وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
اداره سلامت سالمندان

توانبخشی در دوران سالمندی

راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان



سالمندی سالم و فعال

بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان و نام پدیدآور: توانبخشی در دوران سالمندی : راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان / نویسندگان به ترتیب حروف الفبا محسن احدی ... [و دیگران] ؛ زیر نظر سید حامد برکاتی، محمدرضا صائینی ؛ همکاران به ترتیب حروف الفبا عاطفه خوش‌نواز ... [و دیگران]. مشخصات نشر: قم: اندیشه ماندگار، ۱۴۰۲. مشخصات ظاهری: ۲۰۹ ص. : مصور (بخشی رنگی)، جدول (رنگی). شابک: ۷-۱۲-۵۴۴۷-۶۲۲-۹۷۸ وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: نویسندگان به ترتیب حروف الفبا محسن احدی، ملاحت اکبرفهیمی، امیر اسهرلوس، علی امیری، یونس امیری‌شوکی، محمدرضا پوراحمدی، اکرم پوربخت، فرهاد ترابی‌نژاد، ریحانه توفان، سیدجلال ثامنی، فرنوش جارالهی ... یادداشت: همکاران به ترتیب حروف الفبا عاطفه خوش‌نواز، اعظم‌دخت رحیمی، مریم صلبی، طیبه صیفوری، منیژه مقدم، مهدیه یزدان‌پناه‌راوری.
یادداشت: بالای عنوان: سالمندی سالم و فعال. یادداشت: تدوین، چاپ و انتشار این مجموعه با حمایت و همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل انجام شده است. یادداشت: کتابنامه: ص. ۲۰۷ - ۲۰۹. عنوان دیگر: سالمندی سالم و فعال. عنوان دیگر: راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان. موضوع: سالمندان - توانبخشی Older people - Rehabilitation / سالمندان - ایران - توانبخشی - Older people - Rehabilitation Iran / سالمندان - سلامتی و بهداشت Older people - Health and hygiene
ورزش‌درمانی سالمندان - ایران Exercise therapy for older people - Iran شناسه افزوده: احدی، محسن، ۱۳۶۲ - برکاتی، سیدحامد، ۱۳۴۵ - خوش‌نواز، عاطفه، ۱۳۴۱ - ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت خانواده و جمعیت. اداره سلامت سالمندان / صندوق جمعیت ملل متحد United Nations Population fund
رده بندی کنگره: ۵/RC۹۵۳ رده بندی دیویی: ۶۷/۶۱۲ شماره کتابشناسی ملی: ۹۲۳۰۲۲۰ اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

«سالمندی سالم و فعال»

توانبخشی در دوران سالمندی

راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان

نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا): دکتر محسن احدی، دکتر ملاحت اکبرفهیمی، دکتر امیر اسهرلوس، دکتر علی امیری، دکتر یونس امیری شوکی، دکتر محمدرضا پوراحمدی، دکتر اکرم پوربخت، دکتر فرهاد ترابی نژاد، دکتر ریحانه توفان، دکتر سید جلال ثامنی، دکتر فرنوش جارالهی، دکتر محمد تقی جغتایی، دکتر مریم جلالی، دکتر ناهید جلیله وند، دکتر افسون حسنی مهربان، دکتر میترا خلف بیگی، زینب دمیرچی، سیدمحمدرضا دانشیار، دکتر شیما رئیسی، دکتر عباس ریاضی، دکتر مهتاب روحی عزیزی، دکتر شبنم شاه علی، سهیلا شایان مهر، دکتر محسن شتی، آیدا شتی، دکتر نرگس شفارودی، دکتر مریم صادقی جم، دکتر جواد صراف زاده، دکتر آرزو صفاریان، صدیقه صفایی تیتکانلو، آرش صیادی سامانی، دکتر لیلا فرجی، دکتر بهشید فرهمند، دکتر عبدا... فرزانه، دکتر مهرناز کجباف والا، دکتر سیده صالحه مرتضوی، دکتر هلاکو محسنی فر، دکتر ملیحه مظاهر یزدی، دکتر سهیل منصور سوهانی، دکتر شهره نوری زاده دهکردی، دکتر پیام نبوتی، دکتر افسانه نیکجوی، دکتر هنگامه نیکجوی، دکتر بهنوش وثاقی قراملکی، دکتر مرضیه یاسین

تیم ویراستاری: دکتر محسن شمس، دکتر سیده صالحه مرتضوی، دکتر صدیقه شریعتی نیا، دکتر مصطفی ملکی، دکتر ملاحت اکبر فهیمی، اعظم دخت رحیمی

زیرنظر: دکتر سید حامد برکاتی، دکتر محمدرضا صائینی

همکاران (به ترتیب حروف الفبا): عاطفه خوش نواز، اعظم دخت رحیمی، دکتر مریم صلبی، طیبه صیفوری، دکتر منیژه مقدم، دکتر مهدیه یزدان پناه راوری

ناشر: اندیشه ماندگار
تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه
نوبت چاپ: اول- ۱۴۰۲
شابک: ۷-۱۲-۵۴۴۷-۶۲۲-۹۷۸

تدوین، چاپ و انتشار این مجموعه با حمایت و همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل انجام شده است.
محتوای ارائه شده در این کتاب لزوما بازتاب نقطه نظرات حامی طرح (صندوق جمعیت سازمان ملل) نمی‌باشد.
کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره سلامت سالمندان است. استفاده از مطالب کتاب با ذکر منبع بلامانع است.

انتشارات اندیشه ماندگار
قم. خیابان صفائیه (شهدا). انتهای کوی بیگدلی. نبش کوی شهید گلدوست. پلاک ۲۸۴
تلفن: ۳۷۷۴۲۱۴۲-۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵ همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳

«سالمندی سالم و فعال»

توانبخشی در دوران سالمندی

راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان

اسامی نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر محسن احدی، متخصص شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ملاحت اکبرفهیمی، متخصص علوم اعصاب شناختی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر امیر اسهرلوس، متخصص بینایی سنجی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر علی امیری، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر یونس امیری شوکی، متخصص گفتاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر محمدرضا پوراحمدی، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر اکرم پوربخت، متخصص شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر فرهاد ترابی نژاد، متخصص گفتاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ریحانه توفان، متخصص شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر سید جلال ثامنی، متخصص شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر فرنوش جارالهی، متخصص شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر محمد تقی جغتایی- فوق تخصص علوم اعصاب، دانشکده فناوری های نوین پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مریم جلالی، متخصص ارتوز و پروتز، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ناهید جلیله وند، متخصص گفتاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر افسون حسنی مهربان، متخصص کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر میترا خلف بیگی، متخصص کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
زینب دمیرچی، گفتاردرمان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
سید محمد رضا دانشیار، کاردرمانگر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
دکتر شیما رئیسی- متخصص طب سالمندی
دکتر عباس ریاضی، متخصص بینایی سنجی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مهتاب روحی عزیزی، متخصص علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر شبنم شاه علی، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
خانم سهیلا شایان مهر، شنوایی شناس، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر محسن شتی- متخصص اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، اداره سلامت سالمندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
آیدا شتی، کاردرمان‌گر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
دکتر نرگس شفارودی، متخصص کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مریم صادقی جم، شنوایی شناس، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر جواد صراف زاده، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر آرزو صفاریان، متخصص گفتاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
صدیقه صفایی تیتکانلو، گفتاردرمان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
آرش صیادی سامانی، کاردرمان‌گر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
دکتر لیلا فرجی، شنوایی شناس، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر بهشید فرهمند، متخصص ارتوز و پروتز، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر عبدا... فرزانه، متخصص بینایی سنجی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مهرناز کجباف والا، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر سیده صالحه مرتضوی- متخصص سالمند شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر هلاکو محسنی فر، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ملیحه مظاهر یزدی، متخصص شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر سهیل منصور سوهانی، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر پیام نبوتی، متخصص بینایی سنجی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر شهره نوری زاده دهکردی، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر افسانه نیکجوی، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر هنگامه نیکجوی، فیزیوتراپیست، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر بهنوش وثاقی قراملکی، متخصص فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مرضیه یاسین، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فهرست

مقدمه ۶
پیشگفتار ۷
فصل اول: کلیات توانبخشی سالمندان ۹
فصل دوم: زمین خوردن در دوران سالمندی ۱۵
فصل سوم: توانبخشی شنوایی در سالمندی ۲۹
فصل چهارم: تغییرات چشم و بینایی در سالمندی ۴۵
فصل پنجم: توانبخشی در اختلالات حافظه و شناختی (زوال عقل) ۵۹
فصل ششم: توانبخشی در اختلالات اسکلتی عضلانی سالمندان ۷۷
فصل هفتم: توانبخشی در دیابت ۸۹
فصل هشتم: توانبخشی در سکته مغزی ۱۰۳
فصل نهم: توانبخشی در بیماران مبتلا به پارکینسون ۱۱۵
فصل دهم: توانبخشی اضطراب و افسردگی در سالمندان ۱۲۹
فصل یازدهم: توانبخشی در اختلالات دهان سالمندان ۱۳۳
فصل دوازدهم: توانبخشی در بی اختیاری ادرار در سالمندان ۱۳۹
فصل سیزدهم: توانبخشی در یائسگی ۱۵۱
فصل چهاردهم: فیزیوتراپی در آب (آب درمانی) ۱۶۱
فصل پانزدهم: مراقبت از پا در سالمندان ۱۶۷
فصل شانزدهم: وسایل کمکی راه رفتن و جابجایی در سالمندان ۱۸۱
فصل هفدهم: تفریح و سرگرمی در سالمندان ۲۰۱
منابع ۲۰۷

مقدمه

هدف اولیه توانبخشی این است که افراد را قادر سازد تا علی‌رغم وجود ناتوانی، در بالاترین سطح ممکن عمل کنند. توانبخشی شامل مجموعه وسیعی از مداخلات و اقدامات است و برای تمام گروه‌های سنی ارائه می‌گردد، اما آنچه که حائز اهمیت است، رشد بسیار سریع جمعیت افراد بالای ۶۰ سالی است که نیازمند به دریافت خدمات توانبخشی می‌باشند. این بحران به علت افزایش میانگین سنی جمعیت ایران و به طور کلی جهان رخ داده است.

به جرات می‌توان ادعا کرد که توانبخشی جزء حیاتی مراقبت‌های بهداشتی سالمندان می‌باشد؛ چراکه شرایط ناتوان‌کننده که در میان سالمندان شایع است، عمیقا بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر میگذارد ولی در عین حال قابل درمان نیز هست. از این رو تهیه بسته های آموزشی ارتقای سواد سلامت در سالمندان در صدر اقدامات پیشگیرانه و درمانی قرار می گیرد و هدف از نگارش این کتاب نیز مسلح کردن سالمندان و مراقبان آن ها به دانش و آگاهی کافی نسبت به مناسب ترین اقدامات توانبخشی برای وضعیت سلامتی شان می باشد. چنین دانشی منجر به درک این موضوع می گردد که کدام خدمات توانبخشی برای شرایط منحصربه فرد سالمند به عنوان بهترین و صحیح ترین انتخاب می باشند، کجا امکان ارائه این اقدامات وجود دارد و چه کسی باید آن ها را ارائه دهد.

کتاب پیش رو با داشتن درک صحیحی از نیازهای منحصر به فرد سالمندان، به ارائه برنامه های توانبخشی جامع برای افراد با مشکلات مختلف اعم از اختلالات شنوایی، بینایی، حافظه و شناختی، اسکلتی عضلانی، دیابت، سکته مغزی، پارکینسون، اضطراب و افسردگی، بی اختیاری ادراری و غیره پرداخته است. همچنین به خانواده‌ها در انتخاب بهترین رویکرد برای مراقبت از عزیزانشان کمک می کند و به افراد سالمند آموزش می دهد تا حد امکان مستقل زندگی کنند. این آموزش ها به زبانی ساده و کاملا کاربردی بیان شده است تا قابل استفاده برای تمامی مطالعه کنندگان محترم باشد. امید است که با نگارش این اثر توانسته باشیم گامی در جهت ارتقاء سواد سلامت و توانبخشی در سالمندان ایرانی برداریم.

در پایان از تمامی اساتید و فرهیختگانی که در افزایش غنای این کتاب به ما یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

دکتر محمد تقی جغتایی

پیش‌گفتار

سالمندشدن یک جامعه نشانه بالا بودن سطح سلامت آن جامعه است. وقتی افراد یک جامعه مراقب سلامت خود باشند، بیشتر به دوران سالمندی می‌رسند. سلامت یک طیف است که می‌تواند از «مرگ زودهنگام» تا «سلامت کامل» در تغییر باشد و در این طیف انسان‌ها در حال جابه‌جایی از سلامت به بیماری و برعکس هستند. به عبارت دیگر، هر فرد ممکن است زمانی بیماری و زمان دیگر سلامتی را تجربه کند؛ پس معیار برخورداری از سلامتی، تنها بیمار نبودن نیست و توانایی انجام فعالیت‌های معمول زندگی، یکی از نشانه های مهم آن است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، از دست رفتن توانایی در هر حوزه سلامت، اعم از «نقص»، «اختلال» یا «محدودیت در انجام فعالیت های روزمره و مشارکت» می‌تواند باعث ایجاد ناتوانی شود. متخصصان توانبخشی تلاش می‌کنند تا به افراد ناتوان برای بازگرداندن توانمندی‌های خود و یا کنار آمدن با ناتوانی و احساس ناخوشایند متعاقب آن کمک کنند. دوران سالمندی معمولا با درجاتی از ناتوانی همراه است و در نتیجه، لازم است سالمندان بهترین مراقبت‌ها را دریافت کنند. توانبخشی یک فرآیند پویا و سلامت محور است که به سالمند برای رسیدن به بالاترین سطح ممکن عملکرد جسمی، روانی، ذهنی و اجتماعی کمک می‌کند تا به سطحی قابل قبول از کیفیت زندگی، همراه با احترام و استقلال دست یابد. این فرآیند مستمر، مستلزم مشارکت فعال سالمند است تا اهداف درمان توافق شده بین بیمار و متخصصان تیم توانبخشی طراحی، پیگیری و اجرا شود.

بر این اساس، آشنایی با ناتوانی‌های دوران سالمندی و نیز اقدامات مورد نیاز برای بهبودی و یا سازگاری با این ناتوانی‌ها برای سالمندان، اعضای خانواده و کسانی که به عنوان مراقبان غیررسمی از آن‌ها مراقبت می‌کنند، بسیار ضروری است. این محتوای آموزشی در ۱۷ فصل زیر تنظیم شده است و امید می‌رود که مطالعه و کاربرد مطالب آن، به سالمندان و مراقبان آن‌ها برای تصمیم‌گیری جهت بهبود یا سازگاری با ناتوانی‌ها و موفقیت اقدامات توانبخشی کمک کند تا «سالم پیرشدن» و «سالم پیرماندن» رخ دهد. این فصل‌ها عبارتند از:

فصل اول: کلیات توانبخشی سالمندان

فصل دوم: زمین‌خوردن در دوران سالمندی

فصل سوم: توانبخشی در اختلالات شنوایی سالمندان

فصل چهارم: توانبخشی در اختلالات بینایی سالمندان

فصل پنجم: توانبخشی در اختلالات حافظه و شناختی سالمندان (زوال عقل)

فصل ششم: توانبخشی در اختلالات اسکلتی- عضلانی سالمندان

فصل هفتم: توانبخشی در دیابت

فصل هشتم: توانبخشی در سکته مغزی

فصل نهم: توانبخشی در پارکینسون

فصل دهم: توانبخشی در اضطراب و افسردگی سالمندان

فصل یازدهم: توانبخشی در اختلالات دهان سالمندان

فصل دوازدهم: توانبخشی در بی‌اختیاری ادراری سالمندان
فصل سیزدهم: توانبخشی در یائسگی
فصل چهاردهم: فیزیوتراپی در آب (آب درمانی) در سالمندان
فصل پانزدهم: مراقبت از پا در سالمندان
فصل شانزدهم: وسایل کمکی راه رفتن و جابجایی در سالمندان
فصل هفدهم: تفریح و سرگرمی در سالمندان

فصل اول

کلیات

توانبخشی سالمندان

مفهوم سلامت

سازمان بهداشت جهانی، سلامت را «برخورداری از آسایش کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی» تعریف کرده است. پس سلامت این نیست که شخص فقط بیماری یا نقص عضو نداشته باشد و بر اساس این تعریف، نداشتن هیچ نوع مشکل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مدنظر است.

انسان ها در طیفی از سلامت قرار دارند که یک سر آن «مرگ زودهنگام» و سر دیگر آن «سلامت کامل» است و در این طیف در حال جابه‌جا شدن از سلامت به بیماری و یا از بیماری به سلامت هستند. بنابراین، هر فرد ممکن است زمانی بیمار و زمانی دیگر سالم باشد.

در پزشکی و توانبخشی نوین و پیشرفته امروز، خدمات سلامت در سه سطح در اختیار افراد جامعه قرار می‌گیرند:

- **الف) سطح اول:** که در آن مردم تشویق می‌شوند با افزایش آگاهی خود و نیز در پیش گرفتن شیوه زندگی سالم (مانند فعالیت بدنی کافی و تغذیه مناسب) به سلامت دست پیدا کنند.
- **ب) سطح دوم:** که در آن تلاش می‌شود بیماری‌ها و ناتوانی‌ها به موقع تشخیص داده شود و اقدامات سریع برای کاهش شدت آسیب به افراد انجام شود.
- **ج) سطح سوم:** که در آن برای بازتوانی آسیب‌ها و ناتوانی‌های برگشت‌پذیر و یا افزایش کیفیت زندگی افراد دارای آسیب‌ها و ناتوانی‌های برگشت ناپذیر تلاش می‌شود تا به بیشترین میزان ممکن استقلال دست یابند و در نهایت با مشکلات خود سازگاری پیدا کنند. بیشترین خدمات توانبخشی در این سطح خدمات سلامت قرار می‌گیرد.



در دوران سالمندی که روند تدریجی فرسودگی سلول‌ها، اندام‌ها و دستگاه‌های بدن آغاز می‌شود و درجاتی از ناتوانی، بخشی جدایی ناپذیر از زندگی سالمند را تشکیل می‌دهد، متخصصان توانبخشی حضور پررنگ‌تری دارند. آن‌ها در کنار تلاش برای بازگرداندن توانمندی‌های سالمندان، به آن‌ها کمک می‌کنند تا با ناتوانی‌های خود کنار بیایند و احساس ناخوشایند ناشی از این ناتوانی‌ها در آن‌ها کم شود. تحقیقات نشان می‌دهد که سالمندان دارای شیوه زندگی سالم (به ویژه از نظر تغذیه و فعالیت بدنی)، در مقایسه با همسالان خود که شیوه زندگی سالم ندارند، کمتر بیمار می‌شوند و سال‌های بیشتری از زندگی خود را به صورت فعال و غیروابسته به دیگران می‌گذرانند.

توانبخشی سالمندی

سالمندی، دورانی از زندگی است که چالش‌های جدی و متفاوتی دارد. از جمله این چالش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- **چالش‌های جسمانی:** مانند مشکلات بینایی، شنوایی، گفتاری و حرکتی
- **چالش‌های اجتماعی:** مانند بازنشستگی، محدود شدن ارتباط با دیگران، از دست دادن عزیزان، درآمد پایین
- **چالش‌های شناختی و ذهنی:** مانند کاهش سرعت یادگیری، مشکلات حافظه و یادگیری
- **چالش‌های روحی و روانی:** مانند افسردگی، بدبینی، ناامیدی
- **چالش‌های خودگردانی:** مانند عدم استقلال و وابسته بودن به دیگران

مجموعـه ایـن چالش‌ها بر کیفیت و رضایت از زندگی تأثیر جدی دارد. با این حال، داشـتن درآمد و پس‌انداز کافی، خانواده و فرزندان حمایتگر و مراقبت و برخورداری از خدمات درمانی و حمایتی، تا حدود زیادی از فشار چالش‌های دوران سالمندی می‌کاهد.



ویژگی‌های توانبخشی سالمندان

- توانبخشی فرآیندی پویا و سلامت مدار است. این فرآیند به بیمار مبتلا به اختلالات حاد، مزمن یا سـالمند ناتوان کمک می‌کند تا به بالاترین سطح ممکـن عملکرد جسـمی، روانی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی برسـد و به این ترتیب، به کیفیت زندگی در سـطحی قابل قبول، همراه با احترام و اسـتقلال دست یابد. سالمندان در مسیر توانمندسازی، با تمرکز بر توانایی‌های موجود، می‌توانند با ناتوانی خود کنار بیایند.
- توانبخشـی فرآیندی مسـتمر و مشـارکت جویانه است. اقدامات توانبخشـی به مشـارکت فعال بیماران ناتوان و سـالمندان نیـاز دارد. در ایـن تیم، بیمار عضوی کلیدی اسـت؛ زیرا تمام تلاش تیم بر او متمرکز اسـت. هر بیمار صرفنظر از جنس، سن، رنگ، نژاد، باور، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، حق دریافت خدمات توانبخشی را دارد. باید توجه داشـت که بدون حمایت خانواده، فرآیند توانبخشـی در دوران سـالمندی بی‌تاثیر خواهد بود. برای مشارکت سالمندان در برنامه‌های توانبخشی که معمولاً مدتی به طول می‌انجامد، حمایت‌های اجتماعی مانند خدمات حمل و نقل رایگان یا کم‌هزینه، مناسب‌سازی معابر، تهیه وسایل توانبخشی و ... ضرورت دارد.
- توانبخشـی فرآینـدی هـدف محور اسـت. در برنامه توانبخشـی، اهـداف درمان به صـورت توافقی بیـن بیمار و متخصصان تیم توانبخشی طراحی، پیگیری و اجرا می‌شود.
- توانبخشی کاری تیمی و چندتخصصی است. تیم توانبخشی متشکل از پزشک، پرستار توانبخشی، فیزیوتراپیست، کاردرمان‌گر، گفتاردرمان‌گر، شنوایی‌شـناس، بینایی‌سنج، متخصص ارتوز و پروتز، روانشناس و مددکار اجتماعی اسـت. متخصصان توانبخشی در کنار کادر پزشـکی در ایجاد محیطی امن و مثبت برای سالمندان نقش مهمی دارند. ارتباط متقابل از طریق مشـاوره، پیشـگیری و درمان افسـردگی، تقویت و حفظ عملکـرد حواس بینایی و شنوایی و رفع مشکلات آن‌ها باعث به تعویق انداختن اختلالات شناختی و محدودیتهای حرکتی، انزوا و تنهایی در سـالمند می‌شـود. از دیگر وظایف تیم توانبخشـی آموزش خودمراقبتی، آموزش اسـتفاده از وسـایل کمکی، مناسـب سـازی محیط زندگی متناسب با نیازهای سـالمند، مدیریت درد، به حداقل رسـاندن آثار ناتوان‌کننده بیماری های مزمن (مانند اختلالات قلبی-عروقی، مشـکلات تنفسـی، اختلالات بینایی، شنوایی، بلع، ارتباطی، گفتاری، درد، ضعف عضلانی و فراموشـی) اسـت. سالمندی می‌تواند هم‌زمان مشـکلات جسمی متعددی برای فرد ایجاد کند. بنابراین، کادر پزشـکی با همراهی اعضای تیم توانبخشی هم‌زمان مشارکت خود را آغاز می‌کنند و ادامه می‌دهند تا محدودیت‌ها و مشکلات سالمند کاهش یابند. در کنار پزشکان، متخصصان توانبخشی مانند بینایی‌سنج‌ها به سالمندان کم‌بینا کمک می‌کنند تا نحوه استفاده از ذره بین، عینک مطالعه، ویدئو یا تلویزیون مداربسـته و دیگـر ابزار مشـابه را یاد بگیرنـد و راهنمایی‌های لازم در خصـوص کنار آمدن با مشـکلات بینایی را دریافـت کنند. در مواردی که سـالمند مبتلا به بی‌اختیاری ادرار و مدفوع اسـت، متخصصان توانبخشـی مانند فیزیوتراپیست‌ها همراه با آموزش تمرین‌های تقویتی ناحیه کف لگن و بیان راهنمایی‌های لازم، به سالمند کمک

می‌کنند تا بی‌اختیاری ادرار و مدفوع خود را به صورت نسبی یا کامل، کنترل کند.

پیشگیری از زمین خوردن در فرد سالخورده اهمیت زیادی دارد. تیم توانبخشی خصوصاً کاردرمانگرها، با آموزش و حمایت سالمند، کمک می‌کنند که در نقاط پرخطر منزل مانند پله‌ها، راهروها و دستشویی‌ها، نرده و دستگیره گذاشته شود، یا اگر در مسیر رفت و آمد سالمند نور کافی وجود ندارد و یا سالمند کم بیناست، تغییرات لازم در محیط زندگی ایجاد شود.

باورهای نادرست در مورد توانبخشی

باور نادرست ۱: توانبخشی صرفاً برای افرادی است که دچار اختلالات جسمی هستند.

خدمات توانبخشی نه تنها برای مشکلات جسمانی مؤثر است، بلکه برای مشکلات روحی - روانی، شناختی و حتی پیداکردن معنای زندگی نیز کارایی دارند.

باور نادرست ۲: متخصصان توانبخشی بدون توجه به نیازها و خواسته های مراجعان، به آن‌ها خدمات می دهند.

متخصصان توانبخشی ضمن توجه و در نظرگرفتن خواسته‌ها، انتظارات و نیازهای مراجعان، خدمات خود را ارائه می‌کنند.

باور نادرست ۳: درمان توانبخشی برای دو سالمند بیمار با تشخیص یکسان، یکی است. لذا اگر درمان توانبخشی برای بیماری ما مؤثر بود، می‌توانیم همان روش را به فرد دیگری که بیماری مشابه ما را دارد، توصیه کنیم.

واقعیت: درمان توانبخشی دو بیمار با تشخیص یکسان، یکی نیست. لذا نمی‌توان درمانی را که برای یک بیماری خاص انجام شده است، به فرد دیگری که همان بیماری را دارد توصیه کنیم.



واژه‌های کلیدی در تعیین نیاز به توانبخشی در سالمندان

- **اختلال:** منظور از اختلال، نقص یا غیرعادی بودن ساختار یا شکل ظاهری بدن و یا نقص یا غیرعادی بودن روانی به هر علتی است. برای مثال، ناتوانی سالمند در باز و بسته‌کردن زانوهای خود، حرکت‌دادن پاها و یا تقسیم مناسب وزن خود روی هر یک از پاها، اختلال است و اگر سالمند برای اصلاح این اختلال‌ها اقدامی انجام ندهد، ممکن است به مرور زمان افزایش یافته و ناتوانی سالمند روز به روز بیشتر شود.
- **محدودیت در عملکرد و فعالیت‌ها:** به دنبال اختلال یا نقص ناشی از بیماری‌ها ایجاد می‌شود. برای مثال، عدم توانایی سالمند در ایستادن و راه رفتن به علت آرتروز شدید مفاصل اندام تحتانی، نوعی محدودیت در فعالیت است.
- **ناتوانی:** ناتوانی هرگونه فقدان یا محدودیت در توانایی انجام فعالیت‌هایی است که به طور طبیعی از فرد انتظار می‌رود. در مثال بالا تصور کنید سالمند مبتلا به محدودیت حرکتی ناشی از آرتروز یا شکستگی نتواند برای خرید از منزل خارج شود، سر کار برود یا نتواند با دوستانش به پارک برود. حاصل این وضعیت، عدم توانایی در انجام فعالیت‌هایی است که از او انتظار می‌رود انجام دهد.

- **معلولیت:** سالمندی که به علت اختلال و ناتوانی دچار محرومیت می‌شود و برای مشارکت در زندگی اجتماعی، فرصت برابر با دیگران ندارد، دچار معلولیت شده است. معمولاً به علت بار معنایی منفی معلولیت، افراد بیشتر تمایل دارند از واژه ناتوانی استفاده کنند، زیرا به نظر آن‌ها ناتوانی جبران شدنی است و به فردی معلول اطلاق می‌شود که به دلیل ناتوانی‌اش با هیچ‌گونه وسیله کمکی نتواند فعالیت‌ها و وظایف خود را انجام دهد.



پیامدهای ناتوانی

ناتوانی روی کیفیت زندگی فرد به ویژه سالمند تاثیر منفی می‌گذارد. تحقیقات نشان می‌دهد که مرگ و میر بزرگسالان ناتوان چهار برابر بیشتر از بزرگسالان غیرناتوان همان گروه سنی است. هرچه شدت ناتوانی بیشتر باشد، احتمال این‌که فرد مجبور به زندگی در مراکز نگهداری و آسایشگاه‌ها شود، بیشتر می‌شود. ضمناً احتمال بستری‌شدن‌های مکرر و نیاز وی به استفاده از خدمات درمانی سرپایی هم افزایش می‌یابد. همچنین ۵۹ درصد افرادی که در انجام پنج تا هفت فعالیت روزمره زندگی ناتوان هستند، مجبور به زندگی در خانه سالمندان می‌شوند. متخصصان توانبخشی تلاش می‌کنند تا مانع پیشرفت بیماری شده و نگذارند اختلالات و محدودیت‌های عملکردی، سبب ناتوانی و جدا شدن سالمند از خانواده گردد. در واقع هدف از تمام اقدامات توانبخشی، از بین بردن یا کاهش ناتوانی است و در مواردی که نمی‌توان جلوی روند ناتوانی را گرفت، باید ناتوانی را پذیرفت و با وجود آن زندگی را ادامه داد. اگر نخواهیم برای کاهش ناتوانی و تغییر شیوه زندگی خود از متخصصان توانبخشی کمک بگیریم، زندگی روز به روز دشوارتر می‌شود.

عوامل موثر بر ناتوانی سالمندان

به غیر از بیماری‌ها که سبب ایجاد نقص و اختلال در عملکرد دستگاه‌های بدن و محدودیت در اجرای فعالیت‌های روزمره و مشارکت فرد در جامعه می‌شود، عوامل زمینه‌ای هم در ناتوان کردن سالمند نقش برجسته‌ای دارند. عوامل زمینه‌ای را می‌توان به دو دسته عوامل فردی و محیطی تقسیم کرد:

- **الف) عوامل فردی:** خصوصیات و ویژگی‌های فردی که جزو وضعیت سلامت فرد محسوب نمی‌شوند. سن، جنس، نژاد، شیوه زندگی و عادت‌های فرد، مهارت‌های سازگاری در مواجهه با مشکلات، شخصیت، عواطف، سوابق فرهنگی و اجتماعی و سطح تحصیلات از جمله عوامل فردی هستند.



- **ب) عوامل محیطی:** امروزه پژوهشگران به نقش محیط در ناتوان کردن سالمندان توجه ویژه‌ای دارند. برای مثال میزان ناتوانی فردی که به سختی راه می‌رود، به ویژگی‌های محیطی بستگی دارد که در آن زندگی می‌کند. شدت ناتوانی سالمندی که در یک شهر آرام با خیابان‌های صاف و هموار زندگی می‌کند، کمتر از فردی است که در یک شهر شلوغ با خیابان‌های پر فراز و نشیب زندگی می‌کند. عامل محیطی دیگر موانع ساختمانی است. برای مثال سالمندانی که برای ورود یا خروج از منزل باید از پله عبور کنند، ناتوان‌تر از سالمندانی هستند که ساختمانشان مجهز به آسانسور است و یا گذرهای مناسب برای عبور سالمند با صندلی چرخدار دارد.

بنابراین، مناسب‌سازی محیط زندگی سالمند طبق توصیه‌های متخصصان توانبخشی به ویژه کاردرمان‌گرها، تأثیر به‌سزایی در کاهش ناتوانی آن‌ها دارد. عامل محیطی دیگر، دیدگاه‌ها و باورهای خانواده و اطرافیان سالمند است. برای مثال، سالمندانی که به علت‌های مختلف از جمله، اختلال تعادل باید از وسایل کمکی راه رفتن مانند عصا استفاده کنند، اما به دلیل هراس از قضاوت‌ها و تعابیر نادرست دیگران با آن‌که به ارتباطات اجتماعی نیاز دارند، از منزل خارج نشده و منزوی می‌شوند.

فصل دوم

زمین خوردن در دوران سالمندی

مقدمه



با بالا رفتن سن به دلیل تغییرات جسمی و وضعیت سلامت فرد، احتمال زمین‌خوردن افزایش می‌یابد. زمین‌خوردن، همیشه به معنی سقوط از یک جای مرتفع نیست، چراکه افتادن از یک پله نیز می‌تواند در سنین سالمندی خطرناک باشد. به هرگونه قرارگرفتن غیرارادی و ناخواسته سالمند در سطحی پایین‌تر نسبت به سطح اولیه، زمین‌خوردن گفته می‌شود که اصلی ترین عامل شکستگی و ضربه مغزی افراد سالمند است. زنان سالمند، به علت پوکی استخوان، بیشتر از مردان در معرض خطر عوارض ناشی از زمین‌خوردن هستند. علاوه بر آسیب‌هایی که به دنبال زمین خوردن برای سالمند ایجاد می‌گردد، ترس از افتادن که به دنبال تجربه زمین‌خوردن (و گاه حتی بدون سابقه آن) ممکن است برای سالمند ایجاد شود، یک مشکل مهم و جدی است. این ترس ممکن است باعث بی‌تحرکی و افسردگی شود که فعالیت دوباره فرد را سخت کرده و حتی می‌تواند روال عادی زندگی وی را مختل کند. بسیاری از سالمندان به خاطر ترس از زمین‌خوردن فعالیت های روزمره خود را کم می‌کنند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. بیماری‌های مربوط به اختلال تعادل، مشکلات بینایی، مشکلات شنوایی، ضعف عضلانی، افسردگی، کاهش سرعت درک اتفاقات، کند شدن حرکات و... از علل عمده زمین‌خوردن سالمندان است، با اقدامات موثر و به موقع از جمله ایجاد تغییرات جزیی در محیط و شیوه زندگی می‌توان از بروز این اتفاق پیشگیری کرد.

زمین‌خوردن یک اتفاق ناخواسته است که فرد، برروی زمین یا سطحی پایین تراز جایی که ایستاده است، قرار می‌گیرد.

گاهی سالمند ترس از زمین‌خوردن دارد که به معنای ترس و اضطراب سالمند برای راه رفتن یا فعالیت کردن است. این ترس معمولا ناشی از تجربه قبلی زمین‌خوردن است ولی ممکن است فرد بدون سابقه قبلی هم این ترس را داشته باشد. این مشکل در زنان سالمند شایع‌تر از مردان است و باعث می‌شود سالمند فعالیت های خود را محدود کند.

باورهای نادرست درباره زمین‌خوردن در سالمندی

باور نادرست ۱: زمین‌خوردن فقط برای دیگران اتفاق می افتد، نه من.

از هر چهار نفر سالمند، یک نفر در هر سال زمین‌خوردن را تجربه می کند. در نتیجه، این اتفاق فقط برای دیگران نیست و ممکن است بر هر فردی پیش آید.

باور نادرست ۲: زمین‌خوردن افراد سالمند یک امر طبیعی است.

با انجام اقدامات مختلف از جمله داشتن فعالیت بدنی در سطح مناسب، کنترل وضعیت بینایی، مناسب‌سازی محیط منزل، کنترل مطلوب بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت و فشارخون بالا، می‌توانید خطر زمین‌خوردن را کم کنید.

باور نادرست ۳: اگر فعالیتم را کم کنم، نمی‌افتم.

بعضی افراد فکر می‌کنند بهترین راه برای کم‌کردن خطر زمین خوردن، ماندن در خانه و محدود کردن فعالیت است. در حالی که این کار درست نیست و حتی می‌تواند با تسریع تحلیل عضلانی و مشکلات مفصلی، تاثیر معکوس داشته باشد. انجام فعالیت بدنی، به استقلال سالمند کمک می‌کند، با انجام فعالیت بدنی می‌توان قدرت عضلات را افزایش داد و محدوده حرکات مفاصل را حفظ کرد.

باور نادرست ۴: اگر در خانه بمانم و بیرون نروم، نمی‌افتم.

بیش از نیمی از موارد زمین‌خوردن در خانه اتفاق می‌افتد. بنابراین لازم است محیط خانه را برای سالمند مناسب کنیم و عوامل خطر زمین‌خوردن را تا حد ممکن کنترل کنیم.

باور نادرست ۵: ورزش کردن قدرت عضلات من را بر نمی‌گرداند.

با وجود آن‌که با افزایش سن، قدرت عضلات کم می‌شود، ولی مشخص شده است که انجام ورزش‌های مناسب، می‌تواند قدرت عضلات را حفظ کرده و حتی تا حدودی بالا ببرد. هیچ وقت برای شروع یک برنامه ورزشی دیر نیست. حتی اگر در دوران جوانی هم ورزش نکرده‌اید، می‌توانید با نظر پزشک، ورزش کردن را شروع کنید. با این کار خطر زمین‌خوردن را کاهش می‌دهید.

باور نادرست ۶: دارو خوردن ارتباطی با زمین‌خوردن ندارد و خطر آن را افزایش نمی‌دهد.

مصرف برخی از داروها می‌تواند موجب افزایش خطر زمین‌خوردن شود. اثرات داروها بر افراد مختلف، متفاوت است و ممکن است با مصرف بعضی داروها دچار عوارضی مانند خواب‌آلودگی یا سرگیجه شوید. در صورتی که داروی جدیدی برای شما تجویز شده که با مصرف آن دچار عوارض جانبی مثل خواب آلودگی یا سرگیجه شده اید، با پزشکی که این دارو را برای شما تجویز کرده، مشورت کنید تا در صورت امکان داروی شما را تغییر دهد.

باور نادرست ۷: نیازی نیست که هر سال بینایی‌ام را چک کنم.

خطر زمین‌خوردن در افرادی که مشکل بینایی دارند، دو برابر بیشتر از افرادی است که مشکل بینایی ندارند. سالمندی باعث کاهش و مشکلات بینایی می‌شود. توصیه می‌شود یک بار در سال برای معاینه چشم به پزشک مراجعه کنید و در صورت نیاز از وسایل کمک بینایی استفاده کنید.

باور نادرست ۸: استفاده از عصا یا واکر، استقلال من را کم می‌کند.

استفاده از وسایل کمکی راه رفتن، به بسیاری از سالمندان کمک می‌کند که تحرک بدنی خود را حفظ کرده و یا حتی آن را افزایش دهند. البته لازم است افراد درباره انتخاب نوع و نحوه صحیح استفاده از این وسایل آموزش ببینند. در این کار می‌توان از یک ارتوزیست، فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر کمک گرفت.

باور نادرست ۹: زمین‌خوردن فقط به دلیل تحلیل عضلات یا بیماری رخ می‌دهد.

عوامل متعددی از جمله مشکلات بینایی، داروهایی که منجر به گیجی یا بی ثباتی روانی می‌شوند و سرگیجه ناشی از مشکلات گوش، از جمله مواردی هستند که می‌توانند خطر زمین‌خوردن را افزایش دهند.

باور نادرست ۱۰: من از این که احتمال دارد بیفتم نگرانم، اما در مورد این نگرانی با خانواده یا کادر درمان صحبتی نمی‌کنم. نمی‌خواهم که آن‌ها مدام مراقب من باشند. می‌خواهم استقلال خودم را حفظ کنم.

پیشگیری از زمین‌خوردن، نیاز به یک کار گروهی دارد. اگر درباره زمین‌خوردن نگران هستید، این موضوع را با پزشک، خانواده یا هر کسی که می‌تواند به شما کمک کند، مطرح کنید. آن‌ها می‌توانند به شما در این زمینه کمک کنند.

اقداماتی که خطر زمین‌خوردن را کاهش می‌دهد:

- فعال باشید و تحرک بدنی خود را حفظ کنید. عدم تحرک، خطر زمین‌خوردن را افزایش می‌دهد. ضمن آن‌که بی‌حرکتی می‌تواند خطر مشکلاتی مانند تشکیل لخته خون در بدن به ویژه در پاها، سکته قلبی و مغزی، کاهش

عملکرد کلیه‌ها و چاقی را افزایش دهد.

- خانـه را مرتـب نگه دارید و وسـایل اضافی را جمع کنید. برای ایـن کار می‌توانید از فرزندان یا سـایر افراد، کمک بگیریـد. وسـایل منزل را طوری بچینید که مسـیر رفت و آمد را مسـدود نکنند. اگر روی زمین یـا پله‌های منزل، وسایلی مثل لباس یا اسباب بازی افتاده باشد، ممکن است پای سالمند به آن گیر کند و بیفتد.
- محیـط منزل خود را روشـن نگه دارید. کلیدهای چراغ‌ها باید طوری نصب شـوند که مجبور نباشـید در تاریکی دنبال کلید بگردید. لامپ‌های کوچکی را در راهروها و اتاق‌ها نصب کنید تا در هنگام شـب روشـن باشـند. توجه داشته باشید که نور بسیار کم و یا بسیار زیاد هر دو می‌تواند تعادل شما را به هم بزند.
- موقـع حمام کـردن، روی یک صندلی بنشـینید و حمام کنید. بهتر اسـت موقع حمام کـردن روی یک صندلی بنشـینید. به علاوه می‌توان میله‌هایی را به دیوار حمام یا دستشـویی نصب کرد تا موقع بلندشـدن و نشسـتن بتوان از آن کمک گرفت. خیس بودن کف حمام، خطر زمین‌خوردن را افزایش می‌دهد. برای کف حمام می‌توان از کفپوش‌های مخصوص استفاده کرد تا از لیز خوردن سالمند جلوگیری شود.
- به جای بالا و پایین رفتن از پله‌ها، در صورت امکان از آسانسـور اسـتفاده کنید. اگر ناچارید از پله استفاده کنید، کنار پله‌ها میله یا نرده‌های متناسب با قد خود نصب کنید. اگر راه پله فرش شده، دقت کنید که فرش ثابت بوده و حرکت نکند. هیچ وسیله‌ای روی پله نگذارید.
- سیم وسایل برقی مثل تلویزیون و تلفن را از زمین به دیوارها منتقل کنید.
- استفاده از عصا و واکر به شما کمک می‌کند تا حین راه رفتن، تعادل بهتری داشته باشید. ارتوزیست، فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر می‌توانند شما را راهنمایی کنند که از کدام وسیله کمکی برای راه رفتن استفاده کنید و نیز استفاده صحیح آن را به شما آموزش دهند.
- از کفش مناسب استفاده کنید. اندازه کفش باید مناسب بوده و کف آن لیز نباشد. به جای کفش‌های بنددار، از کفش‌هایی استفاده کنید که بندهای چسبی دارند. کفش باید از نظر طول و عرض با اندازه مناسب انتخاب شود اگرچه پوشـیدن کفش‌های بزرگتر راحت‌تر اسـت، ولی خطر زمین‌خوردن را بالا می برد. پاشنه کفش نباید بلند و باریک باشـد. زیره کفش و خصوصا قسـمت پاشـنه باید خاصیت جذب ضربه را داشته باشد اما زیره های بسیار نرم تعادل را مختل می‌کنند.
- در صورتی که زمین خوردید و گمان می‌کنید که لگن، پا و یا سـتون فقرات شـما آسـیب دیده، درد زیادی دارید یا محل آسیب متورم شده است، به هیچ عنوان حرکت نکنید؛ زیرا ممکن است باعث تشدید آسیب شوید. معمولا شکستگی و آسیب‌های داخلی سریع بروز نمی‌کنند. به همین علت فورا اورژانس را خبر کنید.

چه زمانی برای راه رفتن به عصا نیاز دارید؟

اگر هر یک از موارد زیر برای شـما رخ داده باشـد، ممکن اسـت برای راه رفتن نیاز به عصا یا یکی از وسایل کمکی راه رفتن داشته باشید:

- درد یا ضعف عضلانی، به خصوص در عضلات اندام تحتانی
- درد مفاصل
- اختلال تعادل
- اختلال حسی

- کم شدن انعطاف و محدوده دامنه حرکتی مفاصل
- فلج یا بی حسی نیمه بدن به دنبال سکته مغزی
- اضافه وزن یا کم بودن وزن بدن
- مشکلات بینایی یا شنوایی
- سرگیجه
- ورم مفاصل
- پوکی استخوان
- بیماری‌های قلبی یا تنفسی
- افت فشارخون وضعیتی (شرایطی که فرد وقتی از حالت درازکش به حالت نشسته و یا از حالت نشسته به حالت ایستاده قرار بگیرد، سرش گیج برود)
- مصرف تعداد زیاد دارو (بعضی از داروها ممکن است عوارض جانبی مثل اختلال تعادل یا سرگیجه ایجاد کنند)

تمرینات درمانی برای پیشگیری از زمین‌خوردن

با انجام ورزش‌هایی که در ادامه آموزش داده می‌شود می‌توانید تعادل، قدرت عضلانی، تناسب اندام و سلامت خود را بهبود ببخشید. این ورزش‌ها را حداقل سه روز در هفته انجام دهید. لازم نیست که هر روز همه این ورزش‌ها انجام شوند. می‌توانید طوری برنامه‌ریزی کنید که این ورزش‌ها را در روزهای هفته تقسیم کرده و هر روز بعضی از آن‌ها را انجام دهید. بین هر دسته از تمرین‌ها، سه بار نفس عمیق بکشید. بعد از جلسات اول تمرین، ممکن است در عضلات، احساس سفتی یا خشکی داشته باشید. این موضوع طبیعی است، پس به ورزش‌کردن ادامه دهید تا بعد از چند جلسه با عادت‌کردن بدن شما به ورزش، احساس سفتی یا خشکی، برطرف شود.

برای حفظ ایمنی حین ورزش این موارد را رعایت کنید:

- کنار یک تکیه‌گاه، مثل دیوار یا مبل ورزش کنید تا اگر احساس کردید در حال افتادن هستید، برای حفظ تعادل، از آن کمک بگیرید.
- اگر به هر دلیل مانند بیماری، چند روز ورزش نکردید، نباید دوباره ورزش را با همان تعداد قبل، از سر بگیرید. بهتر است برای شروع دوباره ورزش، از یک فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر کمک بگیرید.
- اگر حین انجام ورزش، دچار سرگیجه، درد قفسه سینه و تنگی نفس شدید حتما به پزشک مراجعه کنید.

به منظور افزایش تعادل در سالمندان و کاهش زمین خوردن باید مجموعه‌ای از تمرینات ورزشی مورد استفاده قرار بگیرد. این تمرینات باید شامل تمرین‌های سیستم‌های حسی (بینایی، حس دهلیزی و حس عمقی)، تمرین‌های قدرت عضلانی و تمرینات هماهنگی حرکت، شوند. همچنین چون سفتی عضلات و خشکی مفاصل از علت‌های زمین خوردن است باید در برنامه پیشگیری از زمین خوردن مورد توجه قرار بگیرند.

برای سخت‌تر کردن تمرین باید حتما این اصول را رعایت کرد. در ابتدا بهتر است تمرینات ساده که هماهنگی یکپارچه بدن را به همراه دارد استفاده شود که راه رفتن از بهترین تمرین‌های تعادلی است. در مرحله دوم تمرینات قدرتی اندام تحتانی و عضلات مرکزی بدن باید انجام شود و در نهایت دستکاری سیستم‌های حسی باید مورد توجه قرار گیرد. همه تمرین‌های گفته شده را می‌توان ترکیب کرد تا نتیجه بهتر حاصل شود. به طور مثال می‌توان هنگام تمرین راه رفتن حرکت چشم‌ها به چپ و راست را به تمرین اضافه نمود.

پیاده‌روی



پیاده‌روی روزانه، یک ورزش مفید است که سلامت شما را حفظ می‌کند. از آنجایی که راه رفتن یک مولفه اصلی سلامت حرکتی و شناختی است بنابراین تمرین راه رفتن برای جلوگیری از زمین خوردن یک تمرین مناسب است. در مطالعات اخیر گزارش شده که با استفاده از تکالیف حسی و شناختی می‌توان اثربخشی راه رفتن برای به چالش کشیدن هماهنگی حسی و حرکتی را افزایش داد. نهایتا پیشنهاد می‌شود بعد از اینکه تمرینات راه رفتن انجام شد برای پیچیده کردن راه رفتن تکلیف شناختی مانند شمارش برعکس یا برعکس هجی کردن کلمات را انجام داد. همچنین برای درگیری بیشتری حسی می‌توانید سطح اتکا را کاهش داده مانند راه رفتن به صورت گردو شکستن یا حرکات چشم و سر را برای افزایش هماهنگی حسی به کار برد مانند زمانی که شما راه می‌روید و هم‌زمان چشم‌ها را به سمت چپ و راست حرکت می‌دهید.

یکی از مشکلات اصلی در دوره سالمندی که باعث افزایش زمین خوردن می‌شود جفت شدگی بیش از حد حرکات چشم و سر است که این جفت شدگی می‌تواند تعادل را مختل کند. بنابراین با تمرین حرکات چشم و سر در جهات مختلف می‌توان این وابستگی را کاهش داد. شایان ذکر است که کوتاهی عضلات گردن و انعطاف‌پذیری عضلات گردنی هم بر میزان تعادل تاثیر دارد؛ به صورتی که عضلات کوتاه و حرکت محدود گردن تعادل در طول راه رفتن را کاهش می‌دهد و با افزایش احتمال زمین خوردن همراه است، در نتیجه باید تمرین انعطاف‌پذیری عضلات گردن حتما در برنامه پیشگیری قرار داشته باشد.

این موارد را در پیاده‌روی رعایت کنید:

- سعی کنید هر هفته، نسبت به هفته قبل، زمان بیشتری راه بروید یا مسافت بیشتری طی کنید.
- قبل از راه رفتن، حتما کفش مناسب و لباس راحت بپوشید.
- در هنگام راه رفتن شانه‌ها را شل کنید و اجازه دهید دست‌هایتان به آرامی کنار بدنتان حرکت کنند.
- در هنگام راه رفتن به جلو نگاه کنید نه پایین.
- در هنگام راه رفتن سعی کنید در هر قدم، اول پاشنه شما با زمین تماس پیدا کند و وقتی پا را بلند می‌کنید، اول انگشتانتان از زمین جدا شوند.

حرکات سر



- بایستید، سر و تنه را راست نگه دارید.
- به طور آهسته، هر چقدر که می‌توانید، سر را به راست بچرخانید.
- به طور آهسته، هر چقدر که می‌توانید، سر را به چپ بچرخانید.
- این حرکات را برای هر طرف، ۵ بار تکرار کنید.

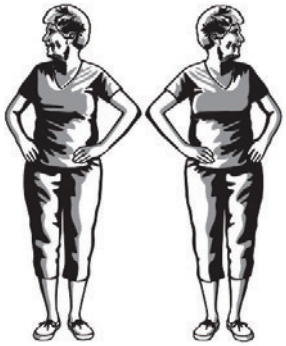
حرکات گردن

- بایستید، سر و تنه را صاف نگه دارید.



- دستتان را زیر چانه قرار دهید.
- بدون این‌که گردن را به عقب خم کنید، سر را مطابق شکل به پشت حرکت دهید.
- این حرکت را ۵ بار تکرار کنید.

حرکات تنه



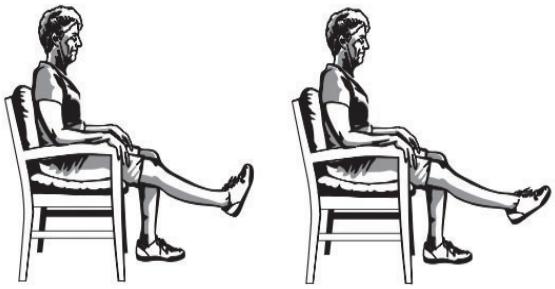
- راست بایستید و دست‌ها را روی لگن قرار دهید (مثل شکل روبه‌رو).
- لگن را حرکت ندهید.
- به صورت آهسته، هر چقدر که می‌توانید، تنه را به راست بچرخانید.
- به صورت آهسته، هر چقدر که می‌توانید، تنه را به چپ بچرخانید.
- این حرکات را برای هر طرف، ۵ بار تکرار کنید.

خم شدن به عقب



- بایستید و پاها را به عرض شانه‌ها باز کنید.
- دست‌ها را پشت کمر بگذارید (مثل شکل روبه‌رو).
- به آهستگی به پشت خم شوید.
- این حرکت را ۵ بار تکرار کنید.

حرکات مچ پا



- برای انجام این حرکت می‌توانید بایستید یا بنشینید.
- مچ پا را به پایین خم کنید و سپس به سمت خودتان بیاورید.
- این حرکت را برای هر پا، ۱۰ بار تکرار کنید.

ورزش‌های تقویت عضلانی

تقویت عضلات برای حفظ سلامت عضلات و استخوان‌ها لازم است و می‌تواند در راه رفتن، پیشگیری از زمین‌خوردن و حفظ استقلال در انجام کارهای روزانه به سالمند کمک کند. استفاده از وزنه می‌تواند باعث قوی‌ترشدن عضلات شود. در انجام این ورزش‌ها رعایت این موارد لازم است:

- ورزش‌های تقویتی را سه روز در هفته انجام دهید.
- وزنه را به آرامی حمل کنید.
- هیچ وقت هنگام بلند کردن وزنه، نفس خود را حبس نکنید. قبل از بلند کردن وزنه، هوا را داخل ریه‌ها بکشید و وقتی وزنه را بلند کردید، هوا را بیرون بدهید. دوباره وقتی وزنه را پایین می‌آورید، هوا را داخل بکشید.
- بعد از روز اول که تمرین تقویتی را شروع می‌کنید، ممکن است در عضلات، احساس سفتی یا خشکی داشته باشید. این موارد طبیعی است و نباید ورزش کردن را قطع کنید. بعد از چند جلسه با عادت کردن بدن به ورزش، احساس سفتی یا خشکی، برطرف خواهد شد.

تمرین تقویتی زانو



- شما می‌توانید این تمرین را زمانی که دارید تلویزیون نگاه می‌کنید انجام دهید.
- وزنه را دور مچ پایتان ببندید (مثل شکل روبه‌رو)، برای میزان وزنه‌ای که می‌خواهید استفاده کنید، با یک فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر، مشورت کنید.
- روی صندلی بنشینید و کمرتان را به پشتی صندلی تکیه دهید.
- زانوی خود را راست کنید.
- پا را پایین بیاورید.
- حرکت را چندین بار تکرار کنید. (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند)



- وزنه را از مچ پایتان باز کنید و به مچ پای دیگرتان ببندید.
- تمرین را تکرار کنید. (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند)

تمرین تقویتی لگن



- وزنه را دور مچ پایتان ببندید (مثل شکل روبه‌رو)، برای میزان وزنه‌ای که می‌خواهید استفاده کنید، با یک فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر مشورت کنید.
- کنار یک میز بایستید و با یک دست میز را نگه دارید.
- در حالی که زانو را راست نگه داشته‌اید، پا را از کنار تنه بالا بیاورید و سپس برگردانید.
- حرکت را تکرار کنید. (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند)
- وزنه را از مچ پایتان باز کنید و به مچ پای دیگرتان ببندید.
- بچرخید.
- تمرین را تکرار کنید. (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند)

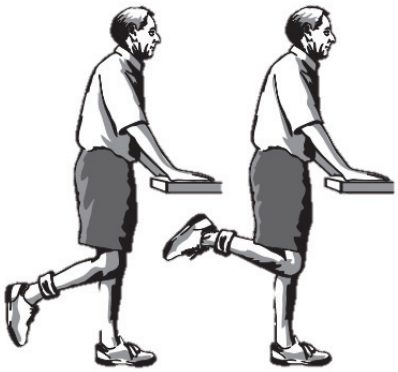
ایستادن روی انگشتان پا- با گرفتن دست به میز



- روبه‌روی یک میز بایستید و با یک دست میز را نگه دارید.
- پاها را به عرض شانه باز کنید.
- روی انگشتان پا بلند شوید.
- پاشنه پاها را به سمت زمین پایین بیاورید.
- این تمرین را ۲۰ بار تکرار کنید.

تمرین تقویتی زانو

- وزنه را دور مچ پایتان ببندید (مثل شکل روبه‌رو)، برای میزان وزنه‌ای که می خواهید استفاده کنید، با یک فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر مشورت کنید.
- روبه‌روی یک میز بایستید و دست ها را به میز تکیه دهید.



- زانو را خم کنید تا پا از زمین جدا شود. (مثل شکل روبه‌رو)
- پا را پایین بیاورید.
- حرکت را تکرار کنید. (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند)
- وزنه را از مچ پایتان باز کنید و به مچ پای دیگرتان ببندید.
- تمرین را تکرار کنید. (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند)



ایستادن روی انگشتان پا- بدون گرفتن دست به میز

- بایستید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- پاها را به عرض شانه باز کنید.
- روی انگشتان پا بلند شوید.
- پاشنه پاها را به سمت زمین پایین بیاورید.
- این تمرین را ۲۰ بار تکرار کنید.



ایستادن روی پاشنه پا - بدون گرفتن دست به میز

- بایستید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- پاها را به عرض شانه باز کنید.
- روی پاشنه پا بلند شوید و انگشتان را از زمین جدا کنید.
- پاشنه پاها را به سمت زمین پایین بیاورید.
- این تمرین را ۲۰ بار تکرار کنید.



ایستادن روی پاشنه پا - با گرفتن دست به میز

- روبه‌روی یک میز بایستید.
- با یک دست میز را نگه دارید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- پاها را به عرض شانه باز کنید.
- روی پاشنه پا بایستید و انگشتان پا را از زمین جدا کنید.
- انگشتان پاها را به سمت زمین پایین بیاورید.
- این تمرین را ۲۰ بار تکرار کنید.

ورزش‌های تعادلی

- تعادل برای انجام کلیه فعالیت‌های روزمره مهم است. تمرینات تعادلی که در ادامه می‌آید، را می‌توان به صورت روزانه انجام داد.
- خم کردن زانو - با گرفتن دست به میز:
- روبه‌روی یک میز بایستید و با دو دست لبه میز را بگیرید.

- پاها را به عرض شانه باز کنید.



- بدون خم‌کردن تنه، زانوها را خم کنید و به سمت پایین بیایید (مثل شکل روبه‌رو).
- زانوها را تا جایی خم کنید که زانو، بالای انگشتان پای شما قرار بگیرد.
- وقتی حس کردید پاشنه‌های پای شما دارد از زمین بلند می‌شود، زانوها را راست کنید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).

خم کردن زانو - بدون گرفتن دست به میز



- بایستید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- پاها را به عرض شانه باز کنید.
- بدون خم‌کردن تنه، زانوها را خم کنید و به سمت پایین بیایید (مثل شکل روبه‌رو).
- زانوها را تا جایی خم کنید که زانو، بالای انگشتان پای شما قرار بگیرد.
- وقتی حس کردید پاشنه‌های پای شما دارد از زمین بلند می شود، زانوها را راست کنید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

راه رفتن به سمت عقب - با گرفتن دست به میز



- کنار یک میز بایستید و با یک دست لبه میز را بگیرید (مثل شکل روبه‌رو).
- ده قدم به سمت عقب بروید.
- بچرخید و با دست دیگرتان لبه میز را بگیرید.
- ده قدم به سمت عقب بروید تا به نقطه شروع برگردید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

راه رفتن و چرخیدن



- به حالت عادی راه بروید.
- به جهت عقربه‌های ساعت بچرخید.
- به نقطه شروع برگردید.
- به جهت خلاف عقربه‌های ساعت بچرخید.
- این تمرین، مثل حرکت به صورت عدد ۸ انگلیسی (8) است (شکل روبه‌رو).
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

راه رفتن به سمت عقب- بدون گرفتن دست به میز



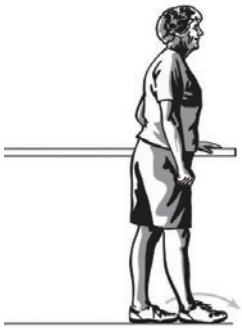
- بایستید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- ده قدم به سمت عقب بروید.
- بچرخید.
- ده قدم به سمت عقب بروید تا به نقطه شروع برگردید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

راه رفتن به یک طرف



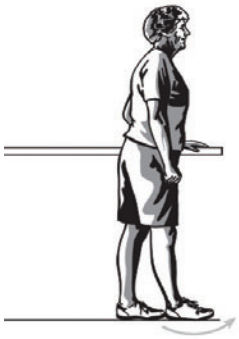
- بایستید و دست‌ها روی لگن قرار دهید (مثل شکل روبه‌رو).
- به صورت یک طرفه ۱۰ قدم به سمت راست بروید.
- به صورت یک طرفه ۱۰ قدم به سمت چپ بروید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

ایستادن به صورت پاشنه جلوی انگشتان پا - با گرفتن دست به میز



- کنار یک میز بایستید.
- با یک دست لبه میز را بگیرید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- یک پا را جلوی پای دیگر (در یک راستا) قرار دهید.
- این وضعیت را ده ثانیه نگه دارید.
- حالا وضعیت را تغییر دهید و پایتان را پشت پای دیگر (در یک راستا) قرار دهید.
- این وضعیت را ده ثانیه نگه دارید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

راه رفتن به صورت پاشنه جلوی انگشتان پا - با گرفتن دست به میز



- کنار یک میز بایستید.
- با یک دست لبه میز را بگیرید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- یک پا را جلوی پای دیگر (در یک راستا) قرار دهید.
- پای عقبی را به صورت مستقیم جلو بیاورید و پاشنه پا را جلو انگشتان پای دیگر قرار دهید.
- به همین صورت، ۱۰ قدم بردارید.
- بچرخید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

راه رفتن به صورت پاشنه جلوی انگشتان پا - بدون گرفتن دست به میز



- بایستید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- یک پا را جلوی پای دیگر (در یک راستا) قرار دهید (مثل شکل روبه‌رو).
- پای عقبی را به صورت مستقیم جلو بیاورید و پاشنه پا را جلو انگشتان پای دیگر قرار دهید.
- به همین صورت، ۱۰ قدم بردارید.
- بچرخید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر تعیین می‌کند).

ایستادن روی یک پا - با گرفتن دست به میز

- کنار یک میز بایستید.
- با یک دست لبه میز را بگیرید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).



- روی یک پا بایستید.
- این وضعیت را برای ۱۰ ثانیه حفظ کنید.
- روی پای دیگرتان بایستید.
- این وضعیت را برای ۱۰ ثانیه حفظ کنید.



ایستادن روی یک پا - بدون گرفتن دست به میز

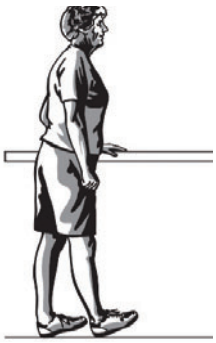
- روی یک پا بایستید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- این وضعیت را برای ۱۰ ثانیه حفظ کنید.
- روی پای دیگرتان بایستید.
- این وضعیت را برای ۱۰ ثانیه حفظ کنید.



ایستادن روی یک پا - بدون گرفتن دست به میز

- روی یک پا بایستید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- این وضعیت را برای ۳۰ ثانیه حفظ کنید.
- روی پای دیگرتان بایستید.
- این وضعیت را برای ۳۰ ثانیه حفظ کنید.

راه رفتن روی پاشنه پا- با گرفتن دست به میز

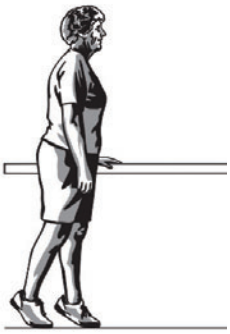


- کنار یک میز بایستید.
- با یک دست لبه میز را بگیرید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- روی پاشنه‌های پا بایستید و انگشتان را از زمین جدا کنید و به سمت بالا نگه دارید.
- ۱۰ قدم روی پاشنه‌ها راه بروید.
- پاها را به طور کامل روی زمین بگذارید و بچرخید.
- ۱۰ قدم روی پاشنه‌ها راه بروید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).

راه رفتن روی پاشنه پا- بدون گرفتن دست به میز



- بایستید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- روی پاشنه‌های پا بایستید و انگشتان را از زمین جدا کنید و به سمت بالا نگه دارید.
- ۱۰ قدم روی پاشنه‌ها راه بروید.
- پاها را به طور کامل روی زمین بگذارید و بچرخید.
- ۱۰ قدم روی پاشنه‌ها راه بروید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).



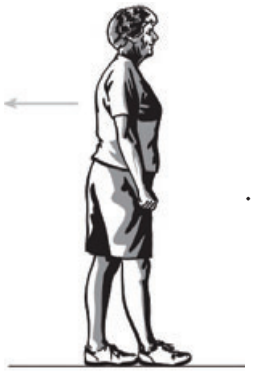
راه رفتن روی انگشتان پا - با گرفتن دست به میز

- کنار یک میز بایستید.
- با یک دست لبه میز را بگیرید و به جلو نگاه کنید (مثل شکل روبه‌رو).
- روی انگشتان پا بایستید و پاشنه را از زمین جدا کنید.
- ۱۰ قدم روی انگشتان راه بروید.
- پاها را به طور کامل روی زمین بگذارید و بچرخید.
- ۱۰ قدم روی انگشتان راه بروید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).



راه رفتن روی انگشتان پا - بدون گرفتن دست به میز

- بایستید و به جلو نگاه کنید.
- روی انگشتان پا بایستید و پاشنه را از زمین جدا کنید.
- ۱۰ قدم روی انگشتان راه بروید.
- پاها را به طورکامل روی زمین بگذارید و بچرخید.
- ۱۰ قدم روی انگشتان راه بروید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).



راه رفتن به سمت عقب، به صورت انگشتان یک پا پشت پاشنه پای دیگر

- بایستید و به روبه‌رو نگاه کنید.
- یک پا را پشت پای دیگر (در یک راستا) قرار دهید (مثل شکل روبه‌رو).
- پای عقبی را به صورت مستقیم عقب ببرید و انگشتان را پشت پاشنه پای دیگر قرار دهید.
- به همین صورت، ۱۰ قدم به عقب بردارید.
- بچرخید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).



ایستادن از حالت نشسته- با کمک دو دست

- شما می‌توانید این تمرین را زمانی که دارید تلویزیون نگاه می‌کنید انجام دهید.
- روی یک صندلی که ارتفاع خیلی کمی ندارد، بنشینید.
- پاهایتان را پشت زانوها ببرید (مثل شکل روبه‌رو).
- به جلو خم شوید.
- دست‌ها را روی دسته صندلی بگذارید و با کمک دست‌ها، بایستید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).

ایستادن از حالت نشسته- با کمک یک دست

- شما می‌توانید این تمرین را زمانی که دارید تلویزیون نگاه می‌کنید انجام دهید.



- روی یک صندلی که ارتفاع خیلی کمی ندارد، بنشینید.
- پاهایتان را پشت زانوها ببرید (مثل شکل روبه‌رو).
- به جلو خم شوید.
- یک دست را روی دسته صندلی بگذارید و با کمک آن، بایستید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).

ایستادن از حالت نشسته- بدون کمک دست



- شما می‌توانید این تمرین را زمانی که دارید تلویزیون نگاه می‌کنید انجام دهید.
- روی یک صندلی که ارتفاع خیلی کمی ندارد، بنشینید.
- پاهایتان را پشت زانوها ببرید (مثل شکل روبه‌رو).
- به جلو خم شوید.
- بدون کمک گرفتن از دست ها، بایستید.
- تمرین را تکرار کنید (تعداد تکرار را فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر شما تعیین می‌کند).

فصل سوم

توانبخشی شنوایی در سالمندی

الف. کم‌شنوایی در سالمندان



با بالا رفتن سن در یک جامعه، مشکلات مزمنی مانند کم‌شنوایی باعث می‌شود تا نیاز جامعه به خدمات مراقبتی و درمانی برای بهبود شنوایی افزایش یابد. پیش‌بینی می‌شود در سال‌های آینده، بخش بزرگی از مراجعان به درمانگاه‌های شنوایی را جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال تشکیل دهند. این افراد نیاز به خدمات خاصی دارند تا بتوانند استقلال عملکردی گذشته خود را دوباره کسب کنند و در دوران بازنشستگی زندگی با کیفیت‌تری را تجربه کنند. گوش انسان اندام اصلی حس شنوایی است و با کمک آن می‌توانیم صدا را تشخیص دهیم و تحلیل کنیم. گوش به عنوان گیرنده‌ای عمل می‌کند که در آن محرک‌های شنوایی به اطلاعات تبدیل شده و با ارسال این اطلاعات به مغز، در آن‌جا رمزگشایی می‌شوند. کارکرد اصلی گوش تشخیص، انتقال و تبدیل اطلاعات شنیداری به امواج الکتریکی برای ارسال به مغز است. گوش نقش دیگری هم دارد و آن ایجاد حس تعادل بدن است. گوش دارای سه بخش خارجی، میانی و داخلی است.

کم‌شنوایی ناشی از افزایش سن

کم‌شنوایی ناشی از افزایش سن یا پیرگوشی، رایج‌ترین نقص حسی در سالمندان است که یکی از مشکلات جدی از نظر سلامت و ارتباط اجتماعی در این گروه است. علت ایجاد پیرگوشی به صورت دقیق مشخص نیست ولی می‌توان آن را نتیجه کاهش عملکرد دستگاه شنوایی در طی زمان، تاثیر سروصداهای محیطی، بیماری‌های گوش و شنوایی، مصرف داروهایی که برای گوش عوارض ایجاد می‌کنند و نیز زمینه ژنتیکی دانست.

پیرگوشی به صورت کاهش حساسیت شنوایی و توان درک گفتار در محیط‌های پرسروصدا، کاهش پردازش اطلاعات شنوایی در مغز و نقص در جهت‌یابی منبع صدا بروز می‌کند.

پیرگوشی در ابتدا بر آستانه شنوایی فرد برای شنیدن صداهای زیرتر (با فرکانس بالاتر) تاثیر می‌گذارد و باعث می‌شود تا فرد نتواند گفتار دیگران را در محیط‌های پر سروصدا درک کند. جمله «من صدای شما را می‌شنوم اما چیزی نمی‌فهمم»، را سالمندان کم‌شنوا زیاد به کار می‌برند. در این سالمندان ممکن است نشنیدن صداهای زیر هشداردهنده مانند بوق‌های اخطار و خروج صدادار بخار دستگاه‌ها خطراتی را به همراه داشته باشد. به تدریج و با پیشرفت پیرگوشی، شنیدن صداهای بم‌تر (فرکانس‌های پایین‌تر) هم مشکل پیدا می‌کند.

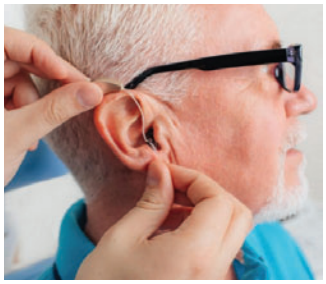
سالمندان کم‌شنوا در شنیدن هم‌زمان چندین صدا یا شنیدن صدای فرد در محیط پر سروصدا مشکل دارند، زیرا با افزایش سن توانایی سالمند در دریافت و درک صداهایی که همراه با سروصداست، کاهش می‌یابد. گاهی افراد این مشکلات خود را به شروع زوال عقل مرتبط می‌دانند و خانواده، دوستان و دیگران هم ممکن است این باور را تقویت کنند. وارد نشدن سالمندان کم‌شنوا در گفتگوهای گروهی، باعث می‌شود تا دیگران آن‌ها را نادیده بگیرند و فکر کنند آن‌ها اطلاعی از موضوع مورد بحث ندارند. به علاوه، کندی حرکت و ذهن سالمند می‌تواند چنین برداشتی را تقویت کند و باعث تسریع کناره‌گیری و انزوای اجتماعی او شود.

تنهایی و کناره‌گیری به دلیل کم‌شنوایی می‌تواند باعث تاخیر سالمند برای دریافت مراقبت‌های پزشکی و توانبخشی شود.

توانبخشی شنوایی در سالمندان

تاثیر کم‌شنوایی برحسب میزان کم‌شنوایی، سطح فعالیت و شخصیت افراد متفاوت است. توانبخشی در گروه سالمندان باید شامل یک شیوه جامع برای ارزیابی مشکل و انجام مداخله چندبعدی باشد. هدف از توانبخشی در افراد سالمند، صرفنظر از شدت یا نوع آسیب، کمک به بازگشت مهارت‌های جسمی، روانی و اجتماعی در سالمند کم‌شنوا است. باید توجه داشت که شرایط سالمند در تعیین و انتخاب نوع توانبخشی شنوایی تاثیر می‌گذارد. برای مثال، سالمندی که پوست او نازک شده، بافت زیر پوست او تحلیل رفته و عملکرد غدد زیرپوستی‌اش کاهش پیدا کرده است، نیاز به توانبخشی شنوایی خاصی دارد. بنابراین، تغییرات ساختار گوش به ویژه مجرای گوش خارجی می‌تواند استفاده از انواع سمعک‌ها یا آزمون‌های شنوایی را تحت تاثیر قرار دهد.

نکات مرتبط با تجویز سمعک برای سالمندان



سمعک یک سیستم تقویت کننده فردی قابل حمل است که برای جبران کم‌شنوایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. تقریبا همه افراد کم‌شنوا کاندید استفاده از سمعک هستند، اگرچه برخی از این افراد ممکن است نسبت به دیگران بهره بیشتری از سمعک ببرند. سمعک‌ها معمولا توسط خدمات بیمه‌ای پوشش داده نمی‌شوند، هرچند ممکن است برخی بیمه‌ها بخشی یا همه هزینه سمعک را پرداخت کنند.

کمک به افراد سالمند در زمینه نحوه استفاده از خدمات حمایتی و بیمه ای مهم است. لازم است قبل از پیشنهاد سمعک به سالمند کم‌شنوا، ابتدا مشخص شود که آیا سمعک برای فرد مناسب است و آیا استفاده از سمعک مشکل کم‌شنوایی او را حل می کند یا نه.

بنابراین، قبل از تجویز سمعک باید ارزیابی دقیقی از علل ایجادکننده کم‌شنوایی در سالمند انجام شود. برای هر فردی که بخواهد از سمعک استفاده کند باید ابتدا یک شنوایی‌سنجی دقیق انجام شود. به جز پیرگوشی علل پزشکی دیگری نیز برای کم‌شنوایی مطرح است که از جمله آن‌ها می‌توان به عفونت‌ها، بیماری‌های خودایمنی و عوارض جانبی ناشی از برخی داروها اشاره کرد. این علل باید توسط یک پزشک ارزیابی شود و علل پزشکی باید هم‌زمان با توانبخشی شنوایی و تجویز سمعک درمان گردد. به علاوه، فردی که قرار است سمعک برای او تجویز شود لازم است از نظر مشکلات گوش و حلق و بینی ارزیابی شده باشد. با وجود پیشرفت‌های زیاد فناوری تولید سمعک‌ها و کوچک‌ترشدن اندازه آن‌ها، هنوز نسبت به سمعک نگرش منفی وجود دارد. قبل از تعیین اندازه و مناسب کردن سمعک برای فرد سالمند، لازم است عوامل مختلف ارتباطی، جسمی، روانی و اجتماعی را در نظر گرفت. مواردی که هنگام پیشنهاد استفاده از سمعک باید مدنظر قرار بگیرد عبارتند از:

- تجربه قبلی استفاده از سمعک
- مسائل مالی و امکان پرداخت هزینه
- نگرش فرد به سمعک
- درجه و میزان کم‌شنوایی
- میزان نیاز به سمعک
- مهارت‌های بینایی و توانایی استفاده از دست
- توصیه سایر متخصصان

- توصیه‌های خانواده و دوستان

میزان اعتماد

- سطح آگاهی نسبت به کارکرد سمعک

شنوایی شناس مسئول اطلاع رسانی به بیمار درباره فرآیند استفاده از سمعک، واقعی کردن انتظارات و توقعات و نیز مشاوره و حمایت قبل از مناسب‌سازی سمعک برای سالمند است.

ارزیابی قبل از مناسب‌سازی سمعک



لازم است ابتدا شنوایی‌شناس برای تشخیص کم‌شنوایی و ماهیت آن ارزیابی‌هایی را انجام دهد. او باید با اندازه‌گیری آستانه شنوایی، وضعیت پرده، پشت پرده گوش، شرایط پزشکی افراد و ضرورت انجام درمان‌های پزشکی یا جراحی را واضح و دقیق مشخص کند. اگر درمان‌های فوری پزشکی لازم باشد، باید سالمند را به متخصص مربوطه ارجاع دهد. اگر به درمان پزشکی نیازی نباشد، او باید شدت آسیب شنوایی، تقارن هر دو گوش، شکل و نوع کم شنوایی و درک گفتار را بررسی و گزارش کند و از سالمند بخواهد تا توضیح روشنی از مشکل شنوایی و درک گفتار خود ارائه کند.

عوامل جسمی

وضعیت بینایی، مهارت استفاده از دست، عوامل مربوط به گوش و مجرای گوش و نیز وضعیت سلامت عمومی سالمند باید در روند تصمیم‌گیری و انتخاب سمعک مد نظر قرار گیرد. مشکلات بینایی می‌تواند بر انتخاب شکل و اندازه سمعک و نوع عملکرد آن تاثیر بگذارد. تجمع بیش از حد جرم گوش، عفونت‌های فعال، باریکی مجرای گوش خارجی یا رشد غیرمعمول استخوان در مجرای گوش می‌تواند از وارد شدن سمعک به داخل مجرا جلوگیری کند و کارآیی اشکال خاصی از سمعک‌ها را محدود نماید. تجمع جرم گوش در داخل سمعک می‌تواند باعث اختلال در کیفیت صدای آن شود. مشکلات حاد گوش میانی مثل عفونت یا ترشح فعال نیز باید قبل از تجویز سمعک، درمان شوند.

سازگاری

مفهوم سازگاری و عادت‌پذیری باید مد نظر قرار گیرد و در مشاوره با سالمند بر آن تاکید شود. در نظر گرفتن زمان کافی برای ایجاد سازگاری شنوایی و شناخت سمعک در سالمند ضرورت دارد.

تجویز سمعک تک گوشی یا دو گوشی

در کم‌شنوایی‌های دو طرفه، انتخاب یک یا دو سمعک موضوعی است که به دقت باید مدنظر قرار گیرد. در کل، تجویز دو گوشی سمعک، افزایش درک گفتار، بهبود شنوایی در جهت خاص، بهبود درک فضایی صدا و افزایش کیفیت صدا را به دنبال دارد.

فناوری سمعک‌ها

سمعک‌های قدیمی بهبود کمتری در توانایی فرد برای درک گفتار ایجاد می‌کنند، ولی به علت نقشی که در افزایش و تقویت صدا دارند، توانایی شنیدن را بهتر می‌کنند. هدف فناوری‌های جدید در تولید سمعک، تمرکز بر کم‌شنوایی حسی - عصبی با درک گفتار ضعیف است؛ تا بهره‌برداری افراد از دریافت سمعک را افزایش دهد. سمعک‌های جدید

علاوه بر استفاده از فناوری پیشرفته، انعطاف‌پذیری بیشتری به فرد می‌دهد. بسیاری از شرکت‌های سازنده سمعک، گزینه‌های رنگی متعددی را پیشنهاد می‌کنند تا فرد بتواند رنگ پوسته سمعک را با رنگ پوست یا موی خویش تنظیم کند. این موارد باعث می‌شود سمعک‌های جدید مورد استقبال بیشتری توسط افراد کم‌شنوا قرار بگیرند.

یکی از نقش‌های مهم سمعک برای افراد کم‌شنوا امکان راحت شنیدن صداهاست تا فرد برای دریافت گفتار تحت فشار قرار نگیرد. در واقع، سمعک می‌تواند تنش، خستگی و برخی از عوارض اختلال شنوایی را از بین ببرد.

سمعک‌های بدون نسخه

قیمت سمعک‌های بدون نسخه کمتر از سمعک‌هایی است که توسط یک شنوایی شناس متخصص تجویز می‌شوند. اگرچه این سمعک‌ها به خاطر قیمت پایینی که دارند، برای سالمندان جذاب هستند ولی لازم است با احتیاط استفاده شوند. این نوع سمعک‌ها ممکن است برای گروهی از سالمندان که کم‌شنوایی نسبتا یکنواختی دارند مفید باشد، زیرا نیاز به تقویت کمی برای وضوح گفتار دارند. با این حال، ممکن است این سمعک‌ها با نیازهای شنوایی گروه بزرگی از سالمندان دارای شرایط خاص مناسب نباشد. نکته دیگر این که وقتی تجربه استفاده از این نوع سمعک‌ها برای فرد خوب نباشد، ممکن است او را از تلاش برای تهیه سمعک‌های مناسب منصرف کند.

اغلب بیمارانی که از سمعک‌های بدون نسخه استفاده می‌کنند، قبل از تصمیم به خرید سمعک از متخصصان مربوطه، مبالغ بیشتری را پرداخت می‌کنند.

سمعک جیبی



امروزه با پیشرفت در حوزه فناوری، کمتر سمعک جیبی تجویز می‌شود. سمعک‌های جیبی وسیله‌ای بزرگ و با قدرت زیاد بود که در جیب فرد قرار می‌گرفت و با تقویت دامنه وسیعی از گفتار، می‌توانست در افراد باکم‌شنوایی شدید تا عمیق مفید باشد. میکروفون، آمپلی‌فایر و باتری در جعبه یا همان بدنه سمعک تعبیه شده بود و گیرنده یا بلندگوی آن نیز با یک سیم بلند به آمپلی‌فایر وصل شده و مستقیما به قالب گوش متصل می‌شد. قالب گوش این سمعک‌ها یک قطعه گوشی بود که بلندگوی سمعک به آن وصل شده و داخل مجرای گوش قرار می‌گرفت تا صدا را به داخل گوش هدایت نماید.

سمعک پشت گوشی

امروزه سمعک‌های پشت گوشی بهترین انتخاب برای کم‌شنوایی‌های شدید تا عمیق است. همه اجزای مورد نیاز سیستم تقویت‌کننده و حتی باتری، داخل یک پوسته تعبیه شده و پشت گوش فرد قرار داده می‌شود. صدای تقویت‌شده نیز از طریق یک لوله پلاستیکی که به یک قالب گوش سفارشی وصل است، به گوش منتقل می‌شود. طراحی اجزای داخل پوسته سمعک پشت گوشی به گونه‌ای است که تفکیک مناسبی بین میکروفون و گیرنده ایجاد شده و می‌تواند کم‌شنوایی‌های شدید را بهبود ببخشد. این سمعک‌ها به خاطر انعطاف‌پذیری بالایی که دارند، امروزه در کم‌شنوایی‌های ملایم تا عمیق استفاده می‌شوند.

سمعک داخل گوشی

قبلا از سمعک‌های داخل گوشی به طور گسترده‌ای استفاده می‌شد. در این نوع از سمعک‌ها کل سیستم سمعک، داخل پوسته‌ای از قالب گوش قرار می‌گیرد. از این سمعک‌ها برای کمک به کم‌شنوایی‌های مختلف استفاده می‌شود. سمعک‌های داخل گوشی در اندازه‌های متعددی در دسترس هستند (تصویر). سمعک‌های داخل گوشی با اندازه کوچک نمی‌توانند تقویت زیادی داشته باشند و بنابراین برای اکثر کم‌شنوایی‌های شدید نامناسب هستند. به طور کلی هرچه سمعک بزرگتر باشد، محدوده تقویت آن نیز بیشتر است. به همین دلیل و با توجه به محدودیت‌های افراد سالمند، اغلب برای سهولت گذاشتن و تنظیم دستی سمعک از سمعک‌های داخل گوشی بزرگ استفاده می‌شود. در سمعک‌های بزرگتر، امکان استفاده از باتری بزرگتر ممکن است و در نتیجه، تعویض باتری آسان‌تر و طول عمر آن نیز بیشتر است.



سمعک با گیرنده داخل مجرایی



این سمعک‌ها بسیار شبیه به سمعک‌های پشت گوشی با لوله نازک هستند ولی بلندگوی آن‌هاها به طور مجزا داخل مجرای گوش قرار می‌گیرد. هرچه بلندگوی این سمعک‌ها به پرده گوش نزدیک‌تر باشد، بلندی صدا بیشتر و کیفیت آن بهتر است. به علاوه، بخش کوچکی از سمعک که پشت لاله گوش قرار می‌گیرد، برخلاف سایر سمعک‌ها به لحاظ زیبایی شناختی، آن را جذاب‌تر کرده است. سمعک‌های با گیرنده داخل مجرایی به خاطر اندازه کوچک، ظاهر خاص و توانایی کاهش انسداد، بیشتر مورد پذیرش افراد کم‌شنوا هستند. کاهش اثر انسداد ناشی از این سمعک‌ها، کیفیت صدای طبیعی‌تری ایجاد می‌کند. این سمعک‌ها اغلب برای کم شنوایی ملایم تا شدید تجویز می‌شوند. کاهش اندازه این سمعک‌ها ممکن است باعث شود تا سالمندان با مهارت دستی ضعیف در گذاشتن و برداشتن سمعک با مشکل مواجه شوند.

جلسه توجیهی سمعک

بعد از تجویز و مناسب سازی سمعک، شنوایی‌شناس باید در مورد اجزای سمعک به بیمار و در صورت امکان به همراه یا همراهان بیمار آموزش دهد. بیمار نیاز دارد که بخش‌ها و جنبه‌های مختلف سمعک، نحوه استفاده از آن (شامل گذاشتن، برداشتن، دکمه تغییر برنامه، کنترل صدا) و نحوه نگهداری و نظافت آن را یاد بگیرد. حین آموزش و توجیه فرد سالمند در مورد سمعک باید به عوامل شناختی، حافظه، ویژگی‌های جسمی و مهارت کار با دست فرد توجه داشت. برای اطمینان از درک گفتار توسط فرد سالمند، آموزش‌دهنده باید آهسته و شمرده شمرده صحبت کند و حین صحبت با فرد کم‌شنوا، شدت صدای خود را تغییر ندهد.

روند بعد از مناسب‌سازی سمعک

پس از مناسب سازی اولیه، لازم است چند روز بعد از تجویز سمعک، بیمار مجددا به شنوایی‌شناس مراجعه کند تا اطمینان حاصل شود که از سمعک به طور درست استفاده کرده است. ممکن است شنوایی‌شناس بخواهد همان موارد جلسه مناسب سازی سمعک را مجددا مرور نماید. اگر بیمار در این جلسه از سمعک خود راضی نباشد، شنوایی‌شناس باید علت آن را مشخص نماید و برای رفع مشکل، سمعک را مجددا تنظیم کند. شنوایی‌شناس باید

آمادگی ارائه مشـاوره به بیمار و خانواده او را داشـته باشـد، سـمعک را تنظیم و یا حتی تعویض کند و برای کمک به بیمار سالمند جهت استفاده بهتر از سمعک، هر کاری انجام دهد.

ب. وزوز گوش

درک صدا یا صداهایی در یک گوش یا دو گوش و یا در سر که بدون وجود محرک صوتی خارجی شنیده می‌شود، وزوز گوش نامیده می‌شود. اگرچه این صداها معمولا به صورت یک صدای زیر و سوت مانند است ولی می‌تواند به صورت همهمـه، غرش، خش‌خش، صدای ضربان‌دار و یا تق‌تق هم شـنیده شـود. بنابراین، نوع صـدا، زیر و بمی، بلندی و آزاردهندگی وزوز گوش در افراد مختلف متفاوت اسـت. وزوز گوش به این علت رخ می‌دهد که مغز اطلاعات دریافت شـده از گوش داخلی را بد می‌فهمد. اطلاعات از طریق عصب شـنوایی از گوش داخلی به مغز ارسال می‌شود. وقتی آسیب به ناحیه خاصی از گوش وارد می‌شود، فعالیت گوش کمتر شده و اطلاعات کمتری به مغز می‌رسد. با گذشت زمان مغز واکنش داده، فعالیت جدیدی آغاز می‌کند و در حقیقت مغز با واکنش‌های اضافی ناشی از کاهش اعصاب، وزوز گوش را ایجاد و تشـدید می‌کند. وزوز گوش مشـکل شایعی است. تقریبا همه افراد در طول زندگی خود، حداقل یک بار یا برای مدتی کوتاه، صدایی مانند صدای زنگ ملایم یا صدای دیگری را می‌شـوند. برخی افراد وزوز مداوم و آزاردهنده‌تری دارند که ممکن است در برخی موارد به افسردگی منجر شود. معمولا با افزایش سن، وزوز افزایش پیدا می‌کند. در ۲۰ درصد افرادی که وزوز گوش دارند، ممکن است کیفیت زندگی مختل شده و مشکلاتی مانند استرس و اضطراب، کاهش توجه و تمرکز و اختلال خواب ایجاد شود. اکثر افراد مبتلا خود را با وزوز سازگار می‌کنند و کمتر به دنبال دریافت خدمات و کمک های تخصصی می‌روند.

وزوز گوش می‌تواند برروی فعالیت های روزمره، خواب، تمرکز، کار، تفریح و ارتباط با دیگران تاثیر منفی بگذارد. تأثیر وزوز گوش در افراد مختلف، متفاوت است، به طوری که در برخی می‌تواند باعث اضطراب شدید شود و زندگی فرد را مختل کند.

عوامل ایجادکننده وزوز گوش

وزوز گوش بیماری نیسـت بلکه علامتی اسـت که ممکن اسـت به علت بیماری‌های مختلفی ایجاد شـود. بنابراین، مشـاهده این علامت باید درمانگر را به طرف کشـف عامـل ایجادکننده آن هدایت کند. عوامـل مختلفی می‌توانند باعث بروز وزوز شـوند که از جمله آن‌ها می‌توان ضربه به سـر، مصرف داروهایی مانند آسپرین، کم خونی، فشارخون بالا، برخی عفونت‌ها، فشارهای روانی، جرم گوش، برخی سرطان‌ها، قرارگیری در معرض صداهای بلند و کم‌شنوایی (بـه ویـژه پیرگوشـی) را نام برد. معمـولا در طول روز بـه علت فعالیت افـراد و وجود صداهای اطراف، حـواس فرد از وزوز گوش پرت می‌شـود ولی وقتی محیط ساکت باشد، وزوز بلندتر و طولانی‌تر می‌شود. در نتیجه، در شب مشکل شخص بدتر می‌شود. خستگی هم می‌تواند باعث تشدید وزوز گوش شود.

انواع وزوز گوش



از نظـر میـزان آزاردهندگـی، وزوز گوش را می‌توان به دو نوع جبران‌شـده و جبران‌نشـده تقسـیم کرد. در وزوز جبران‌شـده، بیمار با این که صدای وزوز را می‌شـنود ولی شـکایتی از آزاردهندگـی صـدای آن نـدارد. ولـی در وزوز گـوش جبران‌نشـده، فـرد از آزاردهندگی صدای وزوز شـکایت دارد و مشکلاتی مانند فشـار روانی، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی،

پرخاشگری، تحریک پذیری و مشکلات تمرکز برای او ایجاد می‌کند.
تقسیم‌بندی دیگر وزوز گوش بر اساس واقعی یا غیرواقعی بودن این صدا است که به دو دسته کلی تقسیم می‌شود. گروه اول شامل وزوزهایی است که علاوه بر فرد مبتلا ممکن است توسط دیگران هم شنیده شود. این صداها واقعی هستند و منشا آن معمولا عروق، عضلات، استخوان‌ها و یا تنفس هستند. برای مثال وزوز ضربانی هم‌زمان با ضربان قلب در طی معاینه پزشکی قابل شناسایی است و نیاز به مراجعه به متخصص گوش و مداخلات درمانی دارد. برخلاف این گروه که درصد کمی از وزوز گوش را شامل می‌شود، درصد بالایی از وزوز بدون منشاء صوتی و بدنی است و فقط توسط فرد مبتلا شنیده می‌شود. این گروه، معمولا علت ناشناخته دارند و در بیشتر موارد همراه با کاهش شنوایی هستند، لذا مراجعه به شنوایی‌شناس در این افراد در درجه اول اهمیت قرار دارد. آنچه در ادامه متن مطالعه می‌کنید، درباره وزوز نوع دوم است.

در مواجهه با وزوز گوش چه باید کرد؟

اگر بیش از شش ماه از شروع وزوز گوش بگذرد، مزمن خواهد شد و درمان و توانبخشی آن دشوارتر شده و به زمان بیشتری نیاز دارد. بنابراین، افراد مبتلا به وزوز گوش باید در اولین فرصت برای درمان یا توانبخشی وزوز گوش خود اقدام کنند. موثرترین درمان برای وزوز گوش، حذف علت ایجاد آن است، ولی چون در اکثر موارد علت مشخصی ندارد، نمی‌توان برای آن فقط یک راهکار درمان و توانبخشی تعیین کرد.

درمان وزوز گوش بیشتر بر کاهش تأثیر منفی این وضعیت بر زندگی بیماران متمرکز است.

پیشگیری از بروز وزوز ناشی از سروصدای زیاد



قرارگیری در معرض سروصدای زیاد به‌ویژه اگر طولانی‌مدت باشد می‌تواند باعث وزوز گوش شود. سروصدا به تدریج و یا به صورت ناگهانی می‌تواند باعث کم‌شنوایی شود و فرد را مستعد ابتلا به وزوز گوش کند. بنابراین، دوری از سروصدا و یا کاهش زمان در معرض بودن، نقش مهمی در پیشگیری از کم‌شنوایی و عوارض دیگری مانند وزوز دارد. اگر امکان حذف منبع سروصدا و یا زمان قرار گفتن در معرض آن نباشد، استفاده از وسایل حفاظت شنوایی می‌تواند از بروز چنین آسیب‌هایی جلوگیری کند. با توجه به سرعت صنعتی‌شدن و گسترش فناوری‌ها، لازم است بیشتر از قبل مراقب حواس خودمان از جمله شنوایی باشیم. اصلاح عادات ناسالم مانند شنیدن رادیو و تلویزیون با صدای بلند، استفاده زیاد از رایانه و به ویژه استفاده از هندزفری تلفن‌های همراه می‌تواند در هر سنی مشکل‌آفرین باشد. این مساله با افزایش سن می‌تواند جدی‌تر شود، زیرا افزایش سن معمولا با ضعف عصب و کاهش حساسیت شنوایی همراه است و ممکن است عوارضی مانند وزوز را نیز ایجاد کند.
گروه خاصی از افراد که در معرض سروصدای زیاد هستند، کارگرانی هستند که ناچارند با توجه به شرایط کاری خود با دستگاه‌های پر سروصدا کار کنند. با گذشت زمان و مستعمل‌شدن دستگاه‌ها، سروصدای آن‌ها بیشتر می‌شود. بنابراین، سرویس‌کردن و تعمیرات منظم و یا تعویض آن‌ها با دستگاه‌های جدید می‌تواند مشکل قرارگرفتن در معرض سروصدا را تا حدود زیادی رفع کند.

اگر نتوان میزان سـروصدا را کم کرد، باید مدت زمان در معرض سـروصدا بودن فرد را کاهش داد. استفاده از وسایل حفاظت شنوایی که در داخل مجرای گوش قرار می‌گیرند و یا به طور کامل گوش را می‌پوشانند، یک راهکار مهم و اثربخش اسـت. استفاده از این وسـایل حفاظت فردی به ویژه در افرادی که با موسیقی و سازهای مختلف سروکار دارند، بسیار کاربردی است تا مانع از ایجاد کم‌شنوایی و وزوز گوش در سنین بالاتر شود.

کمک به افراد مبتلا به وزوز گوش

فردی که وزوز گوش دارد، باید در قدم اول به پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و یا شنوایی‌شناس مراجعه کند. اگر وزوز از دسـته‌ای باشـد که دارو درمانی و یا جراحی نیاز دارد، پزشـک متخصص مراحل بعدی درمان را به عهده می‌گیرد، ولی اگر وزوز از مواردی باشـد که با دارو درمانی و یا جراحی بهبود نمی‌یابد، درمان بر عهده شنوایی‌شـناس است. افراد مبتلا به وزوز گوش به متخصصان حوزه‌های مختلف مراجعه می‌کنند.

الف. متخصص گوش و حلق و بینی

اگر فرد دچار وزوز گوش یک‌طرفه و یا نامتقارن با شـروع ناگهانی و ضربان‌دار باشـد و یا کاهش شـنوایی ناگهانی در کمتر از ۷۲ ساعت پیدا کند و همراه با آن پری گوش و وزوز داشته باشد و یا کمتر از یک ماه است که وزوز گوش همراه با علائمی مانند عدم تعادل، سرگیجه، پری گوش و یا سردرد شدید دارد، لازم است فورا به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کند. در مواردی مانند وجود جرم مسـدودکننده مجـرای گوش و یا احتمال وجود بیماری‌های گوش، فرد باید به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع شود.

ب. متخصص مغز و اعصاب

در وزوز گوش‌های یک‌طرفه ناگهانی که احتمال یک مشـکل در سیسـتم عصبی مطرح است، مراجعه به متخصص مغز و اعصاب لازم است.

پ. پزشک عمومی

فردی که فشارخون بالا، چربی بالا و یا قند بالا دارد، بهتر است برای بررسی اولیه به پزشک عمومی مراجعه کند.

ت. روانپزشک و یا روانشناس

اگر فرد مبتلا به وزوز گوش دارای مشـکلات شـناختی، افسـردگی و یا اضطراب باشد و یا سـابقه استفاده از داروهای اعصاب داشته باشد، بهتر است برای بررسی‌های بیشتر به روانپزشک و یا روانشناس مراجعه کند.

ث. متخصص فک و صورت

اگـر فرد، وزوز گوش ناشـی از مشـکلات مفصل فکی-گیجگاهی داشـته باشـد، مراجعه به متخصـص فک و صورت کمک‌کننده است.

ممکـن اسـت متخصصان مربوطه پس از بررسـی‌های لازم و انجـام اقدامات ضروری، دوباره بیمـار را جهت دریافت اقدامات تخصصی لازم به شنوایی‌شـناس و یا سـایر متخصصان ارجاع دهند. به طور کلی، شنوایی‌شـناس وظیفه مدیریت مراحل درمان وزوز گوش یا توانبخشی آن را برعهده دارد.

برای فرد مبتلا به وزوز گوش چه کاری می‌توان کرد؟

یکی از علل آزاردهنده بودن وزوز گوش این اسـت که ما آن را می‌شـنویم، اما نمی‌توانیم منشا آن را ببینیم و بفهمیم

که از کجا آمده است. برای ما طبیعی است که بخواهیم منبع صداها را پیدا و شناسایی کنیم. در نتیجه، اگر نتوانیم آن را پیدا کنیم، حس بدی پیدا می‌کنیم. اگر فرد هیچ دلیلی برای وجود وزوز گوش خود پیدا نکرده باشد، باید به آن عادت کند. حتی به صداهای بلند، اگر تهدیدآمیز نباشند، می‌توان عادت کرد. برای مثال، افرادی که در نزدیکی خطوط راه آهن زندگی می‌کنند، در اغلب موارد از صدای عبور قطار بی‌اطلاع هستند. در فردی که وزوز گوش را تجربه می‌کند و فردی که از آن رنج می‌برد، توانایی سازگاری و عادت کردن به این صداها متفاوت است.

اکثراقدامات درمانی شامل خدمات مشاوره‌ای و تمرینات صدادرمانی برای خوگرفتن به وزوز گوش است. باید کاری کرد تا با کمک به سیستم شنوایی فرد مبتلا، وزوز گوش به عنوان یک صدای پس زمینه و غیرمهم در نظر گرفته شود.

توجه و تمرکز نیز نقش مهمی در میزان آزاردهندگی وزوز گوش دارد. اگر بتوان با انتقال مهارت‌های کنترل توجه (مانند حواس پرتی)، به بیمار کمک کرد تا در موقعیت‌های استرس‌زا توجه خود را از وزوز گوش دور کند، بسیار تاثیرگذار خواهد بود. با ایجاد احساس کنترل بر وزوز گوش و تجارب ناراحت‌کننده مرتبط با آن، می‌توان ناخوشایند بودن این مشکل را کاهش داد. روش دیگر کمک به افراد برای تغییر توجه و تمرکز فرد از وزوز گوش به چیز دیگری است. با اعمال کنترل بر توجه، اضطراب مربوط به وزوز گوش کاهش می‌یابد و حال بیمار بهتر می‌شود.

اگر بتوان به فرد مبتلا به وزوز گوش آموزش داد تا کمتر به صدای غیرطبیعی وزوز گوش توجه کند و بیشتر صداهای واقعی را بشنود، می‌توان به او کمک کرد. باید از بیمار بخواهیم به صداهای اطراف خود گوش دهد و منابع آن صداها را کشف کند، درباره صداهایی که می‌شنود، صحبت کند. به بیمار یادآوری کنید وقتی در مورد صداهایی که در محیط می‌شنود صحبت می‌کند، وجود وزوز را فراموش می‌کند، چون نمی‌توانیم همه صداها را در یک لحظه بشنویم و باید انتخاب کنیم. با تمرین‌هایی که به فرد می‌دهیم تا از صداهای موجود در سر خود آگاه شود، با صداهای پیرامون خود هماهنگ گردد و فقط روی یک صدا تمرکز کند، می‌توان تا حدود زیادی مشکل فرد را رفع کرد.

در فردی که کم‌شنوایی دارد، معمولا استفاده از سمعک باعث کاهش آزاردهندگی وزوز گوش می‌شود، ضمن آن که درک صداها را هم بهبود می‌بخشد.

آموزش به بیماران برای کنارآمدن با وزوز گوش خود نیز مهم است. اگر طرز تفکر فرد درباره وزوز گوش تغییر کند، تأثیر افکار غیرمفید یا منفی درباره وزوز گوش به حداقل می‌رسد و به این ترتیب، از میزان آزاردهندگی وزوز گوش کم می‌شود. افراد آسیب‌پذیر در برابر فشار روانی به احتمال زیاد دچار اضطراب ناشی از وزوز گوش می‌شوند، در حالی که یک فرد انعطاف‌پذیر یا مقاوم به فشار روانی، قبل از کمک‌گرفتن می‌تواند درجات بالاتری از وزوز گوش خود را کنترل کند. کنترل فشار روانی و یادگیری روش‌های آرام‌سازی می‌تواند به کاهش اثرات وزوز گوش و جلوگیری از تشدید آن کمک کند.

یکی از شکایات بسیار رایج در بین مبتلایان به وزوز گوش، مشکل خوابیدن است. مشکلات خواب ممکن است شامل بیدار شدن منظم در طول شب و مشکل در خوابیدن باشد. ممکن است به دلیل کاهش صدای محیط در شب، وزوز گوش در هنگام خواب بلندتر و قابل‌توجه‌تر به نظر برسد. بهبود کیفیت و توانایی افراد برای خوابیدن، می‌تواند اثرات سوء وزوز گوش را کاهش دهد. بهداشت خواب شامل تمرینات رفتاری است که باعث خواب خوب می‌شود. لازم است از فرد مبتلا به وزوز درباره وضعیت و الگوی خواب او پرسیده شود. فعالیت‌های مناسب قبل از زمان خواب، حفظ یک محیط خوب خواب و رفتار روزانه اهمیت زیادی دارد. کافئین و نیکوتین هر دو دارای اثرات

تحریک‌پذیری بالا هستند، بنابراین مصرف آن‌ها باید تنظیم شود. ورزش منظم باعث بهبود کیفیت خواب می‌شود، اما نباید آن را نزدیک به زمان خواب انجام داد. درمان اختلالات خواب وقتی با سایر مداخلات (مانند تمرینات آرام‌سازی) همراه شود، باعث بهبود بیشتری در علایم وزوز گوش می‌شود.

خطاهای شناختی شایع در وزوز گوش

۱. تفکر همه یا هیچ (وقتی آدم ها یا رویدادها را به صورت سیاه یا سفید می‌بینید): صبح که بیدار می‌شوم صدای وزوز گوشم بلند است. حتما روز بدی خواهم داشت.

فکر درست: من دارم روش‌هایی را یاد می‌گیرم که حتی وقتی صدای وزوز گوشم بلند است، روز خوبی داشته باشم.

۲. ساده‌سازی بیش از حد (وقتی رویداد بد را به عنوان الگویی که هیچگاه تغییر نخواهد کرد می‌بینید): من تمام شب را به خاطر وزوز گوشم بیدار بودم. این حالت، هرشب برای من اتفاق خواهد افتاد.

فکر درست: دیشب وزوز گوش مرا بیدار نگه داشت، اما شب‌های زیادی بوده که در نهایت به خواب رفته‌ام.

۳. تمرکز بر جزئیات اشتباه (وقتی بر یک جزء منفی تمرکز می‌کنید و به جزییات مثبت بیشتر بی‌توجه هستید): وزوز گوشم اجازه نمی‌دهد از ناهار خوردن با دوستانم لذت ببرم.

فکر درست: وزوز گوشم موقع ناهار واقعا بلند بود. اما عالی بود که دوباره دوستانم را دیدم.

۴. برخورد قضاوتی (وقتی فکر می‌کنید یک رویداد ناخوشایند بود، در حالی که هیچ دلیلی برای اثبات آن نیست): دیشب وزوز گوشم باعث شد بیدار بمانم. امروز که با دوستم قرار داشتم خیلی خسته بودم و زیاد حرف نزدم. شرط می‌بندم دوستم فکر می‌کند من خیلی کسل‌کننده هستم.

فکر درست: خیلی سخت است که آدم کل روز را خسته باشد. درباره این که وزوز گوشم باعث شد دیشب نخوابم و امروز خسته باشم توضیح دادم. من را درک کرد.

۵. دست بالاگرفتن (وقتی فکر می‌کنید برخی موارد از آن‌چه واقعا هستند مهم‌ترند): وزوز گوشم باعث شده بداخلاق باشم. هیچکس دوست ندارد دور و بر من باشد.

فکر درست: بعضی وقت‌ها من بداخلاق هستم و خیلی مواقع خوش‌اخلاق. دوستانم من را می‌شناسند و درکم می‌کنند.

۶. دست پایین گرفتن (وقتی فکر می‌کنید چیزها به اندازه‌ای که واقعا هستند اهمیت ندارند): من یادگرفته‌ام با وجود صدای بلند وزوز گوشم چطور بخوابم. به علاوه، من گوش دادن به صداهای مناسب در محل کارم را شروع کرده‌ام. ولی من هیچوقت نمی‌توانم با وزوز گوش خودم کنار بیایم.

فکر درست: من با ایجاد تغییرات کوچک می‌توانم با وزوز گوشم کنار بیایم. ممکن است هیچ‌وقت از بین نرود، اما من به اندازه قبل متوجه وزوز گوش خودم نیستم و اوضاعم بهتر شده است.

۷. فاجعه سازی (وقتی فکر می‌کنید این مشکل چیزی بدتر از آن‌چه واقعا هست، می‌باشد): من به خاطر وزوز گوشم ناشنوا خواهم شد.

فکر درست: دکترم گفت که وزوز گوش باعث ناشنوایی من نمی‌شود. فقط حس بدی است که یک صدای زنگ در تمام مدت در گوشم باشد و علت آن را ندانم.

۸. افکار عاطفی (وقتی فکر می‌کنید که احساسات شما مسیری را به شما نشان می‌دهند که واقعیت دارد): من احساس

می‌کنم که هیچکس نمی‌داند من با وزوز گوشم چه چیزی را تجربه می‌کنم. من خیلی احساس تنهایی می‌کنم.
فکر درست: وقتی مشکلم را برای دیگران توضیح می‌دهم، آن‌ها می‌فهمند که من چه چیزی را تجربه می‌کنم.

۹. بایدها و نبایدها (وقتی خود را مجبور به انجام تکالیف سخت می‌کنید): چرا من باید در بهترین سال‌های عمرم مجبور شوم این وزوز گوش را تحمل کنم؟
فکر درست: انتظار نداشتم تا قبل از سن بازنشستگی وزوز گوش پیدا کنم، ولی می‌توانم با آن کنار بیایم.

۱۰. برچسب‌زدن (وقتی یک ویژگی منفی را به خود یا دیگران نسبت می‌دهید): من آدم ضعیفی هستم که نمی‌توانم با وزوز گوش خودم کنار بیایم.
فکر درست: بعضی وقت‌ها کنار آمدن با وزوز گوش برایم واقعا سخت است. من تمام سعی خود را می‌کنم تا سالم و فعال باشم و از روش‌هایی استفاده کنم که به من کمک می‌کنند تا با وزوز گوشم کنار بیایم. با این حال طبیعی است که هنوز اذیتم کند.

۱۱. شخصی سازی (وقتی خود را علت رویدادهای منفی می‌دانید در حالی که مسئول نبوده‌اید): وزوز گوشم باعث شده تا رفتن به پیک‌نیک برایم سخت شود. من باعث شدم تا دیگران هم زمان بدی داشته باشند.
فکر درست: وزوز گوش لذت‌بردن از پیک‌نیک را برای من سخت کرده است. ولی هیچکس نیست که همیشه خوش باشد.

۱۲. مقصر دانستن (وقتی دیگران را برای مشکل خودتان مقصر می‌دانید): اگر همسرم از من حمایت می‌کرد، وزوز گوش مشکل جدی نبود.
فکر درست: اگر همسرم از من حمایت بیشتری می‌کرد، خیلی خوب بود. به هر حال، این خودم هستم که باید تلاش کنم با مشکل وزوز گوشم کنار بیایم.

مثال‌هایی برای تغییر افکار در مدیریت وزوز گوش

مثال اول: جواد مبتلا به وزوز گوش است و تمام روز با کامپیوتر کار می‌کند. به خاطر مشکلی که دارد، به سختی می‌تواند بر روی کارش تمرکز کند. به توصیه شنوایی‌شناس در هنگام کار کردن رادیو را روشن می‌گذارد تا کمتر به وزوز خود توجه کند. در روزهای کاری معمولی، رادیو به تمرکز او کمک می‌کند ولی وقتی فشار روانی‌اش بالاست، در تمرکز مشکل پیدا می‌کند. جواد به تازگی در هنگامی که فشار روانی بالایی دارد و نمی‌تواند تمرکز کند، یک زمان استراحت برای خودش در نظر می‌گیرد. ده دقیقه تجسم ذهنی انجام می‌دهد و بعد به سرکار بر می‌گردد. این کار به او کمک می‌کند تا برای مدت کوتاهی فکر خود را از وزوز گوش منحرف کند، آرام‌تر شود و تمرکز کردن برایش ساده‌تر شود. وقتی جواد ناامید است، سعی می‌کند تا اتفاقی که باعث این احساس در او شده را شناسایی کند و سپس افکاری که نسبت به آن اتفاق دارد، را بشناسد. او افکار مثبت‌تر را بر روی یک کاغذ می‌نویسد و بر روی کامپیوتر خود می‌چسباند. این کار به او کمک می‌کند تا افکار مفید و واقعی داشته باشد. در نتیجه کمتر احساس ناامیدی و استرس پیدا می‌کند. جواد عاشق پیاده‌روی است. او به تازگی در زمان استراحت ناهار کمی پیاده‌روی می‌کند. این فعالیت به او کمک می‌کند تا فکر خود را از وزوز گوش خالی کند.
مثال دوم: علی آقا مبتلا به وزوز گوش است و به علت صدایی که در گوش خود می‌شنود، شب‌ها در به خواب رفتن مشکل دارد. مدتی تلاش کرد با شنیدن موسیقی مشکل خود را حل کند که کمکی نکرد. بعد به سراغ تماشای

تلویزیون رفت که تا حدودی کمک‌کننده بود. در نهایت، گوش کردن به رادیو را امتحان کرد که به او کمک زیادی کرد. او حـالا موقـع خواب به برنامه‌های رادیو گوش می‌کند و این کار حواسـش را از وزوز گوش منحرف می‌کند و می‌تواند آرام شود تا بخوابد. او ابتدا از یک رادیوی جیبی که به گوشی کوچکی وصل بود، استفاده می‌کرد که بعد از ۶۰ دقیقه به صورت خودکار خاموش می‌شـد. او معمولا با گوشـی در گوش خود به خواب می‌رود و وقتی بیدار می‌شـود آن را از گوش در می‌آورد. گوش‌دادن به رادیو به علی آقا کمک کرد تا بهتر به خواب رود. با این حال، اگر در طول شـب از خواب بیدار شـود دوسـت ندارد رادیو گوش کند. او تصمیم گرفت یک پنکه در کنار تخت خود بگذارد تا صدای آن مانع از شنیدن وزوز گوش او شود. این کار به خواب رفتن دوباره را برای او ساده‌تر کرده است.



پ. سرگیجه در سالمندان

گوش انسـان عـلاوه بر این که اندام اصلی شـنوایی اسـت، حس تعـادل را نیز ایجاد می‌کند. سـرگیجه حالتی اسـت که در آن تعادل بدن از دسـت می‌رود و فرد احساس می‌کنـد محیط یا خودش می‌چرخد. گاهی سـرگیجه واقعی نیسـت و فرد احسـاس چرخش (خود یا محیط) ندارد، بلکه احسـاس می‌کند سرش سبک شده و به دنبال آن دچـار ضعـف و بی‌حالی می‌شـود. این حالات معمولا به علت خسـتگی زیـاد، کاهش قندخون و یـا آب بدن رخ می‌دهد. در صورت وجود سرگیجه واقعی به ویژه اگر مداوم باشد، باید به دنبال شناسایی علت و رفع آن بود.

علل شایع سرگیجه

۱. کمبود آب بدن

۲. مصـرف خودسـرانه برخـی از داروها: برخی داروهای ضد حساسـیت (آنتی‌هیسـتامین ها)، داروهای ضد تشـنج، داروهای ضد فشـار خون، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای ضد افسـردگی و ضد جنون، مسـکن‌ها و داروهای ضد التهاب می‌توانند باعث ایجاد سرگیجه شوند.

۳. بیماری مِنیِر: یک بیماری گوش داخلی اسـت که باعث بروز سـرگیجه، کم‌شـنوایی، وزوز یا احساس پری در گوش می‌شود و می‌تواند فعالیت‌های روزانه فرد را مختل کند. علائم این بیماری عبارتند از:

- **سرگیجه مکرر و ناگهانی:** معمولا چرخشی است و خودبخود شروع و به طور ناگهانی متوقف می‌شود. این سرگیجه معمولا از ۲۰ دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشد و اغلب با تهوع شدید همراه است.
- **از دست دادن شنوایی:** این علامت به ویژه در اوایل ابتلا به بیماری شایع است.

۴. عفونت و التهاب در گوش میانی و داخلی: سـرگیجه‌ای که به علت وجود عفونت و التهاب در گوش داخلی باشـد، معمولا به همراه کاهش شـنوایی و احسـاس درد در ناحیه گوش اسـت. درمان این نوع سـرگیجه پس از تشـخیص قطعی توسط پزشک متخصص، تجویز آنتی‌بیوتیک است.

۵. کاهش قند خون: این مشکل در کسانی که به دیابت مبتلا هستند، بیشتر خود را نشان می‌دهد. مصرف خودسرانه و یا بیش از حد داروهای دیابتی (مانند متفورمین) و نیز تزریق انسـولین هم می‌تواند باعث سـرگیجه شـود. در افراد غیردیابتی گاهی نخوردن غذا می‌تواند باعث بروز سرگیجه شود که معمولا با سردرد همراه است.

۶. پایین آمدن فشار خون: این حالت باعث بروز احساس سبکی در سر می‌شود. در مواقعی که میزان افت فشارخون بیش از حد اسـت، غش و ضعف بدن را هم به دنبال دارد. در بیشـتر مواقع افت فشارخون به دلیل مصرف غذاهای

ترش و کاهش سدیم بدن اتفاق می‌افتد. ایستادن و یا نشستن بیش از حد در بروز سرگیجه مؤثر هستند.

۷. بیماری های قلبی: وقتی قلب در پمپاژ خون ضعیف عمل می‌کند، خون کافی به مغز نمی‌رسد. در چنین مواردی فرد احساس ضعف و بی‌حالی دارد. در بیماران قلبی ضربان قلب غیرطبیعی، تند و یا خیلی سریع اتفاق می‌افتد. در چنین مواقعی جریان خون توسط دریچه باریکی مسدود می‌شود. این وضعیت جسمی سرگیجه و غش کردن را به دنبال دارد. حرکت ناگهانی برای بلند شدن هم مانع از رسیدن خون کافی به مغز می‌شود. در چنین مواقعی حتی برای افراد سالم هم سرگیجه ناگهانی اما موقت اتفاق می‌افتد.

۸. میگرن: وقتی سرگیجه دورانی همراه با سردرد شدید باشد باید به میگرن فکر کرد. سرگیجه میگرنی اغلب با سردرد یک طرف سر، افزایش ضربان قلب، تهوع و استفراغ و سبکی سر همراه است.

۹. کم خونی: سرگیجه‌های مداوم می‌تواند نشانه کم‌خونی مزمن باشد. کم‌خونی به علت کمبود آهن، کمبود اسید فولیک و ویتامین ث می‌تواند سرگیجه ایجاد کند. هموگلوبین خون مسئولیت حمل اکسیژن به بافت‌های مختلف بدن را بر عهده دارد و با کاهش اکسیژن رسانی به مغز در اثر کم خونی، فرد دچار سرگیجه می‌شود.

۱۰. کمبود ویتامین ب ۱۲: کمبود این ویتامین منجر به بروز مشکلات عصبی از جمله کاهش فشارخون و از بین رفتن تعادل بدن می‌شود. این بیماران وقتی از حالت نشسته به یکباره از جای خود بلند شوند، دچار سرگیجه شدید و سیاهی رفتن چشم ها می‌شوند. در بیشتر مواقع درمان این بیماری با تجویز ویتامین ب ۱۲ امکان‌پذیر است.

۱۱. بیماری پارکینسون: در این بیماری که اغلب در افراد سالمند خود را نشان می‌دهد، سرگیجه مداوم وجود دارد. پارکینسون ابتدا با لرزش در یک دست شروع می‌شود و سپس خشکی و کند شدن هر دو دست و پاها را به دنبال دارد. البته سرگیجه به تنهایی نمی‌تواند علامت مبتلا شدن به پارکینسون باشد و این بیماری علایم دیگری مانند تغییر قدرت تکلم، از دست دادن قدرت حرکت بدن و سفت شدن عضلات را به همراه دارد.

۱۲. تومور عصب شنوایی: یک علت سرگیجه و بی حالی وجود تومور خوش‌خیمی است که در بخشی از عصب شنوایی (محل اتصال گوش داخلی به مغز) ایجاد می‌شود. این تومور به آهستگی رشد می‌کند، ولی می‌تواند آنقدر بزرگ شود که به مغز فشار وارد کند. این بیماری اغلب در دهه ۴۰ تا ۶۰ زندگی بروز می‌کند و اگر شدید شود بی‌حسی و فلج شدن صورت را به دنبال دارد. به مرور زمان قدرت شنوایی را از بین می‌برد و باعث وزوز گوش در یک سمت می‌شود. سرگیجه و بی تعادلی از علائم دیگر این بیماری است.

زمان مراجعه فرد مبتلا به سرگیجه به پزشک

اگر علت سرگیجه ناگهانی و موقت، کم آبی، کاهش قند خون و خستگی باشد، معمولا جای نگرانی نیست. اما زمانی که این وضعیت مداوم و آزاردهنده باشد، مراجعه به پزشک ضرورت دارد. به طور کلی اگر سرگیجه با علائم دیگری از جمله درد قفسه سینه، تنگی‌نفس و یا تپش قلب همراه شود، نباید آن را نادیده گرفت. از دست دادن قدرت تکلم، احساس ضعف در بازو یا پا و یا ایجاد مشکل در گفتار یا درک گفتار نیز می‌تواند از ابتلا به یک بیماری جدی خبر دهد. در چنین مواقعی حتما به پزشک مراجعه کنید.

علل سرگیجه در سالمندان

- **سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم:** شایع‌ترین علت سرگیجه در افراد مسن است. مبتلایان به این نوع سرگیجه هنگام تغییر موقعیت سر یا بدن، سرگیجه کوتاه مدت و اغلب شدید پیدا می‌کنند. بسیاری از افراد مبتلا

وقتی سر خود را به سمت بالا یا پایین حرکت می‌دهند یا در حالت درازکش و خوابیده قرار دارند، سرگیجه را تجربه می‌کنند. سرگیجه در این افراد معمولاً در طی کمتر از یک دقیقه برطرف می‌شود.

- **آسیب ستون فقرات به ویژه مهره‌های گردنی:** وقتی در ناحیه گردن به علت سالخوردگی یا التهاب مفاصل آسیب بروز کند، سرگیجه دیده می‌شود.
- **اختلال در تنظیم فشار خون:** این اختلال در میان افراد سالمند شایع است. به صورت افت فشارخون وضعیتی در اثر فشارخون پایین ایجاد می‌شود و سرگیجه یکی از علائم اصلی آن است. این نوع از سرگیجه‌ها معمولاً طی چند ثانیه رفع می‌شوند.
- **اضطراب:** اضطراب می‌تواند باعث سرگیجه خصوصاً در افراد سالمند شود. زیرا اضطراب از دست دادن تعادل در آن‌ها می‌تواند خطر سرگیجه و زمین‌خوردن را افزایش دهد.
- **داروها:** بسیاری از داروها مانند برخی از داروهای فشارخون که اغلب برای بیماران مسن تجویز می‌شوند، می‌توانند سرگیجه ایجاد کنند. به علاوه، مصرف چندین دارو با هم بدون دستور پزشک نیز ممکن است سبب سرگیجه شود.

پیشگیری از سرگیجه در افراد سالمند



- موقعیت سر و بدن خود را به طور ناگهانی تغییر ندهید. برای مثال، به جای این که بلافاصله از بستر بلند شوید، قبل از ایستادن ابتدا یک یا دو دقیقه بنشینید. هنگام ایستادن نیز باید مطمئن شوید که جایی برای تکیه دادن به آن دارید.
- اطمینان پیدا کنید که در طی روز به مقدار کافی آب می‌نوشید.
- افرادی که دچار سرگیجه می‌شوندباید مکانی امن برای ایستادن و نشستن پیدا کنند یا در صورت لزوم سریعاً دراز بکشند و تا زمان از بین رفتن سرگیجه، بی‌حرکت بمانند.
- اگر در اثر سرگیجه زمین خورده‌اید، به پزشک خود مراجعه کنید تا صدمات سر یا ضربه‌های دیگر را بررسی نماید.

فصل چهارم

تغییرات چشم و بینایی در سالمندی

الف. تغییرات بینایی در سالمندان

با افزایش سن تغییرات مختلفی در اجزای چشم ایجاد می‌شود که دید سالمند را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مهمترین تغییرات بینایی که در اثر افزایش سن رخ می‌دهد، عبارتند از:

- افزایش حساسیت به نور
- نیاز به روشنایی بیشتر
- زمان بیشتر برای عادت به روشنایی و تاریکی
- کاهش حساسیت به تضاد نور
- کاهش توانایی تشخیص فاصله‌ها
- کاهش سرعت متمرکز کردن نور حاصل از اجسام
- کاهش توانایی تشخیص رنگ‌ها
- کاهش میدان بینایی
- کاهش سرعت حرکات چشم

پیرچشمی



پیرچشمی وقتی رخ می‌دهد که چشمان ما به تدریج توانایی دید واضح نزدیک را از دست می‌دهند. این یک رخداد طبیعی در اثر افزایش سن است و معمولا افراد، کمی بعد از ۴۰ سالگی متوجه پیرچشمی خود می‌شوند، به این صورت که هنگام مطالعه یا مشاهده اجسام نزدیک، برای واضح دیدن، باید آن‌ها را دورتر نگه دارند. عدسی چشم نقش اصلی را در متمرکز کردن نور بر روی شبکیه بر عهده دارد. در دوران جوانی دیدن اجسام دور و نزدیک با تغییر شکل عدسی چشم ممکن می‌شود ولی با افزایش سن، عدسی سخت‌تر می‌شود و نمی‌تواند به راحتی تغییر شکل دهد. سخت‌شدن عدسی انجام کارهای نزدیک مانند مطالعه یا نخ‌کردن سوزن را دشوار می‌کند. باید دانست که هیچ راهی برای متوقف یا معکوس کردن روند طبیعی افزایش سن که باعث پیرچشمی می‌شود، وجود ندارد.

برخی از علایم پیرچشمی شامل دور نگه داشتن متن مطالعه یا اجسام نزدیک از چشم، دید تار در فاصله طبیعی اجسام و متون از چشم، نیاز به روشنایی بیشتر برای مطالعه، خواب آلودگی در اثر کار نزدیک و خستگی چشم همراه با سردرد هنگام انجام کار نزدیک است.

معمولا برای درمان پیرچشمی از روش‌های زیر استفاده می شود:

- **عینک‌های تک کانونه:** این عینک‌ها کمک می‌کنند تا فواصل نزدیک به طور واضح دیده شود و میدان دید وسیعی برای دید نزدیک فراهم می‌کنند، اما باعث تاری دید دور می شوند.
- **عینک‌های دوکانونه:** بیمارانی که قبل از گسترش پیرچشمی نیاز به عینک داشتند، در هنگام پیرچشمی نیاز به دو عینک اصلاحی با قدرت متفاوت برای دور و نزدیک دارند. اگر تعویض مکرر عینک جداگانه دور و نزدیک برای سالمند دشوار باشد، می‌تواند از عینک دوکانونه استفاده کند. عینک‌های دو کانونه از دو ناحیه تشکیل شده‌اند: ناحیه بالا برای نگاه به اشیای دور و ناحیه پایین برای نگاه به اشیای نزدیک. در این عینک‌ها دو ناحیه

توسـط یک خط افقی قابل رویت جدا شـده‌اند، که بعضی افراد آن را دوست ندارند. عینک‌های دوکانونه امکان دید واضح در فواصل میانی (مانند کار با کامپیوتر) را فراهم نمی‌کنند. استفاده از این نوع عینک‌ها در سالمندان مستعد زمین‌خوردن به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود.

- **عینک‌های چندکانونه (تدریجی)**: در این عینک‌ها هیچ خط جداکننده قابل رویتی وجود ندارد و قدرت آنها بین ناحیـه دور و نزدیک به تدریج تغییر می‌کند. بنابرایـن، امکان دید واضح در فواصل میانی با این عینک‌ها فراهم است. سالمندان در معرض خطر بالای زمین‌خوردن، بهتر است از این عینک‌ها استفاده نکنند.
- لنز تماسی چندکانونه
- جراحی و قرار دادن عدسی چندکانونه داخل چشمی
- **دید تک چشمی**: در این روش در مقابل یک چشم عدسی مناسب برای دید دور و مقابل چشم دیگر لنز مناسب برای دید نزدیک قرار داده می‌شود و بیمار می‌تواند به طور هم‌زمان هر دو فاصله دور و نزدیک را واضح ببیند.

باورهای نادرست درباره پیرچشمی

باور نادرست ۱: تمرینات چشمی از پیرچشمی جلوگیری می‌کند.

هیچ نوع تمرین یا مکمل غذایی وجود ندارد که فرآیند پیرچشمی را به تاخیر بیندازد.

باور نادرست ۲: دوربینی و پیرچشمی یکسان است.

بیماران دارای دوربینی برای مشـاهده اجسـام در فاصله دور نیاز به اصلاح دارند، اما پیرچشمی ناتوانی برای دیدن اشیای نزدیک بوده و ناشی از افزایش سن است.

باور نادرست ۳: جراحی لیزیک از پیرچشمی جلوگیری می‌کند.

لیزیک از پیرچشمی جلوگیری نمی‌کند. هیچ چیز در جهان نمی‌تواند از تغییرات پیری چشم جلوگیری کند.

باور نادرست ۴: اگر دید چشمم کامل باشد، بعید است که دچار پیرچشمی شوم.

داشتن دید کامل به هیچ وجه از پیرچشمی محافظت نمی‌کند.

باور نادرست ۵: استفاده بیش از حد از چشم‌ها آنها را فرسوده می‌کند و منجر به پیرچشمی می‌شود.

این تصور کاملا نادرسـت بوده و اسـتفاده زیاد از چشـم‌ها آنها را فرسـوده نمی‌کند و یا منجر به پیرچشـمی زودرس نمی‌شود. البته که کار طولانی مدت با کامپیوتر و بدون پلک‌زدن مکرر می‌تواند منجر به خشکی و خستگی چشم شود.

باور نادرست ۶: پیرچشمی منجر به نابینایی می‌شود.

پیرچشمی نابینایی نیست و با استفاده از عینک و لنزهای تماسی، قابل اصلاح است.



کاهش درک تضاد (اختلاف روشنایی تصویر و زمینه) در سالمندان

یکـی از اختـلالات بینایی که در سـالمندان بروز می‌کند، کاهـش درک تضاد رنگ‌ها اسـت. منظـور از تضاد، اختلاف روشـنایی تصویر و زمینه اسـت. بـرای مثال، تضاد حروف یا تصاویر سـیاه در یک زمینه سفید ۱۰۰ درصد است و هرچه میزان روشنایی تصویر و زمینه به هم نزدیک‌تر شـود، این تضاد کاهش می‌یابد. کمترین تضادی که برای فرد قابل تشـخیص اسـت، حساسـیت تضاد نام دارد که نشـانگر توانایی دید در تضاد پایین است. اگرچه اکثر افراد توانایی دید خوب در تضاد

بـالا را تا ۷۰ سـالگی حفـظ می‌کنند، ولی توانایـی دید در تضاد پاییـن و توانایی دید در حضور نـور خیره‌کننده کمتر می‌شـود. به عبارت دیگر، برخلاف توانایی دید در تضاد بالا، توانایی دید در تضاد پایین با افزایش سـن به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. در سالمندان می‌توان با فراهم کردن روشنایی بیشتر، استفاده از فیلترهای رنگی و انتخاب متن با تضاد مناسب (در هنگام نوشتن، خواندن یا استفاده از دستگاه‌های الکترونیک مانند کامپیوتر، تبلت یا تلفن همراه)، تا حدود زیادی این اختلال را مدیریت کرد.

کاهش دید رنگ در سالمندان

در شـبکیه چشـم انسان گیرنده‌های خاصی وجود دارند که مسـئول دید رنگ طبیعی در چشم هستند و با افزایش سـن حساسـیت و تعداد آن‌ها کمتر می شود. این مساله باعث می‌شود تا درخشـان بودن رنگ‌ها برای چشم کمتر شـود، توانایی تمایز بین رنگ‌ها کاهش یابد و تضاد بین آن‌ها کمتر درک شـود. عامل دیگر تغییرات دید رنگ در اثر افزایش سـن، بروز تغییر در عدسـی چشـم است. با افزایش سـن رنگدانه‌های زرد در عدسـی تجمع می‌یابد و باعث می‌شـود تا نورهای طیف آبی و بنفش بیشـتر توسط عدسی جذب شـده و کمتر درک شوند. در این حالت که به آن «کوری آبی» هم گفته می‌شود، سالمند رنگ آبی را محو و کمرنگ می‌بیند و تشخیص و تمایز این طیف رنگ دشوارتر می‌شـود. گاهی سـالمندان این حالت را به «دیدن دنیا از پشت یک فیلتر زرد» تشبیه می‌کنند. اگر این حالت ناشی از آب مروارید باشـد، با انجا م عمل جراحی و خارج کردن عدسـی کدر شده از چشم می‌توان تا حد زیادی این عیب را اصلاح کرد، ولی این که با تجویز عینک بتوان این عیب را اصلاح کرد، هنوز ثابت نشـده اسـت. اگر تغییر دید رنگی سالمند به صورت سریع و ناگهانی ایجاد شود، لازم است توسط پزشک متخصص معاینه انجام شود. در ضمن، اگر نوع فعالیت فرد به نحوی اسـت که نیاز به دید رنگ بسـیار خوب دارد (مثلا در کسـانی که نقاشـی می‌کنند) و عامل اختلال در دید رنگ آب مروارید است، باید به جراحی فکر کرد.

نیاز به روشنایی بیشتر

با افزایش سـن، نیاز به افزایش نور محیط و روشـنایی برای کارهای مختلف بیشتر می‌شود. نور محیط از راه مردمک چشم به بخش‌های داخلی هدایت شده و روی شبکیه متمرکز می‌شود. در تاریکی و نور کم، چشم فرمان به گشادکردن مردمک می‌دهد تا نور بیشـتری به داخل چشـم برسد و بینایی بهتر شود. در دوران سالمندی، عضلات کوچکی که مسـئولیت این تغییر اندازه مردمک را بر عهده دارند، مانند سـایر عضلات بدن ضعیف می‌شوند و نمی‌توانند مانند گذشـته بـه کاهش نور به صورت موثر و سـریع پاسـخ دهند. به علاوه، تعـداد گیرنده‌های نوری شـبکیه هم کاهش می‌یابند. بروز برخی بیماری‌های چشمی در سالمندی، نیز نیاز به روشنایی و نور مناسب را در افراد مسن بالا می‌برد. در سـالمندان، زمـان عادت پذیری از نـور به تاریکی و بالعکس نیز طولانی‌تر می‌شـود. در نتیجـه، همه این عوامل باعث افزایش نیاز چشم سالمندان به روشنایی بیشتر خواهد شد. برای رفع این مشکل در سالمندان بهتر است در نورپردازی محیطی که سالمندان در آن فعالیت می‌کنند، از منابع نوری استفاده شود که خیرگی و سایه ایجاد نکند و نوری فراگیر داشته باشد. کمبود نور می‌تواند باعث شود که علاوه بر اختلال در انجام کارهای روزمره، سالمندان در دیدن موانع زمین و یا تشـخیص پله‌ها از هم دچار مشـکل شوند و احتمال زمین‌خوردن در آنها افزایش یابد. یکی از کارهای سـودمند در اصلاح وضعیت نورپردازی، اسـتفاده از سیستم‌های نوری قابل تنظیم است که به سالمند این اجازه را می‌دهد که بر اسـاس کاری که می‌خواهد انجام دهد، نور مورد نیاز خود را تنظیم کند. لامپ‌هایی مجهز به

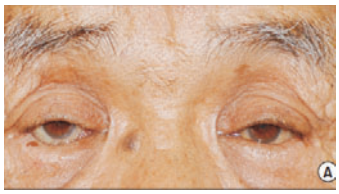
حسـگرهای حرکتی وجود دارد که با تشـخیص حرکت روشن می‌شـوند و می‌توان در صورت لزوم از این نوع خاص از روشنایی هم بهره گرفت. برای رنگ‌آمیزی دیوارهای محل سکونت سالمندان بهتر است از رنگ های روشن و مات که نور را بیشتر منعکس می‌کنند و جلوه روشن‌تری به محیط می‌دهند، استفاده شود.

تغییرات پوست اطراف چشم

تغییرات پوسـت حسـاس اطراف چشم و پلک با افزایش سن غیرقابل اجتناب هسـتند و در افراد میان‌سال و مسن قابل توجه‌تر می شـوند. در بعضی افراد این تغییرات آشـکارتر و شدیدتر هستند و ممکن است برای آن‌ها آزاردهنده باشند.



- با افزایش سن، انعطاف پوست کمتر شده و شل و افتاده می شود، لطافت پوست از بیـن رفته و پوسـت زبر می‌شـود و لکه‌های رنگـی و چروک بـر روی آن پدیدار می‌شـوند. گوشه‌های خارجی چشـم و ابروها به سمت پایین متمایل می‌شوند. در بعضی افراد، چربی طبیعی دور چشم در پایین چشم تجمع پیدا می‌کند و چشم حالتی پیدا می کند که گویی در پایین آن دو کیسه وجود دارد و در برخی نیز پلک بالا حالت پف‌آلود به خود می گیرد.



- کاهـش چربی اطراف چشـم، به چشـم‌ها نمایی بـه داخل فرو رفتـه می‌دهد و همین عامل، شل‌شـدن پلک‌ها را تشـدید می‌کند. افتادگی پلـک بالا وقتی بروز می‌کند که با افزایش سـن، عضلات کنترل‌کننده پلک بالا قدرت خود را از دسـت دهنـد و پلـک بالا ظاهـری افتاده به پایین و شـل پیدا کند. در ایـن حالت، فرد مجبور می‌شـود با بالا بردن ابروها، پلک خود را بیشـتر باز کند و همین مسـاله باعث به وجود آمدن چروک‌های عمیق روی پیشـانی می‌شـود. با ضعیف شـدن عضلات پلک پایین، این پلک حالت آویزان و شل پیدا کرده و به بیـرون می‌چرخـد و از کره چشـم دور می‌شـود. در نتیجـه، موقع پلک‌زدن، پلـک بالا و پایین با هـم تماس پیدا نمی‌کنند و این حالت سـبب ریزش اشـک می‌شود. علاوه بر این، در این حالت قرنیه و ملتحمه چشم به صورت مداوم در معرض هوا هستند، که این امر باعث خشکی و قرمز شدن چشم می‌شود.



- با افزایش سـن و زیاد شـدن بافت شـل اطراف پلک، پلک ممکن است به داخل و به طرف کره چشـم بچرخد و مژه‌ها با سـطح چشـم تماس پیـدا کنند و باعث درد و آزردگی در چشـم شوند. همچنین ممکن است بیمار احساس اشک‌ریزش شـدید، قرمزی و سـوزش چشم، و حساسیت به نور و مشـکلات قرنیه پیدا کند.

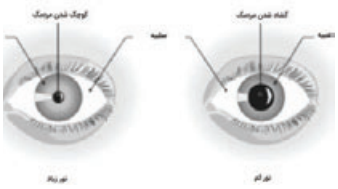
این وضعیت می‌تواند در پلک بالا و پایین بروز کند اما بیشتر در پلک پایین دیده می‌شود. شل‌شدن پوست پلک بالا باعث چین خوردگی پوست پلک بر روی پوست زیرین خود می‌شود و بیمار احساس سنگینی پلک پیدا کرده و چشمانش ظاهری پف‌آلود و خسته پیدا می‌کنند. این مشکل، بیشتر پلک بالا را درگیر می‌کند.

تغییرات پوسـت اطراف چشـم در سـالمندان ممکن اسـت هم از جنبه زیبایی و ظاهری برای فرد آزاردهنده باشند و هم برای بینایی او مشکل‌سـاز باشـد. در نتیجه، با مراجعه به پزشک و برحسـب نوع و شدت آسیب می‌توان درمان‌های مناسب انجام داد.

تغییرات مژه‌ها

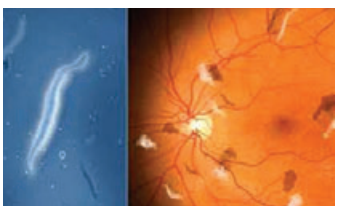
مژه‌ها با افزایش سن نازک‌تر، کوتاه‌تر و روشن‌تر می‌شوند و سختی و نیرومندی مژه‌ها نیز کم می‌شود. در پیاز و ریشه مژه‌ها، عضلات دارای حرکت ارادی وجود ندارد و با گذر زمان از مقاومت آن‌ها کم می‌شود. مژه‌ها وظیفه محافظت از چشم در برابر ذرات گرد و غبار و تا حدی اشعه‌های مضر خورشید را بر عهده دارند. بنابراین، مانند فیلتری جریان هوای آلوده را منحرف می‌کنند تا به چشم نرسد و از ورود ذرات گرد و غبار به چشم و تبخیر لایه اشک از سطح چشم جلوگیری می‌کنند. با توجه به تغییرات مژه‌ها با افزایش سن، حفاظت از مژه‌ها و مراقبت‌های بهداشتی از آن‌ها اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. استفاده از شامپوهایی که چشم را دچار سوزش و خارش نمی‌کنند، باعث رشد بیشتر مژه‌ها و افزایش طول آن‌ها می‌شود، لبه پلک را تمیز نگه می‌دارد و باعث عملکرد بهتر و بیشتر غدد چربی در لبه پلک خواهد شد و همین مساله مانع از بروز خشکی، خارش، عفونت و بیماری‌های سطح چشم می‌شود. بنابراین، رعایت نکات بهداشتی برای لبه پلک و مژه‌ها در سنین بالاتر اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. اگر افراد در سنین بالا در لبه پلک و یا در محل قرارگیری مژه‌ها دچاره شوره شوند، بهتر است برای معاینه به پزشک مراجعه کنند. از نکات بهداشتی حائز اهمیت در نگهداری صحیح از مژه‌ها می‌توان به لزوم شستشو و تمیز کردن کامل مژه‌ها پس از استفاده از لوازم آرایشی و نیز عدم مالش چشم‌ها و تماس دست آلوده به چشم، پلک و مژه‌ها اشاره کرد. لوازم آرایشی مورد استفاده برای مژه‌ها، سبب ریزش آن‌ها و کاهش مقاومت در درازمدت می‌شوند و به علت وجود چربی در ماده زمینه‌ای آن‌ها، ممکن است باعث انسداد مجاری پلک و پایه مژه‌ها و در نتیجه، ایجاد عفونت و اشک چرب شوند. برای پیشگیری از این مشکل، استفاده از شامپوی مخصوص پلک و مژه توصیه می‌شود.

کاهش اندازه مردمک



مردمک چشم، منطقه سیاه رنگ جلوی چشم است. این قسمت از چشم وظیفه تنظیم نور ورودی به سیستم بینایی و چشم را بر عهده دارد. تغییرات ناشی از افزایش سن در ماهیچه‌های عنبیه چشم (که تغییر اندازه مردمک را انجام می‌دهند)، باعث می‌شود که تنگ و گشادشدن مردمک در روشنایی و تاریکی دشوار شود. به عبارت دیگر، مردمک چشم در افراد سالمند با سرعت کمتر و با میزان کمتری به روشنایی واکنش نشان می‌دهد. کاهش کلی اندازه مردمک در افراد سالمند سبب می‌شود که در افراد در سنین حدود ۶۰ سالگی (در مقایسه با افراد جوان) به سه برابر نور بیشتر جهت مطالعه راحت نیاز داشته باشند. آنچه سالمندان باید در مواجه با کاهش اندازه مردمک انجام دهند، این است که در صورت مشاهده هر گونه ظاهر و رفتار غیرطبیعی از چشمان خود به چشم پزشک و یا بینایی‌سنج مراجعه کنند و تحت معاینه قرار بگیرند.

مگس‌پران



مگس‌پران احساس وجود نقاط کوچک، دایره‌ای و یا خطوط تار عنکبوت مانند در میدان بینایی است. با این که ظاهرا این موارد در جلوی چشم قرار دارد ولی در واقع، علت آن توده و دسته‌های نازک سلول‌ها یا مواد ژلاتینی هستند که درون چشم شناورند. مگس‌پران بیشتر وقتی در میدان بینایی سالمند درک می‌شود که به یک سطح ساده مانند دیوار بدون نقش یا آسمان نگاه کند. مگس‌پران شدید با جراحی قابل درمان است ولی به

علت خطر بالای آن کمتر ضرورت دارد. همراه با افزایش سن، احساس جرقه زدن در میدان بینایی نیز اتفاق رایجی است. مگس‌پران برخلاف تصور عموم مردم تهدید کننده بینایی نیست و در حالت معمول آن نیاز به مراجعه به چشم پزشک وجود ندارد. سالمندانی که جراحی آب مروارید انجام داده‌اند، ممکن است مگس‌پران پیدا کنند که علت آن استفاده از لیزر در جراحی است. بر خلاف باور عموم ارتباطی بین فشارهای روانی و اضطراب با مگس‌پران وجود ندارد. در صورت وجود یکی از شرایط زیر مراجعه به پزشک لازم است:

- به صورت ناگهانی در میدان بینایی، فلاش نوری مکرر مشاهده شود.
- به صورت ناگهانی فلاش‌های نوری در میدان بینایی افزایش داشته باشد.
- فلاش‌های نوری مشاهده شود که همراه با تیرگی و یا نقاط سیاه است.
- منطقه سیاه و تاریک یا پرده‌ای مقابل دید فرد مشاهده شود.
- فلاش‌های نوری مشاهده شود که پس از ضربه به سر یا صورت بروز کرده باشند.

خشکی چشم

خشکی چشم، یک شکایت شایع در سالمندان است که باعث احساس عدم راحتی در چشم می‌شود. این مشکل زمانی رخ می‌دهد که لایه اشکی جلوی چشم، دچار مشکلاتی در حجم یا عملکرد شود. این حالت می‌تواند باعث ایجاد بیماری‌هایی در سطح چشم گردد.

سه شرط مهم برای پخش‌شدن خوب اشک روی سطح چشم وجود دارد: واکنش طبیعی پلک زدن، وجود تماس بین سطح خارجی چشم و پلک‌ها و قرنیه سالم

چهار علت اصلی خشکی چشم عبارتند از:

- بی ثباتی اشک
- غلظت بالای اشک
- التهاب سطح چشم
- آسیب‌های وارده به سطح چشم

علاوه بر موارد فوق، تماشای زیاد تلویزیون و چشم دوختن به نمایشگر کامپیوتر و نیز مطالعه زیاد که ناخودآگاه باعث فراموشی و کاهش موارد پلک زدن می‌شوند، عوارض جانبی برخی داروها (مانند داروهای ادرارآور و آنتی‌هیستامین‌ها) نیز می‌تواند باعث خشکی چشم شود. به طور کلی خشکی چشم یکی از تغییرات طبیعی چشم است که با افزایش سن رخ می‌دهد. این مشکل با رعایت موارد زیر قابل پیشگیری و درمان است:

- رعایت رژیم غذایی سالم و سرشار از سبزیجات سبز و نارنجی
- در مواردی که خشکی چشم وجود دارد، با تمرین پلک‌زدن می‌توان آن را کنترل کرد. برای این کار در هر دقیقه حداقل ۱۵ بار پلک بزنید تا به پلک‌زدن عادت کنید.
- نوشیدن آب فراوان در رفع خشکی چشم مفید است. بهتر است در صورت امکان رطوبت محیط را بالا نگه دارید.
- در صورتی که علائم بیشتر یا تحمل آن دشوارتر شد، مراجعه به چشم‌پزشک یا بینایی‌سنج برای معاینه دقیق ضرورت دارد.

اشک‌ریزش

اشک‌ریزش یکی از تغییراتی است که همراه با افزایش سن در سالمندان رخ می‌دهد. همه موارد اشک‌ریزش طبیعی نیستند و ممکن است این وضعیت به علت برخی بیماری‌ها نیز رخ دهد. به طور کلی اشک‌ریزش، تولید بیش از اندازه اشک است و می‌تواند در بیماری‌ها و عفونت‌های باکتریایی و ویروسی، هر نوع آسیب و آزردگی چشم، خشکی چشم و حساسیت‌ها اتفاق بیفتد. در سالمندی با شل‌شدن پوست و پیدایش چین و چروک‌ها در اطراف چشم و پلک‌ها ممکن است بیماری‌های پلک از قبیل چرخش پلک‌ها به داخل یا خارج و یا افتادگی پلک ایجاد شود که منجر به اشک‌ریزش می‌شود. اشک‌ریزش در افراد مسن، اگرچه عمدتا به دلیل بدشکلی پلک و چرخش لبه پلک به داخل یا خارج ایجاد می‌شود، اما گاهی اوقات می‌تواند در نتیجه انسداد مسیرهای خروجی اشک از قبیل مجرای اشکی باشد. مجرای اشکی مسئول تخلیه اشک اضافی از چشم‌ها است. اگر انسداد مجرای اشکی، باعث اشک‌ریزش ناراحت‌کننده و زیاد و یا عفونت‌های مکرر شود، می‌توان با نوعی جراحی ساده روزنه‌ای کوچک در مجرای اشکی ایجاد نمود و انسداد آن را درمان کرد.

قوس پیری



قوس پیری نام حلقه سفید، خاکستری روشن یا مایل به آبی است که در اطراف لبه قرنیه به وجود می‌آید. قرنیه همان لایه نازک و شفافی است که جلوی چشم قرار دارد. قوس پیری اغلب از مواد چربی و به خصوص از کلسترول ساخته شده است. قرنیه معمولا اگر سالم باشد، شفاف است و اجازه می‌دهد که رنگ عنبیه شما (که اصطلاحا همان رنگ چشم شما است) در زیر آن نمایان شود. این حلقه (قوس) پیری می‌تواند باعث شود که چشم شما دو رنگ به نظر برسد و منشا این تفاوت رنگ در واقع به علت رسوب چربی در قرنیه شماست. قوس پیری معمولاً به صورت یک قوس کوتاه رنگی در بالا و پایین قرنیه شروع می‌شود. در نهایت ممکن است این قوس‌ها به هم متصل شده و یک حلقه کامل در اطراف قرنیه ایجاد کنند. با افزایش سن، قوس پیری در افراد شیوع پیدا می‌کند. اگر این حلقه‌ها در حدود میانسالی یا دیرتر شروع به ظاهر شدن کنند، معمولاً جای نگرانی نیست.

قوس پیری علایم خاصی برای فرد ندارد و مشکلی در بینایی شخص ایجاد نمی‌کند، بنابراین اغلب نیاز به درمان هم ندارد. حلقه‌های رنگی اطراف عنبیه که از کودکی یا اوایل بزرگسالی شروع به ظهور می‌کنند، می‌تواند نشانه کلسترول بالا یا سایر مشکلات سلامت باشد. در نتیجه، کودکان یا بزرگسالان دارای این حلقه‌ها باید برای معاینه چشم به چشم‌پزشک مراجعه کنند.

ب. کم‌بینایی و نابینایی در سالمندان

با افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های آینده، بیماری‌های چشمی مرتبط با سن افزایش می‌یابد. بیماری‌های چشمی مرتبط با سن عمدتا باعث کاهش بینایی می‌شوند و در بسیاری از این بیماری‌ها، برگشت بینایی با روش‌های درمانی موجود امکان پذیر نیست و این افراد برای همیشه دچار کم‌بینایی و حتی نابینایی می‌شوند.

کم‌بینایی ممکن است که از بدو تولد به علت آسیب‌های ژنتیکی و یا مادرزادی رخ دهد و یا در سنین بالاتر ایجاد شود و به تدریج بدتر شود. برخی کم‌بینایان دارای بینایی متغیر هستند، یعنی گاهی اوقات خوب می‌بینند و گاهی اوقات بینایی ندارند.

کم‌بینایی

کسی که برای انجام یک فعالیت، بینایی کافی نداشته باشد، کم‌بینا است. کم‌بینایی را می‌توان بر اساس ارزیابی تابلوی بینایی به درجات ملایم، متوسط و شدید تقسیم کرد. به طور کلی سه علت اصلی برای کم‌بینایی وجود دارد: اول، آسیب جدی که به چشم وارد شده و در اثر آن، عملکرد طبیعی چشم مختل شده است. دوم، ابعاد چشم طبیعی نیست و در نتیجه نور وارد شده از اشیا به چشم به خوبی روی شبکیه متمرکز نمی‌شود. سوم، اختلال مغزی که درک تصاویر را مختل می‌کند.

اثرات نابینایی و کم‌بینایی در زندگی روزمره

فرد نابینا یا کم‌بینا نمی‌تواند کارهایی را که قبلاً انجام می‌داده است را انجام دهد و ممکن است احساس بی‌ارزش بودن، ناتوان‌بودن و غیرمفیدبودن داشته باشد. در این افراد، انجام برخی کارهای شخصی مشکل می‌شود. فرد مبتلا به کم‌بینایی قادر نیست که فعالیت‌های روزمره زندگی خود را مثل گذشته انجام دهد. برای مثال، ممکن است نتواند رانندگی کند، خواندن و نوشتن برای او دشوار شود، نتواند قیافه افراد را تشخیص دهد و از این موضوع شرمنده شود، قادر نباشد برنامه‌های تلویزیونی مورد علاقه خود را تماشا کند، به‌راحتی نتواند از خانه خارج شود و کارهای روزمره خود را انجام دهد و برای کارهای خود نیاز به کمک و همراه خواهد داشت. از دست دادن شغل نیز یکی دیگر از مشکلات جدی در این افراد است. افراد کم‌بینا به علت مشکلات فوق ممکن است افسرده شوند. اگرچه یک راه درمان تجویز داروهای ضدافسردگی است ولی مهم‌تر از آن کمک به فرد کم‌بینا برای کم کردن عواقب و پیامدهای کم‌بینایی خود و غلبه بر مشکلات است.

همه افراد کم‌بینا دوست دارند مستقل باشند، حفظ استقلال در زندگی، نیازمند فراگیری مهارت‌هایی است که باعث می‌شود نیاز به کمک دیگران کاهش یابد. با حفظ استقلال افراد کم‌بینا، علاوه بر این که حال خود آن‌ها بهتر می‌شود، اطرافیان آن‌ها مانند همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده و دوستان نیز خوشحال خواهند بود.

برخی از موارد نابینایی و کم‌بینایی قابل پیشگیری و درمان هستند. اما موضوع مهم ارجاع به موقع افراد مبتلا به متخصص مربوطه است. برای مثال، آب مروارید می‌تواند باعث کم‌بینایی و حتی نابینایی شود ولی با جراحی به موقع می‌توان جلوی آن را گرفت. آب سیاه نیز اگر به موقع درمان انجام شود، می‌توان از بروز نابینایی ناشی از آن پیشگیری کرد. در افراد سالمند در صورت بروز مشکلات بینایی، نیاز به خدمات توانبخشی بینایی وجود دارد.

توانبخشی بینایی

با مشاهده تغییرات بینایی که در اثر افزایش سن رخ می‌دهند، ابتدا باید مشخص شود که این تغییرات طبیعی یا غیرطبیعی هستند. به عبارت دیگر، باید افتراق داده شود که کدام‌یک از تغییرات ایجاد شده مربوط به بیماری است و باید درمان شود و کدام‌یک نیازی به درمان ندارد. در صورت بروز مشکلات کم‌بینایی در سالمندان، توانبخشی بینایی یکی از مهم‌ترین خدمات برای آن‌ها محسوب می‌شود.

توانبخشی کم‌بینایی یک فعالیت دسته جمعی است که توسط افراد کارشناس و متخصص در زمینه کم‌بینایی ارائه می‌گردد. این مجموعه شامل چشم‌پزشک، بینایی‌سنج، مربیان توانبخشی، متخصصان مرتبط با وسایل و فناوری‌های کمکی و نیز متخصصان سایر حوزه‌ها مانند روانشناس است. وظیفه اصلی این تیم در گام اول بررسی وضعیت بینایی موثر (کارکرد بینایی) فرد کم‌بینا است و پس از آن امکان افزایش بینایی با کمک وسایل کمک

بینایی بررسی می‌شود. بررسی نیاز بیمار کم‌بینا به وسایل کمک بینایی و نیز تعیین میزان روشنایی لازم برای انجام فعالیت‌ها در شرایط مختلف مثل خواندن، نوشتن و یا روشنایی عمومی در نقاط مختلف خانه یا محل کار از دیگر وظایف تیم توانبخشی کم‌بینایی است. از دیگر فعالیت‌های این تیم ارائه مشاوره‌های روانشناسی برای خود فرد کم‌بینا و یا بستگان نزدیک او است.

خدمات توانبخشی بینایی برای یک کم‌بینا یک کار تیمی است. در توانبخشی کم‌بینایی، به فرد کم‌بینا کمک می‌شود تا بتواند کارهای روزمره خود را بهتر و دقیق‌تر انجام دهد. این کار باعث افزایش بینایی نمی‌گردد.

بسیاری از فعالیت‌های روزمره زندگی به این موضوع بستگی دارد که فرد از باقی‌مانده بینایی خود که مربوط به قسمت‌های سالم شبکیه است بتواند استفاده کند. برای مثال، فردی که نقص در دید مرکزی دارد نمی‌تواند به راحتی مطالعه کند، در حالی که فرد دیگری که دچار نقص در میدان بینایی است، ممکن است به افراد یا اشیا برخورد کند و آسیب ببیند. چشم‌پزشک و بینایی‌سنج افرادی هستند که افراد کم‌بینا باید به آن‌ها مراجعه کنند. اما گاهی اختلالات دیگری وجود دارد که نیاز است متخصصان دیگری در تیم درمان بیماران حضور داشته باشند. چشم‌پزشک می‌تواند به کمک اعمال جراحی، بسیاری از بیماری‌های چشم را برطرف کند و بینایی‌سنج با تجویز عینک و عدسی‌های تماسی مناسب به بهبود بینایی کمک می‌کند. اما در موارد کاهش شدید بینایی، استفاده از چشم‌پزشک و بینایی‌سنجی که دوره‌های تخصصی توانبخشی کم‌بینایی را گذرانده باشند، مورد نیاز است.

افراد نیازمند به توانبخشی بینایی

به منظور مشخص شدن نیاز به توانبخشی بینایی لازم است که افراد کم‌بینا به سوالات زیر پاسخ دهند:

- آیا با وجود استفاده از عینک باز هم قادر به خواندن حروف ریز مثل روزنامه نیستید؟
- آیا وقتی که در محیط خانه یا بیرون رفت‌وآمد می‌کنید، به صورت مکرر، با افراد و اشیای اطراف خود برخورد می‌کنید؟
- آیا در نور کم و به خصوص شب‌ها، مشکل بینایی شما بیشتر می‌شود و برخی از اشیا را نمی‌توانید تشخیص دهید؟
- آیا از بینایی خود ناراحت هستید و احساس می‌کنید که این بینایی برای شما کافی نیست؟
- آیا با وجود استفاده از عینک در نوشتن مشکل دارید؟
- اگر به برخی یا تمام سوالات بالا پاسخ مثبت داده شود، توانبخشی بینایی ضرورت پیدا می‌کند.

کارشناسان تیم توانبخشی بینایی قادرند که به محیط زندگی و محل کار فرد کم‌بینا رفته و اعمال تغییرات لازم در روشنایی بخش‌های مختلف محل زندگی، وضعیت راه‌پله‌ها، آشپزخانه و دستشویی را بررسی کنند. از دیگر فعالیت‌های این تیم، بررسی میزان توانایی بینایی برای انجام شغل و حرفه خاص است و با مشاوره‌های آن‌ها فرد کم‌بینا قادر است وظایف خود را به خوبی انجام دهد. معاینات دوره‌ای و منظم فرد کم‌بینا به منظور جلوگیری از بدتر شدن وضعیت بینایی، نیز بخش دیگری از برنامه توانبخشی بینایی است.

مناسب‌سازی و ایمن‌کردن محیط زندگی برای کم‌بینایان و نابینایان

روش زندگی و علاقمندی افراد کم‌بینا یا نابینا با یکدیگر فرق دارد. در نتیجه، پیشنهاداتی که برای ایجاد تغییرات در محیط زندگی این افراد ارائه می‌شود، ممکن است توسط برخی پذیرفته شود و بعضی دیگر آن‌ها را قبول نکنند. به طور کلی، این تغییرات باید در جهت افزایش کیفیت زندگی باشد. مهم‌ترین هدف این تغییرات، ایجاد محیط امن و

جلوگیری از ایجاد خطر برای آن‌هاست. در ابتدا باید محیط زندگی را ارزیابی کرد که این کار با استفاده از پرسش‌هایی مانند سوالات زیر انجام می‌شود:

- آیا می‌توانید به راحتی از تلفن استفاده کنید؟
- آیا مسیرهای راه پله و دیگر مسیرها بدون مانع است؟
- آیا راه‌پله‌ها نرده دارد؟ نرده‌ها محکم و ایمن هستند؟
- آیا فرش و موکت خانه، ثابت در جای خود قرار دارند؟
- اگر روی پله‌ها موکت یا فرش انداخته شده است، آیا محکم شده‌اند؟
- آیا می‌توانید لامپ‌ها را تعویض کنید؟
- آیا بخش‌هایی از خانه هست که تاریک باشد و نیاز به روشنایی داشته باشد؟
- آیا دستگاه های اعلام خطر دود و آتش سوزی، وجود دارند و درست کار می‌کنند؟
- آیا شما قادر به تعویض باطری این دستگاه ها هستید؟
- اگر وضعیت اضطراری پیش آید، آیا راه نجات برای خودتان پیش بینی کرده‌اید؟
- شماره تلفن اورژانس و آتش نشانی را دارید؟
- آیا کپسول آتش نشانی دارید؟ نحوه استفاده از آن را می‌دانید؟
- آیا در حمام و دستشویی به دستگیره یا نرده نیاز هست؟
- آیا کف حمام و دستشویی طوری است که مانع لیز خوردن شود؟
- آیا می‌توانید از وسایل خانه به راحتی و بدون خطر استفاده کنید؟
- آیا دکمه‌های دستگاه مایکروویو و یا نوشته‌های روی آن را به راحتی می‌بینید و می‌توانید با آن کار کنید؟
- آیا نوشته‌ها و علائم روی اجاق گاز برایتان قابل رویت است؟
- آیا برای کارکردن با وسایل خانه به روشنایی بیشتری نیاز دارید؟
- آیا برای کار کردن با این وسایل احتیاج به علامت‌گذاری بر روی آن‌ها دارید؟
- آیا برای انجام کارهای خانه مجبور هستید بایستید یا بنشینید؟
- آیا امکان کم کردن اتاق‌هایی از خانه که استفاده نمی‌شوند یا کمتر استفاده می‌شوند، وجود دارد؟
- اگر خانه شما دوبلکس است، آیا می‌توانید به راحتی از پله ها بالا و پایین بروید؟
- آیا روشنایی نواحی مختلف خانه برای رفت‌وآمد امن و بی‌خطر، کافی است؟
- آیا در روز از روشنایی خورشید استفاده می‌کنید و یا در خانه پرده‌های ضخیم مانع از ورود نور می‌شود؟
- آیا برای انجام کارهای مختلف به روشنایی‌های متفاوت نیاز دارید و زمان استفاده از روشنایی متفاوت است؟
- آیا مکان‌های خطرساز خانه مانند پله‌ها، کف حمام و دستشویی روشنایی کافی دارند؟
- آیا برای مطالعه، غذا پختن، آرایش‌کردن و ... به روشنایی متمرکز نیاز دارید؟
- آیا روشنایی موجود در خانه باعث ایجاد نور مزاحم می‌شود؟
- آیا وجود آینه، کاشی‌کاری یا نوع رنگ دیوارها باعث می‌شود که انعکاس آن‌ها، باعث ایجاد نور مزاحم شود؟
- آیا هنگام تماشای تلویزیون و کامپیوتر نور مزاحم وجود دارد؟
- آیا بیرون از خانه روشنایی کافی برای باز و بسته‌کردن در وجود دارد؟

- آیا در آشپزخانه از تخته مخصوص خرد کردن سفید یا سیاه استفاده می‌کنید؟
- آیا به راحتی کلیدهای برق را بر روی دیوار تشخیص می‌دهید؟
- آیا تا کنون به علت یکسان بودن رنگ درها با دیوار، دچار اشتباه در تشخیص محل درها شده‌اید؟
- آیا رنگ خانه با رنگ وسایل داخل خانه (مانند مبلمان، میز و صندلی‌ها) یکی است؟
- آیا کنترل تلویزیون و سایر لوازم الکتریکی را به راحتی پیدا می‌کنید ؟
- آیا رنگ دیوارها و نرده ها با پله‌ها متفاوت است؟

وسایل و تکنولوژی‌های کمکی برای توانبخشی بینایی

وسایل و تجهیزاتی که برای کمک به افراد کم‌بینا تجویز می‌شوند، به این منظور طراحی شده‌اند که به آن‌ها کمک کنند تا فعالیت‌های روزمره زندگی خود را راحت‌تر انجام دهند. این وسایل بایستی در محل معاینه موجود باشند و به بیمار نشان داده شوند و ضمناً اثرات آن در بهبود زندگی فرد کم‌بینا مورد بررسی قرار گیرد. استفاده از همه این وسایل نیاز به آموزش نحوه استفاده دارد. با این آموزش‌هاست که مطمئن می‌شویم فرد کم‌بینا به طور صحیح از وسیله خود استفاده می‌کند یا نه. مثلا وقتی که یک تلسکوپ برای دید دور تجویز می‌شود، فرد باید مراحل مختلف استفاده از این وسیله را یاد بگیرد. بدون این آموزش عملا وسیله تجویز شده برای فرد بدون استفاده خواهد بود. کسب مهارت استفاده از وسایل دیجیتال و کامپیوتری و نیز نرم‌افزارهای مخصوص افراد کم‌بینا نیز یک ضرورت است که باید توسط متخصصان و مربیان دوره دیده آموزش داده شود. برای انتقال این آموزش‌ها معمولا بیش از یک جلسه لازم است. وسایلی که در توانبخشی بینایی برای افراد کم‌بینا تجویز می‌شوند، تنها محدود به وسایلی که اندازه اشیا را بزرگ می‌کنند، نبوده و عوامل دیگری مانند نور، موقعیت فرد و تضاد نوری را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهند. این وسایل بر اساس تاثیری که دارند به گروه‌های زیر تقسیم می‌شوند:

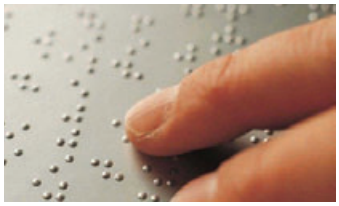
- **وسایل کمکی برای بزرگ‌کردن نسبی اندازه:** یکی از راه‌های ساده توانبخشی کم‌بینایی، استفاده از وسایل کمک بینایی است. تقریبا ۹۰ درصد وسایل کمک بینایی، درشت‌کننده هستند و با بزرگ‌نمایی به فرد کم‌بینا کمک می‌کنند.



- **ذره‌بین:** یک وسیله کمک بینایی است و فرد کم‌بینا ممکن است با این وسیله بتواند برخی از مشکلات خود را بر طرف نماید. سالمندان باید بدانند که وسایل کمک بینایی معجزه نمی‌کنند و فقط برای بینایی نزدیک مانند مطالعه قابل استفاده هستند. کارایی وسایل کمک بینایی به شرایط خاصی بستگی دارد. برای مثال، شخصی که نمی‌تواند روزنامه بخواند، ممکن است با یک ذره‌بین با قدرت کافی بتواند کلمات را تشخیص دهد اما در فاصله بسیار نزدیک به چشم اینکار قابل انجام است و ممکن است موجب خستگی چشم شود. گاهی اوقات با این که وسایل کمک بینایی می‌تواند موثر واقع شود، فرد کم‌بینا حاضر نیست که تحت این شرایط ببیند و به دنبال راه حل بهتری است. فرد کم‌بینا باید توسط متخصصی مورد معاینه و بررسی قرار بگیرد تا مشخص شود که آیا این وسایل می‌تواند بینایی او را بهبود ببخشد یا خیر.
- **تلسکوپ کم بینایی:** یکی دیگر از وسایل کمک بینایی است. این وسیله همان دوربین است که در اشکال مختلف وجود دارد. نوعی از این دوربین‌ها به شیشه عینک بیمار کم‌بینا متصل می‌شود تا او بتواند دور را بهتر ببیند. دوربین فقط تصاویر اشیای دور را جلو می‌آورد و کار دیگری انجام نمی‌دهد. بنابراین، اگر فرد به طرف

یک شـیء دور حرکت کند و فاصله خود را با آن کم کند، مانند این اسـت که از دوربین اسـتفاده کرده است. باید توجه داشت که انگیزه استفاده از این وسایل بسیار مهم است و برای استفاده از آن‌ها باید خود فرد کم‌بینا انگیزه داشـته باشـد. در بسیاری موارد لازم است چنین وسایلی به افراد کم‌بینا امانت داده شود تا اگر مشکل آن‌ها را بر طرف کرد، اقدام به خرید کنند.

- **وسایل کنترل نور، تضاد و نور مزاحم:** دو عارضه شایع در بیماران کم‌بینا، «ترس از نور» و «احساس مه گرفتگی» اسـت که باعث می‌شـود بیماران ترجیح دهند از خانه خارج نشوند. برای از بین بردن این عارضه و بهبود تضاد، می‌توان از عدسی‌های پوشش دار، فیلترهای زرد و یا از عدسی‌های رنگی استفاده کرد.
- **وسـایل شـنیداری:** در سال‌های اخیر وسایل زیادی سـاخته شده اسـت که اطلاعات مورد نیاز فرد کم‌بینا را از طریق ایجاد صدا فراهم می‌کند. کتاب‌های صوتی، وسایل مولد صوت و وسایل مبدل خواندن نمونه‌هایی از این وسایل هستند. ساعت‌ها و ماشین حساب‌های سخنگو و برخی نرم افزارهای کامپیوتری هم می‌توانند صدا تولید کنند. با استفاده از برخی نرم‌افزارها، فرد کم‌بینا می‌تواند با کامپیوتر صحبت کند و به آن دستوراتی دهد تا بخش خاصی از متن را انتخاب کند و بخواند.
- **وسایل کمکی برای خواندن:** بسیاری از کامپیوترها سیستمی دارند که می‌توان با آن اندازه حروف را بزرگ‌تر کرد و امکان تغییر در رنگ نیز در آن‌ها وجود دارد. در این نرم‌افزارها علاوه بر بزرگ‌نمایی بیشتر، امکاناتی مانند ایجاد تضاد نور و رنگ مناسب، کنترل روشنایی، انتخاب نوع قلم و اندازه آن، تغییر رنگ حروف و زمینه و تنظیم فاصله نیز وجود دارد.



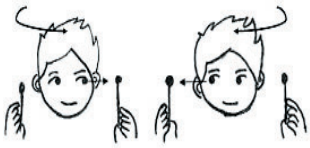
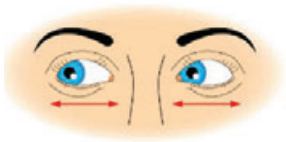
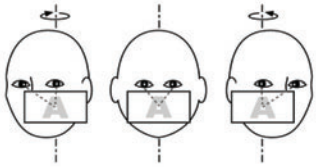
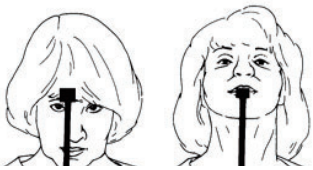
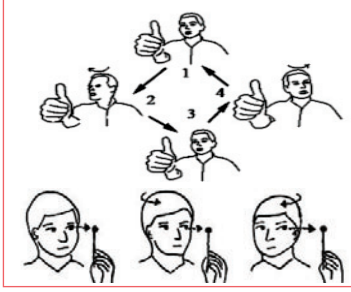
- **سیسـتم‌های تبدیل بریل:** خط بریل بوسـیله ترکیب نقاط، کلمات را به وجود می‌آورد. با استفاده از صفحه کلید مخصوص بریل می‌توان با این خط تایپ کرد. سیستم‌های مبدل نیز می‌توانند حروف متن معمولی را به بریل تبدیل کنند.

تامین روشنایی مناسب برای افراد کم‌بینا در خانه

- لازم است در تمام طول مدت شبانه‌روز، روشنایی مناسب در خانه وجود داشته باشد.
- بهتر اسـت که روشـنایی بیشـتر و لامپ اضافی را در محل ورود به خانه، هال، ابتدا و انتهای پله‌ها تعبیه کرد تا از ایجاد سایه در قسمت‌های مختلف خانه جلوگیری شود.
- بهتر اسـت از ترکیب نور مهتابی (سـفید) و آفتابی (زرد) اسـتفاده شود. برای سـقف از لامپ مهتابی و برای انجام کارهای موردنیاز از لامپ آفتابی با شدت مناسب یا لامپ‌های هالوژنه استفاده شود.
- برخی از لامپ‌های هالوژنه حرارت زیادی تولید می‌کنند که باید مراقب آتش‌سـوزی و یا سـوختگی در اثر تماس با آن‌ها بود.
- بـرای تامیـن نـور لازم برای انجام کارها (مانند خواندن و نوشـتن، یا آشـپزی) بهتر اسـت از لامپ‌هایـی با بازوی انعطاف‌پذیر استفاده شود. به این ترتیب، فاصله منبع نور تا محل کار موردنظر را می‌توان تنظیم کرد.
- بهتر است از کلید برق‌های مجهز به تنظیم‌کننده شدت روشنایی (در مورد لامپ‌های آفتابی) استفاده شود.
- نور طبیعی حاصل از خورشید منبع مناسبی برای روشنایی است. با این حال، ممکن است نور مزاحم ایجاد کند که با استفاده از پرده مناسب می‌توان آن را کنترل کرد.
- از لامپ بدون محافظ نباید استفاده شود. لامپ با محافظ که سطح داخلی آن کاملاً شفاف باشد، باعث می‌شود

که نور با حداکثر روشنایی به سطح کار بتابد.

- در طول شب و در مسیرهای منتهی به دستشویی یا راه‌پله در خانه، یک روشنایی مناسب استفاده شود.
- اگر روشنایی کلی خانه کم است، افزایش داده شود. با یک فرد حرفه‌ای در حوزه نور مشورت شود تا لامپ‌های با شدت بیشتر نصب کند و یا در جاهای مناسب، لامپ اضافی بگذارد.
- با جابجا کردن موقعیت مبلمان و اثاثیه خانه می‌توان روشنایی داخل خانه را افزایش داد.
- با تغییر موقعیت میز مطالعه نسبت به پنجره، می‌توان از روشنایی روز نیز استفاده کرد.

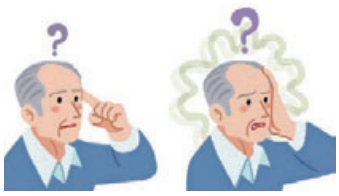
برنامه تمرینات بینایی-برای تقویت عمومی چشم ها (وستیبولار)	تصاویر
۱. حرکت دادن سر به چپ و راست بین دو هدف - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی سر و چشم ها را به سمت راست و چپ حرکت دهید. - هر سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. - بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	
۲. حرکت دادن چشم‌ها به سمت راست و چپ و سر ثابت - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی بدون حرکت سر چشم ها را به سمت راست و چپ حرکت دهید. - حرکت چشم ها را به هر سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. - بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	
۳. حرکت‌دادن سر به چپ و راست و چشم ثابت روبرو را نگاه کند - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی سر را به سمت راست و چپ حرکت دهید در صورتی که چشم ها ثابت باشد. - هر سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	
۴. حرکت دادن سر و چشم‌ها از پایین با بالا و بالا به پایین - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی سر و چشم ها را به سمت بالا و پایین حرکت دهید. - سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	
۵. حرکت دادن چشم‌ها از پایین به بالا و از بالا به پایین - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی بدون حرکت سر چشم ها را به سمت بالا و پایین حرکت دهید. - هر سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. - بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	
۶. حرکت دادن سر به پایین و بالا و چشم‌ها ثابت روبرو را نگاه کند - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی سر را به سمت بالا و پایین حرکت دهید. - هر سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	
۷. حرکت دادن سر به سمت راست و چپ و نگاه کردن به انگشت شصت دست - روی صندلی بنشینید سر را راست نگه دارید. - به آرامی سر را به سمت چپ و راست حرکت دهید ولی چشم ها را ثابت روی انگشت شصت نگاه کنید. - هر سمت بین ۱۰ تا بیست بار انجام دهید. بعد از دوهفته در صورت نداشتن سرگیجه در حالات ایستاده این کار را انجام بدهید.	

فصل پنجم

توانبخشی در اختلالات حافظه و شناختی

(زوال عقل)

مشکلات حافظه در سالمندی



در دوران سالمندی به دلیل افزایش سن، ممکن است در مغز تغییرات ساختاری و عملکردی رخ دهد که منجر به برخی مشکلات جسمی، حسی، شناختی و ذهنی گردد و باعث شود تا سالمندان در زندگی به کمک دیگران بیشتر نیاز داشته باشند. یکی از نیازهای اصلی انسان‌ها به ویژه در دوران سالمندی، برقراری ارتباط زبانی و گفتاری با دیگران و شرکت در تعاملات اجتماعی است و در نتیجه، کاهش توانایی های جسمی - حرکتی، شناختی - ذهنی و حسی می‌تواند تأثیرات منفی و مخربی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. این شرایط ممکن است مانع ایجاد انگیزه در افراد سالمند جهت شرکت در تعاملات اجتماعی شود. عوامل متعددی وجود دارند که سالمندان را در برقراری ارتباط زبانی دچار مشکل می‌کنند که از جمله آن‌ها می‌توان به مشکلات حافظه، مشکلات واژه‌یابی، کاهش سرعت گفتار، کاهش وضوح گفتار و مشکلات حسی (شنوایی و بینایی) اشاره کرد که می‌توانند بر درک و بیان گفتار (کلمات و جملات) در سالمندان تاثیر منفی بگذارند. مشکل برقراری ارتباط زبانی با دیگران، سالمند را دچار آشفتگی، عدم علاقه به شرکت در مکالمات و دوری از دیگران و در نهایت، افسردگی خواهد کرد. در این میان، نقش مشکلات حافظه در بروز ناتوانی‌های ارتباطی سالمندان بسیار پررنگ است. ارائه خدمات زودهنگام پزشکی و توانبخشی می‌تواند از بروز بسیاری از این ناتوانی‌ها به ویژه مشکلات حافظه در سالمندان جلوگیری کند و سرعت بیماری‌ها را کاهش دهد. یکی از متخصصان توانبخشی که می‌تواند کمک زیادی در این زمینه به سالمندان ارائه کند، آسیب‌شناس گفتار و زبان (گفتاردرمان‌گر) است.

کاهش حافظه فعال در سالمندان و مشکلات ارتباط کلامی در آن‌ها

برای برقراری ارتباط کلامی مناسب لازم است که گوینده به خوبی بتواند جملات مناسب را بیان کند و شنونده هم بتواند آنچه را که گوینده می‌گوید، به خوبی درک کند. بنابراین، در یک مکالمه بیان مناسب جملات و درک مناسب جملات ضروری است. حافظه یکی از مهمترین توانایی های شناختی است که برای درک و تولید جملات (گفتار) لازم است. کاهش حافظه فعال در دوران سالمندی، در درک و تولید جملات اثر می گذارد. در نتیجه با افزایش سن، کیفیت گفتار پایین می آید، به طوری که با ضعف حافظه و مشکل در به خاطر آوردن واژه‌ها، تولید جمله‌ها مشکل پیدا می‌کند و کلام سالمندان از هم گسیخته می شود. از طرف دیگر، به خاطر نیاوردن واژگان باعث می شود تا سرعت گفتار مکالمه آن‌ها هم کم شود. این شرایط باعث خواهد شد تا سالمند برای شرکت در جمع انگیزه نداشته باشد و منزوی شود.

به جز مشکلات حافظه عوامل دیگری نیز در بروز مشکلات ارتباط کلامی در سالمندان نقش دارند که برخی از آن‌ها عبارتند از:

- **اختلالات شنوایی در سالمندان:** پیرگوشی در افراد سالمند، منجر به کاهش شنوایی و ضعف در شنیدن و تحلیل صداهای گفتاری می شود و همین مساله باعث تاثیر منفی در به خاطر آوردن صدای کلمات خواهد شد که مشکلات حافظه و کاهش توانایی های زبانی و گفتاری را تشدید می‌کند. یکی از علایم پیرگوشی، ناتوانی در درک گفتار در یک محیط پر سروصداست. مشکلات شنوایی باعث می شود تا فرد به صحبت‌های دیگران توجه کمتری کند و در نتیجه ممکن است صحبت‌های دیگران را به خوبی متوجه نشود. موارد فوق باعث می‌شود که سالمند در هنگام صحبت با دیگران آشفته شود و تمایل او برای برقراری ارتباط کلامی با دیگران کمتر شود که می‌تواند افسردگی را به دنبال داشته باشد. استفاده از وسایل کمک شنوایی (مانند سمعک) می‌تواند از

مشکلات ناشی از کم‌شنوایی سالمندان در طی ارتباط کلامی بکاهد.

- **اختلالات بینایی در سالمندان:** سالمندانی که از پیرچشمی نیز رنج می‌برند، در صورت عدم استفاده از عینک دچار مشکلاتی در بینایی هستند که می‌تواند ارتباط کلامی را نیز مشکل کند.
- **کاهش وضوح گفتار:** یکی دیگر از مشکلات سالمندان در برقراری ارتباط کلامی، کاهش وضوح گفتار است که ممکن است به علت مشکلات تنفسی، صوتی و یا ضعف در عضلات صورت و زبان باشد. در این موارد انجام تمرین‌هایی که توسط گفتاردرمان‌گران به آن‌ها داده می شود، می‌تواند بسیار موثر باشد.

چگونه با افراد سالمند ارتباط برقرار کنیم؟

کاهش قدرت حواس شنوایی و بینایی و کاهش قدرت حافظه در سالمندان باعث کاهش توانایی‌های ارتباطی در سالمندان می شود. بنابراین، لازم است اعضای خانواده، مراقبان و درمان‌گران برای بهبود در برقراری ارتباط با سالمندان این موارد را مدنظر قرار دهند:

- ارتباط خود را با سالمند با سلام و احوالپرسی شروع کنید تا فضای راحت برای آن‌ها فراهم کنید.
- ارتباط موثر با سالمند نسبت به افراد جوانتر نیازمند اختصاص وقت بیشتر است. با سرعت کمتر با سالمندان صحبت کنید و در صورت نیاز، آنچه گفته‌اید را تکرار کنید.
- عوامل حواس پرت کن مانند صداهای محیطی و عوامل بینایی را کم کنید تا بتوانید پیام خود را بهتر به آن‌ها منتقل کنید. در صورت امکان روی یک صندلی کنار سالمند بنشینید تا بتوانید اثرات نامطلوب سر و صدای غیرقابل کنترل در محیط را کاهش دهید.
- برای ارتباط چهره به چهره، روبه‌روی سالمند بنشینید. سالمندان مبتلا به کاهش شنوایی، بیشتر نیازمند لب‌خوانی می‌شوند و با نشستن روبه‌روی آن‌ها و صحبت‌کردن می‌توانید عوامل حواس پرت‌کن را کنترل کنید.
- با سالمندان در هنگام صحبت‌کردن تماس چشمی داشته باشید. تماس چشمی نوعی ارتباط غیرکلامی ایجاد می‌کند. با ارتباط چشمی می‌توانید احساس علاقه بیشتری به سالمند منتقل کنید و فضای مثبت و آرامی را ایجاد کنید.
- شنونده خوبی باشید و به تمام صحبت‌های سالمند با حوصله گوش کنید.
- واضح، شمرده، آهسته (با سرعت کم) و با صدایی که با اندازه کافی بلند است، با سالمند صحبت کنید. سعی کنید با صدای خیلی بلند و فریاد با او حرف نزنید.
- از جملات پیچیده استفاده نکنید و جملات کوتاه و واژه‌های قابل فهم به کار ببرید. اطمینان حاصل کنید که سالمند صحبت‌های شما را درک می‌کند.
- با صحبت طولانی با سالمندان، آن‌ها را خسته نکنید. درباره موضوع اصلی صحبت کنید و حاشیه نروید.
- اگر مطلبی را توضیح می‌دهید، ساده آن را بیان کنید. با استفاده از خلاصه نویسی، نکات مهم را برای سالمند بنویسید. اگر باید دستورالعمل را مرحله به مرحله انجام دهد، با شماره‌گذاری ترتیب مراحل را مشخص کنید. اگر باید تمام نکات دستورالعمل را با دقت رعایت کند از او بخواهید یادداشت شما را در معرض دید خود قرار دهد. رسم کردن جدول می‌تواند کمک‌کننده باشد.
- حضور همراه سالمند در جلسه مشاوره و درمان برای اطمینان از درک مطالبی که گفته می‌شود، مفید است.
- تصاویر برای درک بهتر سالمند مفید است. بنابراین منابعی را برای دسترسی به تصاویر به سالمند معرفی کنید.

- فرصت سوال‌کردن به سالمند بدهید. سوال‌کردن نشان می‌دهد که سالمند کدام مطلب را متوجه نشده‌است.
- اگر همراه با صحبت‌کردن با سالمند، نکات و دستورات نوشته شده را در اختیار سالمندان قرار می‌دهید، مطمئن شوید که نور کافی برای خواندن او وجود دارد.

روش‌های بهبود حافظه در سالمندان

گفتاردرمان‌گران پس از ارزیابی توانایی‌های گفتار، زبان، صوت و بلع سالمند با هدف تقویت حافظه فعال کلامی و عملکردهای شناختی برای پیشگیری یا توانبخشی برنامه‌ریزی می‌کنند. برای بیمارانی که بیماری پیشرونده آن‌ها در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود (مانند زوال عقل و پارکینسون) و یا بیمارانی که دچار آسیب‌های مغزی خفیف هستند، هدف برنامه‌های آموزشی که توسط گفتاردرمان‌گران ارائه می‌شود، کاهش سرعت زوال مغز است.
مواردی که برای تقویت به خاطرسپاری انتخاب می‌شوند، عبارتند از:
به خاطرسپاری نام‌ها: اشخاص، مکان‌ها، خوراکی‌ها و اعداد

- به خاطرسپاری و به یاد آوردن وقایع و فعالیت‌ها: تاریخ تولد و ازدواج اقوام، دوستان و آشنایان و خاطرات جشن آن‌ها، وقایع اجتماعی و سیاسی و اسامی شخصیت‌های آن‌ها، نام بیماری، علایم و داروهای تجویز شده، شهرها و ویژگی‌های آنها و محل جغرافیایی و خاطرات سفر به آن‌ها، توجه به وقایع تاریخی ثبت شده در تقویم
- گوش دادن، مشاهده کردن و به خاطر سپردن: گوش دادن به رادیو، موسیقی و متن خوانده شده توسط خواننده، تماشای فیلم و تئاتر و به خاطر سپردن داستان و هنرمندان و بازیگران، گوش‌کردن مکالمات دیگران و به خاطر سپردن آن‌ها
- خواندن و به خاطرسپاری آن: روزنامه، مجله، کتاب، دستورالعمل‌ها (پزشکی، آشپزی، هنری)
- نوشتن و پر کردن فرم‌ها
- پرداخت قبوض
- یادداشت نویسی
- به خاطرسپاری مکان قرارگیری اشیا و وسایل شخصی
- کسب دانش جدید و یادگیری مهارت‌ها و فناوری‌های جدید: نحوه استفاده از کامپیوتر، لپ‌تاپ، تبلت، موبایل، کاربرد اپلیکیشن‌ها و رسانه‌های جدید جهت انتقال پیام نوشتاری
- یادگیری زبان دوم از فعالیت‌هایی است که به عملکردهای حافظه کمک می‌کند.
- یادگیری بازی‌های کامپیوتری: باعث تقویت توجه، تمرکز و حل مساله می‌شود.

فعالیت‌هایی که می‌تواند قدرت به خاطرسپاری در سالمندان را تقویت کند، عبارتند از:



- **نوشتن:** با نوشتن حافظه بیشتر تقویت می‌شود.
- **تکرار کردن**
- **تداعی:** منظور از تداعی، به خاطر آوردن پدیده‌ها از طریق ایجاد زنجیره‌ای از اطلاعات در مغز است.



- **تصویرسازی:** با نقاشی‌کردن و یا عکس‌گرفتن از یک پدیده می‌توان حواس مختلف را تحریک کرد.

زوال عقل



علائـم بیماری زوال عقل در اثر تخریب سـلول‌های عصبی ایجاد می‌شـود. تعداد سلول‌های عصبی بسـیار زیاد است و در ارتباط با یکدیگر هستند. با افزایش سن، ممکن اسـت برخی از سـلول‌های عصبی بمیرند، یا اینکه رابطه بین برخی از آن‌ها قطع شود. در همه انسان‌ها این اتفاق می‌افتد ولی تعداد سلول‌های عصبی که از بین می‌روند چندان زیاد نیست. در افراد مبتلا به زوال عقل، تعداد بیشتری از سلول‌های عصبی می‌میرند و ممکن اسـت ارتباط بین آن‌هایی که زنده مانده‌اند هم قطع شـود. شروع زوال عقل معمولا در سنین بالاست ولی در برخی از موارد ممکن است در میانسالی هم رخ دهد. باید دانست که سن، عامل بروز زوال عقل نیست زیرا برخی از افراد با سن بالاتر از ۹۰ سالگی نیز وجود دارند که مبتلا به زوال عقل نیستند. تعداد سلول‌های مغزی که آسیب دیده‌اند در همه افراد یکسان نیست؛ به همین علت، علائم زوال عقل در افراد مختلف متفاوت است.

فـردی کـه مبتلا به زوال عقل می‌شـود، توانایی‌های او به تدریج کم و کمتر می‌شـود و دیگر نمی‌تواند مثل قبل فکر کند، حرف بزند، رفتار کند یا کارهای مختلف زندگی خود را به آسـانی انجام دهد. علت این مشـکلات، ناتوانی در فکر کردن است. او نمی‌تواند با خودش حرف بزند و دلایل قانع‌کننده‌ای بیاورد.

در زوال عقل توانایی فکرکردن آسیب می‌بیند و فرد نمی‌تواند مثل قبل به خاطر بیاورد و علل اتفاقات مختلف را بفهمد و بـرای دیگـران بیان نماید یا دلیل دیگران را بشـنود و بفهمد. بنابرایـن، فرد مبتلا به زوال عقل دیگر نمی‌تواند بسـیاری از کارهای روزمره زندگی را خودش انجام دهد.

توانایی‌های زیادی لازم است تا هر انسانی بتواند در انجام کارهای روزمره‌اش موفق شود. اکثر این توانایی‌ها در افراد مبتلا به زوال عقل آسیب می‌بینند. برخی از این توانایی‌ها عبارتند از:

- دسترسی به حافظه
- مهارت‌های درک زبانی
- مهارت‌های بیان کلامی
- مهارت درک چیزهایی که دیده می‌شوند
- مهارت در یافتن راه حل مشکلاتی که پیش می‌آیند
- مهارت در مدیریت کارهای خود
- توانایی توجه و تمرکز
- توانایی توجه به جنبه‌های مختلف قبل از قضاوت کردن
- توانایی کنترل خشم
- توانایی کنترل احساسات و عواطف

مشکلات حسی در بیماران مبتلا به زوال عقل

یکی از شـیوه‌های درمانی و حمایتی برای بیماران مبتلا به مراحل اولیه زوال عقل، تمرکز بر مشکلات پردازش حسی آن‌هاست. عدم تعادل حسی در افراد مبتلا به زوال عقل می‌تواند باعث بروز اختلالاتی در پردازش حسی و مشکلات روانی - رفتاری مانند اضطراب، توهم، تحریک‌پذیری و رفتارهای نامناسـب، پاسخ‌های حرکتی نامطمئن، مشکلات

هماهنگی در اندام‌ها، کاهش توانایی تقلید حرکتی و اختلال در عملکرد اجتماعی شود. مشکلات حسی در بیماران زوال عقل شامل ولع حسی، درک حسی ضعیف، حساسیت حسی و اجتناب حسی است.

الف. ولع حسی

افـرادی کـه ولع حسـی دارند به دنبال محرک های اضافی و جسـتجوی محیـط برای فراهم‌کردن تحریکات بیشـتر هسـتند. این افراد به راحتی خسته می‌شوند و ممکن است محیط‌هایی که محرک‌های کمی دارند را تحمل نکنند. راهکارهای زیر می‌تواند ولع حسی را کاهش دهد:

از طریق حس بویایی و چشایی

- آدامس بجوند یا زمانی که احساس بی‌قراری می‌کنند، خوراکی بخورند.
- از صابون‌های معطر و پاک‌کننده‌ها استفاده کنند.
- از اسپری‌ها و ادکلن‌ها استفاده کنند.
- از ادویه‌ها و چاشنی‌های مختلف در وعده‌های غذایی استفاده کنند.
- به رستوران‌های جدید با غذاهای جدید بروند.

از طریق حس بینایی

- از نور روشن استفاده کنند.
- به محیطی که تعداد زیادی محرک بینایی دارد، نگاه کنند.
- در ملاقات‌ها، کلاس و اداره جایی را برای نشستن پیدا کنند که به راحتی بتوانند چشم انداز بینایی خود را عوض کنند.

از طریق حس شنوایی

- صداهای مختلف را با فعالیت‌های روزمره ترکیب کنند (برای مثال، هنگام کار کردن به رادیو گوش دهند).
- از صداهای زمینه استفاده کنند.
- فعالیت‌های شغلی و اوقات فراغتی را انتخاب کنند که صداهای مورد علاقه را در بر داشته باشد.
- از طریق حرکت: حرکات مختلف را در فعالیت‌ها انجام دهند (برای مثال در گروه، وظیفه حمل اشیا یا قرار دادن صندلی‌ها را داشته باشند).
- در فعالیت‌های بدنی شرکت کنند.
- فعالیت‌هایی را انتخاب کنند که تغییر سرعت و خم‌شدن را در بر داشته باشند.

از طریق لمس کردن

- فعالیت‌هایـی را انتخـاب کنند که لمـس را با دیگر موارد (ماسـاژ، رقص) یـا محیط (باغبانی، غـذا پختن) ترکیب می‌کنند.
- لباس‌ها، مبلمان و ابزاری را انتخاب کنند که بافت‌های مختلفی داشته باشند.
- از بافت‌های مختلف، فرش، حوله‌ها و پتوهای مختلف استفاده کنند.
- در خانه، گاه پا برهنه راه بروند.

از طریق فعالیت

- فعالیت‌های گروهی انجام دهند.
- برنامه معمول و روزمره خود را تغییر دهند.
- کار و وظیفه‌ای که بر عهده دارند را با شیوه جدیدی انجام دهند.

ب. درک حسی ضعیف

افرادی که درک حسی ضعیفی دارند، تمایل دارند تا محرک‌ها را نادیده بگیرند یا مدت زمان زیادی طول می‌کشد تا به محرک‌هایی که دیگران به آن‌ها توجه می‌کنند، پاسخ دهند. برای مثال، فردی که درک حسی ضعیفی دارد، ممکن است نتواند بویی آزاردهنده را در یک اتاق تشخیص دهد.

افرادی که درک حسی ضعیفی دارند، مشکلاتی در واکنش به محرک‌ها نشان می‌دهند، با این حال این حالت مزایایی هم دارد؛ از جمله این که این افراد به راحتی بر فعالیت‌های مورد علاقه شان در محیط شلوغ تمرکز می‌کنند، انعطاف پذیرتر هستند و در محیط‌های دارای محرک‌های حسی مختلف احساس راحتی می‌کنند.

راهکارهای زیر می‌تواند درک حسی ضعیف این بیماران را کاهش دهد:

از طریق حس بویایی و چشایی

- از غذاهای ناآشنا، ترکیبات غیرمعمول یا غذاهایی با بوها و مزه‌های متفاوت استفاده کنند.
- به هنگام نوشیدن مایعات داغ، مراقبت زیادی اعمال شود.

از طریق حس بینایی

- از واضح بودن علامت‌های بینایی در محیط (مانند نشانه‌های موجود در لبه پله‌ها)، اطمینان حاصل شود. می‌توان برای این کار از رنگ‌ها استفاده کرد.
- کشوها و کابینت‌ها علامت‌گذاری شوند. می‌توانید از برچسب‌های رنگی استفاده کنید.
- یادداشت‌هایی درباره فعالیت‌های روزمره خود بنویسند. با این روش، اطلاعات مرور شده و بهتر پردازش می‌شوند.
- از آیینه برای چک‌کردن قسمت‌های مختلف بدن خود استفاده کنند.
- اشیای مهم مانند کلید خانه و کیف پول و مدارک را در یک مکان مشخص قرار دهند.
- رنگ‌ها، اندازه نوشته‌ها و مکان قرارگیری اشیا را برای جلوگیری از عادی سازی تغییر دهند.

از طریق حس شنوایی

- از دیگران بخواهید تا آهسته سخن بگویند و چیزهایی را که نیاز است، تکرار کنند.
- اطلاعات مهم را ضبط کنند.
- اطلاعات کلامی را به شکل نوشتاری درآورند و یادداشت بنویسند.
- برای فهم بهتر مطالب از دیگران، درخواست کنند تا درباره موضوع مثال زیادی بزنند.
- اطلاعاتی را که مطرح شده را با خود تکرار کنند و شرح دهند تا از پردازش کامل اطلاعات گفته شده، اطمینان پیدا کنند.
- از زنگ هشدار ساعت جهت یادآوری مسائل استفاده کنند.

از طریق حرکت

- این افراد بهتر است حرکات و تمرین‌های قدرتی انجام دهند.
- از وزنه یا سایر انواع اعمال مقاومت استفاده کنند.
- از علامت‌های بینایی (می‌تواند به شکل تصویر باشد) جهت راهنمایی برای انجام فعالیت‌های حرکتی استفاده کنند.
- از نرده یا دستگیره در کنار پله‌ها استفاده کنند. می‌توانند لبه پله‌ها یا مسیرهای خروجی را علامت‌دار کنند.
- در وان و کف حمام از پوشش‌های ضد سر خوردن استفاده کنند.
- از کفش‌های ضد سر خوردن استفاده کنند.
- از واضح بودن مسیرها و این که اشیا در مسیر قرار نگرفته باشند، اطمینان حاصل کنند.

از طریق لمس کردن

- از علامت‌های بینایی برای توجه به اشیایی که ممکن است با آن‌ها برخورد داشته باشند، استفاده کنند.
- از دیگران بخواهند تا اجازه دهند نزدیک آن‌ها قرار بگیرند.
- برای جلوگیری از سوختگی، سیستم گرمایشی را در یک دمای پایین تنظیم کنند.
- برای تعیین لباس مناسب به وضعیت آب و هوا دقت کنند.
- برای کمک به تشخیص، به اشیای مختلف بافت‌های متفاوتی اضافه کنند.

از طریق فعالیت

- به جلسات و ملاقات‌هایی که دستور کار مشخصی دارند، بروند.
- از افراد بخواهند تا برخی نکات مهم را خلاصه کرده یا دوباره بیان کنند.
- از فهرست‌ها، یادآورها و تقویم‌ها به عنوان راهنما استفاده کنند.
- از فروشگاه‌هایی که مناطق مختلف آن‌ها علامت‌گذاری شده و پرسنل خوبی دارند، خرید کنند.
- به هنگام انجام یک کار مراحل انجام آن را کاملا مرور کنند تا اطمینان یابند که آن را فهمیده‌اند.
- قبل از اینکه یک کار چند مرحله‌ای را انجام دهند در مورد آن، یادداشت بنویسند یا با فرد دیگری درباره آن حرف بزنند.

پ. حساسیت حسی

افراد دارای حساسیت حسی، آستانه عصبی پایینی دارند که آن‌ها را آماده پاسخ به محرک‌های حسی می‌کند. رفتارهای مرتبط با حساسیت حسی شامل حواس پرتی و ناراحتی است که در اثر تمرکز روی محرک‌ها ایجاد می‌شود. مزایای حساسیت حسی شامل هوشیاری بالا نسبت به محیط و توانایی تشخیص یا توجه به جزئیات است. راهکارهای زیر می‌تواند حساسیت حسی بیماران را کاهش دهد:

از طریق حس بویایی و چشایی

- به طور منظم از محصولات معطر و خوشبویی که دوست دارند، استفاده کنند.
- چاشنی هایی را که ترجیح می‌دهند، در وعده های غذایی خود استفاده کنند.
- به دنبال غذاها و بوهای جدید باشند.

از طریق حس بینایی

- گاهی چشمان خود را بپوشانند.
- کشوها و کابینت‌ها را طوری سازمان‌دهی کنند که پیدا کردن اشیا آسان باشد.
- اشیا را منظم قرار دهند تا پس زمینه بینایی خلوت باشد.

از طریق حس شنوایی

- صداهای مختلف را با فعالیت‌های روزمره ترکیب کنند، مثلا به هنگام کار کردن به رادیو گوش دهند.
- از صداهای زمینه استفاده کنند.
- فعالیت‌های کاری و فعالیت‌هایی برای اوقات فراغت خود انتخاب کنند که صداها و محرک‌های شنیداری مورد علاقه‌شان را به مقدار زیاد داشته باشد.

از طریق حرکت

- از صندلی گهواره‌ای برای آرام‌شدن استفاده کنند.
- فعالیت‌هایی را انتخاب کنند که سرعت ثابتی دارد و سر در حین اجرای آن‌ها راست می‌ماند.

از طریق لمس کردن

- از لمس عمیق بیشتر از لمس سبک استفاده کنند.
- از پتوهای سنگین یا بیشتری به هنگام خواب استفاده کنند.

از طریق فعالیت

- وقت‌های استراحت را هماهنگ و یکپارچه کند.
- به دنبال مغازه‌های خلوت، کوچک‌تر و سازمان‌یافته برای خرید باشد.
- تکالیف را به مراحل کوچک‌تر بشکنند.
- وسیله‌ها را به طور منظم و متوالی بچینند.
- مراحل کار را بنویسند و در نهایت بررسی کند که آیا تمام آن‌ها را انجام داده است یا نه.
- سعی کند قبل از انجام کارها برای آن، برنامه‌ریزی کند.
- مراحل و ویژگی های خاص یک کار چندمرحله‌ای را که نیاز به توجه ویژه دارد، مشخص کند.
- جهت بهتر انجام دادن کارها، با دیگران مشارکت کند.

ت. اجتناب حسی

افرادی که در این دسته قرار می‌گیرند از محرک‌های مختلف بیزارند یا قرارگرفتن در معرض آن‌ها، برایشان آزاردهنده است. مثلا ممکن است یک صدای معمولی در محیط اطراف که برای دیگران آزاردهنده نیست سبب اذیت این افراد شود. این دسته از افراد معمولا تمایل دارند که در یک محیط قابل پیش‌بینی زندگی کنند. بنابراین ایجاد ساختار و محیطی که محرک‌های حسی محدودی داشته باشد، می‌تواند مفید باشد. راهکارهای زیر می‌تواند اجتناب حسی را کاهش دهد:

از طریق حس بویایی و چشایی

- از صابون و پاک‌کننده‌های غیرمعطر استفاده کنند.

- غذای مناسب خود را با توجه به ویژگی‌هایی که دارید، انتخاب کنند.

از طریق حس بینایی

- به طور دوره‌ای چشمان خود را ببندند تا تحریکات بینایی (مانند نور و ...) آنها را اذیت نکند.
- از عینک آفتابی استفاده کنند.
- در محیط خانه از نور کم یا طبیعی استفاده کنند.

از طریق حس شنوایی

- محیط را خلوت و بدون صداها و مکالمات غیرمعمول نگه دارند.
- گاهی به یک مکان خلوت بروند.
- درِ اتاق خود را ببندند.
- از هدفون برای کاهش صداهای آزار دهنده استفاده کنند.

از طریق حرکت

- آسانسورها و بالابرها می‌توانند باعث ایجاد مشکلاتی شوند. بهتر است در صورت امکان، از پله استفاده کنند.
- به هنگام شرکت در فعالیت‌های بدنی، زمان‌هایی را برای استراحت در نظر بگیرند.
- حرکات تکراری را مدنظر قرار دهند.
- وسایل را طوری در کابینت‌ها قرار دهند تا هم سطح شانه باشند و مجبور نباشند بیش از حد خم شوند.

از طریق لمس کردن

- به دیگران توضیح دهند که به مقداری فاصله برای راحتی نیاز دارند.
- به هنگام خرید لباس، آن‌هایی را انتخاب کنند که تنگ و تحریک‌کننده حس لمس نباشند.
- فن و هواکش را طوری تنظیم کنند تا مستقیم در جلوی آنها قرار نگیرند.
- به هنگام آشپزی یا باغبانی از دستکش‌های مخصوص استفاده کنند.

از طریق فعالیت

- از خیابان‌ها و محل‌هایی که پر ترافیک و شلوغ هستند، دوری کنند.
- در انجام حرکات، پیوستگی را حفظ کرده و حرکات را قطع نکنند.
- از حرکات یا فعالیت‌های معمول که راحت و حمایت کننده هستند، استفاده کنند.
- مکان‌های خلوت و آرام را انتخاب کنند.
- گاهی اجازه دهید که مدتی تنها باشند.
- در گروه‌های کوچک‌تر که تعاملات یک به یک صورت می‌گیرد، شرکت کنند.

مشکلات گفتاری و زبانی در بیماران مبتلا به زوال عقل

در زوال عقل، به علت از بین رفتن بخشی از سلول‌های مغزی، عملکردهای شناختی فرد مانند حافظه و زبان دچار اختلال می‌شود و در نتیجه، مبتلایان در برقراری ارتباط کلامی با دیگران دچار مشکل می‌شوند.

اختلال در درک و بیان گفتار، استفاده از گفتار نامتناسب با موقعیت و عدم توانایی در روان صحبت‌کردن باعث می‌شوند تا فرد نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. در نتیجه، کیفیت زندگی فرد کاهش می‌یابد و ممکن است در زندگی خود نیازمند مراقبت و کمک دیگران شود.

مشکلات ارتباط کلامی از اولین نشانه‌های بیماری زوال عقل است. مشکل در واژه‌یابی (به ویژه اسامی اشخاص و اشیا)، از مسائلی است که باعث می‌شود بیمار در ارتباط با دیگران دچار مشکل شود. در این حالت، فرد نمی‌تواند کلمه مورد نظرش را پیدا کند و ممکن است به جای کلمه مورد نظر، کلمات اشتباه استفاده کند. با پیشرفت و تشدید بیماری، ممکن است فرد اسامی اعضای خانواده و دوستانش را هم فراموش کند و به خاطر نیاورد که دیگران با او چه نسبت فامیلی دارند یا حتی اعضای خانواده خود را نشناسد.

یکی از انواع زوال عقل بیماری آلزایمر است. در آلزایمر، فرد با مشکلات شدید زبانی مانند مشکل در صحبت کردن، مشکل در درک گفتار دیگران، مشکل در تکرار کردن آن‌چه دیگران می‌گویند و مشکل در خواندن و نوشتن، مواجه می‌شود. بیمار مبتلا به آلزایمر می‌تواند جملات صحیحی (از نظر قواعد جمله سازی) را بیان کند ولی ممکن است جملات از نظر معنا و مفهوم مشکل داشته باشند.

بیماران زوال عقل به ویژه آلزایمر، در استفاده از گفتار مناسب و روان برای برقرای ارتباط با دیگران مشکلات شدیدی دارند اما در ارتباطات غیرکلامی که در آن‌ها نیازی به صحبت کردن نیست (مانند درک حرکات، حالات چهره و ژست‌های طرف مقابل) مشکل کمتری دارند.

علایم بیماری آلزایمر در هر مرحله متفاوت است:

- **مرحله خفیف یا آغازین:** در این مرحله فرد در جامعه فعال است، کار می‌کند و حتی رانندگی می‌کند اما از فراموشی کلمات آشنا و مکان اشیا شاکی است و مطالبی که به تازگی خوانده است را فراموش می‌کند. در طی مکالمه یا هنگام تعریف وقایع، موضوع را فراموش می‌کند. معمولا اقوام و دوستان نزدیک متوجه این تغییرات می‌شوند.
- **مرحله متوسط یا میانی:** این مرحله طولانی است و ممکن است چندین سال طول بکشد و به تدریج نیاز بیمار به مراقب بیشتر می‌شود. در این مرحله، فرد بیمار هنگام انتخاب کلمه دچار آشفتگی و عصبانیت می‌شود. در طی صحبت با دیگران، از جملات تکراری و مبهم استفاده می‌کند. ممکن است به خوبی گفته‌ها و نوشته‌ها را درک نکند. آن‌چه شنیده است را فراموش می‌کند. قادر نیست جملات مناسب را بیان کند یا بنویسد. برخی کارها و وظایف معمولی روزانه خود مانند حمام کردن را انجام نمی‌دهد و یا ممکن است در بسیاری از کارهای روزانه به کمک نیاز داشته باشد. آن‌چه در فکر دارد را نمی‌تواند بیان کند. برخی علایم در این مرحله عبارتند از: فراموشی وقایع، بدخلقی و گوشه‌گیری، ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعات شخصی مثل آدرس و شماره، فراموش‌کردن زمان و مکان، از دست دادن کنترل ادرار و مدفوع، بی‌قراری و اختلالات خواب. بیمار در این مرحله نشانه‌هایی از سردرگمی و سرگردانی نشان می‌دهد و ممکن است علائم رفتاری مانند سوءظن و هذیان داشته باشد.
- **مرحله شدید یا پایانی:** در این مرحله بیماران علائم کامل زوال عقل را نشان می‌دهند. آگاهی از محیط را از دست می‌دهند، توانایی پاسخگویی و برقراری ارتباط و مکالمه را ندارند و با بدتر شدن حافظه و فقدان مهارت‌های شناختی دچار تغییرات شخصیتی می‌شوندو در نتیجه، نیاز به مراقبت کامل دارند. توانایی‌های حرکتی راه

رفتن، نشستن و بلع را از دست می‌دهند و شانس ابتلا به بیماری‌های عفونی در آن‌ها بالا می‌رود.
متخصصان اعتقاد دارند که درمان‌های پزشکی به همراه انجام تمرین‌های حافظه و شناختی می‌تواند عملکردهای بیماران مبتلا به آلزایمر را بهبود ببخشد. گفتاردرمان‌گران از جمله متخصصانی هستند که در افزایش توانایی‌های بیماران مبتلا به زوال عقل و آلزایمر، نقش مهمی دارند. نقش آن‌ها شناسایی، ارزیابی، تشخیص، آموزش و مدیریت مراحل درمان بیماران مبتلا به زوال عقل است.

مراقبت از بیماران زوال عقل به مهارت‌های ارتباطی خاصی نیاز دارد و هدف از درمان، افزایش توجه و درک و بهبود مهارت‌های ارتباطی بین بیمار و مراقب است. متخصصان حوزه سلامت و اعضای خانواده با نقش مراقب، برای برقراری ارتباط با بیمار زوال عقل لازم است آموزش ببینند.

آن‌چه که اعضای خانواده و دوستان نزدیک بیمار مبتلا به آلزایمر باید بدانند:

- وقتی با بیمار مبتلا به زوال عقل صحبت می‌کنید، به او نگاه کنید.
- حتی الامکان از نشانه‌ها و علائم آشنا برای او استفاده کنید.
- قبل از اینکه مکالمه را شروع کنید، اسم او را صدا کنید.
- عوامل محیطی مزاحم را کاهش دهید.
- با زبان ساده و با سرعت پایین صحبت کنید.
- به او فرصت دهید اطلاعات را پردازش کند و بعد پاسخ دهد.
- به بیمار اجازه دهید فکر کند و کلمات مناسب را انتخاب کند.
- از حدس زدن درباره آن‌چه می‌خواهد بگوید بپرهیزید.
- بیمار را به نوشتن تشویق کنید و از او بخواهید آن‌چه که نوشته است را با صدای بلند بخواند.
- در صورت امکان از تصاویر استفاده کنید.
- اگر درباره وقایع خوشحال‌کننده صحبت می‌کنید، لبخند بزنید.
- اگر بیمار اشتباه می‌کند او را اصلاح نکنید.
- برای گرفتن پاسخ از بیمار او را دچار استرس نکنید.
- به هر روشی که می‌توانید، او را تشویق به ارتباط کنید.
- از قرار دادن بیمار در موقعیت‌های دشوار، خودداری کنید.

بیماران مبتلا به زوال عقل به خدمات گفتاردرمانی نیاز دارند. تمریناتی که گفتاردرمان‌گران برای بیمار انجام می‌دهند را در خانه ادامه دهید. این تمرینات شامل موارد زیر است:

۱. **از محرک‌های گفتاری برای نشان دادن تصاویر، کلمات، جملات و نشانه‌ها استفاده کنید.** برای مثال، علامت ورود ممنوع را در خیابان و یا گربه را در یک تصویر یا نقاشی به او نشان دهید. از او بخواهید از بین چند گزینه، کلمه‌ای را برای کامل کردن یک جمله انتخاب کند (مثلا از بین کلمات سیب، گوشت، پلاستیک یکی را برای تکمیل جمله «گربه ..... می خورد» انتخاب کند).

۲. **موقعیت‌های ارتباطی را در شرایط اجتماعی مختلف ایجاد کنید:**

- به پارک بروید و با افراد آشنا صحبت کنید.

- در کنار افراد خانواده درباره شرایط و موقعیت‌های موجود (مانند میز غذا، تماشای برنامه تلویزیونی و فیلم و...) صحبت کنید.

۳. استفاده از ابزارهای کمک آموزشی برای ارائه محرک‌ها

- از کتاب‌های مصور، تبلت و کامپیوتر برای نشان‌دادن محرک‌های شناختی- زبانی استفاده کنید. درباره آن‌ها بپرسید و گفتگو کنید.
- از وایت‌برد و ماژیک برای نقاشی، ترسیم خطوط و نوشتن استفاده کنید.
- از حروف و کلمات نوشته شده و آماده روی وایت‌برد استفاده کنید و کلمات و جملات را بسازید.

۴. داستان‌گویی و توصیف وقایع و به یاد آوردن وقایع گذشته:

- از آلبوم خانوادگی استفاده کنید و درباره خاطرات و افراد گفتگو کنید.
- از تصاویر پشت سر هم برای داستان‌گویی استفاده کنید.
- از فیلم‌های خانوادگی برای به یادآوردن خاطرات و تعریف آن‌ها استفاده کنید.

وقتی فردی مبتلا به زوال عقل می‌شود ممکن است در ابتدا مشکل مهمی نداشته باشد. او ممکن است قادر به درک گفتار دیگران باشد و بتواند به آن‌ها پاسخ دهد. ولی برخی از بیماران ممکن است گفتار دیگران را بفهمند ولی نتوانند منظور خود را به طور مفهوم به دیگران برسانند، نتوانند سوال‌های خود را از دیگران بپرسند، نتوانند نوشته‌های دیگران را بخوانند یا چیزی را به درستی بنویسند. برای این افراد زندگی بسیار محدود خواهد شد. آن‌ها نمی‌توانند با دیگران ارتباط برقرار کنند. دیگران هم نمی‌توانند به خوبی با آن‌ها ارتباط برقرار کنند.

ممکن است ابتدا مشکل فرد این باشد که نتواند نام افراد یا اشیا را به آسانی به خاطر بیاورد. این اسامی ممکن است بسیار آشنا باشند. ممکن است فرد نتواند کلمات اسب، بز یا گل را به خاطر بیاورد. ممکن است نتواند نام افراد،حتی نام همسر یا فرزندانش را به خاطر بیاورد. معمولا این مشکل وقتی بیشتر می‌شود که فرد خسته، حواس پرت یا بی‌قرار است، یا در حالتی که تلویزیون روشن است یا دیگران در حال صحبت کردن با یکدیگر باشند. معمولا فرد به جای نام بردن، توضیح می‌دهد. مثلا می‌خواهد بگوید «آسانسور خراب است». می گوید: «این چیز خراب بود. اسمش چیه؟ برقیه. در داره. سوارش می‌شیم میایم بالا؟ خراب بود، من از پله‌ها اومدم».

ممکن است فرد بتواند کلمات را به خوبی بیان نماید ولی نتواند جملات خوبی بسازد. ممکن است او منظورش را طوری بیان کند که پیام به خوبی منتقل نشود. در این صورت، برقراری ارتباط سخت می‌شود. وقتی ارتباط سخت شد، ممکن است فرد احساس ناراحتی کند و دچار سرخوردگی شود. وقتی این مشکلات طولانی شود ممکن است فرد بداخلاق شود یا نسبت به دیگران بی اعتنا شود یا رفتارهای دیگری را بروز دهد. وقتی افراد مختلف با چنین فردی روبه‌رو می‌شوند، تعجب می‌کنند و به فکر چاره یا علت بیماری او می‌افتند. اگر اعضای خانواده تجربه نداشته باشند، نمی‌دانند چه باید بکنند. اگر اعضای خانواده فرصت کافی نداشته باشند تا از این بیماران مراقبت کنند ممکن است سرگردان شوند. بهترین کار این است که با پزشک و اعضای تیم توانبخشی مشورت کنند و به دنبال یافتن بهترین راه منطقی باشند.

برخی از افراد ممکن است نتوانند مثل قبل صحبت کنند. قبلا روان و سریع حرف می‌زدند ولی اکنون مجبور می‌شوند سرعتشان را کند کنند. اگر سرعتشان را کند نکنند مجبور خواهند شد مکث کنند یا تکرار کنند، مِن‌ومِن کنند، تپق بزنند، فکر کنند تا شاید کلمه یادشان بیاید. معمولا این مشکلات از نظر ارتباطی آزاردهنده است.

برخـی از افـراد مبتلا ممکن اسـت حرفی را با قاطعیت بزنند و بر درسـتی آن تاکید داشـته باشـند، در حالی که همه می‌دانند آن حرف اشـتباه اسـت. گاهی هم ممکن اسـت حرف دیگران را اشـتباه بفهمند و به نظر خودشـان پاسخ درستی بدهند. دیگران بی‌ربط بودن گفته‌های او را می‌فهمند ولی خودش نمی‌داند. چنین مواردی باعث می‌شود مشکل ارتباطی خاصی به وجود آید. مشکل فقط مربوط به آن لحظه خاص نخواهد بود. دیگران ممکن است احساس کنند آن فرد منطقی حرف نمی‌زند و ممکن است بگویند «فلانی عقلش را از دست داده است» یا «شخصیتش تغییر کرده اسـت». معمولا اعضای خانواده و بستگان نزدیک نسبت به چنین قضاوت‌هایی حساس هستند. این مشکل فقط برای فرد مبتلا به زوال عقل نیست بلکه برای مخاطبین، خانواده و دوستان نیز مشکل ایجاد می‌کند. در برخی موارد ممکن است فرد با اصرار و تاکید خاصی بگوید که چیزی از اموالش را دزدیده‌اند و از دیگران طلب کمک کند در حالی که چنین اتفاقی نیفتاده است. ممکن است با قاطعیت بگوید فلانی امروز به دیدن ما می‌آید در حالی که همه می‌دانند که او سـال‌ها پیش مرده اسـت. مهم است که اطرافیان به این نکته توجه داشته باشند که این اشتباهات به علت تلاش آن‌ها برای بازیابی خود و بازگشت به دنیای قبل از زوال عقل است.

حافظـه و تفکـر مبتلایـان به زوال عقل به تدریج ضعیف می‌شـود. در مراحـل اولیه بیماری، آن‌ها خودشـان هم متوجه می‌شـوندکه مشـکل دارند. بنابراین تلاش می‌کنند براین مشکل غلبه کنند. بسـیاری از تلاش‌های آن‌ها بی فایده است. حتی برخی از تلاش ها مخرب نیزهست. تلاش آن‌ها تابع تجربیات و مهارت‌هایشان نیزهست.

اوایل وضعیت به گونه‌ای اسـت که مشـکل کم اسـت و چندان آسـیبی به برقراری ارتباط وارد نمی‌کند. به تدریج که شـدت بیماری زیادتر می‌شـود مشکل ارتباطی و اختلال در گفتار و زبان هم بیشـتر می‌شود. آن‌گاه ضعف حافظه و تفکر به حدی می‌رسد که مانع بزرگی در برقراری ارتباط خواهد بود. در این شرایط نیاز به یک همراه وجود دارد تا در حین برقراری ارتباط، به او کمک کند و گاهی نیز به دیگران کمک کند تا منظورش را بفهمند.

گاهی مشکل درباره مفاهیم ذهنی است. مفاهیم ذهنی مفاهیمی هستند که با کمک حواس پنجگانه قابل مشاهده نیستند. در مقابل آن‌ها، مفاهیم عینی هستند که با حواس قابل دریافت هستند. درک مفاهیم عینی بسیار ساده‌تر است. نمونه‌هایی از مفاهیم عینی عبارتند از: ماشین، آب، نان، درخت و آینه. نمونه‌هایی از مفاهیم ذهنی عبارتند از: لطف، دوسـتی، حماقت، انصاف، مهربانی، کرامت. ممکن اسـت برخی از مبتلایان به زوال عقل، در مورد مفاهیم عینی مشـکلی نداشـته باشند ولی در مورد مفاهیم ذهنی مشکل داشته باشـند. معمولا مشکل آن‌ها درک و کاربرد مفاهیم ذهنی است. چیزی که مایه تعجب دیگران و حتی خودشان می‌شود این است که آن‌ها در سلام و احوالپرسی و جملات روزمره خیلی عالی رفتار می‌کنند، ولی وقتی بحث پیچیده شود این افراد به مشکل برمی‌خورند.

در نوعی دیگر، فرد ممکن است در ادراک معنا یا جمله‌سازی مشکل داشته باشد، یا ممکن است نتواند مربوط و به جا حرف بزند و پیام خود را به دیگران برساند، به نحوی که گفته‌های او برای مخاطب قابل درک نیست یا مخاطب منظـورش را اشـتباه می‌فهمد. به این نوع از زوال عقـل، زوال عقل معنایی می‌گوینـد. در زوال عقل معنایی ممکن است علایم مختلفی بروز کند. یکی از این علایم میل به تکرار است. فرد ممکن است کلمه یا عبارتی را بارها تکرار کند، چنان که گویی مجبور است تکرار کند. به همین دلیل برخی به این علامت، تکرار اجباری یا درجازدگی گفته‌اند. گاهی نیز مشکل دیگری بروز می‌کند که ممکن است مبتلایان به زوال عقل با آن مواجه شوند. این مشکل، تکرار محتوایی اسـت. ممکن اسـت آن‌ها یک سـوال را بارها بپرسـند، یا موضوع خاصی را بارها و بارها بیان کنند، یا بعد از شـنیدن

پاسخ، دوباره همان سوال را بپرسند. گاهی علت این تکرار آن است که فرد یادش رفته است که آن موضوع را دقایقی قبل یا ساعاتی قبل بیان کرده است.

برخی از این افراد ممکن است دچار توهم نیز بشوند. ممکن است آن‌ها چیزی را ببینند یا بشنوند که دیگران نمی‌بینند یا نمی‌شنوند. در واقع ممکن است آن‌ها چیزی را دیده یا شنیده باشند، که وجود ندارد و وقتی درباره چنین چیزهایی صحبت کنند، از نگاه دیگران عجیب به نظر خواهند رسید. مثلا ممکن است فردی بشنود همسایه‌اش می‌گوید فردا ناهار مهمان ما هستید در حالی که همسایه چیزی نگفته است و خبری هم ندارد. او فردا آماده می‌شود تا به مهمانی برود. بدیهی است که ممکن است اتفاقی پیش بیاید. در صورتی که فرد دچار توهم باشد گاهی خطاب به فردی صحبت می‌کند که وجود خارجی ندارد ولی او با جدیت به گفتگویش ادامه می‌دهد. بنابراین، توهم نیز می‌تواند علت برخی مشکلات ارتباطی در این افراد باشد.

مشکل دیگر این است که ممکن است ارتباط قطع شود یا اینکه امکان برقراری ارتباط با دیگران وجود نداشته باشد. در مراحل پیشرفته ممکن است فرد نتواند گفتار دیگران را درک کند. البته ممکن است تا حدودی توانایی درک داشته باشد ولی نتواند مقصود خود را به درستی بیان کند و نتواند پیام خود را به دیگران منتقل نماید. ما معمولا از روی پاسخی که فرد می‌دهد درباره درک او قضاوت می‌کنیم و توانایی او را ارزیابی می‌کنیم. باید مراقب باشیم چون امکان دارد که اشتباه کرده باشیم، زیرا ممکن است او به درستی درک کرده باشد ولی نتوانسته باشد درست و منطقی بیان کند. در این صورت احتمال دارد خیلی‌ها فکر کنند چون اشتباه بیان می‌کند پس اشتباه هم می‌فهمد. بنابراین، باید دقت کرد تا در ارزیابی این مورد عجله نکرده و به دلیل بی‌ربط بودن پاسخ‌ها، مشکل را به درک نسبت ندهیم . اگر فرد درک داشته باشد ولی نتواند منظور خود را بیان نماید، واقعا رنج آور خواهد بود. این رنج آور بودن می‌تواند هم برای بیمار باشد و هم برای اطرافیان او که وظیفه مراقبت از او را بر عهده دارند. در مراحل پیشرفته، دو حالت پیش می‌آید:

- الف- فرد امکان برقراری ارتباط با دیگران را از دست می‌دهد،
- ب- فرد موفق می‌شود ارتباط با دیگران را شروع کند ولی در ادامه ارتباط، به مشکل برمی‌خورد و ارتباطی که برقرار کرده است زود قطع می‌شود.

در بسیاری از موارد، فرد ساکت و کم حرف می‌شود ولی در برخی موارد نیز پرحرف می‌شود. در این صورت، ممکن است اطرافیان از او بخواهند سکوت کند، یا سعی کنند به روش‌های مختلفی او را ساکت نگه دارند. در برخی موارد نیز ممکن است اطرافیان تصمیمات دیگری بگیرند. مثلا ممکن است برای حفظ روحیه و احترام او، فرد یا افرادی را به نوبت مامور کنند تا به حرف های او گوش فرا دهند و واکنش های مناسبی را نیز از خود بروز دهند.

مشکلات گفتاری مبتلایان به زوال عقل، گاهی اوقات به صورت نامفهوم بودن گفتار است. ممکن است گفتار از نظر جمله‌بندی کامل و درست باشد ولی طوری بیان می‌شود که شنونده نمی‌تواند آن را به آسانی درک نماید. نامفهوم حرف زدن ممکن است به دلیل محدودیت حرکتی لب‌ها، زبان و فک باشد. ممکن است نامفهوم بودن به خاطر ناهماهنگی در حرکت اندام‌های گفتاری باشد. ممکن است فرد با فک بسته صحبت کند و لب ها و زبان نیز دارای محدودیت حرکتی باشند.

اختلال صوت، مشکل گفتاری دیگری است که ممکن است در مبتلایان به زوال عقل ایجاد شود. دلیل ایجاد این مشکل معمولا ضعیف‌شدن حنجره و تنفس است. تولید صداهای حروفی مانند و، س، ش، ز، ژ، ف ممکن است

مختل شود. اگر تولید صداها مختل شود هم می‌تواند نامفهوم بودن گفتار را بیشتر کند و هم می‌تواند توجه دیگران را جلب کند. گفتار برخی از مبتلایان به زوال عقل ممکن است تودماغی شود. این مشکل معمولا به علت ضعف در عملکرد کام نرم (قسمت عقب سقف دهان که نرم و متحرک است) ایجاد می‌شود.

اولین قدم مهم در برقراری ارتباط موفق با مبتلایان به زوال عقل این است که افراد بدانند در پشت مشکل ارتباطی فرد چه خبر است و چرا او این گونه ارتباط برقرار می‌کند.

افزایش آگاهی تمامی افراد جامعه مهم است. اگر همه مردم بدانند زوال عقل چیست و چگونه باید با مبتلایان به زوال عقل رفتار کرد و اگر اطرافیان و اعضای خانواده آگاهی لازم را درباره زوال عقل داشته باشند، بسیاری از مشکلات روزمره این افراد کاهش خواهد یافت. یکی از مهم‌ترین اقداماتی که مشکل این افراد را کاهش می‌دهد، این است که اطرافیان صبور باشند و با صبر و حوصله با این افراد رفتار کنند. مهربان بودن و حفظ احترام آن‌ها یکی از مهم‌ترین نکاتی است که باید رعایت نمود.

با توجه به علل مختلفی که تاکنون شناخته شده است، برای پیشگیری هم می‌توان نکاتی را در نظر گرفت تا خودمان، اعضای خانواده و دوستان، مبتلا به زوال عقل نشویم. به عنوان مثال برخی از این موارد را ذکر می‌کنیم:

- دوری از استرس و تشویش خاطر: دوری از ترس و ترساندن، دوری از ناراحتی‌ها، نگرانی‌ها و غصه خوردن، پذیرش بسیاری از محدودیت‌ها، صبوری در برابر مشکلات و منطقی فکر کردن
- مهربانی‌کردن و ابراز عشق و علاقه نسبت به اعضای خانواده و عزیزان خود
- مطالعه و تفکر برای حل مسائل زندگی خود و دیگران به روشی منطقی و خوشایند
- تغذیه سالم: منظور از تغذیه سالم، گران بودن غذاها نیست. پرهیز از فست فود و ساندویچ‌های بیرون، پرهیز از خوردن سرخ‌کردنی‌ها، نخوردن انواع غذاهای آماده و کنسرو شده، پرهیز از مصرف غذاهای سنگین و پرچرب و پرنمک، پرهیز از پرخوری، با آرامش غذا خوردن و پرهیز از عجله، به حداقل رساندن مصرف شیرینی (به ویژه بیسکوییت‌ها و شیرینی‌های کارخانه‌ای). اگر شیرینی را دوست دارید بیشتر شیرینی خانگی مصرف کنید و با مشورت متخصص تغذیه، مواد غذایی مورد نیاز بدن را انتخاب کنید.
- انجام آزمایش‌های دوره‌ای برای سنجش وضعیت سلامت خود.
- اگر بیماری خاصی دارید، تحت نظر پزشک باشید و از سلامتی خود مراقبت کنید.

اختلال بلع در افراد مبتلا به زوال عقل



افراد مبتلا به زوال عقل ممکن است مشکلات بلع و غذا خوردن داشته باشند. وجود اختلال بلع می‌تواند مشکل بزرگی باشد. این مشکل فقط برای بیمار نیست، بلکه اعضای خانواده و کسانی که از بیمار مراقبت می‌کنند نیز با این مشکل سروکار خواهند داشت. شدت مشکل می‌تواند درجات مختلفی داشته باشد. گاهی شدت مشکل بلع کم است و بیمار در حین غذا خوردن دچار سرفه می‌شود و گاهی نیز ممکن است مشکل بلع بسیار شدید باشد، به طوری که بیمار نمی‌تواند یک لیوان آب بنوشد یا یک لقمه غذا بخورد. نوشیدن حتی یک جرعه آب، او را دچار سرفه‌های شدید می‌کند و فرو دادن یک لقمه غذا باعث احساس خفگی در او می‌شود. چنین بیماری با وجود گرسنگی، دچار ترس از نوشیدن و خوردن خواهد شد. افراد مبتلا به زوال عقل ممکن است چند دارو را نیز

مصرف کنند. در این صورت، اختلال بلع می‌تواند در مصرف دارو نیز مشکل ایجاد کند. مشکل بلع خطر عفونت ریه و مجاری تنفسی را نیز افزایش می‌دهد. ممکن است مقداری از غذا در حلق باقی بماند یا وارد فضای حنجره و نای شود. در برخی موارد نیز ممکن است مقداری از غذا یا مایعات وارد فضای بینی شود. در این صورت، احتمال عفونت افزایش خواهد یافت. خطرات ناشی از اختلال در بلع را باید جدی گرفت، زیرا می‌تواند بسیار خطرناک باشد.

ورود غذا به سیستم تنفسی، بسیار خطرناک است. علامت آن معمولا سرفه‌کردن در حین غذا خوردن است که ممکن است در شرایط خاصی مانند حرف‌زدن در حین غذاخوردن یا غذاخوردن در حین تماشای تلویزیون، بیشتر هم بشود. خطر اصلی ورود غذا به سیستم تنفسی، خفگی و عفونت است. غذایی که وارد نای شود می‌تواند باعث عفونت ریه شود که بسیار خطرناک است. اگر اختلال بلع زود درمان شود، ممکن است کاملا رفع شود یا به حداقل برسد. پزشک و گفتاردرمان‌گر (آسیب‌شناس گفتار و زبان) می‌توانند به درمان اختلال بلع کمک کنند. اگر درمان به موقع انجام شود بسیاری از مشکلات بیمار و خانواده او کاهش می‌یابد.

فصل ششم

توانبخشی در اختلالات اسکلتی عضلانی سالمندان

استئوآرتریت (آرتروز)



یک بیماری مفصلی است که در آن غضروف به صورت اولیه و به مرور زمان دچار تخریب پیشرونده می‌شود و با پیشرفت بیماری سایر بافت‌های مفصلی نیز دچار ضعف و کم‌کاری می‌شوند. آرتروز از اصلی‌ترین دلایل اختلال عملکرد مفصل است که منجر به ایجاد ناتوانی جسمی و اختلال در فعالیت‌های روزمره اندام مبتلا می‌شود. از اصلی‌ترین عوامل آن بالا رفتن سن و افزایش فشار بر روی مفصل است. این بیماری بیشتر در زانو، کمر، گردن و ران رخ می‌دهد ولی سایر مفاصل نیز می‌توانند دچار آرتروز شوند. دو نوع آرتروز وجود دارد:

- **آرتروز اولیه:** عامل اصلی آن افزایش سن است. با بالارفتن سن نیز ظرفیت و توان مفصل کم می شود. چاقی و اضافه وزن نیز در تشدید آن موثر است. اضافه وزن باعث می‌شود، نیروی واردشده به مفصل افزایش یابد. نتیجه این دو عامل، تخریب تدریجی غضروف مفصلی است. بعضی فعالیت‌ها مانند چمباتمه زدن، چهارزانو و دوزانو نشستن و لم‌دادن فشار بیشتری بر مفاصل وارد می‌کنند.
- **آرتروز ثانویه:** تخریب مفصلی به دنبال علت خاصی است که می‌تواند در سنین پایین نیز رخ دهد. تغییر شکل در مفصل مانند پا پرانتزی و افزایش قوس کمری، بیماری زمینه‌ای مفصلی مانند بیماری‌های التهاب مفصلی، ضعف عضلات آن ناحیه و برخی بیماری‌های زمینه‌ای از جمله این علل است.

علائم و نشانه آرتروز

علائم و نشانه‌های آرتروز بر اساس شدت آن می‌تواند از حالت بدون علامت تا خفیف، متوسط، یا شدید متغیر باشد. اولین علامت، درد بعد از انجام فعالیت طولانی است. با شروع فشار وارده بر مفصل و پیشرفت تخریب مفصلی علائم گوناگونی بروز می‌کند، که برخی از آن‌ها عبارتند از:

- دردی که با فعالیت فیزیکی خاص تشدید می‌شود. این درد به تدریج به درد در حالت عادی نیز کشیده می‌شود.
- سفتی و کاهش دامنه حرکتی
- وجود صدا در هنگام حرکات مفصلی و همراه با درد
- بزرگ‌شدن مفاصل
- ورم مفصل
- ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره

دانستن اطلاعات اولیه و پایه‌ای کمک ویژه‌ای به پیشگیری و درمان آرتروز می‌کند. در مواقعی که آرتروز هنوز علائم ندارد یا علائم آن خفیف است، پیشگیری نقش اساسی در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری خواهد داشت.

پیشگیری از آرتروز از راه‌های زیر امکان‌پذیر است:

- کنترل وزن و کاهش فشار به مفصل از مهم‌ترین اقدامات است.
- افزایش قدرت عضلانی (افزایش پتانسیل و ظرفیت بدن، نقش اساسی در جلوگیری از پیشرفت بیماری و حتی بهبودی فرد دارد).

- تقویت عضلات موضعی و تقویت عضلات کل بدن (عضلات قوی ضربه‌گیرهای مناسبی برای فشار وارده بر مفاصل هستند).
- افزایش توازن در عضلات (مثلا افرادی که عضله چهار سر قوی دارند ولی همسترینگ ضعیفی دارند، بدن فشار بیشتری را در زانو تحمل می‌کند که این می‌تواند در نهایت منجر به آسیب زانو شود).
- ایجاد حمایت در ناحیه اطراف مفصل درگیر با استفاده از وسایل کمکی
- اصلاح بدشکلی‌های مفاصل
- اصلاح و درمان بیماری زمینه‌ای

اگر آرتروز پیشرفت کرده و به درجه متوسط و شدید رسیده باشد، از درمان‌های متعددی استفاده می‌شود؛ ولی باید دانست که هرگونه درمان تنها می‌تواند سبب کاهش علائم بیماری، آسان‌تر شدن فعالیت‌های روزمره و توقف پیشرفت بیماری شود و بیماری را به صورت قطعی درمان نمی‌کند. درمان‌ها در این مرحله از بیماری عبارتند از:

- تحریکات الکتریکی
- تمرینات عمومی
- آب‌درمانی و استفاده از استخر
- استفاده از تمرینات هوازی و تقویتی

آن‌چه برای پیشگیری و کنترل آرتروز باید رعایت کرد:

- در صورت بروز آرتروز در مفاصل اندام تحتانی اگر بیمار اضافه وزن دارد باید وزن وی کاهش یابد.
- از چهار زانو نشستن خودداری شود.
- بالا و پایین رفتن از پله کاهش یابد.
- از ایستادن طولانی مدت خودداری شود.
- تا حد ممکن از دستشویی ایرانی استفاده نشود.
- تا حد امکان فعالیت‌های بدنی حفظ شوند، ولی مراقبت از مفصل آسیب دیده فراموش نشود.
- در زمان فعالیت‌های سنگین از آتل استفاده شود و بعد از انجام فعالیت، آتل باز شود.
- استفاده از آب‌درمانی بسیار مفید است.
- پیاده‌روی روزانه در حدود ۲۰ دقیقه در روز انجام شود.
- از پیاده‌روی بر روی سطح شیب‌دار و یا پیاده‌روی طولانی‌مدت خودداری شود.

تمرینات هوازی در سالمندان مبتلا به التهاب مفصل زانو

ورزش‌های هوازی بهترین گزینه برای شروع هستند، چراکه به تقویت عضلات پایین تنه کمک می‌کنند. تمرینات هوازی با شدت کم می‌تواند کارکرد قلبی - عروقی را بهبود بخشد، احساس سلامت در فرد ایجاد کند، به کنترل وزن کمک کند و هم‌زمان با محافظت از مفاصل، به تقویت عضلات کمک کند. این تمرینات شامل پیاده‌روی و شنا کردن است. برای سود بردن از این تمرینات باید شدت تنفس تند شود ولی فرد همچنان بتواند با دیگری حرف بزند. لازم است از ورزش‌هایی که فشار زیادی روی زانو می‌آورد (مانند دویدن) و ورزش‌هایی که شامل پرش، پیچش سریع یا توقف ناگهانی است (مانند تنیس و بسکتبال) خودداری شود. شنا و ورزش‌های درون استخر برای افراد مبتلا به

آرتروز بسیار سودمند است. سعی کنید که ورزش‌های هوازی با شدت کم را دست کم چهار بار در هفته حداکثر تا ۳۰ دقیقه در روز انجام دهید. لازم است به آرامی شروع کنید. داشتن سرعتی متعادل و آهسته بسیار مهم است. مبتلایان به آرتروز باید مراقب علائم خود باشند و در صورت احساس کمترین درد تمرین را متوقف کنند.

اگر حرکات ورزشی در زندگی روزمره وارد شود، بسیار اثربخش خواهد بود. با افزودن حرکات ورزشی به سبک زندگی می‌توان مفاصل را در طول روز منعطف نگه داشت. نباید زمان مشخصی را برای تمرین پرفشار کنار گذاشت و در بقیه ساعات غیرفعال بود.

تمرینات هوازی داخل آب

شنا کردن یکی از بهترین انتخاب‌ها برای زمانی است که زانودرد دارید. آب گرم برای عضلات و مفاصل، تسکین‌دهنده است و اثر شناوری آب، فشار وارد بر مفاصل را کاهش می‌دهد. به علاوه، آب مقاومتی ایجاد می‌کند که می‌تواند قدرت عضلات ناحیه زانو را افزایش دهد. کرال پشت یا شنای آزاد را به عنوان حرکات اصلی انتخاب کنید ولی انجام تمرینات زیر نیز در داخل آب برای بیماران سودمند خواهد بود:

- یک تخته شنا را روی آب قرار دهید. به پشت روی آن دراز بکشید. با پاهای خود به آب ضربه بزنید. تا جایی که می‌توانید زانوهای خود را بالا بیاورید.
- در آب راه بروید. جلیقه نجات ببندید و به آرامی در طول استخر قدم بزنید. مقاومت آب سبب افزایش ضربان قلب می‌شود اما فشاری به بدن وارد نخواهد شد و می‌توانید زانوهای خود را تقویت کنید. می‌توانید درون آب به جلو، عقب یا حتی به کنار هم قدم بزنید.
- ورزش‌های گروهی درون آب علاوه بر مفرح بودن، فعالیت هوازی مناسبی برای زانو درد محسوب می‌شوند.

استفاده از تردمیل

اگر می‌توانید بدون درد راه بروید، تردمیل انتخاب بسیار خوبی است. تفاوت پیاده‌روی روی تردمیل با پیاده‌روی روی آسفالت خیابان، سطح نرمی است که تسمه نقاله تردمیل برای راه رفتن شما فراهم می‌کند.

درمان ارتوزی آرتروز

ارتوزها نقش مهمی در توانبخشی برخی اختلالات اسکلتی و عضلانی دارند. ارتوزها وسایلی هستند که بر روی قسمت‌هایی از بدن بسته یا پوشیده می‌شوند و نقش‌های متفاوتی مانند حمایت، بی‌حرکت نگه داشتن، بهبود عملکرد، کاهش فشار و بار به مفاصل، پیشگیری از آسیب بیشتر، توزیع بهتر نیروها و اصلاح بدشکلی دارند. کفی‌های طبی، زانوبندها، کمربندها و مچ بندهای طبی همه ارتوز محسوب می‌شوند. در آرتروز نیز ممکن است در بخشی از مراحل درمان و در کنار سایر درمان‌ها، استفاده از این وسایل تجویز شود. در زیر به تعدادی از ارتوزها که در سیر درمان و مراقبت آرتروز استفاده می‌شود، می‌پردازیم:

الف. ارتوزهای مورد استفاده در آرتروز مفاصل دست

در امتداد قاعده شست و نزدیک مچ دست مفصلی قرار دارد که احتمال آرتروز در آن زیاد است. با پیشرفت بیماری،

مفصل دچار نیمه دررفتگی می‌شود که ممکن است راستای مفصل قاعده شست را تحت تأثیر قرار دهد. در آرتروز این مفصل از اسپلینت (نوعی ارتوز) برای بی‌حرکت‌کردن مفصل، حفظ وضعیت مناسب برای مفصل و حفظ فضای بین انگشت شست و انگشت دوم استفاده می‌شود. این موارد به کاهش درد و التهاب کمک می‌کند. این وسیله، عامل درمان قطعی مفصل درگیر و بافت های اطراف نیست، ولی انجام فعالیت‌ها را با درد کمتر ممکن کرده و می‌تواند پیشرفت بیماری را کندتر کند. این اسپلینت‌ها اگر با هدف محدود کردن حرکت تجویز شوند، از جنس‌های سخت یا نیمه سخت هستند. بعضی از انواع اسپلینت‌ها به صورت پیش‌ساخته و بعضی دیگر به صورت سفارشی توسط متخصص ارتوز ساخته می‌شوند. بعضی از طرح‌ها ممکن است سطح بیشتری از دست و مچ دست را در بر بگیرند. استفاده از اسپلینت به شدت بیماری بستگی دارد. گاهی ممکن است یک نوع اسپلینت برای هنگام خواب و نوع دیگر برای زمان فعالیت‌های روزمره تجویز شود.













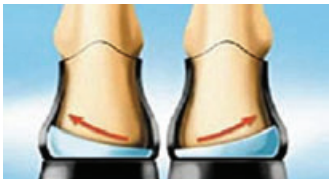
ب. ارتوزهای مورد استفاده آرتروز زانو



زانوبندها

در بین مفاصل اندام تحتانی، آرتروز زانو بسیار شایع است. در طی مراحل درمان استفاده از ارتوز زانو با هدف کاهش فشار بر بخش آسیب دیده مفصل زانو، کاهش التهاب، افزایش پایداری و حمایت از مفصل می‌تواند تجویز شود. ارتوزهای زانو طرح‌ها و عملکردهای متفاوتی دارند. بعضی به صورت پیش‌ساخته موجود هستند و بعضی به صورت سفارشی ساخته می‌شوند. بعضی از انواع این ارتوزها از نوع نرم هستند. ارتوزهای نرم هم طرح‌های متفاوتی از انواع ساده کشی تا طرح‌های پیشرفته‌تر و از جنس‌های مختلف دارند. این ارتوزها مفصل را گرم نگه می‌دارند. کاهش درد و تورم و بهبود عملکرد مفصل را هم با این ارتوزها گزارش کرده‌اند. گروه دیگری از ارتوزهایی که در مراحل درمان غیرجراحی آرتروز زانو استفاده می‌شوند، مفاصل مکانیکی دارند و طوری طراحی شده‌اند که نیرو و فشار وارد به بخش آسیب دیده زانو را کاهش می‌دهند. در اکثر مواقع بخش داخلی مفصل زانو درگیر می‌شود، لذا زانو به سمت پرانتزی‌شدن می‌رود و در نتیجه فشار بر بخش داخلی زانو افزایش می‌یابد و موجب بروز درد و پیشرفت بیماری می‌شود. ارتوزهای کاهنده بار به بهبود راستای مفصل کمک می‌کنند. گروهی از افراد به دلیل احساس گرما در هنگام پوشیدن زانوبند، حس خوبی به آن ندارند. زانوبندها اگر تناسب خوبی با شکل و سایز بدن نداشته باشند، به طور مکرر جابجا شده و باعث تحریک پوست یا تورم می‌شوند. همچنین بعضی از افراد ممکن است هنگام پوشیدن آن، درست بر روی اندام وزن نیندازند یا از حرکت اجتناب کنند که این امر خشکی مفصل را تشدید می‌کند. استفاده از زانوبند بخشی از یک برنامه جامع‌تر است و حفظ عملکرد و دامنه حرکتی مفصل زانو در آن اهمیت ویژه‌ای دارد.

پ. ارتوزهای پا (کفی‌ها)



در مواردی که آرتروز، بخش داخلی زانو را درگیر کرده باشد، استفاده از یک کفی با لبه خارجی، موجب کاهش فشار به بخش داخلی مفصل زانو و کاهش درد می‌شود. در مواردی که بخش خارجی زانو درگیر شود، کفی با لبه داخلی توصیه می‌شود.

ت. نوارهای چسبنده



گاهی از نوارهایی که در جهات و زوایای مشخص و مختلفی اطراف مفصل چسبانده می‌شوند، در درمان آرتروز استفاده می‌شود. این نوارها هر چند روز یکبار توسط درمان‌گر تعویض می‌شوند. در صورتی که با استفاده از این نوارها، احساس خارش و سوزش شدید و ناراحت‌کننده دارید، حتماً به درمان‌گر خود اطلاع دهید.

پوکی استخوان



یکی از تغییرات بدنی و عوارضی که با افزایش سن و به ویژه در زنان احتمال بروز آن بیشتر می‌شود، پوکی استخوان است. پوکی استخوان هنگامی رخ می‌دهد که سرعت از بین رفتن استخوان از سرعت ساخته‌شدن آن بیشتر شود. پوکی استخوان بیماری خاموش است و بدون هیچ علامتی می‌تواند پیشرفت کند. همین مساله می‌تواند باعث تشخیص دیرهنگام آن شود که معمولا با بروز شکستگی در استخوان و مشکلات ناشی از عدم جوش خوردن همراه است.

با افزایش سن و ورود به دوران سالمندی امکان ابتلا به پوکی استخوان در زنان و مردان وجود دارد. ولی شیوع آن در زنان با افزایش سن و به ویژه در دوران یائسگی بیشتر است. یائسگی قبل از ۴۵ سالگی، مشکلات هورمونی در مردان و زنان، مصرف برخی داروهای خاص مانند داروهای ضد تشنج، کشیدن سیگار، سابقه خانوادگی، مصرف زیاد الکل و نداشتن فعالیت بدنی منظم و کافی (به ویژه تمرینات قدرتی) از سایر علل مستعدکننده پوکی استخوان است.

به طور کلی پوکی استخوان در سالمندان به جز تغییر در تراکم استخوان، علائم اولیه زیادی ندارد و بهترین راه برای تشخیص آن در مراحل اولیه مراجعه به پزشک است. اگر سالمندان در ناحیه کمر، گردن، مفصل ران و مچ پا احساس درد شدید داشته باشند باید به پزشک مراجعه کنند، زیرا ممکن است دچار شکستگی ناشی از پوکی استخوان شده باشند که نیاز به بررسی و درمان دارد.

سالمندانی که تغذیه مناسب ندارند و فعالیت بدنی کافی انجام نمی‌دهند و یا در دوران جوانی و میانسالی به اندازه کافی در معرض نور خورشید نبوده‌اند، بیشتر در خطر ابتلا به پوکی استخوان هستند. اقدامات پیشگیری‌کننده از پوکی استخوان شامل فعالیت بدنی کافی به ویژه تمرینات ورزشی قدرتی، آهسته دویدن، پیاده‌روی، مصرف مقدار کافی کلسیم، دریافت ویتامین د، پرهیز از دخانیات و عدم مصرف مشروبات الکلی است. متاسفانه اکثر سالمندان نسبت به تغذیه خود توجه کافی ندارند، در حالی که نقش تغذیه در جلوگیری از ایجاد پوکی استخوان و پیشرفت آن بسیار مهم است. اکثر سالمندان به اشتباه فکر می‌کنند که این عارضه صرفا به ژنتیک و وراثت مرتبط است و در نتیجه، آن‌ها مبتلا به پوکی استخوان نمی‌شوند. در حالی که این تصور نادرست است. پوکی استخوان یک پدیده شایع در سالمندی است که البته می‌توان با تغذیه صحیح (مصرف میزان کافی کلسیم، ویتامین دی و پروتئین) و انجام تمرینات ورزشی از بروز آن پیشگیری کرد.

اغلب سـالمندان نمی‌دانند که اسـتخوان‌های ضعیفی دارند تا زمانی که مفصل ران، سـتون فقرات یا مچ دستشان دچار شکسـتگی شـود؛ چراکه همانگونه که ذکر شـد، پوکی اسـتخوان در مراحـل اولیه (یعنی تا قبـل از بروز عارضه شکستگی) هیچ علائمی ندارد. هنگامی که پوکی استخوان به طور قابل توجهی پیشرفت کند، حتی ممکن است فرد به دنبال عطسـه یا سـرفه دچار شکستگی در ستون مهره‌ها شود. به تدریج علائم واضح‌تری مانند کوتاه شدن قد و ایجاد قوز در سـتون فقرات ایجاد می‌شـود که می‌تواند سبب وارد آمدن فشار اضافه بر ریه‌ها و مجاری تنفسی شود. از طرف دیگر، شکستگی ناشی از زمین‌خوردن می‌تواند باعث درد گردن یا پشت شود که ناشی از شکستگی مهره‌ها و فشار بر ریشه‌های اعصاب است.

اکثـر سـالمندان فکر می‌کنند پوکی اسـتخوان همراه با درد اسـت، در حالی کـه این عارضه بـدون هیچگونه دردی در استخوان‌ها بروز کرده و پیشرفت می‌کند.

تمرینات درمانی برای پیشگیری از پوکی استخوان

برای داشتن استخوان‌هایی سالم و با تراکم مناسب هیچ وقت دیر نیست. برخی به غلط تصور می‌کنند ورزش‌کردن احتمال زمین‌خوردن را افزایش می‌دهد و یا باعث شکستن استخوان‌ها می‌شود، اما این تصور اشتباه است. فعالیت بدنی و ورزش در صورتی که به درسـتی و متناسـب با شـرایط فرد انجام شود، مزایای زیادی دارد که موارد زیر بخشی از آن‌هاست:

- باعث استحکام بخشیدن به استخوان‌ها و کاهش احتمال شکستگی استخوان‌ها می‌شود.
- عضلات را تقویت می‌کند.
- باعث بهبود تعادل و در نتیجه کاهش احتمال زمین‌خوردن می‌شود.
- انعطاف‌پذیری بدن را بهبود می‌بخشد.
- باعث کاهش درد می‌شود.

پیش از شـروع تمرینات ورزشـی، مشورت با پزشک و یا فیزیوتراپیست برای تدوین یک برنامه تمرینی مناسب الزامی است، زیرا برنامه تمرینی هر فرد بر اساس قدرت عضلانی، دامنه حرکتی مفاصل، میزان فعالیت بدنی روزانه، کیفیت راه رفتن و میزان تعادل او متفاوت است. در افراد با سنین بالا، بیماری‌های زمینه‌ای مانند چاقی، دیابت، فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی - عروقی شایع است که بیمار را ملزم می‌کند برای جلوگیری از بروز هرگونه اتفاق حین انجام تمرینات ورزشی حتما با پزشک یا فیزیوتراپیست خود مشورت کند. در ادامه به اصول کلی، برنامه تمرینی سالمندان اشاره شده است:

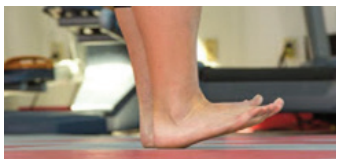
الف. تمریناتی که با انداختن وزن بدن روی پاها همراه است:

- تمرینات با شـدت بالا: شـامل آهسـته دویدن، طناب‌زدن آهسـته، تمرینات هوازی مانند دویدن آهسـته روی تردمیل، انجام ورزش‌های راکتی مانند تنیس، بدمینتون، پینگ پنگ
- تمرینات با شدت متوسط: رقص، کوهنوردی، بالا رفتن از پله‌ها
- تمرینات با شدت پایین: پیاده‌روی
- انجام این تمرینات تحمل وزن، به صورت روزانه ۳۰ دقیقه توصیه می‌شود. اگر پوکی استخوان شدید است، نباید تمرینات با شدت بالا انجام داد.

ب. تمریناتی که به تقویت عضلات کمک می‌کنند

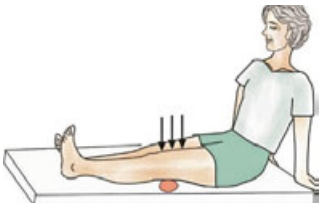


- **بلند کردن وزن بدن با کمک دست‌ها:** بر روی یک صندلی یا لبه یک تخت بنشینید به طوری که پاها آویزان باشند و دست‌ها را در کنار خود و یا روی دسته‌های صندلی بگذارید. سعی کنید که وزن خود را با کمک دست‌ها بلند کنید به طوری که باسن از روی تخت یا صندلی فاصله بگیرد. این حالت را ۵ ثانیه نگه دارید و ۵ مرتبه تکرار کنید.





- **تمرین قرار گرفتن روی پاشنه پا و پنجه پا:** سر پا بایستید و به آرامی پاشنه پای خود را از زمین بلند کنید، به طوری که پنجه پا روی زمین بماند. بعد از ۵ ثانیه، پاشنه را پایین بیاورید و این بار پنجه پا را بلند کنید، به طوری که پاشنه پا بر روی زمین بماند و ۵ ثانیه آن را نگه دارید. این تمرین را در هر جهت ۵ مرتبه تکرار کنید. اگر تعادل خوبی حین انجام این تمرین ندارید، کنار دیوار یا صندلی بایستید و از آن برای تکیه‌گاه دست‌ها استفاده کنید.



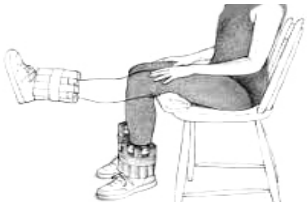
- **تقویت عضلات بالای زانو:** به پشت دراز بکشید و پاها را دراز کنید و یک بالش کوچک زیر زانوها قرار دهید. سپس سعی کنید پشت زانوهایتان را به بالشی که زیر زانوهایتان قرار دارد، فشار دهید و عضله بالای زانو را منقبض کنید. این انقباض را برای مدت ۵ ثانیه نگه داشته و برای ۵ مرتبه تکرار کنید. این تمرین را در حالت نشسته، در حالی که پاهایتان در مقابلتان دراز هستند، نیز می‌توانید انجام دهید.



- **بالا آوردن پا برای تقویت عضلات بالای زانو:** به پشت دراز بکشید و کف یکی از پاهایتان را روی زمین بگذارید و زانوی آن را خم کنید. پای دیگر را دراز کنید و سعی کنید همین پا را با زانوی صاف از زمین بلند کنید و به اندازه ۲۰ سانتی‌متر از زمین فاصله دهید. پا را برای مدت ۵ ثانیه بالا نگه داشته و سپس به آرامی پایین بیاورید. برای هر کدام از پاها این تمرین را ۵ مرتبه تکرار کنید.



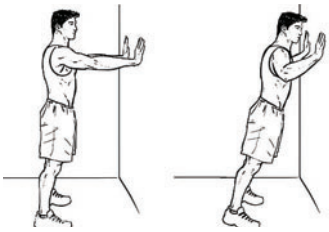
- **بالا آوردن پا از پهلو:** به پهلو دراز بکشید و زانوها را صاف کنید. سپس سعی کنید پای بالایی خود را از پهلو بالا بیاورید و ۵ ثانیه بالا نگه دارید و برای ۵ مرتبه تکرار کنید. سپس برگردید و روی پهلوی دیگر برای پای مخالف انجام دهید.



- **صاف کردن زانو:** لبه تخت یا صندلی بنشینید و پاها را آویزان کنید. سپس یکی از پاهای خود را بالا بیاورید و زانوی آن را صاف کنید. این حالت را برای مدت ۵ ثانیه نگه دارید و برای هر پا ۵ مرتبه تکرار کنید. برای سخت‌تر شدن تمرین در مراحل پیشرفته‌تر، می‌توانید از بستن وزنه به دور مچ پای خود استفاده کنید.



- **فشار دادن بالش میان پاها:** برای انجام این تمرین به پشت دراز بکشید و زانوها را خم کنید تا کف پاها بر روی زمین قرار بگیرند. یک بالش کوچک میان زانوهایتان قرار دهید و سعی کنید بالش را با زانوهایتان فشار دهید. ۵ ثانیه این فشار را حفظ کرده و رها کنید و ۵ مرتبه تکرار کنید.



- **تقویت عضلات بازو و سرشانه:** در مقابل دیوار بایستید و کف دست‌ها را روی دیـوار در مقابـل صورت خود قرار دهید. فاصله دسـت‌ها از هم، به اندازه عرض شـانه یا کمی بیشـتر باشـد. سـعی کنید که آرنج را به آرامی خم کرده و به دیوار نزدیک شوید. این حالت را برای مدت ۵ ثانیه نگه دارید و ۵ بار تکرار کنید.



- **تقویت عضلات سرشـانه:** بر روی یک صندلی بنشـینید و دسـت‌ها را در کنار بدن قرار دهید. سـپس برای انجام این تمرین، شـانه‌ها را بالا بیاورید و به گوش‌ها نزدیک کنید. ۵ ثانیه نگه دارید و رها کنید و برای ۵ مرتبه تکرار کنید.



- **تقویت عضلات جلوی بازو:** با اسـتفاده از وزنه یا بطری پر شده از آب آن را انجام دهید. به این صورت که روی یک صندلی بنشـینید. در حالی که وزنه را در دسـتان خود دارید، آرنج خود را خم و راسـت کنید. نحوه دیگر انجام این تمرین به این صورت اسـت که دو وزنه را در دسـت‌ها بگیرید. برای شـروع از وزنه یک کیلویی می‌توانید استفاده کنید (اگر وزنه ندارید می‌توانید دو عدد بطری آب معدنی کوچک را از آب پر کنید و به جای وزنه از آن‌ها اسـتفاده کنید). سپس با آرنج‌های صاف، دست‌ها را از کنار بدن بلند کنید و تا امتداد شانه بالا بیاورید و در این حالت برای مدت ۵ ثانیه نگه دارید. این حرکت را می‌توانید ۵ مرتبه تکرار کنید.



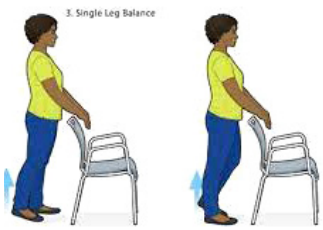
نکات قابل ذکر در انجام تمرینات بالا

- تمرینات بیشتری را می‌توانید با استفاده از وزنه و یا کش‌های ورزشی (تراباند) انجام دهید.
- برای پیشرفت تمرینات می‌توانید مدت زمان انجام آن‌ها را طولانی‌تر کنید و یا به تدریج تعداد تکرار آن را افزایش دهید.
- تمرینات تقویتی را هفته‌ای ۲ تا ۳ بار می‌توانید انجام دهید و به تدریج تعداد آن را در هفته بیشتر کنید.

پ. تمریناتی که به بهبود تعادل کمک می‌کنند:



- در مقابل یک صندلی بایسـتید و از محکم بودن و لیز نخوردن صندلی مطمئن شـوید. سپس دسـتان خود را روی پشـتی صندلی بگذارید و سـعی کنید که به آرامی یکی از پاهایتان را از زمین بلند کنید و به پشت ببرید. تا زمانی که احساس خستگی نکرده‌اید، در این حالت باقی بمانید. سپس این کار را برای پای مخالف تکـرار کنید. (این تمرین در مراحل اول شـروع تمرین درمانی توصیه نمی شـود چون درد را در زانویی که روی زمین هست تشدید می‌کند.)

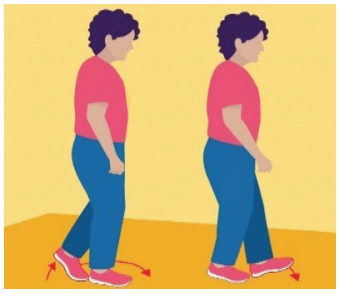


- بـرای پیشـرفت تمرین بـالا، می‌توانید یکی از دسـت‌های خود را آهسـته از روی صندلـی بردارید و سـعی کنیـد که تعادلتـان را بـر روی یک پا حفظ کنیـد. برای سـخت‌تر شـدن تمرین می‌توانید هر دو دسـت خود را از روی صندلـی بردارید و بدون کمک دست‌ها بر روی یک پا بایستید.

- برای پیشرفت این تمرینات، می‌توانید پایی را که بلند می‌کنید در جهات مختلف بالا بیاورید. به طور مثال یک بار از پهلو بالا بیاورید و سعی کنید بدون کمک دست‌ها، وزن خود را روی یک پا کنترل کنید. بار دیگر پا را از جلو بالا بیاورید و سعی کنید وزن خود را بر روی پای مخالف تحمل کنید. سپس پاها را جا به جا کنید.



- نزدیک یک دیوار بایستید و سپس پای راست خود را جلوی پای چپ خود بگذارید، به طوری که انگشتان پای چپ، پاشنه پای راست شما را لمس کنند و پاهای شما در راستای یک خط باشند. سپس پای چپ خود را جلوی پای راست خود بگذارید تا پاها کاملا بر روی یک خط باشند و با این روند سعی کنید که راه بروید (مانند بازی گردو شکستن). به این نکته توجه کنید که اگر اختلال تعادل دارید، حین انجام این تمرینات حتما کنار یک دیوار یا تکیه‌گاه محکم بایستید تا اگر احساس عدم تعادل داشتید، از آن کمک بگیرید و حتی بهتر است در مراحل اول انجام این تمرینات، شخصی کنار شما باشد و بر نحوه انجام تمرین توسط شما نظارت کند.



برای بهبود قدرت، انعطاف‌پذیری و تعادل می‌توانید ورزش‌هایی مانند پیلاتس و یا یوگا انجام دهید. فقط به این نکته توجه کنید که از انجام حرکاتی مانند خم‌شدن زیاد به جلو و یا چرخش‌های شدید تنه اجتناب کرده و حتماً قبل از ورزش، با فیزیوتراپ خود مشورت کنید.

ارتوزها در پوکی استخوان



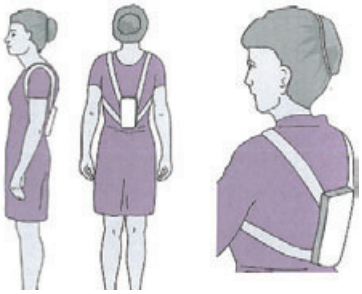
یکی از مناطق بدن که بیشتر تحت تأثیر پوکی استخوان قرار می‌گیرد ستون فقرات است. به دنبال پوکی استخوان، ساختمان مهره ضعیف و شکننده می‌شود. به طوری که نیروهای نه چندان شدید، مانند یک سرفه هم می‌توانند سبب آسیب و شکستگی در آن‌ها شوند. بیشتر مواقع خود فرد اصلاً متوجه وقوع این نوع شکستگی نمی‌شود. بعضی از افراد حتی درد شدیدی هم ندارند و ممکن است به صورت اتفاقی شکستگی مهره‌هایشان در رادیوگرافی توسط پزشک تشخیص داده شود. این نوع شکستگی می‌تواند باعث ایجاد قوز در ستون فقرات و کاهش حجم تنفسی شود. ایجاد قوز می‌تواند احتمال شکستگی‌های بیشتر را افزایش دهد. عوارض دیگر شامل درد پشت و کمر، کاهش تعادل و افزایش احتمال افتادن، قامت خمیده و فشار بر احشای شکمی است. به تدریج این وضعیت، تحرک و عملکرد افراد را کم می‌کند و عضلات نیز به مرور ضعیف می‌شوند.

ارتوزهای ستون فقرات در درمان پوکی استخوان

بهترین راهکار برای پیشگیری از شکستگی، یک برنامه منظم کنترل شده شامل تغذیه مناسب، فعالیت بدنی کافی، کنترل راستای قامت و پیشگیری از خمیدگی قامت با برنامه های ورزشی مناسب، کنترل داروها و ارزیابی دوره‌ای تراکم استخوان و سلامت عمومی است. در صورت وقوع شکستگی، ارتوزها روش‌های کم هزینه و کم خطری برای درمان آن هستند.

کمربندهای طبی و قوزبندها از ارتوزها محسوب می‌شوند. این وسایل می‌توانند درد را کاهش دهند و ستون مهره‌ها را در راستای بهتری نگه دارند. در افراد با عضلات ضعیف، این وسایل می‌توانند نقش حمایت‌کننده هم داشته باشند. استفاده از ارتوز معمولاً بخشی از برنامه درمانی فرد است که به همراه دارودرمانی و فیزیوتراپی تجویز می‌شود.

یکی از ارتوزهای مورد استفاده در پوکی استخوان، قوزبند دارای وزنه است. در این وسیله وزنه‌ای به وزن حدود یک کیلوگرم وجود دارد که پایین‌تر از کتف‌ها قرار می‌گیرد. بر اساس تحمل و راحتی فرد ممکن است از وزنه‌هایی با وزن کمتر هم استفاده شده و به تدریج به وزن آن‌ها اضافه گردد. وزن نهایی بیشتر از ۱۲۰۰ گرم نخواهد بود. این وسیله در فعالیت‌های ایستاده یا زمان پیاده‌روی استفاده می‌شود. وزن این وزنه به فعال شدن عضلات پشت، افزایش قدرت عضلات اطراف ستون فقرات، صاف‌شدن تنه و کاهش قوز ستون فقرات کمک می‌کند. برای افزایش اثربخشی، استفاده از این وسیله همراه با درمان فیزیوتراپی توصیه می‌شود. این وسایل، ساده هستند و در طرح‌های مختلفی موجودند و از آن‌جا که محدودیت خاصی برای افراد ایجاد نمی‌کنند، به خوبی مورد استقبال استفاده‌کنندگان قرار می‌گیرند. نکته مهم این است که این وسیله برای درد حاد و بی‌حرکت کردن محل شکستگی و بهبود شکستگی‌هایی که تازه رخ داده مناسب نیست، بلکه برای دردهای مزمن از آن استفاده می‌شود.



- **نکته ۱:** ممکن است پزشک وسیله ای برای درمان شما تجویز کند که پوشیدن آن برایتان سخت باشد یا با آن راحت نباشید. با توجه به اینکه هر یک از ارتوز ها موارد تجویز و منع تجویز خاصی دارند، هرگز نسبت به استفاده خودسرانه از انواع دیگر ارتوز اقدام نکرده و ناراحت بودن وسیله یا مشکلات خود را با پزشک یا متخصص ارتوز خود مطرح کنید.
- **نکته ۲:** قوزبند دارای وزنه را در زمان خواب استفاده نکنید.
- **نکته ۳:** قوزبند هایی که دور شانه قرار گرفته و کتف ها را به عقب می‌کشد هیچ تاثیری بر کاهش انحنای ستون فقرات ندارد.





براساس محل و شدت ضایعه و ویژگی های فردی، طرح‌های دیگری از ارتوزها ممکن است تجویز شود. این طرح‌ها مانند کرست‌های کمری یا کرست‌های کمری-سینه‌ای و ... با فشار وارد کردن به شکم و افزایش حس عمقی به بهتر شدن راستای قامت و کم شدن فشار بر روی مهره‌ها و همچنین به بهبود تعادل در زمان ایستادن کمک می‌کنند. ارتوزهای کمری- سینه‌ای پوشش بیشتری روی سطح پشتی تنه داشته و بندهایی هم دارند که با عقب کشیدن و باز شدن شانه‌ها، حمایت بیشتری برای مهره‌های ناحیه پشتی ستون فقرات فراهم می‌کنند.

در موارد درد و شکستگی حاد، ارتوزها با هدف پایدار کردن ستون مهره‌ها و کمک به بهبود شکستگی استفاده می‌شوند و طرح آن‌ها به گونه‌ای است که بی‌حرکتی بیشتری فراهم می‌کنند. ارتوزهایی که برای درد و شکستگی حاد استفاده می‌شوند از نوع سخت هستند، حرکات را محدود می‌کنند و اغلب باید در همه ساعات شبانه‌روز پوشیده شوند. این ارتوزها تنها در زمان حمام‌کردن و تحت نظر و توصیه درمان‌گر درآورده می‌شوند. پوشیدن و درآوردن این

وسـایل هـم نیاز به آموزش دارد. با پوشـیدن این نـوع ارتوزها، حرکت به همه جهات مخصوصا خم شـدن به جلو و نشستن روی مبل و صندلی کوتاه امکان‌پذیر نیست و در واقع هدف آن‌ها هم کنترل بعضی از حرکات و اطمینان از بهبودی فرد اسـت. اگر در محل‌های تماس وسـیله با پوسـت، قرمزی، سـایش و ناراحتی احسـاس شـود، باید به متخصص ارتوز اطلاع داده شود. استفاده‌کنندگان از این ارتوزها باید همیشه زیر آن یک لباس نخی نازک بپوشند که عرق را جذب کند و از پوستشان محافظت کند.





فصل هفتم

توانبخشی در دیابت

مقدمه



غذاهایی که می‌خوریم طی فرآیند گوارش در معده و روده شکسته شده و به قند ساده یا «گلوکز» تبدیل می‌شوند. گلوگز وارد جریان خون می‌شود و قند خون بالا می‌رود. به طور هم‌زمان، بدن هورمون «انسولین» را تولید می‌کند.

«انسولین» باعث می‌شود قند از خون، وارد سلول‌ها شده و انرژی مورد نیاز سلول‌ها را تامین کند. در نتیجه قند خون پایین می‌آید. در بیماری دیابت، این فرآیند به درستی اتفاق نمی‌افتد. زیرا بدن نمی‌تواند انسولین کافی تولید کند یا اینکه انسولین تولید شده، نمی‌تواند به درستی در بدن عمل کند. در نتیجه، قند خون بالا باقی می‌ماند. بالا باقی‌ماندن قند خون باعث می‌شود دیواره رگ‌های خونی ضخیم شده و این رگ‌ها به مرور، تنگ شده و بسته شوند. در نتیجه قسمت‌های مختلف بدن آسیب می‌بینند. عوارض مختلف ناشی از دیابت شامل اختلال در عملکرد کلیه، مشکلات بینایی، آسیب به اعصاب محیطی بدن و پای دیابتی، به علت بالا بودن قند خون ایجاد می‌شوند.

دیابت به دو نوع زیر وجود دارد:

- دیابت وابسته به انسولین (نوع ۱): به علت عدم ترشح انسولین (هورمونی که باعث می‌شود گلوکز بتواند وارد سلول‌های بدن شود و در آنجا بسوزد و انرژی تولید کند) از لوزالمعده ایجاد می‌شود. کودکان و نوجوانان و افراد زیر ۳۰ سال بیشتر به این نوع از دیابت مبتلا می‌شوند.
- دیابت غیروابسته به انسولین (نوع ۲): به دیابت بزرگسالی نیز معروف است و حدود ۹۰ درصد موارد دیابت را تشکیل می‌دهد. در بدن این افراد، انسولین به اندازه کافی ترشح می‌شود، اما نمی‌تواند عملکرد خود برای ورود گلوکز به درون سلول‌ها را انجام دهد. دیابت نوع ۲ به آهستگی ایجاد می‌شود و معمولا پنج سال پس از ابتلا به بیماری تشخیص داده می‌شود.

علائم و نشانه‌های دیابت معمولا شامل تشنگی فراوان، تکرر ادرار، اختلال بینایی، بی‌حسی و یا مورمور شدن انگشتان دست و پا، ایجاد زخم و تاخیر در بهبودی زخم ها است. علت دقیق دیابت مشخص نیست ولی عواملی مانند ژنتیک، عدم تحرک و چاقی را در بروز آن دخیل می‌دانند. درمان دیابت به نوع دیابت بستگی دارد.

درمان اصلی دیابت نوع ۱ تجویز انسولین است، در حالی که برای کنترل دیابت نوع ۲ برانجام فعالیت بدنی کافی، رژیم غذایی و نیز مصرف داروهای خوراکی کاهش دهنده قند خون تاکید می‌شود. در مراحل پیشرفته دیابت نوع ۲ نیز مصرف انسولین ضرورت پیدا می‌کند.

عوارض دیابت

اگر دیابت کنترل نشود چه مشکلاتی را ممکن است برای من ایجاد کند؟

- **بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته‌های مغزی:** احتمال بیماری‌های قلبی در افراد دیابتی بیشتر است. علت بیماری قلبی در این افراد، ضخیم‌شدن و انسداد دیواره رگ‌های خونی بر اثر بالا بودن قند خون طی چندین سال است. عدم استفاده از سیگار، کنترل فشار خون، مصرف غذاهای کم چرب، انجام ورزش منظم، کنترل قند خون و مصرف داروهایی مانند آسپرین (در صورت لزوم و با تجویز پزشک) خطر بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد.
- **مشکلات بینایی:** تاری دید به صورت حاد در صورت بالا بودن قند خون بسیار شایع است؛ اما در موارد افت قند

خون نیز ممکن است اتفاق بیفتد. در موارد مزمن، مشکل اصلی، آسیب شبکیه چشم است که طی آن، رگ‌های کوچک چشم سخت و شکننده شده و موجب آسیب شبکیه می‌شود. این آسیب، منجر به مشکلات بینایی و گاهی اوقات نابینایی می‌شود؛ ولی با تشخیص سریع و به موقع قابل کنترل است. بسیار مهم است که افراد دیابتی برای معاینه شبکیه چشم، حداقل به صورت سالانه به چشم‌پزشک مراجعه کنند. هنگام مراجعه حتما به چشم‌پزشک بگویند که دیابت دارند و می‌خواهند از نظر آسیب شبکیه ناشی از دیابت بررسی شوند.

- **آسیب عصب:** آسیب عصب در افراد دیابتی بسیار شایع است و نشانه‌های آن از درد سوزشی و خواب رفتن پاها یا دست‌ها تا بر هم خوردن تعادل در حین ایستادن متغیر است. هر چیزی که تحت کنترل عصب‌هاست ممکن است تحت تاثیر قرار بگیرد. با کنترل مناسب قند خون، می‌توان از نوروپاتی پیشگیری کرد یا آن را کنترل نمود.
- **مشکلات پا:** دغدغه پاها و مراقبت از آن به دلایل مختلفی در افراد دیابتی مطرح است. اولا وجود آسیب اعصاب در افراد دیابتی باعث خواب رفتگی پاها می‌شود. در نتیجه حساسیت پاها به گرما، سرما و درد کاهش می‌یابد. بنابراین، در صورت آسیب پاها، ممکن است فرد در مراحل اولیه متوجه آن نشود و زمانی متوجه شود که شدت آسیب زیاد شده است. به همین دلیل، تمرین مراقبت صحیح و منظم از پاها بسیار مهم است. همچنین، در صورتی که دیواره رگ‌های خونی ضخیم شده باشد، جریان خون پاها کمتر می‌شود. در نتیجه بهبود آن دچار مشکل شده و با تاخیر صورت می‌گیرد.
- **عفونت‌ها:** در افراد دیابتی، سیستم ایمنی بدن ضعیف‌تر بوده و احتمال عفونت بیشتر است. شایع‌ترین عفونت‌ها در افراد دیابتی عفونت پوست، مثانه، کلیه، مجرای تناسلی و لثه‌ها است. کنترل قند خون و درمان فوری عفونت اهمیت زیادی دارد. همچنین مراقبت از پوست، خشک و تمیز نگه داشتن آن و استفاده از کرم مرطوب کننده برای جلوگیری از خشکی پوست به ویژه در مراقبت از پاها مهم است.
- **آسیب کلیه‌ها:** به علت بالا بودن طولانی‌مدت قند خون، ممکن است کلیه‌ها آسیب ببینند.

الف. پای دیابتی



زخم پا یکی از عوارض مهم بیماری دیابت است و خطرات زیادی برای افراد مبتلا به همراه دارد. زخم‌هایی که بهبود پیدا می‌کنند هم خطر عود مجدد دارند. زخم دیابتی جدا از مشکلات و ناتوانایی‌هایی که برای فرد بیمار به دنبال دارد، بار بزرگی را بر سیستم‌های بهداشتی درمانی کشور تحمیل می‌کند. بنابراین، پیشگیری از ایجاد زخم پا در بیماران مبتلا به دیابت اهمیت بسیار بالایی دارد. سه عامل خطر اصلی برای بروز زخم پای دیابتی مطرح است که شانس ایجاد پای دیابتی را افزایش می‌دهد. این عوامل عبارتند از: اختلال در حس پا، بیماری‌های سرخرگی و بدشکلی‌های پا (بدشکلی‌های پا می‌توانند با افزایش فشار وارد بر نواحی خاص، احتمال بروز زخم را افزایش دهند).

برای پیشگیری از زخم پای دیابتی لازم است این اقدامات مدنظر قرار گیرد:

- تشخیص عوامل خطر و انجام معاینات منظم و دوره‌ای
- آموزش به بیمار، خانواده و مراقبان سلامت
- اطمینان از استفاده مداوم از کفش مناسب
- درمان عوامل خطر بروز زخم

انجام معاینات دوره‌ای بیماران توسط متخصص از نظر زخم پای دیابتی بستگی به وجود عوامل خطر سه گانه (که

در بالا ذکر شد) دارد:

- بیماران دیابتی بدون عوامل خطر: هر سال یک بار
- بیماران دیابتی که اختلال حس پا یا بیماری‌های سرخرگی دارند: هر ۶ تا ۱۲ ماه یک بار
- افرادی که دو عامل خطر را با هم دارند (اختلال حس پا و بیماری‌های سرخرگی، اختلال حس و بدشکلی پا، یا بیماری‌های سرخرگی و بدشکلی پا): هر ۳ تا ۶ ماه یک بار
- افرادی که اختلال حس یا بیماری‌های سرخرگی را به همراه حداقل یکی از این موارد: سابقه زخم پا، قطع بخشی از پا، محدودیت حرکت مفصلی، پینه‌های وسیع و بیماری شدید کلیه، دارند: هر یک تا سه ماه یک بار

رعایت این موارد برای پیشگیری از بروز پای دیابتی در بیماران مبتلا به دیابت لازم است:

۱. افراد دیابتی باید از راه رفتن با پای برهنه و یا با جوراب بدون کفش مناسب و یا استفاده از دمپایی با زیره نازک در داخل و خارج از خانه اجتناب کنند. در این زمینه لازم است این موارد آموزش داده شود:

- روزانه با دقت هر دو پای خود را معاینه کنند و بروز هر گونه تاول، خراش، ساییدگی، قرمزی و تغییر شکل و رنگ را به پزشک متخصص خود اطلاع دهند. اگر خود سالمند قادر به یادگیری و انجام این کار نیست (مثلاً به علت ضعف بینایی، ضعف یا مشکلات بدنی)، فرد دیگری این کار را برای او انجام دهد.
- قبل از پوشیدن کفش، داخل آن را دقیق بررسی کنند و از نبود اجسام خارجی مانند سنگ‌ریزه در آن مطمئن شوند.
- پاهای خود را روزانه با آب با دمای زیر ۳۷ درجه شستشو دهند و به دقت، به ویژه بین انگشتان پاها را خشک کنند.
- از قرار دادن پا به مدت طولانی درآب اجتناب کنند.
- از بخاری یا کیسه آب گرم برای گرم‌کردن پا استفاده نکنند.
- از نرم‌کننده‌های مناسب برای پیشگیری از خشکی پوست پا استفاده کنند ولی بین انگشتان پا را چرب نکنند.
- ناخن‌های پا را به صورت مستقیم و نه مایل یا گرد، کوتاه کنند.
- برای برداشتن پینه و میخچه پا از مواد شیمیایی یا چسب استفاده نکنند.

۲. جوراب بدون درز و بدون کش محکم بپوشند. جوراب‌هایی که کش محکم دارند و روی پا رد می‌اندازند، خطر زخم را تشدید می‌کنند.

۳. افراد دیابتی باید درباره اصول صحیح مراقبت از پا برای پیشگیری از زخم پا شامل زخم‌های پا و عواقب آن‌ها، رفتارهای پیشگیرانه، استفاده از کفش مناسب، ارزیابی منظم پا، رعایت دقیق اصول بهداشتی، مشاوره با متخصص در فواصل زمانی منظم و مناسب، آموزش ببینند.

۴. فرد دیابتی که در خطر ایجاد زخم قرار دارد، باید به هرگونه اختلاف دما، تغییر رنگ و هر گونه نشانه عفونت یا التهاب در پا دقت کند. اگر متوجه عفونت یا التهاب شود باید فعالیت خود را کاهش داده و سریعاً وضعیت خود را به پزشک متخصص اطلاع دهد.

۵. افراد مبتلا به دیابت که در معرض خطر بروز زخم پا قرار دارند و یا زخم پای بهبود یافته دارند، باید از کفش طبی متناسب با شکل و ویژگی های پا و کاملاً اندازه استفاده کنند تا فشارهای کف‌پایی در آن‌ها کاهش یابد و به جلوگیری از ایجاد زخم کمک کنند. این افراد لازم است از پوشیدن کفش‌های تنگ، دارای درز و سطوح ناهموار

اجتناب کنند. پوشیدن کفش گشاد نیز توصیه نمی‌شود. طول کفش باید حدود ۱ تا ۲ سانتیمتر از پا بیشتر باشد. عرض کفش بخصوص در ناحیه پنجه باید مناسب پا باشد و عریض‌ترین ناحیه پا در عریض‌ترین ناحیه کفش قرار بگیرد. عمق کفش باید مناسب باشد و به انگشتان، فضای کافی برای حرکت بدهد. خاصیت ضربه‌گیری در زیره کفش می‌تواند ضربات خفیفی که در هر گام به پا وارد می‌شود را جذب نماید. برای انتخاب کفش مناسب پای خود می‌توانید با متخصص ارتوز مشورت کنید. اگر کفش با ویژگی‌های مناسب در بازار موجود نیست، کفش مناسب ویژگی‌های پای خود را از مراکز ارتوز و پروتز که در حوزه دیابت فعالیت می‌کنند، تهیه کنید. اگر نیاز به کفی طبی داشته باشید، داخل کفش باید بدون به خطر انداختن پای شما، فضای مناسب داشته باشد.

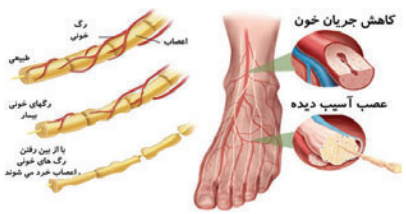
۶. پینه و میخچه پا با استفاده از وسایل مناسب که توسط متخصص تجویز می‌شود، درمان یا کنترل شود. پینه و میخچه می‌تواند موجب افزایش فشار در بافت و عامل ایجاد زخم باشد.

۷. از آنجا که فعالیت‌هایی مانند پیاده‌روی و تمرینات انعطاف پذیری و حفظ دامنه حرکتی به افراد دیابتی توصیه می‌شود، سطح و نوع فعالیت حتماً باید از طریق مشاوره با متخصص تعیین شود. انجام هر نوع فعالیت باید با استفاده از کفش مناسب صورت گیرد و بعد از فعالیت پا به صورت دقیق توسط خود فرد ارزیابی شود و هرگونه فشار، قرمزی و ساییدگی بررسی و پیگیری شود.

گاهی بدشکلی‌های انگشتان موجب ایجاد زخم هستند و با درمان‌های غیرجراحی بهبود پیدا نمی‌کنند، باید با روش جراحی اصلاح شوند. همچنین زخم‌هایی که بهبود پیدا نمی‌کنند، ممکن است نیاز به اقدامات جراحی داشته باشند.



ب. آسیب‌های عصبی ناشی از دیابت



آسیب عصبی ناشی از دیابت (که با نام نوروپاتی دیابتی هم خوانده می شود) بیشتر در بیمارانی ایجاد می‌شود که مدت زیادی از ابتلای آن‌ها به دیابت می‌گذرد. حدود نیمی از بیماران دیابتی، نوعی آسیب عصبی دارند. با کنترل قند خون در محدوده تعیین شده برای بیمار می‌توان مانع از بروز آسیب عصبی ناشی از دیابت شد و یا آن را به تاخیر انداخت. کنترل قند خون در افراد بیمار مبتلا به آسیب عصبی نیز

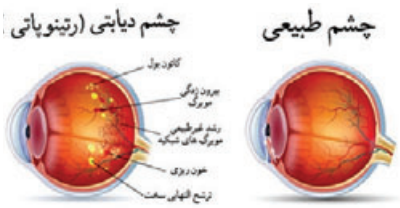
می‌تواند از بروز آسیب بیشتر جلوگیری کند. با افزایش میزان قند خون، فشار وارده به اعصاب از یک طرف باعث اختلال در انتقال جریان عصبی و ایجاد آسیب در اعصاب می‌شود و از طرف دیگر باعث فشردگی و تنگی عروق تغذیه‌کننده عصب‌ها می‌شود که آسیب‌های شدیدتر را به دنبال دارد. عواملی مانند مصرف سیگار و مشروبات الکلی، زمینه ژنتیکی و التهاب در عصب نیز می‌توانند باعث بروز آسیب عصبی ناشی از دیابت شوند.

در اکثر مواقع بیماران مبتلا به آسیب عصبی ناشی از دیابت بدون علامت هستند و حتی ممکن است از وجود بیماری خود اطلاع نداشته باشند. با تشدید بیماری، علائم و نشانه‌هایی در بدن ایجاد می‌شود. برخی از علائم آسیب عصبی ناشی از دیابت عبارتند از:

- احساس گزگز و مورمور شدن و یا سوزن‌سوزن شدن در نواحی مختلف بدن به خصوص پاها و دست‌ها
- احساس دردهای تیرکشنده در پاها (که ممکن است کوتاه‌مدت و یا طولانی‌مدت باشند)
- سوزش پاها به شکلی که فرد احساسی شبیه به فرو کردن چاقو در پاهای خود را دارد.
- افزایش حساسیت پاها (بیمار گاهی از تماس ملحفه با پوست پاهایش احساس ناراحتی می‌کند)
- بی‌حسی و ضعف در پاها به ویژه در هنگام راه‌رفتن (به طوری که بیمار نمی‌تواند پای خود را احساس کند)
- داغ شدن و یا سردشدن بیش از حد پاها
- عدم تعادل به هنگام راه‌رفتن و یا ایستادن
- مشکلات بینایی مانند دو بینی و یا اختلال در تطابق با نور (به ویژه هنگام رانندگی در شب و یا رفتن از جای تاریک به جای روشن)
- کندی روند بهبود زخم پاها
- مشکلات جنسی (در مردان از بین رفتن توانایی ایجاد و حفظ نعوظ و در زنان خشکی مجرا و عدم تحریک جنسی و ارضا نشدن)
- سرگیجه به هنگام بلند شدن ناگهانی، غش کردن ناگهانی و یا داشتن حمله‌های قلبی بدون درد
- تعریق بیش از حد در شب و هنگام غذاخوردن و خشکی پوست پاها

برای تشخیص آسیب عصبی ناشی از دیابت باید بیمار توسط پزشک متخصص معاینه و آزمایشات لازم برای او انجام شود. برای درمان آسیب عصبی ناشی از دیابت، علاوه بر مراجعه به متخصصان فیزیوتراپی، می‌توان با تجویز پزشک متخصص از داروهای مختلف برای برطرف کردن علائم استفاده کرد.

پ. آسیب شبکیه چشم ناشی از دیابت



در بیماران دیابتی که قند خون آن‌ها کنترل نشده است، شبکیه چشم (پرده‌ای در عقب چشم که سلول‌های بینایی در آن قرار دارد و تصویر اجسام بر روی آن تشکیل می‌شود) آسیب می‌بیند، که به آن رتینوپاتی دیابتی گفته می‌شود. در این بیماری، ممکن است عروق کوچک شبکیه دچار آسیب شود و از آن‌ها خون نشت کند و باعث ورم شبکیه شود. در این مرحله دید بیمار کم نمی‌شود. با تشدید بیماری ممکن است بر روی شبکیه، رگ‌های خونی جدید و غیرطبیعی رشد کنند که چون دیواره ضعیف دارند و شکننده هستند، می‌توانند باعث خونریزی شوند. خون خارج شده از رگ‌ها مانع رسیدن نور

به شـبکیه می‌شـود و در نتیجه، تصویر تار و درهم دیده خواهد شـد. این مرحله می‌تواند به کاهش شدید بینایی و کوری منجر شـود. تغییراتی که در شـبکیه بوجود می‌آید، کاملا مشخص است و توسط چشم‌پزشکان تشخیص داده می شود. علائم آسیب شبکیه ناشی از دیابت شامل مگس پران (دیدن نقاط و سایه‌هایی جلوی چشم)، تاری دید، اختلال دید در شب و داشتن نقاط کور در مرکز بینایی است.

بـا مصـرف به موقع داروها، کنتـرل رژیم غذایی، کاهش وزن، کاهش چربی و کلسـترول، انجام فعالیت بدنی منظم و کافی، کنترل فشـار خون، کنترل میزان قند خون و خودداری از مصرف الکل و سـیگار می‌توان از بروز آسـیب شبکیه ناشی از دیابت جلوگیری کرد یا پیشرفت آن را کند کرد. در مراحل اولیه بیماری به درمان خاصی نیاز نیست و معاینات دوره‌ای و منظـم کافی اسـت. در مراحل پیشـرفته‌تر بیماری، از لیزر بـرای از بین بردن رگ‌های خونی روی شـبکیه استفاده می‌شود.

خودمدیریتی در بیماری دیابت

برای جلوگیری از بروز یا تشدید عوارض دیابت چه باید کرد؟

خوشبختانه می‌توان با پیگیری و مراقبت منظم، جلوی بسیاری از این عوارض را گرفت یا آن‌ها را به تعویق انداخت. نقش خود شـما در این زمینه از هر چیزی مهم‌تر اسـت. باید از بدن خود و نشـانه‌های آن آگاه باشـید. اگر به موقع متوجه نشانه‌هایی مانند عفونت یا مشکل بینایی شوید، درمان آن آسان‌تر خواهد بود.

- در هر بار ویزیت به پزشک یا پرستار خود، یادآوری کنید که دیابت دارید.
- در خانه، به طور منظم، قند خونتان را اندازه‌گیری کرده و یادداشت کنید.
- سیگار نکشید یا مصرف سیگار خود را کم کنید.
- داروهایی که برایتان تجویز شده را به درستی مصرف کنید.
- بـرای پیشـگیری از عوارض دیابت، کنترل فشـارخون به اندازه قند خون اهمیت دارد. مطمئن شـوید که فشـار خونتان تحت کنترل است.
- لازم است سالانه چند بار برای کنترل مقدار هموگلوبین خون که به گلوکز متصل است (A1C)، آزمایش خون بدهید.
- معاینه چشم‌ها سالی یک بار یا دو سال یکبار باید انجام شود.
- آزمایش خون برای ارزیابی میزان کلسترول و چربی خون خود را به طور سالانه انجام دهید.
- با انجام آزمایش، عملکرد کلیه‌های خود را به طور سالانه کنترل کنید.
- معاینات منظم دندانپزشکی داشته باشید و هر روز مسواک بزنید.
- هر سال واکسن آنفلوانزا بزنید. در صورت تجویز پزشک، حداقل یک بار واکسن ذات‌الریه (پنوموکوک) تزریق کنید.
- مراقبت صحیح از پاها را در خانه تمرین کنید. پوستتان را تمیز نگه دارید و مراقب پوست خود باشید.

چگونه از پاها مراقبت کنیم؟

- وجود هر گونه قرمزی، زخم یا برجستگی را در پاهای خود بررسی کنید. در صورت مشاهده این نشانه‌ها به پزشک خود اطلاع دهید.
- هر بار پیش از پوشیدن کفش، داخل آن را بررسی کنید.
- هر روز پاها را با آب ولرم و صابون بشویید.

- پاها (به ویژه نواحی بین انگشتان پا) را کاملا خشک کنید.
- هر روز جوراب هایتان را عوض کنید یا بشویید. جوراب خیس یا سفت نپوشید. از جوراب نخی استفاده کنید.
- روی نوک پنجه راه نروید. از کفش‌های پاشنه بلند یا پنجه تنگ استفاده نکنید.
- ناخن‌ها را صاف کوتاه کنید و دو انتهای آن را گرد نکنید.

چطور می‌توان قند خون را در محدوده مناسب نگه داشت؟

علاوه بر پیگیری و مراقبت منظم، باید قند خون را در محدوده مناسب (نه خیلی بالا و نه خیلی پایین) حفظ کرد. این کار عوارض دیابت را کاهش داده یا از آن پیشگیری می‌کند. از طرف دیگر، اگر عارضه خاصی رخ داده باشد، کنترل مناسب قند خون جلوی بدتر شدن آن را می‌گیرد. میزان مناسب قند خون برای هر سالمند، با توجه به شرایط خاص وی متفاوت است و در این زمینه باید از پزشک کمک گرفته شود. وقتی میزان قند خون بیش از حد بالا یا پایین باشد، مشکل‌ساز می‌شود. با ایجاد تعادل در رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مصرف منظم داروها می‌توان از نوسانات قند خون جلوگیری کرد.

بالا رفتن قند خون به صورت تدریجی اتفاق می‌افتد و معمولا بدون نشانه است. البته ممکن است نشانه‌هایی مانند تشنگی بیش از حد، تکرر ادرار، خستگی و تاری دید وجود داشته باشد. پایین بودن قند خون زمانی است که قند خون کمتر از ۶۰ میلی گرم در دسی‌لیتر باشد. این وضعیت ممکن است به صورت ناگهانی طی چند دقیقه یا چند ساعت، ایجاد شود. نشانه‌های پایین بودن قند خون شامل سرد شدن پوست و عرق کردن، تند شدن و سخت‌شدن ضربان قلب، گرسنگی، خواب رفتگی و سوزش در انگشتان دست و پا، لرزش، گیجی، عصبانیت، تحریک‌پذیری، لکنت زبان، سردرد، تشنج، تعریق شبانه، بی‌خوابی و عدم هوشیاری است.

چرا گاهی اوقات قند خونم بیش از حد بالاست؟

عدم مصرف کافی یا به موقع دارو، نگهداری دارو در شرایط نامناسب و غیراستاندارد، به موقع غذا نخوردن، مصرف بیش از حد غذا مخصوصا غذاهای شیرین، ورزش نکردن یا فعالیت بدنی کمتر از حد معمول، فشارهای روانی، تب، سرماخوردگی، آنفلوانزا یا جراحی و به طور کلی اغلب بیماری‌های حاد یا عفونی، می‌توانند باعث بالا رفتن قند خون شوند. در صورتی که مشخص شود قند خون فرد بالا رفته است، باید توجه کنید که چه ماده غذایی و به چه مقدار مصرف کرده‌اید. ورزش و فعالیت بدنی خود را افزایش دهید و برای تغییر احتمالی داروهایتان، به پزشک مراجعه کنید. ممکن است افزایش قند خون ناشی از بیماری دیگری مانند سرماخوردگی باشد که باید به دقت بررسی شده و اقدامات لازم صورت گیرد.

چرا گاهی اوقات قند خونم بیش از حد پایین است؟

عدم مصرف به موقع انسولین یا داروهای مربوط به دیابت، مصرف بیش از حد انسولین یا داروهای مربوط به دیابت، مصرف کمتر از حد غذاهای حاوی کربوهیدرات (قند، نشاسته و فیبر)، به موقع غذا نخوردن یا حذف وعده‌های غذایی، ورزش یا فعالیت بدنی بیش از حد، ورزش در زمان نامناسب و فشارهای روانی می‌توانند باعث پایین آمدن قند خون شوند.

در صورتی که افت قند خون فورا درمان نشود، وضعیت اورژانس را برای فرد ایجاد می‌کند. در این موارد فورا باید قند

خون را بالا برد. همیشـه یک شـکلات یا خوردنی شیرین با خود داشته باشـید. باید بدانید چه زمانی نیاز به درمان پزشکی دارید. اگر در یک هفته بیش از سه بار افت قند خون اتفاق بیفتد و قند خون بدون علت مشخصی کمتر از حد معمول باشـد یا اینکه نیاز به کمک فرد دیگری داشـته باشد، باید به پزشک مراجعه کند. همیشه بیمار دیابتی باید کارتی همراه داشته باشد که اطلاعاتی درباره نام داروها، نام پزشک معالج و شماره تلفن در آن نوشته شده باشد تا در مواقع اورژانس افراد دیگر متوجه شوند چه اقدامی انجام بدهند و با چه کسی تماس بگیرند.

اگر دچار بیماری‌های عفونی شدم چه کنم؟

وقتی فرد دیابتی بیمار شده و دچار عفونت، سرماخوردگی یا آنفولانزا می‌شود، قند خون بالا می‌رود. در این صورت، داروها را طبق برنامه مصرف کنید، مگر اینکه پزشک شما برنامه دارویی دیگری را برای شما تجویز کرده باشد.

- برای جلوگیری از کاهش آب بدن، مایعات بیشـتری بنوشـید. در صورتی که قند خونتان بیشـتر از ۲۴۰ میلی‌گرم بر دسـی‌لیتر اسـت، مایعات غیرشیرین مانند آب یا چای بنوشـید. اگر قند خونتان پایین است نیم تا یک لیوان مایعات شیرین مانند آبمیوه بنوشید.
- حتما غذا بخورید. وعده‌های غذایی کوچک یا میان وعده‌ها می‌توانند مناسب باشند.
- حتما یکی از اعضای خانواده یا دوستان خود را در جریان بیماری خود قرار دهید و با آن‌ها در تماس باشید.
- اطلاعات تماس پزشک یا مرکز درمانی خود را در دسترس داشته باشید. از قبل، از پزشک یا پرستار خود بپرسید که در چه صورتی باید به آن‌ها مراجعه کرده یا تماس بگیرید.

دیابت و مصرف غذاهای سالم



تغذیه نقش بسیار مهمی در کنترل قند خون و پیشگیری از عوارض دیابت دارد. حتی تغییـرات کوچک در غذا خوردن، می‌تواند تغییرات بزرگی را در سـطح قند خون شما ایجاد کند. گاهی به اشـتباه تصور می‌شود که افراد دیابتی نباید غذایی را که دوست دارند، بخورند. این درست نیست. بلکه افراد باید یاد بگیرند که انتخاب‌های غذایی سـالم‌تری داشـته باشـند، روش‌های جدید یا متفاوتی را بـرای آماده‌کردن غذاها بیاموزند و به طـور منظم و در حد اعتدال غذا بخورند. سه اصل تغذیه‌ای مهم وجود دارد:

- برای تامین همه مواد غذایی مورد نیاز بدن، باید غذاهای متنوع در برنامه غذایی گنجانده شود.
- وعده‌های غذایی باید به طور منظم مصرف شوند و هیچ وعده‌ای حذف نشود.
- در هر وعده به اندازه غذا خورده شود، نه کمتر و نه بیشتر.

بنابراین، افراد دیابتی باید بیشـتر از بقیه افراد نسـبت به این که چه موقع، چه چیزی و چه مقدار بخورند، حسـاس باشند. بهتر است وعده‌های غذایی، کوچک‌تر و کم‌حجم‌تر بوده و هر ۵-۴ ساعت در طی روز مصرف شوند، صبحانه نباید حذف شود و بین زمان غذا خوردن با زمان ورزش یا مصرف دارو باید تعادل برقرار شود.

دیابت و فعالیت بدنی

کم‌تحرکـی طولانی‌مـدت در هـر فـردی باعث ضعف، خشـکی مفصل، خسـتگی، بی‌میلی، فشـارخون بـالا، چاقی، پوکی اسـتخوان، یبوسـت، افزایش حساسـیت به درد، اضطراب و افسـردگی می‌شـود. فعالیت بدنی و ورزش باعث انعطاف‌پذیـری مفاصـل و تقویت قلب، ریه‌ها و رگ‌های خونی می‌شـود و به پیشـگیری از بیماری‌های قلبی کمک

می‌کند، فشار روانی را کاهش داده و باعث کاهش احساس اندوه و ناراحتی در فرد می‌شود.

منافع حاصل از فعالیت بدنی و ورزش عبارتند از:



- ورزش‌کردن جزء مهمی از برنامه خود مدیریتی است و برای همه افراد، مخصوصا افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مفید است.
- ورزش با سوزاندن کالری در بدن باعث کاهش قند خون می‌شود.
- علاوه بر کنترل قند خون، ورزش منظم، فشار و چربی خون را نیز تنظیم می‌کند.
- ورزش منظم قدرت، انرژی و اعتماد به نفس را بالا می‌برد و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد.
- ورزش باعث دستیابی به وزن مناسب می‌شود و فشار ناشی از اضافه وزن بر روی مفاصل را کاهش می‌دهد.
- ورزش منظم از ایجاد لخته خون جلوگیری می‌کند.
- ورزش منظم به عملکرد مفاصل و سلامت غضروف‌ها و استخوان‌ها کمک می‌کند.

ورزش باعث سوزاندن کالری در بدن می‌شود. اگر ورزش هوازی منظم انجام شود، باعث افزایش ضربان قلب و تند شدن تنفس می‌شود. در نتیجه، سوخت و ساز بدن بالا می‌رود. در ابتدا، بدن برای تامین انرژی مورد نیاز خود، قند اضافی موجود در جریان خون را می‌سوزاند، بعد از حدود ۳۰ دقیقه، بدن برای تامین انرژی خود، شروع به سوزاندن کالری از چربی می‌کند. این موضوع باعث کنترل وزن و تناسب بدنی می‌شود.

پس از پایان ورزش، سوخت و ساز بدن فورا به سطح طبیعی باز نمی‌گردد و تا ۶ ساعت سطح سوخت و ساز بدن بالا باقی می‌ماند. بنابراین، تا مدتی پس از ورزش کالری‌سوزی در بدن ادامه دارد.

چقدر فعالیت بدنی داشته باشیم؟

- افزایش تناسب و سلامت به تدریج اتفاق می‌افتد، اما هر روز که ورزش می‌کنید سالم‌تر شده و به سمت تناسب پیش می‌روید.
- به یاد داشته باشید که شروع فعالیت بدنی ملایم در هیچ سنی و در هیچ زمانی دیر نیست.
- بهتر است از زمان کوتاه، مثلا ۵ دقیقه شروع کنید.
- به تدریج زمان ورزش کردن را به ۳۰ دقیقه و حداقل ۴ بار در هفته افزایش دهید.
- هر حرکت را چند بار تکرار کنید. به تدریج تعداد دفعات و تنوع ورزش را افزایش دهید.

ورزش‌های هوازی بسیار مناسب هستند. در این ورزش‌ها، عضلات بزرگ بدن به صورت منظم و ملایم فعالیت می‌کنند. این ورزش‌ها، عملکرد قلبی - عروقی و عضلانی را بهبود می‌بخشند. مناسب‌ترین نوع فعالیت بدنی، آن‌هایی هستند که کل بدن را درگیر می‌کنند مانند راه‌رفتن، شنا کردن، دوچرخه‌سواری و رقصیدن.

بهترین زمان فعالیت بدنی وقتی است که قند خون در بیشترین مقدار خودش است.

کنترل فشار روانی و هیجانات

هیجانات منفی (مانند خشم، فشار روانی، افسردگی) نشانه‌هایی از طرف بدن هستند که نشان می‌دهند اتفاق

غیرعادی در بدن رخ داده است. این نشانه‌ها روی یکدیگر تاثیر می‌گذارند و ممکن است علائم دیابت را بدتر کنند و یا مشکلات و علائم جدیدی ایجاد کنند. به عبارت دیگر، اگر هیجانات منفی و فشار روانی کنترل نشوند، باعث ضعیف‌شدن سیستم ایمنی بدن می‌شوند، در نتیجه بدن ضعیف شده و بیماری‌هایی مانند دیابت مشکلات بیشتری را ایجاد می‌کنند. از این رو کنترل فشار روانی و هیجانات منفی برای کنترل دیابت و جلوگیری از عوارض آن (مانند بیماری‌های قلبی، مشکلات بینایی، مشکلات پا، عفونت‌ها، مشکلات کلیه و...) ضروری است.

قبل از این‌که بتوانید هیجانات و احساسات خود را مدیریت کنید، باید بدانید چه احساسی دارید و چه علامت و نشانه‌ای را تجربه می‌کنید . سپس باید علت آن را جستجو کنید. وقتی که شما علت احتمالی نشانه‌های خود را بدانید، بهتر می‌توانید روشی برای مقابله با این نشانه‌ها و علت آن پیدا کنید. البته پیدا کردن علت فشار روانی، خشم و افسردگی کار راحتی نیست؛ زیرا مشکلات و نشانه‌های همراه با بیماری مزمن، متعدد و پیچیده بوده و اغلب با هم در ارتباط هستند.

فشار روانی



فشار روانی باعث افزایش ضربان قلب و فشار خون، سفتی عضلات گردن و شانه، افزایش سرعت تنفس، خشکی دهان و تعریق می‌شود. زمانی که فشار روانی برطرف شد، این نشانه‌ها به تدریج از بین می‌روند. اگر عامل ایجاد فشار روانی برای طولانی‌مدت باقی بماند و از بین نرود، ممکن است مشکلاتی مانند فشار خون بالا، تنگی نفس و درد عضلانی و مفصلی را ایجاد کند. زمانی که نتوانید فشار روانی را کنترل کنید و بیش از حد ظرفیت شما باشد مشکل‌ساز می‌شود.

وجود برخی علائم نشان می دهد که فشار روانی بیش از حد داریم:

- گرفتگی عضلات سر، گردن و شانه
- احساس عصبانیت، ناامیدی، درماندگی و تحریک‌پذیری
- ناخن جویدن، کندن مو، کوبیدن پا یا دیگر عادت های تکراری
- ساییدن دندان‌ها به هم یا قفل‌کردن فک
- تصادف‌های مکرر یا فراموش‌کردن کارها، وقایع و ...

چطور با فشار روانی مقابله کنیم؟

- اول باید ببینید در چه موقعیت‌هایی دچار فشار روانی می‌شوید.
- بعد به دنبال راه حل‌هایی باشید که فشار روانی شما را کاهش می‌دهند.
- بعد از اینکه راه حل‌های احتمالی را شناسایی کردید، یکی از آن‌ها را انتخاب کنید تا دفعه بعد که در موقعیت ایجادکننده فشار روانی بودید، آن را بکار ببرید (فرآیند حل مساله).
- با تغییر موقعیت و شرایط می‌توان برخی از انواع فشار روانی را با موفقیت مدیریت کرد، اما ممکن است انواع دیگری از فشار روانی وجود داشته باشد که در زمانی که انتظار آن را ندارید، اتفاق بیفتد. در این موارد هم می‌توان از فرآیند حل مساله استفاده کرد.
- اگر بدانید که چه موقعیت‌هایی برای شما فشار روانی دارد، قبل از اتفاق افتادن می‌توانید راه‌هایی را برای رویارویی با آن پیدا کنید. در ذهن خود تمرین کنید که در صورت قرار گرفتن در موقعیت‌های ایجاد کننده فشار

روانی چکار می‌توانید بکنید تا برای آن موقعیت‌ها آماده باشید.

- باید به نشانه‌های بدنی خود که با فشار روانی ایجاد می‌شود، توجه کنید. هرچه بهتر بتوانید این نشانه‌ها را بشناسید، بهتر می‌توانید فشار روانی را مدیریت کنید.
- می‌توانید از تکنیک‌های ذهنی مانند گفتگوی مثبت با خود، تصویرسازی ذهنی و آرام‌سازی برای رویارویی با فشار روانی استفاده کنید.
- داشتن خواب کافی، ورزش‌کردن و تغذیه مناسب به کاهش فشار روانی کمک می‌کند.

خشم



خشم یکی از معمول‌ترین پاسخ‌ها در برابر بیماری است زیرا بیماری مزمن و عوارض آن غیرقابل پیش‌بینی است و فرد اطمینان کافی به توانایی خود ندارد. ممکن است فرد مدام از خودش بپرسد چرا من؟ همه این موارد پاسخ‌های طبیعی خشم، در برابر بیماری مزمن هستند. فرد ممکن است نسبت به خود، خانواده، دوستان، متخصصان، خدا یا کل دنیا خشمگین باشد. ممکن است فرد خشم خود را روی چیزی دیگر یا فرد دیگری تخلیه کند. این واکنش طبیعی است، مخصوصا زمانی که فرد نداند عصبانی است یا چرا عصبانی است.

آگاهی از اینکه شما عصبانی هستید و پیدا کردن دلیل عصبانیتتان و فردی که نسبت به او خشم دارید، اهمیت زیادی در مدیریت موثر خشم دارد. همچنین باید راه‌هایی را برای نشان دادن خشم خود پیدا کنید زیرا خشمی که ابراز نشود، روز به روز بیشتر و بزرگ‌تر می شود، در نتیجه ممکن است خشم بسیار زیادی نسبت به دیگران ایجاد شود یا اینکه درونی شده و باعث ایجاد نشانه‌های دیگر مانند افسردگی شود.

می‌توانید برای مدیریت خشم خود کارهای متفاوتی انجام دهید:

- یاد بگیرید بدون سرزنش‌کردن یا توهین به دیگران، خشم خود را به صورت کلامی بیان کنید. می‌توانید یاد بگیرید بجای بکار بردن «تو» از «من» در مکالمات خود استفاده کنید.
- بدانید بسیاری از افراد حتی زمانی که خشم خود را بیان می‌کنید، نمی‌توانند کمکی به شما بکنند.
- راه دیگر برای رویارویی با خشم، تغییر انتظارات است. فرد باید از تغییر در شرایط و توانایی‌های خود آگاه بوده و براساس آن، انتظارات واقع بینانه‌ای از خود داشته باشد. مثلا اینکه انتظار داشته باشید بیماری شما کاملا خوب شود، غیرمنطقی است. اما می‌توانید از خود انتظار داشته باشید که با وجود بیماری، کارهای زیادی انجام دهید و این منطقی است. شما می‌توانید سرعت پیشرفت بیماریتان را کم کنید یا از بدتر شدن آن جلوگیری کنید. به جای اینکه به ده درصد کارهایی که نمی‌توانید انجام دهید، فکر کنید به نود درصد کارهایی که می‌توانید انجام دهید، فکر کنید.

داشتن نگرش مثبت و گفتگوی مثبت با خود می‌تواند به تغییر دیدگاه شما کمک کند. همچنین انجام فعالیت‌های جدید مانند ورزش‌کردن، نوشتن، گوش‌دادن به موسیقی و نقاشی می‌تواند به کنترل خشم کمک کند.



افسردگی

افسـردگی نیز یک واکنش طبیعی به بیماری مزمن اسـت. معمولا تعیین این‌که چه زمانی افسـرده می‌شوید، دشوار اسـت و افراد نمی‌توانند از افسرده شدن پیشگیری کنند. علائم افسرگی شامل موارد زیر است:

- از دست دادن علاقه نسبت به دوستانتان یا کارهایی که قبلا انجام می‌دادید
- سخت به خواب رفتن، تغییر الگوی خواب، برهم خوردن خواب یا بیش از حد خوابیدن
- تغییر الگوی غذا خوردن، از دست دادن علاقه به غذا یا بیش از حد خوردن
- تغییر وزن غیرطبیعی
- بی‌علاقگی به بهداشت و نظافت فردی
- احساس خوشحال نبودن
- از دست دادن علاقه نسبت به روابط زناشویی
- تصویر منفی نسبت به بدن خود
- بحث کردن پی در پی یا افزایش تحریک پذیری
- از دست دادن انرژی
- عدم توانایی تصمیم‌گیری

در این موارد دوسـتان یا اعضای خانواده می‌خواهند کمک کنند تا حال شـما بهتر شـود و احسـاس بهتری داشته باشید اما دقیقا نمی‌دانند که چه کمکی می‌توانند بکنند. وقتی تلاش آن‌ها برای کمک به شما بی‌نتیجه باقی بماند، دست از تلاش کردن می‌کشند.

چگونه با افسردگی مقابله کنیم؟

- افسرده باقی ماندن و داشتن افکار منفی باعث بدتر شدن افسردگی شما می‌شود. این چرخه را بشکنید و جلوی ایـن افکار را بگیرید. موفقیت برنامه خودمدیریتی به همین موضوع بسـتگی دارد. روی جنبه‌های مثبت اطراف خود مانند قدرتتان، دوستانتان و اهدافتان تمرکز کنید. اگر باور داشته باشید که شرایط بهتر می‌شود، این اتفاق می‌افتد.
- سـعی کنید از دیگران کمک بخواهید یا با کسـی صحبت کنید. گاهی فقط صحبت‌کردن می‌تواند این احساس را در شما تغییر دهد.
- افسـردگی ممکن اسـت ناشی از عوارض دارو باشد. با پزشک خود صحبت کنید. از طرفی، برخی داروها افسردگی را کاهش می‌دهند. خودسرانه دارو مصرف نکنید یا مصرف آن را قطع نکنید.
- به فعالیت‌های روزانه خود ادامه دهید. لباس مرتب بپوشید، تخت خواب خود را جمع کنید، به خرید یا پیاده‌روی بروید. غذا درست کنید.
- با دوستانتان تماس بگیرید و به ملاقات آن‌ها بروید. به سینما یا پارک بروید.
- عضو گروه‌های حقیقی یا مجازی شوید.
- کارهای داوطلبانه انجام دهید و به دیگران کمک کنید.
- برای مناسبت‌ها برنامه‌ریزی کنید و آن‌ها را انجام دهید. مثلا با بستگان و دوستان خود به تعطیلات بروید.

- هر روز ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ورزش کنید.
- از گفتگوی مثبت با خود استفاده کنید. صحبت‌کردن مثبت با خود، ابزار قدرتمندی در برابر افسردگی است.

فصل هشتم

توانبخشی در سکته مغزی

سکته مغزی در سالمندان



سکته مغزی هنگامی اتفاق می‌افتد که جریان خون بخشی از مغز قطع شده و یا کم شود و بافت آن قسمت مغز، دیگر نتواند به اکسیژن و مواد مغذی دسترسی داشته باشد. سکته مغزی شایع‌ترین علت ناتوانی در سراسر جهان اعلام شده است و وقوع آن تاثیر مهمی بر زندگی سالمندان و خانواده آن‌ها دارد. بر اساس وسعت منطقه‌ای از مغز که دچار آسیب شده و نیز نوع سکته مغزی، مبتلایان به سکته با درجات مختلفی از اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند. معمولا سکته، ناگهانی و غیرمنتظره بروز کرده و سالمند را دچار ناتوانی می‌کند. نکته مهم دیگر این است که علائم سکته مغزی در اغلب موارد پایدار است و برای بهبودی نیاز به اقدامات بازتوانی دارد.

در اکثر سکته‌های مغزی، رگ‌های خونرسان به مغز به علت ایجاد لخته در آن‌ها مسدود می‌شود و در نتیجه، خون به بافت مغز نمی‌رسد. در نوع دیگر سکته مغزی علت، پارگی یکی از رگ‌های مغز و ایجاد خونریزی در مغز است.

نشانه‌هایی که در هنگام سکته مغزی ایجاد می‌شود و با دیدن آن‌ها باید فرد به مراکز درمانی برده شود، عبارتند از:

- ضعف، سستی یا کرختی ناگهانی یک طرف بدن (در صورت، دست ها و پاها)
- افتادگی یا کج‌شدن یک طرف صورت
- ناتوانی در بالا بردن یک دست بالای سر
- لکنت زبان در هنگام تکرار یک جمله ساده و یا عدم توانایی در درک صحبت‌های دیگران
- سرگیجه ناگهانی
- از دست رفتن تعادل هنگام راه رفتن
- بروز ناگهانی و بدون علت سردرد
- بروز گیجی و منگی در یک لحظه
- تاری دید، کاهش بینایی یک یا هر دو چشم

با دیدن یک یا چند نشانه از علائم بالا در خود یا سالمندانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنید، بلافاصله با مرکز فوریت‌ها (اورژانس ۱۱۵) تماس بگیرید. هرچه بیماران سریع‌تر به بیمارستان برده شوند، شانس زنده ماندن بیشتر و احتمال آسیب مغز در آن‌ها کمتر خواهد بود. در این موارد باید از خوددرمانی اجتناب کرد و با اقدامات بدون فایده، وقت را تلف نکرد. فشارخون بالا، چربی خون بالا، نامنظم بودن ضربان قلب، دیابت، چاقی، سابقه سکته قلبی، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف دخانیات، احتمال بروز سکته را افزایش می‌دهد. بنابراین، با داشتن سبک زندگی سالم شامل: رژیم غذایی مناسب (کاهش مصرف غذاهای چرب و پرنمک، مصرف مقدار کافی میوه و سبزی)، فعالیت بدنی کافی و منظم، کنترل قند خون و فشار خون، عدم مصرف یا ترک دخانیات، ننوشیدن مشروبات الکلی و درمان بیماری‌های قلبی زمینه‌ای می‌توان از بروز سکته‌های مغزی پیشگیری کرد.

گاه سالمندان دچار یک سکته مغزی گذرا می‌شوند و ممکن است حتی آن را به خاطر نیاورند. در این نوع سکته‌های مغزی، علائم بیماری ظرف مدت حداکثر ۲۴ ساعت از بین می‌رود. با این حال باید دانست که سکته‌های مغزی گذرا نیز باید فورا درمان شوند، زیرا احتمال بروز سکته مغزی علامت‌دار را در آینده افزایش می‌دهند.

درمان سکته مغزی شامل درمان دارویی، جراحی و توانبخشی است. برای درمان دارویی سکته‌های ناشی از بسته شـدن رگ های مغزی، داروهایی تجویز می‌شـوند که لخته را در رگ‌های مغز از بین ببرند و در سـکته‌های همراه با خونریـزی مغزی، داروهایی تجویز می‌شـوند که جلـوی خونریزی را بگیرند. علاوه بر درمان خود سـکته مغزی، باید بیماری‌های زمینه‌ای فرد مانند بیماری قلبی، فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا را درمان کرد. در بعضی موارد بـرای زنده ماندن سـالمند مبتلا به سـکته مغزی جهت جلوگیری از پیشـروی خونریزی و کاهـش ورم مغز، جراحی لازم اسـت. بهبودی سـالمند پس از سـکته مغزی، به وسـعت منطقه آسـیب‌دیده مغز، تلاش و انگیزه سالمند برای توانبخشـی، سـن، حمایت خانواده، وضعیت اقتصادی، وضعیت ذهنی و حافظه سـالمند بستگی دارد. در بهترین حالت دو الی سـه ماه طول می‌کشـد تا سـالمند توانایی انجام کارهای روزمره خود را پیدا کند ولی در بیشتر بیماران بهبودی ماه‌ها و گاه سال‌ها به طول می‌انجامد.

باورهای نادرست درباره سکته مغزی

باور نادرسـت ۱: تماس با اورژانس وقت تلف کردن اسـت. بهتر اسـت سـالمند دچار سـکته مغزی را با وسـیله شخصی به بیمارستان ببریم.

بهترین زمان برای رسـاندن سـالمند به بیمارستان سه سـاعت اول بعد از سکته مغزی اسـت. تماس با اورژانس به بیمار کمک می‌کند تا با سـرعت بیشـتر داروهای لازم دریافت شـود و آسیب سـلول‌های مغزی کمتر گردد. نیروهای اورژانس، بیمار را به نزدیک‌ترین بیمارستان تخصصی برای درمان سکته مغزی می‌رسانند.

بـاور نادرسـت ۲: سـالمند دچار سـکته مغـزی را باید در بیمارسـتان‌های خصوصی بسـتری کنیم. رسـیدگی در بیمارستان‌های دولتی کافی نیست.

در بیمارسـتان‌های دولتـی دسترسـی بـه دارو و تخـت بـرای بسـتری شـدن سـالمند دچـار سـکته مغـزی مانند بیمارستان‌های خصوصی است.

باور نادرست ۳: سکته مغزی قابل پیشگیری نیست.

با سـبک زندگی سـالم مانند فعالیت بدنی روزانه، تغذیه سـالم و مراجعه دوره‌ای به پزشـک می‌توان از سکته مغزی پیشگیری کرد.

باور نادرست ۴: بیمار سکته مغزی به توانبخشی (فیزیوتراپی و کاردرمانی) نیاز ندارد. خودمان در خانه ورزشش می‌دهیم.

متخصصان توانبخشـی برای اینکه بدانند به هر سـالمند چه تمرین و ورزشی بدهند، دوره‌های تخصصی دیده‌اند. بنابراین، امکان ندارد یک فرد غیرمتخصص و دوره ندیده، بتواند تمرین درمانی سالمند دچار سکته مغزی را انجام دهد.

باور نادرست ۵: برای مراجعه به توانبخشی دیر نمی‌شود، حالا حالاها وقت داریم.

اقدامات توانبخشی باید هرچه زودتر انجام شود تا با کمک آن‌ها سالمند برای انجام کارهای روزمره به دیگران وابسته نشود.

باور نادرست ۶: هر کس که سکته می‌کند دست و پایش فلج می‌شود.

دسـت و پای هر فردی که سـکته مغزی می‌کند، فلج نمی‌شـود. ممکن اسـت فردی بعد از سـکته مغزی فقط دچار

اختلال حافظه و تغییرات خلق و خو شود یا اختلال در صحبت کردن پیدا کند. علائم در هر فرد، با توجه به منطقه درگیر در مغز، متفاوت است.

سوالات متداول درباره سکته مغزی

برای جلوگیری از بروز ناتوانی ناشی از سکته مغزی چه باید کرد؟

هر فردی که سکته می‌کند قبل از رسیدن به بهبودی کامل، دو مرحله را می‌گذراند. در مرحله اول که بلافاصله پس از سکته مغزی شروع می‌شود، سالمند دچار سنگینی، شل شدگی و ضعف دست و پای یک نیمه از بدن می‌شود. این مرحله معمولا حدود دو تا سه هفته طول می‌کشد. در مرحله دوم مفاصل دست و پای یک نیمه بدن دچار سفتی و خشکی می‌شوند. آن‌چه که یک سالمند باید در این دو مرحله انجام دهد، مصرف به موقع داروها و جدی گرفتن درمان‌های توانبخشی است که گاه ماه‌ها و حتی سال‌ها به طول می‌انجامد.

بیشترین میزان بهبودی از توانبخشی در سه ماه اول پس از سکته است و ممکن است این روند، تا شش ماه هم ادامه یابد. پس از شش ماه، روند بهبودی کند می‌شود. بهتر است توانبخشی خود را تا زمانی که بهبودی ادامه دارد (هرچند ناچیز) قطع نکنید.

چه زمانی از بیمارستان مرخص می‌شوم؟

بسته به نظر پزشک متخصص، ممکن است پس از ۷ تا ۱۰ روز از بیمارستان ترخیص شوید. معمولا زمان ترخیص، موقعی است که سالمند بتواند از تخت خارج شود و روی صندلی کنار تخت بنشیند و راه برود. ترخیص از بیمارستان به معنای دستیابی به بهبودی کامل نیست.

پس از ترخیص از بیمارستان چه باید بکنم؟

پس از ترخیص از بیمارستان بهتر است برای ادامه خدمات توانبخشی به نزدیک‌ترین مرکز جامع خدمات توانبخشی مراجعه کنید و یا اگر توانایی مراجعه را ندارید، خدمات توانبخشی در خانه را دریافت کنید. گاهی اوقات سالمند شرایط ترخیص را ندارد، مثلا کسی در خانه نیست که مراقب او باشد. در چنین مواردی بیمارستان‌های توانبخشی یا بخش‌های توانبخشی وجود دارند که بتوانند برای مدت زمان محدود از سالمند مراقبت کنند تا زمانی که بتواند بدون نیاز به پرستار به خانه برود.

آیا پس از سکته مغزی برای راه رفتن باید عصا به دست بگیرم؟

بسیاری از سالمندان پس از سکته، دچار اختلال تعادل می‌شوند و اگر عصا به‌دست نگیرند، احتمال زمین‌خوردن در آن‌ها زیاد است. در این موراد، برای بیمار عصا تجویز می‌شود. تجویز عصای تک‌پایه یا چهارپایه بستگی به وسعت سکته، قدرت عضلات به ویژه دست، توانایی‌های بیمار، وضعیت هوشیاری، درک و شناخت فرد و محیط زندگی سالمند دارد.

چرا بعد از سکته مغزی توانبخشی لازم است؟

مشکلاتی که سالمندان پس از سکته مغزی پیدا می‌کنند، گاه آنقدر گسترده است که لازم است یک تیم توانبخشی مسئولیت توانبخشی سالمند را به عهده بگیرد. این تیم معمولا متشکل از گفتاردرمان‌گر، فیزیوتراپیست، کاردرمان‌گر،

متخصصان ارتوز و پروتز، بینایی‌سنج، شنوایی‌سنج، مددکار اجتماعی و پرستار توانبخشی است. چالش‌هایی که سالمند پس از سکته مغزی با آن روبه‌روست و نیاز به توانبخشی دارد، عبارتند از:

- مشکل در برقراری ارتباط، مشکل در صحبت‌کردن یا درک و فهم گفته‌های دیگران
- گیرکردن لقمه در گلو یا اختلال بلع
- ضعف یا فلج عضلات نیمی از بدن
- خشکی مفاصل
- درد شانه
- وابسته‌شدن به دیگران حین انجام فعالیت‌های روزانه زندگی مانند حمام‌کردن، لباس‌پوشیدن، دستشویی رفتن و راه‌رفتن
- خستگی
- ورم‌کردن دست و پا
- پیچ‌خوردن مچ پا
- به‌هم‌خوردن تعادل موقع نشستن و راه‌رفتن
- زمین‌خوردن‌های مکرر
- از بین رفتن یا کم‌شدن حس درد، فشار، لمس، گرما، سرما
- اختلالات بینایی مانند کم بینایی، تاری دید یا از بین رفتن نیمی از میدان بینایی
- بی‌اختیاری ادرار و مدفوع
- فراموشی و کم‌شدن حافظه
- افسردگی، اضطراب، توهم، انزوا

معمولا بلافاصله پس از سکته مغزی، سالمند در بیمارستان بستری می‌شود. در این دوران، پزشک علاوه بر دارو، بسته به مشکلات بیمار، توانبخشی را برای فرد تجویز می‌کند. برای مثال برای اختلالات تکلم، مشکلات ارتباطی و بلع، گفتاردرمانی تجویز می‌شود، برای اختلالات حرکتی، درک و شناخت و ترخیص هرچه زودتر سالمند از بیمارستان، فیزیوتراپی و کاردرمانی توصیه می‌شود و برای اختلالات بینایی، مراجعه به بینایی‌سنج تجویز می‌گردد. پس از ترخیص سالمند از بیمارستان، توانبخشی باید مدت‌ها ادامه داشته باشد تا فرد توانایی خودمراقبتی پیدا کند.

فیزیوتراپی و کاردرمانی چه کمکی به سالمندان دچار سکته مغزی می‌کند؟

انجام توانبخشی حداقل ۴۵ دقیقه در روز، دوران بستری سالمند در بیمارستان را کاهش می‌دهد. معمولا ۲۴ ساعت پس از سکته، فیزیوتراپیست‌ها و کاردرمان‌گرها بر بالین بیماران حاضر می‌شوند و به آن‌ها کمک می‌کنند تا بتوانند تغییر وضعیت دهند (برای مثال بتوانند در تخت غلت بزنند، از حالت خوابیده به حالت نشسته درآیند، از تخت خارج شوند، بایستند و راه بروند). آن‌ها برای پیشگیری از زخم بستر، اختلالات حس و درک، محافظت از دست و بازوی طرف فلج شده و به طور کلی ناتوانی، اقداماتی را انجام می‌دهند. فیزیوتراپیست یا کاردرمان‌گر در اولین ویزیت، وضعیت حرکات اندام‌های مبتلا، همچنین وضعیت تعادل، حس، درک و شناخت را ارزیابی می‌کند. سپس برای بیمار یک برنامه درمانی در نظر می‌گیرد. این برنامه بر اساس نیازها، خواسته‌ها و انتظارات بیمار تنظیم می‌شود و به او کمک می‌کند توانایی‌های از دست رفته خود را بازیابد تا برای انجام کارهای روزمره خود، محتاج کسی نباشد.

سالمند باید تلاش کند که خودش کارهای روزمره‌اش را انجام دهد، زیرا انجام این فعالیت‌ها موجب حفظ قدرت عضلات، افزایش توان قلب و عروق و بهبود تعادل می‌شود و خشکی مفاصل را به تاخیر می‌اندازد. به علاوه فیزیوتراپیست‌ها برای کاهش مشکلات بی‌اختیاری ادرار و مدفوع ناشی از سکته مغزی، راهکارهایی را به بیماران پیشنهاد می‌دهند تا بتوانند مشکلات ادراری و دفعی خود را مدیریت کنند.

موقع فیزیوتراپی و کاردرمانی چه لباسی به تن داشته باشیم؟

سعی کنید موقع فیزیوتراپی و کاردرمانی لباس راحتی بپوشید. لزومی ندارد برای جلسات توانبخشی لباس رسمی مثل کت و شلوار به تن کنید. بهتر است لباس راحت یا شلوار کمرکشی بپوشید. اگر مچ پای شما دائم پیچ می‌خورد از مچ بند استفاده کنید. به علاوه کفش شما بهتر است ساق‌دار باشد.

اگر پس از سکته مغزی در صحبت‌کردن دچار مشکل شدم چه کنم؟

اختلال در حرف‌زدن و حتی فهم صحبت دیگران از مشکلاتی است که پس از سکته مغزی به وجود می‌آید. یکی از راه‌های درمان این مشکل مراجعه به متخصص گفتاردرمانی است. آسیب‌شناسان گفتار و زبان، از شیوه‌های متفاوتی جهت بهبود مشکلات سخن‌گفتن، غذا خوردن و بلع استفاده می‌کنند. به علاوه آن‌ها کمک می‌کنند تا در مواردی که سالمند، قادر به حرف‌زدن نیست و صحبت‌های دیگران را درک نمی‌کند، از راه‌های دیگر برای برقراری ارتباط استفاده کند.

اگر پس از سکته مغزی دچار فراموشی شوم و یا نتوانم کلمات یا خاطرات را به خاطر بیاورم چه کنم؟

موثرترین روش برای کمک به سالمندانی که دچار فراموشی شده‌اند، برقراری ارتباط مداوم با آن‌هاست. گاهی سالمندان در درک گفته‌های دیگران تاخیر دارند. از این رو باید زمان کافی در اختیار آن‌ها بگذاریم تا بتوانند مطالب دشوار را نیز درک کنند. استفاده از تصاویر و صداهای آشنا نیز می‌تواند به بهبود حافظه فرد کمک کند. در صورت مواجهه با مشکلات حافظه به گفتاردرمان‌گر و کاردرمان‌گر مراجعه کنید.

سالمند دچار سکته مغزی چه کمکی می‌تواند به خود بکند؟

- بعد از سکته مغزی بلافاصله نمی‌توان به زندگی پیش از سکته برگشت. بهبودی شما مدت زمانی طول می‌کشد ولی صبور باشید.
- پس از سکته تغییراتی در عواطف و هیجانات شما ایجاد می‌شود. اگر دچار احساس غم و اندوه یا احساس درماندگی یا عصبانیت شدید، از دیگران کمک بگیرید.
- انگیزه خود را برای ادامه تمرینات از دست ندهید و تمام حرکات توصیه‌شده توسط فیزیوتراپیست و کاردرمان‌گر را انجام دهید.
- سعی کنید از نزدیک‌ترین مرکز ارائه خدمات توانبخشی استفاده کنید.
- اگر متخصص توانبخشی را به خانه می‌آورید، مطمئن شوید که او تحصیل‌کرده یکی از رشته‌های توانبخشی است. بنابراین لازم است از آن‌ها کارت و شماره نظام توانبخشی و یا کارت عضویت در انجمن فیزیوتراپی، کاردرمانی یا گفتاردرمانی را بخواهید.

چگونه از سالمند دچار سکته مغزی در خانه مراقبت کنیم؟

- در صورتی که سالمند قادر به حرکت و جابه‌جایی نیست، هر دو ساعت یک بار، وضعیت بیمار سکته مغزی را که

در بستر است تغییر دهید (مثلا بیمار را از حالت خوابیده به پشت - طاقباز - به حالت خوابیده به پهلو، جابه‌جا کنید)؛ چون قسمت هایی از بدن او بی‌حس است و فشار را حس نمی‌کند، ممکن است دچار زخم بستر شود.

- مراقب باشید ملحفه زیر سالمند خیس و چروک نباشد.
- سالمند را به انجام تمریناتی که متخصصان توانبخشی برای او تجویز کرده‌اند، تشویق کنید.
- تمرینات فقط مخصوص مراکز توانبخشی نیست و لازم است تمرینات توصیه‌شده در خانه هم انجام شود.
- سالمند را برای مستقل‌شدن و تلاش برای استفاده از توانایی‌های خود تشویق کنید.
- گاه مراقبان و اطرافیان با توجه بیش از حد به سالمند، اجازه نمی‌دهند که هیچ یک از کارهای روزمره‌اش را خودش به تنهایی انجام دهد. این کار سالمند را به دیگران وابسته می‌کند و کیفیت زندگی او را کاهش می‌دهد. بهتر است با مشاوره گرفتن از متخصصان توانبخشی، حد و مرز کمک کردن به سالمند را بدانید. تشویق سالمند به استفاده از حداکثر توانایی‌های خود، اعتماد به نفس او را بالا می‌برد و همکاری و امید به زندگی او را برای ادامه توانبخشی که ممکن است مدت‌ها طول بکشد، افزایش می‌دهد.
- محبت و توجه بیش از اندازه نه تنها برای سالمند مفید نیست بلکه او را به اطرافیان وابسته‌تر می‌کند و انتظارات او را از دیگران افزایش می‌دهد. این وابستگی به مرور باعث فرسودگی فردی می‌شود که مراقب اصلی سالمند است و در نهایت این چیزی نیست که به سود سالمند باشد.
- به سالمند کمک کنید تا انجام فعالیت‌های زندگی خود (مانند پارک‌رفتن، کتاب‌خواندن، تلویزیون تماشا کردن و غیره) را تا زمان رسیدن به بهبودی کامل متوقف نکند.
- به خاطر داشته باشید، سرگرمی، تفریح، مسافرت، معاشرت و فعالیت‌های مشابه، روحیه سالمند را بالا می‌برد.
- از مشاوره و راهنمایی کاردرمان‌گرها و روانشناسان بالینی برای تغییر سبک زندگی، خوگرفتن با تغییرات جدیدی که در زندگی سالمند پس از سکته بوجود آمده و نیز سازگاری با ناتوانی‌های ناشی از سکته استفاده کنید.
- با کمک متخصصان کاردرمانی محیط زندگی را برای سالمند امن کنید. این متخصصان کمک می‌کنند تا با نصب دستگیره‌ها، استفاده از کف‌پوش‌هایی که مانع سرخوردن شوند و مناسب‌سازی فضای داخل خانه برای راه رفتن، استفاده از دستشویی، حمام و غیره، خطر زمین‌خوردن سالمند و عوارض ناشی از آن‌ها مانند شکستگی به حداقل برسد. وقتی یک سالمند زمین می‌خورد، بلند شدن از زمین برای او بسیار سخت است. بنابراین، برای آن‌که سالمند زمین نخورد، مناسب‌سازی محل عبور و مرور او در خانه اهمیت زیادی دارد. همچنین وجود نور کافی در اتاق‌ها و راهروها خصوصا شب‌ها اهمیت بسیاری دارد.
- اغلب سالمندان دچار سکته مغزی مجبور هستند انواع داروها (مانند داروهای قلبی، کنترل فشارخون، کنترل قند خون و پایین آورنده چربی خون) را مصرف کنند. همه داروهایی که یک سالمند مصرف می‌کند، عوارض جانبی دارند. هرگونه تغییری که پس از مصرف دارو در رفتار سالمند ایجاد می‌شود و یا نشانه‌های جدیدی که در سالمند پدیدار می‌گردد، می‌تواند عارضه جانبی داروها باشد. همیشه لیستی از داروهای مصرفی و میزان و نحوه استفاده از آن‌ها را به همراه داشته باشید تا در صورت بروز مشکل و مراجعه به پزشک، اقدامات سریع‌تر و بهتری برای شما انجام شود. بدون مشورت با پزشک داروها را قطع نکنید.
- هیچ‌گاه بدون مشورت با پزشک داروی مکمل مصرف نکنید. زیرا بعضی از این داروها می‌تواند باعث سکته مغزی دوباره شود.

- هرگونه تغییر غیرعادی سالمند را به پزشک گزارش کنید. گاهی اوقات، ماه‌ها پس از ترخیص سالمند از بیمارستان، عوارض و مشکلات جدید و غیرمعمول به دنبال سکته بوجود می‌آید که لازم است پزشک را از آن‌ها باخبر کنید.
- سرعت بهبودی پس از سکته مغزی تا سه ماه بعد از سکته زیاد است. پس از آن سرعت بهبودی بسیار کند می‌شود. البته این بدان معنی نیست که روند بهبودی متوقف شده است. تا زمانی که این بهبودی ادامه دارد، باید توانبخشی ادامه پیدا کند.
- گاهی سالمندان پس از سکته مغزی دچار نوسانات یا تغییرات خلقی می‌شوند. گاه گریه می‌کنند و گاه می‌خندند و یا افسرده و مضطرب می‌شوند. برای درمان اختلالات خلقی و دریافت دارو باید سالمند توسط پزشک معاینه شده و تحت درمان قرار گیرد.
- توجه به مراقبان سالمند که بیشترین زمان را با سالمند می‌گذرانند، بسیار مهم است. برای پیشگیری از فرسودگی پرستاری که شبانه‌روز مراقب سالمند است، بهتر است مسئولیت‌ها بین افراد خانواده تقسیم شود. مراقب اصلی سالمند نیاز دارد ساعت‌هایی از روز یا روزهایی از هفته، از مسئولیت مراقبت از سالمند فاصله بگیرد و درکنار سالمند نباشد تا بتواند انرژی از دست رفته خود را بازیابد.
- هم‌صحبتی سالمند با گروه بیماران دچار سکته مغزی و مراقبان آن‌ها اهمیت زیادی دارد. به‌علاوه توانبخشی گروهی در جمع سالمندان، انگیزه و روحیه سالمند را برای انجام تمرینات درمانی بالا می‌برد و کمک می‌کند تا بتواند تحرک بیشتری داشته باشد.
- گاهی پس از سکته مغزی، بخشی از میدان بینایی سالمند از بین می‌رود. در این موارد لازم است یک مراقب در زمان جابه‌جایی و راه رفتن، همراه سالمند باشد، زیرا به علت کم‌شدن میدان بینایی، امکان دارد با اشیا، سایرین یا دیوار برخورد کند و صدمه ببیند یا زمین بخورد.
- برای جابه‌جاکردن به موقع سالمند در بستر، باید او را از ناحیه زیر بغل گرفت. هرگز او را از ناحیه شانه یا دست آسیب‌دیده نکشید. زیرا امکان دارد شانه سمت فلج دچار دررفتگی شود.
- سالمند را تشویق کنید تا به جای استراحت در وضعیت خوابیده، در بستر خود بنشیند، تلویزیون تماشا کند، با دیگران ارتباط برقرار کند، با نظارت راه برود و در کارهای خانه به خانواده کمک کند.
- مسیر رفت و آمد سالمند در خانه را از اشیا و وسایل، تمیز کنید تا خطر زمین‌خوردن کاهش یابد. نصب دستگیره و میله به دیوار در مسیرهایی که بیمار تردد دارد، ضروری است. برای مکان‌هایی مانند حمام و دستشویی نیز نصب دستگیره مهم است.
- از غذاهای کم‌چرب و کم‌نمک برای تغذیه سالمند استفاده کنید. مراقبان همیشه هنگام غذا دادن، لقمه‌های کوچک به سالمند بدهند. به علاوه هرگز غذادادن در وضعیت خوابیده انجام نشود.
- گرچه حرکت‌کردن برای سالمند دچار سکته مغزی سخت است ولی لازم است او را برای تفریح، گردش و سفرهای کوتاه بیرون ببرید. او هم مثل شما نیاز به تنوع دارد و از یک‌جا نشستن خسته می‌شود. با این کار خستگی روحی ناشی از طولانی‌بودن مدت توانبخشی را بهتر تحمل می‌کند.
- برای دریافت کمک هزینه درمانی و از کارافتادگی از بیمه‌های تکمیلی، سازمان بهزیستی و یا مددکاری اجتماعی اقدام کنید.



اختلالات گفتار و زبان در سکته مغزی

بیماری که سکته مغزی کرده باشد، بر اساس محل آسیب مغز ممکن است مشکلات مختلفی داشته باشد. گاهی بخشی از مغز که مربوط به درک شنیده‌ها یا دیده‌ها است، دچار مشکل می‌شود. چنین فردی در درک گفتار دیگران و یا خواندن نوشته‌ها و درک آن‌ها با مشکل مواجه می‌شود. اگر محل مربوط به کنترل عضلات زبان، لب‌ها و حنجره مشکل پیدا کند، بیان کلامی فرد مختل می‌شود.

الف. اختلال در درک گفتار دیگران

این افراد نمی‌توانند گفته‌های دیگران را درک کنند. از آن‌جا که برقراری ارتباط بدون درک گفته‌های دیگران ممکن نیست، گوینده اگر بداند مخاطب گفته‌های او را نمی‌فهمد، با او سخن نمی‌گوید. به این ترتیب، زندگی شخصی و اجتماعی سالمند مختل می‌شود. شدت مشکل در همه افراد به یک اندازه نیست. ممکن است مشکل درک بیمار، بسیار شدید باشد. این افراد، تقریبا گفتار دیگران را درک نمی‌کنند. در مقابل، ممکن است مشکل بسیار خفیف باشد. این افراد در گفتگوهای معمولی و روزمره مشکلی ندارند. آن‌ها در گفتار پیچیده یا تخصصی و یا در محیط‌های دارای فشار روانی، یا شلوغ و پر سروصدا دچار مشکل می‌شوند.

حس شنوایی و حس حرکت در تولید گفتار نقش مهمی دارند. افراد مبتلا به سکته مغزی که در این دو حس مشکل دارند، دچار اختلال گفتاری می‌شوند. فرض کنید بیمار نتواند برخی از صداها را دقیق تشخیص دهد. آن‌گاه ممکن است سیر را زیر و شیر را سیر تشخیص دهد. چنین فردی ممکن است در حین گوش‌کردن به گفتار دیگران دچار اشتباهات زیادی شود و مثلا سه کلمه از یک جمله پنج کلمه‌ای را اشتباه درک کند. در این حالت، اگر بیمار متوجه مشکل شود تا حدی ممکن است تحمل کند ولی اگر ببیند مشکل زیاد است آشفته یا تسلیم می‌شود و ممکن است در معرض ابتلا به برخی آسیب‌ها یا مشکلات روانی و اجتماعی هم قرار گیرد.

افرادی که مشکلات ادراکی دارند ممکن است در جمله‌سازی مشکل داشته باشند. اشکالات مختلفی می‌تواند در جمله‌سازی اتفاق بیفتد. گاهی مشکل در معنای جملات است و شخص جمله یا عبارتی را بر اساس برداشت اشتباه از معنای آن به زبان می‌آورد. گاهی مشکل در دستور زبان به کار رفته در صحبت‌کردن است. در مواردی نیز حرف‌زدن درست و به‌جا مختل می‌شود. فرض کنید وارد مجلسی شده‌اید و می‌خواهید با میزبان صحبت کنید. انتخاب کلمات، جملات، آهنگ گفتار و حتی قیافه و لباس و وضعیت ایستادن، همگی مهم است و در موقعیت‌های مختلف (مانند عزا و عروسی) فرق می‌کند. اگر هر کدام از این موارد اشتباه باشد، همه می‌فهمند که اشتباه شده است و تعجب می‌کنند. پس لازم است علاوه بر توانایی حرف‌زدن و جمله‌سازی، به بهبود توانایی سالمند برای سنجیده سخن‌گفتن، به اندازه و به‌جا سخن گفتن و چگونه گفتن هم توجه کرد.



ب. اختلال در صحبت‌کردن

بدون گفتار، برقراری ارتباط کلامی ممکن نیست. در ارتباط کلامی، یک نفر گوینده است و کلمات و جملات را بیان می‌کند. فرد دیگری گفتار را می‌شنود و پیام را دریافت می‌کند. جهت برقراری ارتباط، لازم است فرد توانایی درک گفتار را داشته باشد. همچنین لازم است توانایی بیان منظور خود را نیز داشته باشد. بسیاری از افرادی که سکته مغزی کرده‌اند در صحبت‌کردن مشکل دارند. مشکل گفتاری این بیماران متنوع است. برخی از آن‌ها در حرکت لب‌ها، زبان و فک

مشـکل دارند و نمی‌توانند به صورت طبیعی صحبت کنند. برخی در عملکرد لب و زبان و فک مشـکلی ندارند، ولی مناطق خاصی از مغزشـان آسـیب دیده اسـت و نمی‌توانند به صورت طبیعی صحبت کنند. مناطق مختلفی از مغز در بیان کلامی نقش دارند. اگر در اثر سـکته مغزی این مناطق آسـیب ببینند فرد دچار اختلال گفتاری خواهد شد. آسـیب‌های مغزی در افراد مختلف یکسـان نیسـت. گفتار رفتار ساده‌ای نیسـت و مناطق مختلفی از مغز در کنترل گفتار نقش دارند. گاهی کنترل حرکتی گفتار مشکل می‌شود و فرد نمی‌تواند به آسانی حرف بزند و گاهی نیز بیمار در هماهنگی حرکتی گفتار، ناتوان یا کم‌توان می‌شـود. برخی از بیمـاران در انجام برخی از حرکات (مانند حرکات لب‌ها یا زبان) مشـکل دارند و برخی دیگر در هنگام حرکت‌دادن ارادی لب‌ها و زبان برای ادای برخی کلمات دچار مشـکل می‌شـوند. گفتار این افراد نیز مختل اسـت ولی ممکن است ناشـی از نقص حرکتی نباشد. تودماغی شدن گفتار نیز یکی از مشکلات گفتاری است. برخی از بیمارانی که سکته کرده‌اند، ممکن است گفتار تودماغی داشته باشند.

برخی از افراد از نظر حرکتی مشکلی ندارند ولی به خاطر مشکلات درک زبان نمی‌توانند روان و سلیس حرف بزنند. این افراد با مکث و تکرار یا با جملات ناقص صحبت می‌کنند. در حین گفتگو با این افراد لازم است قدری صبر و حوصله داشته باشیم و حواسمان را بیشتر جمع کنیم تا منظورشان را دقیق‌تر بفهمیم و اگر نیاز نیست گفتارشان را قطع نکنیم.

پ. اختلال در خواندن و نوشتن و محاسبات



گاهی بیمار تحصیل‌کرده که مهارت خوبی در خواندن، نوشـتن و محاسبات ریاضی داشـته است، در اثر سـکته مغزی این توانایی خود را از دست می‌دهد. او نمی‌تواند مطالب کتاب کلاس اول ابتدایی را هم به راحتی بخواند یا یک محاسبه ساده ریاضی را انجام دهد. اختلال در خواندن و نوشتن، فقط در کسانی اتفاق نمی‌افتد که سکته مغزی داشـته‌اند بلکه در برخی دیگر از افراد که دچار آسـیب مغزی ناشی از تصادف، تشنج یا مسمومیت می‌شوند، هم می‌تواند این مشکل بروز کند. گفتاردرمان‌گر یا آسیب‌شناس گفتار و زبان می‌تواند به درمان این مشکلات کمک کند. برخی از موارد، امکان بهبودی کامل دارند. در بسیاری موارد نیز مشکل بیمار در حد قابل قبولی حل می‌شود. نکته مهم این است که درمان باید در اولین فرصت ممکن انجام شود تا بهترین نتیجه به دست آید.

اختلال بلع در سکته مغزی



افرادی که سکته کرده‌اند، ممکن است اختلال بلع داشته باشند که مشکلات زیادی را در زندگی بیمار و خانواده او ایجاد می‌کند. شدت مشکل در افراد مختلف، متفاوت است. اگر اختلال بلع خفیف باشد، ممکن است بیمار گاهی دچار سرفه شود. برخی از این بیماران فقط با نوشیدن آب یا مایعات رقیق مشکل دارند. مشکل برخی از این بیماران به آسـانی با چند جلسـه گفتاردرمانی حل می‌شود. برخی از بیماران نیز دچار اختلال بلع شدیدی هستند. آن‌ها ممکن است نتوانند حتی یک لقمه غذا بخورند یا یک جرعه آب را بدون مشکل بنوشند.

در صـورت وجود اختلال بلع پس از سـکته مغـزی، کادر درمان راه حل‌هایی را برای کوتاه مـدت و درازمدت در نظر می‌گیرند. اگر مشـکل خفیف باشـد ممکن اسـت پزشـک یا کادر پرسـتاری اقداماتی را انجام دهند یا بیمار را جهت گفتاردرمانی ارجاع دهند. در موارد شـدید، ممکن اسـت اقدامی اورژانسـی قابل توصیه باشد و تصمیم بگیرند که تا مدتی تغذیه از طریق لوله‌ای که از راه بینی وارد معده می‌شود، انجام گیرد. اگر فرد نتواند آب و غذای کافی و مناسب

را به بدنش برساند، دچار سوتغذیه شده و سلامت عمومی‌اش به خطر خواهد افتاد. بیمار علاوه بر غذا، معمولا دارو نیز مصرف می‌کند. فردی که اختلال در بلع شـدید داشـته باشد در مصرف دارو نیز با مشکل مواجه خواهد بود مگر این که از طریق سـرم یا تزریق، دارو را دریافت کند. اگر مواد لازم برای بدن تامین نشـود ممکن است بیمار به تدریج مستعد ابتلا به بیماری‌های دیگر، از جمله عفونت‌های مختلف شود.

یکی از خطرات ابتلا به اختلال بلع در بیماران دچار سکته مغزی ورود غذا به درون نای و ریه است. ورود هرگونه غذا یا مایعات به مسیر تنفسی خطرناک است. یکی از خطرات ورود غذا به سیستم تنفسی بسته‌شدن حنجره و احتمال خفه‌شـدن اسـت. معمولا بعد از این اتفاق، بیمار دچار سرفه‌های شدید و پشت سر هم می‌شود تا مسیر تنفسی باز شود. اگر با سرفه، مشکل حل نشود ممکن است به تدریج رنگ پوست فرد رو به تیرگی برود و به اصطلاح کبود شود. دلیل این تغییر رنگ و احسـاس خفگی، نرسـیدن اکسیژن هوا به بدن است. در این حالت فرد با دستپاچگی تلاش می‌کند مسـیر تنفس خود را باز کند. خطر دیگر ورود غذا به نای و ریه‌ها، ایجاد عفونت‌های تنفسـی اسـت که برای سالمند می‌تواند بسیار خطرناک و حتی کشنده باشد.

برخی از بیماران با وجود این که غذا به طور مکرر وارد مسیر تنفسی آن‌ها می‌شود، به هشدارهای کادر درمان توجه نمی‌کنند و سعی دارند خودشان مشکل را حل کنند. این افراد با تلاش فراوان غذا می‌خورند و در نتیجه، غذا خوردن آن‌ها بسـیار وقت‌گیر و طولانی خواهد شـد. پزشـک و گفتاردرمان‌گر یا آسیب‌شناس گفتار و زبان می‌توانند به درمان اختلال بلع کمک کنند.

بسـیاری از موارد اختلال بلع، امکان بهبودی دارند. بهبودی در برخی موارد کامل اسـت و در بسـیاری موارد نیز مشـکل بیمار در حد قابل‌قبولی حل می‌شود. نکته مهم این است که درمان اختلال بلع باید در اولین فرصت ممکن انجام شود تا بهترین نتیجه به دست آید.

ارتوزها برای افراد دچار سکته مغزی

یکی از عوارض سـکته مغزی پدید آمدن حالتی اسـت که عضلات و بافت‌های اطـراف مفصل‌هایی مانند مچ پا، مچ دسـت، انگشـتان و آرنج ممکن اسـت انعطاف خود را از دسـت بدهند و سـفت شـوند که این وضعیت مانع حرکت مفصل می‌شود. برای جلوگیری از ایجاد این وضعیت و در کنار سایر درمان‌های توانبخشی، ارتوزها تجویز می‌شوند. ارتوزها وسـایلی هسـتند که بر روی بدن بسته یا پوشیده می‌شوند و باعث حمایت، ایجاد بی‌حرکتی، بهبود عملکرد اندام‌هـا، کاهش فشـار و بار به مفاصل، توزیع بهتر نیروها و اصلاح بدشـکلی می‌شـوند. کفی‌هـای طبی، زانوبندها، کمربندها و مچ‌بندهای طبی همه از جمله ارتوزها هسـتند. در بیماران دچار سـکته مغزی ارتوزها ممکن است برای اندام فوقانی و اندام تحتانی تجویز شوند.

ارتوزهای اندام تحتانی (مچ پا-پا)



این ارتوزها به بهبود راستای اندام کمک می‌کنند تا امکان تحمل وزن بر روی اندام ضعیف‌شده بهتر شـود و راه‌رفتن و تعادل اصلاح گردد. ارتوزها ممکن اسـت از نوع پیش‌سـاخته باشـند یا برای شـما ساخته و تنظیم شوند. این وسـایل با این که پا و مچ پا را کنترل می‌کنند به صورت غیرمسـتقیم بـر کنترل مفاصـل بالاتر مانند زانـو، ران و حتی تنـه تأثیر می‌گذارنـد. اگر حجم اندام‌تان در طی روز تغییرات زیادی می‌کند، وسیله باید به گونه‌ای باشد که با ورم‌کردن اندام،

فشـار زیـادی بـه آن وارد نکند و تنگ نشـود. ارتوزها همراه برنامـه فیزیوتراپی و کاردرمانی، بهبـودی بیمار را تقویت می‌کنند. یک باور غلط در استفاده از ارتوزها این است که افراد فکر می‌کنند اگر در محل خاصی از ارتوز احساس فشار و ناراحتی کنند، باید آن را تحمل کنند تا به آن عادت نمایند. در صورتی که این باور غلط است و لازم است هر نوع فشار و ناراحتی در استفاده از ارتوز را به متخصص ارتوز اطلاع داد تا نسبت به رفع آن اقدام کند. گاهی در پی سـکته مغزی عضلات بالاآورنده مچ پا دچار ضعف می‌شوند و در زمـان راه‌رفتن، سـر پنجه پا به زمین گیر می‌کند. وسـایلی وجود دارنـد که حین راه‌رفتن با اعمـال تحریک الکتریکی به عضلات ضعیف، این مشـکل را رفع می‌کننـد. از تحریک الکتریکی برای بهبود عملکرد مچ دست و دست نیز استفاده می‌شود.



ارتوزهای اندام فوقانی

درد شـانه بعد از سـکته مغزی نسبتاً شایع اسـت. برنامه توانبخشی شـامل تمرینات و مداخلاتی برای بهبود دامنه حرکتی مفصل شـانه، بازگرداندن تحرک به مفصل و جلوگیری از بی‌حرکتی و خشک‌شـدن مفصل است. اگر عضلات اطراف مفصل شانه قدرت و قوام کافی نداشته باشند، وزن اندام آویزان می‌تواند موجب نیمه‌دررفتگی و فاصله‌گرفتن سـطوح مفصلـی از یکدیگر شـود. در افرادی که از ویلچر اسـتفاده می‌کنند، یا در صندلی که فرد بـه طور روزانه از آن استفاده می‌کند، در صورت نیاز صفحه‌ای روی دسته‌های صندلی یا ویلچر قرار داده می‌شود تا تکیه‌گاه اندام فوقانی باشد و بازو مدت زمان طولانی بدون حمایت آویزان نماند.



برای حمایت وزن اندام فوقانی ممکن است آویز دست (مشابه آنچه که برای تحمل وزن دسـت گچ گرفته شـده به پشت گردن بسته می‌شود) توصیه شود. البته انواعی که برای بیماران سکته مغزی استفاده می‌شود، طرح‌های متنوعی دارند که عوارض منفی استفاده از آن را کاهش می‌دهند. باید مراقب بود که آویزهای معمولی با وجود اینکـه وزن انـدام را تحمـل می‌کنند، خطر خشک‌شـدن مفصـل در وضعیت‌های نامناسب را دارند. استفاده از آویز باید مطابق یک برنامه مشخص که درمان‌گر برای شـما تهیه کرده اسـت، انجام شود. برای مثال، ممکن اسـت درمان‌گر شما توصیه کند تا وقتی از آویز اسـتفاده می‌کنید در فواصل زمانی مشـخصی، تمرین یا نرمش خاصی را انجام دهید. استفاده از این وسایل برای مدت طولانی توصیه نمی‌شود. در زمان اسـتفاده هم باید مراقب باشـید و در صورت نیاز با نظر درمان‌گر از عصای مناسب استفاده کنید.





در دست و مچ دست هم خطر سفت‌شدن عضلات و خشک‌شدن در وضعیت‌های خـم مچ و انگشـتان وجود دارد. ارتوزها ممکن اسـت با اهداف مختلفی برای شـما تجویز شـوند. بعضی از این وسـایل مچ دست و دست شـما را در وضعیتی حمایت می‌کننـد کـه مانع خشـک شـدن آن‌هـا در وضعیـت خمیده شـوند. بعضـی دیگر فنرهایی دارند که در دست‌گرفتن و رهاکردن اشیا را تسهیل می‌کنند و در تمرین‌ها یا فعالیت‌های روزمره استفاده می‌شوند.



فصل نهم

توانبخشی در بیماران مبتلا به پارکینسون

مقدمه

پارکینسون یکی از بیماری‌های دستگاه عصبی است که به علت فرسودگی و مرگ برخی سلول‌های عصبی در مغز رخ می‌دهد و همین مساله بر حرکات بدن تاثیر می‌گذارد. از نشانه‌های این بیماری می‌توان به لرزش دست‌ها، کندی حرکات، بی‌احساس شدن‌صورت، از بین رفتن حرکات دست‌ها حین راه رفتن، مشکل تعادل و اختلال در حرف‌زدن اشاره کرد. این بیماری پیشرونده است و علائم به مرور زمان بدتر می‌شود. متاسفانه پارکینسون درمان قطعی ندارد اما با درمان دارویی تا حدود زیادی می‌توان نشانه‌ها و علائم آن را کاهش داد. علاوه بر تجویز دارو، با توانبخشی نیز می‌توان روند پیشرفت بیماری را کند کرد و کیفیت زندگی سالمند را بهبود بخشید.

علائم و نشانه‌های پارکینسون از فردی به فرد دیگر متفاوت است. معمولا اوایل بیماری، علایم بسیار خفیف است و ممکن است سالمند نسبت به آن‌ها بی‌توجه باشد. بیماری اغلب از یک سمت بدن شروع می‌شود، اما به تدریج علائم در هر دو طرف بدن ظاهر می‌شود. نشانه‌های پارکینسون به شرح زیر است:

- **لرزش بدن:** معمولا لرزش و رعشه از دست یا انگشتان یک سمت بدن شروع می‌شود. موقع لرزش، انگشت شست و سبابه به جلو و عقب حرکت می‌کنند، گویی فرد دارد پول می‌شمارد. این لرزش در حالت استراحت کاملا واضح و مشخص است.



- **کندی حرکات:** به تدریج و با گذشت زمان، حرکات بدن کند می‌شود و انجام کارهای ساده و روزمره برای فرد، دشوار و وقت‌گیر می‌گردد. بلندشدن از صندلی سخت شده و هنگام راه‌رفتن طول گام‌ها کوتاه می‌شود و پاها روی زمین کشیده می‌شود.
- **سفتی عضلات:** در مناطقی از بدن، عضلات سفت می‌شود. این سفتی موجب درد شده و شعاع حرکات مفاصل را کم می‌کند.
- **اختلال در وضعیت بدن و تعادل:** بدن حالت خمیده به جلو پیدا می‌کند و تعادل کاهش می‌یابد.
- از بین رفتن حرکات خودکار: ممکن است توانایی انجام حرکات ناخودآگاه مانند چشمک‌زدن، لبخندزدن، یا حرکت دست‌ها حین راه‌رفتن، کاهش پیدا کند.
- **اختلالات گفتاری:** گفتار سالمند ناواضح، با لکنت، یکنواخت و با مکث حین صحبت‌کردن همراه می‌شود.
- **اختلال در نوشتن:** نوشتن برای سالمند دشوار شده و ریزنویسی پیدا می‌کند.

چنانچه هر یک از نشانه های یاد شده را داشتید، حتما به پزشک مراجعه کنید.

عواملی که احتمال ابتلا به بیماری پارکینسون را بیشتر می‌کند، عبارتند از:

- **سن:** پارکینسون بیماری سالمندی است. احتمال ابتلا به این بیماری با افزایش سن بیشتر می‌شود و معمولا حدود سن ۶۰ سال یا بیشتر ایجاد می‌شود.
- **ارث:** سالمندانی که در فامیل خود موارد ابتلا به پارکینسون دارند، بیشتر احتمال دارد به پارکینسون مبتلا شوند.
- **جنسیت:** مردان بیشتر از زنان به پارکینسون مبتلا می‌شوند.
- **مواجهه با مواد سمی:** افرادی که در دوران زندگی خود در معرض آفت‌کش‌ها، حشره‌کش‌ها و سایر آلاینده‌ها بوده‌اند، بیشتر احتمال دارد که به پارکینسون مبتلا شوند.

عوارضی که بیماران مبتلا به پارکینسون با آن مواجه می‌شوند، عبارتند از:

- **اختلال در تفکر:** معمولا در مراحل میانه بیماری، مشکلات شناختی مانند زوال عقل و اختلال در تفکر بوجود می‌آید.
- **افسردگی و تغییر عواطف و احساسات:** ممکن است در مراحل اولیه بیماری پارکینسون، سالمند دچار افسردگی شود. مراجعه به پزشک برای درمان افسردگی، به سالمند کمک می‌کند تا سایر چالش‌های بیماری پارکینسون را بهتر کنترل کند. اگر سالمند دچار ترس، اضطراب و بی‌انگیزگی است، لازم است برای دریافت دارو به پزشک مراجعه کند.
- **مشکلات بلعیدن:** با پیشرفت پارکینسون، ممکن است سالمند دچار مشکلات بلع شود. گاه به علت کندشدن عمل بلعیدن، بزاق جمع شده و بی‌اختیار سرازیر می‌شود.
- **مشکلات جویدن و غذا خوردن:** در مراحل انتهایی بیماری پارکینسون، عضلات دهان دچار اختلال می‌شود. بنابراین، جویدن دشوار می‌گردد. این اختلال ممکن است موجب انسداد یا خفگی و سوء هاضمه شود.
- **اختلالات خواب:** سالمندان دچار پارکینسون اغلب شب‌ها چند بار از خواب بیدار می‌شوند، صبح‌ها خیلی زود بیدار می‌شوند یا در طول روز می‌خوابند. دارودرمانی می‌تواند مشکلات خواب را کمتر کند.
- **مشکلات ادراری:** بیمار مبتلا به پارکینسون ممکن است مشکلات ادراری مانند بی‌اختیاری ادرار یا دشواری دفع ادرار پیدا کند.
- **یبوست:** بسیاری از مبتلایان به پارکینسون، یبوست دارند که عمدتا به علت کندشدن فعالیت سیستم گوارشی است.

علاوه بر مشکلات و اختلالات یاد شده، ممکن است سالمند، مشکلات زیر را تجربه کند:

- **تغییرات فشار خون:** ممکن است سالمند زمان بلند شدن از تخت یا صندلی، احساس سرگیجه یا سبکی سر کند، زیرا تغییر وضعیت، باعث افت ناگهانی فشارخون می‌شود.
- **کاهش حس بویایی:** بعضی از سالمندان مبتلا نمی‌توانند بوهای خاص یا تفاوت بین بوها را تشخیص دهند.
- **خستگی:** بسیاری از سالمندان دچار پارکینسون، اواخر روز انرژی ندارند و خسته هستند. علت این موضوع ناشناخته است.
- **درد:** بعضی افراد دچار پارکینسون در مناطق خاصی از بدن یا سراسر بدن، درد دارند.
- **اختلال عملکرد جنسی:** برخی از افراد مبتلا به پارکینسون دچار کاهش میل یا عملکرد جنسی می‌شوند.
- به علت ناشناخته بودن عامل بیماری پارکینسون، روش‌های پیشگیری از آن هنوز مشخص نیست. انجام تمرینات هوازی به طور منظم، ممکن است بتواند احتمال ابتلا به پارکینسون را کاهش دهد. در برخی پژوهش‌ها به تاثیر نوشیدن چای سبز، مصرف بیشتر میوه و سبزی، اضافه کردن اسید چرب امگا ۳ به رژیم غذایی و ویتامین دی در کاهش احتمال ابتلا به پارکینسون اشاره شده است.

اختلالات گفتار در بیماری پارکینسون

۷۰ تا ۹۰ درصد افراد مبتلا به پارکینسون برخی از انواع اختلالات گفتاری را در طول دوره بیماری خود تجربه می‌کنند. مشخصه گفتاری این بیماران تغییر در سرعت، قدرت، هماهنگی و یا دامنه حرکات ماهیچه‌های موثر در گفتار است که منجر به اختلالاتی در صوت، تولید صداهای گفتاری و قابلیت فهم و آهنگ گفتار می‌شود. در افراد مبتلا

به پارکینسون، بی‌ثباتی در سرعت گفتار، کاهش بلندی صدا و کاهش زیر و بمی، مشکل در تولید صداهای گفتاری و صدا با کیفیت گرفته و نفس‌آلود مشاهده می‌شود. علائم این بیماری اغلب به کاهش قابلیت فهم گفتار بیماران منجر می‌شود. اختلال در تولید صداهای گفتاری به علت مشکلات حرکتی و حسی این بیماران رخ می‌دهد. تمایز بین صداهای گفتاری، کم‌رنگ می‌شود و صداها ممکن است بد گفته شوند و یا کلا حذف شوند. دامنه حرکات تولیدکننده‌های گفتار کاهش می‌یابد. در نتیجه سرعت گفتار افزایش یافته و قابلیت فهم گفتار کاهش می‌یابد.

آهنگ گفتار نیز در بیماران مبتلا به پارکینسون دچار مشکل می‌شود. آهنگ گفتار به معنای تغییرات زیر و بمی، بلندی و ریتم و زمان در گفتار است و بیماران قادر به تغییر زیر و بمی صدای گفتاری خود نیستند و همین مساله باعث می شود گفتار آن‌ها یکنواخت شود. افراد مبتلا به پارکینسون نسبت به کاهش بلندی صدایشان آگاه نیستند و در نتیجه، نمی‌توانند آن را اصلاح کنند. صدای این بیماران با لرزش همراه است.

درمان‌های توانبخشی و به ویژه گفتاردرمانی می‌تواند منجر به بهبود اختلالات گفتار و صدا در این بیماران شود. اختلالات مربوط به گفتار و صدا در بیماران معمولا از همان اوایل شروع بیماری ایجاد می‌شوند. هر زمان که بیماران با مشاهده مشکلات گفتاری و صوت در صدایشان یا با دریافت بازخورد از اطرافیان نسبت به این موضوع مطلع شدند، لازم است با مراجعه به آسیب‌شناس گفتار و زبان نسبت به درمان زودهنگام این اختلالات اقدام نمایند. درمان زودهنگام در این اختلالات نتایج بهتر و طولانی‌تری برای بیمار خواهد داشت.

تاخیردر درمان اختلالات گفتار و صدا منجربه تشدید اختلالات و در نتیجه ایجاد مشکلات ارتباطی در بیماران می شود؛ به طوری که توانمندی بیماران جهت برقراری ارتباط از طریق گفتار کم می شودو همین امرمی‌تواند برمسائل عاطفی، اجتماعی و ارتباطی بیماران تاثیرمنفی بگذارد.

اختلال زبان در بیماری پارکینسون

منظور از اختلال زبان، اختلال در استفاده از زبان ارتباطی و مهارت‌های آن شامل معناشناسی، دستور زبان و استفاده مناسب از زبان در موقعیت‌های ارتباطی مختلف با افراد است. بیماران مبتلا به پارکینسون در یافتن کلمات و نیز دستور زبان مشکل دارند. آن‌ها در حین صحبت‌کردن، از تعداد کمتری از گفته‌های دستوری استفاده می‌کنند. این بیماران در مهارت‌های کاربردشناسی نیز مشکلاتی را نشان می‌دهند. معمولا افراد در حین صحبت از تنوعی از علائم غیرکلامی (مانند حالات چهره، حرکات دست و زبان بدن) برای بیان و رساندن مقصود و نیت خود استفاده می‌کنند، در حالی‌که افراد مبتلا به پارکینسون در هنگام سخن گفتن، کمتر از حرکات بدن و دست استفاده می‌کنند. همچنین این بیماران در تناسب گفتار با موقعیت، آهنگ مناسب و حفظ پیوستگی موضوع مشکل دارند. نقص مهارت‌های درکی مانند تفسیر شوخی و زبان نمادین، درک استعاره‌ها و تشخیص مقاصد گفتاری نیز در این افراد دیده می‌شود. مهارت های شناختی که حتی در مراحل اولیه بیماری افت می‌کند، شامل مشکلات در توجه، حافظه، یادگیری، درک و پردازش بینایی - فضایی و سرعت پردازش است.

بیماران برای کاهش مشکلات مربوط به زبان و شناخت می‌توانند به آسیب‌شناسان گفتار و زبان (گفتاردرمان‌گران) مراجعه کنند. آسیب‌شناس گفتار و زبان با ارائه درمان‌های موثر در این حوزه می‌تواند به کاهش اختلالات زبان و شناخت در بیماران کمک شایانی کند.



اختلال بلع در بیماری پارکینسون

اختلال بلع یکی از علائم شـایع در بیماران مبتلا به پارکینسـون است که می‌تواند به صورت پریدن مایعات و مواد غذایی هنگام نوشـیدن و خـوردن، آبریزش از دهان و حتی احساس خفگی هنگام غذا خوردن خود را نشان دهد. عملکرد بلع یک مهارت رفتاری است که تحت کنترل مغز صورت می‌گیرد و اختلال در آن می‌تواند کیفیت زندگی فرد و حتی حیات فرد را تحت تاثیر قرار دهد.

روند غذا خوردن شـامل آگاهی از وضعیت غذا خوردن، شـناخت بصری غذا و پاسـخ‌های فیزیولوژیکی مربوط به بو و حضور غذا اسـت که همگی منجر به عمل بلع می‌شـوند. بیماران مبتلا به پارکینسـون در بلع و تغذیه با مشـکلاتی مواجهه می‌شوند که به طور معمول با پیشرفت بیماری، این مشکلات شدیدتر می‌شوند. علائم اختلال بلع در بیماران پارکینسـون به صـورت تاخیر در زمان‌بندی مراحل دهانی شـامل ناتوانی زبان در ایجاد لقمـه به صورت قطعه‌های گـرد و کوچـک، کاهش حرکات هماهنگ در عقب حلق و مشـکلات مربوط به تحریک مری اسـت. نقایص مربوط به آماده‌سـازی لقمـه غذا در دهان و انتقـال آن جهت بلع طبیعی، منجـر به باقی‌ماندن ماده غذایی در مسـیر هضم می‌شود. همچنین علائمی مانند آبریزش دهان، احساس خفگی، پریدن غذا یا مایعات در گلو، از علائم دیگر مشکل بلع در این بیماران است. اختلال در بلع ممکن است فقط هنگام نوشیدن مایعات یا هم در نوشیدن مایعات و هم در خوردن مواد غذایی جامد رخ دهد. در اثر این اختلال در نهایت بیمار ممکن است دچار کاهش وزن، ورود محتویات مری و معده به دستگاه تنفسی و حتی مرگ در اثر عفونت ریه شود. اختلال بلع کیفیت زندگی بیمار را کاهش می‌دهد. لازم اسـت در صورت بروز هر گونه مشـکل در هنگام نوشـیدن مایعات یا خوردن مواد غذایی سریعاً به آسیب شناس گفتار و زبان متخصص در حیطه بلع مراجعه شـود. آسیب‌شناس گفتار و زبان با ارائه مشاوره‌ها و راهکارهای درمانی به بهبود عملکرد بلع بیماران کمک می‌کند.

چگونه می‌توان زندگی را برای بیماران مبتلا به پارکینسون آسان‌تر کرد؟

- تمرین و ورزش منظم، مانع از پا افتادن سـالمند می‌شـود و تعادل وی را بهبود می‌بخشـد. بهتر اسـت ورزش‌ها و فعالیت‌های بدنی زمانی انجام شـود که بیمار به تازگی داروهای خود را مصرف کرده اسـت و علائم بیماری در حداقل میزان خود است.
- خوابیدن روی تشک یا سطح سفت و گذاردن بالش کوتاه زیر سر، زیرا به مرور زمان، ستون مهره‌ها به سمت جلو خمیده شده و گردن از زمین فاصله می‌گیرد.
- به علت مصرف داروها و کاهش حرکات سیستم گوارشی، سالمند دچار یبوست می‌شود. مصرف غذاهای پرفیبر مانند میوه و سبزی و نیز ماساژ ناحیه شکم و راه‌رفتن می‌تواند شدت یبوست را کم کند.
- کند شـدن حرکات بدن به ویژه موقع غذا خوردن، باعث می‌شـود غذا سرد شـود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که سالمند از ظروف گرم نگهدارنده غذا استفاده کند.
- توصیه می‌شـود این بیماران روی صندلی سـفت بنشینند و قبل از بلند شـدن از صندلی، خود را به لبه جلویی صندلی برسانند.
- برای پیشگیری از زمین‌خوردن، باید محیط زندگی ایمن شود. مثلاکنار دیوار، میله نصب شود، فرش‌های کوچک از کف اتاق جمع شود و محل تردد بیمار از مبلمان و وسایل خانه خالی باشد. هنگام دستشویی رفتن شبانه، از

چراغ خواب استفاده شود. در طول روز نیز راه‌روها و محل‌های تردد نور کافی داشته باشند.

نقش توانبخشی در کمک به سالمند مبتلا به پارکینسون

متخصصان فیزیوتراپی به بیماران کمک می‌کنند تا دچار عوارض ناشی از بی‌حرکتی مانند ضعف عضلات، کاهش قدرت قلب و عروق، خشکی مفاصل و ضعف تعادل نشوند یا بروز آن‌ها را به تعویق بیندازند. متخصصان کاردرمانی (کاردرمان‌گران) به بیماران کمک می‌کنند تا در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی وابسته نشوند. به علاوه، با مناسب‌سازی محیط و امن‌کردن محل تردد سالمند، خطر زمین‌خوردن را کاهش می‌دهند. این گروه از متخصصان برای اختلالات شناختی، حافظه و درک سالمندان، برنامه‌های درمانی دارند. متخصصان گفتاردرمانی نیز اختلالات صوت، گفتار و بلع را در بیماران درمان می‌کنند.

با توانبخشی نمی‌توان بیماری پارکینسون را درمان کرد، ولی می‌توان عوارض ثانویه بیماری را به حداقل رساند. تمرین‌درمانی، یک اقدام موثر و ضروری برای مدیریت نشانه‌های پارکینسون و کندکردن روند پیشرفت بیماری به شمار می‌رود.

معمولا سالمند باید فعالیت بدنی خود را تا حد امکان در زمان «روشن بودن» (زمان بهبودی علائم بیماری پس از مصرف دارو) انجام دهد. هدف از تمرین‌درمانی در بیماری پارکینسون بهبود فعالیت‌های روزمره زندگی، افزایش قدرت عضلات، انعطاف پذیری مفاصل و عضلات، افزایش توان قلبی - ریوی، بهبود تعادل، آرام‌سازی یا تنش‌زدایی عضلات و بهبود حالت چهره سالمند است. به علاوه، تمرین‌درمانی به بهبود توجه، تفکر و حافظه، خلق و خو، خواب و کاهش خستگی بیمار کمک می‌کند. در صورت امکان و توان سالمند، راه‌رفتن بر روی تردمیل و راه رفتن بر اسکی فضایی و همچنین دوچرخه‌سواری، سرعت و آهنگ راه‌رفتن را افزایش داده و طول گام‌ها را بلندتر می‌کند. اگر برنامه تمرین‌درمانی لذت‌بخش نباشد، بعید است که سالمند انگیزه کافی برای ادامه‌دادن تمرینات داشته باشد. بنابراین، می‌توان حرکات موزون (مانند رقص تانگو) که موجب بهبود تعادل، هماهنگی و افزایش تمرکز سالمندان مبتلا به پارکینسون می‌شود را به برنامه تمرینات اضافه کرد. تمرین‌درمانی نباید بیش از توان بیمار باشد زیرا باعث خستگی شده و احتمال آسیب و زمین‌خوردن را افزایش می‌دهد. تجویز وسایل کمکی مثل عصا و گام‌یار (واکر) برای بهترشدن راه‌رفتن بیمار، موجب بهبود استقلال سالمند و پیشگیری از زمین‌خوردن می‌شود.

به عنوان مراقب، چگونه می‌توانیم به سالمند دچار پارکینسون کمک کنیم؟

مراقبت از سالمند دچار پارکینسون نیازمند آگاهی و آموزش است. ما باید بدانیم نیازهای بیمار ما چیست و چگونه می‌توانیم بهترین مراقب باشیم. رعایت نکات زیر به مراقب کمک می‌کند تا دچار فرسودگی زودهنگام نشود:

- **با سالمند خود صادق باشیم:** مواظب باشیم در امر مراقبت از سالمند، احساس نکنیم که نجات‌دهنده سالمندمان هستیم. این‌که ما برای او تصمیم بگیریم، ساعت مصرف دارو را یادآوری کنیم، زمان ورزش را گوش‌زد کنیم و به ردیف کردن سایر کارها بپردازیم، باعث می‌شود که سالمند ما وابسته، نیازمند و درمانده شود. ما نباید مسئولیت کارهایی که خود بیمار به راحتی از پس آن بر می‌آید را به عهده بگیریم. بهتر است با یک مکالمه بدون رو در بایستی، با عزیزتان که مبتلا به پارکینسون است به این توافق برسید که «فقط برای کارهایی کمکش می‌کنید که ناتوان از انجام آن‌هاست».

- **برای آگاه‌شدن از وظایف خود، مطالعه کنید:** درباره بیماری پارکینسون و چالش‌های آن مطالعه کنید. پارکینسون بیماری پیچیده‌ای است و راهکارهایی که برای یک بیمار مناسب است و توصیه می‌شود، ممکن است برای فرد دیگر مناسب نباشد.
- **هنگام مراجعه دوره‌ای به پزشک و برای تنظیم مقدار داروها، همراه او باشید:** اغلب سالمندان دچار پارکینسون، انواع و اقسام داروها (مانند داروهای قلبی، کنترل فشار خون، کنترل قند خون، پایین آورنده چربی خون، رقیق کننده‌های خون و غیره) را مصرف می‌کنند. توجه کنید که همه داروهای مصرفی عوارض جانبی دارند. هرگونه تغییری که پس از مصرف دارو در رفتار سالمند ایجاد می‌شود و یا نشانه‌های جدیدی که در سالمند پدیدار می‌شوند، ممکن است عارضه جانبی داروها باشند. همیشه فهرستی از داروهای مصرفی به همراه میزان و نحوه استفاده از آن‌ها را به همراه داشته باشید تا در صورت بروز مشکل و مراجعه به پزشک، اقدامات سریع‌تر و بهتری، انجام شود. همچنین سوالاتی که قرار است درباره مشکلات سالمند تحت مراقبت خود از پزشک بپرسید، در یک دفترچه یادداشت کنید تا هنگام مراجعه به پزشک، پاسخ آن‌ها را جویا شوید. بدون مشورت با پزشک داروهای سالمند بیمار را قطع یا کم و زیاد نکنید.
- **از مصرف داروهای بیمار خود اطمینان حاصل کنید:** ممکن است سالمند شما یک نوبت داروی خود را فراموش کند. بهتر است برای جلوگیری از فراموشی زمان مصرف دارو، از ابزارهایی استفاده کنید که فشار روانی شما و سالمندتان را کم کند. مثلا با فعال‌کردن یادآور گوشی هوشمند، زمان مصرف دارو و با استفاده از تقویم دیواری بزرگ، زمان ملاقات با پزشک یا خرید داروهای تمام‌شده را یادآوری کنید.
- **انعطاف‌پذیر باشید:** نشانه‌های بیماری پارکینسون به مرور زمان تغییر می‌کنند و حتی روز به روز متفاوت هستند، بنابراین، بهتر است صبور و منعطف باشید. بعضی روزها سالمندتان کمک زیادی نیاز دارد و بعضی روزها خودش می‌تواند کارهایش را (هرچند با سرعت آرام و آهسته) انجام دهد. صبور باشید و به او فرصت بدهید خودش کارهایش را انجام دهد. مواظب باشید در امر مراقبت از سالمند خود، از پا نیفتید. اگر احساس می‌کنید طاقتتان تمام شده و یا افسرده شده‌اید، برای مداوای خود اقدام کنید. کم‌طاقتی و افسردگی را سرسری نگیرید. به علاوه برای اینکه دچار فرسودگی نشوید، بهتر است انجام بعضی امور را به دیگران محول کنید و هر از چند گاهی استراحت کنید.
- **بر فعالیت غذا خوردن سالمند نظارت دقیق داشته باشید:** اجازه دهید فرد مبتلا به بیماری پارکینسون، با سرعت خود و با قاشق مناسب خود غذا را بخورد. هرگز وی را وادار به سریع خوردن نکنید. در صورت لزوم، می‌توانید مایعات را با قاشق مصرف کند (نوشیدن با استفاده از نی برای فرد مبتلا به پارکینسون کار آسانی نیست). مراقب باشید که سالمندتان موقع غذا خوردن یا هنگام نوشیدن، سرفه نکند. سرفه اغلب نشانه این است که چیزی در راه هوایی و احتمالا در ریه‌ها گیر کرده است. اگر سالمند خلط پیدا کرد یا دچار تب شد، حتما به پزشک مراجعه کنید.
- **یک راه ارتباطی جدید با سالمندی که گفتار نامفهوم دارد، برقرار کنید:** گاهی مواقع اختلال صوت و گفتار آنقدر شدید است که شما منظور سالمند بیمار را نمی‌فهمید. در این موارد، اگر سالمند شما توانایی نوشتن دارد، همیشه یک کاغذ و قلم در دسترس داشته باشید تا بتواند خواسته‌های خود را بنویسد. اگر نوشتن برای او سخت شده است، از صفحه الفبا برای نشان‌دادن حرف اول کلمات استفاده کنید و یا از او بخواهید از حرکات بدن یا ایما و اشاره استفاده کند، مانند نشان‌دادن کف دست به معنای توقف.

اقداماتی که باعث می‌شوند سالمند مبتلا به پارکینسون، کارهای روزمره خود را راحت‌تر انجام دهد:

- بهداشت فردی

اگر بیماری پارکینسون موجب خشک‌شدن مفاصل دست‌ها یا انگشتان سالمند شده است، بهتر است از مسواک برقی استفاده کند. اگر موقع کشیدن نخ دندان یا مسواک به سالمند خود کمک می‌کنید، مواظب باشید پشت زبان او را لمس نکنید تا عق نزند. اگر سالمند آبریزش دهان دارد، برای پاک‌کردن آب دهان از حوله دستی استفاده کنید. استفاده از ماشین ریش‌تراش، اصلاح را آسان‌تر می کند.





- حمام‌کردن

برای حفظ ایمنی بیمار موقع حمام‌کردن از وان استفاده نکنید، زیرا خطر سر خوردن و زمین‌خوردن را به همراه دارد. بهتر است بیمار سالمند موقع حمام کردن، روی یک صندلی یا چهارپایه پلاستیکی بنشیند. حتما در حمام و دستشویی، دستگیره نصب کنید. شرکت‌هایی وجود دارند که تمهیدات لازم برای نصب دستگیره‌های داخل حمام و دستشویی را انجام خواهند داد. پس از حمام توصیه می‌شود سالمند از حوله لباسی استفاده کند، تا مجبور نباشد خودش را خشک کند.

- پوشیدن لباس و کفش





لباس‌هایی را برای بیمار سالمند بخرید که راحت پوشیده شوند، مثلا شلوار ورزشی که قزن قفلی و زیپ نداشته باشد. مراقب باشید کش لباس‌های زیر، سفت نباشند.سعی کنید این بیماران از جوراب‌های ورزشی استفاده کنند. اگر بیمار دوست دارد لباس‌های دکمه‌دار بپوشد، به جای دکمه از چسب‌های ولکرو استفاده کنید. از پوشیدن کفش‌های کف لاستیکی خودداری شود، زیرا موجب زمین‌خوردن می‌شوند. قبل از بیرون رفتن، از سالمند بخواهید لباسی که قرار است بپوشد را انتخاب کند. لباس پوشیدن سالمند، طول می‌کشد، بنابراین صبور بوده وعصبی نشوید. بیمار موقع لباس‌پوشیدن از قلاب‌های مخصوص بستن دکمه و پاشنه‌کش‌های دسته بلند می‌تواند استفاده کند. به بیمار اجازه دهید خودش لباس بپوشد. از او بخواهید در حالت نشسته لباس بپوشد و اول سمتی از بدن که بیشتر در اثر بیماری درگیر شده است را بپوشاند.

- غذا خوردن

» سالمندان دچار پارکینسون بهتر است مقدار زیادی فیبر مثل غلات، کورن فلکس، میوه و سبزیجات تازه مصرف کنند تا دچار یبوست نشوند. اگر رژیم غذایی آنها کم فیبر است، سعی کنید فیبر را به رژیم غذایی آنها اضافه کنید.

» برای پیشگیری از پوکی استخوان حداقل روزی سه بار غذاهای سرشار از کلسیم مصرف کنید. اگر سالمند دچار پارکینسون، پوکی استخوان دارد، مراقب باشید زمین نخورد، زیرا احتمال شکستگی در این بیماران زیادتر است. مصرف روزانه پنیر، ویتامین دی، شیر و ماست غنی شده، برای آن‌ها مفید است.

» داروی اختصاصی پارکینسون با معده خالی بهتر جذب می‌شود. زیرا پروتئین، جذب آن را کاهش می دهد.

بنابراین، پروتئین‌ها را در فواصل بین مصرف داروها (هر ۳ تا ۴ ساعت یک بار) به بیمار بدهید.

» اگر بیمار شما مشکل بلع دارد، غذاهای نرم و آب‌دار به او بدهید. از خوردن غذاهای خشک و ترد مانند نان خشک که به راحتی خرد می‌شود، خودداری کنید. بلعیدن نوشیدنی‌های غلیظ مثل شیک‌های پروتئینی نیز آسان است. اگر غذا خودن بیمار را خسته می‌کند، تعداد وعده‌ها را بیشتر کنید. مثلا به جای سه وعده، شش وعده میل کند.

- فعالیت‌ها

» اجازه ندهید نشانه‌ها و علائم پارکینسون، باعث کناره‌گیری سالمند از فعالیت‌ها شود. متخصصان توانبخشی (کاردرمان‌گران) به شما کمک می‌کنند تا از تجهیزاتی برای نگه داشتن وسایل (مثلا نگه داشتن قاشق در دست) استفاده کنید. اگر نمی‌توانید ساز بنوازید در عوض به کنسرت بروید یا موسیقی گوش دهید.

» برای کاهش فشار روانی سعی کنید فعالیت‌های آرامش‌بخش انجام دهید. تصاویر آرامش‌بخش می‌تواند لرزش شما را کم کند.

» با صدای بلند آواز بخوانید و هم‌زمان لب‌ها و صورت خود را حرکت دهید.

» ممکن است انجام فعالیت‌های روزمره هم برای بیمار و هم مراقب او دشوار باشد، اما همین کارهاست که مراقب و بیمار را به هم نزدیک می‌کند. تا آنجا که ممکن است، بر آن‌چه عزیز شما توانایی انجام آن را دارد (نه ناتوانی‌های آن‌ها) تمرکز کنید.

چه تمریناتی در خانه برای سالمند مبتلا به پارکینسون مفید است؟

توصیه می‌شود پیش از انجام تمرین‌درمانی موارد زیر را رعایت کنید:

- سالمند دچار پارکینسون باید فعالیت بدنی داشته باشد و بداند که کم‌تحرکی، علایم و نشانه‌های بیماری را تشدید می‌کند. فعالیت بدنی نه تنها برای جسم سالمند مفید است بلکه حال روحی او را نیز بهتر می‌کند.
- اگر به تازگی دچار پارکینسون شده‌اید و بیماری شما خفیف است، بهتر است تمرینات را در حالت ایستاده انجام دهید و اگر مدت‌هاست که پارکینسون دارید و علائم شما زیاد است، بهتر است از تمرینات نشسته استفاده کنید.
- اگر به جز پارکینسون بیماری‌های دیگری مانند مشکلات قلبی، تنفسی، دیابت و التهاب مفاصل دارید، پیش از شروع تمرینات با پزشک و فیزیوتراپیست خود مشورت کنید.
- پیش از انجام تمرینات از ایمنی اتاق یا فضایی که در آن قرار است تمرین کنید، اطمینان حاصل کنید. برای ایمن‌سازی محل انجام تمرینات به توصیه‌های زیر توجه کنید:
- روی فرش‌هایی که ترمز فرش ندارند و روی زمین سر می‌خورند، ورزش نکنید.
- اتاقی که قرار است در آن حرکات را انجام دهید، از مبلمان و لوازم خانه خالی کنید.
- دمای اتاق را متعادل نگه دارید. هرگز در اتاق گرم ورزش نکنید.

» روی کف پوش‌هایی که لیز هستند (زبر نیستند) ورزش نکنید، زیرا باعث زمین‌خوردن شما می‌شوند.

» موقع انجام تمرینات، کفش ورزشی مناسب بپوشید.

» هنگام تمرین تلفن همراه خود را نزدیک خود نگه دارید تا در صورت لزوم بتوانید به سرعت با اورژانس تماس بگیرید.

» موقع ورزش یک صندلی نزدیک خود داشته باشید تا به محض خسته‌شدن روی آن نشسته و استراحت کنید.

» پیش از تمرینات، حین تمرینات و بعد از آن آب بنوشید. به ازای هر ساعت تمرین شدید، باید حداقل یک و

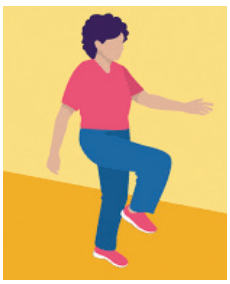
نیم لیتر آب بنوشید.

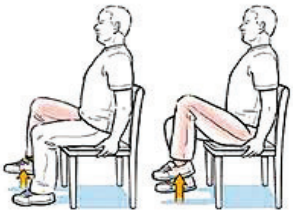
» قبل از شروع تمرینات، بدن خود را گرم کنید، مثلا درجا قدم بزنید. گرم کردن بدن را می‌توانید در حالت ایستاده و یا نشسته انجام دهید.

نکته قابل ذکر درباره تمرین‌ها این است که در ابتدا آن‌ها را یک‌بار در روز انجام دهید، سپس به تدریج تعداد دفعات را افزایش دهید. به آهستگی تمرین کنید و در صورت بروز درد، استراحت کنید.

نمونه‌هایی از تمرینات که در صورت تایید پزشک معالج، قابل انجام در بیماران سالمند دچار پارکینسون است در ذیل ارائه شده است.

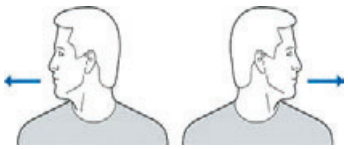
۱. گرم‌کردن بدن با تمرین «مارش زدن»





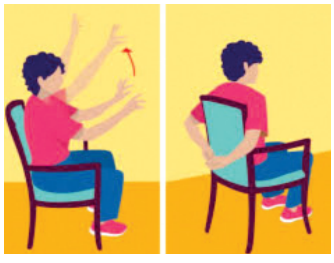
روی صندلی بنشینید و روبرو را نگاه کنید. یک زانو را به آهستگی تا جایی که می‌توانید بالا بیاورید و سپس پای خود را به آرامی پایین بیاورید. این حرکت را با پای دیگر تکرار کنید. این تمرین را تا وقتی که بدن شما گرم شود، تکرار کنید. این تمرین را می‌توانید در حالت ایستاده هم انجام دهید. بهتر است موقع مارش‌زدن، دست‌ها با پاها هماهنگ باشند (دست راست با پای چپ بالا و پایین می‌رود و دست چپ با پای راست حرکت می‌کند).

۲. تمرین چرخش گردن



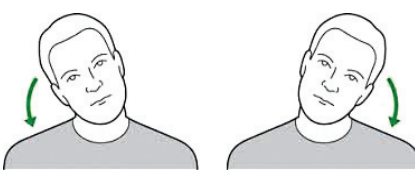
روی یک صندلی سفت بنشینید، شانه‌ها را به سمت پایین بکشید، به روبه‌رو نگاه کنید. سر خود را تا جایی که می‌توانید به آهستگی رو به شانه چپ بچرخانید. به مدت ۵ ثانیه سر خود را در این حالت نگه دارید، سپس به حالت اول برگردید. در مرحله بعد، چرخش را به سمت راست انجام دهید. به هر سمت سه بار چرخش کنید.

۳. تمرین بردن دست‌ها بالای سر



بالابردن دست‌ها باعث کشیده شدن بالاتنه و دست‌های شما می‌شود. در وضعیت نشسته روی صندلی سفت، ابتدا دست‌ها را کنار بدن قرار دهید. سپس آرنج‌ها را صاف کرده و دست‌ها را بالای سر ببرید. در بالای سر، دست‌ها را به اندازه عرض شانه باز باشد. این وضعیت را ۵ ثانیه نگه دارید، سپس دست‌ها را به حالت اول برگردانید. این تمرین را ۳ بار تکرار کنید.

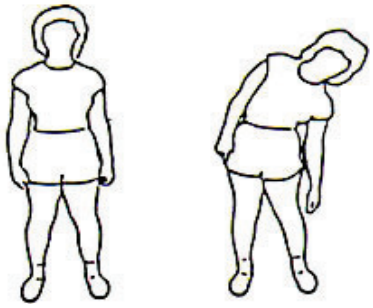
۴. تمرین خم‌کردن گردن به طرفین



این تمرین به نرم‌شدن عضلات سفت گردن کمک می‌کند. وضعیت شروع این تمرین مانند تمرین چرخش گردن است. ابتدا گوش راست را به شانه راست برسانید (مراقب باشید شانه‌ها بالا نرود)، این وضعیت را ۵ ثانیه نگه

دارید، سـپس به وضعیت شـروع برگردید. در مرحله بعد گوش چپ را به شـانه چپ برسـانید. این تمرین را برای هر طرف سه بار تکرار کنید.

۵. تمرین خم‌کردن تنه به طرفین



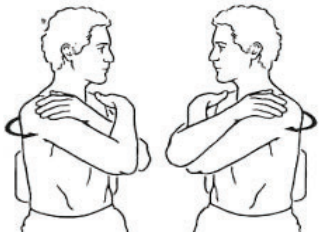
برای انجام این تمرین در حالت ایسـتاده، باید تعادل خوبی داشـته باشید. اگر اختلال تعادل دارید و حتی با گرفتن دسـت به یک تکیه‌گاه سـفت و کنار دیوار ایسـتادن، باز هم دچار مشـکل می‌شـوید، تمرین را در حالت نشسته انجام دهید. این تمرین به نرم‌شدن عضلات سفت طرفین تنه کمک می‌کند. صاف بایستید، پاها را به اندازه عرض شانه باز کنید، دست‌ها را کنار بدن قرار دهید، دست چپ خود را به زانوی چپ و فراتر از آن برسانید، کشش را تا ۵ ثانیه نگه دارید و تا وقتی ادامه دهید که در سـمت راست بدن خود کشـیدگی احساس کنید. سـپس به حالت اول برگردید. در مرحله بعد دست راست را به زانوی راست و یا فراتر از آن ببرید. این تمرین را برای هر طرف ۳ بار تکرار کنید.

۶. تمرین قوس‌دادن بدن به عقب



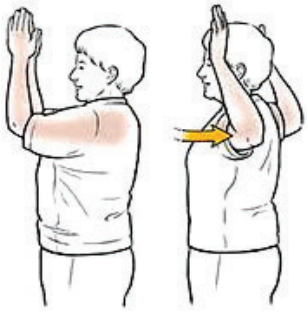
این تمرین یک کشـش خوب برای عضلات جلوی تنه و ناحیه قفسـه سینه است. این تمرین خصوصـا بـرای افـرادی مفید اسـت کـه بیشـتر روز را در وضعیت نشسـته و خمیـده به جلو می‌گذرانند. اگر تعادل خوبی در حالت ایستاده دارید، در وضعیت ایستاده قرار بگیرید، دستان خود را پشت کمر قرار دهید، هم‌زمان با تنفس (دم) به آرامی بدن خود را به سمت عقب قوس دهید، شـانه‌ها را عقب ببرید، سـقف را نگاه کنید. این وضعیت را ۵ ثانیه نگه دارید، سـپس با بازدم به وضعیت اول برگردید. این تمرین را سه بار انجام دهید.

۷. تمرین چرخش تنه



صاف بایستید، پاها را به اندازه عرض شانه باز کنید، دست‌ها را کنار بدن قرار دهید، دست‌های خود را روی کمر (پهلوها) قرار دهید یا به حالت دست به سینه بایستید، به آرامی سـر و شانه‌های خود را تا جایی که می‌توانید به سمت چپ بچرخانید. این وضعیت را ۵ ثانیه نگه دارید، سپس به وضعیت اول برگردید. در مرحله بعد چرخش را به سمت راست انجام دهید. این تمرین را به هر طرف سه مرتبه انجام دهید.

۸. کشش پشت و کمر



بایسـتید یا بنشینید و پشت بدن را صاف نگه دارید. بازوها را مقابل بدن نگه دارید، دست‌ها و آرنج‌ها را به گونه‌ای به یکدیگر بچسبانید که نوک دست‌ها رو به بالا باشد. دست‌ها را تا جایی که می‌توانید از هم دور کنید و کتف‌ها را از پشت به یکدیگر نزدیک کنید، در مرحله بعد دسـت‌ها را به آهستگی به یکدیگر نزدیک کنید. این حرکت را ۵ بار تکرار کنید.

۹. تمرین نشست و برخاست از صندلی یا مبل



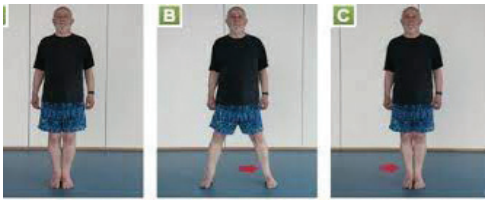
این تمرین یک تمرین بسیار خوب برای تقویت پاهاست. صاف بنشینید، به سمت جلوی مبل یا صندلی حرکت کنید، سپس به وضعیت ایستاده بروید. اگر اختلال تعادل دارید، دست خود را به جایی تکیه دهید. در مرحله بعد به وضعیت نشسته روی صندلی برگردید. این تمرین را ۳ تا ۵ بار انجام دهید.

۱۰. تمرین راست‌کردن زانوها



این تمرین به قدرت و ثبات پاها کمک می‌کند. جلوی مبل یا صندلی بنشینید. دست‌ها را دو طرف روی مبل قرار دهید. در مرحله بعد پاشنه‌ها را از زمین جدا کرده و زانوها را صاف کنید. اگر توانایی صاف‌کردن زانوها را ندارید، پاها را تک تک حرکت دهید. در مرحله بعد پاها را آرام پایین ببرید، تا جایی که ۵ سانتی‌متر از زمین فاصله داشته باشد. این کار را چند بار تکرار کنید. اگر این تمرین برای شما سخت است، اجازه دهید پاها زمین را لمس کند و لازم نیست پاها از زمین فاصله بگیرد.

۱۱. تمرین تعادلی راه‌رفتن از پهلو



بایستید و پاها را کنار یکدیگر قرار دهید، ابتدا یک قدم بزرگ با پای چپ به سمت پهلوی چپ بردارید، سپس پای راست را کنار پای چپ قرار دهید. اگر اتاقی که در آن تمرینات را انجام می‌دهید به حد کافی بزرگ است، ۵ قدم به سمت چپ و ۵ قدم به سمت راست بردارید.

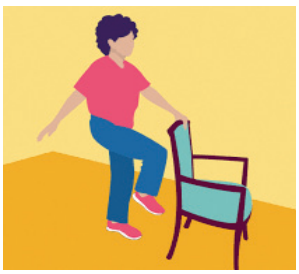
این تمرین را ۱۰ بار تکرار کنید.

۱۲. تمرین تعادلی راه رفتن قطاری (بازی گردو شکستم)

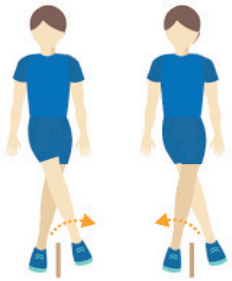


صاف بایستید، پاشنه پای راست را جلوی پنجه پای چپ قرار دهید. این تمرین را کنار دیوار انجام دهید تا هر وقت دچار اختلال تعادل شدید، دست خود را به دیوار تکیه دهید. در تمام مدت راه‌رفتن جلو را نگاه کنید. ۵ قدم به جلو بردارید. اگر توانستید، ۵ قدم هم به عقب برگردید. با تکرار تمرینات طی چند هفته ممکن است بتوانید بدون تکیه دست‌ها و با فاصله از دیوار، این تمرین را انجام دهید.

۱۳. تمرین ایستادن روی یک پا



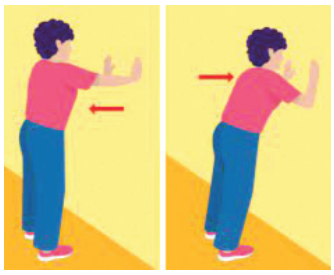
جلوی دیوار بایستید، آرنج‌ها را راست کرده و کف دست‌ها را به دیوار تکیه دهید. پای چپ خود را از زمین جدا کنید و آن را به مدت ۵ الی ۱۰ ثانیه در هوا نگه دارید. سپس این کار را با پای چپ انجام دهید. این تمرین را برای هر پا ۳ مرتبه تکرار کنید. برای سخت‌تر کردن تمرین می‌توانید به جای دو دست، یک دست خود را به دیوار تکیه دهید. در مرحله بعد از دو انگشت استفاده کنید و در آخر، اگر می‌توانید بدون استفاده از دست‌ها، روی یک پا بایستید.



۱۴. تمرین راه‌رفتن ضربدری

در حالت ایستاده پای راست را ضربدری از جلو، کنار پای چپ قرار دهید. سپس با حرکت ضربدری از پشت، پای چپ را کنار پای راست قرار دهید. به هر سمت ۵ قدم ضربدری بردارید. اگر اختلال تعادل دارید، انگشتان دست خود را به دیوار تکیه دهید. هرچه قدم‌ها کوتاه‌تر باشد، حفظ تعادل سخت‌تر است.

۱۵. تمرین فشار دادن دست‌ها به دیوار



جلوی دیوار بایستید، آرنج‌ها را راست کرده و کف دست‌ها را به دیوار تکیه دهید. پاها را به اندازه عرض شانه باز کرده، دست‌ها را روی دیوار هم‌سطح شانه‌ها قرار دهید. همراه تنفس (دم) آرنج‌ها را خم کرده و شانه‌ها را به دست‌ها نزدیک کنید، یک ثانیه توقف کنید. حین انجام این تمرین، عضلات باسن خود را سفت نگه دارید، سپس با یک بازدم سر جای اول برگردید. مراقب باشید پاشنه‌ها از زمین جدا نشود. اگر حین انجام تمرین پاشنه‌ها از زمین بلند می‌شود، نزدیک‌تر به دیوار بایستید.

فصل دهم

توانبخشی اضطراب و افسردگی در سالمندان

همان‌گونه که گفته شد، هدف از توانبخشی برگرداندن عملکرد سالمند، بالا بردن کیفیت زندگی، پیشگیری از اختلال بیشتر و نیز سازگاری با وضعیت موجود است. این اهداف از طریق اقداماتی که بخشی از آن‌ها توسط خود سالمند و بخش دیگر توسط اطرافیان و یا مراقبان او انجام می‌شود، قابل دستیابی است. وظیفه آموزش مراقبان برای انجام این امور به عهده متخصصان توانبخشی است. این اقدامات شامل فعالیت‌های روزمره، مشارکت‌های اجتماعی، فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت، فعالیت‌های دوران بازنشستگی، فعالیت‌های مدیریت سلامت، خواب و استراحت و فعالیت‌های آموزشی است. سالمندان مبتلا به افسردگی یا اضطراب ممکن است در انجام بخشی یا همه این فعالیت‌ها با مشکل روبه‌رو باشند.



انجام فعالیت‌های روزمره در سالمند مبتلا به افسردگی یا اضطراب

فعالیت‌های روزمره شامل دو بخش پایه (حمام‌کردن، دستشویی‌رفتن، لباس‌پوشیدن، غذاخوردن، انجام بهداشت فردی و رفت‌وآمد در خانه) و سطح بالاتر (استفاده از وسایل ارتباط جمعی مانند تلفن، استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی یا خودروی شخصی، مدیریت مالی، رسیدگی به خانه، آشپزی و خرید کردن) است.

سالمند مبتلا به افسردگی یا اضطراب ممکن است علاقه ای به انجام فعالیت های روزمره نداشته باشد یا برای انجام آن‌ها به دیگران وابسته شده و استقلال نداشته باشد. توانایی سالمندان در انجام فعالیت های روزمره زندگی در کنترل افسردگی و اضطراب موثراست.

برای انجام هرچه بهتر فعالیت های روزمره زندگی لازم است این فعالیت ها به اجزای ساده‌تر تقسیم شوند و مراحل انجام هر بخش مشخص باشد. به این عمل درجه بندی فعالیت گفته می‌شود. برای مثال فعالیت مسواک زدن شامل اجزای زیر است:

- برداشتن مسواک
- بازکردن شیر آب
- مرطوب کردن برس مسواک با آب
- بستن شیر آب
- برداشتن لوله خمیر دندان با دست دیگر
- باز کردن در لوله خمیر دندان با دستی که مسواک را گرفته است
- قرار دادن خمیر دندان روی برس مسواک
- بستن در خمیر دندان با دستی که مسواک را گرفته است
- قرار دادن لوله خمیر دندان در جای خود
- انجام مسواک زدن
- باز کردن شیر آب
- آبکشی دهان
- شستن مسواک
- بستن شیر آب
- قرار دادن مسواک در جای خود

در اینجا تاکید بر انجام عمل مسواک زدن توسط سالمند با وجود بی‌علاقگی یا وابستگی روانی او به دیگران است. البته سالمند می‌تواند در انجام برخی از بخش‌های ذکر شده از اطرافیان یا مراقبان خود کمک بگیرد. برای سایر فعالیت‌های روزمره نیز می‌توان همین کار را کرد. بخش‌هایی از یک فعالیت روزمره که سالمند می‌تواند انجام دهد، به او سپرده می‌شود و در صورت نیاز از دیگران کمک می‌گیرد. هرچه تسلط سالمند به اجزای ریزتر یک فعالیت بیشتر شود، احساس ناکامی و اضطراب در وی کمتر شده و استقلال عملکرد بیشتری خواهد داشت. درباره فعالیت‌هایی که سالمند یا مراقب وی قادر به ریزتر کردن آن نیستند، مشورت با متخصص توانبخشی کمک‌کننده است.

هرچه فعالیت‌های روزمره ساده‌تر شوند، امکان موفقیت سالمند مبتلا به افسردگی یا اضطراب در آن بیشتر است. در بعضی موارد به کمک ابزارهای ساده می‌توان این کار را انجام داد:

- استفاده از لیوان برای شستشوی دهان به جای باز و بسته کردن مکرر شیر آب
- استفاده از چرخ دستی سبک برای خرید کردن
- پرداخت قبوض با تلفن گویا به جای استفاده از گوشی‌های هوشمند
- استفاده از کتاب صوتی بجای خواندن کتاب
- متخصصان توانبخشی می‌توانند سالمند را برای ساده سازی فعالیت‌ها با ابزارهای ساده راهنمایی کنند.

انجام فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت در سالمند مبتلا به افسردگی یا اضطراب

فعالیت‌های تفریحی و فعالیت‌های اوقات فراغت بخش قابل توجهی از ارتباطات اجتماعی سالمندان به شمار می‌روند. این فعالیت‌ها می‌تواند به اشکال مختلف انجام شوند:

- بازی‌های فکری
- بازی‌های ورزشی ساده مانند نرمش‌های کششی ساده یا پیاده‌روی کوتاه مدت با حداقل یک همراه
- انجام کارهای هنری به شکل گروهی
- خاطره گفتن در جمع
- گردش‌های ساده و کوتاه
- گوش‌کردن به موسیقی در جمع



در انجام این نوع فعالیت‌ها بهتر است این موارد رعایت شوند:

- به صورت گروهی انجام شوند.
- گروه‌ها حداقل ۳ نفره باشند.
- شرکت در گروه‌های بسیار پرجمعیت و پر سروصدا توصیه نمی‌شود.
- گروه‌ها شامل افراد هم سن و سال باشند.
- فعالیت‌ها به صورت دوره‌های منظم انجام شوند.
- این فعالیت‌ها حداقل دو بار در هفته و هر بار به مدت یک ساعت انجام شوند.
- به تدریج زمان و تعداد روزهای هفته افزایش یابد.
- فعالیت‌ها برای سالمند معنادار و لذت‌بخش باشد و متناسب با میزان خلق و خوی او انتخاب شوند.
- از پیچیدگی یا سادگی بیش از حد بازی‌ها اجتناب شود. انجام فعالیت‌های پیچیده ممکن است خارج از توان سالمند مبتلا به افسردگی و اضطراب باشد و در مقابل، انجام فعالیت‌های بسیار ساده ممکن است به عزت نفس

او آسیب بزند.

- افسردگی و اضطراب انگیزه سالمند را برای مشارکت در فعالیت های گروهی کاهش می دهد. در نتیجه، بهترین راه برای درگیر کردن سالمند در بازی های گروهی، استفاده از بازی هایی با حداقل اعضا و به مدت کوتاه است و به تدریج می توان زمان، میزان پیچیدگی و تکرار فعالیت های گروهی را افزایش داد.
- ممکن است به علت بیماری های جسمی، انگیزه سالمند مبتلا به افسردگی یا اضطراب کمتر شود. در این مواقع سطح فعالیت را تا حد توانایی جسمی و روحی سالمند کاهش داده و بعد از طی دوره حاد بیماری، روند افزایشی فعالیت در نظر گرفته شود.

مشارکت منظم و جدی سالمندان در فعالیت های گروهی اوقات فراغت، علاوه بر کاهش انزوای اجتماعی و احساس تنهایی آن ها، می تواند به بهبود وضعیت جسمانی و روانی آنان که در نتیجه انزوای اجتماعی به وجود آمده نیز کمک کند. همسالان سالمند بهترین گزینه برای انجام بازی های گروهی هستند. در صورت امکان، می توان از مراقبان یا نیروهای داوطلب برای مدیریت گروه ها استفاده کرد.

مشارکت اجتماعی و فعالیت های دوران بازنشستگی در سالمند مبتلا به افسردگی یا اضطراب



مشارکت اجتماعی شامل ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، گروه های اجتماعی مانند مسجد یا انجمن خیریه محل، ارتباط حداقل با یک دوست و یا گروهی از همسالان است. آنچه که باعث می شود مشارکت اجتماعی بر سلامت روان سالمندان تاثیر مثبت داشته باشد، داشتن نقش فعال است. عادات سالم و پایبندی به رسومات و مناسک منطقه زندگی، می تواند به مدیریت افسردگی و اضطراب سالمند کمک کند. در دوران بازنشستگی، سالمند می تواند به ایفای نقش های مختلفی در مشارکت اجتماعی بپردازد و در هر کدام از این نقش ها با کمک مجموعه‌ای از عادات مفید و انجام آداب و رسوم مختلف به مشکلات روحی خود غلبه کند. برای مثال، یک سالمند در مشارکت های اجتماعی می تواند در نقش پدر، همسر، پدربزرگ، عضو بسیج محل، عضو انجمن خیریه، همسایه، دوست قدیمی، عضو کتابخانه محل و یا شطرنج باز در پارک محل باشد. هر کدام از این نقش ها وظایفی را به دنبال دارد که با تبدیل کردن آن وظایف به عادات روزمره و انجام رسوم مربوط به آن نقش، می توان برنامه هایی مرتب برای روز طراحی کرد. برای مثال، پذیرش نقش عضو کتابخانه، وظایفی مانند نگهداری از کتاب، کمک به مسئول کتابخانه، تهیه فهرست جدید برای تهیه کتاب، برگزاری «میز کتاب» در پارک محله، جمع‌آوری کتاب های نایاب با کمک همسالان و بسیاری از موارد مشابه را به همراه دارد. سالمند می تواند با کمک مراقبان یا متخصص توانبخشی، فعالیت های مربوط به یک نقش را بررسی کند و یا تعداد آن ها را اضافه کند؛ سپس با درجه‌بندی فعالیت (شکستن آن به اجزای ریزتر) انجام آن ها را ساده‌تر کند. بسیاری از مشکلات افسردگی یا اضطراب در سالمندان به نداشتن فعالیت های اجتماعی یا نداشتن نقش فعال مرتبط است. در افرادی که قبلا شاغل بودند، این نداشتن نقش فعال تاثیر مخرب‌تری خواهد داشت. بنابراین، با داشتن یک ساختار منظم در روز و داشتن احساس مفید بودن، بخشی از این احساسات منفی قابل مدیریت خواهد بود. هرقدر تعداد نقش ها متنوع‌تر و بیشتر باشد، سالمند عادات مفیدتر و اوقات هدفمندتری خواهد داشت.

فصل یازدهم

توانبخشی در اختلالات دهان سالمندان

مقدمه



تقریبا همه ما بسیاری از اعمال روزانه خود مانند صحبت‌کردن، خوردن، آشامیدن و یا تنفس‌کردن را بدون توجه به وجود بزاق یا آب دهان انجام می‌دهیم. روزهایی را به خاطر بیاوریم که مجبور به تنفس با دهان شده‌ایم و سپس به سرفه افتاده‌ایم و از خشکی دهان و حلق گله کرده‌ایم. در دهان تعدادی غده بزاقی وجود دارد که مایعی شفاف، نسبتاً غلیظ و کمی کف‌آلود به نام بزاق ترشح می‌کند. غدد اصلی تولید بزاق سه جفت هستند که بین گوش و استخوان‌های فک قرار گرفته‌اند و غدد بناگوشی، زیر زبانی و زیر فکی نامیده می‌شوند. این غدد حدود ۹۵ درصد ترشح بزاق را بر عهده دارند. به جز این سه جفت غده اصلی، غدد بزاقی فرعی هم به طور پراکنده در اطراف لب‌ها، گونه‌ها، کام و زبان فعالیت می‌کنند. شما به احتمال قوی غده بناگوشی را می‌شناسید، زیرا همان غده‌ای است که در هنگام ابتلا به اوریون ورم می‌کند و دردناک می‌شود. این غده بزرگ‌ترین غده ترشح‌کننده بزاق است.

قسمت اعظم بزاق از آب تشکیل شده است، ولی در بزاق می‌توان بقایای غذا، سلول‌های پوششی ناحیه حلق و دهان، بقایای داروها یا محصولات شیمیایی مصرف‌شده و نیز مخاط حفره بینی و حلق را یافت. وجود بزاق برای آمادگی غذا جهت بلعیدن و گوارش آن بسیار ضروری است. ترکیب غذا با بزاق سبب چسبیدن اجزای غذا به یکدیگر شده و پوشش نرم و لزجی بر روی آن ایجاد می‌کند که سبب بلع راحت تر غذا می‌شود. در بزاق آنزیمی بنام پتیالین وجود دارد که می‌تواند نشاسته را تجزیه و به گلوکز تبدیل نماید. اگر دقت کرده باشید حیوانات جهت تمیز کردن خود از بزاق دهان استفاده می‌کنند، زیرا در بزاق ماده‌ای بنام آنزیم لیزوزیم وجود دارد که می‌تواند دیواره باکتری‌ها را بشکند، در نتیجه بزاق اثر ضد میکروبی دارد و باکتری‌های وارده به دهان را از بین می‌برد. در بزاق ماده ایمنی خاصی بنام ایمنوگلوبین آ نیز وجود دارد که نقش مهمی در عملکرد سیستم ایمنی ما در هنگام ورود غذا به دهان دارد و در حقیقت سبب محافظت ما در مقابل عوامل عفونی می‌شود.

در حالت استراحت، بدون تحریک خارجی مثل بوی غذا یا دیدن آن یا تحریک توسط دارو، جریان بزاقی مستمر و کمی وجود دارد که به آن بزاق غیرتحریکی گفته می‌شود. این بزاق به صورت یک غشا برای پوشاندن، مرطوب و لغزنده‌کردن بافت دهانی عمل می‌کند. با تحریکات چشایی، بویایی یا دارویی، نوع دیگری از بزاق ترشح می‌شود که بزاق تحریکی نام دارد و ۸۰ تا ۹۰ درصد تولیدات بزاقی روزانه را شامل می‌شود. در یک فرد سالم، روزانه ۱ تا ۱/۵ لیتر بزاق تولید می‌شود. بیشترین حجم بزاق قبل، حین و پس از وعده‌های غذایی ایجاد می‌شود و حدود ۱۲ ظهر به اوج خود می‌رسد و در هنگام شب که در خواب هستیم، به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

عوامل مختلفی بر روی شاخص جریان بزاقی و اجزای آن تأثیر می‌گذارند. میزان آب خوردن هر فرد، وضعیت بدن، نور، سیگار کشیدن، بیماری‌های زمینه‌ای، تغذیه، سن، جنس، داروها، وزن بدن و تمرینات بدنی از جمله این عوامل هستند.

- در طی فعالیت بدنی، به علت عرق‌کردن و تحریک اعصاب خودکار بدن، مقدار ترشح بزاق کم می‌شود.
- بزاق از تشکیل بسیاری از زخم‌های دهانی که می‌توانند به علت خوردن مواد غذایی سفت و ترش ایجاد شوند، پیشگیری می‌کند و نیز می‌تواند در بهبود زخم‌های دهانی نیز موثر باشد.

خشکی دهان در سالمندان

اگر جریان ترشح بزاق در حالت استراحت به زیر ۰/۱ میلی‌لیتر در دقیقه کاهش یابد و یا اگر مقدار جریان بزاق

تحریکی در اثر جویدن آدامس، به کمتر از ۰/۷ میلی‌لیتر در دقیقه کاهش یابد، فرد مبتلا به خشکی دهان واقعی شده است. درباره خشکی دهان این موارد قابل ذکر است:



- در زنان مهمترین عامل مستعد کننده بروز خشکی دهان، یائسگی و تغییرات هورمونی است.
- خشکی دهان می تواند از عوارض داروهای مصرفی باشد. برخی داروهای ضدافسردگی، ضد حساسیت‌ها و داروهای ادرارآور می‌توانند باعث خشکی دهان شوند.
- ابتلاء به اختلالات روانی و بیماری‌های عصبی نیز از علل خشکی دهان است.
- دیابت با ایجاد اختلال در عمل غدد بزاقی می‌تواند باعث کاهش ترشح بزاق و خشکی دهان شود.
- خشکی دهان ممکن است باعث پوسیدگی دندان‌ها و آسیب به پوشش دهان شود.
- برای جلوگیری از کاهش بیشتر بزاق، باید از قرار گرفتن در محیط های گرم و خشک خودداری شود.

هم‌زمان با افزایش سن افراد و رسیدن به سنین ۶۰ تا ۶۵ سالگی از تعداد سلول‌های ترشح‌کننده بزاق در غدد بزاقی کاسته می شود و این غدد حاوی مقدار زیادی بافت چربی می شوند که یکی از علل شیوع خشکی دهان در سنین بالاست، ولی تنها دلیل آن نیست.

هم‌زمان با افزایش سن از تعداد سلول های بویایی و چشایی کاسته می شود و در نتیجه تحریکات لازم جهت ترشح بزاق کاهش می‌یابد و جریان خون غدد نیز کم می‌شود. علاوه بر این عوامل، استفاده از داروهای مختلف برای حفظ سلامت افراد سالمند نیز می‌تواند سبب کاهش ترشح بزاق شود. کاهش ترشح بزاق در اثر کهولت، بیشتر در غدد زیرزبانی و تحت فکی رخ می‌دهد و ترشح غده بناگوشی و غدد پراکنده موجود در دهان کاهش نمی‌یابد.

در دوره سالمندی محتوای بزاق نیز تغییر می‌کند. مقدار پروتئین بزاق کاهش می‌یابد. موسین یکی از این پروتئین‌های موجود در بزاق است که نقش مهمی در حفاظت از دندان‌ها و پوشش دهان دارد. موسین همان ماده‌ای است که به بزاق حالت لزج می‌دهد و سبب تسهیل حرکات زبان و دهان می‌شود، مانند غلافی روی قسمت های مختلف دهان را می‌پوشاند و نقش مهمی در حفظ آب در حفره دهانی دارد. در حقیقت موسین مانند اسفنج عمل کرده و آب به خود جذب می‌کند. در نتیجه با کاهش این پروتئین احتمال خشکی دهان نیز افزایش می‌یابد.

نکاتی که در رابطه با تاثیر سن بر ترشح بزاق باید بدانید:

- کاهش ترشح بزاق به دنبال کاهش حس بویایی و چشایی طبیعی است و در نتیجه تغییر طعم غذاها رخ می‌دهد.
- استفاده از توانبخشی بویایی با ادویه‌های تند می‌تواند به فعال نگاه داشتن حس بویایی و فراهم‌کردن تحریکات کافی برای ترشح بزاق کمک کند.
- به علت کاهش محتوای پروتئینی بزاق باید بیشتر مراقب دندان‌ها باشید و به زخم‌ها و خراشیدگی‌های داخل دهان، خیلی اهمیت دهید. از خوردن غذاهای بسیار داغ یا بسیار سرد و یا غذاهای زبر و خشن خودداری نمایید تا حفره دهان آسیب نبیند.
- برای جلوگیری از خشکی دهان می‌توانید از مصرف بیشتر مایعات جهت مرطوب نگاه‌داشتن آن استفاده کنید. اگر نگران تکرر ادرار هستید، فقط مایع را در دهان بگردانید و سپس آن را خارج کنید.

تغییر ذائقه در سالمندی

همزمان با افزایش سن و تغییر محتوای بزاق، قدرت اسیدی بزاق تغییر می‌کند. با توجه به این که درک مزه‌های شیرین و ترش وابسته به قدرت اسیدی بزاق است، درک مزه شیرینی در افراد مسن تغییر می‌کند و آن‌ها طعم شیرینی کمتری احساس می‌کنند. از طرف دیگر جهت رسیدن طعم غذاها به جوانه‌های چشایی باید به مقدار کافی بزاق ترشح شود. با توجه به کاهش میزان جریان بزاق در کهنسالی، مقدار رسیدن مواد به جوانه‌های چشایی کمتر شده و در نتیجه مقدار درک طعم و مزه‌ها تغییر می‌کند. این مساله می‌تواند منجر به تغییر در مقدار غذا خوردن شود. البته استفاده طولانی‌مدت از سیگار نیز عامل مهمی دیگری در کاهش ترشح بزاق و تغییر ذائقه است.

مواردی که لازم است سالمند درباره تغییر ذائقه بداند، عبارتند از:

- اگر به تازگی متوجه شده‌اید که غذاها طعم قدیم را ندارند، نگران نشوید.
- برای این که بهتر متوجه طعم غذاها شوید، از خوردن غذاهای خشک اجتناب کنید و به همراه غذاها از آب استفاده نمایید.
- با توجه به اینکه سالمندان باید رژیم غذایی مناسب داشته باشند و کمتر از نمک و شکر استفاده کنند، سعی کنید با ترشیجات و سایر طعم دهنده‌ها، طعم غذاها را مطلوب کنید.
- تا می‌توانید از غذاهای فیبردار استفاده نمایید تا میزان آب بدن کم نشود.

بزاق و ترمیم زخم



فعالیت‌های روزانه مانند خوردن، آشامیدن، گاز زدن، جویدن و حتی صحبت‌کردن، فشارهای شیمیایی و مکانیکی به حفره دهان وارد می‌کنند. از آن‌جایی که سلول‌های پوشاننده حفره دهان و حلق، نمی‌توانند حفاظ مناسبی در برابر این فشارها ایجاد کنند، بدن به شدت به عمل آسترسازی بزاق با استفاده از موسین لزج موجود در آن وابسته است. موسین علاوه بر حفاظت، سبب لغزنده سازی نیز می‌شود. می‌توان موسین را به روغن موتور تشبیه کرد که سبب حرکت روان موتور، کاهش احتمال آسیب آن و کاهش مصرف انرژی می‌شود. بزاق با داشتن مواد مختلف می‌تواند سدی در مقابل باکتری‌ها، قارچ‌ها و ویروس‌ها بسازد و در نتیجه از زخم‌شدن دهان جلوگیری نماید. با این حال گاهی در حفره دهانی زخم‌هایی ناشی از حرارت بالای غذا یا نوک تیز بودن آن ایجاد می‌شود. نکته قابل توجه سرعت بالای ترمیم زخم‌های دهانی نسبت به زخم‌های پوستی مشابه است. اگر دقت کرده باشید در زخم‌های پوستی بعد از التیام، بافت کم‌رنگ و سفتی بجا می‌ماند؛ در حالی‌که در زخم‌های حفره دهان این بافت سفت کمتر تشکیل می‌شود و در نتیجه مشکلات کمتری ایجاد می‌شود.

وجود رطوبت ناشی از بزاق در حفره دهان، عامل مهمی جهت بهبود سریع‌تر زخم‌های این منطقه است، زیرا رطوبت سبب عملکرد بهتر سلول‌ها می‌شود و در عین حال بزاق دارای مواد پروتئینی است که به بهبود زخم‌ها کمک می‌کند. در نتیجه در افرادی که دچار خشکی دهان هستند، زمان بهبود زخم‌های حفره دهانی طولانی‌تر است و در عین حال احتمال ایجاد زخم هم بالاتر می‌رود.

در بزاق موادی وجود دارند که سبب کاهش درد می‌شوند و به همین دلیل زخم‌های داخل دهان درد کمتری ایجاد

می‌کنند. می توان از بزاق برای کم کردن درد زخم‌های پوستی نیز استفاده کرد. مشخص شده است که این عمل علاوه بر کاهش درد، سبب بهبود سریع‌تر زخم‌های پوستی نیز می‌شود.

مواردی که لازم است سالمند درباره نقش بزاق در ترمیم زخم بداند، عبارتند از:

- همیشه دهان را مرطوب نگاه دارید. می‌توانید از پزشک بخواهید داروهای مناسب را تجویز نماید.
- مراقب دندان‌های مصنوعی و مناسب‌بودن قالب آن‌ها با دهان خود باشید. گشادی یا تنگی دندان مصنوعی می‌تواند باعث ایجاد زخم شود.
- از بیرون ریختن بزاق خودداری نمایید و تا آن‌جا که امکان دارد بزاق خود را قورت دهید.

فصل دوازدهم

توانبخشی در بی‌اختیاری ادرار در سالمندان

منظور از بی‌اختیاری ادرار هرگونه نشت غیرارادی ادرار است که منجر به کاهش کیفیت زندگی، بهداشت فردی و روابط اجتماعی می‌شود. شیوع بی‌اختیاری ادرار با افزایش سن بیشتر می‌شود. بیش از ۶۰ درصد زنان بالای ۴۰ سال و بیش از ۸۰ درصد زنان بالای ۶۰ سال تعدادی از علائم بی‌اختیاری ادرار را دارند. بی‌اختیاری ادرار تنها مختص زنان نیست و در مردان نیز دیده می‌شود ولی کمتر است.

انواع بی‌اختیاری ادرار

- **بی‌اختیاری ادرار استرسی:** شایع‌ترین نوع بی‌اختیاری ادراری است که به صورت نشت غیرارادی ادرار در زمان افزایش فشار داخل شکمی در اثر سرفه، عطسه و فعالیت بدنی مانند تمرینات ورزشی پریدن، دویدن، بلندکردن اجسام سنگین، حمل بار یا تغییر وضعیت ناگهانی بدن رخ می‌دهد.
- **بی‌اختیاری اضطراری یا فوریتی:** در زنان مسن شایع‌تر است و با خروج ناخواسته ادرار بلافاصله پس از ایجاد احساس فوریت در دفع ادرار مشخص می‌شود. از علائم اصلی این نوع بی‌اختیاری، افزایش تعداد دفعات ادرار کردن در روز، بیدار شدن در شب جهت ادرار کردن و عدم توانایی در به تعویق انداختن زمان تخلیه ادرار است. بی‌اختیاری اضطراری یا فوریتی گاهی پس از نوشیدن مقدار کمی آب یا پس از شنیدن صدای آب رخ می‌دهد.
- **بی‌اختیاری ترکیبی:** علائم هر دو نوع بی‌اختیاری استرسی و اضطراری را دارد و در زنان مسن‌تر بیشتر دیده می‌شود.
- **بی‌اختیاری عملکردی:** به علت بیماری‌هایی که تفکر، تحرک یا برقراری ارتباط را مختل می‌کند، رخ می‌دهد و بیمار نمی‌تواند در موقع مناسب خود را به سرویس بهداشتی برساند. بیماران مبتلا به این نوع بی‌اختیاری معمولاً از زوال عقل، عدم چابکی، کاهش توانایی حرکتی یا ابتلا به بیماری‌هایی چون افسردگی رنج می‌برند. بی‌اختیاری عملکردی در میان سالمندان شایع‌تر است و در خانه‌های سالمندان به وفور دیده می‌شود.
- **بی‌اختیاری ناشی از مثانه بیش فعال:** نوع دیگری از بی‌اختیاری ادرار است که در آن عصب‌ها، پیام‌ها را در زمان نامناسب به مثانه می‌فرستند و در نتیجه عضلات منقبض می‌شوند. از علائم مثانه بیش فعال می‌توان به نیاز فوری برای ادرار کردن و دشواری کنترل کردن آن، خروج ناخواسته ادرار، تکرر ادرار (بیش از ۸ بار در روز) و دو یا سه بار بیدار شدن از خواب شبانه برای ادرارکردن اشاره کرد.

بی‌اختیاری ادرار باعث ایجاد مشکلات فیزیکی مانند احساس نمناک بودن، کثیف‌شدن لباس، بوی نامطبوع و حساسیت پوستی می‌گردد که ممکن است در سطحی وسیع بر زندگی فرد مبتلا تاثیر بگذارد. این مشکل معمولا موقعیتی شرم‌آور برای فرد محسوب می‌شود که می‌تواند باعث انزوای فرد از فعالیت‌های اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی شود.

اعتماد به نفس پایین، برچسب اجتماعی، شرم، خجالت، ناامیدی و افسردگی اغلب در مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار گزارش شده است و می‌تواند برروی توانایی فرد در شکل‌دادن یا حفظ روابط فردی تاثیرگذاشته و منجربه انزوای فرد شود و همین موضوع دلیل عدم مراجعه کمتراز نیمی از مبتلایان به گروه‌های حرفه‌ای پزشکی است. از طرف دیگر، ترس از در دسترس نبودن سرویس بهداشتی می‌تواند سبب عدم خروج مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار از خانه شود.

باورهای نادرست درباره بی‌اختیاری ادرار

متاسفانه عقاید و نگرش‌های غلطی نسبت به بی‌اختیاری ادرار وجود دارد که مانعی بر سر راه اقدام برای درمان هستند.

برخی از این باورهای غلط عبارتند از:

- اعتقاد به این که بی‌اختیاری یک وضعیت طبیعی و مشکل کوچک است.
- امید پایین مبتلایان نسبت به بهبودی و اثربخشی درمان
- خجالت و شرم به علت بی‌اختیاری ادرار

باور نادرست ۱: فقط زنان به بی‌اختیاری ادرار مبتلا می شوند.

مردان نیز به بی‌اختیاری ادرار مبتلا می‌شوند و مهمترین علل آن نیز سن بالا، چاقی، بزرگ‌شدن غده پروستات و التهاب آن است. غده پروستات در اطراف مسیر خروج ادرار از مثانه مردان قرار دارد. مردان دارای بی‌اختیاری ادرار هم نباید از مراجعه به پزشک شرم کنند.

باور نادرست ۲: زایمان‌های مکرر سبب بی‌اختیاری ادرار می‌شوند.

درست است که حاملگی به خصوص حاملگی‌های مکرر و پی‌درپی و زایمان طبیعی همراه با آسیب به عصب‌ها، رباط‌ها و ماهیچه‌های کف لگن باعث بی‌اختیاری ادرار می‌شوند؛ ولی علل دیگر مانند یائسگی، تفاوت‌های نژادی، ضعف ارثی بافت و عضلات کف لگن، سرطان رحم و افتادگی رحم نیز می‌توانند سبب بروز بی‌اختیاری ادرار شوند. برخی معتقدند در زنان پس از یائسگی به علت کاهش استروژن، بی‌اختیاری ادرار بروز می کند. علاوه بر علل فوق، عوامل مشترک دیگری نیز بین زنان و مردان وجود دارند که می‌توانند سبب بروز بی‌اختیاری ادرار شوند. این علل عبارتند از: سن بالا، چاقی، فعالیت بدنی شدید، سکته مغزی، برخی بیماری‌های مغزی مانند پارکینسون و سرطان مثانه. یبوست، دیابت نوع ۲، تغییرات هورمون‌های جنسی، عفونت‌های دستگاه ادراری، عوارض جانبی برخی از داروها مانند داروهای کاهنده فشار خون، شل کننده‌های عضلانی، داروهای آرام‌بخش و برخی داروهای قلبی، نوشیدن بیش از حد الکل، نوشیدنی‌های کافئین‌دار یا مایعات دیگر نیز می‌توانند باعث بروز موقت بی‌اختیاری ادرار شوند. اگر عفونت سبب بروز بی‌اختیاری ادرار شده باشد، احتمالاً پس از درمان و برطرف شدن عفونت، مشکل بی‌اختیاری نیز برطرف خواهد شد.

باور نادرست ۳: چاق‌شدن تاثیری بر ایجاد بی‌اختیاری ادرار ندارد.

چاقی یک عامل خطر جدی برای بروز یا شدیدشدن بی‌اختیاری استرسی است. به نظر می‌رسد که افزایش وزن موجب افزایش فشار داخل شکمی و انتقال فشار به عضلات کف لگن شده و در نهایت در بروز بی‌اختیاری موثر است. چاقی شکمی نقش مهمی در بروز بی‌اختیاری دارد و بهتر است با استفاده از یک برنامه غذایی مناسب از بروز بی‌اختیاری به دنبال چاقی جلوگیری کنید.

باور نادرست ۴: سیگار کشیدن هیچ ربطی به بی‌اختیاری ادرار ندارد.

سیگار کشیدن سبب بروز سرفه مزمن و افزایش فشار داخل شکم می‌شود که در نهایت سبب وارد آمدن فشار بیشتر به عضلات و سیستم ادراری شده و در نتیجه بی‌اختیاری ادرار از نوع فشاری یا استرسی را ایجاد می‌نماید.

باور نادرست ۵: زنان ورزشکار به بی‌اختیاری ادرار مبتلا نمی‌شوند.

در اکثر ورزشکاران زن که ورزش‌هایی شامل حرکات تکراری و فرود آمدن با ضربه شدید، پرش و دویدن انجام می‌دهند، بی‌اختیاری ادراری دیده می‌شود. در ورزش‌های جهشی و پرشی فشار داخل شکمی بیشتر بالا می‌رود و احتمال بروز بی‌اختیاری ادراری استرسی در حین فعالیت‌های بدنی را افزایش می‌دهد. لذا باید سالمندان از

پرداختن به ورزش‌های جهشی و پرشی پرهیز کنند.

باور نادرست ۶: آب خوردن احتمال بی‌اختیاری ادرار را زیاد می‌کند.

کمبود آب بدن می‌تواند منجر به جمع‌شدگی بافت‌ها و تشدید بی‌اختیاری گردد، در نتیجه نباید مصرف مایعات را خیلی کم کنید. بهتر است از عصر به بعد مایعات کمتری بنوشید تا احتمال بروز بی‌اختیاری ادرار در شب کاهش یابد.

باور نادرست ۷: استفاده از هورمون‌ها می‌تواند سبب درمان کامل بی‌اختیاری ادرار شود.

استروژن هورمون جنسی است که به نظر می‌رسد کاهش آن سبب بروز بی‌اختیاری ادرار می‌شود. مصرف مقدارهای پایین استروژن موضعی به صورت کرم، حلقه یا برچسب واژن به جوان‌سازی بافت مجرای ادرار و ناحیه‌ی واژن کمک می‌کند، ولی به تنهایی نقشی در درمان بی‌اختیاری ادرار ندارد. مصرف قرص استروژن برای درمان بی‌اختیاری ادراری توصیه نمی‌شود، چرا که ممکن است سبب بروز اثرات بدی مانند افزایش احتمال ایجاد سرطان‌ها شود.

این باورهای غلط سبب می‌شود بسیاری از افراد، بی‌اختیاری ادرار را یک موضوع محرمانه و ناشی از نبود کنترل شخصی بدانند و سعی در پنهان‌کردن آن داشته باشند. کسانی که دیدگاه‌ها و نگرش‌های منفی نسبت به بی‌اختیاری ادرار دارند و همچنین آگاهی آن‌ها درباره درمان‌های موجود برای بی‌اختیاری ادرار کم است، احتمالا کمتر به دنبال درمان مشکل خود هستند.

متاسفانه بسیاری از زنان با وجود خروج خود به خودی ادرار با درجات شدید، به دنبال درمان نمی‌روند. دلایل عدم مراجعه زنان به پزشک، خجالت از مشورت با پزشک و ترس از جراحی است و به گفته بسیاری از آن‌ها، علائم خروج خود به خودی ادرار آن‌قدر جدی نیستند که برای درمان آن‌ها به پزشک مراجعه شود. یکی دیگر از دلایل عدم مراجعه زنان مبتلا به بی‌اختیاری به پزشک، این است که زنان این عارضه را یک پدیده طبیعی ناشی از افزایش سن می‌دانند (حتی در زنانی که سنین زیر ۵۰ سال دارند) و آن را یک مشکل پزشکی در نظر نمی‌گیرند.

بعضی از مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار، برای پوشاندن نشتی ادرار از لباس‌های تیره استفاده می‌کنند که می تواند باعث افزایش احساس افسردگی در آنان شود. نکته مهم دیگر، امکان استفاده از پدها و زیرپوش‌های مخصوص برای برخورداری از زندگی مستقل بدون شرم و خجالت ناشی از بی‌اختیاری ادرار است.

نوع برنامه درمانی، به علت بی‌اختیاری بستگی دارد. در صورتی که یک بیماری مشخص سبب ایجاد بی‌اختیاری شده باشد باید آن را درمان نمود (مانند بزرگ‌شدگی پروستات، سرطان مثانه، افتادگی رحم). برای درمان بی‌اختیاری ممکن است نیاز به دارو، توانبخشی، استفاده از وسایل کمکی، جراحی یا رفتاردرمانی باشد.

توانبخشی

عضلات کف لگن نقش مهمی در کنترل ادرار و مدفوع دارند. این عضلات در مرکز و عمق بدن بین استخوان‌های لگن قرار گرفته‌اند. توانبخشی عضلات کف لگن یک روش سودمند و بدون عوارض جانبی در کنترل بی‌اختیاری ادرار است.

استفاده از ورزش‌های تقویت‌کننده عضلات کف لگن یکی از مهمترین و در دسترس‌ترین اجزای درمان است. این تمرینات که تمرینات کِگِل نام دارد، نوعی روش توانبخشی است که برای سفت‌کردن و افزایش حجم عضلات کف لگن که به مرور ضعیف شده‌اند، به کار می‌روند. تمرینات کف لگن علاوه برافزایش قدرت عضلات، نشاط‌آور و متنوع هستند و به افزایش عزت نفس و تسلط بردفع ادرار و مدفوع کمک می‌کنند.

برای انجام تمرین‌های عضلات کف لگن باید عضله‌های بالابرنده مقعد را کشید و بالا برد. این حرکت به طور طبیعی بـرای کنتـرل ادرار یا دفع انجام می‌شـود. باید ایـن تمرینات را زیر نظـر متخصص فیزیوتراپی دوره‌دیـده یاد بگیرید و انجـام دهیـد. ورزش کگل، به ویژه برای افراد مبتلا به بی‌اختیاری استرسـی موثر اسـت اما بـه درمان بی‌اختیاری اضطراری نیز کمک می‌کند.

برای انجام تمرینات کف لگن (کِگِل) باید موارد زیر را در نظر داشت:

تمرینات باید تنها پس از تایید یک فیزیوتراپیست آموزش‌دیده در زمینه بی‌اختیاری انجام شوند.

به علت شیوع پوکی استخوان در افراد سالمند باید تمرینات در محلی ایمن دور از خطر زمین‌خوردن انجام شوند.

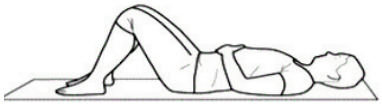
- تمرینات باید روی تشک سفت یا فرش کم پرز انجام شوند. برای جلوگیری از زمین‌خوردن، پوشیدن کفش‌هایی که پا را محکم در بر می‌گیرند، ضروری است.
- همه افراد به انجام تمام تمرینات نیاز ندارند و تمرینات باید بر اساس نیازها و توانایی هر بیمار انتخاب شوند.
- نکته مهم این اسـت که فرد یاد بگیرد چگونه انقباضات عضلات کف لگن را درک نماید. برای این منظور باید به فـرد آموزش داد که عمل انقباض عضلات کف لگن مانند انقباض عضلات دهان در هنگام مکیدن یک آب نبات ترش اسـت که سـبب جمع شدن کلیه اجزای صورت می‌شـود. لذا بیمار باید عضلات ناحیه اطراف محل خروج ادرار را به صورتی منقبض نماید که سبب جمع‌شدن آن‌ها به سمت بالا (شکم) شود.
- تمرینات کف لگن تنوع زیادی دارند و گاهی لازم است تمرینات دیگر مانند تمرینات تنفسی را نیز به آن‌ها اضافه کرد. در زیر چند نمونه از این تمرینات آورده می‌شود:

اخطار: سـالمندان عزیز قبل از انجام این حرکات حتما با پزشـک خود مشـورت کنید و مطابق توصیه پزشک خود عمل کنید.



۱) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت نشسته

روی یـک صندلـی سـفت بنشـینید و کف پاهـا را روی زمیـن بگذارید و زانوهـا را به هم بچسـبانید. سـپس عضلات کـف لگن را به مـدت ۳ ثانیه منقبض کنید، سـپس ۸ ثانیه استراحت کرده و تمرین را ۱۰ بار تکرار کنید (یک سری تمرین). سپس ۲ دقیقه استراحت کرده و مجدد سـری قبلـی را تکرار کنید (یعنی ۱۰ عدد انقباض ۳ ثانیه‌ای با اسـتراحت ۸ ثانیه‌ای بین هر انقباض). این دوره را ۳ بار در روز مثلا یک بار صبح، یک بار ظهر و یک بار شب انجام دهید. یعنی در کل روز باید ۶۰ انقباض داشته باشید. بعد از یاد گرفتن کامل این تمرین (حدود ۳ روز در هفته) به سراغ تمرین شماره ۲ می‌رویم. به تجربه دیده شده است که اگر شما به صورت شـمرده عـدد هزار و یک را با صـدای بلند بگویید حدود یک ثانیه طول می‌کشـد. بنابراین، می‌توانید برای تعیین ۳ ثانیه زمان، از شـمارش اعداد هزار و یک، هزار و دو، هزار و سـه استفاده کنید. برای هشت ثانیه از هزار و یک تا هزار و هشت بشمارید.



۲) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت خوابیده به پشت

به پشت بخوابید، زانو ها را در حالی که بهم چسبیده‌اند، خم کنید و کف پاها را روی زمیـن بگذاریـد. هم اکنون عضلات کف لگن را مانند تمرین شـماره ۱

منقبض کنید. تعداد سری ها و تکرارها همانند تمرین شماره یک می‌باشد.

۳) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت به پهلو خوابیده

به پهلوی راست و چپ دراز بکشید طوری که زانوهای شما خم باشند. سپس عضلات کف لگن را مانند تمرین شماره ۱ منقبض کنید. تعداد سری ها و تکرارها همانند تمرین شماره ۱ می‌باشد. ۵ تکرار به پهلوی چپ و ۵ تکرار به پهلوی راست انجام دهید.

۴) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت نشسته و خوابیده با زانوهای دور از هم



تمرین شماره ۱ را این بار با دور کردن زانوها از یکدیگر در دو حالت نشسته و خوابیده به پشت انجام دهید. یعنی ابتدا زانوها را از هم فاصله دهید و سپس عضلات کف لگن را ۳ ثانیه منقبض کنید. سپس به حالت اول برگشته و ۸ ثانیه استراحت کنید. تعداد سری ها و تکرارها مانند تمرین شماره ۱ است.

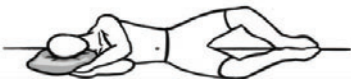
۵) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت خوابیده هم‌زمان با حرکت یک پا



به پشت بخوابید، زانوها را خم کنید و کف پاها را روی زمین قرار دهید. عضلات کف لگن را منقبض کنید. هم‌زمان با حفظ این وضعیت، پاشنه یک پا را بر روی زمین بلغزانید تا زانو صاف شود (حدود ۴ ثانیه). تا جایی زانو را صاف کنید که بتوانید انقباض عضله کف لگن را حفظ کنید. سپس پا را عقب برگردانید و حرکت را با پای دیگر انجام دهید. پس از آن استراحت کرده و تمرین را دوباره انجام دهید. این تمرین را برای هر پا ۵ بار انجام داده و بین هر عدد تمرین برای هر پا ۸ ثانیه استراحت کنید. پس از تمام شدن ۱۰ تمرین (مجموع هر دو پا)، حدود ۲ دقیقه استراحت کرده و سپس این سری تمرین را مجدد تکرار کنید. همین دوره تمرین را ۲ بار دیگر در طول روز، مثلا ظهر و شب هم انجام دهید. در این تمرین، می‌توان ابتدا زانوها را کنار یکدیگر نگاه داشت و سپس با زانوهای دور از هم این تمرین را انجام داد.

۶) حفظ انقباض عضلات کف لگن به همراه نزدیک و دور کردن زانوها در حالت به پهلو خوابیده





به یک پهلوی خود دراز بکشید؛ مثلا در یک سری تمرینات به پهلوی راست و در سری دیگر تمرینات به پهلوی چپ دراز بکشید. در این حالت زانوهایتان را کمی خم کنید، سپس در حین حفظ انقباض عضلات کف لگن، زانوها را از هم فاصله دهید. این تمرین را برای هر طرف ۵ بار انجام داده و بین هر عدد تمرین برای هر پا ۸ ثانیه استراحت کنید. پس از تمام‌شدن ۱۰ تمرین (مجموع هر دو طرف) حدود ۲ دقیقه استراحت کرده و سپس این سری تمرین را مجددا تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در طول روز، مثلا ظهر و شب نیز انجام دهید.

۷) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت ایستاده

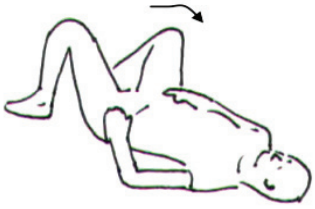
نکته: حین انجام این تمرین برای جلوگیری از افتادن، حتما نزدیک یک تکیه‌گاه بایستید.



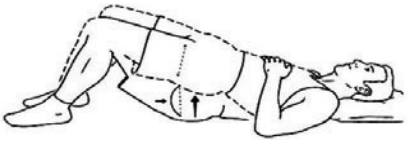
صاف بایستید و کف پاها را روی زمین بگذارید. سپس عضـلات کف لگن را منقبض کنید و ۵ ثانیه انقبـاض را نگـه دارید. پس از آن ۸ ثانیه اسـتراحت کنید و این تمرین را ۱۰ بار تکرار کنید. سـپس دو دقیقه استراحت کرده و دوباره این سری را تکرار کنید و دو مرتبه دیگر در روز این تمرین را تکرار کنید.

۸) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت خوابیده همراه با دور و نزدیک کردن زانوها

در حالی‌که به پشـت خوابیده‌اید و زانوها را خم کرده‌اید، با حفظ انقباض عضلات کف لگن، زانوها را از هم دور کنید، به طوری که این عمل تا ۵ ثانیه طول بکشد (آرام از هزار و یک تا هزار و پنج بشـمارید). سپس زانوها را به هم نزدیک کنید و ۸ ثانیه استراحت کنید. مجددا این دوره را تا ۱۰ بار تکرار کنید. پس از آن ۲ دقیقه اسـتراحت کرده و دوباره این سـری تمرینات را انجام دهید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز مثلا ظهر و شب تکرار کنید.

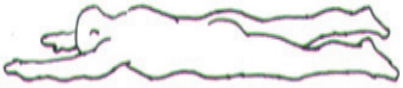


۹) حفظ انقباض عضلات کف لگن همراه با پل‌زدن



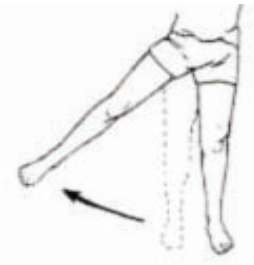
بـه پشـت بخوابید، زانوها را خـم کنید و کف پاهـا را روی زمیـن بگذارید. در حالی‌که شـانه‌ها روی زمین اسـت، عضله کف لگن را منقبض کنید و به آرامی لگـن را بلند کـرده و پل بزنید. این وضعیت را ۶ ثانیه نگه داشـته، سـپس به آرامـی به وضعیت شـروع برگردید و ۹ ثانیه اسـتراحت کنید. دوباره این تمرین را تکرار کنیـد. پس از ۱۰ تکرار، حدود ۲ دقیقه استراحت کرده و مجداً این تمرین را با ۵ ثانیه انقباض و ۹ ثانیه استراحت تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز، مثلا ظهر و شب انجام دهید.

۱۰) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت به شکم خوابیده همراه با حرکت پاها



روی شـکم بخوابیـد. دسـت‌ها را کنـار بـدن قرار دهیـد. عضلات کـف لگن را منقبض کنید و تا ۳ ثانیه نگاه دارید. سـپس ۸ ثانیه اسـتراحت کرده و تمرین را دوباره تا ۱۰ بار تکرار کنید. بعد از یک یا دو روز جهت پیشـرفته‌تر کردن تمرین، پاها را با حفظ انقباض عضلات کف لگن از هم دور کنید. این وضعیت را ۶ ثانیه نگه داشته، سپس به آرامی به وضعیت شروع برگردید و ۹ ثانیه استراحت کنید. دوباره این تمرین را تکرار کنید. پس از ۱۰ تکرار، حدود ۲ دقیقه استراحت کرده و دوباره این تمرین را با ۵ ثانیه انقباض و ۹ ثانیه استراحت تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز مثلا ظهر و شب انجام دهید.

۱۱) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت ایستاده هم‌زمان با باز کردن پاها



نکته: حین انجام این تمرین برای جلوگیری از افتادن، حتما نزدیک یک تکیه‌گاه بایستید.

اخطار: افرادی که مشکل تعادل دارند نباید این حرکت را بدون کمک و تنها انجام دهند.

روی زمیـن بایسـتید و عضلات کف لگـن را منقبض کنید و با حفـظ انقباض عضلات کف لگن، یک پا را از پای دیگر دور و دورتر کنید. حدود ۷ ثانیه انقباض را حفظ کرده و سپس عضلات را شل کنید و پا را به پای دیگر نزدیک کنید. ۱۰ ثانیه استراحت کنید و مجددا انقباض و حرکت با پای دیگر را تکرار کنید. ۱۰ تکرار انجام دهید (۵ بار برای هر پا). حدود ۲ دقیقه استراحت کرده و سری تمرینات قبل را دوباره تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز مثلا ظهر و شب انجام دهید.

۱۲) حفظ انقباض عضلات کف لگن همراه با پل زدن و بلند کردن یک پا

همان‌طور که در تمرین شماره ۹ پل می‌زدید، به پشت بخوابید و کف پاها را با خم‌کردن زانوها روی زمین قرار دهید. عضلات ناحیه کف لگن را منقبض کنید و ناحیه کمر را از روی زمین بلند کنید و پل بزنید. ولی این بار یکی از پاها را از روی زمین بلند کنید و انقباض را نگه دارید. سپس به وضعیت شروع برگردید و عضلات را شل کنید. ۱۰ ثانیه استراحت کنید و دوباره انقباض و حرکت را با پای دیگر تکرار کنید. ۱۰ تکرار انجام دهید (۵ بار برای هر پا). حدود ۲ دقیقه استراحت کرده و سری تمرینات قبل را مجدداً تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز مثلا ظهر و شب انجام دهید.

۱۳) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت به پهلو خمیده و زانوهای خم



به پهلو بخوابید و یکی از زانوها را مطابق شکل خم کنید، سپس عضلات کف لگن را منقبض کنید. این وضعیت را ۸ ثانیه حفظ کنید و بعد به وضعیت شروع برگردید. ۱۰ ثانیه استراحت کنید و تمرین را در سمت دیگر تکرار کنید. برای هر سمت ۵ تکرار انجام دهید و سپس دو دقیقه استراحت کرده و این سری تمرینات را دوباره تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز مثلا ظهر و شب انجام دهید.

۱۴) حفظ انقباض کف لگن در حالت ایستاده همراه با خم کردن زانوها



اخطار: انجام این حرکت در سالمندان مستلزم اجازه پزشک مطلع از وضعیت سلامت آنها است.

پشت به دیوار بایستید و پاها را به اندازه عرض شانه‌ها باز کنید. عضلات کف لگن را منقبض کنید. اکنون با حفظ این وضعیت، به آرامی زانوها را با شمارش ۳ عدد تا آن‌جا که می‌توانید خم کنید و سپس به وضعیت شروع تمرین باز گردید و عضلات را شل کنید. بین تمرینات ۱۰ ثانیه استراحت کنید. تمرین را ۵ بار انجام دهید و سپس ۲ دقیقه استراحت کرده و این سری تمرینات را مجدداً تکرار کنید. این تمرین را ۲ بار دیگر در روز مثلا ظهر و شب انجام دهید.

۱۵) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت چهار دست و پا

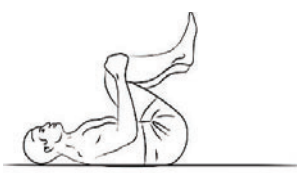


اخطار: اگر زانو درد دارید، از انجام این تمرین خودداری نمایید.

به حالت چهار دست و پا قرار بگیرید. سپس عضلات کف لگن را منقبض کنید. هم‌زمان با حفظ انقباض عضلات کف لگن، یک دست را حدود ۱۰ ثانیه بالا بیاورید و مجدداً روی زمین قرار دهید. سپس ۱۰ ثانیه استراحت کرده و تمرین را با دست دیگر تکرار کنید. پس از ۱۰ بار تکرار ۲ دقیقه استراحت کرده و یک سری دیگر این تمرین را انجام دهید. همین تمرین را ۲ بار دیگر در روز تکرار کنید.



۱۶) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت زانو خم در شکم





به پشت بخوابید و کف پاها را روی زمین قرار دهید. در حین این که زانوها را در شکم جمع می‌کنید، عضلات کف لگن را منقبض نگه دارید. سعی کنید انقباض در

این حالت را در حدود ۱۰ ثانیه نگاه دارید و سپس کف پاها را روی زمین قرار دهید. ۱۰ ثانیه استراحت نمایید و این کار را ۱۰ مرتبه تکرار کنید. سپس ۲ دقیقه استراحت کرده و ۱۰ بار دیگر این تمرین را تکرار کنید. این تمرین را ۲ مرتبه دیگر نیز در روز انجام دهید.



۱۷) حفظ عضلات کف لگن در حالت نشسته با زانوهای به هم چسبیده

روی صندلی بنشینید و کف پاها را روی زمین قرار دهید. یک حوله جمع‌شده یا توپ کوچکی را بین زانوها قرار دهید. عضلات کف لگن را منقبض کنید و در همان حال توسط زانوها به حوله فشار وارد نمایید. این وضعیت را به مدت ۵ ثانیه حفظ کنید و سپس عضلات کف لگن را شل کرده و دیگر به حوله فشار وارد نکنید. ۱۰ ثانیه استراحت کنید. این کار را ۱۰ مرتبه تکرار کنید. سپس ۲ دقیقه استراحت کرده و ۱۰ بار دیگر این تمرین را تکرار کنید. این تمرین را ۲ مرتبه دیگر نیز در روز انجام دهید.

۱۸) حفظ انقباض عضلات کف لگن در هنگام انجام کارهای روزمره

در حالت ایستاده وقتی در حال شستن ظروف هستید یا سایر کارهای روزمره را انجام می‌دهید، یادتان باشد عضلات کف لگن را منقبض کنید و این انقباض را تا حد ممکن حفظ کنید تا به سیستم ناخودآگاه شما تبدیل شود (۱۰ ثانیه انقباض - ۱۰ ثانیه شل‌کردن و زیادکردن زمان انقباض و کم‌کردن زمان شل‌کردن).



۱۹) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حالت نشسته و هنگام بلند شدن از روی صندلی

در حالت نشسته نیز مانند تمرین قبل، حین انجام کارهای دیگر مثل تماشای تلویزیون یا صحبت‌کردن این انقباض را حفظ کنید. در حین بلند شدن از روی صندلی نیز انقباض را حفظ کنید. سعی کنید زمان حفظ انقباض را به تدریج افزایش دهید.



۲۰) حفظ انقباض عضلات کف لگن در هنگام قدم برداشتن

نکته: حین انجام این تمرین برای جلوگیری از افتادن، حتما نزدیک یک تکیه‌گاه بایستید.

اخطار: افرادی که مشکل تعادل دارند نباید این حرکت را بدون کمک و تنها انجام دهند.

بایستید و عضلات کف لگن را منقبض کنید. با حفظ انقباض عضلات کف لگن، عمل گام برداشتن را به صورت یک قدم به جلو و عقب انجام دهید. با گذشت زمان طول قدم‌ها را بیشتر کنید یا قدم‌های سریع‌تری بردارید.

۲۱) حفظ انقباض عضلات کف لگن در حین قدم‌زدن

تمرین قدم‌زدن را با سرعت بیشتر و تعداد قدم‌های بیشتری ادامه دهید و انقباض را حفظ کنید. در حالی‌که انقباضات را نگه داشته‌اید، ابتدا ۱۰ قدم راه بروید. اگر توانستید انقباض را حفظ کنید، آرام بدوید یا قدم‌ها را تندتر بردارید.

باورهای نادرست درباره تمرینات تقویت عضلات کف لگن

باور نادرست ۱: فقط در دوره کوتاهی باید تمرینات تقویتی کف لگن را انجام داد.

تعدادی از تمرینات باید به صورت منظم و برای همیشه انجام شود. تاثیر یک دوره توانبخشی کف لگن، در صورت

ادامه‌دادن تمرینات مشخص می‌شود. در صورت قطع تمرینات احتمال بروز مجدد بی‌اختیاری ادرار وجود دارد.

باور نادرست ۲: بدون تحریک الکتریکی امکان تقویت عضلات کف لگن وجود ندارد.

مهمترین عامل در تقویت عضلات، تداوم انجام تمرینات است. اگر ضعف عضلات بسیار زیاد باشد، در صورت لزوم ممکن است درمان‌گر از تحریکات الکتریکی جهت تقویت عضلات کف لگن نیز استفاده نماید. برق‌درمانی یا الکتروتراپی با ارسال جریان الکتریکی به عضلات کف لگن و عضله کنترل‌کننده خروج ادرار از مثانه، آن‌ها را تقویت می‌کند و سبب عملکرد بهتر آن‌ها می‌شود. برای ورود جریان، از صفحه کوچک پلاستیکی که الکترود نامیده می‌شود، استفاده می‌کنند. ممکن است الکترودها روی شکم و سطح داخلی ران‌ها قرار داده شوند و یا یک الکترود در واژن یا مقعد و الکترود دوم بر روی سطح پوست گذاشته شود. برای دیدن تاثیر تحریکات الکتریکی باید حداقل به مدت چند ماه و هفته‌ای سه جلسه فیزیوتراپی انجام شود. به محض انجام انقباض مناسب توسط خود بیمار باید درمان الکتریکی را قطع نمود و بیمار را به انجام تمرینات به صورت مرتب تشویق کرد.

باور نادرست ۳: استفاده از وسایل کمکی، نوعی عیب و ناتوانی تلقی می‌شود.

جهت کنترل خروج ادرار در هنگام فعالیت‌های سنگین مانند حضور در برنامه‌های کاری سنگین و ورزش‌هایی نظیر تنیس یا کوهنوردی، گاهی به بیماران یک وسیله کوچک شبیه باند نخی فشرده شده داده می‌شود که درون مجرای ادرار قرار می‌گیرد و مانع از خروج ناخودآگاه ادرار در حین فعالیت می‌شود. این وسیله در هنگام ادرارکردن ارادی خارج شده و مسیر ادراری مجدداً باز می‌شود. در زنانی که به علت ضعف عضلات کف لگن دچار افتادگی رحم هستند و دچار بی‌اختیاری ادرار شده‌اند، حلقه‌ای در داخل مهبل (واژن یا دهانه رحم) قرار داده می‌شود که این حلقه مثانه را که در جلوی مهبل قرار گرفته است، بالا نگاه داشته و از خروج ادرار جلوگیری می‌نماید. عدم استفاده از این وسایل کمکی می‌تواند سبب گوشه نشینی و افسردگی بیمار شود.

اگر با استفاده از روش‌هایی که در بالا توضیح داده شدند، بی‌اختیاری ادرار درمان نشود، معمولاً از عمل جراحی برای درمان مشکلاتی که باعث بی‌اختیاری ادرار شده، استفاده می‌شود.

اگرچه روش‌های جراحی تهاجمی‌ترهستند و عوارض جانبی بیشتری نسبت به سایرروش‌های درمانی دارند، ولی جراحی بی‌اختیاری ادرار می‌تواند یک راه حل درازمدت برای درمان بی‌اختیاری‌های شدید یا مداوم باشد.

نوع عمل جراحی، به نوع بی‌اختیاری ادراری بستگی دارد. اکثر جراحی‌های بی‌اختیاری ادرار، برای درمان بی‌اختیاری استرسی بکار می‌روند و گاهی در درمان بی اختیاری اضطراری نیز استفاده می‌شوند. برای تعیین نوع عمل جراحی باید با پزشک متخصص دستگاه ادراری مشورت کنید.

در شرایط خاص، اگر درمان‌گران نتوانند بی‌اختیاری ادرار را درمان کنند، لازم است موارد زیر را رعایت کنید:

- رژیم غذایی یا میزان مصرف مایعات خود را تنظیم کنید. استفاده از قهوه به میزان بیش از سه لیوان در روز سبب بروز و تشدید بی‌اختیاری ادرار می‌شود.
- مسیری مشخص و آسان برای دسترسی به سرویس بهداشتی در نظر بگیرید. سعی کنید وسایل غیرضروری را از مسیر دور کنید و همیشه شب‌ها چراغ کوچکی را در مسیر روشن نگاه دارید.
- از زیراندازها یا پدهای جاذب استفاده کنید. استفاده از شورت‌های مخصوص نه تنها شرم‌آور نیست بلکه سبب

افزایش اعتماد به نفس شما می‌شود.

- به همراه اســتفاده از شــورت‌های مخصوص، برای استفاده از سرویس بهداشــتی و حمام از یک برنامه مشخص پیروی کنید. برای جلوگیری از آسیب‌های پوستی لازم است هر موقع که شورت یا پد، خیسی شدید پیدا کرد، آن را تعویض نمایید و حداقل روزی یک‌بار در سرویس بهداشتی یا حمام محل خروج ادرار و نواحی اطراف آن که با ادرار در تماس بودند را با صابون و آب فراوان کاملا بشویید.
- وزن خود را کنترل کنید و با استفاده از غذاهای حاوی سبزیجات و حبوبات از افزایش وزن بیش از حد جلوگیری کنید. می‌توانید در این زمینه با یک متخصص تغذیه مشاوره نمایید.
- از مصرف سیگار خودداری نمایید و چنانچه سیگاری هستید، به تدریج مقدار مصرف آن را کم کنید.
- جهت انجام هرگونه اقدام درمانی به توصیه دوستان و آشنایان اکتفا نکنید و حتما با فرد متخصص در آن زمینه مشورت نمایید.
- به علت ضعف عضلات در سنین بالا، هیچگاه تمرینات را قطع نکنید.
- تمرینات را حداقل روزانه یک‌بار تکرار کنید. بهترین تعداد تکرار سه‌بار در روز و هر تمرین حداقل ۵ مرتبه است.
- اگر در خانه از کفش یا دمپایی استفاده می‌کنید، حداقل ۳ سانتی‌متر پاشنه داشته باشد. تحقیقات نشان داده است پاشنه داشتن کفش، سبب کاهش فشار وارده به عضلات کف لگن می‌شود.

فصل سیزدهم

توانبخشی در یائسگی

رسیدن به دوره یائسگی و به دنبال آن اختلال در عملکرد جنسی از مهمترین عواملی است که می‌تواند در میانسالان و سالمندان منجر به افسردگی و کاهش انگیزه برای برقراری رابطه جنسی مناسب شود. یائسگی یک مرحله طبیعی از زندگی است که همانند دوران بلوغ با بروز تغییراتی در بدن افراد میانسال همراه است و به عنوان یک نقص یا بیماری محسوب نمی‌شود، بلکه تغییرات اجتناب‌ناپذیری است که در طی زمان در بدن ایجاد می‌گردد. یائسگی به دنبال کاهش ترشح هورمون‌های جنسی در اثر افزایش سن و ورود به دوره سالمندی نه تنها در زنان بلکه در مردان نیز رخ می‌دهد.

الف. یائسگی در زنان

در زنان به هنگام تولد، تعداد محدودی تخمک در تخمدان‌ها وجود دارد. تخمدان‌ها با رسیدن به سن بلوغ و ترشح هورمون‌های جنسی زنانه موجب تنظیم تخمک‌گذاری و قاعدگی ماهانه می‌شوند. بسیاری از دستگاه‌های بدن با افزایش سن دچار کاهش عملکرد می‌شوند. تخمدان‌ها نیز به تدریج کارایی و قدرت باروری خود را از دست می‌دهند و با توقف تخمک‌گذاری و نوسانات شدید هورمونی، موجب بروز علائم مختلف در بدن زنان میانسال می‌شود.

مهمترین علل یائسگی در زنان

- **تغییر در ترشح هورمون‌ها:** کاهش طبیعی سطح هورمون‌های زنانه که با افزایش سن و حدود ۴۰ سالگی آغاز می‌گردد، باعث کاهش قدرت باروری می‌شود. چون این هورمون‌ها دوره قاعدگی را تنظیم می‌کنند، کاهش آن‌ها به مرور می‌تواند باعث توقف تولید تخمک در تخمدان و نهایتا قطع دوره قاعدگی و باروری گردد.
- **نقص در تخمدان‌ها:** یائسگی ناشی از مشکلات تخمدان اگر قبل از ۴۰ سالگی رخ دهد، می‌تواند به کاهش زودهنگام ترشح هورمون‌های زنانه منجر شود.
- **جراحی رحم و تخمدان:** هرگاه طی عمل جراحی، کلیه اندام‌های تولید مثل زن یعنی تخمدان‌ها و رحم خارج شوند، عدم تخمک‌گذاری و ترشح هورمون‌های زنانه منجر به یائسگی زودرس می‌شود. اگر فقط رحم برداشته شود، قاعدگی رخ نمی‌دهد، ولی تخمک‌گذاری وجود دارد و هورمون‌های جنسی ترشح می‌شوند.
- **شیمی‌درمانی و اشعه‌درمانی:** درمان سرطان می‌تواند موجب یائسگی موقت در طول دوره درمان شود.

مراحل یائسگی طبیعی در زنان

یائسگی طبیعی یک فرآیند تدریجی و شامل چهار مرحله زیر است:

- **پیش‌یائسگی:** علائم بدنی یائسگی چندین سال پیش از آخرین قاعدگی شروع می‌شود، ولی قابلیت باروری در این مرحله از اولین تا آخرین دوره قاعدگی وجود دارد.
- **نزدیک یائسگی:** این دوره که مربوط به سال‌های پایانی دوران باروری و بلافاصله قبل از یائسگی است، معمولا چهار سال طول می‌کشد و در طی آن، ترشح هورمون‌ها بالا و پایین می‌رود و با کاهش عملکرد تخمدان‌ها قاعدگی بی‌نظم می‌شود. در نهایت تخمک‌گذاری و ترشح هورمون‌های جنسی مختل و متوقف می‌شود. در این زمان تغییر زیادی در قدرت باروری زنان ایجاد می‌شود و در بسیاری موارد با بروز اختلالات خلقی و علایم عصبی همراه است.
- **یائسگی:** هنگامی که از آخرین دوره قاعدگی یک زن، ۱۲ ماه متوالی بگذرد، می‌توان ورود به دوره یائسگی را تایید کرد.

- **پس از یائسگی:** این دوره پس از آخرین قاعدگی فرد آغاز و تا پایان عمر تداوم می‌یابد.

علائم یائسگی در زنان



علائم یائسگی مانند گرگرفتگی بدن و تغییر خلق و خو، از دوران پیش از یائسگی شروع می‌شود و تا دوران یائسگی ادامه می‌یابد. افت سریع هورمون‌های زنانه دو سال قبل از دوران پیش یائسگی موجب تجربه بسیاری از علائم یائسگی توسط زنان سالمند می‌گردد. اگرچه برخی علائم ممکن است به مرور زمان کاهش یابد، اما عدم ترشح هورمون با افزایش سن و در دوران پس از یائسگی می‌تواند منجر به تشدید عوارض ناشی از یائسگی شود. مهم‌ترین این علائم عبارتند از:

- **تغییرات دستگاه تناسلی و ادراری:** پوشش مجرای زنانه نازک و ترشحات آن کم می‌شود. رحم و مثانه ممکن است دچار افتادگی شوند. اندازه سینه‌ها نیز در این دوران رو به کوچکتر شدن می‌رود.
- **بی‌نظمی در عادت ماهانه:** کاهش میزان خونریزی و طولانی‌شدن فواصل بین دوره‌های قاعدگی ۱ تا ۴ سال قبل از قطع قاعدگی و نهایتا پس از یک سال، قطع قاعدگی رخ می‌دهد.
- **گرگرفتگی:** احساس گرمای شدید در بخش‌هایی از بدن به ویژه در سر، گردن و بالاتنه که در اوایل دوران یائسگی به مدت چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد و به دفعات مختلف در طول روز رخ می‌دهد و معمولا با تپش قلب و ضعف همراه می‌باشد.
- **لرز:** احساس خنک‌شدن بدن پس از گرگرفتگی می‌تواند موجب ایجاد لرز در فرد شود.
- **عرق‌کردن شبانه و اختلال خواب:** گرگرفتگی در هنگام خواب می‌تواند موجب تعریق شبانه و بیدارشدن فرد شود. اختلال در خواب شبانه باعث کاهش سیکل طبیعی خواب و احساس خستگی و خواب‌آلودگی در طول روز می‌شود.
- **اختلال در روابط جنسی:** تمایلات جنسی پس از یائسگی تا حدودی کم می‌شود که بخشی از آن می‌تواند در اثر خشکی مجرا به علت کاهش ترشحات زنانه باشد که باعث درد و ناراحتی به هنگام نزدیکی‌کردن می‌شود.
- **بی‌اختیاری ادرار:** کاهش خاصیت ارتجاعی پیشاب‌راه منجر به بی‌اختیاری ادرار در زنان یائسه می‌شود که به‌ویژه به هنگام سرفه، خنده و بلندکردن اشیای سنگین اتفاق می‌افتد. از آن‌جا که این عارضه موجب مراجعه مکرر فرد به سرویس بهداشتی می‌گردد، می‌تواند بر روی خواب و روابط جنسی فرد تاثیر بگذارد.
- **افزایش خطر بیماری‌های قلبی - عروقی:** کاهش هورمون‌های جنسی زنانه در دوران یائسگی موجب افزایش کلسترول خون و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و سکته می‌شود.
- **مشکلات استخوان و مفاصل:** پوکی استخوان از مهترین عوارض دوران یائسگی است که در اثر تغییرات هورمونی رخ می‌دهد و منجر به کاهش توده استخوانی به ویژه در ناحیه ستون مهره‌ها می‌شود. در این دوران، در اثر شکننده‌شدن استخوان‌ها، خطر شکستگی زیاد می‌شود. درد و خشکی مفاصل نیز از دیگر موارد شکایات زنان یائسه است.
- **تغییرات ظاهری:** تجمع چربی در ناحیه کمر، شکم و ران و افزایش وزن یکی از نگرانی‌های زنان است. افزایش چین و چروک پوست، نازکی موها، کوچک‌شدن سینه‌ها و فقدان احساس پری در آن‌ها از دیگر علائم ظاهری یائسگی است. گاهی ممکن است موی ضخیم در نواحی صورت، سینه و شکم رشد کند.
- **تغییرات خلق و خو:** با رسیدن به دوران یائسگی، نگرانی از پیری و ناتوانی مهمترین عامل ایجادکننده فشار

روانی در زنان است. بی‌خوابی، خستگی، ناامیدی، افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، فراموشی، سرگیجه و تشدید سردردهای میگرنی را می‌توان مهمترین مشخصه این دوران دانست.

باورهای نادرست درباره یائسگی در زنان

باور نادرست ۱: یائسگی همیشه از ۵۰ سالگی شروع می‌شود.

شروع یائسگی معمولا تحت تاثیر عوامل ژنتیکی و ارثی است. زنان تقریبا همان زمانی که مادرشان یائسه شده است، یائسه می شوند. البته در برخی زنان جوان‌تر، ممکن است بیماری‌ها، درمان‌های دارویی و جراحی‌ها باعث شود یائسگی زودتر بروز کند.

باور نادرست ۲: یائسه‌شدن همیشه ۱ تا ۲ سال طول می‌کشد.

به مرور عادت ماهانه نامنظم شده و نهایتا قطع دائمی قاعدگی اتفاق می‌افتد. در حقیقت فرآیند یائسگی طبیعی از چندین سال قبل از بروز آن آغاز می‌گردد.

باور نادرست ۳: هر زن یائسه گرگرفتگی را تجربه می‌کند.

گرگرفتگی معمولا با درجات مختلف متوسط و شدید در حدود ۷۵ درصد زنان یائسه و نه همه آن‌ها رخ می‌دهد.

باور نادرست ۴: گرگرفتگی زیاد دوام نمی‌آورد.

در بعضی زنان یائسه گرگرفتگی با تعریق شبانه و احساس لرز همراه است و گاهی تا سال‌ها ادامه دارد. در برخی موارد نیز به مرور زمان گرگرفتگی کاهش می‌یابد و ممکن است بعد از ۱ تا ۲ سال از بین برود و فقط به هنگام فشار روانی ایجاد و یا تشدید شود.

باور نادرست ۵: افزایش وزن در یائسگی حتمی است و زنان یائسه حتما چاق می‌شوند.

در بسیاری از زنان با افزایش سن مقداری به وزن افزوده می‌شود که تا حدی ناشی از تغییرات هورمونی، کاهش متابولیسم بدن و تجمع چربی در ناحیه شکم و ران است و یکی از مهمترین دغدغه‌های زنان یائسه است. این افزایش وزن را می‌توان با رعایت یک رژیم غذایی مناسب و ورزش منظم از دوران قبل از یائسگی کنترل کرد.

باور نادرست ۶: پوکی استخوان زنان در یائسگی، اجتناب‌ناپذیر است.

اگر فرد در طول زندگی خود و در دوران قبل از یائسگی به سلامت استخوان‌های خود از طریق تغذیه و فعالیت‌های بدنی توجه داشته و همچنان این روند را همراه با مصرف کلسیم و ویتامین دی دنبال کند، می‌تواند از این بیماری پیشگیری کند.

باور نادرست ۷: یائسگی باعث کاهش میل جنسی در زنان می‌شود.

در دوران یائسگی پوشش دیواره واژن نازک شده و ترشحات آن کاهش می‌یابد که می‌تواند موجب درد و ناراحتی به هنگام نزدیکی شود. اگرچه این امر ممکن است فعالیت جنسی و روابط زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد، ولی نمی‌توان گفت که یائسگی باعث کاهش میل جنسی است.

باور نادرست ۸: زنان یائسه دچار بی‌اختیاری ادرار می‌شوند.

کاهش خاصیت ارتجاعی پیشاب‌راه و واژن می‌تواند منجر به بی‌اختیاری ادرار در کمتر از نیمی از زنان یائسه شود که ممکن است بر روی رابطه جنسی فرد تاثیر بگذارد. با تقویت عضلات لگن و تمرین از طریق فیزیوتراپی و ورزش‌های

مخصوص می‌توان از ایجاد این مشکل در زنان پیشگیری کرد.

باور نادرست ۹: زنان یائسه سکته قلبی می‌کنند.

در یائسگی کلسترول بد خون بالا می‌رود، ولی تنها عامل سکته قلبی بالا بودن کلسترول نیست و با تغذیه مناسب و فعالیت بدنی کافی می‌توان از بروز سکته قلبی در هر سنی از جمله یائسگی پیشگیری کرد.

باور نادرست ۱۰: تغییرات خلق و خو در تمام زنان یائسه وجود دارد.

نگرانی از پیری و ناتوانی و نیز کاهش ترشح هورمون‌های زنانه می‌تواند باعث مشکلات خلق و خو در زنان یائسه شود. البته این مشکلات، تنها مربوط به دوران یائسگی نیست و در هنگام بلوغ و پیش از هر قاعدگی نیز ممکن است رخ دهد.

باور نادرست ۱۱: زنان پس از یائسگی باید داروی هورمون‌دار مصرف کنند.

اگرچه با نزدیک‌شدن به دوره یائسگی، مقدار هورمون‌های زنانه کاهش می‌یابد، ولی تمام زنان یائسه نیاز به درمان با داروهای هورمون‌دار ندارند، مگر در موارد خاص که علائم و عوارض یائسگی به حدی باشد که زندگی روزمره را مختل کند.

اقدامات مورد نیاز در یائسگی زنان

معاینات منظم و انجام آزمایشات دوره‌ای که با نظر پزشک ممکن است در هر فرد کمی متفاوت باشد، اما به طور کلی شامل این موارد است:

- معاینه پستان‌ها و لگن، اندازه‌گیری چربی خون، انجام سونوگرافی، ماموگرافی، آزمایش پاپ اسمیر و سنجش تراکم استخوان
- رعایت رژیم غذایی مناسب شامل: کاهش مصرف چربی و نمک و افزایش مصرف میوه و سبزی و غذاهای حاوی فیبر، مثل نان سبوس دار
- فعالیت بدنی کافی و منظم
- کنترل وزن بدن

آن‌چه زنان یائسه باید مدنظر قرار دهند تا بتواند علائم و عوارض یائسگی را کمتر کنند

- **مراجعه منظم به متخصص زنان:** این امر موجب می‌شود که فرد با انجام معاینات و آزمایشات مورد نیاز از مشکلات خود به ویژه در نواحی ادراری - تناسلی زودتر آگاه شده و برای درمان آن‌ها اقدام کند. کنترل بی‌نظمی عادت ماهانه قبل از یائسگی، کنترل تغییرات میزان خونریزی، معاینه پستان‌ها، کنترل تغییرات و ترشحات واژن و نیز بررسی وضعیت مثانه و مقعد از جمله اقداماتی است که توسط متخصص زنان انجام می‌شود.
- **جلوگیری از بروز یا تشدید گرگرفتگی:** این امر با تنظیم دمای کمتر در محیط، استفاده از لباس‌های کمتر و نخی، خودداری از خوردن غذاهای تند و الکل، نفس‌کشیدن‌های آرام و عمیق در ابتدای گرگرفتگی تا حدودی امکان‌پذیر است. کنترل گرگرفتگی موجب می‌شود که فرد کمتر دچار لرز شده و به ویژه نظم خواب شبانه وی کمتر به هم خورده و دچار بی‌خوابی شبانه و به دنبال آن خواب‌آلودگی در طول روز نگردد.
- **جلوگیری از مشکلات خواب شبانه:** با اجتناب از کارهایی مانند مصرف غذاهای سنگین، سیگارکشیدن، مصرف چای و قهوه، ورزش‌کردن نزدیک به زمان خواب و چرت‌زدن در طی روز امکان‌پذیر است.

- **بهبود روابط زناشویی:** با استفاده از ژل‌ها و کرم‌های روان‌کننده که می‌تواند خشکی واژن و درد ناشی از نزدیکی را کاهش دهد.
- **پیشگیری از بروز بیماری‌های قلبی:** با ورزش منظم، تغذیه مناسب، کاهش مصرف چربی و نمک، افزایش مصرف میوه، سبزی و غذاهای حاوی فیبر مثل نان‌های سبوس‌دار و اجتناب از مصرف دخانیات.
- **جلوگیری از پوکی استخوان:** با ورزش منظم (حداقل یک روز در میان) از حدود ۳۵ سالگی و رعایت رژیم غذایی مناسب شامل مصرف پروتئین‌ها و ویتامین‌ها به ویژه مصرف لبنیات و سبزی‌های دارای کلسیم، مصرف مکمل کلسیم و ویتامین دی، عدم مصرف سیگار و الکل، مصرف کمتر نوشابه‌های گازدار و قرار گرفتن بیشتر در معرض نور خورشید
- **کاهش فشارهای روانی:** با انجام ورزش روزانه مثل پیاده‌روی و شنا، رژیم غذایی مناسب، اجتناب از مصرف سیگار و الکل، دوری از شرایط ایجادکننده فشار روانی، شرکت در فعالیت های اجتماعی و معاشرت با اقوام و دوستان و حمایت عاطفی
- **حفظ ظاهر بهتر بدن:** با کنترل وزن از طریق ورزش، تغذیه مناسب و حجم کمتر مواد غذایی دریافتی در هر وعده و مراقبت از پوست و مو

توصیه‌های تغذیه ای در دوران یائسگی

- مصرف مداوم سویا به علت دارا بودن ترکیباتی شبیه هورمون زنانه که عوارض یائسگی مانند گرگرفتگی، خطر بروز بیماری‌های قلبی و پوکی استخوان را کاهش می‌دهد و از طرف دیگر خطرات مصرف هورمون را ندارد.
- مصرف ماهی و غذاهای دریایی حداقل ۲ بار در هفته که به علت داشتن امگا- ۳ برای سلامت قلب مفید است.
- مصرف روزانه لبنیات و یا شیر غنی شده با کلسیم به علت افزایش نیاز به کلسیم جهت حفظ سلامت استخوان‌ها
- قرار گرفتن در معرض نور خورشید به مدت نیم ساعت در روز جهت ساخت ویتامین دی که برای جذب کلسیم ضروری است.
- استفاده از مکمل‌های دارویی مانند کلسیم و ویتامین های دی، سی و ای با نظر و تجویز پزشک
- نخوردن نوشابه‌های گازدار که مانع جذب کلسیم غذا می‌شوند.
- نکشیدن سیگار و قلیان و نیز عدم مصرف مشروبات الکلی که می‌تواند باعث تشدید پوکی استخوان شود.

تاثیر یائسگی بر حنجره و کیفیت صوتی زنان

در طول زندگی حنجره زنان به مقدار هورمون جنسی بسیار حساس است و یائسگی می‌تواند بر بافت حنجره اثر بگذارد و کیفیت صدای زنان را تغییر دهد. این تغییرات شامل کاهش شدت صدا، بم‌شدن صدا، عدم امکان تولید نت‌های بالا، تغییر در لحن صدا، کاهش انعطاف‌پذیری و یکنواختی صدا و بالاخره گرفتگی صدا است. بیشترین شکایات صوتی زنان در یائسگی شامل خشکی گلو، صاف‌کردن مکرر حلق، بم‌شدن صدا و نیز گرفتگی و خشونت صدا است. هر یک از هورمون‌های جنسی در زنان می‌تواند اثر مستقیمی بر ساختار حنجره و تارهای صوتی داشته باشد. به علاوه، عوامل خارج از حنجره هم ممکن است بر عملکرد صوتی اثر بگذارند. بازگشت محتویات معده به دستگاه تنفس می‌تواند باعث التهاب و ورم تارهای صوتی شود که نتیجه آن گرفتگی صدا، سرفه‌های مکرر و صاف‌کردن حلق است. شیوع مشکلات دهانی که در زنان یائسه افزایش می‌یابد نیز می‌تواند باعث مشکلات حنجره‌ای شود.

اقدامات درمانی برای زنان یائسه با گرفتگی صدا

- **درمان پزشکی:** اولین اقدام برای رفع مشکل گرفتگی صدا و علائم آن مراجعه به پزشک است. پزشک بر اساس تشخیص خود ممکن است برای فرد مبتلا هورمون تجویز کند. این کار به معنای جایگزین‌کردن هورمون‌های طبیعی که از تخمدان ترشح می‌شوند با داروهای حاوی این هورمون‌هاست. استفاده از این روش خطراتی نیز دارد که از جمله می‌توان به افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان و رحم، بیماری‌های قلبی - عروقی و سکته مغزی اشاره نمود.
- **درمان با ویتامین‌ها:** تجویز ویتامین‌های گروه ب (ب ۵ و ب ۶) و ویتامین ای و نیز مواد معدنی مانند منیزیم می‌تواند به افزایش کیفیت صوتی و بهبود عملکرد تارهای صوتی کمک کند. با این حال تاثیر آن‌ها کاملا قطعی نیست.
- **صوت‌درمانی:** برای صوت‌درمانی باید به آسیب‌شناس گفتار و زبان مراجعه کرد. صوت‌درمانی برای زنان با اختلالات صوتی در حوالی یائسگی یک گزینه با ارزش است و ترکیب این روش درمانی با هورمون‌درمانی در بهبود اختلالات صوتی در یائسگی موثر بوده است. هدف اصلی صوت‌درمانی در زنان با شکایت صوتی بعد از یائسگی، رسیدن به تولید صدای با کفایت با توجه به نیازهای صوتی فرد است.

اقدامات لازم برای پیشگیری از اختلال صوت در زنان یائسه

مهمترین نکته‌ای که زنان در طول زندگی خود و به ویژه در دوران یائسگی باید مد نظر داشته باشند، در پیش‌گرفتن شیوه زندگی سالم و به طور ویژه، داشتن تحرک و فعالیت بدنی منظم و کافی و نیز رعایت رژیم غذیی سالم است. در کنار این اقدامات، استفاده از موادی که در بدن زنان، شبیه هورمون جنسی زنانه عمل می‌کنند نیز موثر است. دانه سویا، عدس، نخود، شبدر قرمز، دانه کتان، غلات، سبزی ها، میوه‌ها، تخم آفتابگردان و جوانه لوبیا از جمله این مواد هستند.

رعایت توصیه‌های مربوط به بهداشت صوتی که توسط آسیب‌شناسان گفتار و زبان ارائه می‌شوند، در زنان و به ویژه زنانی که به طور حرفه‌ای از صدایشان استفاده می‌کنند، در طول مدت زندگی و به ویژه در دوران یائسگی ضروری است. این مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت صدای زنان در دوران یائسگی دارد.

محورهای برنامه بهداشت صوتی در زنان یائسه

- روزی ۴ تا ۱۰ لیوان آب بنوشید. افزایش آب بدن سبب کاهش فشار حنجره و بهبود عملکرد پوشش مخاطی می‌گردد.
- از نوشیدن قهوه یا الکل خودداری کنید. زیرا سبب خشکی بدن و حنجره می‌شود.
- از خوردن نوشیدنی‌های سرد خودداری کنید. زیرا سبب سفتی تارهای صوتی می‌شود.
- در هوای خشک و به ویژه سرد زمستانی که میزان رطوبت هوا کم می‌شود، سعی کنید از بینی نفس بکشید.
- از دخانیات، مواد مخدر و مشروبات الکلی استفاده نکنید.
- در محیط هایی که آلوده، غبارآلود و آغشته به مواد شیمیایی و یا در آن‌جا دود سیگار و قلیان است، قرار نگیرید.
- در حین فعالیت های سنگین، صداسازی نکنید.
- گلویتان را کمتر صاف کنید و به جای آن آب ولرم را جرعه‌جرعه بنوشید.
- پچ‌پچ نکنید و با صدای آرام صحبت کنید.

- صداهای آسیب‌زا مانند صدای ماشین، موتور و شخصیت‌های کارتونی را تقلید نکنید.
- وقتی استراحت می‌کنید، به صدایتان نیز استراحت بدهید.
- زمانی که سرما خورده‌اید، میزان صحبت خود را محدود کنید.
- زمانی که برای جمع صحبت می‌کنید، از تقویت‌کننده‌هایی مانند بلندگو و آمپلی‌فایر استفاده کنید.
- برای صحبت‌کردن با دیگران به جای فریاد زدن، فاصله‌تان را نزدیک کرده و سپس صحبت کنید.
- حین صحبت‌کردن صداهای اضافی محیط مثل رادیو، ضبط و تلویزیون را کم کنید.
- سعی کنید آرام و بدون انقباض حنجره صحبت کنید.
- تا حد امکان سرفه و عطسه نکنید و اگر نمی‌توانید جلوی عطسه خود را بگیرید با دهان باز عطسه کنید.
- اگر خسته‌اید، کمتر صحبت کنید.
- با فک بسته و دندان‌های بسته صحبت نکنید، سعی کنید دهانتان تا حدی باز باشد.
- خیلی زیر یا خیلی بم صحبت نکنید، بلکه از زیر و بمی مناسب استفاده کنید.
- از خوردن غذای چرب و پر ادویه اجتناب کنید.
- از غذاهایی که اسید کمی دارند، استفاده کنید.
- از خوردن شکلات و تنقلات تا حد امکان اجتناب کنید.
- تا چند ساعت بعد از خوردن غذا، دراز نکشید.
- تا حد امکان از مصرف داروهای ضدحساسیت خودداری کنید.
- اگر طبق دستور پزشک از دارو استفاده می‌کنید، درباره تاثیر داروهای مصرفی بر دهان، بینی و حنجره سوال کنید.
- در تغییرات فصلی لازم است میزان استراحت، خواب، نوشیدن مایعات و ورزش بیشتر شود.
- در صورت ابتلا به مشکل بازگشت محتویات معده به مری و مشکلات گوارشی، هنگام خواب از بالش نسبتا بلند استفاده کنید.
- تا حد امکان تمرکز صدا را از حنجره، به دهان و سر انتقال دهید.
- جهت مراقبت از صوت و کاهش مشکلات صوتی حتما با آسیب‌شناسان گفتار و زبان (به منظور صوت‌درمانی) در ارتباط باشید.

ب. یائسگی در مردان



یائسگی در مردان تدریجی رخ می‌دهد و معمولا دیرتر از زنان شروع می‌شود. این پدیده معمولا از ۵۰ سالگی شروع می‌شود و گاهی تا ۶۵ سالگی هم به تاخیر می‌افتد. با این که هورمون‌های مردانه نیز مانند هورمون‌های زنانه، با افزایش سن تحت تاثیر قرار می‌گیرند، اما به نظر می‌رسد روند یائسگی در مردان متفاوت باشد. در این دوره کاهش هورمون مردانه که اغلب مربوط به کوچک‌شدن غدد جنسی (بیضه‌ها) است، همراه با کاهش تولید اسپرم رخ می‌دهد. شیب کاهش هورمون مزبور نسبت به هورمون‌های زنانه بسیار آهسته‌تر بوده و هنگامی که غلظت آن در خون مردان مسن از حداقل میزان آن در مردان جوان کمتر باشد، از آن به عنوان یائسگی مردانه یا کم‌کاری غدد جنسی نام برده می‌شود. مهمترین علل یائسگی در مردان را می‌توان کاهش تولید هورمون مردانه و کوچک‌شدن بیضه‌ها دانست. برخی داروها، استعمال دخانیات و مصرف مواد مخدر، سوء مصرف الکل،

فشار روانی و اضطراب، عدم فعالیت بدنی و ورزشی، بیماری‌های قلبی، فشارخون بالا، چاقی مفرط و بیماری قند در کاهش هورمون‌های مردانه تاثیرگذار هستند.

برخی مردان دچار بحران میان دوره‌ای شده و نگرانی آن‌ها درباره زندگی شخصی و حرفه‌ای، موجب بروز افسردگی و افزایش احتمال یائسگی می‌شود.

علائم و عوارض یائسگی در مردان

علائم یائسگی در مردان می‌تواند متفاوت باشد و چون معمولا شباهت زیادی به علائم سایر بیماری‌ها دارد، ممکن است به آسانی تشخیص داده نشود. آزمایش خون تنها روش سنجش هورمون جنسی مردانه و تشخیص یائسگی مردان است. یائسگی در مردان منجر به مشکلات جسمی، جنسی و روانی می‌گردد که در صورت عدم تشخیص می‌تواند به مرور تشدید گردد. بزرگترین مانع در تشخیص و درمان یائسگی در مردان، عدم مراجعه آنان به پزشک متخصص می‌باشد که به ویژه ریشه در عوامل فرهنگی داشته و در جوامع سنتی بیشتر مشاهده می‌گردد. برخی از علائم یائسگی در مردان عبارتند از:

- **تغییر عملکرد جنسی:** کوچک‌شدن بیضه‌ها، کاهش میل جنسی، اختلال نعوظ و ناباروری
- **تغییرات بدنی:** ضعف جسمانی و کاهش توانایی جهت فعالیت‌های بدنی، از دست دادن توده عضلانی، خشکی و نازک‌شدن پوست، ریزش مو در نقاط مختلف بدن، تجمع چربی در نواحی سینه و شکم و اضافه وزن، بزرگ‌شدن سینه‌ها، تعریق زیاد، کاهش تراکم استخوان‌ها و پوکی استخوان، ترمیم با تاخیر زخم‌ها، التهاب و بزرگ شدن پروستات
- **اختلالات خواب:** کم‌خوابی یا خواب‌آلودگی
- **تغییرات خلق و خو:** بدخلقی و تحریک‌پذیری، انگیزه و اعتماد به نفس پایین، خستگی، کاهش حافظه، افسردگی، عدم احساس لذت و شادی

باورهای نادرست درباره یائسگی در مردان

باور نادرست ۱: رسیدن به دوره میانسالی در مردان با آغاز ناتوانی جنسی در آنان همراه است.

یائسگی در درصد کمی از مردان مشاهده می‌شود (برخلاف زنان که بخشی طبیعی از دوره جنسی آن‌ها است) و به تنهایی عامل ناتوانی جنسی در مردان نیست.

باور نادرست ۲: میل جنسی در افراد سالخورده از بین می‌رود.

اگرچه افزایش سن می‌تواند میل جنسی را تحت تاثیر قرار دهد، ولی تنها عامل موثر در کاهش آن نیست. اختلال در سلامت روانی و عاطفی و برخی عادات مانند مصرف سیگار، الکل و برخی داروها نیز می‌توانند باعث کاهش میل جنسی در افراد شوند.

باور نادرست ۳: مراجعه به پزشک متخصص، مردانگی مردان را زیر سوال می‌برد.

مردان با رسیدن به سنین میانسالی و پیری با پذیرفتن کاهش سطح هورمون مردانه و تغییرات ناشی از آن در بدن خود، نباید انتظار داشته باشند که توانایی‌های دوران جوانی خود را کاملا حفظ کنند. در این دوره آن‌ها ممکن

است نیاز داشته باشند که به پزشک متخصص مراجعه کنند و از او مشاوره و کمک بگیرند تا بتوانند یک رابطه جنسی سالم و به دور از هرگونه اضطراب داشته باشند.

باور نادرست ۴: استفاده از روش‌ها و توصیه‌های سنتی جهت درمان ناتوانی‌های جنسی بهتر از مراجعه به متخصصان جواب می‌دهد.

مردان در جوامع سنتی در جهت رفع مشکلات جنسی خود کمتر به پزشک مراجعه می‌کنند و با استفاده از داروها و روش‌های قدیمی و غیرعلمی که عمدتا ریشه در افسانه‌های نیاکان دارند، برای رفع مشکل خود اقدام می‌کنند. معمولا این مردان نه تنها نتیجه نمی‌گیرند، بلکه ممکن است دچار عوارض غیرقابل پیش‌بینی و ناگوار در اثر انجام این توصیه‌ها شوند.

اقدامات مورد نیاز در یائسگی مردان

مدیریت دوران یائسگی در زنان و مردان تقریبا مشابه می‌باشد، با این تفاوت که بزرگترین مشکل در درمان مردان عدم مراجعه به موقع به پزشک متخصص است، زیرا اکثر مردان از مراجعه به پزشک واهمه دارند و سعی می‌کنند علائم خود را پنهان کنند و هنگامی مراجعه می‌کنند که علائم شدید، زندگی روزمره آن‌ها را مختل کرده است. تغییر سبک زندگی به سوی عادات سالم، درمان سایر بیماری‌های همراه و استفاده از داروهای موثر و هورمون‌درمانی می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ از جمله این اقدامات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- مراجعه و مشاوره با پزشک متخصص و کنترل سطح هورمون جنسی از طریق آزمایش خون
- رعایت رژیم غذایی مناسب شامل کاهش مصرف چربی و نمک و افزایش مصرف میوه و سبزی و غذاهای حاوی فیبر مثل نان سبوس دار
- فعالیت بدنی کافی و منظم
- کنترل وزن بدن (در صورت لزوم و طبق نظر و نظارت پزشک و متخصص تغذیه)
- کاهش فشار روانی
- خواب کافی

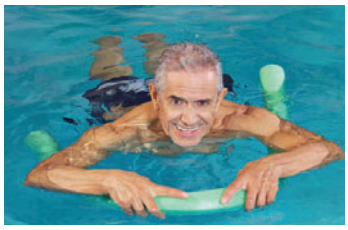
مصرف داروهای هورمون‌دار با تجویز پزشک: این داروها اگرچه می‌توانند باعث بهبود کیفیت زندگی در مردان مبتلا شوند و علائم آن‌ها را کاهش دهند، ولی در برخی دیگر بدون تاثیر بوده و حتی ممکن است عوارضی به دنبال داشته باشند. هورمون‌درمانی همچنین موجب تحریک رشد غیرسرطانی پروستات و تحریک سرطان پروستات در مردان مبتلا می‌گردد و در ضمن می‌تواند باعث افزایش خطر حمله قلبی و سکته مغزی در اثر ایجاد لخته‌های خون در رگ‌ها شود. بنابراین، بیماران بهتر است با پزشک خود همکاری نموده و با مطرح‌نمودن مشکلات خود، راهنمایی‌های لازم را دریافت کنند.

فصل چهاردهم

فیزیوتراپی در آب

(آب‌درمانی)

کم‌تحرکی یکی از ویژگی‌های دوران سالمندی است که می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در این دوران و مشکلات



بسیاری برای سالمند شود. سالمندان باید در حد ممکن و مطلوب، در فعالیت‌های زندگی مستقل باشند و برای فعالیت‌های روزمره خود مانند پوشیدن لباس، حمام‌کردن و دیگر کارهایی که سال‌ها خودشان انجام می‌داده‌اند، به کمک دیگران متکی نباشند. این توانایی در گرو انجام فعالیت بدنی منظم و کافی در دوران سالمندی است. انجام تمرینات ورزشی در آب یکی از ایمن‌ترین انواع فعالیت بدنی در سالمندی به شمار می‌رود. انجام فعالیت ورزشی داخل آب باعث می‌شود تا عدم تمایل نسبت به انجام تمرین، به علت ترس از افتادن و آسیب‌دیدگی ناشی از آن کاهش یابد و فرد بیشتر به انجام فعالیت بدنی بپردازد. به علت ویژگی‌های آب، سالمندان احساس ایمنی بیشتری می‌کنند و به علاوه با انجام تمرینات داخل آب، بار روی مفاصل آسیب دیده کمتر می‌شود. حرکت مفاصلی که رباط‌های آن آسیب دیده و عضلات آن دچار ضعف شده‌اند، در خشکی و با غلبه بر نیروی جاذبه زمین مشکل است ولی در آب به راحتی میسر خواهد بود.

با فعالیت و تحرک بیشتر در یک محیط ایمن مانند آب، که احتمال برهم خوردن تعادل و زمین‌خوردن نزدیک به صفر است، کارایی عضلات بیشتر می‌شود و از مشکلات ناشی از عدم تحرک مانند تشکیل لخته خون در پاها، کاهش عملکرد کلیه‌ها، چاقی، افسردگی و دوری از فعالیت در امان خواهید بود.

محیط آب شرایط ایمن‌تری برای سالمندان در هنگام انجام تمرینات فراهم می‌کند. هنگامی که سالمند توانایی بیشتری در راه رفتن حس می‌کند، اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده و به ادامه درمان تشویق می‌شود. خاصیت شناوری آب باعث کاهش وزن شده، در نتیجه تحرک راحت و آسان در آب را برای افرادی که مشکل حرکتی دارند، فراهم می‌آورد. همچنین، خاصیت مقاومتی آب می‌تواند نوعی شرایط مقاومتی ایجاد کند، که علاوه بر فواید جسمی، منافع روحی را نیز به همراه داشته باشد. ورزش در آب نسبت به ورزش در خشکی با ضربان قلب، بار کاری قلب و میزان اکسیژن مصرفی پایین‌تر در طول حرکات همراه است. با توجه به خصوصیات ویژه آب، فشار ناشی از مولکول‌های آب، نیروی شناوری، هدایت گرمایی و نیروی کشش بین مولکول‌ها، انجام تمرینات در آب، احساس ایمنی بیشتری به سالمند می‌دهد. خاصیت فیزیکی آب باعث کاهش سرعت حرکت فرد می‌شود و همین امر زمان لازم برای حفظ تعادل و جلوگیری از زمین‌خوردن را به سالمند خواهد داد. از طرف دیگر، فشارهایی که از طرف آب به سالمند وارد می‌شود، احساس حمایت را برای او ایجاد می‌کند و سالمند با اعتماد بیشتری در آب راه می‌رود و فعالیت می‌کند.

باورهای نادرست درباره تمرینات بدنی در آب

باور نادرست ۱: خطر زمین‌خوردن و افتادن در آب مثل خشکی است.

در آب به علت خاصیت حمایت و فشار آب، افتادن در هنگام انجام تمرینات پیش نخواهد آمد.

باور نادرست ۲: در آب به علت رطوبت، دردهایم بیشتر خواهند شد.

به علت آسان‌شدن انجام حرکات و حس حمایت مفصل از طرف آب، تحرک مفصل بیشتر خواهد شد و درد و تورم کاهش می‌یابد.

باور نادرست ۳: در استخر احتمال سرخوردن و زمین‌خوردن بیشتر خواهد شد.

اگر شما به یک مرکز درمانی مجهز به استخر، که با نظارت و براساس اصول ساخته شده مراجعه کنید، این احتمال کم است.

تمرینات درمانی در آب

تمرینات داخل آب توسط درمان‌گر طوری انتخاب می‌شوند که شبیه فعالیت‌های روزانه سالمند باشند و به او در تقویت عضلات اندام فوقانی، اندام تحتانی و تنه کمک کنند. برخی از سالمندان نمی‌توانند از این روش درمانی استفاده کنند. این افراد عبارتند از:

- کسانی که مشکلات قلبی شدید و فشارخون کنترل نشده دارند
- بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق محیطی
- مبتلایان به بیماری‌های تنفسی حاد و مزمن
- افراد دچار عفونت مجاری تنفسی
- بیماران مبتلا به صرع و اختلالات بلع
- بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادرار و مدفوع
- افراد دارای زخم‌های باز
- مبتلایان به بیماری‌های پوستی واگیردار



تمرین راه‌رفتن در آب

درمان‌گر با حمایت از سالمند در هنگام راه‌رفتن در آب، اعتماد او را برای برداشتن قدم‌های درست و اصولی جلب می‌کند، زیرا که یقین دارد آسیب نمی‌بیند. راه‌رفتن در آب می‌تواند در یک استخر یا یک اکواریوم انجام شود که در آن، درمان‌گر در کنار سالمند قرار می‌گیرد و با او گام بر می‌دارد.



تمرینات تعادلی در آب

تمریناتی مانند روی یک پا ایستادن، جلو و عقب رفتن و تغییر جهت دادن و پاها را یکی جلوی دیگری گذاشتن، زیر نظر فیزیوتراپیست در یک استخر درمانی به راحتی قابل اجرا است. در تصویر روبرو، فرد در حالی که دست‌ها را از هم دور کرده است، پاها را یکی یکی جلو هم گذاشته و راه می رود و سعی می‌کند تعادل خود را حفظ کند.

کلاس گروهی تمرین در آب

تمرین می‌تواند به صورت گروهی، با گروهی از سالمندان که مشکلات مشابه دارند در یک کلاس انجام شود. برای مثال، افرادی که التهاب مفصل زانو و کمر درد مزمن دارند با هم در یک کلاس تمرینات یکسان خواهند داشت و در این کلاس سالمند علاوه بر این‌که با خوشحالی و آرامش تمرینات ورزشی خود را انجام می‌دهد، از معاشرت با همسالان خود نیز لذت می‌برد.

مشخصات یک استخر درمانی



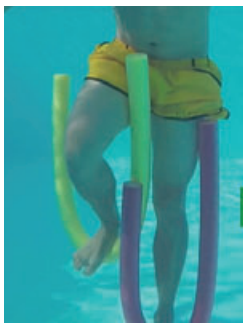
- زمین اطراف استخر باید با سرامیک زبر یا کاشی‌های کوچک فرش شده باشد که مانع سر خوردن سالمند شود.
- دوش‌ها باید کاملا نزدیک رختکن باشند، که سالمند دچار سرماخوردگی نشود.
- در استخر باید برای گذاشتن صندلی، فضای کافی وجود داشته باشد.
- داشتن سقف بلند، نور و تهویه مناسب، مسطح‌بودن و استفاده حداقلی از پله و نصب میله روی دیوارهای منتهی به استخر برای کمک به حرکت سالمند لازم است.
- ارتفاع پله‌های ورودی به استخر باید کوتاه، حداکثر ۱۵ سانتی‌متر بوده و به اندازه کافی عریض باشد که سالمند به راحتی و بدون ترس برای پایین‌آمدن، از آن استفاده کند.
- داخل آب باید میله‌هایی به صورت موازی برای راه رفتن سالمند نصب گردد و همه دیوارهای استخر دارای میله دیواری باشند تا سالمند بتواند دستش را به آن‌ها بگیرد.
- وجود عمق‌های مختلف در استخر جهت انجام تمرینات که با میله از هم جدا شده‌اند، ضروری است.
- دمای آب باید از حالت عادی استخر گرم تر باشد؛ مخصوصا برای سالمندان با آرتروز مفاصل

وسایل و تجهیزاتی که در تمرینات داخل آب استفاده می‌شوند:

این وسایل جهت شناوری، ایجاد مقاومت، تسهیل و کمک به انجام حرکات می‌باشند. نمونه‌هایی از آن‌ها را در زیر مشاهده می‌کنید:

- واکر آبی که با کمک آن سالمند به راحتی در آب راه می‌رود.
- دستکش برای ایجاد مقاومت: هنگام راه‌رفتن با استفاده از این دستکش‌ها مقاومت بیشتری در مقابل حرکت ایجاد می‌شود که به تقویت عضلات کمک می‌کند.
- جلیقه برای شناوری و روی آب خوابیدن که با آن فرد می‌تواند در آب شناور شود.





- شناوری‌های مورد استفاده برای ایجاد مقاومت که با پوشیدن آن، فرد مجبور به تلاش بیشتر برای راه‌رفتن و حفظ تعادل می‌شود.
- دوچرخه با صندلی پشت‌دار، تردمیل فضایی برای تمرین راه‌رفتن و تقویت عضلات اندام تحتانی و پشت و بهبود تعادل
- استفاده از نودل: این وسیله هم به بالا رفتن پا کمک می کند و هم با پایین آوردن پا، باید به نیروی فشار آب غلبه شود که باعث تقویت عضله خواهد شد.



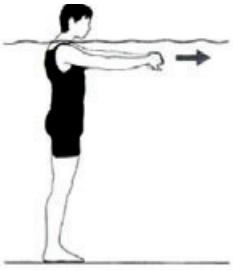


- شـناور ساختن سـالمند به کمک وسایل شناوری: در این وضعیت سالمند در آرامش می‌تواند اندام‌های خود را حرکت دهد و این شرایط باعث بهبودی تحرک مفاصل می‌شود.

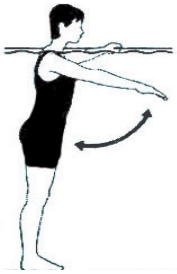
انواع تمرینات داخل آب



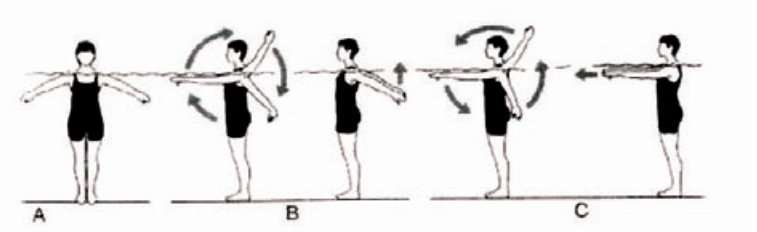
- **کشش عضلات گردن:** با دست چپ، دست راست را بگیرید و بکشید. گردن هم باید برای ایجاد کشش به سمت چپ خم شود.



- **کشـش عضلات شانه:** دو دسـت را در حالی که بدن صاف است، به سمت جلو بکشید.



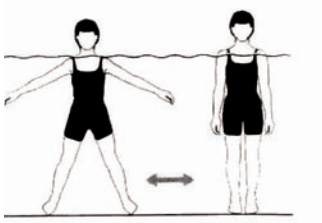
- **حرکت پاندولی شانه:** دست را به سمت جلو و پشت بدن حرکت دهید. این حرکت برای تحرک در سالمندان مبتلا به دردهای شانه مناسب است.





- **حرکات شانه برای جلوگیری از خشکی شانه:** در جهت حرکت عقربه‌های ساعت و برعکس با آرنج صاف، شانه را بچرخانید.

- **تمرین راه‌رفتن به وسـیله تخته شـنا:** حرکت تخته شـنا، هنگام راه‌رفتن در آب در جهات مختلف می‌تواند هم به راه‌رفتن کمک کند و هم باعث ایجاد مقاومت شود.



- **راه رفتن به پهلو در آب:** آسـان‌ترین روش راه‌رفتن در آب اسـت و شـروع خوبی برای تمرینات محسوب می‌شود.

- **تمریـن نشسـتن:** دسـت‌ها را به میله کنار اسـتخر گرفتـه و در حالی که عضلات شـکم را سـفت می‌کنید، در آب بنشینید. این تمرین برای تقویت عضلات شکم و پاها بسیار مناسب است.



- **تمریـن چهارپایـه:** از یک چهارپایـه کوتاه در آب بـالا و پایین بروید، این تمریـن برای تقویت عضلات پاها و تعادل مناسب است.



حتمـا تمرینـات و درمان در آب را زیر نظر درمان‌گر که از وضعیت و آناتومی بدن شـما و تمرینات درمانی مناسب با شرایط و بیماری‌های مختلف آگاهی کامل دارد، انجام دهید.

فصل پانزدهم

مراقبت از پا
در سالمندان

مقدمه



درد و ناراحتی‌های پا از مشکلات رایج در افراد سالمند است. درد پاها می‌تواند راه‌رفتن و انجام امور روزانه مانند نشستن و برخاستن و بالا رفتن و پایین آمدن از پله را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین ممکن است در تعادل فرد هم مشکلاتی ایجاد کند و خطر زمین‌خوردن را افزایش دهد. دردی که باعث بی‌تحرکی شود ممکن است به افزایش وزن، ضعف و کاهش عملکرد قلب منجر شود. سالمندی به این معنا نیست که هر دردی را تحمل کنید و آن را عادی بدانید. توانایی خوب راه‌رفتن بسیار مهم است، زیرا راه‌رفتن یکی از بهترین راه‌های ورزش کردن و تناسب اندام است.

هر یک از پاهای ما تعداد زیادی استخوان، مفصل، رباط، زردپی و عصب دارد. همه این عناصر با هم کار می‌کنند تا وزن بدن را حمایت کنند، تعادل را حفظ کنند و با هر قدم بدن را به جلو برانند.

به طور متوسط افراد در طی روز حدود ۴ ساعت روی پا می‌ایستند و حدود ۵۰۰۰ قدم برمی‌دارند.

با افزایش سن تغییراتی در پا رخ می‌دهد. بافت‌هایی که نقش صفحه‌های ضربه‌گیر و نرم زیر پاشنه و زیر بخش جلویی پا (بخش پهن جلوی پا) را دارند، نازک می‌شوند و خاصیت خود را از دست می‌دهند. قوس‌های پا ممکن است افت کنند و انعطاف‌پذیری آن‌ها کمتر شود. حرکت در مفاصل مچ پا و انگشتان کمتر و سخت‌تر می‌شود. پا پهن‌تر و طول آن هم ممکن است بیشتر شود. ورم در پا و مچ پا نیز به دلایلی مانند اختلالات جریان خون سیاهرگی، تغییرات هورمونی، بیماری‌های قلبی، مصرف بعضی داروها و کاهش فعالیت رخ می‌دهد. پوست پا هم با افزایش سن تغییراتی می‌کند که شامل خشکی پوست و بروز ترک و پینه است. رشد ناخن‌های پا آهسته‌تر می‌شود و همین امر باعث ضخیم‌شدن ناخن‌ها و شکننده‌شدن آن‌ها می‌شود. تراکم استخوان در استخوان‌های پا مانند سایر بخش‌های بدن ممکن است کاهش یابد و خطر شکستگی در آن‌ها افزایش یابد. بعضی از بیماری‌ها هم می‌توانند باعث بروز مشکلات و ناراحتی‌هایی در پا شوند. به عنوان مثال دیابت می‌تواند سبب کاهش جریان خون و آسیب به اعصاب پا شود. جریان خون نامناسب در اثر علل دیگری مانند سخت‌شدن شریان‌ها هم ممکن است رخ دهد.

رایج‌ترین مشکلات پا در سالمندان

بعضی از مشکلات پا در افراد سالمند رایج‌تر هستند که در ادامه به تعدادی از آن‌ها و اقداماتی که می‌توان برای بهبود آن‌ها انجام داد، اشاره می‌شود.

انحراف شست پا



انحراف شست پا به سمت انگشتان دیگر اغلب با یک برآمدگی دردناک در سمت داخل قاعده شست همراه است. گاهی اوقات شدت انحراف به حدی است که شست زیر انگشتان دیگر قرار می‌گیرد. برآمدگی استخوانی ممکن است بدون درد باشد ولی اغلب به دلیل التهاب و تحریک بافت‌های آن منطقه، درد و ناراحتی ایجاد می‌شود. برآمدگی ممکن است قرمز، گرم، ملتهب، دردناک و حساس به فشار باشد. این بدشکلی می‌تواند تغییرات تخریبی مفصل را سریع‌تر کند. پهن‌شدن بخش جلویی پا معمولاً افراد سالمند را در یافتن کفش مناسب با مشکل

مواجه می‌کند. این بدشکلی در پا ممکن است ارثی باشد ولی علل دیگری مانند پوشیدن کفش‌های نوک باریک و نامناسب، صافی کف پا و التهاب مفصلی هم می‌توانند آن را ایجاد یا تشدید کنند. در این موارد این اقدامات توصیه می‌شود:

- انتخاب کفشی با پهنای کافی به کاهش علائم کمک می‌کند. بخشی از کفش که محل قرارگیری انگشتان است باید به اندازه کافی پهن باشد. رویه کفش هم بهتر است از جنس نرم و انعطاف‌پذیر باشد تا به برآمدگی استخوانی فشار وارد نکند. کفش‌هایی که امکان تنظیم حجم کفش با بند را می‌دهند، ممکن است به علت تطابق بهتر با پا، راحت‌تر باشند. این افراد باید از پوشیدن کفش‌های پاشنه بلند خودداری کنند.
- علاوه بر کفش مناسب وسایل دیگری هم هستند که می‌توان از آنها برای کاهش علائم استفاده کرد که برای استفاده از آن‌ها باید با متخصصان ارتوز مشورت کرد. این افراد می‌توانند با ارزیابی دقیق پای شما، در انتخاب کفش مناسب، ایجاد تغییرات مناسب در کفش و سایر وسایل متناسب با درجه بدشکلی پا و همچنین در نظر گرفتن همه جوانب به شما کمک کنند.
- گاهی نیاز است از کفی، داخل کفش خود استفاده کنید یا برای حفظ مفصل در راستای بهتر، از وسایل دیگری کمک بگیرید که برای استفاده از این وسایل لازم است با افراد متخصص مشورت کنید.
- فیزیوتراپی و ورزش‌درمانی، داروهای ضد درد و التهاب نیز ممکن است توسط پزشک برای شما تجویز شوند. در درجات شدید بدشکلی که سایر اقدامات درمانی پاسخگو نباشند و این بدشکلی باعث اختلال در زندگی و فعالیت فرد شود، پزشک معمولاً روش جراحی را توصیه می‌کند.

پینه و میخچه





به ضخیم‌شدگی پوست در منطقه‌ای از پا مانند روی انگشتان، روی سطح کف‌پایی پاشنه یا جلوی پا (یا مناطق دیگر بدن) پینه گفته می‌شود. میخچه سطح کوچک‌تری دارد و دارای یک مرکز سخت است که اطراف آن را پوست ملتهب احاطه کرده است. پینه و میخچه معمولاً در اثر فشار، سایش و اصطکاک به ویژه در اثر استفاده از کفش نامناسب ایجاد می‌شوند. پوست در واکنش به فشارها و سایش‌هایی که به آن وارد می‌شود، برای محافظت از خود لایه‌های ضخیم می‌سازد و کلفت و خشک می‌شود. پینه‌هایی که خیلی بزرگ و سخت شوند، ممکن است به بافت زیرین آسیب برسانند، دردناک شوند یا حتی زخم ایجاد کنند. پینه و میخچه، راه‌رفتن افراد سالمند را با مشکل مواجه می‌کنند. میخچه گاهی در بین انگشتان هم ایجاد می‌شود.





یکی از عوامل اصلی ایجادکننده پینه و میخچه فشاری است که ممکن است ناشی از کفش نامناسب باشد. توزیع مناسب فشار یا کاهش فشار بیش از حد در پا می‌تواند به بهبود و حتی رفع علائم کمک بزرگی کند. استفاده از پدها و کفی‌های با جنس نرم و تغییراتی متناسب با محل پینه در پای شما می تواند کمک‌کننده باشد. اصلاح راستا و حمایت قوس‌های پا توسط کفی مناسب به توزیع مناسب وزن در کف پا و کاهش فشار بر یک منطقه کمک می‌کند. کاهش فشار از بین یا روی انگشتان سخت‌تر است. استفاده از پدهای جداکننده انگشتان یا انواعی که در زیر انگشتان یا دور هر انگشت

پا قرار می‌گیرند ممکن است تجویز شوند.

کفش مورد استفاده، باید بررسی و در صورت نیاز تعویض شود. کفش باید فضای مناسب برای انگشتان در جلوی پا داشته باشد. طول کفش باید کافی باشد تا انگشتان در کفش جمع نشوند. قرار گرفتن انگشتان به صورت خم در کفش باعث ایجاد نقاط فشار روی بند انگشتان و همینطور در نوک انگشتان خواهد شد. پهنای کفش در ناحیه جلوی پا هم باید کافی باشد تا انگشتان به هم فشرده نشوند و بین انگشتان فشار غیرطبیعی ایجاد نشود. هرگونه انحراف در انگشتان باید درمان مناسب دریافت کند. عمق کفش در بخش جلویی پا هم باید کافی باشد تا از سایش رویه کفش به انگشتان جلوگیری شود. سایز مناسب کفش نیز اهمیت زیادی دارد زیرا پا در کفش با سایز بزرگتر یا کوچکتر در معرض فشارها و سایش‌های نامناسب قرار می‌گیرد.



برای انتخاب پد، کفی یا کفش مناسب از فرد متخصص کمک بگیرید. هیچ ماده‌ای را بدون نظر پزشک بر روی میخچه یا پینه نمالید. چسب ها یا محلول‌هایی که با عنوان برطرف کننده میخچه فروخته می‌شوند، می‌توانند به پوست آسیب برسانند. هیچ‌گاه پوست سخت‌شده پینه یا میخچه را با چاقو یا قیچی یا ناخن‌گیر نبرید. برداشتن بافت‌های مرده و سخت، یا استفاده از داروهای موضعی باید با نظر متخصص صورت بگیرد.

ممکن است پزشک به شما اجازه دهد برای جلوگیری از خشک‌شدن پوست از کرم و وازلین استفاده کنید. ولی به خاطر داشته باشید استفاده از این مواد خطر سرخوردن را افزایش می‌دهد. بدون پاپوش مناسب، با پای چرب شده در خانه تردد نکنید. بین انگشتان نباید چرب شود مگر به دستور پزشک.

رعایت موارد بهداشتی و شستشوی مرتب جوراب‌ها هم اهمیت زیادی دارد. به طور کلی از پابرهنه راه‌رفتن تا حد امکان اجتناب کنید. از فعالیت طولانی‌مدت در وضعیت ایستاده یا راه‌رفتن و دویدن طولانی‌مدت که پاهای شما را در معرض فشار زیاد قرار می‌دهند نیز پرهیز کنید. اگر پینه و میخچه خیلی دردناک یا ملتهب شدند و یا خونریزی و ترشح داشتند، حتماً به پزشک مراجعه کنید.

بدشکلی‌های انگشتان



بدشکلی‌های انگشتان که به صورت انگشتان چنگالی و چکشی دیده می‌شوند، بیشتر در انگشتان دوم تا پنجم بروز می‌کنند. این بدشکلی‌ها اغلب در اثر به‌هم‌خوردن تعادل بین عضلات خم و راست‌کننده مفاصل انگشتان، ضعف عضلانی، در پی ضربه و در بعضی بیماری‌ها مانند دیابت و آرتریت دیده می‌شوند. این شکل قرارگیری انگشتان موجب تمرکز فشار در مناطقی از کف پا و سایش روی انگشتان در کفش می‌شود. گاهی این فشار آنقدر زیاد است که علاوه بر درد باعث ایجاد زخم و پینه در پا می‌شود. معمولاً بر اساس شدت علائم، درمان ممکن است جراحی یا غیرجراحی باشد. یکی از اقدامات درمانی، استفاده از کفش مناسب است. کفش باید پاشنه کوتاه و طول، عمق و عرض کافی در بخش جلویی پا داشته باشد. زیره گهواره‌ای هم می‌تواند به کاهش فشار بخش جلویی پا کمک کند. استفاده از کفی‌های مناسب و وسایلی که به اصلاح راستای انگشتان کمک می‌کنند و همچنین انجام ورزش‌هایی جهت تقویت عضلات ضعیف یا جلوگیری از کوتاه شدن عضلات و سایر بافت‌ها توصیه می‌شوند.







درد پاشنه

یکی از شـکایت‌های رایج افراد سـالمند درد ناحیه پاشنه پا است. درد پاشنه، کیفیت زندگی و تحرک افراد سـالمند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درد پاشنه علل مختلفی دارد که یکی از رایج‌ترین آن‌ها، التهاب نیام (لایه پوششی) کف پایی یا خار پاشنه است. نیام کف پایی یک صفحه از بافت نرم اسـت که از پاشنه پا تا انگشتان امتداد دارد. معمولاً در اثر کشـش‌ها و آسـیب‌های جزئی روزانه، محل اتصال این بافت به پاشنه ملتهب و دردناک می‌شـود. گاهی در محل این التهاب، کلسـیم در بافت رسوب می‌کند که در عکس رادیوگرافی به صورت زائده خارمانندی زیر استخوان پاشنه دیده می‌شود. ولی گاهی هم زائده مشخصی وجود ندارد.

اغلـب افـراد از درد شـدید صبح‌ها و در اولین قدمی که بر روی زمین می‌گذارند، شـکایت دارنـد که بعد از چند قدم راه‌رفتن بهتر می‌شود. عوامل خطر متعددی برای این عارضه مطرح شده‌اند که می‌توان به محدودیت دامنه حرکتی در مفصـل مـچ یا مفصل قاعده شسـت پا، اضافه وزن، کاهش ضخامت پد پاشـنه، اختلاف طـول دو اندام تحتانی، کاهش یا افزایش شـدید قوس داخلی پا، فعالیت طولانی‌مدت در حالت ایسـتاده و تحمل وزن، افزایش سن و کفش نامناسب اشاره کرد. درمان معمولاً شامل استراحت، کاهش فعالیت در حالت ایستاده، داروهای ضدالتهاب، ماساژ با یخ پس از فعالیت، تزریق، فیزیوتراپی و تمرین‌درمانی است.

برخی تمرینات کششی که برای عضلات و تاندون پشت پا و نیام کف پا توصیه می‌شود، شامل این موارد است:

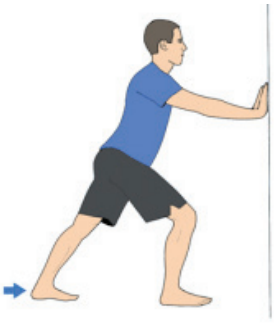




- **کشـش عضلات پشت سـاق پا:** یک بند را به زیر قسـمت جلوی پا بیندازید، دو سـر آن را با دو دسـت بگیرید و با زانوی صاف به طرف مچ پا بکشـید. کشش را هم با عضلات جلوی سـاق و هم با اسـتفاده از بند اعمال کنید. این کشش را برای ده ثانیه حفظ کنید و بعد رها کنید. این تمرین را ده دقیقه (حداقل دو یا سـه بار در روز) انجام دهید. بهتر است اولین دور تمرین را صبح قبل از اینکه پای خود را روی زمین بگذارید، انجام دهید.



- **کشـش نیام کف‌پایی:** در حالی که زانوی خود را خم کرده‌اید، جلوی پا و انگشتان را در دسـت بگیریـد و به سـمت بدن خم کنیـد تا در قوس کف پا کشـش ملایمی احساس کنید. خم‌کردن را از محل قاعده انگشتان انجام دهید. کشش را ۱۵ تا ۲۰ ثانیـه نگه دارید. سـه بار در هر طرف تکرار کنید. این تمریـن را صبح قبل از اینکه پای خود را روی زمین بگذارید، انجام دهید.



- **کشش عضلات پشت ساق پا:** با فاصله کافی از دیوار قرار بگیرید. یک قدم بزرگ به سمت دیوار بردارید. فاصله حدود ۱۰ سانتیمتر را با دیوار حفظ کنید. کف دست‌ها را برای حمایت به دیوار تکیه دهید. وزن را روی پای جلویی بیندازید و زانوی پای جلو را خم کنید. زانوی پای دیگر را صاف نگه دارید. پاشـنه دو پا روی زمین باشـد. در پشـت ساق پا کشش احسـاس می‌کنید. کشش را ۲۰ تا ۳۰ ثانیه نگه‌دارید. ۳ بار برای هر طرف و حداقل یک بار در روز انجام دهید.

همچنین بسته به علائم، ممکن است پزشک برای اصلاحاتی در کفش یا تغییر کفش، تهیه کفی متناسب با ویژگی‌های پا و وضعیت شما، دریافت اسپلینت جهت استفاده در خواب، یا پد پاشنه مناسب، شما را به متخصص ارتوز و کفش طبی ارجاع دهد.



اسپلینت وسیله‌ای است که با حفظ پا و مچ پای شما در وضعیت مناسب هنگام خواب، بافت‌های منطقه را در طول مناسب نگه می‌دارد و به کاهش یا رفع علائم شما به ویژه دردی که صبح با اولین قدم احساس می‌کنید، کمک می‌کند. برای زمان فعالیت هم کفش و کفی مناسب استفاده می‌شود. درمان های ذکر شده معمولاً اثربخش هستند. در مواردی که علائم با روش‌های مختلف کنترل نشوند، ممکن است از تزریق موضعی یا روش‌های جراحی استفاده شود.



مشکلات قوس کف پا

پا دارای سه قوس داخلی، خارجی و عرضی است که قوس داخلی نسبت به بقیه قابل مشاهده‌تر است. قوس‌ها، پا را تبدیل به یک ساختار انعطاف‌پذیر می‌کنند تا اجازه تطابق پا با سطح، تحمل وزن و جذب ضربه را بدهد. با افزایش سن، احتمال کاهش قوس طولی داخلی بیشتر می‌شود. به کاهش یا از بین رفتن قوس طولی داخلی پا، صافی کف پا گفته می‌شود. صافی کف پا ممکن است انعطاف پذیر یا سخت باشد. علاوه بر نحوه قرارگیری استخوان‌ها، عضلات و سایر بافت‌های نرم مانند نیام کف پایی و رباط‌ها در حفظ این ساختار قوسی مؤثر هستند. ضعف و خستگی عضلانی یا تغییر ساختار بافت‌ها می‌تواند به کاهش قوس منجر شود. بعضی از بیماری‌ها و اضافه وزن هم می‌توانند باعث کاهش قوس شوند. گاهی اوقات نقص عملکرد یکی از عضلات مهم حمایت‌کننده قوس، باعث صافی کف پا می‌شود. کاهش انعطاف‌پذیری یا کوتاهی زردپی پاشنه (زردپی آشیل که از پشت ساق پا به پشت پاشنه متصل می‌شود) ممکن است در این وضعیت نقش داشته باشد. صافی کف پا، بافت‌های نرم پشت قوزک داخلی را تحت کشش قرار می‌دهد. بافت‌های نرم کف پایی هم ممکن است در اثر کشش، آسیب ببینند و ملتهب شوند.



علل و درمان صافی کف پای نوع سخت معمولاً پیچیده‌تر هستند و درمان ممکن است شامل جراحی نیز باشد. در انواع انعطاف‌پذیر به ویژه در صورت وجود علائمی مانند درد و ناراحتی، استفاده از کفی‌های طبی و ورزش توصیه می‌شود. بسته به وضعیت پای شما و نوع صافی کف پا، کفی مناسب برای شما ساخته شده یا درمان‌های دیگر انجام می‌شوند. کفی به حمایت پای شما کمک کرده و از حرکت بیش از حد بخش‌های مختلف پا و همچنین کشش بیش از حد بر روی بافت‌ها جلوگیری می‌کند. علاوه بر کفی، ممکن است برای انتخاب کفش به شما توصیه‌هایی شود و نیاز به اصلاحاتی در کفش نیز وجود داشته باشد. ورزش‌ها شامل افزایش انعطاف در مجموعه پا و مچ پا و تقویت عضلات عمقی پا است. صافی کف پا ممکن است با مشکلاتی مانند انحراف شست پا، درد جلوی پا، درد پاشنه و درد زانو ارتباط داشته باشد. بنابراین در مواردی که فرد از این مشکلات شکایت داشته باشد، ارزیابی پا و درمان‌هایی مانند کفی طبی مناسب توصیه می‌شود. همانطور که قبلاً اشاره شد، بعضی از بیماری‌ها و مشکلات مانند آرتریت روماتوئید موجب کاهش قوس طولی داخلی می‌شوند که حتماً باید توسط پزشک تحت نظر باشند.

تمرینات مربوط به صافی کف پا



- با انگشتان پا اجسام کوچکی مانند تیله را بردارید و رها کنید. این تمرین را هر بار ۱۰ تا ۱۵ مرتبه و در روز سه مرتبه تکرار کنید.
- انگشتان پا را کاملاً خم و راست کنید (۱۰ تا ۱۵ بار، سه مرتبه در روز).



- انگشتان پا را کامل از هم باز کنید. لحظاتی در این وضعیت نگه دارید و سپس رها کنید. (۱۰ تا ۱۵ بار، سه مرتبه در روز)
- روی پاشنه پا راه بروید. برای انجام این تمرین کنار دیوار راه بروید و دست خود را به دیوار تکیه بدهید..



- با انگشتان پا سعی کنید یک حوله را از روی زمین جمع کنید. لحظاتی انگشتان را در وضعیت جمع نگه دارید و سپس رها کنید (۱۰ تا ۱۵ بار، سه مرتبه در روز).



- کشش عضلات پشت ساق پا: یک بند را به زیر قسمت جلوی پا بیندازید، دو سر آن را با دو دست بگیرید و با زانوی صاف به طرف مچ پا بکشید. کشش را هم با عضلات جلوی ساق و هم با استفاده از بند اعمال کنید. این کشش را برای ده ثانیه حفظ کرده و بعد رها کنید. این تمرین را ده دقیقه (حداقل دو یا سه‌بار در روز) انجام دهید. بهتر است اولین دور تمرین را صبح قبل از اینکه پای خود را روی زمین بگذارید، انجام دهید.



- روی یک صندلی با پشت صاف بنشینید. یک توپ کوچک را زیر پا به جلو و عقب بغلطانید. این تمرین را ۲ تا ۳ دقیقه برای هر پا انجام دهید.



- قوس پای افزایش‌یافته هم ممکن است در افراد سالمند دیده شود. پایی که قوس آن افزایش یافته معمولاً سخت می‌شود و خاصیت جذب ضربه خود را از دست می‌دهد. همچنین فشار بر روی پاشنه و بخش جلویی پا و سمت خارج پا افزایش می‌یابد. این وضعیت می‌تواند منجر به انحراف انگشتان پا، که قبلاً به آن اشاره شد، نیز شود. در موارد خیلی شدید، تحمل ضربات مکرر ممکن است باعث ایجاد شکستگی‌هایی در سمت خارج پا شود. در بعضی از بیماری‌ها به ویژه مشکلات نورولوژیک افزایش قوس پا مشاهده می‌شود.
- درمان معمولاً شامل استفاده از کفی‌هایی است که وزن و نیروها را به شکل بهتری در پا توزیع کرده و بتوانند به خاصیت جذب ضربه در پا کمک کنند. همچنین انتخاب کفش، باید بر اساس نظر افراد متخصص باشد و گاهی نیاز به انجام اصلاحاتی در کفش وجود دارد.

مشکلات ناخن

با افزایش سن، به صورت طبیعی تغییراتی در رشد و شکل ناخن‌های پا رخ می‌دهد. رشد ناخن حتی در سنین پایین‌تر کاهش می‌یابد. ضخامت، سطح و رنگ ناخن‌ها نیز با افزایش سن تغییر می‌کند. سطح ناخن شکننده و ترک‌خورده می‌شود. ممکن است روی ناخن‌ها خطوط سطحی یا عمقی ایجاد شود. تغییر رنگ ناخن به رنگ زرد یا خاکستری هم ممکن است رخ دهد. لازم است در صورت مشاهده هر تغییری در ظاهر یا بافت ناخن، با متخصص مشورت کنید.

عفونت‌های قارچی ناخن در افراد بالای ۷۰ سال شایع است. در این حالت، ممکن است لکه سفید یا زردی در نوک ناخن خود ببینید. عفونت‌های قارچی در محیط‌های مرطوب رشد می‌کنند. بنابراین، محیط مرطوب داخل کفش موقعیت رشد این عفونت ها را فراهم می‌کند. اگر به دلیل تعریق زیاد پا یا گرما و رطوبت محیط، فضای داخل کفشتان



مرطوب است، بهتر است از کفش دیگری استفاده کنید تا از بروز این مشکل پیشگیری کنید. ولی در صورت مشاهده تغییر رنگ، ضخیم و ناهموار شدن ناخن با پزشک مشورت کنید تا در صورت نیاز درمان دارویی دریافت کنید.

مشکل شایع دیگر در ناخن پا، فرورفتن ناخن در گوشت است. فرورفتن لبه‌های ناخن در بافت کناری اغلب موجب ایجاد قرمزی و درد می‌شود و ممکن است عفونی شود. فشار بیش از حد به ناخن در اثر کفش تنگ یا نامناسب یا ضربه به انگشت و کوتاه‌کردن ناخن به شکل نامناسب از عوامل احتمالی این مشکل هستند. در صورت بروز



این مشکل حتماً با پزشک مشورت کنید. گاهی نیاز است با یک جراحی کوچک و بی‌حسی موضعی بخشی از ناخن برداشته شود و بعد از آن، مراقبت‌های ویژه از پا و درمان دارویی نیاز است. برای پیشگیری از این وضعیت کفش با اندازه مناسب استفاده کنید. در خارج از خانه از کفشی استفاده کنید که انگشتان شما را از برخورد محافظت کند. در داخل خانه مراقب برخورد پا به اجسام و وسایل اطراف یا افتادن اجسام روی پا باشید. در خانه از پاپوش مناسب استفاده کنید. برای انتخاب پاپوش مناسب با فرد متخصص مشورت کنید.

انتخاب کفش

یکی از اصلی‌ترین دلایل مشکلات پا، پوشیدن کفش نامناسب است. بسیاری از سالمندان از کفش با ویژگی‌های مناسب استفاده نمی‌کنند. کفش‌های باریک یا پاشنه بلند، کفش‌های با زیره بدون اصطکاک مناسب (که خطر سر خوردن را افزایش می‌دهند)، کفش‌های با حمایت و محافظت کم از پا، ممکن است آسیب‌های جدی و درد ایجاد کنند و یا موجب زمین‌خوردن شوند. نکته مهم این است که بیشتر مشکلات پا می‌توانند به خوبی کنترل یا درمان شوند و نیازی نیست شما درد و ناراحتی را تحمل کنید. با کمک گرفتن از فرد متخصص در مراقبت مناسب از پا می‌توانید فعالیت و استقلال خود را حفظ کنید. در موارد زیادی تغییر کفش یا ایجاد اصلاحاتی در آن بخش بزرگی از مساله را حل می‌کند.

کفش نقش مهمی در محافظت از پا در برابر گرما و سرما، رطوبت، ضربه و فشار ایفا می‌کند. هرچند نقش عملکردی کفش، بیشتر تحت تأثیر مد قرار گرفته است. بیشتر افراد کفش را براساس معیارهای زیبایی و ظاهری انتخاب می‌کنند که متأسفانه معمولاً با عملکرد مطلوب پا و مچ پا همخوانی ندارد.

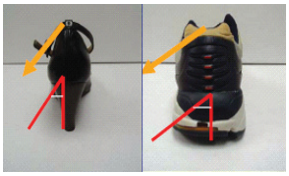
علاوه بر آن‌که کفش مناسب در خارج از منزل اهمیت دارد، استفاده از پاپوش مناسب در داخل خانه هم بسیار با اهمیت است. اغلب سالمندان کفش تنگ (با طول و عرض کوچکتر از پا) و با سایز نامناسب به پا می‌پوشند. به ندرت پیش می‌آید که افراد برای تهیه کفش جدید، سایز پای خود را دوباره اندازه بگیرند و معمولاً تصور می‌کنند سایز پایشان تغییر نمی‌کند. همانگونه که اشاره شد، پوشیدن کفش نامناسب می‌تواند موجب درد پا و ایجاد بدشکلی در پا شود. ایجاد بدشکلی انگشتان، زخم، پینه و میخچه در پا و انحراف شست پا به علت کوچک بودن طولی و پهنای کفش ایجاد می‌شود. علاوه بر اندازه نامناسب کفش، پاشنه بلند هم می‌تواند در بروز مشکلات پا مؤثر باشد. پاشنه بلند موجب می‌شود فشار بر بخش جلویی کف پا افزایش یابد و مفاصل جلوی پا نتوانند عملکرد مناسبی داشته

باشـند. کفش پاشـنه بلند فشـار روی مفاصل دیگر مانند زانو را هم افزایش می‌دهد. علاوه بر این، کفش نامناسـب نقـش مهمـی در بر هم خـوردن تعادل و زمین‌خوردن افراد سـالمند دارد، چراکه باعث تغییـر وضعیت پا و وضعیت کل بدن و در نتیجه کاهش تعادل می‌شـود. گاهی تعویض کفش و استفاده از کفش با ویژگی‌های مناسب، راهکاری صحیح برای حل برخی از ناراحتی‌های پا در افراد سالمند است.

ویژگی‌های کفش مناسب برای سالمندان



- **فیت بودن:** مهم‌ترین ویژگی، اندازه مناسب کفش است. برای این منظور لازم است یک فرد با مهارت کافی اندازه پای شـما را دقیق اندازه‌گیری کند. توصیه شده است که طول کفش از بلندترین انگشـت پا کمی بیشتر باشد. کفش را قبل از خرید حتماً امتحان کنید. از همان ابتدای پوشـیدن کفش، باید احسـاس راحتی کنید و نباید هیچ فشاری را در کفش به امید بهتر شدن در آینده تحمل کنید.



- **رویه کفش:** رویه کفش باید جنس مناسـبی داشـته باشد که علاوه بر انعطاف کافی، امـکان تبـادل هوا را بدهد و مانع عرق‌کردن بیـش از حد پا در کفش و تجمع رطوبت داخـل کفش شـود. فضای مرطـوب داخل کفـش احتمـال بیماری‌های پوسـت و ناخـن ماننـد عفونت‌هـای قارچـی را افزایش می‌دهـد. همچنین کفش بایـد فضا با عـرض و عمـق کافی برای پا فراهم کند و البته گشـاد هم نباشـد. مقاومـت کافی رویه در سـمت داخـل و خارج و بـه ویژه منطقـه احاطه‌کننده پاشـنه اهمیـت زیادی در کنتـرل پـا دارد. پا و بـه ویژه پاشـنه در کفش‌هایی که دور پاشـنه را احاطـه نمی‌کنند (پشـت باز هسـتند) خـوب حمایت نمی‌شـود و بنابراین، این نوع کفش‌ها برای سـالمندان مناسـب نیسـتند.



- **سـطح اتکای کفش:** سـطح اتکای کفش بر روی زمین هم در بهتر کردن تعادل نقش دارد. افزایش سـطح اتکا، تعادل را بهتر می‌کند.
- **پاشنه:** از پوشیدن کفش پاشنه بلند خودداری کنید. عرض پاشنه هم مهم است. عرض کم پاشنه (پاشنه باریک و نـازک) باعـث کاهش پایداری و افزایش خطر پیچ‌خوردن پا و زمین‌خوردن می‌شـود. پاشـنه‌هایی که در بخش پشـتی شیب ملایمی دارند، سـطح تماس با زمین را افزایش می‌دهند و مانع سر خوردن می‌شوند و به این دلیل مناسب هستند.
- **زیـره:** زیـره کفش نباید نرم و ضخیم باشـد. زیره‌های ضخیم و نرم ممکن اسـت راحت به نظر برسـند، ولی مانع احسـاس دقیق سـطح زیر پا می‌شوند و خطر بر هم خوردن تعادل و زمین‌خوردن را افزایش می‌دهند. همچنین گهواره‌ای کردن بخش جلویی زیره کفش با شیبی ملایم (حدود ۱۰ درجه) می‌تواند پیشروی در راه‌رفتن را تسهیل کند و از درد و ناراحتی در بخش جلویی پا کم کند.
- **سـاق کفش:** کفش‌هایی که سـاق بلندتری دارند، در صورتی که تماس خوبی با پا داشـته باشـند موجب بهبود تعادل می‌شوند.
- **آج زیره کفش:** آج مناسب مانع سر خوردن فرد می‌شود.
- **کفی داخل کفش:** کفی داخلی کفش باید دارای جنس و طرح مناسـب باشـد. ممکن اسـت لازم باشد برای شما براساس نیاز و به طور اختصاصی، کفی ساخته شود. این کفی‌ها علاوه بر حمایت و محافظت از پای شما می‌توانند

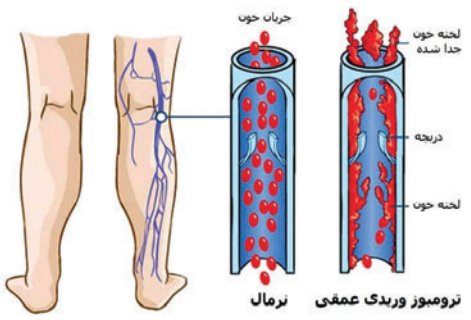
به بهتر شدن تعادل هم کمک کنند. کفی‌ها می‌توانند در افرادی که با افت قوس پا مواجهند، قوس پا را حمایت کننـد و یا در کسـانی که قـوس پای بیش از حد دارند، در توزیع و تحمل مناسـب وزن مشـارکت کنند. همچنین راستای مناسب سایر بخش‌های پا مانند پاشنه و بخش جلویی پا را حفظ کنند.

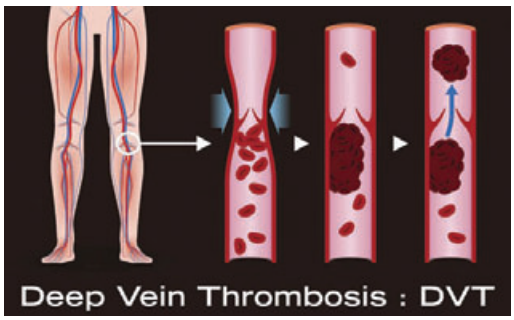
- **روش بـاز و بسـته‌کردن کفش:** کفش باید بـه خوبی روی پا بماند و برای این منظور باید با یک روش مناسـب و محکم مانند بند یا چسـب بسـته شـود. این ویژگی امکان تنظیم حجم کفش را هم می‌دهد و پوشیدن کفش را هم راحت‌تر می‌کند. البته روش بسته‌شـدن کفش هم باید آسـان باشد و نیاز به صرف نیروی زیاد نداشته باشد. بعضی از افراد سالمند ممکن است ناراحتی‌هایی در دست داشته باشند یا خم‌شدن برای تنظیم و بستن بند و چسب کفش برایشان سخت باشد. اگر کفش هیچ وسیله باز و بسته شدنی نداشته باشد، باید دقت کنید که پس از مدتی ممکن است دیگر به خوبی روی پا نماند و پای شما درون کفش زیاد جابجا شود و خطراتی مانند سایش و آسیب پوستی یا پیچ‌خوردن درون کفش داشته باشد. کفش‌هایی با بندهای الاستیک هم موجودند که علاوه بر اینکه پا به راحتی درون آن‌ها می‌رود، به خوبی روی پا ثابت می‌مانند.

به سـالمندان توصیه می‌شـود بدون جوراب از کفش استفاده نکنند. همچنین از راه‌رفتن با پای برهنه یا فقط با جوراب حتی در محیط خانه اجتناب کنند. در خانه هم کفش یا پاپوش مناسب (که با مشاوره فرد متخصص انتخاب شده است) استفاده کنند.

لخته شدن خون در سیاهرگ پا (ترومبوز وریدی عمقی یا DVT)

خون توسط ضربان های قلب وارد سرخرگ ها (شریان ها) شده و از این طریق به تمام اعضاء بدن منتقل می شـود. پس از انتقال مواد غذائی و اکسیژن به سلول های بدن، خون وارد سیاهرگ ها (وریدها) شـده و به آرامی به سـمت قلـب برمی‌گردد. اگر به هـر دلیلی خون داخل سـیاهرگ‌ها در مسـیر بازگشـت به قلب لخته شـده و مسیر سـیاهرگ را تنگ یا مسـدود کند، اختلال مهمی ایجاد می‌شود که تحت عنوان ترومبوز سیاهرگی عمقی یا DVT شناخته می‌شود.





این مشکل بیشتر مواقع در سیاهرگ‌های پاها ایجاد می‌شود. البته سـیاهرگ‌ها نه تنها در ماهیچه‌های سـاق و ران پا بلکه در شـکم یا لگن هـم وجود دارند و لخته شـدن خون ممکن اسـت در جاهای دیگـری غیـر از پاهـا هم اتفـاق بیفتـد البته ایـن اتفـاق عمدتا در سیاهرگ‌های عمقی‌تر داخل پا رخ می‌دهد.

علائم لخته شدن خون در سیاهرگ‌های پا

۱. قرمزی پا

تغییر رنگ خفیف در پوسـت ناحیه لخته شـدن خون، یکی از نخستین نشانه‌های ایجاد لخته خون در پا است. در

صورت مشـاهده لکه‌ها / رگ‌های قرمز رنگ زیر سـطح پوسـت در پاهای خود، باید این مسـاله را با پزشک درمیان بگذارید.

۲. تورم دردناک پا

ورم کردن یکی از پاها در قسـمت پایین یا بالای پا، به صورتی که به همراه درد در همان قسـمت پا باشـد و یا هنگام لمس، قسـمت متورم آن پا دردناک باشـد، ممکن است به دلیل لخته شـدن خون در سیاهرگ‌های همان پا اتفاق افتاده باشد. مخصوصا اگر این علائم در ناحیه قوزک یا ساق پا باشد. این نوع تورم ناشی از لخته خون با روش‌های درمانی ساده مانند استفاده از کمپرس‌های گرم یا سرد بهبود نمی‌یابد و به‌محض مشاهده‌ی آن باید برای بررسی و درمان سریعا به پزشک مراجعه کرد.

۳. افزایش ضربان قلب

با بزرگ شدن اندازه لخته خون، بدن تلاش خود را برای از بین بردن لخته بیشتر می‌کند که نتیجه آن افزایش ضربان قلب است. افزایش ضربان قلب می‌تواند موجب نشانه‌های روانی از جمله اضطراب و هراس شود.

۴. سیاهرگ‌های متورم

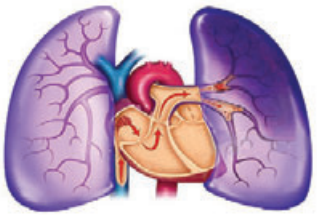
گاهی اوقات، یک لخته در سـیاهرگ خود را به‌صورت تورم در سـیاهرگ‌های سـطحی نشـان خواهد داد. اگر دیدید مسـیر عبور رگ‌های پا از زیر پوسـت قسـمتی از یک پای شما مشـخص و بیرون زده شده اسـت در حالی که چنین چیزی را در دیگر قسـمت‌های بدن و یا پای دیگر مشـاهده نکردید، حتما باید توجه ویژه‌ای به این نشـانه داشـته باشید و موضوع را با پزشک در میان بگذارید.

خطرات لخته شدن خون در پا

از جمله عوارض بالقوه لخته شدن خون در پا عبارتند از: گسترش لخته، رها شدن لخته و ورود به بقیه اعضا، احساس خستگی و سنگینی مداوم پا و ورم پا و زخم‌های مزمن روی پا. اگر لخته ایجاد شده در سیاهرگ‌های عمقی پا درمان نشـود، این امکان وجود دارد که بخشـی از این لخته از محل اصلی در پا کنده شـده و در جریان خون حرکت کرده، به قلب برود و توسـط ضربان قلب به سـرخرگ‌های ریه پرتاب شود و از رسیدن خون به ریه جلوگیری می‌کند. به این اتفاق بسیار خطرناک، آمبولی ریه می‌گویند که در حدود ده درصد افراد دچار لخته در سیاهرگ پا احتمال وقوع دارد. آمبولی ریوی یک بیماری جدی است که در صورت عدم تشخیص و درمان اورژانسی می‌تواند باعث مرگ بیمار شود. علائم زیر هشدار دهنده احتمال بروز آمبولی ریه است:

- تنگی نفس که ممکن است به تدریج یا ناگهانی رخ دهد.
- درد قفسه سینه که ممکن است با تنفس و هنگام دم، شدیدتر شود.
- از حال رفتن ناگهانی

ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریه هردو نیاز به معاینه و درمان فوری دارد. اگر درد، ورم یا حساسیت در پا و تنگی نفس و درد قفسه سینه دارید، سریعاً به پزشک و بیمارستان مراجعه کنید.



عوامل خطر ایجاد کننده لخته خون در سیاهرگ های پا

همه افراد ممکن است به این مشکل مبتلا شوند اما شانس ابتلا به این بیماری پس از ۴۰ سالگی و به ویژه در دوران سالمندی بیشتر است. علاوه بر سن، عوامل خطر و مستعد کننده دیگری هم وجود دارند، از جمله:

- سابقه قبلی لخته شدن خون در سیاهرگ پا
- سابقه قبلی آمبولی ریه
- سابقه خانوادگی اختلال ایجاد لخته خون
- تحرک نداشتن به مدت طولانی، مثلاً پس از عمل جراحی یا در طول یک سفر طولانی
- آسیب به رگ‌های خونی از جمله آسیب به دیواره رگ می‌تواند منجر به شکل‌گیری لخته خون شود.
- بیماری‌ها یا درمان‌هایی که منجر به افزایش لخته شدن خون می‌شوند مانند سرطان (شامل شیمی درمانی و پرتودرمانی)، بیماری قلبی و ریوی، بیماری‌های خونی
- در طول بارداری احتمال لخته شدن خون بیشتر است.
- اضافه وزن یا چاقی

درمان لخته شدن خون در پا

درمان این مشکل غالبا با درمان های ساده خانگی امکان پذیر نیست و برای برطرف کردن آن حتما باید به پزشک مراجعه کرد و نیاز به مصرف داروهای ضد انعقاد خون وجود دارد. این داروها توانایی خون برای لخته شدن را کاهش می‌دهند و از بزرگ شدن لخته‌های موجود جلوگیری می‌کنند. ممکن است پزشک جوراب های کشی طبی را هم تجویز کند تا علائم بهبود یابند و از مشکلات بعدی جلوگیری شود.

پیشگیری از لخته شدن خون در پا

اگر در معرض خطر لخته خون در سیاهرگ پا هستید، می‌توانید با انجام این اقدامات و عملی کردن این توصیه‌ها از ایجاد لخته سیاهرگی پیشگیری کنید:

- ترک سیگار
- رژیم غذایی سالم و متعادل
- ورزش منظم
- حفظ وزن مناسب یا در صورت چاقی، کاهش وزن
- اگر ریسک یا سابقه قبلی ترومبوز سیاهرگی عمقی دارید، قبل از رفتن به سفرهای طولانی با پزشک مشورت کنید.

در هنگام سفرهای طولانی (شش ساعت یا بیشتر) با قطار، هواپیما یا اتومبیل شخصی، باید اقداماتی را انجام دهید تا از ترومبوز سیاهرگی عمقی پیشگیری شود. از جمله اینکه:

- آب زیاد بنوشید.
- نرمش‌های ساده پا انجام دهید.
- به طور منظم وقفه‌های کوتاه برای پیاده‌روی داشته باشید.

چه زمانی بعد از شروع درمان، درد پای من متوقف خواهد شد؟

در طـی چنـد روز از شـروع درمان با داروهای رقیق کننده خون، بیشـتر افراد احسـاس بهتری خواهند داشـت، اما برخی از افرادی که لخته در سـیاهرگ‌های پا داشـته‌اند، مدت‌ها پس از درمان نیز دارای درجاتی از ناراحتی و علائم مزمن خواهند بود و دچار درد و تورم طول کشـیده متوسـط تا شـدید می‌شـوند. در صورت تجربه چنین علائمی، با پزشـک متخصص در مورد استفاده از جوراب‌های فشـاری درجه بندی شده برای کاهش درد و تورم مشورت کنید. برای پیشـگیری از بروز لخته مجدد و همین طور به حداقل رسـاندن عوارض ثانوی لخته خون رعایت موارد ذیل به بیماران توصیه می‌شود.

- داروهای خود را مرتب مصرف کنید و تا درمان کامل تحت نظر پزشک باشید.
- احتیاط لازم برای پیشـگیری از زخمی شـدن، داشته باشـید؛ چون داروی رقیق کننده خون مصرف می‌کنید به راحتی یک برش می‌تواند باعث خونریزی شود.
- ورزش کنید: حتی اگر قرار اسـت بعد از انجام یک جراحی، در رختخواب بمانید و اسـتراحت کنید، حتما حرکت مناسـب در پا داشـته باشـید که لخته جدید تشـکیل نشـود. در زندگی معمول و حین کارهای روزانه بیشـتر از یک سـاعت یک جا نایسـتید یا ننشـینید. در طول سـفر بی‌حرکت نباشید و روی صندلی ماشـین یا هواپیما مچ پایتان را تکان دهید و نرمش کنید.
- نمک کمتر مصرف کنید.
- مایعات به اندازه کافی میل کنید.
- با کسب نظر از پزشک معالج، جوراب واریس بپوشید: استفاده از جوراب مانع تشکیل لخته جدید می‌شود.
- در هنگام خواب و حالت درازکش، زیر پای خود بالش بگذارید.
- سیگار نکشید.

بهتر اسـت برخی از مواد و مکمل‌های گیاهی را برای درمان یا پیشـگیری از ایجاد مجدد لخته در پا و سلامت قلبتان در رژیـم غذایی بگنجانید. مواد غذایی، گیاهی و مکمل‌هایی که می‌توانند اثرات ضد انعقادی و ضدالتهابی طبیعی داشته باشند عبارتند از:

- زردچوبه
- مواد غذایی با ویتامین E و ویتامین D موجود در میوه‌ها، سبزیجات، تخم مرغ و انواع خاصی از قارچ‌ها
- ادویه‌جات و گیاهانی مثل سیر، زردچوبه، پونه، فلفل و زنجبیل
- شکلات تلخ
- میوه‌هایی مانند پاپایا، انواع توت‌ها و آناناس
- عسل
- سرکه
- چای سبز
- روغن ماهی و اسیدهای چرب امگا ۳

فصل شانزدهم

وسایل کمکی راه رفتن
و جابجایی در سالمندان

مقدمه

وسـایل کمکی راه‌رفتن و جابجا شـدن (مانند عصا، واکر و صندلی چرخدار)، تجهیزاتی هسـتند کـه برای راه‌رفتن و جابجایی از آن‌ها اسـتفاده می‌شود. این وسـایل ایمنی، تعادل و استقلال فرد را هنگام راه‌رفتن یا جابجایی افزایش می‌دهند. به علاوه در مواردی که فرد دچار شکستگی استخوان ران، ساق و پا شده است، به او کمک می‌کنند تا وزن کمتری روی عضو شکسته بیفتد و استخوان زودتر و بهتر جوش بخورد.

سـالمندانی که اختلال تعادل، مشکلات بینایی، سـرگیجه، کاهش قدرت و تحمل اندام‌های پایینی را دارند، مجبور هسـتند که از وسـایل کمکی مانند عصا، واکر و صندلی چرخدار استفاده کنند. به علاوه ابتلا به بیماری‌هایی مانند سکته مغزی، تعویض مفصل ران، ام اس، پارکینسون و سرطان‌ها باعث می‌شود که سالمند برای راه‌رفتن و یا جابه‌جا شـدن از وسایل کمکی استفاده کند. پزشکان و درمان‌گران برای کمک به راه‌رفتن سالمندانی که دچار بیماری‌های تحلیل‌برنده قدرت عضلات، تعادل و غیره هستند، وسایل کمکی را تجویز می‌کنند. استفاده از وسایل کمکی، زمانی که امکان استقلال در راه‌رفتن و تحرک ایمن را برای فرد فراهم کند، برای سالمندان توفیقی بزرگ است.

سالمندانی که جابه‌جاشدن با وسیله کمکی را می‌پذیرند، مفهوم پیشگیری را درک می‌کنند، با خطرات زمین‌خوردن آشـنا هسـتند و هرگز حاضر نیستند به خاطر دسـت‌نگرفتن عصا یا واکر، عمر خود را با پشـیمانی از این که چرا عصا دسـت نگرفتم بگذرانند. در مواردی هم با این که سالمند پذیرفته است از عصا استفاده کند، خانواده و اطرافیان او تمایل ندارند که او با عصا راه برود. حتی گاهی مواقع اعضای خانواده با حمایت بدنی، سـالمند را راه می‌برند، غافل از این که این کار باعث وابسته‌شـدن سـالمند به آن‌ها، کاهش اعتماد به نفس و کیفیت زندگی او شـده و زمینه بروز افسردگی و بی‌انگیزه شدن را در سالمند ایجاد می‌کند.

بسـیاری از سـالمندان، تمایلی به اسـتفاده از یک وسـیله کمکی برای راه‌رفتن ندارند. آن‌ها برای استفاده نکردن از وسیله کمکی دلایلی دارند. برخی از این دلایل عبارتند از:

- **غرور:** تعدادی از سالمندان معتقدند که «هنوز هم می‌توان بدون عصا راه رفت. هنوز که اتفاقی نیفتاده است!» به زبان ساده، آن‌ها به غرور خود اجازه می‌دهند تا قضاوتشان را تحت تأثیر قرار دهد. شنیدن این قبیل پاسخ‌ها از سـالمندان، کامـلاً طبیعی اسـت. هیچ‌کـس نمی‌خواهد که بـرای خانواده خـود «بار اضافه» باشـد. هیچ‌کس نمی‌خواهد اعضای فامیل، نگران او باشند. هر کسی آرزو دارد که خودش از عهده چالش‌های زندگی خود برآید. اگر غرور، علت امتناع از گرفتن وسیله کمکی برای راه‌رفتن است، باید سعی کنیم باور و ذهن سالمند را درک کنیم. می‌توان برای سـالمند توضیح داد که اسـتفاده از وسیله کمکی شما را در دید دیگران کوچک و کم‌توان نمی‌کند، بلکه استفاده از آن باعث قدرتمند شدن و استقلال می‌شود.
- **نیاز به مسـتقل‌ماندن:** متأسـفانه، هر کس که از عصا و امثال آن استفاده می‌کند، یک انگ خاص یا برچسب به او می‌خورد. گویی هر کس عصا دارد پیر، ضعیف، معلول، وابسـته و نیازمند اسـت. از آنجا که حس مستقل‌بودن یک احسـاس بسـیار قوی در هر فرد می‌باشد، مهم است که توضیح دهیم استفاده از یک وسیله کمکی در واقع اسـتقلال سالمند را بهبود می‌بخشـد. بدون وسیله کمکی، راه رفتن دشـوار، غیرممکن یا ناامن است. همچنین مهم اسـت که توضیح دهیم وسـایل کمکی علاوه بر کمک به اسـتقلال، به حفظ تحرک و جابه‌جا شدن سالمند کمک می‌کنند. وسیله کمکی برای بیشتر سالمندان، راه‌رفتن را امن می‌کند و به آن‌ها توانایی می‌دهد تا مسافت

طولانی‌تری راه بروند و خستگی را کمتر حس کنند.

- **انکار:** سالمندان به راحتی نیاز خود به وسایل کمکی را انکار می‌کنند. آن‌ها ممکن است ادعا کنند که عزیزانشان از آن‌ها بیش از حد محافظت می‌کنند و هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که بخواهند از وسیله کمکی استفاده کنند. در چنین مواردی، بهتر است پزشک یا فیزیوتراپیست نیاز به عصا یا واکر را برای سالمند توضیح دهد. به عنوان یک مراقب، اگر بیمار یا عزیز شما نمی‌خواهد از وسایل کمکی برای پیاده‌روی یا جابه‌جایی استفاده کند، سعی کنید او را درک کنید. توضیح اهمیت و مزایای استفاده از واکر، عصا و سایر وسایل کمکی راه‌رفتن، می‌تواند ذهن سالمند را تحت تأثیر قرار دهد و تصمیم‌گیری را برای او راحت‌تر کند. به علاوه متخصصان به سالمند کمک می‌کنند تا بهترین وسیله کمکی را متناسب با نیازها و بودجه خود پیدا کنند.

هنگامی که سالمندی مخالف استفاده از عصا است، مراقبان و اطرافیان او ناراحت می‌شوند. سالمندان حق دارند تا زمانی که خطری آنها را تهدید نکند، برای خود تصمیم بگیرند. شما نمی‌توانید آن‌ها را مجبور به استفاده از وسیله کمکی کنید، اما می‌توانید آن‌ها را تشویق کنید تا برای پذیرش استفاده از وسیله کمکی، از افراد متخصص این حوزه مشورت بگیرند.

این راهکارها می‌تواند سالمندان را برای استفاده از وسایل کمکی قانع کنند:

فواید و مزایای استفاده از وسیله کمکی را برای آن‌ها توضیح دهید.

- بسیاری از سالمندان بر این باورند که استفاده از وسایل کمکی راه‌رفتن، باعث از دست رفتن استقلال آن‌ها می‌شود و آن‌ها را به عصا وابسته می‌کند، به طوری که دیگر قادر نیستند بدون وجود وسیله کمکی راه بروند. برای عده‌ای دیگر، حمل عصا، اولین نشانه پیرشدن آن‌هاست. برای شخص، پذیرفتن این که پا به سن گذاشته، کار سخت و دشواری است. خصوصاً که فرد دیدگاه منفی هم به دوران سالخوردگی داشته باشد. در چنین مواردی بهتر است مزایای استفاده از وسایل کمکی راه‌رفتن را شرح دهید: اگر عصا به دست بگیری،
- به تنهایی می‌توانی برای خرید به فروشگاه بروی
- به تنهایی می‌توانی از پله‌ها بالا و پایین بروی
- به تنهایی می‌توانی پارک بروی و از مصاحبت با دوستان خود لذت ببری
- می‌توانی مسافرت بروی
- کمتر پیش می‌آید که زمین بخوری

به جای گفتگو از این که «چرا نظر دیگران برایت مهمه» و «چرا از عصا گرفتن می‌ترسی»، گفتگوها را معطوف به مزایا و فواید عصا کنید.

راه‌های جایگزین را پیشنهاد کنید.

اگر سالمند به هیچ طریقی قانع نمی‌شود که از وسیله کمکی استفاده کند، نمونه‌های عینی از مواردی که به دلیل زمین‌خوردن استقلال خود را از دست داده‌اند را به آنها یادآور شوید. چراکه، بدون استفاده از وسایل کمکی برای راه رفتن در سالمندانی که تعادل خوبی ندارند و عضلات ضعیفی دارند، احتمال زمین خوردن بسیار بیشتر است. واقعیت تلخ این است که اکثر سالمندان با تجربه زمین خوردن، یا باید در خانه یک پرستار داشته باشند و یا ناچار هستند به مراکز نگهداری بروند. آشنایی با عواقب عدم استفاده از وسیله کمکی آنقدر ناخوشایند است که چه بسا

سالمندان ترجیح دهند از یک عصا یا واکر استفاده کنند.

درباره گزینه‌ها صحبت کنید.

بسیاری از سالمندان دوست ندارند که فقط یک گزینه برای انتخاب وسیله کمکی داشته باشند. آن‌ها دلشان می‌خواهد که از میان وسایل کمکی متعدد (عصای دستی، آرنجی، زیربغلی، چهارپایه و غیره)، یکی را انتخاب کنند. ممکن است سالمند شما عصای چهارپایه یا عصای آرنجی را انتخاب کند. البته انتخاب‌ها باید متناسب با شرایط سالمند باشند.

صبور باشید و نظرات آن‌ها را خوب گوش کنید.

وقتی که سالمند از عصا گرفتن امتناع می‌کند، صبور باشید و سعی کنید که او را درک کنید. به حرف‌هایش گوش دهید. از او بپرسید که چرا دوست ندارد از وسیله کمکی برای جابه‌جایی استفاده کند؟ پاسخ او ممکن است شما را راهنمایی کند که از چه راهی می‌توانید او را قانع کنید. برای مثال، اگر سالمند از این می‌ترسد که مردم بفهمند باید از عصا استفاده کند یا از این می‌ترسد که مورد قضاوت قرار گیرد، شاید قانع شود که از چتر بسته یا عصای کوهنوردی یا عصای ساده استفاده کند.

از یک متخصص کمک بگیرید.

گاهی اوقات سالمندان استفاده از وسیله کمکی را فقط زمانی قبول می‌کنند که پزشک یا فیزیوتراپیست، به آن‌ها استفاده از این وسایل را توصیه کند.

چرا باید از وسیله کمکی استفاده کنم؟

وسایل کمکی، با توجه به نوع بیماری و هدف درمانی، به صورت موقتی یا دائمی استفاده می‌شوند. این وسایل در طیف وسیعی از بیماری‌ها و آسیب‌ها مانند: بیماری‌های مغز و اعصاب (مانند سکته مغزی، فلج مغزی، آسیب‌های نخاعی، ضربه مغزی، بیماری پارکینسون، ام اس و فلج اطفال)، آسیب‌های اسکلتی (مانند شکستگی‌های مهره‌های کمر، استخوان لگن، ران، ساق پا، پیچ خوردگی مچ پا)، پس از عمل‌های جراحی (مانند عمل تعویض مفصل ران یا زانو و عمل بازسازی رباط صلیبی زانو)، بیماری‌های مفاصل (مانند التهاب مفاصل)، قطع عضو و کاهش قدرت بینایی، کاربرد دارند. اهداف استفاده از وسایل کمکی عبارتند از:

- حفظ یا بازگرداندن عملکرد مستقل فرد تا حد امکان
- کمک به حفظ تعادل در هنگام ایستادن و راه‌رفتن
- کاهش فشار (وزن بدن) از روی یک یا هر دو پا
- کاهش احتمال زمین‌خوردن و آسیب‌ها و شکستگی‌های ناشی از آن
- کاهش خستگی و کمک به ذخیره انرژی
- کمک به تحرک و جابه‌جایی فرد و کاهش درد

متخصصان توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، ارتوز و پروتز) بر اساس نوع آسیب، اهداف درمانی، سن، عملکرد فرد و برخی آزمون‌های تخصصی (به ویژه آزمون‌های تعادلی)، وسیله کمکی را تجویز می‌کنند. نکته مهم آن‌که فردی که قرار است از وسیله کمکی استفاده کند، باید هشیار و آگاه از زمان و مکان باشد و اختلال ذهنی نداشته باشد. مسلماً آموزش نحوه استفاده مناسب از وسیله کمکی و نگهداری صحیح آن، در تمایل فرد به استفاده از این وسایل، بسیار تأثیرگذار است. بهتر است سالمند برای راه‌رفتن با عصا آموزش ببیند و مدتی تحت نظر یک فیزیوتراپیست راه برود تا

راه‌رفتن با عصا، به شکل عادت دربیاید. در غیر این صورت بعید است که سالمند از عصا استفاده کند.
وسـایل کمکی غالبا با توجه به نوع و جنس آن‌ها، سـبک و ارزان‌قیمت بوده و در بازار موجود می‌باشـند. از اغلب وسـایل کمکی، مانند عصا، می‌توان در معابر کم‌عرض، سـطح شیب‌دار، پله‌ها و نیز هنگام نشستن و برخاستن از صندلی اسـتفاده کرد. به‌علاوه عصا باعث آسان‌ترشـدن سوار و پیاده‌شـدن از خودرو می‌شود. با وسایل کمکی، فرد قادر اسـت بدون آن‌که نیاز به کسـی داشته باشد که همواره دست او را بگیرد و یا مراقب او باشد، به تنهایی در خانه جابه‌جا شود، حتی از خانه خارج شده، به خرید برود، در پارک پیاده‌روی کند، با مردم معاشرت کند و دیگر مجبور نباشد خانه‌نشین شود.

انواع وسایل کمکی

وسایل کمکی شامل عصای دسـتی، عصای زیربغلی، عصای آرنجی، واکر و صندلی چرخدار است. صندلی‌های چرخدار در دو نوع موتوری و دسـتی در بازار موجود هسـتند. تصویر زیر انواع وسـایل کمکی جابه‌جایی را نشان داده است:



به ترتیب از راست به چپ: عصای دستی، عصای چهارپایه، عصای زیربغلی، عصای آرنجی، واکر



به ترتیب از راست به چپ: صندلی چرخدار موتوری و دستی

عصای دستی

عصای دستی ساده‌ترین وسیله کمکی است که باعث بهبود تعادل شده و از زمین‌خوردن جلوگیری می‌کند. جنس عصاهای اسـتاندارد معمولاً از چوب، پلاسـتیک یا آلومینیوم اسـت. در انتهای پایه عصا یک پوشش لاستیکی برای برقراری اتصال مناسب عصا با زمین و جلوگیری از سر خوردن عصا وجود دارد. عصاهای دستی به دو صورت تک‌پایه و چندپایه وجود دارند. بلندی عصا باید برحسب قد افراد و تا حدود برجستگی کناری استخوان ران باشد، به طوری که آرنج حدود ۲۰ تا ۳۰ درجه خم شود.

انواع عصاهای دستی تک‌پایه

عصاهای تک پایه	مزایا	معایب	تصویر عصا
عصای استاندارد چوبی	قابلیت استفاده در سطوح مختلف مانند سطح شیب‌دار، پله و معابر کم‌عرض	غیرقابل تنظیم بودن طول عصا، مناسب‌نبودن آن برای افراد سنگین وزن	
عصای آلومینیومی	سبک، قابل استفاده در پله و دارا بودن قابلیت تنظیم طول	ندارد	
عصای ویژه	این عصا، نوعی از عصاهای معمولی بوده و دارای یک دسته بالایی برای راه‌رفتن و یک دسته پایینی برای بلند شدن از حالت نشسته است.	ندارد	
عصای تاشو	قابل حمل در کیف یا چرخ خرید	معمولاً مقاومت کافی ندارند و برای مسافت‌های طولانی مناسب نیستند	

انواع عصاهای دستی چند پایه

عصاهای چند پایه	مزایا	معایب	شکل عصا
عصای آلومینیومی چهار پایه	سطح اتکاء زیاد و قابلیت تنظیم طول احتمال زمین‌خوردن را کاهش می‌دهند و به ویژه در موارد اختلال تعادل، نسبت به عصاهای تک‌پایه، انتخاب بهتری هستند.	با این عصا نمی‌توان از پله ها بالا و پایین رفت با این عصا نمی‌توان تند راه رفت.	
عصای چرخدار	چرخ‌های این عصا به فرد کمک می‌کنند تا بدون وقفه به جلو حرکت کند. انتهای یکی از دستگیره‌ها، یک ترمز برای توقف حرکت عصا گذاشته شده است. با این عصا می‌توان سریع راه رفت.	فرد برای استفاده از این عصا، باید دست‌های قوی داشته باشد.	
عصای صندلی‌دار تاشو	این عصاها از جنس آلومینیوم بوده و یک دسته نیم‌دایره یا بیل شکل دارند. یک صندلی راحت و بدنه‌ای محکم دارند که برای خرید کردن و قدم‌زدن بسیار مناسب هستند. به علاوه ارتفاع صندلی و طول عصا قابل تنظیم است.	ندارد	

هنگام استفاده از عصای دستی چه احتیاط هایی لازم است؟

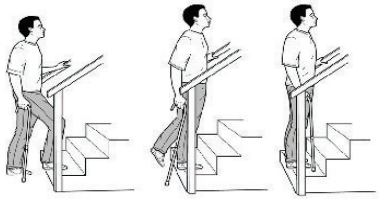
- اگر عصای چوبی شما در بدنه یا دسته، ترک یا شکستگی دارد و یا عصای آلومینیومی شما خمیده و کج شده، حتما عصای خود را عوض کنید زیرا احتمال زمین خوردن شما را زیاد می‌کند. ساییدگی لاستیک انتهایی عصا بسیار خطرناک است و ممکن است باعث سرخوردن شود، در صورت مشاهده ساییدگی آن را عوض کنید.
- در حین راه‌رفتن با عصا باید مراقب سطوح خیس باشید. این سطوح معمولا لغزنده هستند. اگر مجبور به حرکت در این سطوح هستید، باید قدم‌های کوتاه‌تری بردارید و نوک عصا را خیلی دور از خود بر روی زمین قرار ندهید.
- موقع پیاده‌روی، مراقب کف‌پوش‌های شکسته و سطوح ناهموار روی زمین باشید. نوک عصا ممکن است در این شکاف‌ها گیر کند. همچنین هنگام عبور از پل‌هایی که روی جوی‌ها قرار دارند، مراقب باشید عصای شما بین میله‌ها گیر نکند.
- بهتر است برای آگاهی از نحوه استفاده از عصا و نیز تنظیم طول آن، با یک فیزیوتراپیست مشورت نمایید.

نحوه راه‌رفتن با عصای دستی



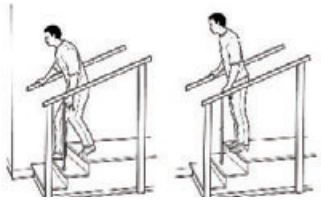
- برای راه‌رفتن روی سطح صاف و هموار، عصا و اندام مبتلا یا ضعیف، هم‌زمان به جلو می‌روند.

نحوه بالا رفتن از پله با عصای دستی



- زمان بالا رفتن از پله با عصای دستی، ابتدا پای سالم بالا می‌رود، سپس عصا و پای مبتلا با هم بالا می‌روند و این روند در هر پله، تکرار می‌شود.

نحوه پایین آمدن از پله با عصای دستی



- ابتدا عصا و پای مبتلا پایین می‌روند، سپس پای سالم پایین می‌رود.

نحوه نشستن و بلند شدن از صندلی با عصا



- هنگامی که برای نشستن به صندلی نزدیک می‌شوید، در یک دایره کوچک به سمت سالم‌تر بچرخید.
- به آرامی به عقب حرکت کنید تا مطمئن شوید صندلی پشت پای شماست و صندلی را با پاهای خودتان احساس کنید.
- با یک دست، دسته صندلی را گرفته و با رهاکردن عصا، دسته دیگر را بگیرید و به آرامی بنشینید.
- برای بلند شدن از صندلی، ابتدا روی صندلی به جلو حرکت کنید. سپس به جلو خم شده و با فشار دادن هر دو دست به صندلی، بایستید و بعد عصا را در دست بگیرید.

عصای مچی و عصای زیر بغل

عصای مچی و عصای زیر بغل نوعی وسیله کمکی راه‌رفتن هستند که از آلومینیوم ساخته شده‌اند و فرد با استفاده از آن‌ها، قادر است قسمتی از وزن بدن خود را از طریق دست‌ها به زمین منتقل کند تا وزن کمتری روی پاها بیفتد. استفاده از عصای زیر بغل با ارتفاع قابل تنظیم معمولاً برای افرادی تجویز می‌شود که شکستگی در ناحیه زانو و یا مچ پا داشته و یا جراحی شده‌اند. در هنگام انتخاب عصای زیر بغلی دقت داشته باشید که شخص صدمه دیده باید از یک جفت عصای زیر بغل به صورت هم‌زمان استفاده کند و از استفاده یک عدد عصا اکیداً خودداری شود. استفاده از یک عصای زیربغلی در زمانی که پای شما شکسته است باعث می‌شود فشار مضاعفی بر روی پا و کمر شما وارد شده و حفظ تعادل به صورت کامل برقرار نشود. این عدم تعادل می‌تواند باعث از دست رفتن تعادل و در نتیجه زمین‌خوردن شده و آسیب‌های جبران‌ناپذیری به شما وارد کند. استفاده از یک عصا فقط باید به توصیه پزشک یا درمان‌گر انجام شود. از عصای مچی و زیر بغل برای موارد زیر استفاده می‌شود:

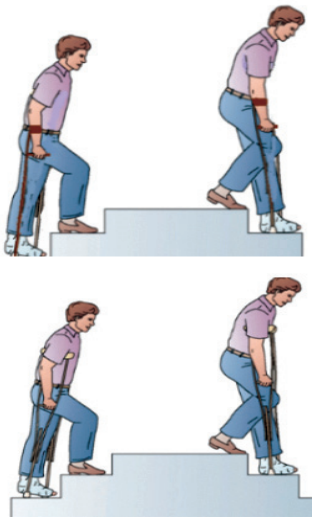


- کمک به حفظ تعادل
- کاهش فشار (وزن بدن) از روی یک یا هر دو پا
- کاهش احتمال زمین‌خوردن، آسیب‌ها و شکستگی‌های ناشی از آن
- کاهش درد

مزایای عصای مچی و زیر بغل

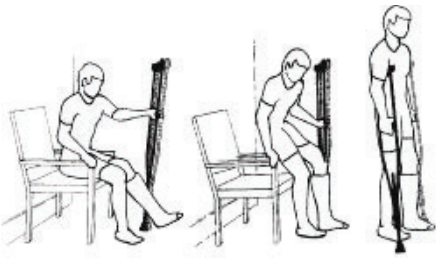
از این عصاها می‌توان در معابر کم عرض، سطوح شیب‌دار، پله‌ها، برای عبور از پل و جدول خیابان، برای نشستن و برخاستن از صندلی، سوار و پیاده شدن از خودرو و غیره استفاده کرد. البته حلقه دور ساعد عصای مچی به فرد این امکان را می‌دهد تا بدون رها شدن عصا، از دست‌ها برای مرتب‌کردن لباس، باز و بسته کردن دکمه و زیپ استفاده کند. برای تنظیم طول عصای مچی و عصای زیر بغل متناسب با قد خود، باید به فیزیوتراپیست مراجعه کنید. تنظیم طول عصای زیربغلی در وضعیت ایستاده صورت می‌گیرد. قسمت زیربغلی عصا باید به اندازه ۵ سانتیمتر یا پهنای ۴ انگشت با زیر بغل فاصله داشته باشد و دسته عصا باید در موقعیتی قرار بگیرد که زاویه بین ساعد و بازو ۱۵۰ تا ۱۶۰ درجه باشد.

نحوه بالا رفتن و پایین آمدن از پله با عصای مچی یا زیربغلی



هنگام بالا و پایین رفتن از پله مراقب باشید که تمام کف پا روی پله قرار بگیرد. سالمند باید همیشه موقع بالا رفتن از پله، ابتدا پای قوی را بالا بگذارد و موقع پایین آمدن، اول پای ضعیف‌تر را پایین بگذارد.

نحوه نشستن و بلند شدن از صندلی با عصای مچی و عصای زیربغلی



هر دو عصا کنار هم و در سمت غیرسالم قرار می‌گیرند.

- فرد به جلو خم شـده و با فشـار دادن دست‌ها به دسـته صندلی و عصاها، می‌ایستد.
- پس از برقراری تعادل، یک عصا را در دست سمت قوی و دیگری را در دست سمت ضعیف قرار می‌دهد.
- هنگام نشسـتن روی صندلی، باید ابتدا اطمینان حاصل کند که پشـت پا با لبه صندلی تماس پیدا کرده اسـت. سـپس هر دو عصا را دسـت ضعیف‌تر بگیرد، با دست آزاد (قوی‌تر) دسته صندلی را گرفته و در آخر باسن را پایین بیاورد تا روی صندلی قرار بگیرد.

هنگام استفاده از عصای مچی و عصای زیر بغل چه احتیاط هایی لازم است؟

- ساییدگی پوشش لاستیکی انتهای عصا، ممکن است موجب سُر خوردن عصا و زمین‌خوردن فرد شود. در چنین مواردی تعویض این پوشش ضروری است.
- در عصای زیر بغل، اگر فاصله قسـمت زیر بغل کمتر از اندازه پهنای چهار انگشـت باشـد، اعصاب زیر بغل تحت فشـار قرار می‌گیرد و موجب سوزن‌سوزن‌شـدن و بی‌حسی در ناحیه پشـت بازو، ساعد و مچ دست می‌شود. اگر فشار سریعا برطرف نشود، ممکن است باعث فلج عضلات و افتادگی مچ دست شود

واکر

یکی از وسایل کمکی راه‌رفتن، واکر است. واکر، مناسب سالمندانی است که قادر به حفظ وضعیت ایستاده نیستند، اختـلال تعـادل دارنـد و عضلات هـر دو اندام تحتانی (ران، سـاق، مچ پا و پا) آن‌ها ضعیف اسـت و یـا مفاصل اندام تحتانی آن‌ها به خوبی خم و راست نمی‌شود. واکر از عصا پایدارتر است زیرا به جای یک پایه چهار پایه دارد. معمولا سالمندان پس از درمان آسیب‌های اندام تحتانی یا پس از عمل جراحی این مناطق، مدت‌ها باید با واکر راه بروند. واکرها انواع مختلفی دارند. بعضی چرخ ندارند، بعضی دو چرخ دارند و تعدادی دیگر از آن‌ها، چهار عدد چرخ دارند. بعضی واکرها ترمز دارند، گاهی برای حمل اشـیای همراه فرد یک سـبد دارند و یا یک صندلی برای نشستن به آن‌ها متصل است. بعضی هم قابلیت تا شدن دارند تا حمل و نقل آن‌ها راحت‌تر باشد. در جدول زیر انواع واکرها همراه با خصوصیات و تصویر آن‌ها نشان داده شده است.

انواع واکر	خصوصیات	تصویر
واکر معمولی	این واکر سـاده‌ترین نوع واکر است که چهار پایه دارد. در انتهای هر پایه یک پوشش لاستیکی وجود دارد. این واکر پایدار و محکم است.	

واکر تاشو	این واکر تاشو است و به راحتی در صندلی خودرو جا می‌شود، از این رو برای مسافرت مناسب است.	
واکر چرخدار	واکرهای چرخدار معمولاً دارای دو عدد چرخ زیر پایه‌های جلویی هستند. حسن این واکر این است که بر خلاف واکر معمولی، برای جلو رفتن، نیازمند بلند شدن از روی زمین نیست.	
واکر چهار چرخ رولاتور	نوعی واکر چرخدار از جنس استیل است که دارای صندلی، ترمز دستی و مکانیسم تاشو می‌باشد.	
واکر چرخدار با ایمنی از پشت	این نوع واکر برای افرادی که هنگام استفاده از واکر معمولی تمایل دارند به جلو خم شوند و در نتیجه فشار زیادی به دستشان وارد می‌شود یا خیلی سریع راه می‌روند و افرادی که احتمال افتادن آن‌ها از عقب وجود دارد، مناسب است. این واکر باعث می‌شود هنگام راه‌رفتن راستای طبیعی ستون مهره‌ها و مفاصل حفظ شود.	

چگونه ارتفاع واکر با قد سالمند تنظیم می شود؟



قبل از استفاده از واکر مطمئن شوید ارتفاع واکر، مناسب شما است. برای این منظور باید به دسته‌های واکر توجه کنید. دسته‌های واکر بایستی همسطح لگن شما باشد. وقتی ایستاده‌اید و دسته‌های آن را گرفته‌اید، آرنج‌های شما باید کمی خم شده باشند (حدود ۱۵ درجه). واکر باید تا حد امکان سبک باشد. عرض واکر باید به اندازه‌ای باشد که از درهای کم‌عرض هم قابل عبور باشد. تجویز نوع واکر و تنظیم طول آن توسط فیزیوتراپیست انجام می شود. دولا شدن از کمر برای رساندن دستان به واکر، نشانه این است که طول واکر برای شما کوتاه است.

نحوه راه رفتن با واکر چگونه است؟

برای راه رفتن با واکر، مراحل زیر را انجام دهید:

- ابتدا واکر را با دستان خود بلند کرده و آن را به اندازه طول یک پا (یک قدم کوتاه) جلوتر روی زمین قرار دهید. اگر واکر چرخ دارد، آن را به همین اندازه به جلو ها دهید. واکر را تا اندازه‌ای به جلو ببرید که پایه‌های عقبی آن به واکر بر روی زمین قرار دارند.



- کمی به جلو خم شوید و ابتدا پای مبتلا یا ضعیف

خود را بلند کرده، به اندازه طول یک قدم جلوتر روی زمین قرار دهید.

- در حالی که با هر دو دست خود محکم دسته‌های واکر را به پایین فشار می‌دهید، پای سالم را بلند کرده و کنار پای دیگر قرار دهید.
- مراحل قبل را تکرار کنید. در حین راه‌رفتن دقت کنید که صاف بایستید و کمر شما به جلو خم نشود.

صندلی چرخدار

بسیاری از افرادی که با عصا و واکر قادر به راه‌رفتن نیستند، برای جابه‌جایی مجبور هستند از صندلی چرخدار استفاده کنند. سالمندانی که بیشتر زمان بیداری خود را در صندلی چرخدار می‌گذرانند، ممکن است در اثر بی‌حرکتی، دچار عوارض متعدد شوند، مانند: زخم‌های فشاری در ناحیه باسن، انحراف ستون فقرات، سفت‌شدن عضلاتی که ران را داخل شکم جمع می‌کنند، سفت شدن عضلات پشت ساق و مواردی از این قبیل.

انواع صندلی چرخدار

صندلی‌های چرخدار را به دو دسته کلی ساده و برقی تقسیم می‌کنند. اگر فرد قادر به حرکت‌دادن صندلی چرخ دار نباشد و یا اگر نیاز به کاهش فشار بر روی شانه‌ها و بازوها دارد، می‌تواند از صندلی چرخدار برقی استفاده نماید. انتخاب صندلی چرخدار برقی به عوامل بسیاری، از جمله محدودیت‌ها و شرایط سطح محیطی که قرار است با صندلی چرخدار در آن حرکت کند، وابسته است. برخی از بیماران نیازمند صندلی چرخدار برقی هستند. بیشتر سالمندان که توانایی کافی برای ایستادن یا راه‌رفتن طولانی را ندارند، با این تجهیزات می‌توانند احساس آزادی و راحتی بیشتری داشته باشند. این نوع وسایل نقلیه به آن‌ها اجازه می‌دهد تا توانایی حرکتی خود را حتی هنگامی که تنها هستند، حفظ کنند.

صندلی چرخدار سالمندانی که دارای قطع عضو هستند

برای افرادی که از یک بازوی خود می‌توانند استفاده کنند، صندلی‌های چرخداری طراحی شده است که مجهز به سیستم کنترل یک طرفه هستند. در این نوع صندلی چرخدار، چرخ‌های بزرگ به هم متصل هستند و یکی از آن‌ها یا هر دو، از یک طرف توسط یک مجموعه دوتایی از دستگیره‌ها کنترل می‌شود. هنگامی که یک دستگیره مستقل از دیگری باشد، تنها یک چرخ حرکت می‌کند، ولی هنگامی که دو دستگیره به هم متصل هستند، هر دو چرخ با هم حرکت می‌کنند. در این نوع صندلی چرخدار، اهرم حرکت برای کنترل با یک دست قرار داده شده است ولی در طرح‌های موجود، اهرم می‌تواند بنا به درخواست مشتری در یکی از چند جای مشخص تعبیه شود.

صندلی چرخدار حمام

صندلی‌های چرخدار حمام را می‌توان در زیر دوش استفاده نمود و اغلب از جنس پلاستیک ساخته شده‌اند تا دچار زنگ‌زدگی نشوند. بردن صندلی چرخدار به حمام، کمک می‌کند تا فرد از حوادثی مانند زمین‌خوردن در امان بماند و استحمام در همه حال امکان‌پذیر باشد. از سوی دیگر این نوع صندلی‌های چرخدار می‌توانند به یک لگن مخصوص مجهز شوند تا در شرایطی که بیمار بستری در اتاق خود نیاز به استفاده از توالت دارد، از آن استفاده کند. این موضوع برای بیمارانی که از تلاش برای راه‌رفتن منع شده‌اند، می‌تواند بسیار مفید باشد. این صندلی‌های چرخدار نسبت به لگن‌های معمولی خواهان بیشتری دارند.

انواع صندلی چرخدار	مشخصات	تصویر
صندلی چرخدار دستی	این نوع صندلی با نیروی دست فرد و یا توسط پرستار فرد حرکت می‌کند.	
صندلی چرخدار موتوری	این نوع صندلی با موتور الکتریکی حرکت می‌کند و راحتی و سرعت بیشتری دارد.	
صندلی چرخدار مخصوص حمام و توالت	این صندلی ضد آب می‌باشد و قابلیت تا شدن و حمل و نقل آسان در محیط‌های کوچک را دارد.	
صندلی چرخدار ایستا	این صندلی می‌تواند فرد را در درجات مختلفی از حالت نشسته تا ایستاده قرار دهد.	

اندازه صندلی چرخدار

اندازه صندلی چرخدار بسیار مهم است و باید توسط کارشناسان کاردرمانی و یا ارتوز و پروتز تنظیم شود. به عنوان مثال، بزرگ‌بودن صندلی چرخدار، ممکن است باعث خم‌شدن ستون فقرات یا تشدید خم‌شدگی شود.

نکات مهم در انتخاب صندلی چرخدار مناسب

- فرم ثابت و یا متحرک صندلی چرخدار
- رنگ، وزن و اندازه صندلی چرخدار
- قابلیت تاشو بودن صندلی چرخدار یا جداشدن چرخ‌ها
- راحتی تشک و قسمت پشتی صندلی چرخدار
- راحتی در استفاده از کنترل‌ها و ترمزها
- تناسب حجم صندلی چرخدار با وسیله نقلیه شخصی و وسایل نقلیه عمومی
- سرعت صندلی چرخدار برقی
- نوع باتری صندلی چرخدار و طول عمر آن
- تجهیزات جانبی صندلی چرخدار از جمله جاپایی و سینی
- مدل صندلی چرخدار، ساده یا قابل تنظیم
- محل قرارگیری دست و یا گردن بر روی صندلی چرخدار

• گارانتی و خدمات پس از فروش شرکت سازنده صندلی چرخدار

در موقع تصمیم‌گیری درباره این که صندلی چرخدار دستی برای شما بهتر است یا صندلی چرخدار برقی، لازم است که توانایی‌ها و میزان انرژی خود را بشناسید. پزشکان و فیزیوتراپیست‌ها می‌توانند درباره نحوه تاثیر ضایعه بر روی دامنه حرکات و قوای جسمانی شما توضیح دهند. استفاده از صندلی‌های چرخدار دستی نیازمند این است که قدرت اندام‌های بالاتنه در حد خوبی باشد.

برخی از صندلی‌های چرخدار دستی، صندلی‌های چرخدار سبک وزن نامیده می‌شوند. مواد جدیدی که امروزه در ساخت چارچوب و چرخ‌های آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، وزن کمی دارند. این صندلی‌های چرخدار ممکن است وزنی بین ۵/۵ تا ۲۰ کیلوگرم داشته باشند. یک سیستم برقی به همراه یک باتری می‌تواند به صندلی‌های چرخدار دستی اضافه گردد. برخی از سیستم‌های برقی کوچک، جهت جابه‌جایی‌های سخت و یا طولانی‌مدت مفید هستند. شما می‌توانید از فیزیوتراپیست یا متخصص ارتوز پروتز و فروشندگان تجهیزات، درباره ویژگی‌های ساختاری صندلی چرخدار سوال کنید. توجه داشته باشید که آیا کنترل‌ها یا ترمزها به آسانی قابل استفاده هستند؟ آیا جاپایی‌های صندلی چرخدار قابلیت تنظیم، حرکت‌دادن و یا جداکردن را دارند؟ آیا زیردستی صندلی به شکلی است که بتوانید فعالیت‌های خود را به بهترین وجه ممکن انجام دهید؟

صندلی مناسب، از بخش‌های مهم صندلی چرخدار محسوب می‌شود. در واقع تشک و پشتی صندلی که انواع متنوعی دارد، می‌تواند به بخش نشیمن صندلی چرخدار اضافه شود. تشک و پشتی صندلی به شما کمک می‌کند که وضعیت استقرار بدنتان بهتر شود. استفاده از تشک مناسب، در افرادی که در ناحیه نشیمن‌گاه خود دارای حس کمی هستند، جهت پیشگیری از زخم بستر الزامی است. پشتی‌های خاصی نیز وجود دارند که از بروز زخم بستر، درد نواحی پشت و ناهنجاری‌های ستون فقرات که در اثر استقرار بدن در وضعیت‌های غلط در طولانی‌مدت به وجود می‌آیند، جلوگیری می‌کنند.

نشستن صحیح، باعث توزیع وزن روی صندلی می‌گردد. این عامل از سرخوردن و بیرون افتادن شخص از صندلی چرخدار جلوگیری می‌کند. مناسب‌بودن صندلی سبب می‌شود بهترین توان حرکتی، دامنه حرکتی، ثبات بدن و راحتی ایجاد شود. بروز عوارض ناشی از زخم‌های بستر یا مشکلات حاصل از وضعیت نامناسب بدن، می‌تواند علامتی از این مساله باشد که لازم است شما تشک یا پشتی صندلی خود را تغییر دهید. متخصصان فیزیوتراپی قادر هستند به شما انواع تشک‌ها را نشان داده و توضیح دهند که کدامیک از آن‌ها برای شما بهتر است.

فعالیت روزانه با صندلی چرخدار

همیشه باید صندلی چرخداری را انتخاب کنید که بتوانید توسط آن فعالیت‌های روزانه خود را به راحتی انجام دهید و مانعی برای اجرای کارهای شما ایجاد نکند. استحکام صندلی چرخدار، به چارچوب آن بستگی دارد. همچنین یک سری وسایل جانبی مورد نیاز است که باید برای استفاده روزمره و شرایط آب و هوایی مختلف، در دسترس باشد. برای نمونه انواع مختلف لاستیک‌ها، باید جهت اجرای فعالیت‌های داخل و خارج از خانه در دسترس فرد قرار داشته باشد. به طور کلی لازم است شما صندلی چرخداری را انتخاب کنید که بتوانید توسط آن، مسافت مناسبی را طی نمایید. همیشه طرح و اندازه صندلی چرخدار خود را مورد توجه قرار دهید. سعی کنید این توانایی را پیدا کنید که بتوانید به آسانی در خانه یا محل کار خود حرکت کنید. برای این که شکل و اندازه صندلی چرخدار شما جهت استفاده در خانه یا محیط کار مناسب باشد، ممکن است به اجرای یکسری تغییرات در محیط، نیاز داشته باشید. به طور

مثال: ممکن است لازم باشد ارتفاع میزها را تغییر دهید. یکی از تغییرات ضروری، افزایش عرض چارچوب درها است.

جابجایی با صندلی چرخدار

توجه داشته باشید که چه نوع وسیله‌ای را برای آمد و رفت خود استفاده می‌کنید. در هر شرایطی صندلی چرخدارتان باید به شکلی باشد که حمل و نقل شما به آسانی انجام شود. اگر می‌خواهید با خودرو رانندگی کنید، توجه داشته باشید که چطور می‌خواهید صندلی چرخدارتان را به درون خودروی خود وارد و یا از آن خارج کنید؟ آیا شما می‌خواهید این کار را خودتان به تنهایی انجام دهید یا از شخص دیگری کمک می‌گیرید؟ آیا شما از وسایل نقلیه عمومی (نظیر اتوبوس یا تاکسی) برای جابجایی خود استفاده می‌کنید؟ آیا شما از خطوط هوایی استفاده می‌کنید؟ برخی از صندلی‌های چرخدار برای این گونه جابجایی‌ها آسان‌تر هستند. بعضی از شرکت‌های هواپیمایی نسبت به استفاده از یک سری باتری‌ها (که در صندلی‌های چرخدار به کار رفته) محدودیت‌هایی دارند.

هزینه صندلی چرخدار

در اکثر موارد هزینه تهیه اولین صندلی چرخدار توسط شرکت‌هایی مانند سازمان‌های بیمه، مراکز مراقبت‌های پزشکی و دارویی و یا سازمان‌های خیریه تامین می‌شود. لازم است که بیمه یا پوشش درمانی خود را بررسی کنید تا ببینید تحت پوشش چه حمایت‌هایی قرار دارید و چه مبلغی بابت تهیه یک صندلی چرخدار جدید به شما تعلق می‌گیرد. برخی از شرکت‌های بیمه هر چند سال یک‌بار، یک صندلی چرخدار جدید را برای افراد تحت پوشش خود خریداری می‌کنند. بعضی از بیمه‌ها نیز در تمام دوره زندگی فرد، تنها هزینه تهیه یک صندلی چرخدار را پوشش می‌دهند. همچنین گاهی، بیمه‌ها هزینه کامل تهیه یک صندلی چرخدار و بعضی اوقات تنها درصدی از هزینه‌ها را متقبل می‌شوند. بنابراین نوع صندلی چرخداری که خریداری می‌کنید، به مقدار بودجه شما و میزان حمایت دستگاه‌های ذی‌ربط بستگی دارد. به طور کلی صندلی‌های چرخدار گران هستند. لازم است که در خرید خود نهایت دقت را به عمل آورید و کاملا مطمئن شوید که صندلی چرخدار مناسبی را برای خود انتخاب کرده‌اید.

قبل از خرید صندلی چرخدار

قبل از اتخاذ تصمیم نهایی درباره انتخاب صندلی چرخدار، نکات زیر را مورد توجه قرار دهید:

- با تعدادی از متخصصان توانبخشی صحبت کنید و نظرات آنان را درباره صندلی چرخداری که مناسب وضعیت شما باشد جویا شوید. آن‌ها می‌توانند درباره ویژگی‌های خاص صندلی های چرخدار یا در خصوص صندلی چرخداری که جهت انجام فعالیت های شما مناسب است، شما را راهنمایی نمایند.
- از متخصصان توانبخشی بخواهید تا درباره نوع صندلی یا ویژگی هایی که باعث راحتی انجام فعالیت های روزمره شما در محل کار یا خانه می‌شود، پیشنهاداتی ارائه دهند.
- حتما قبل از انتخاب نهایی، چند نمونه مختلف را چندین بار امتحان کنید.
- با سایر افرادی که از صندلی چرخدار استفاده می‌کنند، صحبت کنید. به صندلی چرخدار آنان نگاه کنید و ببینید که چه ویژگی هایی دارد. از آن‌ها بپرسید که چه چیزهایی را درباره صندلی چرخدار خود دوست دارند و چه مشکلاتی با آن دارند. همچنین بپرسید اگر آن‌ها بخواهند صندلی چرخدار جدیدی بخرند، چه نکاتی را مورد توجه قرار می‌دهند.
- جهت دستیابی به لیست برندهای معتبر، از فهرست معتبر وزارت بهداشت که در سایت اداره کل تجهیزات

پزشکی موجود است، استفاده کنید. همچنین جهت کسب اطلاعات در خصوص انواع، اشکال، ویژگی ها و قیمت صندلی‌های چرخدار می‌توانید با شرکت‌های تهیه‌کننده صندلی چرخدار تماس بگیرید.

- به خاطرداشته باشید که شما زمان زیادی را بر روی صندلی چرخدار خود سپری خواهید کرد. پس حداکثر تلاش خود را در انتخاب صندلی چرخدار مناسب بکار بگیرید.

پس از خرید صندلی چرخدار

- ضمانت‌نامه صندلی چرخدار را مطالعه نموده و اگر سوالی داشتید از فروشنده بپرسید. مطمئن باشید از هر آن چه که لازم بوده، اطلاع پیداکرده‌اید. خیلی از صندلی‌های چرخدار از نظر چارچوب، گارانتی مادام‌العمر دارند.
- از صندلی چرخدار خود مراقبت نمایید و توجه داشته باشیدکه سرویس، نگهداری و تنظیم پی در پی آن اهمیت خیلی زیادی دارد. مثلا سفت‌کردن پیچ‌هایی که شل شده‌اند، می تواند از خرابی‌های کلی صندلی چرخدار جلوگیری کند.
- در مواقعی که شما معاینات پزشکی سالانه دارید، از فیزیوتراپیست خود بخواهید که وضعیت نشستن و صندلی چرخدارتان را مجددا ارزیابی نماید؛ چراکه بدیهی است باگذشت زمان یکسری از تغییرات ایجاد می شود.
- چنانچه شما در طول انجام فعالیت‌های روزمره خود با مشکلی مواجه شدید و یا در ناحیه‌ای احساس درد کردید، سریعا جهت ارزیابی مجدد به فیزیوتراپیست یاکاردرمان خود مراجعه نمایید. امکان دارد با انجام یکسری تنظیمات مختصر در وضعیت نشستن، مشکل شما به راحتی برطرف شود.
- سعی کنید همیشه اطلاعات خود را به روز کنید. مقالات موجود را مطالعه کرده و با اشکال و ویژگی های صندلی‌های چرخدار جدید آشنا شوید.

نگهداری صندلی چرخدار

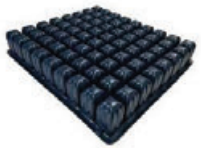
سلامت و ایمنی صندلی چرخدار موضوع بسیار مهمی است، اما برای این که همیشه از یک صندلی چرخدار سالم و ایمن استفاده کنیم، چه باید کرد؟ بدیهی است که صندلی چرخدار باید از هر نظر مطمئن باشد، کلیه اجزا و قطعات آن کاملا سالم بوده و همه قسمت‌های آن، به خوبی کار کنند. نظارت و کنترل اجزای صندلی چرخدار از اهم کارهایی است که کاربران آن باید به آن توجه دقیق و جدی داشته باشند. اما برای اطمینان کامل از سلامت و ایمنی صندلی چرخدار، نظارت‌ها باید بر اساس اصول و یک برنامه زمانی منظم صورت گیرد. معمولا قبل از استفاده روزانه از صندلی چرخدار لازم است یک نگاه کلی به تمام قسمت‌های آن بیندازید. اما بازدیدهای هفتگی و ماهیانه از برخی قسمت‌ها و توجه خاص به بعضی از اجزاء اهمیت ویژه‌ای دارد. حتی برخی از قسمت‌های صندلی چرخدار باید حتما توسط تعمیرکار مربوطه به صورت دوره‌ای سرویس شود. همچنین هر موسسه یا بخشی که صندلی‌های چرخدار را در اختیار کاربران آن قرار می‌دهد، باید نظارت، کنترل و برنامه تعمیر و نگهداری منظم صندلی چرخدار را در دستور کار اقدامات ایمنی خود قرار دهد تا همیشه و در همه حال صندلی‌های چرخدار سالم و ایمن در دسترس افراد قرار گیرد..

نظافت صندلی چرخدار

اولین نکته در نگهداری از صندلی چرخدار این است که بدنه صندلی چرخدار را به صورت دوره‌ای با یک پارچه مرطوب و مواد شوینده ملایم یا مواد ضدعفونی‌کننده (نه با مواد سفیدکننده) تمیز نموده و سپس آن را کاملا خشک

کنید. قسمت‌های کروم اندود را با استفاده از یک ماده براق‌کننده که در بازار در دسترس است، پولیش کنید و یا این که برای این کار از اسپری‌های محافظت‌کننده فلزات استفاده نمایید. بدنه صندلی چرخدار را باید از نظر وجود زنگ‌زدگی و ترک‌خوردگی چک نموده، همچنین وضعیت پیچ و مهره‌ها را از نظر شل‌نبودن و ایمن‌بودن آن‌ها کنترل کنید. برای تمیزکردن قسمت‌های داخلی صندلی چرخدار، می‌توانید از یک پارچه مرطوب و یا مواد ضدعفونی‌کننده یا مواد شوینده ملایم (نه مواد سفیدکننده) استفاده کنید، سپس آن را با یک حوله خشک نمایید. همچنین قسمت‌های مختلف صندلی چرخدار را از لحاظ کشیدگی بیش از حد یا ترک و پارگی بازرسی کنید.

سالمندانی که مدت طولانی از صندلی چرخدار استفاده می‌کنند، چه نکاتی را باید رعایت کنند؟



- افرادی که مجبورند مدت طولانی در صندلی چرخدار باشند، باید هر دو ساعت یک بار با کمک دست‌ها، وزن بدن خود را از ناحیه باسن بردارند تا دچار زخم ناشی از فشار در این ناحیه نشوند. به علاوه استفاده از تشک‌های مخصوص ضد زخم‌های فشاری که روی نشیمن‌گاه صندلی قرار می‌گیرد، توصیه می‌شود. تصویر مقابل نحوه برداشتن فشار از ناحیه باسن و تشک مخصوص ضد فشار را نشان می‌دهد.





- سعی کنید وزن بدن را به طور مساوی روی هر دو نیمه باسن تقسیم کنید. به علاوه سعی کنید هر دو بازوی خود را به زیردستی‌های صندلی چرخدار تکیه دهید نه یک بازو، زیرا اگر از روی عادت، فقط به زیردستی یک طرف صندلی چرخدار تکیه کنید، به مرور ستون مهره‌های شما کج می‌شود. همچنین صندلی چرخدار را متناسب با سایز بدن خود خریداری کنید، زیرا اگر سایز صندلی چرخدار، بزرگ‌تر از هیکل شما باشد (مثلا نشیمن‌گاه صندلی چرخدار، عریض‌تر از نشیمن‌گاه شما باشد)، مستعد ناهنجاری در تنه و سایر قسمت‌های بدن می‌شوید. در تصاویر روبه‌رو روش درست توزیع یکسان وزن بر روی دو نیمه باسن و روش نادرست تکیه دادن به یک سمت نشان داده شده است. .
- در صورت امکان روزی نیم ساعت بر روی شکم (وضعیت دمر) بخوابید تا در اثر نشستن طولانی‌مدت، عضلاتی که ران را داخل شکم می‌برند، سفت نشوند.



- هر روز ۱۰ مرتبه با کمک یک ملحفه یا حوله، عضلات پشت ساق خود را بکشید تا از افتادگی پا جلوگیری شود.



- از آن‌جا که برای راندن صندلی چرخدار و جابجاکردن خود از تخت به صندلی چرخدار و بلعکس، نیازمند قدرت دست‌ها هستید، با استفاده از مقاومت وزنه یا فنر، بازو و دست‌های خود را قوی کنید. اگر در خانه وزنه یا فنر ندارید، می‌توانید از یک بطری پلاستیکی (پر از آب) یا قوطی پر از نوشابه استفاده کنید. برای آگاهی یافتن از تعداد و نوع تمرینات، با یک فیزیوتراپیست مشورت کنید. در تصویر سه تمرین ساده برای قوی کردن بازو، تنه و دست‌ها نشان داده شده است.

فعالیت‌های خودمراقبتی

امروزه وسایل غذاخوردن، حمام‌کردن، و وسایل آشپزخانه زیادی برای آسایش کاربران و استفاده آسان‌تر از آن‌ها

طراحی شده‌اند. به دنبال آسیب‌ها، بیماری‌ها و یا حتی پدیده طبیعی افزایش سن، استفاده از وسایل معمول برای مصرف‌کننده گاهی اوقات دشوار می‌شود. به این منظور متخصصان توانبخشی به ویژه کاردرمان‌گران، اقدامات جبرانی را برای دستیابی به حداکثر استقلال فردی مراجعان خود انجام می‌دهند. اگرچه اغلب سالمندان، بر اساس تجارب و خلاقیت‌های خود به راهکارهای تطبیق با مشکل و محدودیت خود دست می‌یابند، اما در یک نگاه کلی، سه اقدام برای جبران مشکلات حین اجرای کارها وجود دارد. این اقدامات شامل موارد زیر است:

- آموزش روش جدید انجام فعالیت به گونه‌ای که آسیب کمتر و استقلال بیشتر برای فرد ایجاد کند. مثلا به فردی که دچار سکته مغزی شده است، یاد می‌دهیم که برای پوشیدن لباس چه مراحلی را انجام دهد تا لباس پوشیدن راحت‌تر باشد، مثلا همیشه از دستی که دچار فلج شده است شروع کند.
- تجویز و استفاده از وسایل کمکی: برای مثال، فردی که دچار التهاب مفاصل است و انگشتان دستش تغییر شکل داده و نمی‌تواند وسایل ریز را بگیرد یا بالا و پایین‌آوردن زیپ برایش دشوار است، اگر حلقه‌ای درون دسته زیپ قرار داده شود، گرفتن آن برای فرد آسان‌تر می‌شود.



- تغییر شرایط محیط: مثلا به جای پله‌های خانه از آسانسور، رمپ (سراشیبی) یا بالابر استفاده شود.

وسایل کمکی خودمراقبتی

وسایلی هستند که به سالمندان سالم یا با مشکلات ویژه کمک می‌کنند تا کارهای خودشان را به طور مستقل انجام دهند. هدف از کاربرد این وسایل، جبران محدودیت‌های انجام و یا آسان‌ترکردن کارها (مانند غذا خوردن، آراستن، دفع ادرار و مدفوع و استحمام) و یا پیشگیری از آسیب به مفاصل است. منطق استفاده از وسایل کمکی، اصلاح وسایل معمول زندگی است تا کارهایی که انجام آن‌ها برای فرد دشوار، دردناک یا غیرممکن بوده، آسان‌تر و ممکن شود. این وسایل در دو حالت هستند: یا قطعه‌ای کاملا جدا هستند که به وسیله مورد نظر نصب می‌شوند (مانند یک دستگیره ضخیم که دسته قاشق در آن می‌رود تا سالمندی که دچار التهاب مفصل است کمتر انگشتانش را خم کند و آسیب کمتری به مفاصل او وارد شود) و یا وسیله‌ای کاملا جداگانه است (مانند میله جوراب پوش).

نکاتی که در انتخاب وسیله کمکی باید بدانیم:

در تهیه وسایل کمکی حتما از کاردرمان‌گران مشاوره بگیرید زیرا:

- همیشه استفاده از وسایل کمکی مفید نیست. این که شما به وسیله کمکی نیاز دارید یا خیر باید با نظر متخصص مربوطه باشد. در برخی موارد، وسایل کمکی ممکن است بهبودی را به تاخیر بیندازند و بهتر است که فرد از وسیله معمول استفاده کند تا توانایی‌های او بهبود یابد.
- نوع وسیله باید به طور صحیح پیشنهاد شود.
- حتما لازم است اطلاعاتی در زمینه چگونگی دسترسی به وسایل کمکی را از آن‌ها جویا شوید. برخی وسایل کمکی به طور پیش‌ساخته توسط شرکت‌ها قابل خرید می‌باشند و برخی دیگر توسط کاردرمان‌گران متناسب با شرایط فرد، ساخته می‌شوند.

برای استفاده از وسیله کمکی، داشتن شرایط زیر برای سالمند الزامی است:

- وسیله کمکی را بپذیرد و از استفاده از آن خجالت نکشد.
- بتواند نحوه استفاده از آن را یاد بگیرد.
- توانایی حرکتی لازم برای استفاده از وسیله کمکی را داشته باشد.
- به تنهایی بتواند از آن استفاده کند.
- توانایی تامین هزینه آن را داشته باشد.
- بتواند آن را تمیز نگاه دارد.

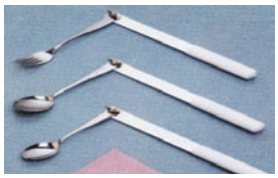
ویژگی‌های وسیله کمکی

- قابلیت استفاده طولانی‌مدت
- قابلیت تعمیر و یا تغییر
- قابلیت شستشو
- ساده بودن
- قابلیت استفاده چندمنظوره
- زیبا بودن

آشنایی با برخی از وسایل کمکی

غذاخوردن





به طور ایده‌آل، هر وسیله کمکی خوردن باید در همه جا مانند خانه، رستوران، مهمانی و محل کار قابل استفاده و حمل باشد. همچنین این وسیله کمکی باید قابلیت انعطاف و یا اتصال به ابزار دیگر را داشته باشد تا به فرد اجازه استقلال در خوردن غذاهای مختلف را بدهد. دسته‌های ضخیم‌شده برای افرادی است که نباید دستشان را زیاد خم کنند و یا عضلات انگشتانشان ضعیف و یا فلج شده است.

برای افرادی که دچار خشکی مفصل شانه یا آرنج شده‌اند، دسته بلندشده و زاویه‌دار کمک می‌کند تا برای خوردن غذا، دست سالمند به دهانش برسد.

لباس‌پوشیدن



نمونه‌ای از میله لباس‌پوش را برای لباس‌پوشیدن در شکل می‌بینید. به طور عمده میله‌ها برای افراد با محدودیت حرکتی، ضعف عضلانی و یا دچار خستگی مناسب است. افرادی که نمی‌توانند خم شوند و جوراب بپوشند، این جوراب‌پوش به آن‌ها کمک می‌کند.

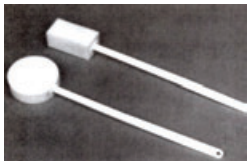




دستگیره کمکی دسته هفت‌تیری با سر انبرک‌دار برای برداشتن وسایل سبک بدون نیاز به خم‌شدن و بلندشدن، مخصوص سالمندان و بیمارانی است که کمر و یا زانوی خود را عمل کرده‌اند



و از صندلی چرخدار جهت جابه‌جایی در خانه استفاده می‌کنند.
سالمندانی که نمی‌توانند دکمه لباس خودشان را ببندند یا باز کنند، این وسیله قلاب‌مانند به آن‌ها کمک می‌کند که این کار را به راحتی انجام دهند.



استحمام

استفاده از برس‌ها و اسفنج‌ها برای شستشو، لیف‌های دستکشی و صابون مایع، استحمام را آسان می‌کند. برس‌ها کمک می‌کنند تا در حمام، زیاد خم نشوید و تعادل شما به هم نخورد. همچنین شاید به علت کمردرد خم شدن برایتان دشوار باشد.



آراستن

آراستن شامل اصلاح صورت (آقایان)، آرایش و پیرایش صورت (خانم‌ها) و استفاده از لوازم آرایش، شستن، شانه‌کردن، مدل‌دادن و برس‌زدن موها، مراقبت از ناخن‌ها و پوست، زدن عطر و نیز فراهم‌نمودن و به کار گرفتن وسایل لازم برای تمیزکردن دهان، مسواک‌زدن دندان‌ها، درآوردن، شستشو و قرار دادن دندان‌های مصنوعی است. با به کارگیری دستبند همه‌کاره، مسواک در دست نگاه داشته می‌شود. برای چرخاندن مسواک، می‌توان مسواک را از ارتوز خارج کرد، آن را چرخاند و با زاویه دندان تنظیم کرد و مجدداً درون ارتوز قرار داد. برای بهداشت ناخن‌ها و شستن دندان مصنوعی اگر دو دستی امکان پذیر نباشد، استفاده از برس‌های ثابت‌شده توصیه می‌شود.



برای شانه‌کردن موافرادی که محدودیت دامنه حرکتی شانه و آرنج دارند، برس‌ها و شانه‌های دسته‌بلند مناسب است. برای استفاده از سشوار بهتر است، آن را به دیوار ثابت کنند.



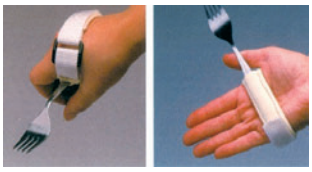
دفع ادرار و مدفوع

- صندلی‌ها و توالت سیار جزو پرکاربردترین ابزارها هستند. سالمندانی که در بلندشدن و نشستن مشکل دارند، بهتر است از توالت‌هایی که ارتفاع آن‌ها افزایش یافته، استفاده کنند. همچنین نصب دستگیره برای کمک‌گرفتن حین نشستن و بلندشدن در توالت ضروری است.
- لگن ویژه ادرار (لوله) در انواع خاص آقایان و خانم‌ها نیز در داروخانه‌ها موجود است.

فعالیت‌های مربوط به خواندن و نوشتن

- برای سالمندان با دستان سالم، ابزار کمکی پیش‌ساخته‌ای وجود دارد که با کاهش فشار وارده بر انگشتان در حین نوشتن (حفظ قلم) از بروز خستگی نیز جلوگیری می‌نماید.
- برای افراد دچار ضعف عضلانی دست و یا مفاصل تغییرشکل‌یافته، نیاز به طراحی ابزار نوشتن ویژه و یا قلم‌های پیش‌ساخته‌ای است، که دارای خمیدگی‌هایی در جهت مخالف تغییر شکل مفاصل دست باشند. همچنین برای حفظ قلم در دست افراد با محدودیت در کنترل قلم و یا با حرکات اضافی، به کارگیری قلم‌های سنگین و مغناطیسی متصل به مچ توصیه می‌شود. در افرادی که دست‌ها هیچ کارکردی ندارد، استفاده از ارتوز همه‌کاره برای حفظ قلم در وضعیت مناسب در دست ضروری است. همچنین در این افراد، ثابت‌کردن کاغذ هنگام نوشتن نیز توصیه می‌شود. در سالمندان دچار محدودیت کارکرد حرکتی و یا تحمل پایین به علت ناتوانی در

گرفتن و نگاه‌داشتن کتاب، استفاده از کتاب‌نگاه‌دار پیشنهاد می‌شود.



- در کنار وسایل کمکی، یکی از وسایل بسیار پرکاربرد برای سالمندانی که همیشه از دست درد شکایت دارند، دستبند همه‌کاره است. این دستبند کف دست بسته می‌شود و جایی دارد که دسته هر وسیله‌ای که نیاز به گرفتن دارد، درون آن قرار می‌گیرد. بدین ترتیب فرد ناچار به گرفتن نیست تا دست درد او تشدید شود.

فصل هفدهم

تفریح و سرگرمی
در سالمندان

در زمان کودکی مهم‌ترین کار و فعالیت، بازی، سرگرمی و شرکت‌کردن در کارهای گروهی است. کودک از این طریق، مغز را به کار می‌گیرد و به اکتشاف محیط پیرامون و ایجاد ارتباط می‌پردازد. این فرایند توسط خانواده و اطرافیان نیز حمایت می‌شود. با گذشت زمان و درگیرشدن با مدرسه، کار و مسائل زندگی، بازی و سرگرمی اولویت خود را از دست می‌دهد و در برخی اوقات فراموش می‌شود. در طول دوران بزرگسالی و مقابله با مشکلات و دغدغه‌های روزمره، بازی و سرگرمی با بهانه‌های مختلف به زمان دیگری موکول می‌شود. در واقع، با گذشت زمان شادی به حاشیه می‌رود. دوران سالمندی دوره‌ای برای دوستی و شادی است. در این دوره فرصت می‌کنیم تا دوباره برای شاد بودن تلاش کنیم. با بالارفتن سن و کاهش توانایی‌های عملکردی (حرکتی، شناختی، ارتباطی) و نیز بروز بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ای مانند زوال عقل، سکته مغزی و پارکینسون، افراد سالمند دچار محدودیت‌هایی برای بازی و سرگرمی می‌شوند. با توجه به هدف توانبخشی در سالمندان که به حداقل رساندن میزان وابستگی افراد به خانواده و مراقبان است و همچنین حفظ انگیزه برای ادامه روابط اجتماعی و تعامل است، بازی‌هایی که متناسب با نوع و میزان ناتوانی این گروه سنی باشد، می‌توانند بر روی توجه، حافظه، شناخت، خواب و پیشگیری از افسردگی آن‌ها تاثیرگذار باشند. در این صورت «رضایت از خود» در افراد سالمند بالا می‌رود و با انگیزه بیشتر به فعالیت‌های خود ادامه می‌دهند. بازی‌ها می‌توانند به صورت فردی یا گروهی انجام شوند. در حالت گروهی ایجاد تعامل و ارتباط، محور بازی خواهد بود و لزوما به این معنا نیست که سالمند باید با همسن و سالان خود در یک گروه قرار بگیرد. اعضای خانواده نیز گروهی هستند که می‌توانند با سالمندان در یک فعالیت سرگرم‌کننده همراه شوند.

حضور کودکان در کنار سالمندان و درگیرشدن در فعالیت‌های مشترک برای ایشان بسیار سودمند خواهد بود.

باورهای نادرست درباره تفریح و سرگرمی در سالمندان

باور نادرست ۱: بازی و سرگرمی متعلق به کودکان است و سالمندان با انجام این کارها، شأن و شخصیت خود را پایین می‌آورند.

همه ما نیازمند داشتن زمانی برای بازی و سرگرمی در طول روز هستیم و این موضوع ارتباطی به سن ندارد و حتی در سالمندی تاثیرگذارتر و سودمندتر هم خواهد بود.

باور نادرست ۲: ناتوانی‌ها و بیماری‌ها در دوران سالمندی مانع مهمی در انجام فعالیت‌های سرگرم‌کننده است.

بازی و تفریح قابلیت انطباق با هر نوع سطح عملکرد را دارد و می‌توان با در نظر گرفتن میزان توانمندی سالمندان، فعالیت‌های متناسب با آن‌ها را برنامه‌ریزی کرد.

باور نادرست ۳: تفریح و سرگرمی فقط خروج از خانه و رفتن به پارک است.

تفریحات را می‌توان در دو گروه فعالیت‌های داخل خانه و خارج خانه تقسیم کرد که هرکدام فواید خود را دارند. محدودکردن تفریحات به خروج از خانه درست نیست و ممکن است افراد را از انجام فعالیت‌های داخل خانه که می‌توان به آن‌ها پرداخت، باز دارد.

باور نادرست ۴: برای سالمند همین که مراقب علایم جسمی بیماری‌های خود و برطرف‌کردن ناتوانی‌هایش باشد، کافی است.

بازی‌ها و سرگرمی‌ها علاوه بر ایجاد اوقات خوش برای افراد سالمند می‌توانند در راستای بهبود عملکرد و کاهش

علائم بیماری‌ها عمل کنند. اقدامات توانبخشی برای رسیدن به سطح عملکردی است که در طی آن، سالمند بتواند به فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطی بپردازد و بازی و سرگرمی این مسیر را هموارتر می‌کند.

باور نادرست ۵: از عملکرد ضعیف و ناتوانی خود و بروز آن‌ها در جمع و گروه‌ها خجالت زده می‌شوم.

سالمندی دوره‌ای است که افراد به صورت طبیعی آن را تجربه می‌کنند و اغلب افراد با رسیدن به سالمندی، مشکلات مشابهی را تجربه می‌کنند. این امری طبیعی است و نباید به خاطر تفکرات اشتباه دیگران، خود را محدود کرد.

سطح‌بندی سالمندان

براساس توانمندی‌ها افراد سالمند را در چهار گروه قرار دادیم. سالمندان عزیز یا مراقبان آن‌ها نیز می‌توانند با توجه به توانمندی فردی، هر کدام از فعالیت‌های مناسب را انجام دهند. برای این دسته‌بندی، می‌توانید از متخصصان توانبخشی نیز کمک بگیرید.

- **گروه اول:** افراد سالمندی که بدون نیاز به وسایل کمکی حرکت می‌کنند، فعالیت‌هایی مثل راه‌رفتن سریع و حرکت در سربالایی و سراشیبی را انجام می‌دهند و بدون گرفتن نرده، از پله بالا می‌روند. به‌علاوه سالمندانی که مشکل حافظه ندارند و می‌توانند بیشتر از ۵ دقیقه بر روی فعالیت‌ها توجه مداوم داشته باشند.
- **گروه دوم:** افراد سالمندی که در حرکت نیاز به وسایل کمکی مثل عصا و واکر دارند و در بالارفتن از پله نیاز به گرفتن نرده دارند. این گروه نمی‌توانند فعالیت‌های سریع را انجام دهند. به‌علاوه سالمندانی که حافظه بلندمدت در آن‌ها مشکل دارد و میزان توجه مداوم آن‌ها بر روی فعالیت‌ها، کمتر از ۵ دقیقه است.
- **گروه سوم:** افراد سالمندی که برای حرکت نیاز به وسایل کمکی مثل صندلی چرخدار دارند. به‌علاوه سالمندانی که حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت آنها ضعیف است و در آنها توجه لحظه‌ای وجود دارد. اما نسبت به خود و محیط اطراف آگاهی نسبتا بالایی دارند.
- **گروه چهارم:** افراد سالمندی که حرکات فعال بسیار کمی دارند و آگاهی کمی نسبت به خود و محیط پیرامون دارند.

انواع سرگرمی و تفریح‌ها برای سالمندان

تای چی و یوگا

هدف: بهبود تعادل، تعامل اجتماعی، کاهش اضطراب، تنظیم خواب

مناسب برای گروه‌های ۱ و ۲

تمرین تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تای چی و یوگا می‌تواند اضطراب را کاهش دهد و در عین حال بر روی قدرت عضلانی و تعادل تاثیر بگذارد. احتمال زمین‌خوردن در افرادی که این تمرینات را انجام می‌دهند، کمتر است. این تمرینات علاوه بر نیاز به تحرک پایین، در هر شرایط بدنی و در هر سطحی از انرژی به افراد سالمند کمک می‌کنند تا با کنترل تنفس و افزایش تمرکز بر روی آن، ظرفیت ریه خود را افزایش دهند. این تمرینات قابلیت تطبیق با هر توان جسمی را دارند و می‌توان آن‌ها را هم در خانه بر روی صندلی و هم در یک مکان عمومی مثل پارک انجام داد. شما به عنوان یک فرد مبتدی باید تحت نظر یک مربی یا از طریق شرکت در کلاس‌های دسته جمعی، این تمرینات را آغاز کنید. با سرعت خود پیش بروید و به خودتان فشار وارد نکنید.

رقص و موسیقی

هدف: بهبود تعادل، تشخیص ریتم و تقویت شنوایی و حافظه

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۳

رقصیدن و هماهنگی حرکات بدن به صورت موزون با ریتم موسیقی می‌تواند باعث بهبود عملکردهای تعادلی شود. علاوه بر آن لحظات شاد و مفرحی را رقم خواهد زد که باعث بالا آمدن سطح انرژی می‌شود و کمک می‌کند که خلق و خو از افسردگی فاصله بگیرد. از موسیقی‌های خاطره‌انگیز استفاده شود. با شنیدن موسیقی سعی کنید نام خالق اثر یا خواننده را به خاطر بیاورید.

طناب‌کشی

هدف: بهبود تعادل

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۲

این سرگرمی برای افراد سالمند گروه ۱ می‌تواند به صورت دسته جمعی و مسابقه‌ای انجام شود. به صورتی که دو گروه رو به روی هم قرار گرفته و نقطه‌ای بر روی طناب در نظر می‌گیرند. هر گروه توانست نقطه را از خط مشخص‌شده عبور دهد، برنده است. برای گروه‌های ۲ به صورت نشسته بر روی صندلی انجام شود. انتهای طناب وسیله‌ای سنگین بسته شود به گونه‌ای که فرد سالمند برای کشیدن آن وسیله، سعی کند تعادل خود را در حالت نشسته حفظ کند.

راه‌رفتن در مسیر مشخص

هدف: تعادل، هماهنگی چشم و پا

مناسب برای گروه‌های ۱ و ۲

با نخ یا طناب‌های رنگی مسیری در خانه یا پارک مشخص شود. برای گروه ۱ باید مسیرهای مارپیچ و باریک‌تری در نظر گرفت. سالمندان باید بتوانند بدون خروج از مسیر از ابتدا تا انتهای مسیر را طی کنند. برای گروه ۲ باید مسیر مستقیم و عریض‌تر و مدت زمان بیشتری در نظر گرفت.

تشخیص صدا

هدف: بهبود عملکرد شنوایی

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۴

صداهای مختلف در محیط پخش شود، افراد سالمند باید تشخیص دهند که بلندترین و آرام‌ترین صدا مربوط به کدام یک بوده است. از صدای طبیعت مثل صدای حیوانات، باران و باد می‌توان استفاده کرد. برای گروه ۴ بهتر است پشت سر فرد بایستید و صدا را از یک سمت به ایشان نزدیک کنید و از او بخواهید تشخیص دهد که صدا از کدام سمت می‌آید.

خنده و موسیقی

هدف: بهبود عملکرد شنوایی

مناسب برای گروه‌های ۱ و ۲

این بازی، گروهی است که همراه دوستان و خانواده انجام می‌شود. افراد رو به روی هم به صورت ایستاده یا نشسته با شروع موسیقی شروع به خندیدن می‌کنند و سعی می‌کنند با ضرباهنگ، توپ را برای هم پرتاب کنند و در عین

حال توجه داشته باشند که با قطع موسیقی توپ را پرتاب نکنند.

بازی لیزر

هدف: بهبود عملکرد بینایی و توجه

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۴

برای گروه‌های ۱ و ۲ لیزر در دست فرد سالمند باشد و از او خواسته شود در اتاق به سرعت، شی موردنظر را پیدا کند و نور لیزر را بر روی آن شی بیاندازد. برای گروه‌های ۳ و ۴ سعی شود در اتاق تاریک‌تر این بازی انجام شود و از سالمند خواسته شود نور لیزر را دنبال کند و روی هر شی که ثابت شد اسم شی را بگوید.

من کی هستم

هدف: بهبود عملکرد حافظه

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۳

این بازی به این صورت است که فرد سالمند باید از خاطرات خود و فعالیت‌هایی که در زندگی انجام داده است، برای افراد دیگر تعریف کند و به سوالاتی که برای آن‌ها پیش می‌آید، پاسخ دهد. این بازی بهتر است با اعضای خانواده انجام شود و به یادآوری خاطرات خوب بپردازد. به گونه‌ای که احساس خوبی به فرد سالمند بدهد.

آلبوم عکس

هدف: بهبود عملکرد حافظه

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۴

افراد سالمند گروه‌های ۱ و ۲ به آلبوم عکس‌های قدیمی نگاه می‌کنند، افراد داخل عکس را شناسایی کرده و داستان و ماجرای پشت عکس را برای دیگران و اعضای خانواده تعریف می‌کنند. برای افراد سالمند گروه‌های ۳ و ۴ عکس‌ها را به نمایش بگذارید و ضمن معرفی افراد داخل عکس ماجرای پشت عکس را برای ایشان بازگو کنید.

گوش‌دادن به داستان‌های صوتی

هدف: بهبود عملکرد شنوایی و حافظه

مناسب برای گروه های ۱ تا ۴

مطالعه‌کردن و خواندن کتاب همواره به بالا نگه‌داشتن سطح هشیاری و آگاهی کمک می‌کند، اما به دلیل برخی از مشکلات مثل ضعف بینایی یا کم‌سوادی می‌توان از کتاب یا پادکست‌های صوتی استفاده کرد. افراد سالمند گروه اول در صورت به خاطرسپاری داستان و موضوع کتاب صوتی، آن را با دیگران به اشتراک بگذارند و بازگو کنند.

جورچین (پازل)

هدف: بهبود عملکردهای بینایی و شناختی

مناسب برای گروه‌های ۱ تا ۳

برای انجام این سرگرمی، باید با توجه به سطح عملکرد بینایی و شناختی، پازل با اندازه و تعداد قطعات مناسبی را انتخاب کرد. برای افراد سالمند گروه سوم از پازل‌های ۳ تا ۴ قطعه‌ای استفاده شود.

ماز

هدف: بهبود عملکرد دست و بینایی

مناسب برای گروه های ۱ و ۲

این بازی بر روی کاغذ انجام می‌شود، به این صورت که فرد سالمند باید دو نقطه را به هم وصل کند. در بین این دو نقطه مسیری مشخص است که باید خط واصل بدون خروج از مسیر، دو نقطه را به هم وصل کند. با توجه به لرزش دست و عملکرد بینایی، میزان مارپیچ و عریض‌بودن مسیر را تطبیق دهید.

بازی با کارت

هدف: بهبود عملکرد بینایی و حافظه

مناسب برای گروه های ۱ تا ۳

- کارت بازی می‌تواند در قالب بازی‌های گوناگون انجام شود. بازی‌هایی مثل جفت‌کردن کارت‌ها، چیدن بر اساس ترتیب شماره‌ها یا علامت‌ها و بازی کمتر و بیشتر، را می‌توان با کارت‌ها انجام داد. این بازی‌ها می‌توانند به صورت گروهی یا با یک همراه انجام شوند.
- از دیگر فعالیت‌های سرگرم‌کننده که می‌توانند برای سالمندان سودمند باشند، می‌توان به دعوت از دوستان و خانواده اشاره کرد. سالمندان برای گذراندن اوقات خوش در کنار دوستان و خانواده خود باشند، دوستان را به خانه و یا کافه دعوت کنند، درباره مشکلات و احساسات خود با آن‌ها صحبت کنند و بازی‌های گروهی مانند پانتومیم، نمایش‌های خانگی، اسم و فامیل و نقطه‌بازی انجام دهند.
- آن‌ها می‌توانند با دوستان و اعضای خانواده قرار بگذارند تا تفریحات دسته جمعی مانند ورزش صبحگاهی، پیاده‌روی، رفتن به کنسرت، رفتن به استخر (آب‌درمانی)، کوهنوردی، باغبانی، انجام بازی‌های ویدیویی، مونوپولی و دومینو انجام دهند. هم‌صحبتی با خانواده و مراقبان هم بسیار مفید و سرگرم‌کننده است.

به این نکات در ارتباط با سالمندان برای انجام فعالیت‌های تفریحی و سرگرم‌کننده توجه کنید:

- سعی کنید در انجام تفریحات و سرگرمی‌ها، خلق وخو، علایق و سابقه سالمند خود را در نظر بگیرید تا ایشان برای انجام آن فعالیت ترغیب شوند. برای مثال، سالمندی که شغل مغازه داری داشته است از بازی چرتکه لذت خواهد برد. بعد از خریدهای خانه، قیمت اجناس را به او بگویید و بخواهید جمع قیمت‌ها را به شما بگوید.
- همراهی‌کردن با سالمندان، کار آسانی نخواهد بود. اگر شما هم سعی کنید در این بازی‌ها و سرگرمی‌ها همراه سالمند خود باشید، از نظر روانی آسوده‌تر خواهید بود.
- محیط را از نظر آرامش و امن‌بودن به سطح قابل قبولی برسانید و همیشه در کنار خود جعبه کمک‌های اولیه داشته باشید.
- احساس تنهایی در دوره سالمندی یکی از دغدغه‌های اصلی افراد است. مراقبان و خانواده باید به گونه‌ای فعالیت‌های خود را تنظیم کنند که این افراد کمتر احساس تنهایی داشته باشند. یکی از کارهایی که خانواده‌ها می‌توانند انجام دهند، آشناکردن افراد سالمند با تلفن‌های همراه و آموزش استفاده از آن‌ها است. آموزش نحوه تماس‌گرفتن (صوتی و تصویری) و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی و استفاده از آن در راستای حفظ و ایجاد روابط اجتماعی بسیار سودمند خواهد بود.

منابع

1. Banovic, S., Zunic, L. J., & Sinanovic, O. (2018). Communication difficulties as a result of dementia. Materia socio-medica; 2018, 30(3), 221.
2. Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E. Speech-language pathologist interventions for communication in moderate–severe dementia: A systematic review. American Journal of Speech-Language Pathology; 2018, 27(2), 836852-.
3. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4. Daniels SK, Huckabee ML, Gozdzikowska K. Dysphagia Following Stroke: Third Edition: Plural Publishing, Incorporated; 2019.
5. Hallowell B. Aphasia and Other Acquired Neurogenic Language Disorders: A Guide for Clinical Excellence: Plural Publishing; 2017.
6. Lee SH, Lim JS. Stroke Revisited: Vascular Cognitive Impairment: Springer Singapore; 2020.
7. Papathanasiou I, Coppens P, Potagas C. Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Jones & Bartlett Learning; 2013.
8. Saver JL, Hankey GJ. Stroke Prevention and Treatment: An Evidence-based Approach: Cambridge University Press; 2020.
9. Bayles K, Bayles KA, McCullough K, Tomoeda CK. Cognitive-communication Disorders of MCI and Dementia: Definition, Assessment, and Clinical Management: Plural Publishing; 2018.
10. Pulsford D, Thompson R. Dementia – Support for Family and Friends, Second Edition: Jessica Kingsley Publishers; 2019.
11. Wayman L. A Loving Approach to Dementia Care: Making Meaningful Connections While Caregiving: Johns Hopkins University Press; 2021.
12. Sherrington C, Menz HB. An evaluation of footwear worn at the time of fall-related hip fracture. Age and ageing. 2003;32(3):3104-.
13. Webster JB, Murphy DP. Atlas of Orthoses and Assistive Devices E-Book: Elsevier Health Sciences; 2017.
14. Cowan N. Working memory capacity. New York, NY, US: Psychology Press; 2005.
15. Diamond A, Lee K. Interventions shown to aid executive function development in children 4–12 years old. Science. 2011; 333:95965-.
16. Wright HH, Shisler RJ. Working memory in aphasia: theory, measures, and clinical implications. American journal of speech-language pathology / American Speech-Language Hearing Association 2005; 14(2):10718-.
17. Friedmann N, Gvion A. Sentence comprehensionand working memory limitation in aphasia: A dissociation between semantic-syntactic and phonological reactivation. Brain and Language. 2003; 86:2339-.
18. Colcombe, S. J., Kramer, A. F., Erickson, K. I., Scalf, P., McAuley, E., Cohen, N. J . . . Elavsky, S. Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. Proceedings of the National academy of Sciences of the United States of America. 2004; 101(9), 3316- 3321.
19. Park, D. C., Polk, T. A., Mikels, J. A., Taylor, S. F., & Marshuetz, C. Cerebral aging: integration of brain and behavioral models of cognitive function. Dialogues in clinical neuroscience. 2001; 3(3), 151.
20. Barnes, D. E., Yaffe, K., Belfor, N., Jagust, W. J., DeCarli, C., Reed, B. R., & Kramer, J. H. Computer-based cognitive training for mild cognitive impairment: results from a pilot randomized, controlled trial. Alzheimer disease and associated disorders. 2009; 23(3), 205-212.
21. Pihlajamaki M, Tanila H, Hanninen T, Kononen M, Laakso M, Partanen K, et al. Verbal fluency activates the left medial temporal lobe: a functional magnetic resonance imaging study. Ann Neurol 2000; 47(4): 4706-.
22. Abrahams S, Goldstein LH, Simmons A, Brammer MJ, Williams SC, Giampietro VP, et al. Functional magnetic resonance imaging of verbal fluency and confrontation naming using compressed image acquisition to permit overt responses. Hum Brain Mapp 2003; 20(1): 29-40.
23. Pliatsikas, C., Veríssimo,J., Babcock, L., Pullman, M.Y., Glei,D.A., Weinstein, M., Goldman,N., Ullman,M.T., Working memory in older adults declines with age, but is modulated by sex and education. Quarterly Journal of Experimental Psychology 2019; Vol. 72(6) 1308–1327.
24. Gotlib, I. H., & Joormann, J. Cognition and depression: current status and future directions. Annual review of clinical psychology. 2010; 6, 285312-.
25. Clare, L., Wilson. B. A., Carter, G., Hodges, J. R. Adams, M. Long-term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia of Alzheimer type: A single case study. Journal OF Neuropsychological Rehabilitation. 2001; 11(3494-477:(4/.
26. Bayliss, D. M., Jarrold, C., Baddeley, A. D., & Gunn, D. M. (2005). The relationship between short-term memory and working memory: Complex span made simple? Memory. 2005; 13(321-414 ,(4-.
27. Baddeley, A. D. The episodic buffer: A new component of working memory. Trends in Cognitive Science; 2000; 4 (11), 411- 423.
28. Baddeley, A. D. working memory: looking back, and looking forward. Nature Reviws Neuroscience. 2003; 4, 829- 839.
29. Health H, Schofileld I. Healthy ageing, nursing older people. Part I: Theoretical foundation. 1stEdition, Mosby publishers: Italy, 1999.
30. Hanninen TKoivisto KReinikainen KJ et al Prevalence of ageing-associated cognitive decline in an elderly population. Age Ageing.1996;25:201-205.
31. Cabeza, R., Nyberg, L., & Park, D. Cognitive Neuroscience of Aging: Linking Cognitive and Cerebral Aging. 2005; New York: Oxford University Press.

32. Raz, N. Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), The Handbook of Aging and Cognition, Second Edition. 2000; Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
33. KANE,MJ. ENGLE R,W. The role of prefrontal cortex in working-memory capacity, executive attention, and general fluid intelligence: An individual-differences perspective. Psychonomic Bulletin & Review. 2002; 9 (4), 637671-.
34. Nittrouer,S., Lowenstein, J.H., Wucinich, T., Moberly,A.C. Verbal Working Memory in Older Adults: The Roles of Phonological Capacities and Processing Speed. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2016; 59, 1520–1532.
35. Baddeley, A. D. Short-term memory for word sequences as a function of acoustic, semantic and formal similarity. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 18, 362–365. Baddeley, A. D. (1992). Working memory. Science.1966; 255, 556–55.
36. Salthouse, T. A., & Babcock, R. L. Decomposing adult age differences in working memory. Developmental Psychology. 1991; 27, 763–776.
37. Schneider, B. A., Daneman, M., & Murphy, D. R. Speech comprehension difficulties in older adults: Cognitive slowing or age-related changes in hearing? Psychology and Aging. 2005;20, 261–271.
38. Borella E, Carretti B, Riboldi F, De Beni R. Working memory training in older adults: evidence of transfer and maintenance effects. Psychol Aging. 2010 Dec;25(4):76778-.
39. Gevince A, Smith ME. Neurophysiliological Measures of Working Memory and Individual Differences in Cognitive ability and Cognitive Style. Cereb Cortex 2000; 10(9): 82939-.
40. Swan K, Hopper M, Wenke R, Jackson C, Till T , Conway E. Speech-language pathologist interventions for communication in moderate–severe dementia: A systematic review. American Journal of Speech-Language Pathology. (2018):27(2), pp. 836 – 852.
41. Banovic, S.; Zunic, L.; Sinanovic, O. Communication difficulties as a result of dementia. Mater Sociomed. Oct 2018; vol. 30(3), pp. 221224-.
42. D'haeseleer E, Depypere H, Claeys S, Van Borsel J, Van Lierde K. The menopause and the female larynx, clinical aspects and therapeutic options: a literature review. Maturitas. 2009 Sep 20;64(1):2732-.
43. D'haeseleer E, Van Lierde K, Claeys S, Depypere H. The impact of menopause and hormone therapy on voice and nasal resonance. Facts Views Vis Obgyn. 2012;4(1):3841-.
44. Hamdan, A. L., Ziade, G., Tabet, G., Btaiche, R., Fakhri, G., Yatim, F., Sarieddine, D., & Seoud, M. Vocal Symptoms and Acoustic Findings in Menopausal Women in Comparison to Pre-menopause Women with Body Mass Index as a Confounding Variable. Journal of menopausal medicine. 2017;23(2), 117–123. https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.2.117
45. Diamond J. Male menopause: Sourcebook Inc; 1998.
46. D'haeseleer E., Van Lierde K., Claeys S., & Depypere H. The impact of menopause and hormone therapy on voice and nasal resonance. Facts Views Vis Obgyn.2012; 4(1): 38–41.
47. Hall JE. Guyton and Hall textbook of medical physiology. Elsevier, 13th edition; 2016.
48. Hoga L., Rodolpha J., Gonçalves B., & Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review and Implementation Reports. JBI Database System Rev Implement Rep.2015; 13(8): 250337-.
49. Kantrowitz B., & Wingert P. The menopause book: Workman publishing company; 2009.
50. Lobo RA. Treatment of the postmenopausal woman. Basic and clinical aspects: Academic press, 3rd edition; 2007.
51. McCall D., & Potter N. Menopausing: The Sunday Times bestselling self-help guide for 2022 to help you care for yourself, cope with symptoms, and live your best life during menopause: HQ; 2022.
52. Panay N., Briggs P., & Kovacs G. Managing the menopause: Cambridge university press; 2015.
53. Roberts H. Managing the menopause. BMJ. 2007; 334(7596): 736–741.
54. Silva TR., Oppermann K., Reis FM., & Spirtzer PM. Nutrition in menopausal Women: A Narrative Review. Nutrients. 2021; 13(7): 2149.
55. Singh A., Kuar S., & Walia I. A historical perspective on menopause and menopausal age. Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad. 2002; 32(2): 121135-.
56. Taebi M., Abdolahian S., Ozgoli G., Ebadi A., & Kariman n. Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review. J Educ Health Promot. 2018; 19-.
57. Brownson CA. Occupational therapy services in the promotion of health and the prevention of disease and disability. The American Journal of Occupational Therapy. 2008;62(6):694.
58. Thompson M. Occupations, habits, and routines: Perspectives from persons with diabetes. Scandinavian journal of occupational therapy. 2014;21(2):15360-.
59. Fritz H. The influence of daily routines on engaging in diabetes self-management. Scandinavian journal of occupational therapy. 2014;21(3):232-40.
60. Dirette D., Gutman S.A. Occupational Therapy for Physical Dysfunction.8th Edition. Lippincott, 2020.

61. Campbell AJ, Robertson MC. Otago exercise programme to prevent falls in older adults. Wellington: ACC Thinksafe. 2003.
62. Tideiksaar, R. Falls in older adults: prevention and management. Health Professions Press, 2002.
63. Rosenbloom A, Morgan MW. Vision and aging: Butterworth-Heinemann; 2006.
64. Grosvenor T. Primary care optometry: Elsevier; 2007.
65. Corn AL. Foundations of low vision; clinical and functional perspectives: AFB Press; 2010.
66. Lee AG, Beaver HA. Geriatric Ophthalmology; A Competency-based Approach: Springer; 2010.
67. Prudencio CB, Nava GTA, Cardoso MC, Marreto BR, Sousa EA, Valenti VE, Barbosa AMP. Evolution of female urinary continence after physical therapy and associated factors. International archives of medicine, 2014; 7(1): 24.
68. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW: Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. The Journal of urology 2011; 186(2): 58993-.
69. Irwin DE, Milsom IB, Hunskaar SC, Kate Reilly KD , Kopp ZD, Herschorn SE, Coyne KF, Kelleher CG, Hampel CH , Artibani WI, Abrams P. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. European urology. 2006;50(6):1306-15.
70. Ahmadi B, Alimohammadian M, Golestan B, Mahjubi B, Janani L, Mirzaei R: The hidden epidemic of urinary incontinence in women: a population-based study with emphasis on preventive strategies. Int Urogynecol J 2010; 21(4): 4539-. [in persian].
71. bakooi f, bakooi s. Prevalence of urinary incontinence after childbirth and some risk factors in women referred to health centers of Babol in 1384. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2006; 13(3): 152-57.
72. Nojomi M, Baharvand P, Kashanian M: Validation of Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) in Incontinent Women. Iran University of Medical Sciences.1998; 16(63): 153161-.[in persian].
73. Rezai-Pour A, Mir-Mowlai T, Mahmoudi M, Jabbari Khan Beh Bin Z. Study in quality of life of women suffering from urinary incontinence. Journal of hayat. 2002; 8(3):1321-.
74. Subak LL, Goode PS, Brubaker L, Kusek JW, Schembri M, Lukacz ES, Kraus SR, Chai TC, Norton P, Tennstedt SL, Urinary Incontinence Treatment Network. Urinary incontinence management costs are reduced following Burch or sling surgery for stress incontinence. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;211(2):171-e1.
75. Seshan V, Muliira JK. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. BMC women's health. 2013;13(1):13-16.
76. Devore EE, Minassian VA , Grodstein F. Factors associated with persistent urinary incontinence. American journal of obstetrics and gynecology.2013; 209(2): p. 145. e1145-. e6.
77. Gartland D, Donath S, MacArthur C, Brown SJ.The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2012;119(11): p. 13611369-
78. Abdulaziz K., Hasan T. Role of pelvic floor muscle therapy in obese perimenopausal females with stress incontinence: A randomized control trial. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012; 16(2): p. 3442-.
79. Omli R, Hunskaar S, Mykletun A, Kuhry, E. Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study. BMC Geriatr.2013; 13: p. 47.
80. Babbazadeh-Zavieh SS, Vasaghi-Gharamaleki BV, Nikjooy A, Haeri SMJ, Shamsi Ardekani A. The Relationship Between Urinary Incontinence and Anthropometric Indices in Obese Women. Journal of Modern Rehabilitation. 2019; 13(3):171178-. http://dx.doi.org/10.32598/JMR.13.3.171.
81. Babazadeh-ZaviehSS,VasaghiGharamalekiB,NikjooyA,HaeriSMJ,SarrafzadehJ.EffectsofPelvicFloorPhysiotherapy,withorwithout Weight Loss, on Urinary Incontinence in Obese Women: A non-Randomized Single Blind Clinical Trial. JRSR. 2022;9(3):110117-.
82. Liebs TR, Herzberg W, Rüther W, Haasters J, Russlies M, Hassenpflug J, et al. Multicenter randomized controlled trial comparing early versus late aquatic therapy after total hip or knee arthroplasty. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2012;93(2):1929-.
83. Foley A, Halbert J, Hewitt T, Crotty M. Does hydrotherapy improve strength and physical function in patients with osteoarthritis—a randomised controlled trial comparing a gym based and a hydrotherapy based strengthening programme. Annals of the rheumatic diseases. 2003;62(12):11627-.
84. Asbury EA, Chandr uangphen P, Collins P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: a pilot study. Menopause. 2006;13(4):561-7.
85. Kisner c, Colby la. Therapeutic exercise; foundations and techniques. 6th ed Philadelphia; F.A. Davis; 2012.
86. koichi Kaneda et al. Walking and running kinesiology in water; A review of the literature, journal of fitness reaserch. 2012; 1:1-11.
87. Silva LE, Valim V, Pessanha APC, Oliveira LM, Myamoto S, Jones A, et al. Hydrotherapy versus conventional land-based exercise for the management of patients with osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. Physical therapy. 2008;88(1):12-21.
88. Hinman RS, Heywood SE, Day AR. Aquatic physical therapy for hip and knee osteoarthritis: results of a single-blind randomized controlled trial. Physical therapy. 2007;87(1):32-43.

Rehabilitation in older adults

Lifestyle modification: A guide for the Elderly

Healthy and Active A ging

Authors A-Z

Mohsen Ahadi /Malahat Akbarfahimi / Amir Asharlous / Ali Amiri
Younes Amiri Shavaki / Zeynab Damerchi / Seyed Mohammad Reza Daneshyar
Leila Faraji / Behshid Farahmand / Abdollah Farzaneh / Afsoon Hassani Mehraban
Farnoush Jarollahi /Mohammad Taghi Joghataei / Maryam Jalali / Nahid Jalilevand
Mitra Khalafbeigi / Mehrnaz Kajbafvala / Seyede Salehe Mortazavi / Holakoo Mohsenifar
Maliheh Mazaheryazdi / Soheil Mansour Sohani / Shohreh Noorizadeh Dehkordi
Payam Nabovati / Afsaneh Nikjooi / Hengameh Nikjooi / MohammadReza Pourahmadi
Akram Pourbakht/ Mahtab Roohi-Azizi / Shima Raeesi / Abbas Riazi
Shabnam ShahAli / Mohsen Shati/ Aida Shati / Narges Shafaroodi
Soheila Shayanmehr / Javad Sarrafzadeh / Arezoo Saffariyan / Maryam Sadeghijam
Sediqe Safaeyan Titkanlou / Arash Sayadisamani / Seyyed Jalal Sameni
Farhad Torabinezhad / Reyhaneh Toufan / Behnoosh Vasaghi-Gharamaleki
Marzieh Yassin

Editors : Mohsen Shams, Seyede Salehe Mortazavi,Sedigheh shariatinia Mostafa Maleki
Malahat Akbarfahimi

First edition: 2023
ISBN: 987-622-5447-12-7
Printed in IRAN
Publisher :Andisheh Mandegar

Elderly Health Office, MOHME
UNFPA
2023

REHABILITATION IN OLDER ADULTS

Lifestyle modification: A guide for the Elderly



Healthy and active aging

UNFPA

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
اداره سلامت سالمندان

ISBN 622544712-1

9 786225 447127