کمک می‌کردی، قطعاً تشکر می‌کردم، اما فکر می‌کردم در نظر شما فردیم که کاری از من برنمیاد و حس بدی پیدا می‌کردم. بنابراین این‌که خودم درخواست کمک بدم و دیگران بی‌رسن چطوری می‌تونن کمکم کنن، خیلی سؤال خوبیه

۷. با این مرکز چطوری آشنا شدید؟

از ده سال پیش دنبال یه رشته ورزشی بودم که بتونم در آن فعالیت کنم، چون می‌دیدم که دوستانم ورزش می‌کنن ولی من نمی‌تونم ورزش کنم، ولی منم دوست داشتم این کار رو انجام بدم، چون من در مدرسه عادی بودم و همه دوستای منم سالم بودن تا دوره دانشگاه. برای همین به تحقیق کردن پرداختم تا این‌که با ورزش بوچیا آشنا شدم و با پیگیری

هایی که انجام دادم، رئیس هیئت جانبازان و معلولان رو پیدا کردم و با او صحبت کردم تا به من بگه چه رشته‌ای برای من خوبه؛ اما به دلیل مسائل خانوادگی نتونستم حضوری برم خدمتشون و ایشون گفتن اگه نمی‌تونن حضوری بیای فیلم برام از خودت بفرست و وقتی فرستادم گفتن تنیس روی میز برای شما خوبه. من بهشون گفتم دست من اهرم نداره و نمی‌تونم تنیس بازی کنم و دلم می‌خواد بوچیا بازی کنم، ولی گفتن ما آموزش بوچیا نداریم. خلاصه از این موضوع گذشت تا این‌که یک‌روز در پارک با خواهرم نشستیم و دیدم که یه خانم اومد پیشم و گفت می‌خوای ورزش کنی؟ گفتم آره؛ اما به من گفتن باید تنیس بازی کنم ولی من نمی‌تونم بازی کنم و ایشون گفت نه بوچیا براتون مناسبه. ما دو سه ماهه که این رشته رو راه‌اندازی کردیم اگه می‌خوای بیا فعالیت کن. خلاصه من به این‌جا اومدم.

۸. هر روز میاین اینجا؟

قبلاً سه‌روز در هفته تمرین می‌کردیم، روزی دو ساعت؛ اما بعد از این‌که به مسابقات رفتیم و یک‌سری حق‌خوری‌ها دیدیم، انگیزه ما کم شد و دیگه هفته‌ای یک جلسه تمرین می‌کنیم و به خاطر عدم رعایت مساوات و عدالت بین رقیب‌ها، خودم به شخصه می‌خوام به مدت یک‌سال بوچیا رو تعطیل کنم و بدنسازی کار کنم.

۹. آیا سرکار هم میریدی؟

بله؛ من سرکار می‌رم و مددکار اجتماعی هستم؛ ولی این تنها شغل من نیست و تولید محتوا هم انجام می‌دم و تایپ هم می‌کنم.

۱۰. مشوق اصلی شما برای این‌که اینقدر با انگیزه و فعال باشین، کیه؟

مشوق اصلی من خودم هستم؛ مثلاً خانواده ما این‌طوری نیست که برای هر موفقیت من جشن بگیرن، بلکه از یه تایی به بعد مشوق اصلی خودم، خودم بودم.

۱۱. یک جمله کلیشه‌ای همیشه در رسانه‌ها گفته می‌شه که معلولیت محدودیت نیست؛ نظرتون راجع به این جمله چیه؟

به‌نظرم این مورد به هر شخصی بستگی داره؛ به این‌که در چه خانواده‌ای زندگی می‌کنه، آیا انگیزه داره یا نه؟ برای من خانواده‌ام به من انگیزه داد و خودم آن را تقویت کردم و این موضوع سبب شد که برای من معلولیت محدودیت نباشه و این‌که فرد سالمی که روی پاهای خودش راه می‌ره و می‌گه کار نیست، برای من پذیرفته نیست؛ چون اون جوون خودش نمی‌خواد کار کنه. معلولیت در صورتی محدودیت است که مسئولین سنگ‌اندازی کنن که در این صورت نه تنها برای معلولان بلکه برای غیرمعلولان محدودیت ایجاد می‌شه.





اصلاح الگوی زندگی در علم فیزیوتراپی



هانیه کمالی | دانشجوی ترم پنجم فیزیوتراپی

درمان طیف وسیعی از شرایط از جمله کمردرد، بی‌اختیاری ادرار، تأخیر در روند رشد کودک، صدمات ورزشی و سیستم عصبی مانند بیماری پارکینسون و بیماری MS کمک کند، که به‌طور خلاصه در زیر به آن خواهیم پرداخت:

● کمردرد

شواهد نشان می‌دهد که در بیشتر موارد با اصلاح الگوی زندگی می‌توان با فعال ماندن از نظر جسمی کمردرد را درمان کرد. این درمان رابطه مستقیمی با علم فیزیوتراپی داشته و نیاز به فیزیوتراپیست ماهر دارد.

● آرتروز

علم فیزیوتراپی می‌تواند کمک زیادی به مدیریت و تحمل درد کند. با اصلاح سبک زندگی می‌توان باعث افزایش بهبود عملکرد مفاصل و درمان آرتروز شد. بیماران زیادی تحت نظر فیزیوتراپیست حرفه‌ای و با رعایت سبک زندگی مناسب، توانسته‌اند در زمان مشخصی از بیماری آرتروز رهایی یابند. باید بدانیم اصلاح الگوی زندگی و فعالیت بدنی بخش مهمی از درمان آرتروز است. همچنین تندرستی و فعالیت بدنی از آرتروز جلوگیری می‌کند. همواره بیمار می‌تواند پس از شروع جلسات فیزیوتراپی آرتروز، با فیزیوتراپیست در مورد چگونگی محافظت

اصلاح الگوی زندگی (Life Style) در واقع سبک زندگی و روشی معمول در زندگی را می‌گویند که نشان‌دهنده فرهنگ افراد است. اولین بار اصطلاح سبک زندگی توسط آلفرد آدلر روانشناس اتریشی مورد استفاده قرار گرفت. یک سبک زندگی به‌طور معمول نشان‌دهنده نگرش افراد، نحوه زندگی آن‌ها، ارزش و جهان‌بینی فرد است. بنابراین، سبک زندگی ابزاری برای بیان احساس و ایجاد نمادهای فرهنگی است که با هویت شخصی طنین‌انداز می‌شود. تسلط بر سیستم بدنی و سیستم اجتماعی هر فرد می‌تواند بیان‌گر شیوه زندگی و عامل تمایز او باشد. در دهه‌های اخیر، سبک زندگی به‌عنوان یک عامل مهم سلامتی مورد توجه محققان از جمله دانشمندان حوزه فیزیوتراپی قرار گرفته است.

رابطه فیزیوتراپی با اصلاح الگوی زندگی چیست؟

فیزیوتراپی با تمرکز بر جنبه‌های مهم سلامتی و بهزیستی می‌تواند کیفیت زندگی را افزایش دهد و به اصلاح الگوی زندگی کمک زیادی کند. افزایش حرکات بدن، کاهش درد و سفتی عضلات، سرعت بخشیدن به روند بهبودی بعد از آسیب یا بیماری و جلوگیری از آسیب بیشتر، همگی روابط میان فیزیوتراپی و اصلاح الگوی زندگی را نشان می‌دهد. اصلاح الگوی زندگی به کمک فیزیوتراپی می‌تواند به



از مفصل، انتخاب کفش مناسب، فعالیت روزانه و راهکارهای کاهش درد مشورت کند.

● دیابت

رعایت برنامه غذایی به همراه برنامه‌های ورزشی پیشنهادشده توسط فیزیوتراپیست می‌تواند تا حد قابل توجهی باعث تأخیر در بروز بیماری دیابت شود. فیزیوتراپی همچنین به دنبال برخی از عوارض دیابت مانند حمله قلبی، سکته مغزی، قطع عضو و آسیب عصبی نقش مهمی در روند توانبخشی بیمار ایفا می‌کند.

● دردهای مزمن

فیزیوتراپیست‌ها برای آموزش و درمان بیمار آماده هستند تا بتوانند عوامل درد را به‌خوبی درک کنند. فیزیوتراپیست‌ها می‌توانند برنامه‌های شخصی‌سازی ورزشی را برای بیمار تعریف کنند تا بیمار بتواند به کاهش درد، بهبود عملکرد و بازگرداندن قدرت، تحرک بیشتر و تناسب اندام برسد.

● فعالیت، سلامت و داشتن یک زندگی شاد

این نکته به‌شدت ضروری است که افراد مسن بتوانند در سنین کهنسالی خود، بدون داشتن درد مفاصل و کنترل صحیح ادرار خود به انجام فعالیت‌ها و ورزش‌های مورد علاقه خود بپردازند. در واقع می‌توان گفت اصلاح الگوی زندگی در سنین جوانی و میانسالی می‌تواند زمینه‌ساز یک کهنسالی شاد و بدون دردسر باشد.

● حفظ قدرت

بررسی‌ها نشان می‌دهد، انسان از ۳۰ سالگی به بعد، همواره می‌تواند تا حد مشخصی ماهیچه از دست دهد. اصلاح الگوی زندگی به انسان کمک می‌کند تا به کمک ورزش‌های پیشنهادی علم فیزیوتراپی قادر باشد تا حد زیادی عضلات بدن را تقویت کند. البته به‌یاد داشته‌باشیم که تقویت عضلات و حفظ قدرت آن‌ها در گرو اصلاح سبک زندگی به صورت مداوم است.

● حفظ استقلال

انسان هرچه به سمت پیری برود، با چالش‌های سخت‌تری روبه‌رو خواهد شد. گاهی ممکن است فرد به علت کهولت سن از عهده استحمام و انجام کارهای روزمره خود برنیاید. از این رو مشورت با فیزیوتراپیست و انجام حرکات پیشنهادی فیزیوتراپی، اولین راهکار است.

فواید اصلاح الگوی زندگی:

- مدیریت چاقی مفرط
- مدیریت انواع بیماری‌های مزمن نظیر دیابت
- بهبود بیماری‌های وابسته به مفاصل و استخوان‌ها
- درمان انواع صدمات ورزشی
- آزادسازی عضلات





معرفی مجموعه فرهنگی و ورزشی معلولان و جانبازان «نورا»

محمد شاهوردی | دانشجوی ترم پنجم کاردرمانی



فعالیت‌های اوقات فراغت و بازی‌های گوناگون در ارتقای کیفیت زندگی توان‌خواهان و معلولین، بسیار حائز اهمیت می‌باشد و به‌عنوان یکی از حیطه‌های اصلی کار کاردرمانگران در نظر گرفته می‌شود؛ به سبب همین مهم و جهت آشنایی بیشتر دانشجویان کاردرمانی با امکانات و مراکز ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی به توان‌خواهان در شهر کرمانشاه، برای ارجاع مراجعین مختلف به این مراکز، در آذرماه ۱۴۰۱، بازدیدی از «مجموعه فرهنگی و ورزشی معلولان و جانبازان نورا» به‌عنوان بخشی از واحد عملی درس بازی و فعالیت‌های اوقات فراغت در کاردرمانی ۲ به عمل آمد.

در جریان این بازدید، دانشجویان کاردرمانی که دکتر قدسیه جوینی، عضو هیئت‌علمی رشته کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، آن‌ها را همراهی می‌کرد، از تجهیزات، امکانات، خدمات این مرکز و توان‌خواهان هنگام انجام ورزش‌های بوجیا و پرتاب وزنه دیدن کردند. برای آشنایی بیشتر با این ورزش‌ها و درک قسمتی از حس واقعی توان‌خواهان، تعدادی از دانشجویان با ویلچر و روی صندلی مخصوص، این ورزش‌ها را انجام دادند. در حاشیه این بازدید نیز مصاحبه و گفت‌وگویی صمیمی با مدیریت مجموعه، توان‌خواهان و مراقبین آن‌ها در ارتباط با مشکلات و دغدغه‌های افراد ناتوان و معرفی خدمات این مجموعه انجام گرفت.





مصاحبه با سرکار خانم پرنیان

مدیریت مجموعه فرهنگی ورزشی جانبازان و معلولان نورا



کیانوش آراسته | دانشجوی ترم پنجم کاردرمانی

می‌کنم ابراز وجود بیشتری داشته باشن، چون این‌ها خیلی نادیده گرفته می‌شن و کاری هم بهشون سپرده نمی‌شه. مثلاً در همین زمینه ورزش، چون این‌ها تیم‌های زیادی هستن و هزینه‌های بالایی دارن، ما مجبوریم با ارگان‌هایی مثل اداره ورزش و بهزیستی و استانداری ارتباط بگیریم تا بخشی از هزینه‌ها تأمین بشه و بتونیم این‌ها رو اعزام بکنیم.

۲. از سختی کار و شرایط کاری خودتون در اینجا برامون بگین
سختی کار رو ما به دلیل علاقه‌ای که هست و انگیزه‌ای که داریم، یجورایی دلی کار می‌کنیم و نه هزینه‌ای بابت نگهداری و نه بابت سالن ورزش و نه بابت استخر و هزینه شخصی برای خودم، اصلاً گرفته نمی‌شه.

۳. چند ساله اینجا رو راهاندازی کردین؟
تقریباً ۸ ساله که همسر من مدیریت اینجا رو گرفتن و خود منم ۶ ساله به‌عنوان مربی و سرپرست مجموعه انجام.



۱. لطفاً یک معرفی اجمالی از خودتون و مرکزتون داشته باشین و اینکه

انگیزه شما از تأسیس این مرکز برای معلولین چی بود؟

پرنیان هستم؛ رشته‌ی تحصیلی من مددکاری اجتماعی بود و طبیعتاً براساس رشته‌مون، بیشترین سروکار ما با افراد آسیب دیده و معلول هست.

همسر خودم هم دچار معلولیت هستن، البته در حد خفیف؛ اما به هر حال جزء همین جامعه هستن. بنده سابقه مربیگری در زمینه ورزش بانوان سالم رو داشتم. یکی دو نفر از دوستانم، بارها می‌گفتن که ما هم دوست داریم از فضای باشگاه استفاده کنیم، ولی به خاطر نگاه‌هایی که بهمون می‌شه خیلی اذیتیم و دوست داریم جایی باشه و جمعی حضور داشته باشه که همه مثل خودمون باشن و تمرکزمون فقط روی اون ورزش باشه و ما سالن رو زیر نظر اداره ورزش اجاره گرفتیم و استخر هم داریم که به صورت رایگان در اختیار بچه‌هاست و البته فعلاً درحال تعمیر هست. ورزش بوچیا، ایروبیک و درمورد دخترایی که معلولیت دارن، کارای روانشناسی و تمرکزی هم براشون انجام می‌دیم. بیشترین انگیزه من برای این کار این بود، از اونجایی که این‌ها خیلی در جامعه دیده نمی‌شن و از طرفی شنیده هم نمی‌شن، سعی داشتیم فضایی باشه که این‌ها حمایت بشن و خدا رو شکر به لطف همین پیگیری‌ها، این بچه‌ها که به دلیل شرایط جسمیشون، اعتماد به نفس پایینی هم داشتن، به‌واسطه همین تسهیل‌گری، گروه‌ها و دوره‌های، الان در وضعیت خیلی بهتری هستن.

خیلی از بچه‌ها با والدینشون این‌جا هستن؛ اما چیزی که هست، خیلی اوقات ترجیح این هست که فقط خودشون باشن، چون درودل‌هایی که درمورد خانواده‌هاشون دارن، دوست ندارن جلوی خودشون بگن. بیشترین کاری که انجام می‌دم، این هست که تلاش



۴. به طور کلی چه خدماتی این‌جا ارائه می‌شه؟ آیا صرفاً خدماتی

برای پرکردن اوقات فراغت بچه‌ها این‌جا ارائه می‌شه؟

این‌جا براساس توانایی جسمانی و استعدادیابی که انجام می‌شه، بر اساس توانایی و استعدادی که هرکدام از بچه‌ها توی یک رشته ورزشی دارن، حیطه فعالیتشون مشخص می‌شه.

مثلاً افرادی که دچار معلولیت خفیف از ناحیه پا هستن، می‌رن والیبال نشسته، افرادی که بالاتنه قوی دارن، وزنه برداری براشون در نظر گرفته می‌شه، معلولیت‌های شدید ویلچری، براشون ورزش بوچیا در نظر گرفته می‌شه، افرادی که دست‌هاشون سالم هست، پرتاب دیسک و وزنه و نیزه براشون در نظر گرفته می‌شه، خانم‌هایی که دچار معلولیت هستن و در سنین میانسالی هستن، پینگ‌پونگ، شطرنج و پرتاب دارت براشون در نظر گرفته می‌شه.



۵. داخل دفتر مجموعه شما کاپ‌ها و عکس‌های قهرمانی زیادی وجود

داشت، این‌ها واسه بچه‌های کدوم رشته بودن؟ بیشتر قهرمانی‌ها

واسه کدوم رشته بوده و در چه سالی؟

اکثر قهرمانی‌ها برای بچه‌های دومی‌دانی و پرتاب دیسک هستن. چیزی که جالبه اینه که بچه‌ها با وجود اینکه بعضیاشون معلولیت در ناحیه پا داشتن، اما اکثر قهرمانی‌ها برای رشته دومی‌دانی هست و همین‌طور وزنه‌برداری و پرتاب دیسک. البته این به این معنی نیست که بچه‌های رشته‌های دیگه مقام نیاوردن، اون‌ها هم مقام کسب کردن اما این رشته‌هایی که گفتم، بیشتر بودن.



۶. خواسته یا مطالبه‌ای مدنظرتون هست که دوست دارین به گوش

مسئولین برسه؟

همیشه در همه گزارش‌هایی که گرفته می‌شه، حالا چه از صداوسیما، چه از دوستان عزیز می‌شن شما که به این‌جا میان و وقت می‌ذارن، بیشترین دغدغه‌ای که ما داریم، بحث هزینه هست؛ چون این بچه‌ها واقعاً حمایت نمی‌شن اصلاً و ما از لحاظ روحی تا جایی که بتونیم کنارشونیم. خیلی وقت‌ها خود هیئت ورزش استان به صورت مالی هم هزینه می‌کنه، چون رشته‌های مختلفی داریم و رشته‌های این‌ها هم هزینه‌بره و مدیریت از پس همه مخارج برنمیاد و ما یا باید از خیرین کمک بگیریم یا از بهزیستی؛ که بهزیستی هم می‌گه چیزی به عنوان ورزش معلولین برای ما تعریف نشده و ما فقط خدمات توانبخشیشون رو پرداخت می‌کنیم. اداره ورزش هم می‌گه ورزش افراد سالم رو می‌تونیم هزینه‌هاشونو پرداخت کنیم و ورزش معلولین برای ما تعریف نشده، از استاندارد یا فرمانداری هم می‌خواهیم که از طریق خیرین کمک کنن؛ اما خب خیرین هم در نهایت می‌گویند ما مسئولیتی نداریم و تا اون‌جا که بتونیم کمک می‌کنیم و خود دولت باید حمایت کند و همین‌ا خیلی توی ذوق بچه‌ها می‌زنه.

این بچه‌ها به نوعی از جنبه کاردرمانی، وارد ورزش می‌شن و مسابقات و رقابتی که براشون ایجاد می‌شه، یک ایجاد انگیزه‌ای می‌کنه براشون، که یک جایی مطرح شدن بالآخره.

۷. خواسته شما از جامعه توانبخشی در رابطه با بچه‌هایی که معلولیت

دارن، چی هست؟

چیزی که هست اینه که اکثر بچه‌هایی که این‌جا میان، به خدمات فیزیوتراپی و کاردرمانی نیاز زیادی دارن و حتی گفتاردرمانی در خیلی از موارد. شما اگر بتونید به عنوان دانشجویان توانبخشی، در همون حرفه و جامعه خودتون، بیشتر، هوای کسانی که از انجمن‌های معلولین به شما مراجعه می‌کنن رو داشته باشین، جلسات درمانیشون رو کامل‌تر انجام بدید، خیلی خیلی به ما کمک می‌شه، چون شما دانشش رو دارین و مربی ممکنه یک حرکتی به معلول بده و به جای درمان، آسیب هم بزنه؛ اما شما به عنوان شخصی که این تخصص رو دارید، می‌تونید با دانش خودتون به درمان صحیح این بچه‌ها و به ما کمک خیلی زیادی بکنید، چون این تخصص ما نیست و ما می‌تونیم تا اونجایی که مثلاً آمادگی جسمانی خوندیم، به یک فرد دارای معلولیت کمک کنم، نه به اندازه یک متخصص کاردرمانی!



معرفی فیلم؛ دست نیافتنی ها

دارد، بلکه به کسی نیاز دارد که او را تشویق کند. بی‌احترامی گستاخانه دریس توجه فلیپ را جلب می‌کند و با پذیرش درخواست او دریس و کارکنان خانه‌اش را شگفت‌زده می‌کند. این فیلم داستان رابطه رو به رشد بین این دو مرد دوست‌داشتنی را روایت می‌کند، که بر اساس اطمینان دریس مبنی بر اینکه فلیپ بهتر خواهد شد، شکل گرفته است؛ البته به شرطی که از سبک زندگی که در آن گیر کرده رها شود و از آزادی‌های بیشتر یک مهاجر از آفریقا استفاده کند.

ممکن است حقیقت خاصی در این وجود داشته باشد، اما آموزش فلیپ در یک‌سری کلیشه‌های اساساً توهین‌آمیز پیش می‌رود. در این فیلم خواهید دید که دریس ریتم و روح دارد و اگر فلیپ بتواند بخشی از آن را جذب کند، مرد شادتری خواهد بود. او همچنان یک میلیونر فرانسوی است که توسط یک کادر محافظ احاطه شده است و با اینکه همچنان فلج خواهد بود، اما شادتر زندگی خواهد کرد. چندبار صحنه‌ای را دیده‌ایم که یک چهره‌ی درهم‌رفته برای اولین بار گل‌دان را استنشاق می‌کند و لبخند، به آرامی روی صورتش پخش می‌شود؟

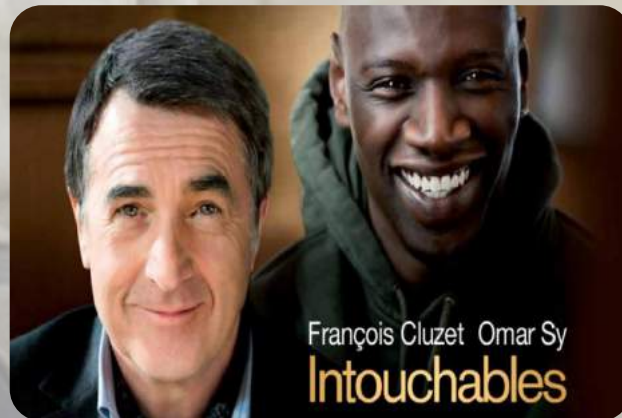
فیلم «دست نیافتنی‌ها» عنصری از حقیقت دارد که هرگز کاملاً تشخیص داده نمی‌شود. نقش یک مراقب خوب به بلند کردن، حمام کردن، نظافت، لباس پوشیدن، هل دادن و تهیه دارو محدود نمی‌شود. بیمار با واقعیتی روبه‌رو می‌شود که قبولش برایش دشوار است: او از همه چیزهایی که زمانی بدیهی می‌دانست، مانند توانایی ساده راه رفتن در یک اتاق محروم شده است. یک مراقب نمی‌تواند آن را فراهم کند، اما می‌تواند چیزی ارزشمندتر، یعنی همراهی را فراهم کند. همسر فلیپ مرده است، دخترش نوجوانی بدخلاق است و کارمندانش درگیر حقوق و وضعیت خود هستند. ناگهان دریس از دنیای متفاوتی می‌آید!

موفقیت فیلم، علیرغم مشکلاتی که دارد، مستقیماً از بازیگران آن منشأ می‌گیرد. فرانسوا کلوزه که تنها با چهره و صدای خود بازی می‌کند، احساس بسیار خوبی را منتقل می‌کند. عمر سای بسیار دوستانه و شاداب است. او ما را به یاد مهاجر آفریقایی با بازی سلیمان سای ساوان در فیلم «خداحافظ انفرادی» به کارگردانی رامین بحرانی می‌اندازد.

جذابیت فیلمی مانند این فیلم، این است که زمانی شروع به احساس محبت نسبت به شخصیت‌ها می‌کنیم که چیزی که آن‌ها را خوشحال می‌کند، ما را نیز خوشحال می‌کند. در پایان، با نگاه کردن به جزئیات فیلم، چیزی که به ما آموزش داده می‌شود، کنار گذاشتن کلیشه‌های نژادی است. «دست نیافتنی‌ها» بیشتر یک فانتزی آرامش‌بخش است.

داستان فیلم، اقتباسی از یک داستان واقعی است. داستان نویسنده ثروتمندی به نام فلیپ که در اثر سقوط با چتر از گردن به پایین فلج می‌شود و برای پرستاری از خود، مردی به اسم دریس را استخدام می‌کند. فلیپ تا قبل از استخدام دریس، مردی بدخلاق و غیرقابل تحمل بود؛ اما با حضور دریس که سابقه سرقت و زندان نیز دارد، زندگی و شخصیتش متحول می‌شود. دریس زندگی فلیپ را به‌طور کامل عوض می‌کند. زندگی کسل‌کننده فلیپ با ورود دریس تغییر می‌کند، به گونه‌ای که از بیرون رفتن با آمبولانس، به بیرون رفتن با ماشین‌های گران‌قیمت خود روی می‌آورد.

شاید بتوان گفت، فیلم «دست نیافتنی‌ها» اسپین‌آف فرانسوی فیلم «رانندگی خانم دیزی» می‌باشد. یک کارفرمای ثروتمند عبوت، زندگی خود را توسط یک مرد سیاهپوست عاقل از شهر پاریس تغییر می‌دهد و حتی از موسیقی خیابانی درس می‌گیرد. این داستانی است که بارها و بارها در فیلم‌ها گفته شده است ولی گاهی اوقات اجراها بر سناریو و داستان فیلم غلبه می‌کنند.



این فیلم یک موفقیت بزرگ در گیشه فیلم‌های فرانسوی بود و در واقع، لذت بردن از آن آسان است. فلیپ (با بازی فرانسوا کلوزه) یک میلیونر است که در یک حادثه پاراگلایدر از گردن به پایین فلج می‌شود. دریس (با بازی عمر سای) مردی است که به دلیل دزدی زندانی شده و برای شغل پرستاری فلیپ درخواست کار می‌دهد، به امید این‌که رد شود و درخواست خود را برای دریافت بیمه بیکاری امضا کند. همانطور که فلیپ یکی پس از دیگری با متقاضیان پرستاری، خسته‌کننده مصاحبه می‌کند، متوجه می‌شویم که او نه تنها به کمک فیزیکی نیاز



نقش توانبخشی در درمان انواع کمر درد



غزل جمشیدپور | دانشجوی ترم دوم فیزیوتراپی

نداشته و در بیمارانی با دردهای کمری حاد، کم‌تر مشاهده می‌شوند. برخلاف کمردردهای غیراختصاصی، کمردردهای دسته‌ی دوم، معمولاً از فعل و انفعالات بیولوژیک یا فیزیولوژیک و عوامل فیزیکی به‌وجود می‌آیند. دسته‌ی دوم، شیوع بیشتری داشته و حدود ۸۰٪ تا ۹۰٪ مراجعین کمردرد را شامل می‌شود. نوع دیگری از دسته‌بندی کمردردها بر اساس مدت زمان درگیری با درد است که بیماران با دردی به‌مدت کم‌تر از شش هفته، در گروه غیر حاد، بین شش تا دوازده هفته، در گروه حاد و بالاتر از دوازده هفته در گروه مزمن قرار می‌گیرند.



کمردرد (Low Back Pain)، که می‌تواند همراه با درد در پاها باشد، یکی از رایج‌ترین مشکلات در سطح جهان است که توانبخشی در بهبود آن نقش بسزایی ایفا می‌کند. طبق بررسی‌های به‌عمل آمده، می‌توان گفت که شیوع کمردرد در افراد بزرگسال حدود ۱۲ درصد بوده است؛ که در بین بزرگسالان بالای چهل سال و جنس مؤنث بیشتر دیده می‌شود. یکی از طبقه‌بندی‌هایی که برای انواع کمردرد ارائه می‌شود، بر اساس عوامل به وجود آورنده، تنظیم شده و شامل دو گروه است: کمردرد اختصاصی (Specific) که شامل کمردرد و علائم دیگر به‌دلیل مشکلات پاتوفیزیولوژی نخاعی یا غیرنخاعی است، و کمردرد غیر اختصاصی (Nonspecific) که علل مختلف و گاهی نامشخص دارد. در موارد اختصاصی معمولاً مشکلات نخاعی باعث این آسیب رایج است. از این دسته علل کمردرد می‌توان به بیرون‌زدگی دیسک‌ها، تومورها، آسیب و شکستگی و حتی عفونت اشاره کرد. در کمردردهای غیر اختصاصی عوامل دیگری مانند مشکلات استخوان هیپ، دردهای وسکولار (vascular) یا سیستمیک و بیماری‌های درگیرکننده‌ی اندام‌های لگنی باعث ایجاد کمردرد می‌شوند. در بین کمردردهای مربوط به نخاع، اختلالات کمری که ریشه‌های نخاعی را درگیر می‌کنند، شیوع بیشتری (۵ تا ۱۰ درصد) داشته و معمولاً به‌علت فتق دیسک و تنگی کانال نخاعی به وجود می‌آیند. مطالعات انجام‌شده بیان می‌دارد که به‌جز اختلالات کمری، سایر کمردردهای مرتبط با نخاع، شیوع زیادی

● پیش‌آگهی (Prognosis) و تشخیص (Diagnosis)

طبق مطالعات انجام‌شده، کم‌دردهای غیر اختصاصی خواه از نوع حاد باشند، خواه مزمن، دارای یکی از حالات زیر هستند:

۱. سیر درمان درد: درد به تدریج کاهش می‌یابد و بیمار مسیر بهبودی را طی می‌کند.
۲. سیر درد ممتد: بیمار دردی نوسانی با شدتی متوسط را تجربه می‌کند.
۳. سیر درد مزمن: درد به‌صورت مداوم و با شدت زیاد احساس می‌شود. بیماران با کم‌درد حاد (حدود ۷۰٪) به‌طور معمول سیر درمان درد را تجربه می‌کنند؛ اما این سیر درد در بیماران با درد مزمن (حدود ۳۰٪) خیلی دیده نمی‌شود، بلکه حدود ۵۰٪ تا ۶۰٪ از این افراد دردی مداوم و شدید دارند.

طبق بررسی‌های تجربی انجام شده، می‌توان گفت فاکتورهایی مشخص، به‌خصوص در بین بیماران با نتایج درمانی ناامید کننده، دیده می‌شوند که نه تنها وضعیت جسمی شخص، بلکه وضعیت روانی و اقتصادی و اجتماعی وی را نیز درگیر می‌کنند. این موضوع به سادگی قابل درک است. به‌عنوان مثال، بیمار ممکن است برای انجام کارهای روزانه‌ی خود به کمک خانواده نیازمند باشد و این خود عاملی برای ایجاد احساس اضطراب و افسردگی است؛ همچنین به‌دلیل کاهش کارایی عملکردی، این افراد ممکن است با محدودیت‌هایی در محیط کار نیز روبه‌رو شوند.

تشخیص کم‌درد غیر اختصاصی تنها پس از رد کردن احتمال کم‌دردهای اختصاصی (نخاعی و غیر نخاعی) ممکن است. برای کسب اطمینان از صحت تشخیص، به ثبت دقیق تاریخچه‌ی بیمار نیاز است و این تاریخچه باید از نظر امکان وجود سرطان، تروما، مصرف طولانی مدت کورتون، تب شدید، از دست دادن ناگهانی وزن به میزان زیاد و غیره بررسی شود. متخصصان توانبخشی می‌توانند با توجه به تشخیص‌های احتمالی، از آزمایش‌های مناسب جهت حصول اطمینان، استفاده کنند. به‌عنوان مثال اگر تشخیص احتمالی فتق دیسک باشد، تست Positive Ipsilateral Straight Leg Raising می‌تواند مؤثر واقع شود (در حدود ۹۲٪ از بیماران مؤثر است). در موارد خاص، مراجعه به پزشک متخصص نیز ضروری است و تشخیص این موارد در نوبه‌ی خود، بخش مهمی از تعیین علت کم‌درد محسوب می‌شود. به‌عنوان مثال، اگر ارزیابی نورولوژیک علائم رادیکولوپاتی را نشان دهد، عکس‌برداری یکی از روش‌های شناخته شده برای تشخیص علت کم‌درد است؛ اما عکس‌برداری برای کم‌درد غیر اختصاصی توصیه نمی‌شود. تحقیقات نشان داده که عکس‌برداری زودتر از موقع نیاز، حتی تشخیص و درمان را با مشکل مواجه می‌کند. در حقیقت عکس‌برداری تنها زمانی لازم است که علائم نگران‌کننده‌ای (مانند مشکلات نورولوژیک شدید) در بیمار مشاهده شود، یا درمان‌های توانبخشی استفاده شده تأثیر زیادی بر درد مداوم بیمار نداشته باشد.

● درمان (treatment)

به‌طور معمول، خط اول درمان کم‌دردهای غیر اختصاصی، مداخلات غیردارویی است و مداخلات دارویی تنها پس از شکست این دسته از مداخلات مدنظر قرار می‌گیرد. پس اولویت ما در درمان این کم‌دردها همیشه باید مداخلات غیردارویی باشد. مداخلات توانبخشی مورد استفاده در کم‌درد غیر اختصاصی بسیاریند، که در ادامه به شرح مختصری از برخی از این مداخلات در برخورد با کم‌درد غیر اختصاصی حاد و مزمن می‌پردازیم:

در بیماران با کم‌درد حاد، ابتدا باید آموزش را مد نظر قرار داد. تشویق بیمار به انجام حرکات معمول روزمره نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. تحقیقات نشان داده، بیماران با آموزش مناسب و حرکات لازم، پیشرفت خیلی بیشتری را در یک سال اول نشان داده‌اند. مانیپولاسیون (manipulation) و طب سوزنی در درمان، مؤثر واقع می‌شوند. استفاده از گرما و ماساژ، بدون خطر بوده و ممکن است مفید واقع شوند. تمرین‌درمانی در افراد با کم‌درد حاد خیلی مؤثر نیست، اما در صورت عدم بهبود مناسب می‌توان از این روش نیز بهره برد. استامینوفن‌ها، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAID) و داروهای شل‌کننده‌ی عضلات از جمله داروهای مورد استفاده در درمان‌های دارویی کم‌درد حاد به شمار می‌روند. طبق تحقیقات، استامینوفن‌ها از تأثیر کمی برخوردارند؛ داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی سودمند واقع شده، اما استفاده از آن‌ها باید با دقت انجام شود و داروهای شل‌کننده‌ی عضلات ممکن است مفید باشند، اما به هر حال تأثیر قابل ملاحظه‌ای ندارند. همچنین با توجه به نبود اطلاعات موثق و قابل اطمینان کافی و خطر اعتیاد، مصرف اوبیوئیدها (opoids) تنها در برخی بیماران و با دوز بسیار کم توصیه می‌شود و در غیر این صورت این داروها منع مصرف دارند. در بیماران با کم‌درد مزمن، آموزش، تمرین درمانی و رفتار درمانی نقش بسیار حیاتی را ایفا می‌کنند. همچنین استفاده از پیلاتس (Pilates Therapy)، مانیپولاسیون، یوگا، ماساژدرمانی و تمرینات مکنزی توصیه می‌شود. داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، شل‌کننده‌های عضلات و داروهای ضد افسردگی (جهت کمک به مسائل روانی و اجتماعی) در کم‌دردهای مزمن استفاده می‌شوند، اما اطمینان از تأثیر مناسب هیچ یک قطعی نیست. اوبیوئیدها در دردهای مزمن نیز باید تنها در موارد به‌خصوص و با دقت و دوز کم مورد استفاده قرار گیرند.





صبا صادقی | دانشجوی ترم دوم گفتار درمانی

معرفی کتاب «آسیب شناسی گفتار و زبان»



کتاب «آسیب شناسی گفتار و زبان» در سال ۱۳۸۷ به قلم بیژن شفیعی، سمیرا توکل و لیلا مشهدی علی نیا در ۱۳۶ صفحه توسط نشر راه کمال دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به چاپ رسیده است. دکتر بیژن شفیعی دارای مدرک کارشناسی ارشد در رشته گفتاردرمانی و دکتری تخصصی در رشته روانشناسی آموزش کودکان استثنایی است. دکتر شفیعی عضو هیئت علمی دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاون دانشجویی فرهنگی این دانشکده و مسئول مرکز تحقیقات اختلالات ارتباطی می باشد.

در این کتاب می خوانیم که آسیب شناسی گفتار و زبان (گفتاردرمانی) به ارزیابی، تشخیص و درمان کلیه اختلالاتی می پردازد که در توانایی برقراری ارتباط انسان ها ممانعت ایجاد می نماید. آسیب شناس گفتار و زبان فردی است که حداقل چهار سال در دانشگاه، آموزش های تخصصی نظری و بالینی مربوط به این رشته را فرا گرفته و به طور عملی تجربه کرده باشد. پس از این مدت، فرد قادر به شناسایی و درمان انواع اختلالات ارتباطی با منشاء عضوی یا عملکردی می شود. یک آسیب شناس گفتار و زبان ماهر قادر است با استفاده از ابزارهای الکترونیکی پیشرفته، ویژگی های گفتاری مراجع را تجزیه و تحلیل نموده و جنبه های مختل آن را شناسایی کند و در تناسب با شدت و نوع اختلال و ویژگی های او، برنامه درمانی مناسب را تدوین کند. در مواردی که امکانات و تجهیزات کافی موجود نیست، آسیب شناس گفتار و زبان با تکیه بر توانایی های ادراکی از صوت بیمار و سایر ویژگی های او هنگام صحبت کردن، اختلال موجود را تشخیص داده و به درمان آن می پردازد که تشخیص اختلال بر اساس ویژگی های ادراکی به تبحر و تجربه و مهارت بیشتری نیاز دارد.

اختلالات گفتار و زبان دارای منشاءهای گوناگونی هستند؛ بعضی از اختلالات، دارای ریشه های جسمانی می باشند، نظیر شکاف لب و کام، آسیب های مغزی و کم شنوایی. برخی ریشه در محیط دارند؛ در واقع مسائل و مشکلات محیطی باعث ایجاد این اختلالات شده است. مانند عدم وجود حرکات زبانی و الگوهای مناسب گفتاری. بعضی نیز ممکن است از ترکیب غیر قابل اندازه گیری عوامل مختلف حاصل گردند. با توجه به علت یا علل اختلال، آسیب شناس موظف به کمک به فرد دارای اختلال است که این اختلال در برخی به طور کامل درمان می شود ولی در گروهی دیگر اختلال درمان نمی شود، اما به فرد کمک می شود که از حداکثر توانایی ارتباطی بهره مند گردد. به عبارتی فرد یاد می گیرد که با توجه به شرایط خویش به بهترین کیفیت ارتباطی دست یابد چرا که در هر شرایطی ارتباط و کیفیت زندگی بیمار در اولویت قرار دارد.

مراکز یک آسیب شناس گفتار و زبان می تواند در آن فعالیت کند، شامل بیمارستان ها، کلینیک های خصوصی و کلینیک های گفتار و زبان دانشگاه، مراکز توانبخشی، مراکز تحقیقاتی، مدارس استثنایی، مراکز بهزیستی، مراکز نگهداری سالمندان و درمان اختصاصی به صورت کار بر بالین بیمار در منزل می شود. در آخر موارد ذیل عناصر موفقیت یک آسیب شناس گفتار و زبان محسوب می شود:

صبر و حوصله، آگاهی های تخصصی، استفاده از امکانات و تجهیزات مناسب، توانایی برقراری ارتباط تخصصی، خلاقیت، دانش عمومی و مهارت در برقراری ارتباط، وجدان کاری و علاقه مندی به درمان بیماران و علاقه مندی به رشته تخصصی.



کیانوش آراسته | دانشجوی ترم پنجم کاردرمانی

گذشتن از آذربایجان، بر روی تخت جمشید فرود آمد و با تاجی زرین بر روی تخت نشست؛ با رسیدن نور خورشید به تاج زرین او، جهان نورانی شد و مردم شادمانی کردند و آن روز را روز نو و جم را جمشید نامیدند. نوروز، روز پیروزی بزرگ جمشید بر دیوان است که نماد پلیدی‌هایی چون سرما، تاریکی، جهالت و خسونت بودند.

در سنگ‌نوشته‌های به‌جای مانده از دوران هخامنشیان، به‌طور مستقیم اشاره‌ای به برگزاری نوروز نشده‌است. اما بررسی‌ها بر روی این سنگ‌نوشته‌ها نشان می‌دهد که هخامنشیان با جشن‌های نوروز آشنا بودند. برخی گمان دارند که کوروش بزرگ، نوروز را در سال ۵۳۸ پیش از میلاد، جشن ملی اعلام کرد و در این روز برنامه‌هایی برای ترفیع سربازان، پاکسازی مکان‌های همگانی و خانه‌های شخصی و بخشش محکومان اجرا می‌نمود. با این گمان، این آیین‌ها در زمان دیگر پادشاهان هخامنشی نیز در بازه زمانی میان ۲۱ اسفند تا ۱۹ اردیبهشت برگزار می‌شده است. گفته می‌شود که در زمان داریوش یکم، مراسم نوروز باشکوهانه در تخت جمشید برگزار می‌شده است.

در زمان اشکانیان و ساسانیان نیز نوروز گرمی داشته می‌شد. در این دوران، جشن‌های متعددی در طول یک سال برگزار می‌شد که مهم‌ترین آن‌ها نوروز و مهرگان بود. برگزاری جشن نوروز در دوران ساسانیان، چند روز (دست کم شش روز) طول می‌کشید و به دو دوره نوروز کوچک و نوروز بزرگ تقسیم می‌شد. نوروز کوچک یا نوروز عامه به مدت پنج روز، از یکم تا پنجم فروردین گرمی داشته می‌شد و روز ششم فروردین (خرداد روز)، جشن نوروز بزرگ یا نوروز خاصه برپا می‌شد.

نوروز، نخستین روز سال خورشیدی ایرانی، برابر با یکم فروردین‌ماه، جشن آغاز سال نوی ایرانی و یکی از کهن‌ترین جشن‌های به‌جای مانده از دوران ایران باستان است. خاستگاه نوروز در ایران باستان است و هنوز هم مردم مناطق گوناگون فلات ایران، نوروز را جشن می‌گیرند. زمان برگزاری نوروز، در آغاز فصل بهار است. نوروز به‌عنوان یک جشن قدیمی و کهن از اقوام متعددی در منطقه به ارث رسیده‌است و با رنگ و انگ ویژه، شناسنامه ایرانی به خود گرفته و از آن به‌عنوان نماد پیونددهنده افراد و اقوام ایرانی و ملت ایران یاد می‌شود. ایرانیان، نوروز را آغازگر رستاخیز طبیعت، گاه رویش و زایش باغ و بوستان می‌دانند و بر این باور هستند که در نوروز، همزمان با طبیعت، باید روزگار نو و جدیدی را با روان و نگرش نو، در تن‌پوش تازه‌ای آغاز کنند.

واژه نوروز برگرفته از زبان اوستایی است. منشأ و زمان پیدایش نوروز، به‌درستی معلوم نیست. برخی از روایت‌های تاریخی، آغاز نوروز را به بابلیان نسبت می‌دهند. بر طبق این روایت‌ها، رواج نوروز در ایران به سال ۵۳۸ قبل از میلاد مسیح، یعنی زمان حمله کوروش بزرگ به بابل بازمی‌گردد. مردم بابل روز اول سال (عموماً در اعتدال بهاری برابر با ۲۱ مارس) را جشن می‌گرفتند. این زمان برابر با بیداری طبیعت است. از لوحه‌ها چنین بر می‌آید که این جشن تقریباً از ۲۳۴۰ سال، پیش از میلاد، شناخته شده بود. در برخی از متن‌های کهن ایران از جمله شاهنامه فردوسی و تاریخ طبری، جمشید و در برخی دیگر از متن‌ها، کیومرث به‌عنوان پایه‌گذار نوروز معرفی شده‌است. پدیدآوری نوروز در شاهنامه، بدین گونه روایت شده‌است که جم، در حال



فصلنامه علمی تخصصی

جریان زندگی

شماره چهارم | زمستان ۱۴۰۱
دانشکده علوم توانبخشی