

استقلال بعد از سکنه

فیزیوتراپیست دکتر عباس سلطانی صومعه

سکته و بهبودی بعد از آن

- سکته یا CVA در اثر قطع خون‌رسانی به مغز ایجاد می‌شود و زمانی اتفاق می‌افتد که یکی از شریان‌های خون‌رسان مغز بلوکه یا پاره شود.
- اگر اکسیژن یا مواد غذایی به سلول‌های مغزی نرسد، فعالیت‌شان به طور موقتی متوقف می‌شود یا می‌میرند.
- مرگ سلولی باعث ایجاد نکروزهای موضعی تحت عنوان انفارکتوس مغزی می‌شود. با وجود این، سلول‌های زیادی زنده باقی می‌مانند.
- اگر بیماری بعد از سکته به طور مناسب درمان شود، بسیاری از حرکات از دست رفته می‌تواند مجدداً برگردند.
- در واقع، تمامی انفارکتوس‌های مغزی در اثر دو نوع فرایند پاتولوژیکی است: (۱) ترومبوز (۲) آمبولی.

- **ترمبوز:** انسداد یک شریان مغزی به وسیله ی یک لخته خون سفت یا ترومبوزی که در داخل سیستم عروق خونی تشکیل می شود.
- **آمبولی:** انسدادی است به وسیله ی یک قطعه ی جدا شده از ترومبوز (یا مواد دیگر) که در یک ناحیه ی دیگر تشکیل شده و به وسیله ی جریان خون به مغز انتقال یافته است.

علل متعدد سکته

- فشار خون بالا
- دیابت
- کلسترول بالا
- سیگار
- الکل
- بد شکلی عروق خونی.....

اثرات سکته

- از آنجایی که هر نیمکره از مغز، فعالیت سمت مقابل بدن را نظارت و کنترل می کند، هرگونه آسیب به یک سمت از مغز به ناتوانی سمت مقابل بدن منجر می شود. بنابراین، سکته‌ی سمت چپ مغز، سمت راست بدن را تحت تأثیر قرار می دهد و بر عکس.

۱. اختلال حرکات کنترل شده ی طبیعی

- عملکرد تغییر یافته اساسی که اکثر بیماران سکته‌ای از آن رنج می‌برند، از بین رفتن تون طبیعی عضلات در سمت درگیر است. زمانی که تون طبیعی عضله تغییر می یابد، بیمار نمی‌تواند حرکات طبیعی کنترل شده را انجام دهد.

- تون عضلانی ممکن است افزایش یا کاهش یابد و یا هر دو اتفاق افتد. زمانی که تون عضلانی افزایش می یابد، به آن اسپاستیسیته یا هایپرتونوسیته گفته می شود. جایی که تون عضلانی کاهش یافته، فلاسیدیتی یا هایپوتونوسیته می گویند.

- اختلال حرکت کنترل شده، توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های روزمره را محدود می‌کند.
- اگر از ابتدا به صورت صحیح درمان نشود، می‌تواند باعث بروز مشکلات ثانویه مانند زخم‌های فشاری، عفونت‌های قفسه‌ی سینه و یبوست شود. لخته‌های خون ممکن است در پا تشکیل شوند و به سمت ریه‌ها حرکت کرده و باعث آمبولی ریه گردند.

• ۲. مشکلات بلع

- مشکل بلع ممکن است در اثر ضعف عضلات صورت، فک و زبان باشد که باعث گرسنگی و ناراحتی بیمار شود.

• ۳. بی‌اختیاری

- بی‌اختیاری ادرار و مدفوع به طور شایع بعد از سکتة اتفاق می‌افتد. کنترل ادرار و مدفوع بهبود می‌یابد و معمولاً عملکرد طبیعی بر می‌گردد.

۴. مشکلات حسی

آسیب مغزی نه تنها ممکن است باعث ناتوانی‌های فیزیکی واضح شود بلکه مشکلات ادراکی و اختلال تمایز حسی را نیز به دنبال دارد. در نتیجه بیمار سکتة ای ممکن است در دانستن این که اندامش کجاست و در چه موقعیتی از بدن قرار دارد مثلاً خمیده یا راست، مشکل داشته باشد.

همچنین بسته به اینکه کدام قسمت از مغز آسیب دیده است، بیمار ممکن است مشکلات بینایی، شنوایی، لامسه، شنوایی، بویایی و تعادل را تجربه کند.

۵. مشکلات روانی و عاطفی

بیمار سکتة ای ممکن است افسرده، مضطرب یا دچار نوسانات روانی در یادگیری چگونگی مواجهه با مشکلات باشد. این مورد ممکن است یک پاسخ طبیعی به تغییر شرایط بیمار باشد، به جای اینکه واقعاً در اثر سکتة اتفاق بیافتد.

۶. مشکلات درکی

حافظه، تمرکز و درک مفاهیم فضایی ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرد.

پیامد اجتماعی سکتة

به دنبال سکتة تغییرات عمده در روابط بین بیمار و سایر اعضای خانواده ممکن است ایجاد شود. سکتة می‌تواند بیمار را در خانواده یا جامعه به انزوا بکشانند. اغلب درآمد خانواده کاهش می‌یابد.

بعد از سکته چه اتفاقی برای بیمار می افتد؟

• ۱. دوره‌ی اولیه‌ی شوک مغزی

- یک دوره‌ی شوک مغزی بلافاصله بعد از انفارکتوس مغزی اتفاق می افتد.
- تون عضلانی بیمار در طی این دوره که امکان دارد از چند روز تا چند هفته متفاوت باشد، پایین است.
- حرکات سمت درگیر اگر غیرممکن نباشد، مشکل است. این حرکات شامل حرکت عضلات صورت، زبان، تنه و اندام‌ها است.

• ۲. دوره‌ی بهبودی

- بعد از دوره‌ی شوک مغزی، دوره‌ی ریکاوری شروع می‌شود. این دوره معمولاً بین هفته‌ی دوم و ششم بعد از سکته آغاز می‌شود.

- مرحله ی بهبودی ممکن است در سه مرحله ی مختلف پیشرفت کند. مدت زمان هر مرحله از فردی به فرد دیگر متفاوت است. همچنین آغاز و پایان مشخص نمی تواند دیده شود. اغلب مراحل مختلف در یک زمان معین، می تواند در قسمت های مختلف سمت درگیر بدن، دیده شود. توصیفی از هر مرحله در زیر ارائه شده است:

- (۱) ماندگاری هیپوتونوسیتة (مرحله ی شلی):

- در بعضی از بیماران، این مرحله ممکن است مدت زمان زیادی طول بکشد. اختلال حرکتی در این مرحله معمولاً همراه با اختلال شدید حسی است. بازوی بیمار شل و لنگ است و در فضا به خاطر ضعف و تون پایین عضلات، نمی تواند حمایت شود. این مرحله ناتوان کننده ترین مرحله است.

- تعداد کمی از بیماران سکتة ای در مرحله ی شلی به مدت طولانی باقی می مانند و همیشه درجه ای از اسپاستیسیتی وجود دارد. حتی اگر بازو به طور کامل شل به نظر برسد، معمولاً هنگام اعمال کشش شدید و حفظ آن، اسپاسم فلکسوری در انگشتان دیده می شود. اگر پا در حالت استراحت، به طور کامل شل به نظر برسد، خم کردن غیرفعال ران و زانو در حالتی که بیمار به پشت خوابیده، مقاومت خفیفی، نشان می دهد.

- (۲) سیر به سمت تون طبیعی (مرحله‌ی بهبودی):
- حرکات دوباره در اندام‌ها شروع می‌شوند، ابتدا در سطح دیستال (دست و بازو، قبل از شانه و پا قبل از ران).
- حرکت اغلب اوقات در اندام فوقانی زودتر شروع می‌شود و از یک الگوی طبیعی پیروی می‌کند. علیرغم اینکه سخته، تعدادی از سلول‌های مغزی را از بین می‌برد، سلول‌های باقی مانده قادر به جایگزینی هستند و حرکات از دست رفته دوباره به دست می‌آید. با وجود این، یک ناتوانی جزئی همیشه باقی می‌ماند.
- (۳) سیر به سمت هایپرتونسیته (مرحله‌ی اسپاستیک):
- بازگشت عملکرد حرکتی همراه با سیر به سمت اسپاستیسیته، شایع‌ترین رخداد این مرحله است.
- **بازگشت اولیه‌ی حرکات در پروگزیمال اندام‌ها (مفصل ران و شانه) وجود دارد.**

- **این مورد ابتدا در اندام تحتانی اتفاق می افتد** که به دنبال آن الگوی اسپاسم هایپرتونوسیده ظاهر می شود.
- افزایش تون، باعث ظهور اسپاستیسیته در بسیاری از عضلات بدن به طور همزمان، خصوصاً در عضلات قوی بدن که تحت عنوان عضلات ضد جاذبه شناخته می شوند (یعنی عضلاتی که برای بلند کردن بدن و تحمل وزن علیه جاذبه استفاده می شوند) می گردد.
- این اسپاستیسیته پیشرونده در عضلات ضد جاذبه همراه با ناتوانی در شروع حرکت در سمت درگیر، مسئول غیرقرینگی، فقدان چرخش، عدم تطابق بدن با جاذبه، تدریجی نبودن حرکت و فقدان اکستانسیون محافظتی دست می باشد.
- حرکات در اسپاستیسیته‌ی شدید به خاطر انقباض مداوم عضلات اگر غیر ممکن نباشد، مشکل است.
- حرکات در اسپاستیسیته‌ی متوسط آهسته هستند و با کشش و هماهنگی غیر طبیعی انجام می شوند.
- حرکات بزرگ اندام‌ها در اسپاستیسیته‌ی خفیف امکان‌پذیر است در حالی که حرکات ظریف دست، مشکل می باشد.

• (۴) مرحله‌ی آتاکسیا:

- در موارد کمی از بیماران همی پلژی (بیشتر در بیمارانی که تروما عامل بیماری بوده است) منچپه یا سیستم منچپه‌ای ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد.
- این ضایعه باعث آتاکسی می شود.
- حرکات بیمار کنترل نشده و اضافی هستند.
- مشکلاتی در انجام و حفظ موقعیت های میانی یک حرکت وجود دارد.
- تلاش های ارادی که توسط بیمار برای حل این مشکلات انجام می گیرد، منجر به تری مور (لرزش) و دیسمتريا (عدم تشخیص فاصله‌ی دقیق اشیاء) می شود.

الگوی بارز اسپاسم سگته

- شکل الف الگوی بارز اسپاسم در اثر افزایش تون در عضلات ضد جاذبه را نشان می دهد که در اسپاستیسیته شدید ایجاد می شود.
- شانه به عقب و پایین کشیده می شود و بازو به سمت داخل می چرخد.
- آرنج معمولاً همراه با دست مشت کرده، خم می شود و کف دست به سمت پایین است.
- لگن سمت عقب کشیده می شود و پا به داخل می چرخد (در طی فاز شلی با کاهش تون عضله، پا با زانوی خمیده به سمت خارج می افتد).
- ران و زانو و میچ پا صاف هستند.
- پا به سمت پایین سفت می شود و به داخل می چرخد.
- تنه در خارج کوتاه می شود.

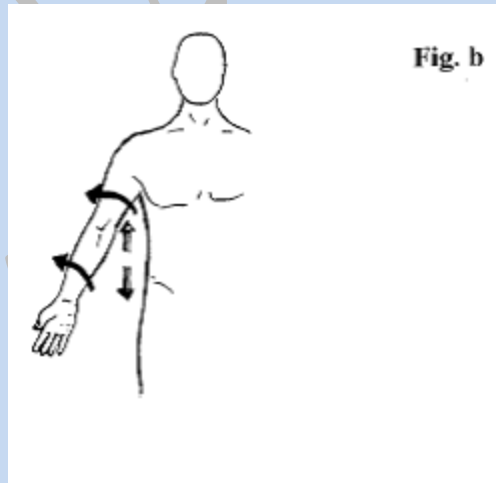
Fig. a



- اسپاستیسیتة در طی تمام مراحل برنامه‌ی توانبخشی با استفاده از الگوهای بهبودی یا ضد اسپاسم باید پیشگیری شود. برای مثال: اگر بیماری اسپاستیسیتةی پیشرونده‌ی فلکسیون در دست دارد (بازو به سمت داخل چرخیده، آرنج خمیده و کف دست به صورت مشت کرده به سمت پایین است) الگوی ضد اسپاسم وضعیتی خواهد بود که در آن بازو به خارج چرخیده، آرنج و مچ صاف، کف دست به سمت بالا، شست و سایر انگشتان باز هستند). به عبارت دیگر شما باید الگوهای مخالف ایجاد کنید (شکل ب).

- **بیمار از روز شروع سکتة،** باید در الگوی ضد اسپاسم قرار داده شود و تمامی تمرین‌ها باید به الگوهای بهبودی منجر شود. **توجه ویژه باید به وضعیت شانه و هیپ داده شود.**

- شانه به جلو آمده و بازو به خارج می چرخد.
- آرنج صاف، کف دست به بالا و انگشتان باز هستند. انگشت شست دور از انگشت اشاره است.
- لگن به جلو کشید شده و پا به داخل می چرخد.
- هیپ، زانو و مچ پا کمی خم هستند.
- تنه در حالت کشیده می باشد.



فاکتورهایی که بهبودی را تحت تأثیر قرار می دهند

- بعضی از بیماران بعد از سکته تقریباً بهبودی کامل دارند، اما برخی دیگر بعد از یک سال ممکن است مشکلات قابل توجهی داشته باشند.
- فاکتورهای تأثیر گذار در میزان بهبودی:
- **۱. کیفیت درمان توانبخشی**
- در حالی که میزان بهبودی به شدت و محل سکته بستگی دارد، کیفیت درمان‌های اعمال شده در خانه و بیمارستان میزان بهبودی را به طور قابل ملاحظه ای تحت تأثیر قرار می دهد.
- این موارد شامل جلوگیری و درمان عوارضی (مشکلات روده، کونترکچر، آتروفی، زخم‌های بستر) که می توانند آسیب ناشی از سکته را افزایش دهند.
- هفته‌ی اوّل بعد از سکته بسیار مهم است. در طول این دوره تشویق و استفاده از توانایی خود بیمار مهم است.

• ۲. انگیزه‌ی بیمار و خانواده

• انگیزه‌ی بیمار و حمایت خانواده و دوستان نیز تعیین کننده‌ی میزان بهبودی است. بیماری که انگیزه دارد تا فعالیت‌هایی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن شستن را انجام دهد، می‌تواند از حرکاتی در این فعالیت‌ها استفاده کند که به روند بهبودی کمک خواهد کرد. کیفیت مراقبت و تشویق انجام شده توسط اعضای خانواده می‌تواند یک تفاوت واقعی را ایجاد کند.

• ۳. سن بیمار

• افراد جوان به احتمال زیاد نسبت به افراد بالای ۶۰ سال بهبودی بیشتری دارند. این مورد به خاطر مشکلات اضافی در افراد مسن است (برای مثال مشکلات قلبی، گردش خون، تنفسی، روانی و مشکلات خانوادگی).

• ۴. ماندگاری در فاز شلی و تأخیر در درمان

• این یک تأثیر منفی بر روی ریکاوری بعد از سکته دارد.

توصیه های درمانی

- شروع درمان:
- توانبخشی باید در همان مراحل اولیه ی سکتة شروع شود.
- در طی مرحله ی حاد درمان پزشکی نجات بخش اولویت دارد.
- اگرچه مراقبت بیشتری باید در جهت جلوگیری از کونترکچر و زخم های فشاری از طریق وضعیت دهی صحیح در تخت خواب و تمرین های دامنه ی حرکتی باید صورت گیرد.
- به محض این که بیمار از لحاظ پزشکی تثبیت شد، درمان فعال باید شروع شود. درمان باید به موقع، شدید و مکرر باشد.
- هدف از درمان های اولیه:
- جلوگیری از پیشرفت الگوهای غیرطبیعی حرکت که از بروز تون غیرطبیعی عضله ناشی می شوند.

مراحل برنامه‌ی درمانی

- **سیر پیشرفت حرکت** کنترل از پروگزیمال به دیستال است. بنابراین حرکات کنترل شده از تنه‌ی فوقانی و شانه، تنه‌ی تحتانی و هیپ ابتدا باید ایجاد شوند.
- تمام حرکات اندام‌های درگیر، از طریق مراحل پیشرونده ذیل باید اجرا شود: حرکت غیر فعال، حرکت فعال کمکی، حرکت فعال.
- بعد از این روند بیمار قادر خواهد بود اندام را در فضا حرکت داده و نگه دارد. اگر بهبودی کافی وجود داشته باشد، تقویت عضلات از طریق تمرین‌های مقاومتی می‌تواند انجام گیرد.
- پیشرفت در توانبخشی بیماران سکتته‌ای، عموماً از طریق کار با یک سری تمرینات پیشرونده صورت می‌گیرد که ارتباط نزدیکی با الگوی رشد حرکتی در دوران کودکی دارد. برای مثال:
 - غلتیدن ← نشستن ← ایستادن ← راه رفتن
 - یا
 - غلتیدن ← حالت دمر ← تکیه دادن ← چهار دست و پا ← ایستادن ← راه رفتن

- بیمار باید پوشیدن و درآوردن لباس، غذا خوردن را یاد بگیرد و در بهداشت فردی مستقل باشد.
- **آخرین مرحله ی توانبخشی** روی حرکت کنترل شده ی دست تمرکز خواهد داشت.
- حرکات ظریف دست زمانی که حرکت کنترل شده ی شانه و آرنج ایجاد شد و دست از گریپ فلکسوری آزاد شد می تواند مجدداً بدست بیاید.
- **استفاده از تحریکات حسی**
- استفاده از تحریکات حسی مانند صدا، لمس و بینایی مهم است.
- **پیام کلامی** با فراهم کردن تحریکات شنوایی، به درمان کمک خواهد کرد.
- فرامین داده شده توسط مربی باید کوتاه و به آسانی قابل فهم باشد.
- به عنوان مثال: از بیمار بخواهید درباره ی حرکت فکر کند. «ما می خواهیم زانوی تو را خم کنیم و کشش دهیم، به زانوت نگاه کن، الان به من کمک کن تا این کار را انجام دهم. حرکت را احساس کن.»
- **پیام بینایی** نیز مهم است برای مثال یک آینه ی بزرگ در جلوی بیمار، تحریک حسی فراهم می کند.

طراحی برنامه‌ی توانبخشی

- تنظیم اهداف:
- توانبخشی را با گرفتن یک ارزیابی کامل شروع کنید و سپس اهداف واقعی را بنا نمایید.
- هیچ دو بیماری در این مورد شبیه هم نیستند.
- توانایی‌های بیمار باید ارزیابی و دوباره ارزیابی شود و درمان بر اساس یافته‌ها پیشنهاد شود.
- درمان، باید به صورت اختصاصی طراحی شود تا تمام جوانب اختلال بیمار را در بر بگیرد **به جای این که فقط اختلالات مشخص حسی و حرکتی را شامل شود.**
- هدف توانبخشی برای بیمار سکتی، دستیابی به بالاترین میزان استقلال فیزیکی و روانی است.

- بیمار باید به سطحی از استقلال عملکردی برسد که **نه تنها در محیطی حفاظت شده** مانند بیمارستان، بلکه در خانه و جامعه هم بتواند کارهای خود را به طور مستقل انجام دهد. این بدان معنی است که درمان باید در همه‌ی جوانب زندگی روزمره صورت بگیرد و قسمتی از روال عادی زندگی بیمار باشد و **به عنوان یک فعالیت مجزا باشد که دو یا سه بار در هفته و یا زمانی که درمانگر بیمار را در خانه ویزیت می‌کند، نباشد.**
- **حرکت فعال**، بازگشت توانایی‌های عملکردی فرد را تسریع می‌کند.
- **حرکات غیر فعال** برای بیماری انجام می‌گیرد که ماه‌ها به شکل نامناسبی بستری شده است.
- باید به بیمار سکتی‌ای، کمک کرد تا فعالیت‌های معمول روزانه را انجام دهد، حتی در صورتی که نتواند آنها را به صورت کامل انجام دهد.

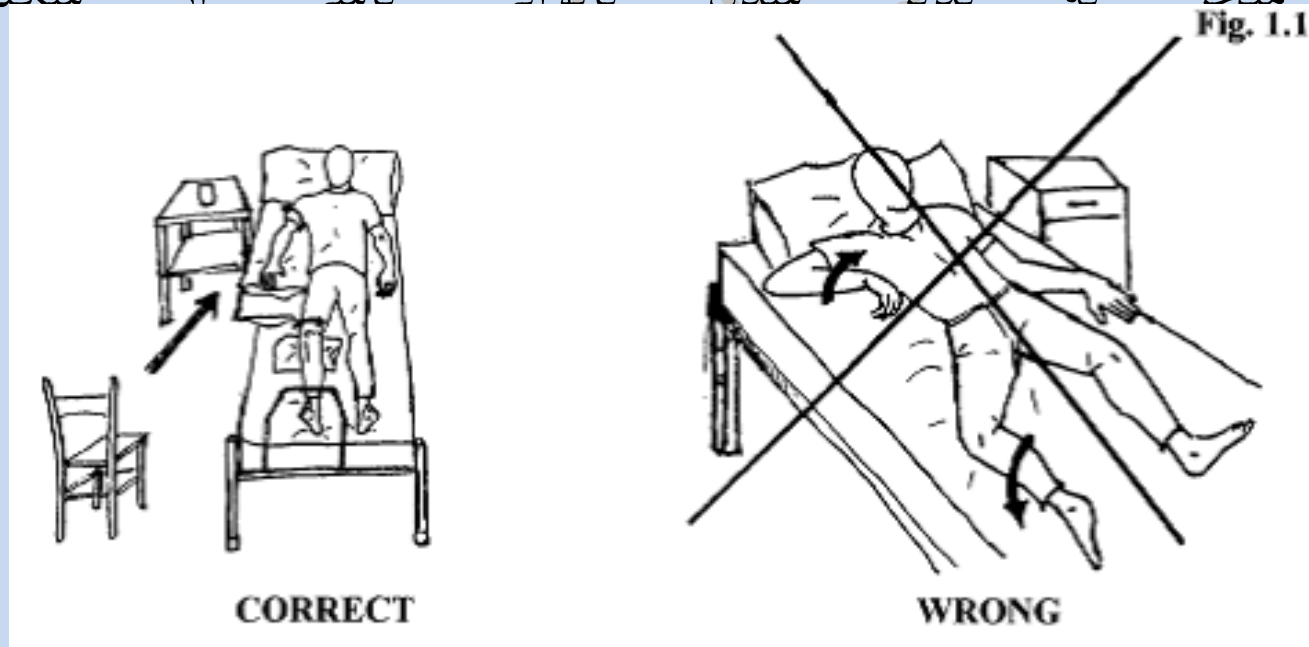
برنامه ریزی برای پیشرفت

- فعالیت‌هایی را انتخاب کنید که بیمار می‌تواند انجام دهد و نیز مهارت‌هایی را انتخاب کنید که ممکن است باعث پیشرفت وی به سطوح عملکردی بالاتر شود.
- شما می‌توانید یک فعالیت خاص را به اجزاء آن تجزیه کنید. بیمار نیز باید تشویق شود هر جزء را به عنوان یک تمرین انجام دهد.
- در مراحل نهایی درمان، تمرین می‌تواند به صورت کامل انجام گیرد.
- از ناامیدی باید اجتناب شود.
- هر گونه پیشرفت در برنامه‌ی درمانی باید در حوزه‌ی توانایی‌های بیمار باشد. به عنوان مثال: بیمار قبل از حرکت از یک وضعیت خاص، باید تعادل و ثبات در آن وضعیت را یاد بگیرد.

وضعیت صحیح و دست‌گذاری‌های اولیه

- ۲. ۱ - مقدمه
- وضعیت دهی صحیح بدن مخصوصاً در فاز حاد سکته خیلی مهم است.
- وضعیت دهی خوب کمک خواهد کرد به:
- جلوگیری از دفورمیت‌های اسکلتی - عضلانی
- جلوگیری از ایجاد زخم‌های فشاری
- جلوگیری از مشکلات گردش خون
- ارسال پیام‌های طبیعی به مغز که با فقدان پیام‌های حسی موقتی که سکته باعث آن شده است، مقابله می‌کند.
- بهبود بازشناخت و هوشیاری سمت درگیر
- - دراز کشیدن روی تخت، به مدت چندین ساعت در یک وضعیت ثابت برای بیمار سکته‌ای، خوب نیست. ۱

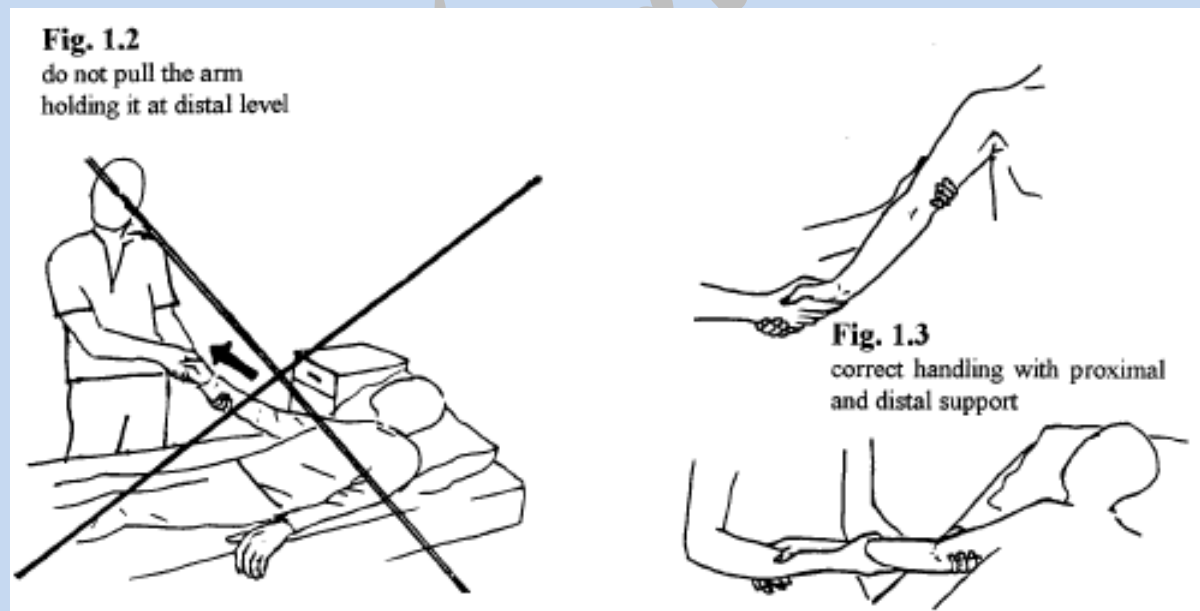
تغییر صحیح وضعیت، تحریک‌های مختلفی را فراهم می‌کند که بازگشت مجدد عملکرد حسی را تسهیل می‌کند. وضعیت اشتباه (به شکل زیر نگاه کنید) منجر به سفتی، محدودیت دامنه‌ی حرکتی و آتروفی عضلانی می‌شود. این‌ها مواردی هستند که منجر به بدت شدن ناته‌ان ناشی از سکتی می‌شود.



- وضعیت بیمار در تخت باید تنظیم شود و هر ۳ - ۲ ساعت یک بار تغییر یابد.
- وضعیت‌های مختلفی از خوابیدن به پشت گرفته تا خوابیدن به هر دو سمت و غیره باید به تناوب صورت گیرد.
- در این روش وضعیت مفاصل و قسمت‌های بدن تغییر خواهد یافت و در نتیجه تحریک‌های مختلفی به مغز ارسال خواهند شد.
- با وجود این، وضعیت دهی نباید به صورت محدود و استاتیک باشد. وضعیت دهی باید وسیله‌ای برای جلوگیری از محدودیت مفاصل باشد و نباید خود منبع محدودیت بیشتر شود.
- **نکته: وضعیت هیپ و شانه جزء اولویت‌های اولیه هستند. هر دو باید جلو نگه داشته شوند، در حالی که پا کمی به داخل و دست کمی به خارج چرخیده است.**
- وضعیت دهی دقیق و صحیح بدن باید در تمام طول درمان ادامه یابد.
- در تمامی اوقات بدن را به صورت کلی در نظر بگیرید و بیمار را طبق آن وضعیت دهی کنید. **اگر تمرینی قسمت فوقانی بدن را درگیر می‌کند، وضعیت قسمت تحتانی بدن نیز باید در نظر گرفته شود و برعکس.**

- **ابتدا بیمار به صورت غیر فعال وضعیت دهی می شود.** وضعیت داده شده می تواند به کمک بالش های نرم یا جمع کردن ملافه ها یا حوله ها زیر فرد، حفظ شود.
- از تحریکات بسیار شدید پوست باید اجتناب شود. یک بالش می تواند به منظور نگه داشتن میچ پا در وضعیت خوب و خم کردن اندک زانو، زیر ساق گذاشته شود.
- سپس می توان به بیمار یاد داد و کمک کرد که به این وضعیت ها بدون کمک و وسایل حمایتی حرکت کند و باقی بماند.

- هنگام تغییر وضعیت، نباید بازوی بیمار، زمانی که دست و مچ را گرفته‌ایم، کشیده شود. (به شکل ۱ . ۲ مراجعه شود). بازو باید در پروگزیمال و دیستال حمایت شود (شکل ۱ . ۳) و به آرامی به وضعیت‌های مختلف هدایت گردد. بیمار در نهایت به حمایت کمی نیاز خواهد داشت یا قادر خواهد بود به تنهایی وضعیت خود را تغییر دهد.



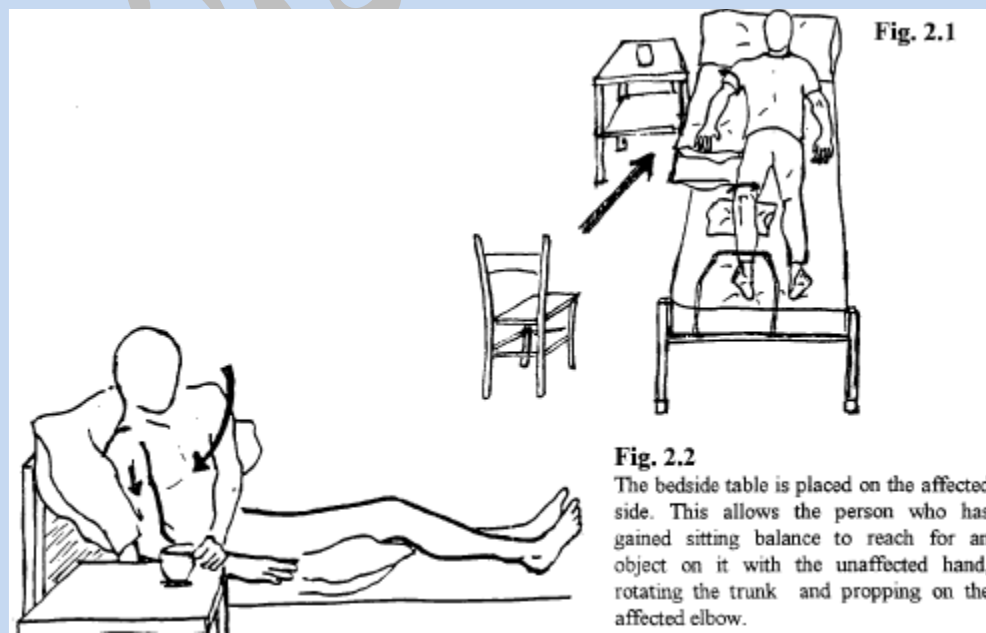
تأثیر وضعیت بر روی تون عضله

- بعضی از وضعیت‌ها می‌توانند تون عضله را افزایش دهند. در حالی که برخی دیگر می‌توانند تون را کاهش دهند یا پیشرفت الگوی اسپاسم را تحت تأثیر قرار دهند. این مورد علت وضعیت‌دهی صحیح برای تحت تأثیر قرار دادن تون عضله و تسریع بهبودی است.
- به عنوان مثال، جایی که لازم است تون عضله در پای شل با استفاده از وضعیت طاقباز افزایش یابد، دست باید با دقت زیاد وضعیت دهی شود. خصوصاً اگر اسپاستیسیته در حال پیشرفت باشد.

نزدیک شدن به بیمار و سایر دروندادهای حسی

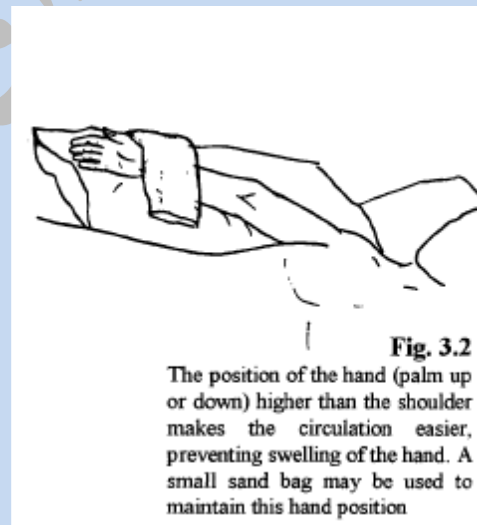
- همیشه به بیمار سگته ای **از سمت درگیر نزدیک شوید**. این کار چرخش سر به سمت درگیر را تسهیل می کند.
- اعضای خانواده، ملاقات کنندگان و همه فعالیت های پرستاری و مراقبتی باید از سمت درگیر بیمار باشد.
- وسایل اتاق خواب یا بخش بستری بیمار باید طوری قرار داده شوند که به بهبود فرد کمک کنند (میز کنار تخت باید در سمت درگیر بیمار قرار گیرد).
- استثنای این مورد زمانی است که بیمار فراموشی شدید دارد. کسی که فراموشی شدید دارد، اگر تمامی تحریکات از سمت درگیر اعمال شوند، ممکن است گیج و منزوی شود.
- بنابراین، در شروع بهتر است از سمت سالم یا خط وسط به بیمار نزدیک شوید. سپس به تدریج به سمت درگیر بیمار بروید. بعد از پیشرفت، تبعیت از توصیه های بالا امکان پذیر خواهد بود.

- بیمار باید یک تخت محکم داشته باشد، البته **تخت نباید خیلی سفت باشد.**
- **تخت بسیار نرم به جریان خون و لنف کمک نمی‌کند.** این نوع تخت اسپاستیستی را افزایش داده و می‌تواند باعث زخم‌های فشاری شود.
- اتاق را گرم نگه دارید، مطمئن شوید که اتاق زیاد شلوغ و روشن نباشد و هرگونه استرس عاطفی را محدود کنید.
- با بیمار از سمت درگیر صحبت کنید، صدای شما شنوایی و بینایی بیمار را تحریک می‌کند و تحریک حسی مهمی ایجاد می‌کند.



خوابیدن روی پشت (وضعیت طاقباز)

- وضعیت توصیف شده در زیر غالباً استفاده می‌شود. با وجود این، اگر بدون توجه لازم استفاده شود، می‌تواند باعث ایجاد زخم‌های بستر و تشدید الگوی اسپاسم شود (شکل الف صفحه ی ۵). همیشه هنگام وضعیت‌دهی بیمار در الگوی ضد اسپاسم (شکل ب صفحه ی ۵) مراقبت کافی مبذول دارید.



- سر به سمت درگیر می چرخد (نباید با بالش های حمایت کننده زیاد جلو آورده شود).
- یک بالش زیر شانه ی بیمار قرار دهید تا آن را جلو نگه دارد.
- دست روی یک بالش قرار می گیرد در حالی که آرنج و مچ صاف هستند.
- کف دست به سمت پایین قرار می گیرد در حالی که انگشتان و انگشت شست از هم جدا هستند.
- یک بالش زیر ران قرار دهید از ریتراکشن یا به عقب افتادن لگن در حالیکه پا به خارج چرخیده جلوگیری شود (پا باید در وضعیت خنثی نگهداشته شود).
- یک بالش کوچک برای خم کردن اندک زانو ممکن است قرار داده شود. اگر پا کاملاً شل باشد، از چرخیدن پا به سمت خارج اجتناب نمایید.
- یک بالش نرم می توان زیر پا قرار داد تا مانع از سفتی رو به پایین شود.

- نکته: اگر اسپاستیسیتی خصوصاً در پا پیشرونده باشد، **تخته ی حمایتی پا نباید استفاده شود.** فشار حاصله در قسمت جلوی پا. تون عضلانی پا را تشدید می کند.
- تمام قسمت های بدن در یک زمان، در یک مرحله مشابه قرار ندارند. مثلاً فردی ممکن است دست اسپاستیک داشته باشد در حالیکه پا شل است. این مورد دلیل اتخاذ وضعیت بر حسب مشکلات و نیازهای بیمار می باشد.

وضعیت‌های به پهلو خوابیده

- وضعیت‌های زیر اسپاستسیته را افزایش نمی‌دهند. آنها باید هر جایی که ممکن است استفاده شوند. آنها خصوصاً برای بیمارانی پیشنهاد می‌شوند که اسپاسم بارزی در اکستانسیون داشته باشند.
- خوابیدن روی سمت درگیر
- هرگز بیمار سگته‌ای نباید روی شانه‌ی گیرافتاده غلت بخورد. **این مورد یکی از روش شایع شروع سندرم شانه‌ی دردناک است.**
- شانه در حالی که به خارج چرخیده به سمت جلو کشیده می‌شود.
- آرنج صاف است (یا در حالی که دست زیر بالش قرار گرفته خم می‌شود).
- دست در وضعیتی قرار می‌گیرد که کف دست به سمت بالا باشد.
- پای درگیر صاف است در حالی که زانو کمی خم می‌باشد.
- پای سالم خم است.

نور مجسمی

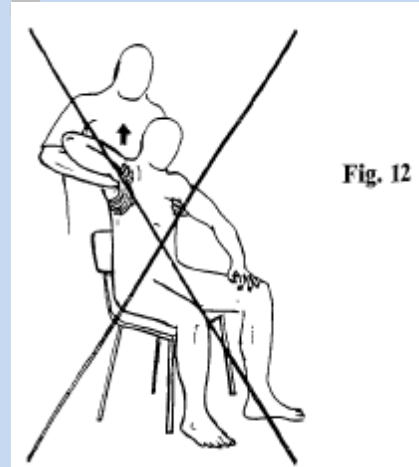
Fig. 4.1



اس سلطانی

چگونه وضعیت نشسته را اصلاح کنیم؟

- اگر نیاز است، بیمار نشسته در صندلی یا ویلچر را بلند کنیم و در وضعیت بهتر قرار دهیم (برای مثال اگر لگن او به سمت جلو سر خورده باشد) نباید او را از زیر بغل و شانه‌ها بلند نماییم.



- راه صحیح این است که:
- بیمار با دست های قلاب شده می نشیند (یا با دست سالم میچ درگیر را می گیرد).
- پشت او بایستید، زانوهای خود را خم کنید، تنه را صاف نگه دارید، سپس دست های خود را از زیر بغل بیمار عبور دهید.
- میچ های بیمار را نگه دارید و زانوهای خود را صاف کنید و همزمان بیمار را بلند نمایید.
- این حرکت در شروع، غیر فعال است. در مراحل بعدی با بهبود توانایی بیمار، یک حرکت فعال کمکی خواهد بود. به بیمار یاد دهید به جلو خم شود و وزن بدن را از یک کفل به کفل دیگر انتقال دهد و در همان زمان لگن خود را به عقب حرکت دهد.

Fig. 12.1



Fig. 12.2

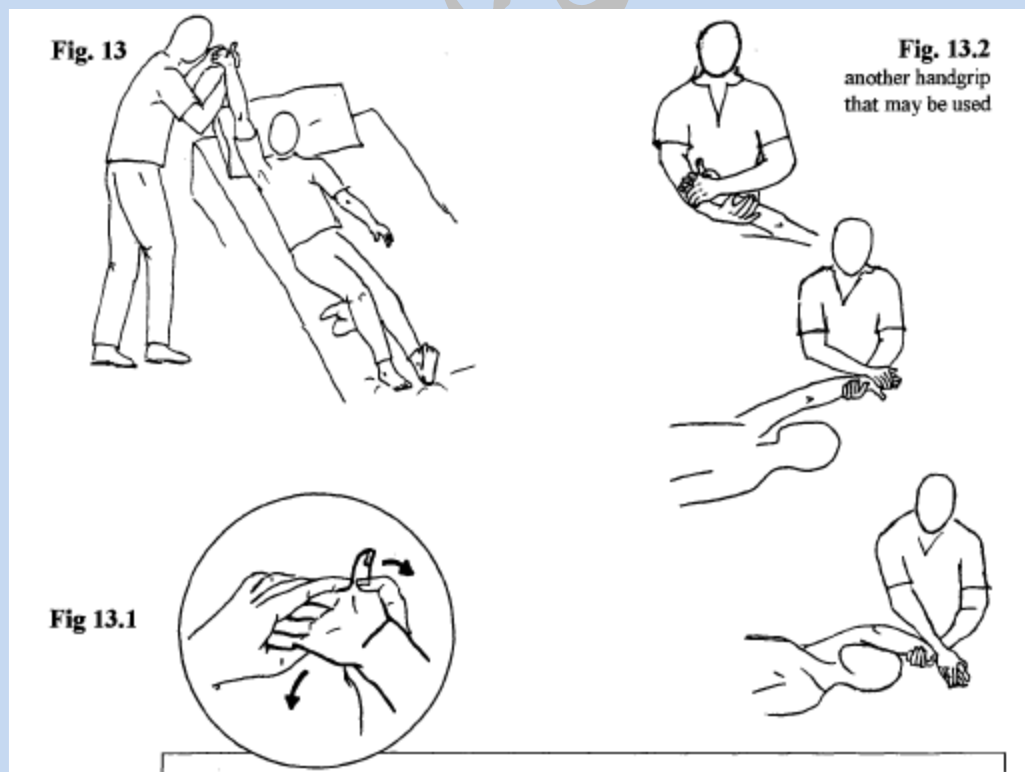


مراقبت از شانه

- حتی اگر بیماری فلج شدید داشته باشد، داشتن بازوی متحرک مهم است. بازوی دردناک و اسپاستیک، واکنش‌های تعادلی را هنگام ایستادن و حرکات کلی بدن را مختل می‌کند. هم چنین فعالیت‌های روزانه بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بالا بردن بازو همراه با چرخش خارجی در وضعیت به پشت خوابیده

- بیمار به پشت می خوابد در حالی که پای درگیر خم شده و از لحاظ چرخش داخلی و خارجی در وضعیت خنثی قرار می گیرد.
- بازوی بیمار را به سمت جلو و بالای سرش ببرید.
- سپس دست درگیر را باز کنید، انگشتان را کشش دهید و شست را باز نمایید.



موبیلیزاسیون اسکاپولا

- در حالی که بیمار روی سمت سالم خوابیده
- یکی از دست های خود را روی لبه ی اسکاپولای سمت درگیر قرار دهید و بازوی درگیر را با دست و ساعد دیگر حمایت کنید در حالی که به خارج چرخیده است.
- حالا شما در یک وضعیت خوب هستید تا بازوی درگیر را حمایت و شانه را جلو نگه دارید در حالی که لبه ی اسکاپولا را در دامنه ی کامل حرکت می دهید.

Fig. 15.1



- در حالی که بیمار به پشت خوابیده
- با یک دست لبه‌ی اسکاپولای بیمار را ثابت کنید در حالی که با دست دیگر بازوی بیمار را که به خارج چرخیده حمایت می‌کنید.
- حالا شانه‌ی بیمار را جلو کشیده و بلند کنید در حالی که لبه شانه را به پایین فشار می‌دهید.



بالا و پایین آمدن از پله

- ایمن ترین روش بالا رفتن از پله برای بیمار سکتہ ای **ابتدا گذاشتن پای سالم بر روی پله است.**
- برای پایین آمدن از پله **ابتدا پای درگیر** حرکت داده می شود.
- دست سالم می تواند نرده را بگیرد. اگر نرده وجود نداشته، بیمار با خم شدن به سمت دیوار می تواند ثبات خود را بهبود بخشد.
- شما می توانید به بیمار در بالا رفتن از پله ها کمک کنید. کمک از سمت درگیر یا پشت بیمار صورت می گیرد (شکل ۷۲).

Fig. 72

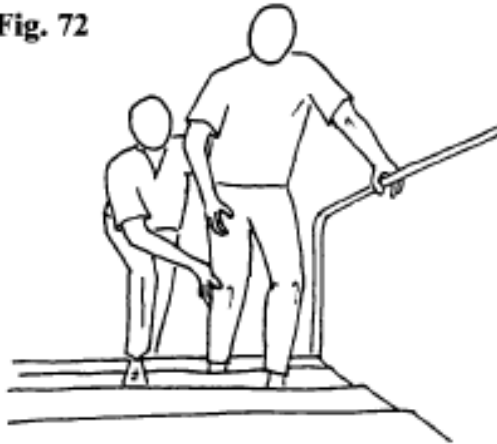


Fig. 73



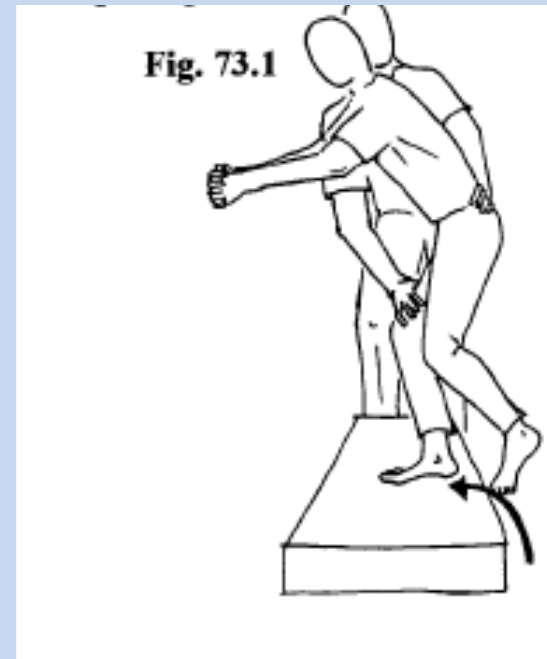
• زمانی که بیمار از پله‌ها پایین می‌آید، بهتر است درمانگر روبروی بیمار بایستد. جهت دهی و کنترل حرکت رو به جلوی ران و پای درگیر (خصوصاً در خم کردن زانو) برای درمانگر آسانتر است (شکل ۷۳).

• سایر تمرینات

• پای درگیر روی یک پله ی کوتاه

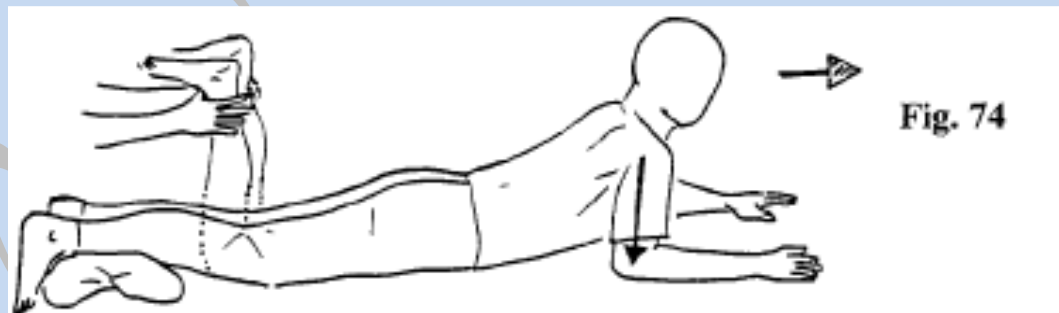
• بیمار با پای سالم از پله بالا می‌رود.

• شما می‌توانید به بیمار در وزن‌اندازی روی پای درگیر و صاف کردن زانو کمک کنید.



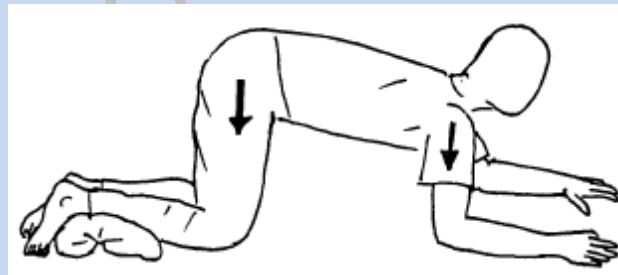
دراز کشیدن روی شکم (وضعیت دمر)

- تمرینات در حالت دمر برای حفظ اکستانسیون کامل ران حائز اهمیت است. همچنین این وضعیت برای توانبخشی شانه هم می‌تواند استفاده شود. در مثال زیر اکستانسیون فعال سر و حمایت ساعد وجود دارد.
- وضعیت دهی صحیح باید شامل:
- ساعدها باید با هم موازی و رو به جلو باشند تا از چرخش داخلی شانه جلوگیری شود.
- آرنج مستقیماً زیر شانه و انگشتان دست از هم باز هستند.
- یک بالش زیر ناحیه ی ساق پا قرار داده می‌شود تا مچ پا را در وضعیت صحیح و زانوها را کمی خم نگه دارد.



وضعیت دو زانو همراه با حمایت ساعدها

- بیمار همانند شکل ۷۴ بر روی شکم قرار می گیرد.
- با پاهای از هم فاصله گرفته بایستید. در حالی که دست هایتان اطراف هیپ است او را به بالا و عقب بکشید تا به وضعیت دو زانو برسد (اگر بیمار بر روی تخت تمرین قرار گرفته، شما می توانید از سمت ران و شانه ی درگیر به او کمک کنید).



وضعیت دو زانو

- وضعیت دو زانو به دنبال وضعیت خزیدن می باشد. برای کسب این وضعیت، معمولاً ابتدا بیمار به کمک نیاز دارد.
- پشت سر بیمار بایستید. پاهایتان را خم کنید طوری که زانوهای شما در تماس با کف های بیمار باشد.
- به جلو خم شوید و دست هایتان را جلوی شانه های بیمار قرار دهید.



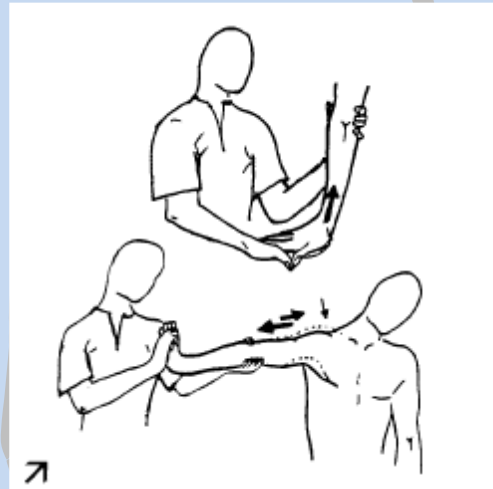
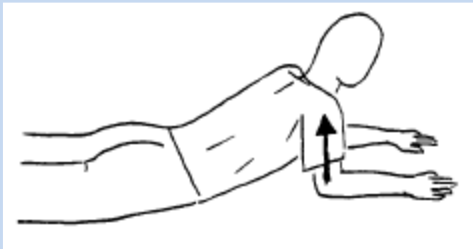
نیمه ایستادن

- بیمار جهت اتخاذ این وضعیت، وزن را روی پای درگیر می اندازد و پای سالم را جلو می برد.
- دست های تان را روی لگن بیمار قرار دهید. با این کار شما می توانید لگن را کنترل کرده و به انتقال وزن روی ران درگیر کمک کنید.



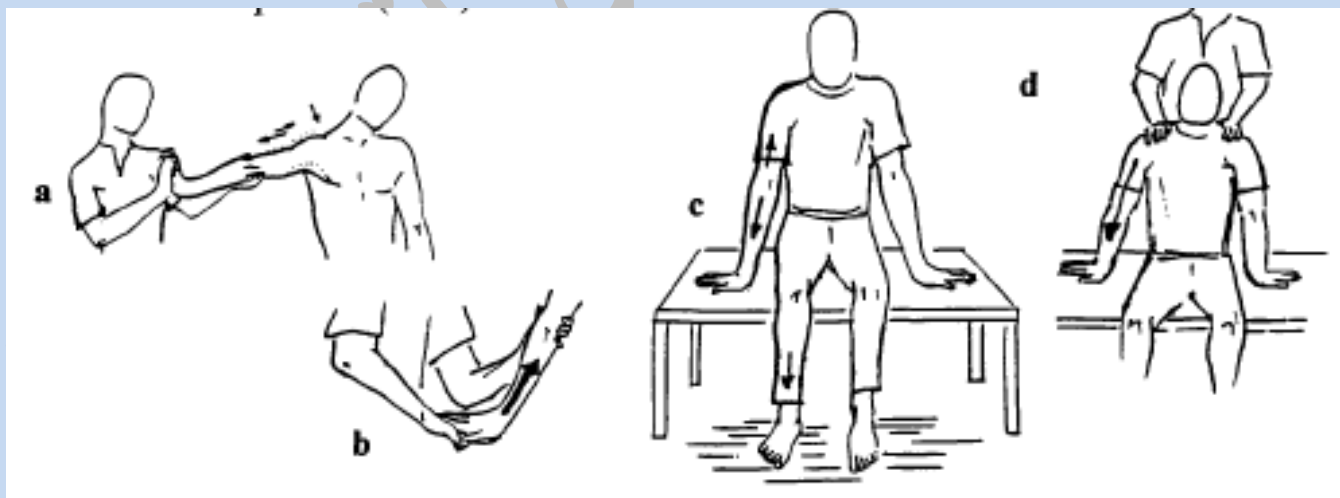
تکنیک‌های ویژه جهت آموزش عملکردی

- ۱۴. ۱- وزن اندازی یا آپروکسیمیشن
- اصطلاح آپروکسیمیشن به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن دو یا چندین مفصل از طریق فشار به هم نزدیک می‌شوند.
- آپروکسیمیشن در حین وزن اندازی به خاطر نیروی جاذبه اتفاق می‌افتد (شکل ۸۰).
- وزن اندازی روی اندام درگیر در الگوی بهبودی بخش مهمی از درمان است.
- آپروکسیمیشن می‌تواند توسط درمانگر اعمال یا تشدید شود. این تشدید آپروکسیمیشن جاذبه به وسیله ی فشار دستی در طول برنامه‌ی توانبخشی به صورت مکرر اجرا می‌شود. می‌توان آپروکسیمیشن را از طریق فشار متقابل یا فشار متناوب از طریق سطوح مفصلی ایجاد کرد (شکل ۸۱).



دکتر عباس سلطانی

- آپروکسیمیشن می تواند جهت کسب پاسخ های ویژه و مختلف استفاده شود:
- تحرک مفاصل، بهبود حس عمقی
- مهار تأثیر الگوی اسپاسم و کاهش اسپاستیستی
- آماده سازی بیمار جهت دستیابی و حفظ وضعیت خاص (شکل الف و ب)
- تقویت تون عضلانی؛ جائیکه عضلات خیلی شل هستند (شکل ج)
- تثبیت یک وضعیت (شکل د)



تپینگ (Tapping)

- تپینگ (ضربه زدن) به تحریکات کوچک و سریع اطلاق می‌شود که شما می‌توانید جهت کسب پاسخ‌های خاص به بیمار بدهید.
- تپینگ اغلب همراه با تکنیک‌های دیگر استفاده می‌شود.
- می‌توان از این تکنیک به عنوان یک یادآور حسی جهت تشویق بیمار برای حرکت دادن اندام در جهت مطلوب نظر یا برای گرفتن یک پاسخ با برهم زدن تعادل استفاده کرد.
- دو مثال زیر نشان می‌دهد چگونه می‌توانید از تپینگ به همراه سایر تکنیک‌ها استفاده کنید.

