

## مراقبت‌های پرستاری در عوارض شایع آسیب‌های طناب نخاعی و مراقبت‌های پرستاری آن

### مقدمه

پرستاران دارای نقش ویژه‌ای در ارائه مراقبت‌های مورد نیاز افراد دارای ضایعه نخاعی می‌باشند. تاکید خدمات پرستاری بر تامین مراقبت جسمی، حمایت روانی و عاطفی و آموزش افراد دارای ضایعه نخاعی و خانواده‌های ایشان و مراقبت دهندگان از این افراد می‌باشد. فرد آسیب دیده باید نکات لازم، در زمینه آگاهی از نیازهای بهداشتی و مراقبتی خود را از طریق خدمات پرستاری حرفه‌ای دریافت نماید. دکتر باری گلداستین (Barry Goldstein) عضو انجمن توانبخشی و دستیار مرکز پزشکی هاربرویو و مشاور عالی گروه سیاست گذاری انجمن ضایعات نخاعی می‌گوید: "تا بعد از جنگ جهانی دوم میزان مرگ و میرهای بعد از آسیب نخاعی خیلی زیاد بود" پیشرفت درمان‌های پزشکی و جراحی، باعث شده اند تا پیش آگهی بعد از ضایعات نخاعی تا حدود زیادی تغییر پیدا کند. امروزه افراد مبتلا به آسیب‌های نخاعی عمر طولانی تری نسبت به گذشته دارند. افراد نخاعی با افزایش سن خود مشکلات شایعی را تجربه می‌کنند که در واقع به دلیل بالا رفتن سن، بر عوارض حاصل از ضایعه نخاعی آنان اضافه می‌شوند. دکتر گلداستین هم مطالعات خود را بر روی این موضوع به خصوص بر روی عوارض اسکلتی - عضلانی بعد از ضایعات نخاعی متمرکز کرده است. او می‌گوید: عوارض اسکلتی-عضلانی بعد از آسیب‌های نخاعی خیلی شایع هستند، هم به این دلیل که آنها با افزایش سن ایجاد می‌شوند و هم اینکه افراد نخاعی عوامل خطر مربوط به ایجاد آنها را دارند.

### معلول ضایعه نخاعی

به فردی اطلاق می‌شود که به هر علتی اعم از تروما یا ضربه، بیماری‌های مادرزادی، بیماری‌های عفونی، تومور مغزی یا سرطان، بیماری‌های مغزی و عروقی و یا حتی مراحل پیشرفته ضایعات دیسکوپاتی، نخاع از زیر منطقه بصل النخاع تا ناحیه انتهایی شبکه دم اسبی که توسط ستون فقرات محافظت می‌شوند دچار آسیب شده و مقدار ضایعه آن از قسمتی تا قطع کامل و یا له شدگی و تغییرات استحاله‌ای باشد که نتیجه آن ایجاد عوارض حرکتی و حسی و یا اتونومیک یک یا چند اندام و تنه است. بیماری‌هایی که دچار آسیب نخاعی می‌گردند به دو دسته تتراپلژی (کوادری پلژی) و پاراپلژی فلج اندام‌های تحتانی تقسیم بندی می‌شوند. پاراپلژی اشاره به آسیب نخاعی زیر سطح T1 دارد. معمولاً این نوع از آسیب منجر به ضعف و تغییرات حسی در تنه، پاها می‌شود. افراد گرفتار پاراپلژی دچار آسیب به طناب نخاعی عصب توراسیک T2 تا پایین عصب خاجی S5 می‌باشند. فرد پاراپلژی یک عملکرد حسی

و حرکتی در تنه و یا اندام تحتانی خود را از دست می‌دهد. این نوع آسیب در اثر صدمه به نخاع در ناحیه سینه، کمر یا خاجی ایجاد می‌شود. بسته به اینکه آسیب در کجا اتفاق بیفتد کنترل بخش های خاصی از بدن از دست می‌رود. هر چه محل صدمه بالاتر باشد عملکرد حسی و عضلانی نسبت به کسی که گرفتار آسیب ناحیه خاجی شده، بیشتر از دست می‌رود. تصادفات رانندگی و سوانح ورزشی بیشترین موارد پاراپلژی را ایجاد می‌کنند. سقوط از بلندی و ارتفاع نیز از علل اصلی آسیب نخاعی می‌باشند. بعد از یک سانحه، مراقبت شدیدی در مورد تصادفات دیدگان در صورت مشکوک بودن به داشتن ضایعه نخاعی بایستی اعمال گردد، اگر فرد آسیب دیده به درستی جابجا نشود ممکن است به آسیب اضافی در نخاع گرفتار شود. بنابراین، فرد مبتلا به آسیب در ناحیه ی گردن و کمر بایستی جز توسط پرسنل پزشکی آموزش دیده جابجا شود. مراقبت ناصحیح می‌تواند شرایط پاراپلژی موقت را به پاراپلژی دائمی تبدیل کند. همچنین می‌تواند پاراپلژی را به کوادری پلژی تبدیل نماید. تتراپلژی اشاره به آسیب طناب نخاعی در سطح نخاعی T1 یا بالاتر دارد. معمولاً تتراپلژی منجر به تغییرات ضعف یا حسی دست ها و پاها می‌گردد. این نوع از آسیب را کوادری پلژی هم می‌گویند. در این حالت آسیب در ناحیه گردن رخ می‌دهد و فرد کنترل عملکرد حسی و حرکتی اندام فوقانی، تنه و اندام تحتانی را از دست می‌دهد.

### آناتومی طناب نخاعی

طناب نخاعی استوانه ای از بافت عصبی که ضخامت آن تقریباً به اندازه انگشت کوچک است و ۳۸ تا ۴۵ سانتی متر طول دارد. این طناب از **سوراخ جمجمه** شروع می‌شود به طوری که از بالا با بصل النخاع در ارتباط است و درون کانال ستون مهره ای تا سطح قاعده بدنه اولین مهره کمری L1 پائین کشیده شده است و در آنجا به دسته ای از رشته های عصبی به نام اعصاب دم اسبی ختم می‌شود. این اعصاب از مناطق کمری و خاجی ستون فقرات بیرون می‌آیند. طناب نخاعی از ۳۱ قسمت تشکیل شده است که از هر کدام یک جفت عصب خارج می‌شود. ضخامت این طناب در نقاط مختلف متفاوت است و در نواحی گردنی و کمری قدری ضخیم تر است. زیرا در این ناحیه عصب بزرگی برای نواحی دست و پا از نخاع خارج می‌شود. این دو ناحیه را برجستگی های گردنی و کمری نخاع می‌گویند.

### اعمال طناب نخاعی:

۱- رابط میان مغز و اعصابی است که به بخش های طرفی تنه و دست و پا می‌روند.

۲- مرکز مهم اعمال رفلکسی است.

### اعصاب نخاعی شامل :

۸ جفت گردنی ، ۱۲ جفت توراسیک ( سینه ای ) ، ۵ جفت عصب کمری ، ۵ جفت خاجی ، اجفت دنبالچه ای

## اتیولوژی آسیب های نخاعی

با توجه به مرکز ملی آمار ضایعات نخاعی ایالات متحده، هر سال بیش از ۱۲۰۰۰ مورد جدید آسیب نخاعی در آن کشور رخ می دهد که پنج دلیل اصلی ایجاد آنها از قرار زیر هستند :

**تصادفات وسایل نقلیه:** آسیبهای نخاعی حاصل از تصادفات ، شایع ترین نوع ضایعات نخاعی هستند؛ بین ۴۰ تا ۵۰ درصد از کل صدمات نخاعی در اثر این عامل ایجاد می شوند. بطور کلی تصادفات شدید وسایل نقلیه اغلب باعث وارد آمدن ضربات شدید به ستون فقرات و بافتهای نرم آن شده و منجر به فشردگی یا آسیب بافتهای عصبی داخل نخاع می گردد. تصادفات گاهی اوقات با مصرف الکل و مواد مخدر مرتبط بوده است.

**صدمات ورزشی:** بر اساس گزارش شبکه های آسیب نخاعی ، صدمات ورزشی درصد کمی از آمار سالانه صدمات نخاعی را به خود اختصاص داده است . در گروه صدمات ورزشی ، آسیبهای حاصل از شیرجه زدن در آبهای کم عمق بیشترین عامل را تشکیل می دهند . بطور کلی ضایعات نخاعی ناشی از تروما های ورزشی حدود ۷,۶ درصد از کل صدمات می باشند.

**خشونت:** متأسفانه ، خشونت مسئول ۱۵ درصد از کل صدمات نخاعی است . بر اساس آمار مرکز آسیبهای نخاعی ایالات متحده بسیاری از این صدمات در اثر جراحات حاصل از اصابت گلوله و یا ضربات چاقو بطور کلی در اثر برخورد مستقیم یک جسم خارجی با نخاع ایجاد می شوند .

**سقوط:** سقوط شایع ترین علت آسیب نخاعی نزد بزرگسالان دارای سنین بالاتر از ۶۵ سال می باشد. فعال نگه داشتن بدن و حفظ تعادل مناسب به روشهای مختلف می تواند در جلوگیری از سقوط که ممکن است منجر به آسیب طناب نخاعی گردد، نقش مهمی داشته باشند . سقوط عامل حدود ۲۵ درصد از کل صدمات نخاعی است.

**تومورها:** تومورهای مختلفی اعم از سرطانی یا غیرسرطانی وجود دارند که عمدتاً می توانند بر روی نخاع تاثیر بگذارند. از جمله ی آنها می توان آستروسیتوما ، نوروفیروما و مننژیوم را نام برد. منشاء این تومورها ممکن است در داخل سلول های بافت عصبی و یا در اطراف آنها باشند که در اثر رشد سبب اعمال فشار بر نخاع می گردند . همچنین تومورهای سرطانی ممکن است در قسمتهای دیگر بدن ایجاد و سپس داخل نخاع متاستاز پیدا کنند.

## عوارض آسیب های نخاعی

- ۱- سیستم تنفس: صدمه و آسیب به مهره های گردنی یا شکستگی بالای C4 مشکلات خاصی را در عمل تنفس به وجود آورده و باعث توقف کامل تنفس می شود صدمه زیر C4 در صورت فعال بودن عصب فرنیک باعث تنفس دیافراگماتیک خواهد شد.
- ۲- سیستم قلبی و عروقی: هرگونه قطع عرضی در طناب نخاعی بالاتر از سطح T5 اثر اعصاب سمپاتیک را بر سیستم قلبی عروقی از بین می برد و باعث مشکلات فوری شامل بر ایكاردی - هیپوتانسیون و کاهش برون ده قلبی می شود.
- ۳- سیستم ادراری: رتانسیون ادراری يك علامت شایع در صدمات حاد نخاعی و شوک نخاعی است. مثانه با توجه به فقدان اثر مهارى مغز بسیار تحريك پذیر می شود در نتیجه مکرراً مقدار کمی ادرار دفع خواهد کرد که دفع مثانه به طور کامل صورت نگرفته و این امر منجر به اتساع مثانه و احتباس ادرار و بروز عفونت و سنگ های ادراری می شود.
- ۴- سیستم معده ای - روده ای: چنانچه طناب نخاعی بالاتر از T5 و به طور عرضی قطع شود فقدان عصب رسانی سمپاتیک ممکن است که منجر به ایجاد اتساع ایلئوس و معده شود. مشکلات دفعی؛ سختی و احتباس مدفوع نیز ایجاد می شود.
- ۵- شوک نخاعی و هیپورفلکس خود به خودی: در اثر انقباض مثانه (در اثر استاز ادراری)، انقباض روده و زخم فشاری ایجاد می شود.
- ۶- هایپرفلکسی (HYPER REFLEXIA): هایپرفلکسی معمولاً در ضایعات نخاعی بالای سطح T6 به وجود می آید. اگر يك محرك شديد احشایی و يا يك محرك دائمی روی استخوان های زیر ناحیه ضایعه وجود داشته باشد و یا مثانه این بیماران تحت کشش بیش از حد قرار گیرد علائم رخ می دهد، که عبارت اند از سردرد، عرق نواحی بالای سطح ضایعه، گرفتگی بینی، تیره شدن بینایی، افزایش فشار خون، تندى و یا كندى ضربان قلب. کشش بیش از اندازه مثانه در این بیماران به علل انسداد سوند تخلیه کننده، پر شدن کیسه ادرار، عمل تعویض سوند، اتساع بیش از حد مثانه، افزایش گاز در روده ها و افزایش و تجمع مدفوع و یا هر نوع تحريك روی رکتوم (مثل هموروئید)، تحریکات پوستی مثل سوختگی رخ میدهد، که جهت جلوگیری از آن بایستی عوامل ایجاد کننده را حتی الامکان برطرف نمود.
- ۷- هایپرترمی (HYPER THERMIA): ممکن است دمای بدن این بیماران تحت تأثیر محیط گرم؛ افزایش یابد که منجر به بروز علائمی مثل پوست گرم؛ قرمز و خشک، احساس ضعف، سرگیجه، اختلال بینایی، سردرد، تهوع دمای بالا، نبض نامنظم و ضعیف می شود.

## مشکلات اسکلتی-عضلانی شایع بعد از ضایعات نخاعی

اطلاعات نشان میدهد که اکثریت افراد نخاعی در طول زندگی خود دارای مشکلات عضلانی-استخوانی می شوند. برخی از این مشکلات عبارتند از:

### ۱) کاهش دامنه حرکتی اندامها

کاهش دامنه حرکتی اندامها از شایعترین ناراحتیهای اسکلتی - عضلانی بعد از ضایعه نخاعی محسوب می شود و علل آن زیاد است. دامنه حرکتی برای فعالیت‌های مختلف مانند نشستن، جابجا شدن ها و سایر فعالیت‌های انفعالی اهمیت بسیار زیادی دارد. اگرچه مهمترین علت کاهش دامنه حرکتی، باقی ماندن طولانی مدت در یک وضعیت ثابت مانند نشستن زیاد است، اما در واقع علل زیادی می تواند داشته باشد. این مشکل می تواند ناشی از این باشد که شخص تمرینات دامنه حرکتی را انجام نداده باشد، یا اینکه برخی اسپاسم ها می توانند باعث کشیده شدن مفاصل شوند، در نتیجه مفاصل در وضعیت کوتاه شدگی قرار گرفته و قابلیت انعطاف آنها کم می شود و دامنه حرکت آنها سخت ترمی گردد. یا اینکه امکان دارد یک عارضه مفصلی مانند آرتروز یا تورم مفصلی باعث کاهش دامنه حرکتی و یا تشدید آن شود.

### ۲) پوکی و شکستگی استخوان

پوکی استخوان بعد از ضایعه نخاعی خیلی سریعتر اتفاق می افتد. طی ۴ تا ۶ ماه اول بعد از آسیب، حدود ۲۵ درصد یا بیشتر تراکم استخوانی با افت مواجه می شود تا یک و نیم سال بعد از آن، بیش از یک سوم توده استخوانی دچار افت می گردد. مقدار کاهش تراکم استخوان در ۱۸ ماه اول بعد از آسیب نخاعی به اندازه ای زیاد است که مسئله شکستگی بعد از ضایعه نخاعی باید به عنوان یک عامل خطر مورد توجه قرار گیرد. بطور کلی یک چهارم از جمعیت افراد نخاعی طی یک سال بعد از ضایعه و نیمی از آنان پس از ۱۰ سال بعد از آسیب نخاعی به حد شکستگی می رسند.

### ۳) درد شانه

درد شانه در افراد پاراپلژی و تتراپلژی یک مشکل متداول محسوب می شود. درد شانه ها بعد از ضایعه نخاعی علل مکانیکی بسیار زیادی می تواند داشته باشد. از جمله: کوفتگی و گرفتگی ماهیچه، پارگی عضله، التهاب و ورم مفاصل. از آنجائی که افراد نخاعی برای اجرای بسیاری از فعالیت‌های روزانه خود به شانه های خود متکی هستند، درد این ناحیه اگر چه باعث از کار افتادن کامل فرد نمی شود ولی می تواند تاثیر بسیار زیادی بر روی تضعیف فعالیت‌های او داشته باشد.

## مراقبت‌های پرستاری در ضایعات نخاعی

در مراقبتهای پرستاری تامین نیازهای جسمی، حمایت روانی و عاطفی و آموزش افراد مبتلا به ضایعات نخاعی و خانواده های آنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

### آموزش به بیمار

#### نکاتی در خصوص پیشگیری از تجمع ترشحات دستگاه تنفسی

می توان از تجمع ترشحاتی که موجب احتقان ریه و عوارض تنفسی می شوند، جلوگیری کرده و ترشحات را کاهش و یا از بین برد. بطور کلی اقدامات زیر خروج ترشحات را آسان می نمایند و به بیمار موارد زیر توصیه می شود:

تنفس عمیق و سرفه کردن، تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت، نوشیدن مایعات به مقدار کافی، نشستن در فواصل زمانی کوتاه، دق کردن قفسه سینه جهت خروج ترشحات، اسپرومتری تشویقی، دمیدن درون دستکش در تنفس عمیق و تمرینات تنفسی هر دو ساعت وقتی مددجو بیدار است، کیسه های هوایی ریه منبسط می شوند. این انبساط کیسه های هوایی کمک می کند که از انسداد آنها بوسیله مخاط جلوگیری شود. وقتی مددجو بیدار می باشد، حداقل هر ۲ ساعت یکبار تنفس عمیق داشته باشد. برای اینکه مددجو تنفس عمیق داشته باشد می توان از محرکهای تنفسی یا وسایل دیگر کمک گرفت. سرفه کردن باعث دفع ترشحات مخاط می شود.

#### مهمترین نکات در مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم فشاری

افراد مبتلا به آسیب های نخاعی به دلیل کمبود یا فقدان حس و حرکت در اعضای فلج خود، به مراقبت بسیار دقیقی از پوستشان نیاز دارند.

#### قوانین طلایی جهت مراقبت از پوست به شرح زیر هستند:

در هر فرد نخاعی باید حداقل هر روز و هر شب با دقت بررسی های لازم را انجام داد، و در صورتیکه مورد خاصی مشاهده شد، باید تعداد دفعات معاینه را افزایش داد. به محض مشاهده هر گونه قرمزی یا سایر علائم خطر ناشی از آسیب پوستی بدنبال فشار، باید اقدامات لازم جهت حذف فشار انجام شود. در حالت نشسته یا خوابیده همواره باید وضعیت بالش و تشک و سایر تجهیزات بررسی و اصلاح شود، بطوری که فشار از قسمتهای آسیب دیده بر داشته شود. هیچگاه نبایستی مشکل یک سمت بدن را با فشار زیاد بر روی سمت دیگر مرتفع نمود، در غیر اینصورت ممکن است زخم در هر دو طرف بدن ایجاد شود. در صورت لزوم فرد باید تا زمانی که پوست بدنش کاملا بهبودی پیدا کند، در بستر استراحت نماید. قسمتهای آسیب دیده را باید با محلول نرمال سالین شستشو داده و تا خشک شدن کامل آن صبر کرد. اگر صدمه به حدی باشد که پوست پاره شده و علائم مرحله دوم و سوم زخمهای فشاری دیده می شود، بایستی قسمت

آسیب دیده بصورت استریل پانسمان شود و به پزشک معالج اطلاع داده شود. در صورت امکان هنگام استراحت باید بدن در حالتی قرار گیرد که امکان گسترش زخم فشاری از بین برود و قسمتهای حساس کمترین میزان فشار را متحمل شوند. چنانچه علائم فشار از جمله قرمزی، ورم یا گرمی پوست کاهش پیدا کرد، تا مدت طولانی نبایستی قسمتهای آسیب دیده تحت فشار قرار گیرد و نباید فعالیتی کرد که باعث بروز مجدد مشکل شود. بعد از بهبودی و به هنگام بازگشت مجدد به روال عادی و روزمره زندگی باید فعالیت ها را خیلی به تدریج آغاز کرد و به دفعات بیشتری معاینات را انجام داد. چرا که بافت بهبود یافته از زخم فشاری معمولاً ضعیف است و نسبت به پوست معمولی آمادگی بیشتری برای آسیب دیدن دارد، بنابراین مراقبت بیشتری نیاز دارد.

### مراقبتهای پرستاری در پیشگیری از مشکلات گوارشی

پرستار بایستی وجود صداهای روده ای، سفتی شکم، خون در مدفوع، علائم حیاتی، حرکات روده ای را مورد ارزیابی قرار دهد و در صورت بروز مشکل اقداماتی مانند استفاده از دارو طبق تجویز پزشک برای کاهش تحریک و التهاب گوارشی، تنظیم یک برنامه دفع روده ای منظم و اداره کردن مددجو تا جایی که وی بتواند کنترل برنامه دفع روده ای خود را داشته باشد.

### آموزش برنامه دفع روده ای شامل:

۱- برای انجام عمل دفع به صورت طبیعی و روئین تا حد امکان باید از عضلات شکمی و دیافراگم استفاده شود و در صورت عدم امکان استفاده از این عضلات فرد می تواند یاد بگیرد که با دست ها یا شکم بند به روی شکم فشار وارد کند.

۲- پیشگیری از یبوست و ایجاد مدفوع فشرده که می تواند موجب شروع عارضه اتونومیک دیس رفلکسی، اسپاسمی و سایر عوارض باشد، که اقداماتی نظیر داشتن یک رژیم غذایی متعادل و مناسب (دارای فیبر بالا سبوس و مایع کافی) و یا درمان با نرم کننده های مدفوع (ملین ها) محصولات حجم دهنده مدفوع، لوبریکانت ها، مسهل های ضعیف و شیاف تا مدفوعی نرم تولید شود و حرکات روده تحریک گردد، دیلاتاسیون موضع با انگشت، استفاده از روش انما به صورت ملایم و فقط با نرمال سالین، استفاده از بعضی از مواد خوراکی نرم کننده مثل آلو، انجیرو... برای تحریک پریستالتیسم و نوشیدن مایعات گرم، داشتن فعالیت فیزیکی شامل بیرون آمدن از بستر و انجام ورزش های مجاز، نشستن یا دراز کشیدن روی پهلو برای تحریک حرکات روده ای و شکمی می تواند موثر واقع شود.

### مراقبتهای پرستاری در دستگاه ادراری تناسلی

بررسی الگوی ادرار مددجواز نظر وجود هماچوری، و ادرار با بوی بد و متعفن، تحت نظر گرفتن فرد از نظر میزان دریافتی و دفعی مایعات و ثبت آن، پیگیری و انجام آزمایشات نیتروژن اوره خون و کراتی

نین، آنالیز ادرار، کشت ادرار، رادیوگرافی های کلیه، مجاری ادراری و مثانه در صورت لزوم باید مورد ارزیابی قرار گیرد، و در صورت بروز مشکل مداخلات پرستاری شامل:

۱- اجرای پروتکل کاتتریزاسیون متناوب و آغاز برنامه آموزش مجدد کنترل مثانه و نوع اختلال در عملکرد مثانه تشخیص داده شده است.

برنامه آموزش کنترل مثانه برای افراد دارای ضایعه نخاعی شامل موارد ذیل می باشد:

• تجویز یک عامل اسیدی کننده ادرار مانند تجویز ۱ تا ۲ گرم ویتامین ث ۴ بار در روز که باعث می شود PH ادرار در حد ۵/۵ باقی بماند.

• تجویز مایعات در حد مجاز

• بررسی اختلال در عملکرد دستگاه ادراری تناسلی از جمله اختلال عملکرد جنسی

• فراهم نمودن آموزشهای مورد نیاز افراد و ارائه آن وقتی که مددجو آمادگی دارد. در مورد افراد در معرض خطر مداخله آموزشی می تواند حتی قبل از آمادگی نیز صورت گیرد.

• مشاوره اورولوژی در صورت نیاز

**مراقبتهای پرستاری در دستگاه قلبی-عروقی**

**عوارض قلبی-عروقی عبارتند از:** ترومبوفلیت، ترومبوز ورید عمقی، آمبولی ریوی، افت فشار وضعیتی، بالا رفتن دمای بدن، پایین آمدن دمای بدن

پرستار بایستی مددجو را از نظر علائم و نشانه های آمبولی ریوی، ترومبوز ورید عمقی، افت فشار وضعیتی مورد ارزیابی قرار دهد و در صورت نیاز اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- ادامه استفاده از چهارین طبق دستور پزشک

۲- استفاده از جوراب های الاستیک تا بالای ران

در صورت بروز هر یک از عوارض اقدامات شامل:

**در ترومبوز ورید عمقی**

۱- استراحت مطلق مددجو برای جلوگیری از جابجایی لخته

۲- بالا بردن پای مبتلا یا هر دو پا

۳- تغییر وضعیت مددجو هر ۲ ساعت بدون اینکه پاها روی هم بیافتند

۴- تمرینات دامنه حرکات بر روی پایی که مبتلا نمی باشد

۵- تجویز صحیح داورهای ضدانعقاد طبق دستور پزشک معالج

۶- چک کردن علائم حیاتی هر ۴ تا ۶ ساعت

۷- ارزیابی فرد از نظر علائم آمبولی ریوی مانند تنفس سطحی، درد قفسه سینه، اضطراب، سرفه،



هموپتیزی، تاکی پنه، کراکل (صدایی مثل قلقل که نشاندهنده ی احتقان ریه است)، تاکی کاردی، تعریق فراوان و تب

### در افت فشار خون وضعیتی

- ۱- اجرای درمان فیزیکی با یک tilt table و یا صندلی چرخدار تا شو
- ۲- استفاده از کمربند شکمی و جوراب های ضد آمبولی
- ۳- دادن وضعیت مناسب (سر پایین و پاها بالا) تا نرمال شدن فشارخون
- ۴- کنترل فشار خون قبل و بعد از جابجایی ها و یا مصرف دارو هایی که عارضه کاهش فشار خون دارند
- ۵- دادن مایعات کافی به مددجو و هیدراته کردن وی

### مراقبت های پرستاری و نحوه رویارویی با درد در آسیب نخاعی

درد یک حس ناخوشایندی است. برای موفقیت آمیز بودن کنترل درد باید بیمار موارد زیر را رعایت کند. انعطاف پذیر بودن و همکاری با پزشک، در ارتباط بودن با متخصصین برای پیدا کردن راه حلهایی برای کنترل درد، پیروی کردن از دستورالعمل های درمان و مداوا، داشتن نقش فعال در درمان. پس نتیجه می گیریم که کنترل درد می تواند در رشد و پیشرفت کیفیت زندگی مددجویان بسزایی داشته باشد. ابتدا درمان را با شیوه های ساده کاهش درد شروع کنید. ممکن است مجبور شوید چندین روش یا ترکیبی از روشها را به کار ببرید تا بهترین روش موثر بر درد پیدا شود از مددجو بخواهید خودش را سرزنش نکند زیرا ممکن است مشکل جدی داشته باشد که موجب درد شده است.

### چه عواملی درد را کاهش می دهد؟

احساسات و طرز فکر مددجو در افزایش درد موثر است. بعنوان مثال تلقین موجب می شود تا درد شدید شود و این موضوع می تواند منجر به خستگی، فشار روحی، عصبانیت و کاهش توانایی در انجام فعالیت های روزانه فرد شود. افسردگی می تواند درد را شدیدتر و در نهایت موجب گوشه گیری و انزوا فرد شود. شیوه های روانشناسی وجود دارد که می توان برای کاهش درد از آنها کمک گرفت. از طریق مشاوره تخصصی می توان بر افسردگی غلبه کرد و از عهده استرس برآمد اگر چه، افسردگی شدید ممکن است نیازمند دارو و درمان باشد. بعضی روشهایی که مددجو از طریق مشاوره یاد می گیرد شامل آموزش تمدد اعصاب، بیوفیدبک و خواب مصنوعی می باشد که البته می بایستی با مشورت پزشک متخصص انجام شود. زمانیکه مددجو هیچ فعالیتی ندارد یا می خواهد استراحت کند مثلاً قبل از خواب، ممکن است درد افزایش یابد این بخاطر این است که او زمان کافی برای تمرکز روی درد دارد وقتی که در فعالیتهای هدفدار و لذت بخش درگیر می شود، آگاهی و هوشیاری او از درد کاهش می یابد، برای مثال: زمانیکه

مددجو مشغول انجام کار، مطالعه و فعالیتهای تفریحی می باشد به احتمال بسیار زیاد کمتر روی درد تمرکز می کند.

### **کنترل درد:**

کنترل درد معمولاً با درمان دارویی، تعدیل کردن فعالیتهای یا ترکیبی از هر دو انجام می شود که احتمالاً درد را بطور کامل قطع نمی کند اما یک برنامه کنترل درد موثر می تواند شدت درد را کاهش دهد. کنترل درد یک فرآیند خیلی سخت است بیشتر مواقع درک اینکه چه چیزی موجب درد در فرد ضایعه نخاعی شده است خیلی مشکل است قبل از اینکه دارو استفاده کنید یا شیوه های کنترل درد را بکار ببرید با پزشک متخصص در مورد درد بعد از آسیب نخاعی مشاوره نمائید. بخاطر داشته باشید زمان می برد تا بهترین روش کنترل درد را پیدا کنید و البته برنامه کنترل درد موثر بستگی به نوع درد دارد.

### **مهمترین جنبه های عمومی برنامه های توانبخشی**

مفهوم توانبخشی: هدف از توانبخشی آسیب دیدگان نخاعی این است که به بازیابی عملکرد جسمی و حسی بدن بیماران نخاعی کمک شود تا آنها بتوانند با امید، عزت نفس و استقلال به زندگی خود ادامه دهند.

### **بازیابی توانائی های حرکتی**

بعضی از افراد مبتلا به آسیب نخاعی می توانند تا اندازه ای توانائی حرکتی خود را دوباره بدست آورند. اگر بیمار پتانسیل لازم برای بازیابی حرکتی خود را داشته باشد، متخصصان توانبخشی فعالیت می کنند تا این فرآیند شتاب گرفته و تا آنجا که امکان دارد عملکرد اندامها در کمترین زمان ممکن برگشت کند.

### **• یادگیری مهارتهای جدید**

استفاده از ویلچر برای حرکت، برای هر فردی متفاوت است. در برنامه های توانبخشی، هر روزه فعالیتهای مختلف زندگی از آشپزی گرفته تا رانندگی و محل استراحت تغییر می کند. ترکیبی از برنامه های توانبخشی مبتنی بر مهارت و توانبخشی شغلی به بیمار کمک می کند تا چگونگی انجام تمام فعالیتهای را به روشهای جدید یاد بگیرند.

### **• ایجاد یک نگرش جدید**

بخش بزرگی از روند توانبخشی، به جنبه ی روانی آن مربوط می شود. بیمار شروع به درک این موضوع می کند که زندگی او تغییر پیدا کرده است و پس از آن می آموزد که باید خود را با این زندگی تطبیق دهد. یکی از مزیت های بزرگ برخی مراکز، حمایت از بیماران همسان است. از آنجا که برنامه های توانبخشی برای ده ها تن از بیماران بطور هم زمان اجرا می شود، در طول مراحل مختلف برنامه، آنها می توانند همدیگر را تشویق و حمایت کنند.

## •مراقبتها

از آنجا که فلج شدن معمولاً با از دست دادن حس و کاهش توانائی حرکت اندامهای درگیر همراه است. حتی ساده ترین کارهای روزانه هم ممکن است نیاز به آموزش مجدد داشته باشند به عنوان مثال نشستن طولانی مدت روی ویلچر می تواند باعث بروز ایجاد مشکل شود. افراد سالم در حالت نشسته ، برای از بین بردن فشار از روی بدن ، وضعیت خود را مرتباً عوض می کنند، اما این فرایند در مورد یک فرد نخاعی که فاقد حس است، متوقف می شود. در مورد کسی که یک مدت خیلی طولانی در وضعیت نشسته باقی می ماند، گردش خون در پوست نواحی تحت فشار او قطع و باعث مرگ سلولهای آن ناحیه گشته و در نتیجه زخم فشاری تشکیل می شود . بنابراین بخش مهمی از مراقبت های پرستاری و فرایند توانبخشی به آموزش نحوه ی جلوگیری از این قبیل مشکلات اختصاص دارد. معمولاً درمانگران از دستگاہهای مخصوص ایستادن برای کمک به کشش و تقویت عضلات لگن و پاهای بیمار و به طور کلی تحمل وزن استفاده می کنند و پرستاران روشهای تطابق با شرایط موجود و نحوه مراقبت از خود، در خصوص چگونگی فعالیت ها، پیشگیری از عفونت ادراری، پیشگیری از یبوست و مشکلات گوارشی و ... را آموزش می دهند و بیمار را تشویق به شرکت در برنامه های فیزیوتراپی می نمایند.

## اهمیت فیزیوتراپی برای افراد مبتلا به آسیب نخاعی

فیزیوتراپی برای بیماران مبتلا به آسیب نخاعی شامل تحریک ماهیچه ها است تا به مددجو کمک کند که بتواند تعادل عمومی خود را مجدداً بدست آورد ، بطوری که بتواند بدن خود را راست نگه داشته و به تمرین فعالیتهای دستی خود بپردازد . یک نمونه از تمرینات فیزیوتراپی استفاده از دوچرخه های ثابت مخصوص و مجهز است . هنگام استفاده از این دستگاہ پاهای مددجو به پدال ها بسته می شوند و درمانگر آن را به حرکت می اندازد . ضمن اینکه یک نفر کمک کننده هم از وی پشتیبانی می کند . همزمان با چرخش پدال عضلات منقبض و منبسط می شوند . در نتیجه شکل عضلات و تعادل آنها بهبود پیدا می کند . این کار موجب تقویت عضلات شده ، از تحلیل آنها ( آتروفی ) جلوگیری می کند و هر عصبی که فعال باشد را تحریک می کند.

## آیا فیزیوتراپی برای تمام افراد مبتلا به آسیب نخاعی کارائی دارد ؟

شرکت افراد مبتلا به آسیب نخاعی در برنامه های فیزیوتراپی نمی تواند موفقیت آنان را تضمین کند ، البته در این مورد برخی اختلاف نظرها وجود دارد ، اما درکل توانبخشی برای بسیاری از افراد مبتلا به آسیب طناب نخاعی موفقیت آمیز بوده است . ضمن اینکه گزینه های جایگزین چندانی نیز در این راستا وجود ندارد . درست است که تحقیقات انجام شده در مورد سلول های بنیادین نویدبخش بوده ، اما دستیابی

به درمان قاطع با سلول های بنیادی هنوز به گذشت زمان نیاز دارد. برای برخی ها بازیابی به مفهوم راه رفتن مجدد است. از نظر خیلی افراد ، بازیابی ها کم اهمیت به نظر می رسد. ممکن است بازیابی به معنی بازیابی مجدد کنترل روده ها ، ایجاد قدرت در دستها برای کمک به حرکت ، یا انجام کارهای خیلی ساده ای مانند یادگیری مجدد نحوه شانه زدن به موها باشد. مهم این است که مددجو کارهایی را که قبلا قادر به انجام آن نبوده است، بعد از فیزیوتراپی توانایی انجام آن را پیدا می کند و این موضوع بیشتر از اینکه یک امتیاز باشد یک موفقیت محسوب می شود.

### **تمرینات دامنه ی حرکتی پس از آسیب نخاعی**

از آنجائی که آسیبهای نخاعی مشکلی بسیار جدی محسوب می شوند ، مددجو به عنوان یک فرد دچار ضایعه نخاعی جهت بازتوانی خود ، باید همیشه دستورات پزشک خود را به دقت دنبال کند. در این راستا به احتمال زیاد پزشک ، وی را به یک متخصص فیزیوتراپ ارجاع خواهد داد تا به بهبود وضعیت دامنه حرکتی و قدرت بدنی اش کمک کند . به یاد داشته باشید که انواع تمرینات دامنه ی حرکتی و ورزشهای مخصوص مفاصل ، با توجه به شدت و محل آسیب نخاعی فرد تعیین می شوند و باید با نظر پزشک معالج باشد.

### **فلکشن ( خمش )**

تمرینات خمشی اندامها می تواند به بهبود دامنه ی حرکتی ستون فقرات مددجو کمک کند . مددجو می تواند نمونه ای از این تمرینات را با خوابیدن روی شکم و کشیدن قسمت بالا تنه به سمت بالا و نگه داشتن پایین تنه روی کف انجام دهد. مراقب باشید این کشش نباید بیش تر از حد لازم اعمال شود. این تمرین باید تنها زمانی انجام شود که پزشک یا فیزیوتراپ راهنمایی های لازم را ارائه داده باشند . اگر مددجو هنگام این تمرینات درد غیر طبیعی احساس می کند، باید بلافاصله از ادامه ی آن خودداری کند .

### **اکستنشن(کشش)**

تمرینات کشش ستون فقرات ممکن است به عنوان بخشی از برنامه های توانبخشی مددجو در نظر گرفته شود. یکی از روشهای اکستنشن پشت این است که روی پشت بخوابد و زانوهای خود را به سمت سینه بکشد . مطمئن شوید که مددجو سر خود را بر روی یک بالش یا جسم نرم تکیه داده باشد . کشش نواحی پائین تر پشت همچنین تمرینات خمش باید به آرامی انجام شود. در صورت گزارش درد غیر طبیعی توسط مددجو، تمرینات متوقف شود .

### **چرخش بالا تنه**

یکی از تمرینات انعطاف پذیری برای کمک به بهبود دامنه حرکتی ، کشش چرخشی بالاتنه روی صندلی است . برای انجام این تمرین ، روی یک صندلی بنشینید و در صورت امکان پاهایش را در اطراف پایه

صندلی ثابت کند . بدن خودش را به اطراف چرخانده و سعی کند پشت صندلی را بگیرد. این نوع کشش باید به آرامی و با دقت زیادی انجام شود. این کشش بهتر است به مدت پنج ثانیه و با تکرار پنج بار انجام شود.

### **ماساژ درمانی برای افراد مبتلا به آسیب نخاعی**

بر اساس مطالعاتی که اخیراً انجام شده ، ماساژ برای افراد مبتلا به آسیب های نخاعی مفید است ، چرا که می تواند باعث افزایش دامنه ی حرکتی اندامها و افزایش قدرت عضلانی آنها شود . ضمن این که به کاهش اضطراب و افسردگی آنان نیز کمک می کند .

### **فواید ایستادن در افراد ضایعات نخاعی**

عمده ترین مزایای پزشکی حاصل از ایستادن که مورد تائید قرار گرفته اند ، عبارتند از :

- کمک به پیشگیری از خشکی مفاصل به خصوص مفاصل پاها ( مچ پا، زانو و لگن)
- بهبود دامنه حرکتی اندام ها (ستون فقرات، لگن، زانوها و مچ پا)
- کاهش اسپاسم
- پیشگیری از پوکی استخوان و یا حتی برگشت آن و کاهش هیپیرکلسیوری (جلوگیری از افزایش کلسیم در ادرار)

• بهبود عملکرد کلیه ها، بهتر شدن وضعیت دفع ادرار از مجرای ادراری، و کاهش سنگ ادراری

• پیشگیری از زخم های فشاری از طریق تغییر وضعیت بدن

• بهبود وضعیت گردش خون بدن

• بهبود عملکرد روده ها و اجابت مزاج

• عادی شدن عملکرد تنفسی

• بهبود وضعیت هیپ ( محل استقرار استخوان ران و لگن )

• بهبود و گسترش مهارت های حرکتی

• حفظ و بازیابی تراکم استخوان

• **\*مزایای روحی-روانی ایستادن**

• افزایش استقلال و خود باوری.

• افزایش سطح هوشیاری.

• ارتقاء سطح شناخت و درک.

• افزایش روابط اجتماعی و تعامل با همسانان.

• شرکت در فعالیت هایی که ایستادن لازمه آنها است.

- افزایش فعالیت های زندگی روزمره.
- افزایش فعالیت هایی که لازمه آن گفتار و پاسخگویی است.
- اشراف در نگاه به اطرافیان و مخاطبین.
- تسهیل در آغوش گرفتن عزیزان و ایجاد احساس بهتر.
- کاهش خستگی ناشی از عدم فعالیت.
- کمک به پیشگیری از افسردگی.
- تحریک بازی و نشاط به خصوص در کودکان.

**چگونگی برقراری ارتباط موثر با معلولین جسمی حرکتی:** معلولین جسمی انتظار دارند که دیگران با آنها رفتاری عادی و طبیعی داشته باشند. معمولاً همه می خواهند به معلولین و آنها که به هر علتی از توانایی جسمی کاملی برخوردار نیستند کمک و مساعدتی کنند. اما کمتر کسی است که بداند یاری خود را چگونه عرضه کند تا به حال آنها واقعاً مفید باشد. کمک و یاری رساندن به هم‌نوع فضیلتی است بزرگ، اما این کمک باید به حال کمک گیرنده مفید باشد و موجب ناراحتی او نشود. کمک کردن به این افراد به معنی از میان برداشتن همه موانع و مشکلات آنها نیست. بلکه کمک به انجام کاری است که این افراد به تنهایی از عهده آن بر نمی آیند. کمک دهنده باید همواره کمک گیرنده را در تصمیم گیری برای پذیرش کمک آزاد بگذارد و کمک خود را به او تحمیل نکند. برخی کسانی که از آسیب دیدگی و یا نارسایی غیر آشکار رنج می برد مانند کسانی که ضعف بینایی دارند، خوب نمی شنوند، لکننت زبان دارند و به صرع یا بیماریهای مزمن مبتلا هستند معمولاً تمایلی ندارند که همگان از بیماریشان آگاه شوند و از این رو به شیوه های مختلف به کتمان مشکلات خود می پردازند. حتی در مواردی برخی از آنها وانمود می کنند که به خوبی می بینند، از قدرت شنوایی کامل برخوردارند و در بیان مطالب مشکلی ندارند. البته این گونه اشخاص برای چنین رفتاری، بهای سنگینی می پردازند، چرا که پیوسته در فضایی آکنده از ترس دایمی و دلمشغولی و نگرانی از آشکار شدن نقص عضو یا بیماری خود زندگی می کنند. تفاوت زیادی بین معلولان جسمی مادرزاد و معلولان ناشی از حادثه یا بیماری وجود دارد. تعدادی از معلولین جسمی دارای استقلال قابل توجهی هستند، یابیه مرور زمان آن را به دست آورده اند. آنها از این که به دیگران کمتر وابسته اند، راضی اند. بنابراین کمتر حاضر می شوند کمک دیگران را قبول کنند، مگر آنکه خود از آنها کمک خواسته باشند. در غیر این صورت احساس خواهند کرد که دیگران به آنها ترحم کرده، یا آنها را پایین تر از ارزش واقعیشان به حساب آورده اند. بهتر است شکل کمک و مساعدت به گونه ای باشد که بتواند به نوبه خود آن را بپذیرد، یا رد کند. برای نمونه می توان گفت: آیا کاری از دست من ساخته است؟ یا آیا شما به تنهایی از

عهده این کار بر می آید؟ همچنین باید در نظر داشت که هیچ فرد معلولی کمک آشکار را (کمکی که در معرض دید عده زیادی صورت بگیرد) با رغبت نمی پذیرند. یک فرد معلول دوست ندارد توجه تمام بیمارستان را به سوی خود جلب کند. همه افراد این گروه انتظار دارند که دیگران رفتار عادی و طبیعی با آنها داشته باشند. مردم معمولاً در برخورد با ایشان از خود تأثیر زیادی نشان می دهند. عده ای از آنها سخنانی حاکی از ترحم و دلسوزی بر زبان می آورند عده ای دیگر به عمد حتی یک کلمه هم حرف نمی زنند. برخی نیز گویی با کودکان رفتار می کنند و بر خلاف میل شان اصرار فراوانی در کمک رسانی به او می کنند. در حالی که برقراری رابطه اصولی و منطقی با بیشتر معلولان جسمی، نه تنها عملی، بلکه بسیار ساده است. پیش از هر چیز باید کاملاً طبیعی به صورت مستقیم با آنها طرف صحبت شد و به عنوان همنشینانی با ارزش برابر به آنها توجه کرد. از نصیحت و دلسوزی کردن بی مورد جدا پرهیز کرد. چرا که او به اندازه کافی از محدودیتها و امکانات خود آگاه است. اغلب مردم کارایی معلولان را پایین تر از حد واقعی آنها تصور می کنند و می خواهند او را از هر گونه کار و فعالیت معاف سازند. در حالی که بسیاری از آنها به راحتی می توانند گلیم خود را از آب بیرون بکشند و از این که بدون کمک دیگران کارهای خود را انجام می دهند راضی و خشنود نیز هستند. آنها حق دارند مانند افراد سالم از موفقیت خود احساس غرور و شادی کنند. فراهم ساختن امکانات شرکت واقعی در زندگی اجتماعی برای معلولان جسمی، دلگرمی، اعتماد به نفس و نشاط می آفرینند. به ویژه زمانی که احساس کنند مزاحم هیچ کس نیستند. یقیناً می توان از دیدن فرد معلولی که خود به تنهایی کارهایش را انجام می دهد و شهادت گفتن آن را نیز دارد خوشحال شد؛ زیرا آنچه توسط وی انجام می شود، مایه دلگرمی و امیدواری خود اوست. باید درک و شناخت خود را، از چگونگی برخورد با افراد معلول از جمله موضع گیری در برابر واکنش خشم آلود و زود رنجی آنها، افزایش دهیم. باید توجه داشت که افراد سالم نیز همیشه به گونه ای منطقی و معقول، واکنش نشان نمی دهند. اگر یک بار پیشنهاد کمک شما رد شد نرنجید و به دل نگیرید. هنگامی که موقعیت مناسب تری پیش آمد با لحن و بیانی مناسب تر پیشنهاد کمک و مساعدت کنید.

### راهنمایی بیماران برای حل مشکلات جنسی

تا همین چندی پیش، خیلی ها نمی توانستند بدون احساس خجالت و ناراحتی در مورد مسائل جنسی صحبت کنند. معمولاً مسائل جنسی یک موضوع خصوصی به حساب می آید و این گونه تصور می شود که نیازی نیست درباره آن صحبت شود. فرد حتی هنگامی که به پزشک مراجعه می کند، نمی تواند این موضوع را به راحتی با او در میان بگذارد. موضوع عدم احساس راحتی در مورد بیان روابط جنسی، به هنگام اجرای برنامه های توانبخشی نیز کاملاً مشهود است. اگر چه افراد مبتلا به آسیب نخاعی (SCI)

اغلب پرسش هایی را در مورد روابط و توانایی خود جهت مقاربت دارند ، اما تعداد اندکی از پزشکان و یا ارائه دهندگان خدمات بهداشت و سلامت می توانند به سئوالات آنان پاسخگو باشند . از سوی دیگر حتی عده ای از متخصصان هم هستند که هنگام صحبت کردن در مورد این مسائل ، احساس ناراحتی می کنند و معمولاً نمی توانند با شیوه ای باز و رک و راست به این موضوعات بپردازند . همواره مسئله جنسی موضوعی بوده که در حریم خصوصی هر فرد مطرح شده و یک موضوع کاملاً شخصی بوده است .

### زمان مناسب برای آموزش های جنسی

با وجود اینکه تمام اعضای هئیت پژوهش بر این باورند که مردم باید در طول دوره توانبخشی حاد در مورد فعالیتهای جنسی آموزشهای لازم را فرا بگیرند ، اما تحقیقات نشان داده است که خیلی از افرادی که به تازگی دچار ضایعه نخاعی شده اند ، در ابتدای آسیب دیدگی خود آمادگی لازم را برای شناخت هماهنگی های جنسی پیش رو ندارند . با این وجود اکثر افراد نخاعی در شش ماهه اول پس از ترخیص از مرکز توانبخشی ، آمادگی خوبی برای یادگیری در مورد تغییرات جنسی خواهند داشت . در واقع در این زمان است که اکثر افراد مبتلا به آسیب نخاعی تلاش می کنند تا با اشخاص دیگر یک ارتباط صمیمی برقرار نمایند . اما متأسفانه ، تجربه نشان داده که بیشتر افراد دچار نارضایتی و ناامیدی می شوند . در واقع از بین بسیاری از مردم ، کسانی که در اولین تلاش خود برای فعالیت جنسی ناموفق هستند ، دچار ترسی می شوند که آنها را از برقراری روابط صمیمی در آینده دور می کنند . از این رو اعتماد به نفس جنسی در اوایل آسیب دیدگی دچار تزلزل است . با وجود اینکه به نظر می رسد زمان شش ماه اول بعد از ضایعه نخاعی زمان ایده آلی برای ارائه مشاوره جنسی باشد، اما تحقیقات نشان داده است که بیش از ۹۰ درصد از افراد مبتلا به آسیب نخاعی بلافاصله بعد از ترک مرکز توانبخشی ، هیچ مشاوره یا آموزشی را در مورد این موضوع دریافت نمی کنند . از این رو بسیاری از مردم بعد از بازگشت به منزل نمی دانند که برای کسب اطلاعات باید به کجا مراجعه کنند . عده ای از افراد هم هستند که هنوز از پیگیری چنین موضوعاتی خجالت می کشند . بنابراین مرحله توانبخشی حاد این فرصت را فراهم می آورد که طی آن، اطلاعات مهم و ضروری به افراد نخاعی و همسران آنان ارائه شود . بعد از این مرحله و بعد از آموزشهای لازم انتظار می رود که فرد نخاعی بتواند علیرغم آسیب دیدگی که دارد ، از فعالیت جنسی خود لذت ببرد یا توجه به اهمیت حوزه ی فعالیت جنسی و بهداشت باروری در کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسیب نخاعی ، فرد مبتلا و خانواده وی باید اطلاعات کافی از نوع مشکل و روش های مناسب درمان آن، در اختیار داشته باشد . تحقیقات و بررسی ها نشان می دهد که اطلاع رسانی صحیح به موقع، نقش بسیار موثری در کاهش عوارض جانبی و اختلالات بوجود آمده دارد، به همین دلیل ضرورت دارد راهکارهای آموزشی مناسب بصورت بسیار ساده و قابل درک تهیه و در اختیار افراد تحت درمان قرار گیرد . بدیهی



است در افراد دچار ضایعه نخاعی، با توجه به مشکلاتی که در جهت برقراری روابط جنسی با آن مواجه هستند، آموزش می تواند ضمن ارتقاء سطح دانش و آگاهی آنان بستر مناسبی را جهت دستیابی به روابطی رضایتمند و مطلوب فراهم کند.

### لذت بردن از زندگی

در پایان باید به یاد داشته باشیم با وجود اینکه همه چیز بعد از یک آسیب نخاعی به شکلی فاجعه بار تغییر پیدا می کند، اما باید به مددجویان آموزش دهیم که نباید لذت بردن از زندگی متوقف شود. یکی از بهترین راه ها برای تطابق با تغییرات ایجاد شده در شیوه زندگی بعد از ناتوانی، شرکت دادن آنان در فعالیت های تفریحی هدف دار است. در واقع، مطالعات نشان می دهند که شرکت در فعالیتهای تفریح درمانی به بیماران کمک می کند تا وضعیت بهتری پیدا کرده و خطر ابتلا آنها به عوارض پزشکی بعد از آسیب دیدگی نیز کاهش یابد.

نویسنده مسئول: سیده مرضیه موسوی بیدک، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، بیمارستان خاتم الانبیاء تهران

دکتر ظاهر درودی - معاون آموزش و پژوهش مرکز علوم اعصاب شفاء بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)

### منابع فارسی

- ۱- مقاله "Five Main Causes of Spinal Injury" بلک، ب، ترجمه عباس کاشی، دی ماه سال ۱۳۹۰، انتشار انجمن معلولین ضایعات نخاعی استان تهران
- ۲- مقاله "کشف راه ارتباط موثر با معلولین جسمی حرکتی"، طالبعلی پورشریعه، سایت جامعه معلولین مازندران/ ساری
- ۳- مقاله " ورزش و تندرستی برای آسیب دیدگان نخاعی " ترجمه عباس کاشی، مرداد ماه سال ۱۳۹۱
- ۴- کتاب " مهمترین نکات در مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم فشاری، مترجم فاطمه خادمی، انتشار : مرکز ضایعات نخاعی جانبازان، شهریور ۱۳۸۶

### منابع انگلیسی

- 1-The Touch Research Institute. Authors: Miguel A. Diego, Tiffany Field, Maria Hernandez-Reif, Ph.D., Sybil Hart, Ph.D. Originally published in the ,. Ph.D -International Journal of Neuroscience, 2002, Vol. 112, pp. 133-142
- 2-University of Miami Medical Center: Movement Disorders in Spinal Cord Injury :Range of Motion Exercises