مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۹، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰: ۱۳۵-۱۲۹

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۱۳

بررسی میزان شناخت پزشکان عمومی از نقش و کارایی اقدامات فیزیوتراپی در بهبود بیماران بستری

دکتر فرشاد اخوتیان ۱*
دکتر محمد نیاکان ۲
نرجس سلطانی ۳

۱- دکترای تخصصی فیزیوتراپی، استاد فیزیوتراپی مرکز تحقیقات فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- متخصص بیهوشی و فلوشیپ مراقبت‌های ویژه
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد فیزیوتراپی

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران- میدان امام حسین- دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن: ۰۹۱۲۳۲۷۷۵۲٤

نشانی الکترونیکی:
farshad_okhovatian@hotmail.com

چکیده

زمینه: هدف این مقاله، بررسی میزان شناخت پزشکان عمومی از اقدامات فیزیوتراپی در جهت بهبود وضعیت بالینی بیماران می‌باشد.

روش کار: پرسشنامه‌ای آماده گردید که در آن سؤالاتی به صورت نمای بالینی مطرح شد و در پایان چند گزینه که شامل راهکارهای مختلف انجام یا عدم انجام اقدامات فیزیوتراپی بود، پیشنهاد گردید که پاسخگر، نظر خود را به صورت انتخاب یک یا چند گزینه بیان می‌نمود. این پرسشنامه بین پزشکان عمومی داوطلب شرکت در آزمون سراسری دستیاری و دستیاران رشته‌های مختلف تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به صورت تصادفی توزیع گردید.

یافته‌ها: این تحقیق نشان داد که آشنایی پزشکان با انواع روش‌های فیزیوتراپی مورد نیاز براساس نوع بیماری و بیماری زمینه‌ای بیماران بستری، در حد ٤٧/٥٪ بوده است و در ۱۸/٦ درصد، به جای به کارگیری روش‌های مناسب فیزیوتراپی، روش‌های غیر ضروری و حتی زیان‌آور و هزینه بر جهت درمان بیماران تجویز گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق بیانگر این موضوع می‌باشد که شناخت کافی نسبت به اقدامات درمانی فیزیوتراپی در میزان قابل توجهی از جامعه پزشکی وجود نداشته و حتی در مواردی که وجود شناخت کافی جهت انجام این مهم به اثبات رسیده، در عمل این اقدامات مؤثر درمانی، به کار گرفته نمی‌شود. شاید عدم آگاهی کافی جامعه مورد مطالعه، بیانگر عدم وجود برنامه‌ریزی مدون آموزشی مناسب و یا عدم آموزش بالینی کافی در دوره آموزش باشد.

واژگان کلیدی: فیزیوتراپی، بیماران بستری، سوختگی، مشکلات تنفسی، جراحی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/٤/۳ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۱٤ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۱۰

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

امروزه فیزیوتراپی از جایگاه و نقش ویژه‌ای در جامعه پزشکی برخوردار است که می‌تواند در راستای بهبودی بیماری، نقش قابل توجهی را درکنار کادر درمانی ایفا نماید [۱]. به طور مثال، زمانی که یک بیمار به هر علتی تحت عمل جراحی باز شکم قرار می‌گیرد، فیزیوتراپی قبل و بعد از عمل کمک به تسریع در درمان بیمار می‌نماید [۲و۳و۴] و یا در فردی که دچار سوختگی شده است فیزیوتراپی نه تنها موجب تسریع در بهبودی بیماری می‌گردد [۵]، بلکه از ایجاد تغییر شکل و محدودیت‌های عملکردی اعضای مبتلا جلوگیری می‌نماید [۶]. از طرفی تأثیر فیزیوتراپی تنفسی در تسریع بهبود و ترخیص بیماران از بخش مراقبت‌های ویژه به اثبات رسیده است [۷]، این مطالب بیانگر این مهم می‌باشد که فیزیوتراپی قادر است کمک شایان توجهی به کادر درمانی و معالج جهت درمان سریع‌تر بیمار ارائه نماید.

با توجه به دامنه بسیار وسیع خدمات رسانی فیزیوتراپی (از نوزادان تازه به دنیا آمده که به دلیل مواردی مانند آتلکتازی نیاز به فیزیوتراپی تنفسی پیدا می‌کنند [۸] تا افراد مسن که به علت مشکلات ریوی از قبیل COPD و محدودیت حرکتی تحت درمان‌های فیزیوتراپی قرار می‌گیرند [۹]، نیاز به ایجاد شناخت و آگاهی گسترده‌تر گروه‌های مختلف جامعه پزشکی از این روش مهم درمانی احساس می‌گردد. به خصوص در مواردی مانند سوختگی [۱۰و۵و۱۱]، جراحی قلب [۴و۱۲و۳و...] فیزیوتراپی‌های تخصصی انجام می‌شود که دانش و روش‌های انجام کار آن، روزبه‌روز در حال بهبود و ارتقاء کیفیت می‌باشد که بیانگر نیاز به آشنایی کامل به آنها می‌باشد.

اکنون با عنایت به اهمیت بالای نیاز به آشنایی با این رشته، این سؤال در ذهن نقش می‌بندد که جامعه وسیع پزشکی کشورمان تا چه اندازه به اهمیت این موضوع عنایت دارند؟ و چگونه می‌توان به حل این مشکل پرداخت؟ خوشبختانه در جامعه پزشکی کشور ما، تعداد قابل توجهی از فارغ‌التحصیلان رشته فیزیوتراپی در مقاطع مختلف تحصیلی از کارشناسی تا دکترای تخصصی، فعالانه مشغول به کار می‌باشند که این امر قادر است به میزان قابل توجهی رفع‌کننده معظل فوق باشد.

بنابراین هدف این مقاله، بررسی میزان همکاری بین جامعه پزشکی (که به صورت بالینی مسؤولیت درمان بیماران را بر عهده دارند) و جامعه فیزیوتراپی (که در کنار جامعه پزشکان معالج بیماران، می‌توانند بسیار تأثیرگذار باشند) می‌باشد. به علاوه تعیین این مهم که شناخت جامعه پزشکی از اقدامات لازم فیزیوتراپی جهت درمان بیماران به چه میزان است.

مواد و روش‌ها

نوع تحقیق: این تحقیق به صورت توصیفی انجام پذیرفت و پرسشنامه‌ای آماده گردید که در آن سؤالاتی به صورت بیان تابلو بالینی بیمار مطرح شده و در پایان چند گزینه که شامل راهکارهای مختلف انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی بود، پیشنهاد گردید که پاسخگر با عنایت به محتوای سؤال مطرح شده، نظر خود را به صورت انتخاب یک یا چند گزینه بیان می‌نمود.

افراد مورد بررسی: قبل از شروع مطالعه، با هماهنگی و مشورت با متخصصین رشته‌های مختلف، سؤالات مورد نظر تنظیم گردید. سپس این پرسشنامه بین پزشکان عمومی داوطلب جهت شرکت در آزمون سراسری دستیاری و دستیاران رشته‌های مختلف تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به صورت تصادفی توزیع شد. هدف از انتخاب جامعه مورد مطالعه، پویا بودن ذهن آنان و پیگیری‌های علمی و قرار داشتن در محیط علمی و از طرفی نقش مهم آنان در شکل‌دهی جامعه آتی بهداشت و درمان کشور بوده است.

روش آماری: از آمار توصیفی توسط نرم‌افزار Excel استفاده گردید.

یافته‌ها

این پرسشنامه‌ها توسط دویست نفر از پزشکان و دستیاران تکمیل گردید و درصد پاسخ‌های قابل انتظار و غیر قابل انتظار به تفکیک مشخص شد. فقط ۴۷/۵٪ از جامعه مورد مطالعه به پاسخ‌های مورد انتظار اشاره نمودند و ۱۸/۶٪ روش‌های را که انتخاب نمودند کاملاً با انجام روش مناسب فیزیوتراپی در جهت بهبود بیمار مغایرت داشت.

همچنین نتایج پاسخ به سؤالات در زیر به تفکیک مورد بررسی قرار گرفته است. علی‌رغم اینکه تابلو بالینی در بیماران مطرح شده، نمایی رایج از مشاهدات جامعه پزشکی بیمارستانی در مواجهه با بیماران می‌باشد لیکن در هیچ یک از موارد، مورد انتظار پاسخ صحیح صد در صد داده نشده است.

Archive of SID
www.SID.ir

سؤال اول) مرد ۶۸ ساله‌ای بدون سابقه بیماری سیستمیک قبلی، به دنبال بروز ناگهانی عدم تعادل و از دست رفتن سطح هوشیاری، به بخش اورژانس آورده شده است. در معاینات اولیه به عمل آمده، بیمار هوشیار نبوده، دیسترس تنفسی دارد و تونیسیه عضلات نیمه طرف چپ بدن، کاهش یافته است، بیمار دچار افت فشار خون و اکسیژن خون شریانی گردیده است. با توجه به شرایط ذکر شده، سریعاً اقدامات درمانی لازم جهت بهبود وضعیت سطح هوشیاری، همودینامیک و وضعیت تنفسی برای بیمار شروع گردید. گزارش CT scan، بیانگر یک ضایعه ایسکمیک در مغز بود. در ثبت اولیه دستورات پزشک، با کدامیک از موارد زیر موافق نمی‌باشید؟

نتایج سؤال اول نشان داد (جدول ۱) که درصد قابل توجهی از یعنی ۲۹٪، ۱۳٪ و ۳۵٪ افراد به ترتیب با تجویز فیزیوتراپی در دستورات اورژانس، تقویت عضلات کاهش تونیسیته یافته و فیزیوتراپی به منظور جلوگیری از پنومونی آسپیراسیون موافق نبودند و علی‌رغم انتظار ۱۰۰٪ فقط ۴۰٪ از موارد با به تأخیر افتادن فیزیوتراپی در مرحله حاد مخالف بودند.

جدول شماره ۱- درصد انتخاب گزینه توسط کل جامعه مورد مطالعه

	درصد تجویز	درصد تجویز مورد انتظار
الف) لازم است فیزیوتراپی تنفسی در دستورات اولیه پزشک اورژانس درج گردد.	٪۲۹	٪۰
ب) از اهداف درمان فیزیوتراپی در این بیمار، تقویت عضلات کاهش تونیسیته یافته، می‌باشد.	٪۱۳	٪۰
ج) فیزیوتراپی می‌تواند به عنوان راهکاری جهت جلوگیری از aspiration pneumonia به کار گرفته شود.	٪۳۵	٪۰
*د) لازم است فیزیوتراپی تا بهبود سطح هوشیاری و ثبات نسبی در علائم حیاتی بیمار به تأخیر افتند.	٪۴۰	٪۱۰۰

* گزینه صحیح مورد نظر

سؤال دوم) یک خانم چاق ۷۴ ساله، سه روز پیش با تشخیص خونریزی گوارشی ناشی از اولسر پپتیک، تحت لاپاراتومی قرار گرفت و به دلیل مشکل تنفسی به صورت تنفس‌های تند و سطحی و بالا رفتن دی اکسید کربن خون در ICU بستری گردید و به دنبال آن اینتوبه و تحت تهویه مکانیکی قرار گرفت. بیمار روز گذشته، به دنبال بهبود وضعیت بالینی و آزمایشگاهی، اکستوبه شد و در حال حاضر، کاندید انتقال به بخش می‌باشد. اکنون بیمار سرفه‌های خلط‌دار با حجم کم داشته و از درد ناحیه عمل شاکی است. کدام یک از موارد زیر را، در دستورات حین بستری و پس از ترخیص از ICU تأیید می‌نمایید؟

نتایج سؤال دوم نشان داد (جدول ۲) که تنها ۲۲/۵٪ از جامعه مورد مطالعه آشنایی با تأثیر تجهیزات فیزیوتراپی در مرحله تحت حاد بیماری داشته‌اند و ۵۹٪ جامعه مورد مطالعه از نوع عمل جراحی، تأثیر محل جراحی بر روی وضعیت تنفسی و نیاز به انجام فیزیوتراپی جهت مقابله با عوارض ثانویه اطلاع داشتند و همچنین فقط ۵۱/۵٪ جامعه مورد مطالعه به وضعیت زمینه‌ای و قبلی بیمار توجه نموده‌اند.

جدول شماره ۲- درصد انتخاب گزینه توسط کل جامعه مورد مطالعه

	درصد تجویز	درصد تجویز مورد انتظار
الف) تا زمانی که بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد نیاز به فیزیوتراپی قفسه سینه نمی‌باشد.	٪۱۲	٪۰
*ب) استفاده از تسکین دهنده‌های الکتریکی درد (TENS) به کاهش درد بیمار کمک می‌کند.	٪۲۲/۵	٪۱۰۰
*ج) با توجه به ناحیه عمل لازم است فیزیوتراپی قفسه سینه بیمار ادامه یابد.	٪۵۹	٪۱۰۰
*د) با توجه به چاقی و سن بالا، بیمار نیازمند انجام فیزیوتراپی اندام می‌باشد.	٪۵۱/۵	٪۱۰۰

* گزینه صحیح مورد نظر

Archive of SID

www.SID.ir

سؤال سوم) یک خانم ۴۸ ساله با سابقه استعمال سیگار به میزان یک پاکت در روز به مدت ۱۵ سال بدون وجود علائم تنفسی، کاندید عمل جراحی CABG می‌باشد. با کدام یک از موارد زیر موافق می‌باشید؟

بررسی نتایج این سؤال نشان داد (جدول ۳) که ۴۷/۵٪ از جامعه مورد مطالعه علیرغم اشراف به وضعیت زمینه‌ای بیمار در شرح حال به عمل آمده، نیازی به شروع فیزیوتراپی تنفسی قبل از عمل را مطرح ننموده‌اند. ۹٪ از جامعه مورد مطالعه از روش‌ها و تکنیک‌های مختلف فیزیوتراپی که بر اساس محل درگیری به کار گرفته می‌شود، اطلاع نداشته‌اند. تنها ۳۱٪ به وضعیت زمینه‌ای و شرح حال به عمل آمده از بیمار که قطعاً بیانگر درجاتی از درگیری زمینه‌ای ریه می‌باشد، توجه داشته‌اند و همچنین ۲۵/۵٪ موارد مورد بررسی، آشنایی لازم را با مانورها و روش‌های مختلف فیزیوتراپی بر اساس حالات مختلف بالینی بیمار نداشته‌اند.

جدول شماره ۳- درصد انتخاب گزینه توسط کل جامعه مورد مطالعه

	درصد تجویز	درصد تجویز مورد انتظار
الف) فیزیوتراپی تنفسی، بعد از عمل و انتقال بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب شروع می‌گردد.	٪۴۷/۵	٪۰
ب) با توجه به عدم ثبات استرنوم بیمار، هیچگونه اقدامی جهت فیزیوتراپی قفسه سینه نباید صورت پذیرد.	٪۹	٪۰
* ج) بیمار قبل از اقدام به عمل جراحی نیاز به فیزیوتراپی تنفسی و آموزش‌های لازم دارد.	٪۳۱	٪۱۰۰
د) در صورتی که بیمار در طی بستری در ICU دچار اختلال همودینامیک گردد تا زمان بهبود وضعیت بیمار، فیزیوتراپی متوقف می‌گردد.	٪۲۵/۵	٪۰

* گزینه صحیح مورد نظر

سؤال چهارم) مردی ۲۵ ساله، که به دنبال احتراق بنزین دچار سوختگی درجه II و III قدام و خلف قفسه سینه، اندام فوقانی راست و چپ بدون بروز سوختگی استنشاقی شده، به بخش اورژانس آورده شده است.

در ثبت اولیه دستورات پزشک، با کدام یک از موارد زیر موافق می‌باشید؟

بررسی سؤال چهارم نشان داد (جدول ۴) که آشنایی با نیاز به فیزیوتراپی در بیماران سوختگی در جامعه مورد مطالعه نسبتاً قابل توجه بود به نحوی که ۴۸/۵٪ جامعه مورد مطالعه موافق عدم کارایی عضو (کانتراکچر) به دنبال بی‌حرکتی طولانی مدت محل گرافت بوده‌اند و نیز ۶۶/۵٪ اشراف به نیاز انجام فیزیوتراپی سایر نواحی غیر درگیر به دلیل عواملی از قبیل بی‌حرکتی، بیهوشی‌های مکرر و استاز داشتند.

جدول شماره ٤- درصد انتخاب گزینه توسط کل جامعه مورد مطالعه

	درصد تجویز	درصد تجویز مورد انتظار
الف) بی‌حرکتی نقش مثبتی در طول درمان این بیمار دارد و حرکت زود هنگام اندام‌ها، سبب تأخیر در ترمیم بافتی می‌گردد.	٪۱	٪۰
ب) به دلیل عدم بروز سوختگی استنشاقی نیازی به انجام فیزیوتراپی قفسه سینه نمی‌باشد.	٪۷	٪۰
*ج) بی‌حرکتی طولانی مدت در محل گرافت پوستی، موجب ایجاد کانتراکچر در گرافت می‌گردد که منجر به عدم کارایی لازم می‌شود.	٪۴۸/۵	٪۱۰۰
د) محل برداشتن گرافت برخلاف ناحیه‌ای که گرافت گذاشته می‌شود نیاز به اقدامات لازم فیزیوتراپی قبل و بعد از عمل ندارد.	٪۴/۵	٪۰
*ه) فیزیوتراپی بیمار تنها محدود به نواحی درگیر نمی‌باشد.	٪۶۶/۵	٪۱۰۰

* گزینه صحیح مورد نظر

www.SID.ir

سؤال پنجم) مرد ۸۲ ساله‌ای با سابقه دمانس، ساکن خانه سالمندان، در طی یک سال اخیر به دلیل ضعف شدید اندام و اختلال تعادل، همواره در بستر بوده و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع داشته است. در حال حاضر، به دنبال تب و لرز و مشکل تنفسی به بخش اورژانس آورده شده است. در معاینات اولیه، خواب آلود بوده و تاکی پنه در حد تعداد تنفس ۲۲ تنفس در دقیقه دارد. رفلکس بلع و گازهای خون شریانی در حد قابل قبول می‌باشد. فشار خون بیمار ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب ۸۸ ضربه در دقیقه و دمای بدن بیمار ۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد (زیر بغل) می‌باشد. در کنار سایر اقدامات درمانی لازم، درج کدامیک از موارد زیر در دستورات اولیه پزشک مورد تأیید شما می‌باشد؟

علیرغم انتظار به ابراز توجه به وضعیت سطح هوشیاری بیمار و یافته‌های بالینی تنفسی که نیاز به انجام فیزیوتراپی تنفسی را مطرح می‌سازد تنها ۴۵/۵٪ جامعه مورد مطالعه با تجویز فیزیوتراپی تنفسی موافق بوده‌اند (جدول ۵) و علی‌رغم اهمیت پیشگیری از بروز زخم بستر که شیوع آن در بیماران بستری و بیمارانی که دچار مشکل سطح هوشیاری شده‌اند کاملاً ثابت شده می‌باشد ولی تنها ۵۳٪ جامعه مورد مطالعه به این مهم عنایت داشته‌اند. تنها ۵۶/۵٪ جامعه مورد مطالعه با به کارگیری فیزیوتراپی مورد نیاز جهت جلوگیری از بروز عوارض قابل انتظار اشراف داشته‌اند. این در حالی است که تنها ۲٪ جامعه مورد مطالعه معتقد به انجام فیزیوتراپی در بیماران با وضعیت بستری و افت سطح هوشیاری نمی‌باشند.

جدول شماره ۵- درصد انتخاب گزینه توسط کل جامعه مورد مطالعه

	درصد تجویز	درصد تجویز مورد انتظار
*الف) انجام فیزیوتراپی قفسه سینه نقش به سزایی در پیشگیری و درمان مشکلات احتمالی تنفسی بیمار دارد.	٪۴۵/۵	٪۱۰۰
ب) با توجه به طولانی بودن مدت بی‌حرکتی بیمار، فیزیوتراپی کمک چندانی به تحرک اندام بیمار نخواهد کرد.	٪۲	٪۰
*ج) فیزیوتراپی اندام در پیشگیری از بروز زخم بستر و بهبود زخم‌های بستر قبلی مفید است.	٪۵۳	٪۱۰۰
*د) یکی از اهداف فیزیوتراپی تنفسی و اندام، جلوگیری از بروز مشکلات جدید تنفسی و اندام می‌باشد.	٪۵۶/۵	٪۱۰۰

* گزینه صحیح مورد نظر

بحث و نتیجه‌گیری

دلایل انتخاب جامعه مورد مطالعه، پویا بودن ذهن آنان و پیگیری‌های علمی و قرار داشتن در محیط علمی بوده است، به علاوه وجود نقش مهم آنان در شکل‌دهی جامعه آتی بهداشت و درمان کشور دلیل دیگر این انتخاب می‌باشد.

تمام پنج سؤال چند گزینه‌ای پرسشنامه این تحقیق، در خصوص افراد بستری در بخش ICU و CCU بیمارستان و نیز بیماران با وضعیت بحرانی در زمان مراجعه به اورژانس و بیماران تحت اعمال جراحی بستری در بخش بوده است که از نظر نیاز به فیزیوتراپی تحت بررسی قرار گرفتند.

بیمارانی که به مدت طولانی در بیمارستان بستری می‌گردند به دلیل بیماری زمینه‌ای، داروهایی که جهت درمان دریافت می‌دارند و عوارض حاصله به دنبال بیماری زمینه‌ای و بروز بیماری‌های جدید، مستعد خطر ضعف سیستم عصبی عضلانی می‌باشند که کاهش تحرک ناشی از آسیب‌های مفصلی به علت بی‌حرکتی طولانی مدت، می‌تواند مزید بر علت شده و سیر بیماری و نتیجه نهایی درمان و مدت بستری و کنترل علائم حاد بیماری را به طور مستقیم تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی توصیه و تجویز فیزیوتراپی در جهت راه‌اندازی و تحرک در بیمارانی که مرحله بهبود بیماری خود را طی می‌نمایند نسبت به بیمارانی که در مرحله حاد بیماری خود قرار دارند، بیشتر صورت می‌پذیرد. این مهم را می‌توان در بررسی که بر اساس پاسخ پزشکان تحقیق حاضر به سؤالات مطرح شده صورت پذیرفت به صورت قابل توجهی استنتاج نمود.

در این خصوص، اوکونر و وال شام ۱۳ تمام مقالات منتشر شده از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۹ را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که

Archive of SID

www.SID.ir

تجویز فیزیوتراپی و تحرک بیماران بدحال، کمک به تسریع در روند بهبودی آنان می‌نماید. از طرفی لاترونیکو و راسول ۷ در سال ۲۰۱۰، ایجاد میوپاتی و نروپاتی بیماران بد حال بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان را ناشی از ضعف عضلات تنفسی و اندام‌های آنان ذکر نمودند و نتیجه گرفتند که فیزیوتراپی زود هنگام، به پزشک معالج در جلوگیری به موقع از نروپاتی و میوپاتی بیماران بدحال کمک می‌کند و مانع از بدتر شده بیماری می‌گردد.

در پرسشنامه‌های ما در خصوص بیماران سکته مغزی، اکثر پزشکان نظر بر عدم نیاز به فیزیوتراپی در مرحله حاد بیماری داشتند لیکن نتایج مطالعه هو و همکارانش ۱۴ در ۲۰۱۰ در بررسی بر روی ۱۵۴ بیمار استروک حاد پذیرش شده در بخش مراقبت‌های ویژه، نشان داد که تأکید بر شروع فیزیوتراپی زود هنگام و شدت درمان‌های توانبخشی رابطه مستقیم و معنادار با میزان بهبودی، وضعیت عملکردی بیمار و توانمندی آنان در تحرک و راه رفتن در زمان ترخیص دارد.

در سؤالی که در خصوص بیماران سوختگی مطرح شده بود به نظر می‌رسد برخی پزشکان مورد مطالعه این تحقیق، عنایت قابل توجهی به ایجاد کانتراکچر عضلانی و محدودیت‌های مفصلی بعد از سوختگی نداشتند و شاید تمرکزشان بیشتر بر حفظ ثبات علائم حیاتی و استراحت مطلق بیماران بوده است. اش نیدر و همکاران ۶ در یک بررس مروری مقالات سال ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۲، یکی از مشکلات اساسی بیماران سوختگی را ایجاد کانتراکچر عضلانی و محدودیت‌های مفصلی ذکر نمود به طوری که بیش از یک‌سوم بیمارانی که سوختگی وسیع داشته‌اند در زمان ترخیص خود از بیمارستان، دچار کانتراکچر عضلانی و محدودیت‌های مفصلی شده بودند و توصیه نمودند که توجه خاصی باید به فیزیوتراپی و وضعیت مفاصل و عضلات بیماران مبذول گردد. در سال ۲۰۰۷ نیز اخوتیان ۱۵ در یک کار تحقیقاتی بر روی بیماران سوختگی نتیجه گرفت که تعداد قابل توجهی از بیماران، بعد از مرخص شدند از بیمارستان، به دلیل عدم توجه به فیزیوتراپی و مراقبت‌های بعدی در منزل دچار کانتراکچر عضلانی و محدودیت‌های مفصلی می‌شوند.

امروزه، ضرورت همکاری تنگاتنگ گروه‌های مختلف درمان جهت مداوای بیماران امری پذیرفته شده می‌باشد، زیرا همکاری صحیح و مناسب اعضای گروه درمان، نه تنها نقش به سزایی در تسریع و کیفیت درمان بیماران دارد بلکه در کاهش هزینه‌های درمانی نیز حائز اهمیت است. نتایج این تحقیق نشان داد که آشنایی پزشکان با انواع روش‌های فیزیوتراپی مورد نیاز برای بیماران بستری با مد نظر قراردادن بیماری زمینه‌ای و فعلی، مجموعاً کمتر از پنجاه درصد بوده (در حد ۴۷/۵٪) و در حدود بیست درصد از موارد (۱۸/۶٪)، به جای به کارگیری روش‌های مناسب فیزیوتراپی، روش‌های غیر ضروری و حتی زیان‌آور و هزینه بر جهت درمان بیماران تجویز گردید. شاید عدم آگاهی کافی جامعه مورد مطالعه، بیانگر عدم وجود برنامه‌ریزی مدون آموزشی مناسب و یا عدم آموزش بالینی کافی در دوره آموزش باشد.

اکنون این سؤال مطرح می‌گردد که آیا نیاز به یک همفکری و همکاری نزدیک بین یک پزشک معالج و بخش فیزیوتراپی می‌باشد یا خیر؟ و در صورتی که پاسخ این سؤال مثبت است این میزان همکاری تاکنون تا چه اندازه بوده و آیا نیاز به همکاری بیشتر را می‌طلبد یا خیر؟ در صورت تأیید نیاز به همکاری بیشتر نحوه اجرای این همکاری نیاز به تعریف دقیق خواهد داشت.

با توجه به موارد فوق، نظر به اینکه جامعه قابل توجهی از فارغ‌التحصیلان رشته فیزیوتراپی در رده‌های مختلف به صورت فعال در جامعه درمانی فعالیت دارند، تعیین راهکاری جهت ایجاد همکاری بیشتر بین این جامعه و سایر گروه‌های درمانی نقش به سزایی در ارتقاء کیفیت درمان بیماران ایفا خواهد نمود. لذا ضرورت نیاز به بررسی دقیق میزان همکاری بین جامعه پزشکی و جامعه فیزیوتراپی و از طرفی دیگر، نیاز به بررسی میزان شناخت جامعه عمومی نسبت به نقش و کارایی اقدامات فیزیوتراپی احساس می‌گردد. با عنایت به این امر، لازم است جایگاه و نقش فیزیوتراپی به طور دقیق و صحیح معرفی گردد تا با عنایت به آن بیشترین کارایی و تأثیرگذاری حاصل شود.

Archive of SID
www.SID.ir

مراجع

1- Tang CY, Taylor NF, Blackstock FC, Chest physiotherapy for patients admitted to hospital with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review, Physiotherapy, 2010, 96(1):1-13, Epub 2009 Sep 22.

2- Mendes RG, Simoes RP,Costa FD, Pantoni CB, Thommazo LD, Luzzi S, Catai AM, Arena R, Borahi-Silva A, Short-term supervised inpatient physiotherapy exercise protocol improves cardiac autonomic function after coronary artery bypass graft surgery – a randomized control trial, Disabil Rehabil, 2010 Feb 15, (Epub ahead of print).

3- Renault JA, Costa-Val R, Rosseti MB, Houri Neto M, Comparison between deep breathing exercises and incentive spirometry after CABG surgery, Rev Bras Cir Cardiovasc, 2009, 24(2): 165-72.

4- Solak O, Emmiler M, Ela Y, Dundar U, Kocoiullari CU, Eren N, Gokce IY, Cekirdekci A, Kavuncu V, Comparison of continuous and intermittent transcutaneous electrical nerve stimulation inn postoperative pain management after coronary artery bypass grafting: a randomized, placebo-controlled prospective study, Heart Surg Forum, 2009, 12(5), E266-71.

5- Serghiou M, Cowan A,Whitehead C, Rehabilitation after a burn injury, Clin Plast Surg, 2009, 36(4): 675-86.

6- Schneider JC, Holavanahalli R, Helm P, Goldstein R, Kowalske K, Contractures in burn injury: defining the problem, J Burn Care Res, 2006, 27(4): 508-14.

7- Latronico N & Rasulo FA, Presentation and management of ICU myopathy and neuropathy, Curr Opin Crit Care, 2010 Jan 13. [Epub ahead of print]

8- Hough JL, Flenady V, Johnston L, Woodgate PG, Chest physiotherapy for reducing respiratory morbidity in infants requiring ventilatory support, Cochrane Database Syst Rev, 2008, 16(3): CD006445.

9- Gold DT, Shipp KM, Pieper CE, Duncan PW, Martinez S, Lyles KW, Group treatment improves trunk strength and psychological status in older women with vertebral fractures: results of a randomized, clinical trial, J Am Geriatr Soc, 2004, 52(9): 1471-8.

10- Li AL, Gomez M, Fish JS, Effectiveness of pain management following electrical injury, J Burn Care Res, 2010, 31(1): 73-82.

11- Morris LD, Louw QA, Crous LC, Feasibility and potential effect of a low-cost virtual reality system on reducing pain and anxiety in adult burn injury patients during physiotherapy in a developing country, Burns, 2009, 17 (Epub ahead of print).

12- Stein R, Maia CP, Silveira AD, Chippa GR, Myers J, Ribeiro JP, Inspiratory muscle strength as a determinant of functional capacity early after coronary artery bypass graft surgery, Arch Phys Med Rehabil, 2009, 90(10): 1685-91.

13- O'Connor ED & Walsham J, Should we mobilise critically ill patients? A review, Crit Care Resusc, 2009, 11(4): 290-300.

14- Hu MH, Hsu SS, Yip PK, Wang YH, Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit., Disabl Rehabil., 2010 Mar 24. [Epub ahead of print].

15- Okhovatian, F & Zoubin, N, A comparison between two burn rehabilitation protocols, Burns, 2007, 33(4): 429-34.

Archive of SID

www.SID.ir