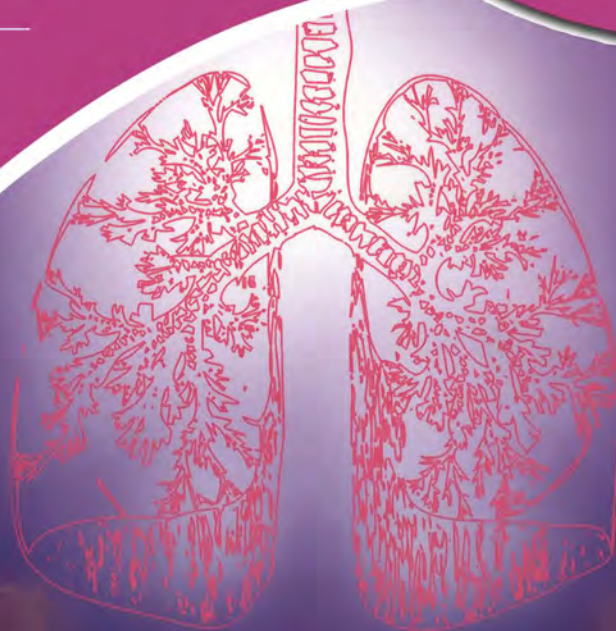


دانش پزشکی

پاییز ۸۹ - قیمت: ۲۰۰۰ تومان

ویژه نامه تخصصی
فرا درمانی



فرا درمانی

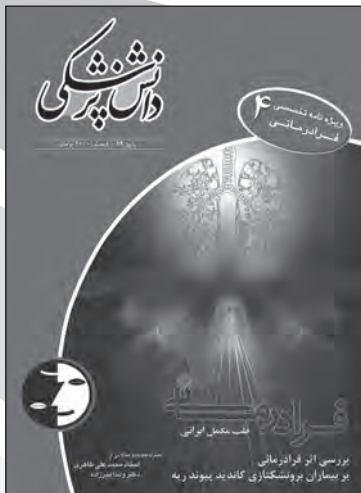
طب مکمل ایرانی



همراه مقدمه و مقالاتی از:
استاد محمد علی طاهری
دکترویدا پیرزاده

بررسی اثر فرا درمانی
بر بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه





صاحب امتیاز و مدیرمسئول:

دکتر سید شهاب الدین صدر

گردآوری و تحریر:

دکتر شیلا میرزاده

صفحه آرایی:

علیرضا مالکی

چاپ:

مکت

- ۲ فرادرمانی
- ۴ یادداشت / دکتر ویدا پیرزاده
- ۵ مقدمه / استاد محمدعلی طاهری
- ۱۴ مقاله برونشکتازی / اصول داخلی طب هاریسون
- ۱۸ مقاله طرح تحقیقاتی / دکتر حمیدرضا خدای
- ۲۴ گزارش بهبودی بیماران برونشکتازی
- ۲۹ نتیجه و بحث
- ۳۳ مصاحبه با دکتر کتایون نجف زاده
- ۵۹ خلاصه لاتین



فرا درمانی

هر روش درمانی که خارج از محدوده ی روشهای درمانی پزشکی جدید باشد، طب مکمل و جایگزین (Complementary and Alternative Medicine) و یا به اختصار CAM نامیده می شود، که از نظر سازمان بهداشت جهانی به پنج گروه کلی تقسیم می شود. «فرا درمانی» جزو درمان های گروه ۴ این تقسیم بندی یعنی درمان بیماری های جسمی از طریق ذهن (Mind Body Intervention) و زیرمجموعه درمان ذهنی (Mental Healing) قرار می گیرد.

فرا درمانی براساس نظریه «پیوند شعوری» یا «اشتراک شعوری اجزا» بنا شده است. طبق این نظریه، هر گاه بین شعور اجزاء با شعور کل ارتباط برقرار شود، شعور ذهن قادر به اصلاح، ترمیم و خوددرمانی روان و جسم گردیده، شفا و بهبود تحقق پیدا خواهد کرد. فرا درمانی به عنوان یک درمان مکمل کیفی، با نگاه و نگرش به پشت پرده وجودی انسان و بدون هیچگونه مداخله در روند درمان کمی، اقدام به بهبود وضعیت بیماران می نماید.

سازمان NCCAM یا مرکز ملی طب مکمل و جایگزین آمریکا (National Center For Complementary and Alternative Medicine) که از مراکز وابسته به وزارت بهداشت جهانی (Health and Human Services) و یا به اختصار HHS و مرکز ملی بهداشت (National Institutes of Health) کشور آمریکا می باشد و با سازمان بهداشت جهانی سازمان ملل متحد در این زمینه همکاری نزدیک دارد، طب مکمل و جایگزین (CAM) را به زیر شاخه هایی تقسیم نموده است.

محمدعلی طاهری



انسان دریایی است پهناور که شناخت ابعاد وجودی آن جز از طریق معرفتی که متعلق به عالمی برتر از او باشد امکان پذیر نیست. انسان همواره وجودی بوده که به یک حقیقت ماوراء این عالم خاکی که او را احاطه نموده وابسته، و به هر نحو ممکن اعتقاد داشته است، منتها این عقیده بصورت های مختلفی تجلی کرده است.

وی همیشه در این اندیشه بسر می برده که این عالم خاکی و مادی که مهد زندگی اوست رابطه ای با عالم معنی دارد؛ در مشرق زمین هیچگاه تصویری از ماده به عنوان واقعیتهای مستقل و جدا از عالم معنی وجود نداشته و مفهوم ماده از تصور رابطه آن با «نفس الرحمن» منقطع نبوده است. این تفکر بسیار عمیق است و زندگی انسانها خصوصاً در شرق گیتی به انحاء مختلف مورد پردازش، تحلیل و تبدیل شدن به اندیشه های فلسفی و عرفانی قرار گرفته است. حقیقتاً شرق محل ظهور و پیدایش و مهد پرورش ادیان بزرگ آسمانی بوده و ریشه های معنویت همیشه در این خطه مستحکم و گسترش یافته است.

در این میان ایران از برجستگی خاصی برخوردار و دارای یک سنت فکری عمیق و متعال و پیوسته چند هزار ساله، بویژه پس از اسلام بوده است. در فرهنگ ما علم، هرگز از دین، فلسفه و عرفان جدا نبوده است. مسئله قابل توجه این است که چگونه با استفاده از منابع سرشار فرهنگ، تمدن، دین، فلسفه و عرفان بسیار غنی و وسیعی که داریم، این وحدت نظر و دید علمی توأم با تفکر توحیدی که قرنهای گذشته ایم را در دسترس همگان قرار دهیم، که امروزه دسترسی به این اندیشه و منابع علمی و عملی برای بشریت غرق در مظاهر مادی حیاتی است.

در تفکر جاری بین اندیشمندان ما جهان مادی به مثابه نردبانی برای صعود به عالم معقولات و مجردات است. این سنت فکری معتقد است وحدتی بر جهان حکم فرماید که از لحاظ وجودی دارای مراتب و شئونی است که شامل ساحت های مختلف مادی و معنوی است و از لحاظ عملی نیز جایگاهی برای رفع احتیاجات مادی و حوائج معنوی انسان دارد. همچنین این تفکر معتقد است که عالم ماده همواره جلوه ای از جمال عالم معنی که ورای صیورت و تغییر است را به همراه دارد. این طرز تلقی در تمام علوم از جمله طب نیز جاری بوده و اطباء ما همگی از گستردگی بینش فلسفی، عرفانی و هنری حکیمانه ای برخوردار بوده اند.

امروزه غرب با دوری گزیدن از این تفکر و به فراموشی سپردن آن، با بحران شدیدی روبروست که علیرغم توسعه و

پیشرفت در علوم زیست‌شناسی و طب، مواجه با نوعی بن‌بست فکری است. بعنوان مثال برای زیست‌شناسان غربی، زمانی کتاب داروین به منزله کتاب مقدس و وحی منزل بود ولی امروز مورد شک و تردید قرار گرفته است. بدون تردید این تغییر بوجود آمده در نگرش غربیان، بسیار عمیق و بحرانی است و علاوه بر این، بحران دیگری را در بعد عملی بدنبال خواهد داشت.

در علوم پزشکی به عنوان مصداق بارز علوم تجربی که جوانب نظری و عملی دارد، به جای در نظر گرفتن وحدت جوانب گوناگون هستی انسان اعم از جسم و روح و توجه به بیماری به عنوان حادثه‌ای که در نتیجه از بین رفتن تعادل، در نظامی که تمام ارکان و عناصر آن صرفاً مادی نیست، انسان را به شیئی مبدل می‌سازند که مانند عناصر شیمیایی باید عکس‌العملش را در برابر داروهای مشابه در یک آزمایشگاه مشاهده کرد و لذاست که مصرف دارو خود به خود به صورت یک مشکل طبی و اقتصادی درآمده و مسائل و معضلات عدیده دیگری که پزشکان غربی را وادار ساخته تا از دیدگاهی جدید و با تردید به دانش پزشکی نظر اندازند.

در سالهای اخیر دانشمندان غربی به انتقاد شدید از بعضی جوانب طب جدید برخاسته‌اند و کتاب معروف «انتقام طب» (Medical Nemesis) از «ایوان ایلچ» در این مورد از همه رساتر و گویاتر است. کوشش جدیدی که آغاز شده، دست کم توانسته خصلت انحصارطلبی طب جدید را تا حد زیادی مورد تردید قرار دهد تا با دیدی عینی و منطقی و بدون تعصب، تجربیات و نظریات دیگر مکاتب طبی را مورد بررسی و توجه قرار دهند و به همین دلیل Para Medicine در حال حاضر در سازمان بهداشت جهانی بصورت جدی مورد پیگیری و استقبال قرار گرفته است.

بهر حال با توجه به اینکه ایران طی ادوار گذشته به عنوان یکی از مهمترین مراکز پزشکی جهان مطرح بوده و همچنین بزرگترین مکاتب طبی، از آن جمله طب اسلامی را در دامان خود پرورانده است. امید می‌رود که در قرن حاضر هم بتواند با افتخار روش درمانی جدیدی را به جامعه جهانی ارائه نماید.

درست در همین دورانی که غرب در جستجوی راههای دیگری برای برون رفت از بن‌بست‌های طب کلاسیک است، در ایران روش نوین و کاملاً بی‌بدیلی تحت عنوان «فرددرمانی» بنیان نهاده شد و در نظر دارد این روش را که کاملاً مبتنی بر مقام تجربه و برهان عقلی هم هست را به مجامع علمی و پزشکی جهان ارائه دهد. فرددرمانی همواره بر وحدت و پیوند بین ابعاد مختلف وجودی انسان اعم از جسم، روان و ذهن تکیه دارد و علاوه بر این درمان را به واقعیتی جهت‌شناخت هوشمندی و درک حس حضور خداوند تبدیل کرده که همان بهره‌مند شدن از رحمت عام الهی است.

قرآن کریم، مفهوم و حقیقت رحمانیت عام الهی را در آیه ۱۵۶ اعراف چنین بیان می‌فرماید «و اکتب لنا فی هذه الدنيا حسنه و فی الاخره انا هدنا الیک قال عذابی اصیب به من اشاء و رحمتی وسعت کل شیء... الخ» «و برای ما در این دنیا و در آخرت نیکی مقرر دار، که ما به تو بازگشته ایم، گفت (خداوند رحمان) عذاب خویش را به هر که خواهیم رسانم و رحمت من بر همه چیز راساست.»

«علامه طباطبایی در تفسیر این آیه می‌فرمایند: از ناحیه او (خداوند) جز رحمت ناشی نمی‌شود چون رحمت از صفت ربوبیت و از مقتضای الوهیت است درحالیکه عذاب، ناشی از عمل گنهکاران و منشاء آن عمل انسانهای خطاکار است و به اقتضای سنت خداوندی جاری می‌شود ولی رحمت واسعه و عام او که شامل همه چیز می‌گردد منشأش ذات ربوبی

است و تقیدی به چیزی جز ذات ربوبی ندارد».

لذاست که رحمت خداوند بر همه چیز فراگیر است و به راستی اگر چنین رحمتی نمی بود جهان هستی وجود نمی داشت. رحمت خداوندی سرچشمه هستی ماست و با این حساب هر جنبه ای از زندگی ما به گونه ای جدایی ناپذیر با رحمت خداوند درآمیخته است و از این روست که تار و پود وجود آدمیان و دیگر آفریدگان را به رحمت سرشته اند. و «فرادرمانی» چیزی جز بهره مندی از رحمانیت الهی نیست و وظیفه طبیب فرادرمانگر، به ظهور رساندن همان رحمانیت است.

در تجربه ما این روش در درمان و رفع آلام بیماران موثر بوده است و مطالب ویژه نامه ای که در پیش روی دارید و سه ویژه نامه قبلی از جمله شواهد اثبات آن است.

فرادرمانی با تکیه بر رسائی رحمت عام خداوند بر همه موجودات و از جمله انسان، و مرتبط دانستن انسان با این دریای بی کران رحمانیت و استفاده انسان از آن و با کسب تجربه ای موفق در تکرار و تعمیم این روش، توانست مبنایی برای اثبات برهان عقلی و تجربی فرادرمانی اظهار کند.

بنابراین از آنجا که فهم روشمند عقلانی در همه متدولوژی های جاری در بین علوم حجت است، پس اگر کسی در هر زمینه ای در علوم تجربی مطلبی را عالمانه فهمید، برهان عقلی و حجت عملی بین او و خدای سبحان است.

دراین راستا، یکی از پروپوزال هائی که با این روش «مورد شاهدهی» (RCT) تهیه و به لطف خدا به سرانجام رسید و گزارش هائی از آن در این ویژه نامه تقدیم شما می شود، طرح تحقیقاتی «بررسی اثر فرادرمانی بر بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه» است که در پی اثبات فرا درمانی به مجامع پزشکی است.

با عنایت به الطاف الهی که همواره پیشاپیش هر حرکتی از ما بوده، تحقیقات و مطالعات خود را ادامه می دهیم و برای انجام این مسئولیت سنگین و خطیر انتظار مساعدت علمی و عملی همه همکاران را داریم.

از نخستین یاری دهندگان ما، واحد تحقیقات و پژوهش بیمارستان «مسیح دانشوری» بود که در آن پزشکان سخت کوش و آزاد اندیشی همچون سرکار خانم دکتر کتایون نجفی زاده و همکارانشان، زمینه تحقق پروپوزال «بررسی اثر فرادرمانی بر بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه» را فراهم نموده که بسیار قابل تقدیر و سپاس است.

همچنین در موفقیت این تحقیق عزیزانی ما را همراهی کردند، از آن جمله سرکار خانم سونیا زرگری سرپرستار محترم درمانگاه و فرادرمانگری دلسوز و پرتلاش، سرکار خانم دکتر فریبا قربانی، سرکار خانم دکتر شادی شفق، آقای دکتر حمیدرضا خدای، سرکار خانم الهام رحمانی، سرکار خانم معصومه مسعودنیا و دیگر همکاران بیمارستان مسیح دانشوری بودند که از تلاش آنها تشکر و قدردانی می نمائیم. از سرکار خانم دکتر مریم اسدی فرادرمانگر و سرکار خانم سایه زرگری که از آغاز تا پایان طرح در کنار ما حضوری فعال داشتند و بالاخره جناب آقای اردشیر شهنواز و سرکارخانم زهرا عباسی که با تلاش پیگیرانه و بی وقفه خود ما را یاری دادند صمیمانه سپاسگزاریم. در بخش های دیگر این ویژه نامه چند تن از بیماران شرکت کننده در طرح فرادرمانی به عنوان نمونه معرفی شده اند.

دکتر ویدا پیرزاده

مسئول گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

برونشکتازی، سخت شدن غیر عادی برونش های ریه است که در نتیجه التهاب و تخریب دائمی بافت های ارتجاعی و لایه های عضلانی دیواره برونش ها ایجاد می شود. در این بیماری، با از بین رفتن قابلیت ارتجاعی ریه، امکان تنفس به شدت ضعیف شده، به تدریج از حالت طبیعی خارج می شود. تنفس کوتاه، سرفه مزمن، خلط بدبو، صداهای غیر طبیعی قفسه سینه، خستگی و احتمال وجود رگه های خونی در خلط از علایم شایع این بیماری تنفسی به شمار می رود. در پزشکی رایج، برونشکتازی از درمان قطعی برخوردار نیست و راه حل نهایی برای این دسته از بیماران، پیوند ریه خواهد بود. این اختلال معمولاً به وسیله عفونت های شدید مزمن ایجاد می شود و در میانسالی و دوران پیری شایع تر است اما در بیماران جوانتر هنگامی رخ می دهد که نقایص مادرزادی وجود داشته باشد. بنابراین به طور خلاصه، برونشکتازی به علل زیر ایجاد می شود:

الف: عفونت های شدید ناشی از فعالیت های میکروارگانیسم ها

ب: نقایص مادرزادی

"فرا درمانی" از چند طریق بر روی این بیماری اثر مثبت اعمال می کند که عبارتند از:

الف: تاثیر مثبت بر تقویت سیستم دفاعی بدن در مواردی که عفونت وجود دارد

الف ۱- تقویت سیستم دفاعی بدن به واسطه اصلاح چیدمان سیستم های ذهنی و روانی بیمار

تجارب حاصله نشان می دهد که "فرا درمانی" باعث بالا رفتن توانایی سیستم دفاعی بدن می شود و به این وسیله بیماری های عفونی به "فرا درمانی" پاسخ مناسب داده و در زمان کوتاهتری درمان شده اند. از نظر "فرا درمانی"، سیستم دفاعی بدن در زمان هایی که اتلاف انرژی ذهنی وجود داشته باشد مانند مواقعی که فرد درگیر اغتشاشات ذهنی و یا حالت های سر در گمی، بلاتکلیفی و نابسامانی فکری است، به شدت کاهش پیدا می کند و در این وضعیت، یکپارچگی عملکرد سیستم دفاعی بدن نیز مختل شده، امکان ابتلا به بیماری های عفونی بیشتر از سایر موارد می شود. "فرا درمانی" با اصلاح چیدمان ذهنی در مدیریت ذهن که **مدیریت بدن و سلول** را نیز بر عهده دارد، با بالا بردن احساس خوب بودن از نظر فکری و احساسی و امید به زندگی (Well Being) از طریق چنین اصلاحی بدون نیاز به مشاوره و صحبت باعث ارتقای وضعیت ذهنی بیمار شده، به این وسیله سیستم دفاعی بدن را به وضعیت مطلوب می رساند. عوامل عمده در اتلاف انرژی ذهنی عبارتند از:

- درگیری بیش از حد این مدیریت با مسایلی که هیچ ارتباطی به فرد نداشته و تأثیری در زندگی او ندارند مانند اظهار نظرها و قضاوت های بی مورد.

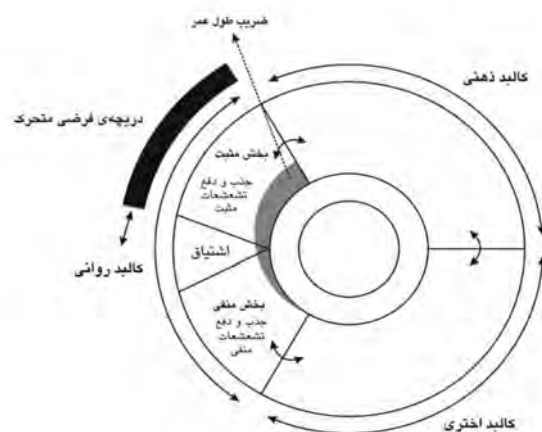
- درگیر شدن ذهن انسان با وحدت جهان هستی و چند پارچه کردن آن ها و ایجاد تبعیض و کثرت که خود باعث صرف انرژی ذهنی بیشتری می شود.

همچنین از نظر "فرادرمانی" سیستم دفاعی بدن، رابطه مستقیمی با وضعیت روانی انسان دارد و در حالت های قرار گرفتن در فاز منفی از قبیل حالت های ترس، اضطراب، نگرانی، ناامیدی، غم و غصه و ... به شدت قابلیت آن کاهش پیدا می کند. گروه کثیری از بیماران پس از وارد شدن شوک فاز منفی به آنان مبتلا به بیماری شده اند. همه پزشکان به تجربه به این موضوع پی برده اند که بیمارانی که به اصطلاح از روحیه خوبی برخوردار هستند بهتر به درمان جواب می دهند و زودتر به وضعیت مناسب می رسند تا آنها که از روحیه خوبی برخوردار نیستند. اما در هنگام بیماری افراد نصیحت و توصیه پذیر نیستند تا درمانگر بتواند با صحبت با آنان روحیه خوبی برایشان ایجاد کند زیرا اکثر آنان در مواجهه با بیماری، خود را باخته و دچار افسردگی شده اند چون خیلی زود مطلع شده اند که برای بیماری آنان درمان قطعی و مؤثری وجود ندارد و جز کنترل، آن هم برای زمانی نه چندان طولانی، کار دیگری برای معالجه قابل انجام نیست. بنابراین، برای رسیدن به چنین مقصودی یعنی ارتقای روحیه بیمار، کاری از درون وجود او لازم است که معمولاً با حرف و صحبت و نصیحت نمی توان آن را به وجود آورد. "فرادرمانی" با امکان دسترسی به نرم افزارهای داخلی ذهن و روان می تواند بدون نیاز به گفتگو و ارایه پند، نصیحت و توصیه، به تغییرات مثبت در ساختار نرم افزاری بیمار دست پیدا کند و به این هدف مهم برسد.

یکی از گزارش های عام فرادرمانگیران پس از "فرادرمانی" رسیدن به احساس خوب بودن و داشتن روحیه بالا (Well Being) است. بخشی از اساس قرار داشتن در چنین حالتی مربوط به چیدمان های کالبد روانی است که "فرادرمانی" باعث ایجاد چیدمان مطلوب برای آن شده و از این طریق به درمان بیماران کمک می شود.

کالبد روانی، یکی دیگر از کالبد های مهم وجودی انسان است که احساسات ذوقی انسان را کشف، بررسی و ظاهر کرده و تبعات پله ی عشق را مورد بررسی قرار داده، پیام های مربوط به آن را به مغز مخابره می کند تا پس از آن مغز نیز واکنش های (الکتریکی - شیمیایی) لازم را روی جسم آشکار سازد. برای مثال دیدن صحنه ای ترسناک، ابتدا با عبور این صحنه، از یک فیلتر (فیلتر بینش ها در کالبد ذهنی) شدت آن مورد بررسی قرار گرفته و میزانی برای آن تعیین می شود. صحنه ای که برای کسی بسیار وحشت انگیز است، احتمال دارد برای شخص دیگری، ترسناک نباشد و یا با ظاهر شدن ناگهانی یک موش، خانمی غش کرده و در حد مرگ بترسد، در حالی که خانم دیگری چنین واکنشی نشان ندهد. به هر حال، پس از ارزیابی وقایع بیرونی، مغز واکنش نشان داده و با پیام های شیمیایی، بدن را به عکس العمل وامی دارد.

این بدان معنی است که ما ابتدا با توجه به حوادث بیرونی می ترسیم و پس از آن با ترشح شیمیایی (در این مورد آدرنالین)، بدن به حالت آماده باش درآمده، نشانه های آن، روی ما ظاهر می شود و یا ابتدا ما تحت تأثیر حوادث بیرونی قرار گرفته و متأثر شده ایم، بعد از آن پیام به مغز رسیده و مغز نیز پیام شیمیایی مرتبط با آن را صادر کرده است و پس از آن علایم افسردگی ظاهر می شود. کالبد روانی مطابق (شکل-۳) به دو بخش مثبت و منفی تقسیم می شود که عملکرد هر یک به شرح زیر است:



• **بخش مثبت**، احساسات مثبت ما را کشف و درک می‌کند و جذب و دفع تشعشعات مثبت را به‌عهده دارد. به این معنی که با بروز احساسات مثبت، مغز از یک طرف پیام‌های شیمیایی مناسب را تولید کرده و بخش مثبت روان نیز از طرف دیگر تشعشع مثبت صادر می‌کند و اگر در برابر احساسات مثبت نیز قرار بگیرد تشعشع مثبت جذب می‌کند. به کسی که در این حالت قرار دارد، یعنی در حال استفاده از بخش مثبت روان خود است، به اصطلاح می‌گوییم که در فاز مثبت قرار دارد که در این حالت فقط می‌تواند تشعشع مثبت صادر کرده و یا جذب کند.

• **بخش منفی**، می‌تواند احساسات منفی انسان را برای ما مکشوف کرده و حالت آن را برای ما ظاهر سازد؛ مانند حالت خشم و کینه، نفرت، بخل و حسد و ... با بروز احساسات منفی، از یک سو مغز پاسخ مناسب را روی جسم پیاده می‌کند و جسم مسموم می‌شود و از طرف دیگر این بخش به ایجاد تشعشع منفی پرداخته و خود و دیگران را در معرض این تشعشع منفی قرار می‌دهد. در چنین موقعیتی ما به اصطلاح در فاز منفی قرار داریم.

انسان در هر لحظه فقط می‌تواند یکی از بخش‌های مثبت و منفی کالبد روانی را مورد استفاده قرار دهد و فقط یا در فاز منفی (به این معنی که دریچه‌ی بخش مثبت بسته و جلوی دریچه منفی باز باشد) و یا در فاز مثبت قرار داشته باشد (که در این حالت، دریچه‌ی منفی بسته و دریچه‌ی مثبت باز است). به طور دقیق مثل این که یک دریچه فرضی، به‌طور دائم یا روی بخش مثبت و یا روی بخش منفی را مسدود کند. هر بخشی که مسدود شود، دیگر نمی‌تواند جذب و دفع تشعشع مربوط به آن قسمت را داشته باشد.

به دنبال افکار، اعمال و رفتار انسان، تشعشع متناسب با آن ساطع می‌شود. برای مثال، در صورتی که به کسی با محبت نگاه کنیم، آن فرد در معرض تشعشع مثبت قرار گرفته، در حالی که اگر به کسی با خشم و غضب برخورد شود، آن شخص مورد تشعشع منفی قرار می‌گیرد و همان‌گونه که بررسی خواهد شد، مورد لطمه و صدماتی قرار گرفته، به‌طوری که حتی تشعشعات دریافتی، در طول عمر فرد نیز اثر خواهد گذاشت.

تشعشعات مثبت و یا منفی تابع بُعد مکان نبوده و دوری و نزدیکی فرد، در میزان و شدت آن تأثیری ندارد. هنگامی که در فاز مثبت قرار داشته باشیم و تشعشعی منفی به سمت ما فرستاده شود، به دلیل این که دریچه‌ی منفی مسدود است، قادر به نفوذ نیست ولی در صورتی که در فاز منفی قرار داشته باشیم، می‌تواند نفوذ کرده و ما را درگیر کند و برعکس اگر تشعشع مثبتی برای ما ارسال شود و در این حالت در فاز منفی قرار داشته باشیم، به دلیل این که دریچه‌ی مثبت مسدود است قادر به جذب آن نبوده، از آن محروم خواهیم ماند. بنابراین، تا حد امکان باید در فاز مثبت بود تا از ورود تشعشعات منفی جلوگیری شود.

همچنین در کالبد روانی، بخشی وجود دارد که در آن ضریب طول عمر انسان تعیین می‌شود. بدین صورت که هر چقدر میزان تشعشعات مثبت صادر شده و دریافت شده بیشتر باشد، این ضریب که توسط نرم‌افزاری مورد سنجش قرار می‌گیرد، بیشتر و در نتیجه طول عمر انسان نیز افزایش پیدا خواهد کرد. بر این اساس عیسی مسیح (ع) توصیه نمودند که حتی دشمنان خود را نیز دوست بداریم، زیرا لطمه‌ای که انسان در فاز منفی می‌بیند، بسیار بیشتر از آن است که تصور می‌کند.

"فرا درمانی" با اصلاح چیدمان ذهنی، احساس خوب بودن و امید به زندگی (Well Being) را بالا برده، بدون نیاز به مشاوره باعث ارتقای وضعیت ذهنی بیمار می شود و سیستم دفاعی بدن را به وضعیت مطلوب می رساند

نرم افزارهای دیگری نیز وجود دارد که انرژی های مثبت و منفی را که انسان دریافت می کند، بررسی کرده، در مقابل هر حالت روانی با نوعی انرژی روبه رو است که آن را جذب کرده یا از دست می دهد. برای مثال، زمانی که از ما تعریف و تمجید می شود، این انرژی را دریافت می کنیم در نتیجه حتی احساس خستگی رفع شده و ممکن است احساس گرسنگی و نیاز به خواب نیز کاهش پیدا کند؛ و برعکس در صورتی که مورد انتقاد و سرزنش قرار بگیریم، انرژی خود را از دست داده، بی حوصله شده و پاهای ما یارای حرکت نداشته و احساس ضعف به ما دست می دهد. این موضوع اساس جنگ روانی را تشکیل می دهد و با این حربه تلاش می شود تا به سربازان دشمن با استفاده از اخبار جعلی بقبولانند که آن ها توانایی لازم برای جنگیدن را ندارند و با در هم شکستن غرور ملی و نظامی، باعث کاهش میزان مقاومت شده و در نتیجه، از توان رزمی آن ها کاسته شود.

نرم افزار دیگری وجود دارد که میزان رضایت و نارضایتی ما را مورد سنجش قرار داده و از آن انرژی دریافت می کند. برای مثال اگر یک اتومبیل دست دوم را خریداری کنیم و به ما گفته شود که این ماشین اصلاً به قیمت خریداری شده نمی ارزد در این صورت به شدت از انرژی تخلیه شده و حتی ممکن است تب کرده و در بستر بیماری بیفتیم، اما اگر در همان حال افراد دیگری به ما بگویند که ماشین با قیمت خریداری شده واقعاً ارزش دارد، در آن صورت ممکن است که یک شب تا صبح را از فرط خوشحالی خوابیده و احساس خستگی نیز نداشته باشیم، که این تأثیر همان انرژی است که توضیح داده شد. در این مورد نرم افزار دیگری «ارزیابی از خود» را برعهده دارد.

نرم افزار مهم دیگری، وضعیت ما را در مقابل احساس ثواب و گناه سنجش کرده، به آن امتیاز مثبت و منفی می دهد و به دنبال آن جذب و دفع انرژی انجام می شود. در صورت دفع، سیستم دفاعی بدن ضعیف عمل کرده، امکان ابتلا به بیماری ها بیشتر می شود. در نرم افزار دیگری نیز، امیال و نیازهای انسان مورد بررسی قرار می گیرد و در صورت ناکام ماندن، با کسب امتیاز منفی، شروع به تخلیه انرژی و در صورت کامیاب شدن، انرژی جذب می کند که به دنبال آن انسان به احساس بهتری می رسد.

یکی دیگر از نرم افزارهای وجودی انسان «آرمان گرایی» های ما را مورد بررسی قرار داده و از این بابت، یا انرژی گرفته و یا انرژی دفع می کند.

برای مثال، در یک مسابقه فوتبال که همه ی تماشاچی ها با وضعیت روحی مشابهی به استادیوم آمده و یا در پای تلویزیون های خود مشغول تماشای مسابقه هستند؛ پس از اتمام مسابقه گروهی که تیم مورد علاقه ی آن ها پیروز شده است، انرژی بسیار زیادی دریافت کرده و قادرند کیلومترها بدوند و عده ای که تیم دلخواه آن ها بازنده شده، تخلیه ی انرژی شده و یارای حرف زدن را نیز ندارند و به شدت احساس خستگی می کنند؛ همچنین دچار بی حوصلگی و کلافگی می شوند که ناشی از ضعف همین نوع از انرژی است. در مواقع رسیدن به آرمان های ایده آل خود، انرژی خاصی در فرد ایجاد میگردد، به طوری که به اصطلاح در این مواقع گفته می شود «تمام خستگی ام در رفت»؛ در غیر این صورت خستگی چند برابر احساس می گردد؛ به همین دلیل دوباره کاری ها، انرژی بیش تری را از انسان گرفته و ایجاد خستگی زیادتری

"فرادرمانی" قادر است با مراجعه به اطلاعات نرم افزاری سلول و عضو، اقدام به رفع نقیصه های مادرزادی نموده و با رفع نقیصه، سلول و متعاقب آن عضو مربوطه را به وضعیت طبیعی برگرداند

می کنند. انرژی های وارد شده و دفع شده، در یک نرم افزار اصلی مورد بررسی نهایی قرار گرفته، به دنبال آن ضریب طول عمر و یا به عبارتی ضریب خستگی سلول تعیین می شود. نحوه این سنجش به این گونه است که به طور کلی هر چقدر انرژی های مثبت وارد شده بیش تر باشد، این ضریب نیز افزایش پیدا کرده و طول عمر طبیعی انسان نیز بیش تر می شود و با افزایش انرژی منفی، این ضریب کاهش پیدا کرده، طول عمر انسان نیز کاهش می یابد. بنابراین، قرار داشتن در فاز مثبت، تأثیر به سزایی در میزان سلامتی انسان دارد.

ضریب طول عمر

مطابق آن چه که در (شکل-۳) مشاهده می شود، سطح پررنگ با حداقل میزان خود در بخش منفی، شروع شده و هر چقدر به بخش مثبت نزدیک می شویم، افزایش پیدا می کند، این مقطع را **ضریب طول عمر** می نامیم. مقطع فوق نشان می دهد که هر چقدر از بخش مثبت، بیش تر استفاده کنیم، طول عمر افزایش پیدا کرده و هر چقدر از بخش منفی، بیش تر استفاده شود، میزان آن کاهش پیدا می کند و این بدان معناست که یکی از عوامل مهم در افزایش طول عمر، قرار داشتن در فاز مثبت است.

سیستم های دفاعی بدن در هنگام درگیری های احساسی منفی کالبد روانی

به طور کلی در حالت های قرار گرفتن در فاز منفی، مغز تولیدات شیمیایی مسموم خواهد داشت و در این حالت نیز سیستم های دفاعی بدن تضعیف می شوند زیرا یکپارچگی مدیریت بدن و سلول مختل شده و اتلاف انرژی ذهنی بیشتر می شود. تجربه نشان می دهد که اکثر افراد پس از وارد شدن به حالت های فاز منفی شدید دچار بیماری و حتی ایست قلبی شده اند.

"فرادرمانی" باعث شیفت از فاز منفی به فاز مثبت شده، در فرد ایجاد آرامش و جدایی از احساسات منفی می کند و به دنبال آن سیستم دفاعی بدن به بهترین وضعیت ممکن رسیده، درمان در کوتاه ترین زمان تحقق پیدا خواهد کرد.

الف ۲- هم فاز سازی میکروارگانیسم ها در «میدان شعوری» بدن انسان در جهت حذف مقاومت و خرابکاری

آن ها و رسیدن به حضور مسالمت آمیز (مراجعه به مصونیت شعوری - ویژه نامه ۳)

در یک میدان شعوری، رفتار یک میکروارگانیسم بستگی به حوزه شعوری اشتراکی بین میکروارگانیسم و ناقل آن میکروارگانیسم دارد و این رفتار الزاماً با رفتار شناخته شده میکروارگانیسم تطابق ندارد. در نتیجه، برخی افراد ناقل میکروارگانیسم هستند اما خودشان بیمار نیستند. برای مثال عده ای ناقل ویروس ایدز هستند ولی خود مبتلا به ایدز نیستند ضمن این که می توانند دیگران را آلوده کنند. و یا به همین ترتیب افرادی که ناقل ویروس سل هستند ولی مسلول نیستند و... همچنین افرادی که حیوانات را در محیط زندگی خود نگهداری می کنند و با آنها بسیار نزدیک هستند به طوری که آلوده شدن آن ها قطعی است اما هرگز به بیماری هایی که ناشی از نگهداری این حیوانات است مبتلا نمی شوند. این مطلب همچنین در مورد پزشکان و اعضای کادر درمانی بیمارستان ها که با بیماران بخش های عفونی و واگیردار در ارتباط مستقیم قرار دارند صدق می کند.

ب: رفع نقائص مادرزادی

بر طبق تئوری ها و تجارب متعدد چندین ساله، "فرادرمانی" قادر است با مراجعه به اطلاعات نرم افزاری سلول و عضو، اقدام به رفع نقیصه های مادرزادی نموده و با رفع نقیصه، سلول و متعاقب آن عضو مربوطه را به وضعیت طبیعی برگرداند. یکی از این تئوری ها که در "فرادرمانی" کاربرد بسیار زیادی دارد و باعث شده که در فرادرمانی نوع بیماری و ژنتیک بودن آن اهمیتی نداشته باشد، «تئوری رد نقش ژن در عدم درمان» است. در واقع یکی از قابلیت های "فرادرمانی"، فراهم نمودن امکان نفوذ در سطوح مختلف اطلاعات سلول و فعال کردن آن است.

برای مثال، درمان های رایج قادر نیستند از برنامه ژن عبور کنند. در نتیجه برنامه نرم افزار ژن غالب بوده و مانع درمان می شود. حال با عبور از نرم افزار ژن امکان ایجاد اصلاحاتی در سطح ژن وجود دارد. بنابراین، در "فرادرمانی" سد ژن مانع به حساب نیامده و ژنتیک بودن بیماری تاثیری در امر درمان ندارد.

در واقع با نفوذ در برنامه های اطلاعات سلول می توان به برنامه هایی دسترسی پیدا نمود که هر نوع ترمیم و رفع عیبی را مقدور می سازد. در ضمن با استفاده از «قابلیت ترمیم پذیری در فرادرمانی» پس از رفع نقیصه ژنتیکی ترمیم بخش معیوب آغاز می گردد.

«قابلیت ترمیم و اصلاح پذیری بخش های مختلف وجود انسان» یکی از نظریه های مهم در "فرادرمانی" است. بر طبق این نظریه، هر بخشی از وجود انسان از قابلیت ترمیم برخوردار است.

در "فرادرمانی"، این امر مهم به چند شکل کلی به شرح زیر تحقق پیدا می کند (مراجعه به شماره ۳- ویژه نامه فرادرمانی):

مطابق تقسیم بندی زیر، پدیده ترمیم و اصلاح سلول و عضو به صورت های مختلفی رخ می دهد:

Histological (بافت شناسی، ترمیم بافتی)	}	الف- ترمیم و اصلاح
Functional (عملکردی، ترمیم یا اصلاح عملکرد عضو یا ارگان)		
Morphological (شکل و ساینز)		

ب- ترمیم خستگی سلولی و ارگانی

پ- ترمیم از کار افتادگی

ت- ترمیم غیر سلولی ارگانیک: مانند رفع انسداد عروق کرونر، رفع زائده استخوانی، رفع سنگ، ...

ث- اصلاح نرم افزاری

با آرزوی توفیق الهی
محمد علی طاهری

برونشکتازی

اصول داخلی طب هاریسون

تعریف

برونشکتازی عبارت است از اتساع غیر طبیعی و دائمی برونش ها. برونشکتازی ممکن است موضعی باشد که در آن فقط مجاری هوایی ناحیه محدودی از پارانشیم ریه درگیر است و یا می تواند منتشر باشد که در این حالت مجاری هوایی نواحی گسترده تری از ریه درگیر هستند. مطالعات اخیر نشان داده اند که حدود ۱۱۰,۰۰۰ بیمار مبتلا به برونشکتازی در ایالات متحده وجود دارند. این بیماری نوعاً افراد مسن تر را گرفتار می کند؛ تقریباً دو سوم بیماران زن هستند.

آسیب شناسی

اتساع برونش ها در برونشکتازی تغییرات تخریبی و التهابی در دیواره مجاری هوایی متوسط (غالباً در سطح برونش های سگمانی یا تحت سگمانی) را به همراه دارد. التهاب راه های هوایی عمدتاً به واسطه نوتروفیل ها پدید می آید و منجر به تنظیم افزایشی آنزیم هایی همچون الاستاز و متالوپروتئینازهای ماتریکس می شود. اجزای ساختمانی طبیعی دیواره مجاری هوایی شامل غضروف، ماهیچه و بافت ارتجاعی، تخریب شده و ممکن است توسط بافت فیبروز جایگزین شده باشند. مجاری هوایی گشاد شده غالباً حاوی مقادیر زیادی ماده چرکی غلیظ هستند در حالی که مجاری هوایی محیطی تر اغلب توسط ترشحات مسدود شده اند و یا از بین رفته و جای خود را به بافت فیبروز داده اند. ویژگی های میکروسکوپی دیگر شامل التهاب و فیبروز برونشی و اطراف برونشی، زخم شدن دیواره برونش، متاپلازی سنگفرشی و هیپرپلازی غدد مخاطی می باشند. قسمتی از پارانشیم ریه که توسط مجاری هوایی درگیر هوادهی می شود، غیر طبیعی

است و حاوی درجات متغیری از فیبروز، آمفیزم، برونکوپنومونی و آتلکتازی است. در نتیجه التهاب، میزان رگ های دیواره برونش ها افزایش می یابد و همراه با آن سرخرگ های برونشی بزرگ شده و آناستوموزهایی بین سرخرگ های برونشی و ریوی برقرار می گردد.

سه الگوی متفاوت برای برونشکتازی شرح داده اند. در برونشکتازی استوانه ای برونش ها به صورت لوله هایی هستند که به طور یکنواخت متسع شده اند و به ناگهان در نقطه ای که مجاری هوایی کوچکتر، توسط ترشحات مسدود شده اند، خاتمه می یابند. در برونشکتازی واریسی اتساع برونش های درگیر، الگویی نامنظم یا دانه تسبیحی دارد که شبیه سیاهرگ های واریسی است. در برونشکتازی کیسه ای (کیستی) قسمت محیطی برونش ها نمایی بادکنکی دارد و به کیسه هایی کور ختم می شوند که پس از آنها ساختمان های برونشی قابل تشخیص وجود ندارد.

سبب شناسی و مکانیسم آسیب زایی

برونشکتازی پیامد التهاب و تخریب اجزای ساختمانی دیواره برونش است. عفونت علت معلول التهاب می باشد. میکروارگانیزم هایی مثل پسودوموناس آئروژینوزا و هموفیلوس آنفلونزا، رنگدانه ها، پروتئازها و سموم دیگری ترشح می کنند که به اپیتلیوم تنفسی آسیب می رسانند و پاکسازی مخاطی - مژکی را مختل می سازند. پاسخ التهابی میزان موجب آسیب دیدگی اپیتلیوم می شود که عمده تاً حاصل ترشح میانجی ها از نوتروفیل هاست. با تضعیف عوامل حفاظتی ضد عفونت، مجاری هوایی اتساع یافته برای تجمع و رشد باکتری ها مستعدتر می شوند. لذا ممکن است چرخه معیوب حاصل شود که در آن التهاب باعث تخریب مجاری هوایی، اختلال در پاکسازی میکروارگانیزم ها و عفونت بیشتر شود و عفونت بیشتر نیز از طریق برانگیختن التهاب بیشتر، چرخه را کامل نماید.

علل عفونی

آدنوویروس و ویروس آنفلوانزا، ویروس های اصلی مولد برونشکتازی ناشی از درگیری دستگاه تنفسی تحتانی هستند. عفونت های باکتریایی شدید به ویژه با ارگانیزم هایی نظیر استافیلوکوک اورئوس، کلبسیلا و بی هوازی ها که بالقوه می توانند موجب نکروز گردند، در مواردی که درمان آنتی بیوتیکی پنومونی صورت نگرفته باشد یا با تأخیر قابل ملاحظه انجام شده باشد، از علل مهم برونشکتازی می باشند. عفونت بوردتلا پرتوسیس، بخصوص در دوران کودکی، به طور کلاسیک با بیماری چرکی مزمن مجاری هوایی ارتباط دارد. برونشکتازی در بیماران مبتلا به عفونت HIV گزارش شده است که شاید حداقل تا حدی ناشی از عفونت باکتریایی مکرر باشد. سل یک علت اصلی برونشکتازی در سرتاسر جهان است. سل می تواند با یک اثر نکروز دهنده بر پارانشیم ریه و مجاری هوایی و به طور غیرمستقیم با ایجاد انسداد مجاری هوایی در اثر تنگی برونش یا فشار خارجی توسط عقده های لنفاوی، باعث ایجاد برونشکتازی می گردد. میکوباکتریومهای غیر سلی در موارد زیادی از کشت خلط بیماران مبتلا به برونشکتازی به دست می آیند که وجود آنها اکثراً به صورت عفونت های ثانویه یا ارگانیزم های استقرار یافته می باشد، اگر چه در حال حاضر مشخص شده است که این ارگانیزم ها، به ویژه کمپلکس میکوباکتریوم آویوم، می توانند به عنوان پاتوژن های اولیه با بروز و یا پیشرفت برونشکتازی همراه باشند.

اختلال مکانیسم های دفاعی میزبان غالباً در مستعد شدن بیمار به عفونت های مکرر دخیل است. علت اصلی اختلال در عوامل دفاعی موضعی میزبان، انسداد داخل برونشی است. پاکسازی کافی باکتری ها و ترشحات از مجاری هوایی انسداد یافته میسر نبوده و این امر سبب پیدایش عفونت مکرر یا مزمن می شود.

همراهی نئوپلاسم های داخل برونشی با رشد کند (نظیر تومورهای کارسینوئید) با برونشکتازی شایع تر است. آسپیراسیون جسم خارجی، به ویژه در کودکان، علت مهم دیگری برای انسداد داخل برونشی است. انسداد مجرای هوایی ممکن است ناشی از تنگی برونش، ترشحات سفت شده و یا فشار خارجی عقده های لنفاوی بزرگ شده باشد.

اختلال عمومی مکانیسم های دفاعی ریوی در کمبود ایمونوگلوبولین، اختلالات مژکی اولیه یا فیبروز کیستیک دیده می شود. بنابراین در این موارد عفونت ها و برونشکتازی غالباً منتشرتر هستند. پان هیپوگاما گلوبولینمی، شناخته شده ترین اختلال ایمونوگلوبولینی است که همراه با عفونت مکرر و برونشکتازی دیده می شود و این بیماران غالباً سابقه ای از عفونت های سینوسی یا پوستی نیز دارند. کمبود انتخابی یک زیر گروه از IgG، به ویژه IgG2 نیز در تعداد کمی از بیماران مبتلا به برونشکتازی توصیف گردیده است.

اختلالات اولیه ای که با نقص کارکرد مژکی همراه اند دیسکینزی مژکی اولیه نامیده می شوند و مسئول ۵ تا ۱۰ درصد از موارد برونشکتازی می باشند. دیسکینزی مژکی اولیه به صورت اتوزومی ارثی منتقل می شود. نقایص فراوانی تحت این عنوان دسته بندی می شوند از جمله ناهنجاری های ساختمانی بازوهای داینین، پره های شعاعی و میکروتوبول ها. کک ها بی حرکت می شوند، فعالیت هماهنگ رانشی آنها کاهش می یابد و پاکسازی باکتری ها مختل می شود. آثار بالینی این تغییرات عبارت اند از : عفونت های مکرر دستگاه تنفسی فوقانی و تحتانی از جمله سینوزیت، اوتیت میانی و برونشکتازی. از آنجا که تحرک طبیعی اسپرم نیز وابسته به کارکرد مژکهاست، مردان عموماً عقیم می شوند. تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به دیسکینزی مژکی اولیه در زیر گروه سندرم کارتاژنر قرار می گیرند که در آن معکوس بودن جای اعضا به همراه برونشکتازی و سینوزیت وجود دارد.

در فیبروز کیستیک وجود ترشحات چسبناک در برونش، اختلال در پاکسازی باکتری ها را به همراه خواهد داشت که منجر به تجمع و عفونت مکرر با ارگانیزم هایی متنوع، به ویژه سویه های موکوئیدی پseudomonas aeruginosa و همینطور استافیلوکوک اورئوس، هموفیلوس آنفلوانزا، اشرشیا کولی و بورخولدریا سپاسیا می گردد.

علل غیر عفونی

برخی از موارد برونشکتازی مربوط به قرارگیری در معرض نوعی ماده سمی هستند که باعث برانگیختن یک واکنش التهابی شدید می گردد. نمونه هایی از این موارد عبارت اند از استنشاق یک گاز سمی نظیر آمونیاک یا آسپیراسیون محتوای اسیدی معده، گر چه مشکل اخیر غالباً به واسطه آسپیراسیون باکتری ها عارضه دار می شود. همچنین ممکن است یک پاسخ ایمنی در مجرای هوایی موجب شروع التهاب، تغییرات مخرب و اتساع برونش شود. احتمالاً این مکانیسم مسئول برونشکتازی ناشی از آسپرژیلوز برونکوپولمونری آلرژیک (ABPA) است. علت آن حداقل تا حدی، بروز پاسخ ایمنی در مقابل ارگانیزم های آسپرژیلوس است که در مجاری هوایی تجمع یافته اند.

در کمبود آنتی تریپسین، عارضه ریوی معمول، آمفیزم پان آسینار زودرس است ولی افراد مبتلا گاهی دچار برونشکتازی نیز می شوند. در سندرم ناخن زرد که علت آن هیپوپلازی لنفاتیک ها است، تریاد خیز لنفاوی، افوزیون جنب و زرد شدن ناخن در نزدیک به ۴۰ درصد از بیماران همراه با برونشکتازی است.

تظاهرات بالینی

بیماران به طور تیپیک با سرفه مداوم یا مکرر و خلط چرکی مراجعه می کنند. هموپتیزی در ۷۰-۵۰ درصد موارد رخ می دهد و می تواند ناشی از خونریزی از مخاط شکننده و ملتهب مجاری هوایی باشند. خونریزی ها مهم تر و حتی خونریزی های بسیار شدید غالباً پیامد خونریزی از سرخرگ های برونشی هیپرتروفی یافته است. علایم عمومی مثل خستگی، کاهش وزن و درد عضلانی نیز ممکن است رخ دهند.

در مواقعی که یک عفونت اختصاصی باعث آغاز برونشکتازی می شود، بیماران ممکن است بروز یک پنومونی شدید و به دنبال آن سرفه مزمن و تولید خلط را اظهار نمایند. از سوی دیگر، بیمارانی که واقعه آغازگر چشمگیری را پشت سر گذاشته اند غالباً اظهار می کنند که شروع علایم تدریجی بوده است. برخی از بیماران علامتی ندارند یا سرفه بدون خلط دارند که در این موارد غالباً با برونشکتازی «خشک» در ناحیه لوب فوقانی همراه هستند. تنگی نفس یا خس خس عموماً حاکی از برونشکتازی وسیع یا بیماری انسدادی مزمن زمینه ای ریه می باشد. هر بار که عفونت تشدید می شود، مقدار خلط افزایش می یابد، ظاهر آن چرکی تر و اغلب خونی تر می شود و ممکن است بیماران تب کنند.

معاینه فیزیکی قفسه سینه در ناحیه برونشکتازی بسیار متغیر است. امکان شنیدن هر ترکیبی از کراکل ها، رنکوس ها و خس خس وجود دارد که همگی نشانگر آسیب دیدگی مجاری هوایی و وجود مقادیر قابل توجهی از ترشحات در آنهاست. چماقی شدن، همانند سایر عفونت های مزمن داخل قفسه سینه، ممکن است وجود داشته باشد. بیمارانی که دچار بیماری شدید و منتشر هستند، بخصوص آنهایی که هیپوکسمی مزمن دارند ممکن است دچار کورپولمونال و نارسایی بطن راست نیز باشند.

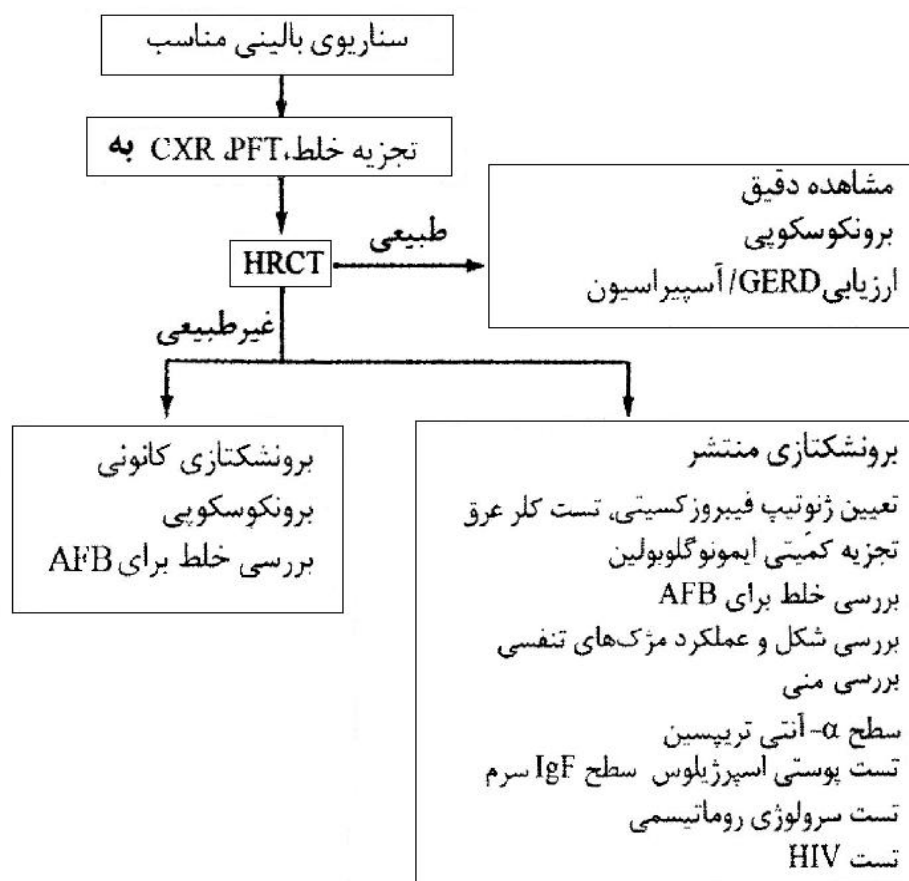
یافته های پرتونگاری و آزمایشگاهی

پرتونگاری قفسه سینه برای ارزیابی موارد مشکوک به برونشکتازی مهم است ولی یافته های آن غالباً غیر اختصاصی هستند. از یک سو در بیماری خفیف، پرتونگاری ممکن است طبیعی باشد. از سوی دیگر بیماران مبتلا به برونشکتازی ساکولار (کیسه ای) ممکن است دارای فضاهای واضح کیستی واجد یا فاقد سطح مایع - هوا باشند که با مجاری هوایی متسع مطابقت دارند. این موارد را ممکن است به سختی بتوان از بزرگ شدن فضاهای هوایی در اثر آمفیزم بولوز و یا از نواحی لانه زنبوری در افراد دچار بیماری شدید بینابینی ریوی افتراق داد. یافته های دیگر ناشی از اتساع مجاری هوایی واجد دیواره های ضخیم است که علت آن التهاب اطراف برونشی است. به دلیل کاهش تهویه و آتلکتازی پارانشیم ریوی مربوط به مجاری هوایی درگیر، این مجاری هوایی متسع غالباً به صورت دستجاتی پر تعداد به موازات هم قرار می گیرند. نمای مقطع طولی مجاری هوایی شبیه «راه آهن» است و نمای مقطع عرضی این مجاری به صورت «سایه های حلقوی» است. مجاری هوایی متسع ممکن است به توسط ترشحات پر شده باشند لذا احتمال دارد که مجرا به صورت حاجب ظاهر



گردد و نه شفاف که این حالت یک ساختمان لوله ای کدر یا یک ساختمان لوله ای شاخه شاخه ایجاد می کند. CT بخصوص CT اسکن با قدرت تفکیک بالا (ضخامت مقاطع آن ۱ - ۱mm است) نمای بسیار خوبی از مجاری هوایی متسع به دست می دهد. در نتیجه، CT امروزه روش استاندارد برای شناسایی و تأیید تشخیص برونشکتازی است. آزمایش خلط غالباً افزایش نوتروفیل ها و کلونیزاسیون یا عفونت با انواعی از ارگانیسم های احتمالی را نشان می دهد. رنگ آمیزی و کشت مناسب خلط غالباً راهنمای خوبی برای درمان آنتی بیوتیکی است. در برونشکتازی کانونی، برونکوسکوپی فیبراپتیک ممکن است یک انسداد زمینه ای داخل برونشی را نشان دهد. در موارد دیگر، درگیری لوب فوقانی ممکن است بیانگر سل یا ABPA باشد. در موارد گسترده تر بیماری، اندازه گیری میزان کلر عرق برای فیبروز کیستی، ارزیابی ساختمانی یا کارکردی مژک های بینی یا برونش یا اسپرم از نظر دیسکینزی مژکی اولیه و ارزیابی کمی ایمونوگلوبین ها می تواند توجیه کننده عفونت های مکرر مجاری هوایی باشد. در اثر برونشکتازی منتشر یا همراهی یک بیماری ریوی بینابینی مزمن، تست های کارکرد ریوی ممکن است انسداد جریان هوا را نشان دهند. افزایش واکنش دهی برونش، مثلاً به آزمون تحریک با متاکولین و برگشت پذیری انسداد جریان هوا به دنبال مصرف برونکودیلاتورهای استنشاقی نسبتاً شایع است. شکل صفحه بعد، رویکرد تشخیصی متکی بر ظن بالینی و یافته های پرتونگاری را نشان می دهد. تشخیص افتراقی برونشکتازی کانونی با برونشکتازی منتشر فرق دارد. برای تشخیص افتراقی ابتدا می توان از الگوی پرتونگاری شروع کرد. الگوریتم تشخیصی در این شکل را نمی توان به طور یکسان برای تمام بیماران مبتلا به برونشکتازی به کار برد. بررسی تشخیصی را باید با بررسی دقیق سناریوی بالینی هدایت کرد. مثلاً، برای بیماری که برونشکتازی کانونی دارد، اثبات پنومونی قدیمی در محل ضایعه ممکن است کافی باشد. ارزیابی کمبود ایمونوگلوبولین و فیبروز کیستی را باید در بیماران کم سن و سال مبتلا به برونشکتازی و بیماری سینوسی - ریوی در نظر داشت.

رویکرد به برونشکتازی



AFB = باسیل های اسید فاست

CXP = پرتونگاری ریه

GERD = ریفلکس معده به مری

HRCT = توموگرافی کامپیوتری با قدرت تفکیک بالا

PFT = تست های عملکرد ریوی

درمان برونشکتازی

درمان چهار هدف عمده دارد که عبارتند از : (۱) کنترل عفونت به ویژه در طی دوره های تشدید حاد، (۲) بهبود پاکسازی ترشحات نای و برونش ها، (۳) کاهش التهاب و (۴) حذف مشکل زمینه ای قابل تشخیص.

آنتی بیوتیک ها نقش مهمی در درمان بیماری دارند. در بیمارانی که دوره های تشدید در آنها محدود و به صورت افزایش میزان خلط و چرکی بودن آن است، آنتی بیوتیک ها را به طور معمول فقط در طی مرحله حاد بیماری تجویز می کنند. برای انتخاب آنتی بیوتیک ها می توان از رنگ آمیزی گرم و کشت خلط به عنوان راهنما استفاده نمود با این حال اغلب در ابتدا درمان تجربی (مثلاً با آمپی سیلین، آموکسی سیلین، تری متوپریم - سولفامتوکسازول یا سفاکلور) انجام می شود. عفونت با پسودوموناس آئروژینوزا اهمیت خاصی دارد، زیرا به نظر می رسد با تباهی بیشتر عملکرد ریه و افت کیفیت زندگی بیمار همراه است. در صورت وجود پسودوموناس آئروژینوزا درمان خوراکی با کینولون یا درمان تزریقی با آمینوگلیکوزید، کارباپنم یا نسل سوم سفالوسپورین ها، بسته به نتایج آزمایش حساسیت، می تواند مناسب باشد. هیچ رهنمود قطعی برای مدت درمان ارائه نشده است، اما عموماً یک دوره ۱۴ - ۱۰ روزه یا طولانی تر انجام می شود.

انواع روش ها و وسایل مکانیکی همراه با وضعیت گیری مناسب بدن می تواند به تخلیه ترشحات در بیمارانی که ترشحات فراوان دارند، کمک کنند. روش های پاکسازی مجاری هوایی به وفور استفاده نشده و احتمالاً مفید واقع می شوند، اما در مورد کارایی آنها کمتر پژوهش شده است. از داروها نیز برای کمک به پاکسازی راه های هوایی استفاده می شود. استفاده از داروهای موکولیتیک برای رقیق سازی ترشحات و پاکسازی بهتر آنها مورد بحث است. افشانه DNase نو ترکیب، ویسکوزیته خلط را به واسطه تخریب DNA آزاد شده از نوتروفیل ها کاهش می دهد و کارکرد ریوی را در فیبروز کیستی بهبود می بخشد اما عوارضی دارد و بهتر است در برونشکتازی های غیر مرتبط با فیبروز کیستی استفاده نشود. در بیمارانی که دچار افزایش واکنش دهی راه های هوایی و انسداد برگشت پذیر جریان هوا هستند، استفاده از برونکودیلاتورها برای بهبود انسداد و کمک به پاکسازی ترشحات بسیار مفید است. درمان جراحی در گذشته رایج بوده است ولی درمان های آنتی بیوتیکی و حمایتی مؤثرتر تا حد زیادی جایگزین جراحی شده اند. با این حال زمانی که برونشکتازی موضعی باشد و علیرغم درمان دارویی کافی مشکلات بیماری قابل ملاحظه باشند، باید جراحی و خارج کردن ناحیه درگیر ریه را در نظر گرفت.

وقتی هموپتیزی شدید که غالباً از گردش خون هیپرتروفی یافته برونشی منشأ می گیرد با درمان محافظه کارانه از قبیل استراحت و استفاده از آنتی بیوتیک ها برطرف نشود، روش های درمانی محدود به جراحی و خارج کردن قسمت درگیر ریه یا آمبولیزاسیون سرخرگ های برونشی می گردد. خارج سازی قسمت درگیر در بیماری موضعی ممکن است موفقیت آمیز باشد ولی در بیماری منتشر، آمبولیزاسیون ارجحیت دارد.

اثر فرادرمانی

به عنوان شیوه ای جدید از طب مکمل

در بهبود وضعیت بیماران برونشکنازی

کاندید پیوند ریه

دکتر حمیدرضا خادمی

خلاصه

مقدمه:

امروزه طب مکمل بعنوان یک روش درمانی پذیرفته شده برای درمان بسیاری از بیماریها خصوصاً بیماریهای پیشرفته که علیرغم درمانهای معمول بهبودی چندانی ایجاد نمی شود، در نظر گرفته می شود. چند سالی است که در کشور ما شیوه جدیدی از طب مکمل تحت عنوان فرادرمانی مورد توجه قرار گرفته است. این شیوه بر پایه عرفان کیهانی (حلقه) بوده، معتقد است ارتباط بین شعور اجزا و شعور کل (هوشمندی حاکم بر جهان هستی) قادر به بهبود بیماریها است. هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر این نوع درمان کمکی در بیماران مبتلا به برونشکنازی است.

روش کار:

این کارآزمایی بالینی تصادفی در ۳۴ بیمار برونشکنازی کاندید پیوند ریه در بیمارستان مسیح دانشوری تهران در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۸ انجام شد (۱۱ بیمار در گروه شاهد و ۲۳ بیمار در گروه فرادرمانی). از هر بیمار میزان تقریبی خلط روزانه و کلاس عملکردی وی سوال شده و اسپیرومتری و تست پیاده روی شش دقیقه انجام شد. در گروه فرادرمانی علاوه بر درمان معمول بیماری، بیماران پس از دریافت توضیحاتی در مورد کلیات فرادرمانی، تحت این نوع درمان قرار گرفتند. فرادرمانی بر گرفتن ارتباط تحت نظر فرادرمانگر استوار است که با بستن چشمها به مدت حدود ۵ دقیقه حتی المقدور با دور کردن افکار مزاحم حاصل می شود. پس از آن بیمار می تواند احساس و موارد پیش آمده را بعنوان شاهد بازگو نماید. از بیماران خواسته شد روزانه حداقل یکبار این کار را تکرار نمایند. فرادرمانگران هفته ای یکبار با استفاده از تماس تلفنی علاوه بر پرسش در مورد انجام ارتباطات و احساسات ایجاد شده برای بیماران، بیمار را به تشویق داشتن ارتباط روزانه

می کردند. در ماه سوم نیز ارتباط در حضور فرادرمانگر انجام شده و تست های عملکردی تکرار گردید. بیماران گروه شاهد تحت مداخله ای مشابه اما توسط یک نفر غیر فرادرمانگر قرار گرفتند. در انتها احساس رضایت بیمار از این روش سوال شد.

یافته ها:

میانگین سن و مدت زمان بیماری بیماران به ترتیب ۳۱ سال و ۱۶ سال بود. ۲۵ بیمار (۷۴ درصد) مرد بودند. بیماران گروه فرادرمانی افزایش معنی داری در مسافت طی شده حین تست پیاده روی شش دقیقه، کاهش میزان خلط و بهتر شدن کلاس عملکردی را نشان دادند که در گروه شاهد مشاهده نشد. نیازمندی به اکسیژن حین انجام تست نیز در بیماران گروه فرادرمانی کاهش یافته بود. همچنین بیماران پس از انجام فرادرمانی احساس رضایت و راحتی بیشتری نسبت به گروه شاهد داشتند. با این وجود تغییر معنی داری در FEV_1 بیماران نسبت به مرحله اول حاصل نشد.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرادرمانی می تواند بعنوان یکی از درمانهای مکمل در بیماران برونشکتازی مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود وضعیت بالینی بیمار و نیز شیوه و کیفیت زندگی آنها منجر شود. از اینرو انجام مطالعات آتی به منظور اثبات اثرات این نوع درمان و نیز مدت زمان ماندگاری آن در سایر بیماریها پیشنهاد می گردد.

کلمات کلیدی:

برونشکتازی، طب مکمل، فرادرمانی، فراکل نگری، عرفان کیهانی



مقدمه

امروزه طب مکمل و جایگزین (Complementary and Alternative Medicine) یا CAM بعنوان یک روش درمانی مکمل از سوی سازمانها و نهادهای بین المللی پذیرفته شده و تعداد زیادی از افراد در سرتاسر دنیا از انواع مختلف آن استفاده می کنند. همچنین سرمایه گذاری در امر تحقیقات در زمینه طب جایگزین افزایش چشمگیری داشته است به گونه ای که در آمریکا از ۲ میلیون دلار در سال ۱۹۹۲ به بیش از ۶۸ میلیون دلار در سال ۲۰۰۰ رسیده است. از اینرو امروزه طب مکمل و جایگزین جایگاه ویژه و منحصر بفردی در درمان بیماریها یافته است (۱) و در کشورهای پیشرفته نیز از محبوبیت خوبی برخوردار است (۲).

طب مکمل و جایگزین به پنج گروه کلی تقسیم می گردد که یکی از آنها درمان بیماریهای جسمی از طریق ذهن (Mind-Body Interventions) است. در این نوع از CAM تکنیک های مختلفی برای افزایش کارایی ظرفیت ذهن برای غلبه بر عملکرد بدن و علایم بیماریها مورد استفاده قرار می گیرد (۳). شواهد نشان می دهد که برخی از انواع این درمان ها در کنترل درد و اضطراب، کاهش استرس و بهبود خلق، کیفیت زندگی و خواب بیماران و نیز بهبود بسیاری از بیماری های نورولوژیک نظیر میگرن، درد بدن، مشکلات کمر و گردن، سندرم تونل کارپ، فیبرومیالژیا و ... نتایج مثبتی داشته است (۴، ۵). بطور کلی درمانهای معنوی و روحانی (Spiritual healing) را می توان جزء این دسته از طب مکمل و جایگزین در نظر گرفت. روش های مختلفی از درمانهای معنوی و روحانی با توجه به دین، آیین و اعتقادات افراد در سرتاسر دنیا وجود دارد که دعا درمانی، مدیتیشن، یوگا، آیورودا و ... از نمونه های آن است. در هر یک از این شیوه ها تعریف متفاوتی برای بیماری و سلامت وجود دارد و در واقع این شیوه از درمانها نوعی درمان کیفی هستند که در آنها انسان تنها بصورت یک موجود تک بعدی که تنها دارای جسم است در نظر گرفته نمی شود. این نوع درمان ها از جمله درمانهای محبوب و پرطرفدار CAM به حساب می آیند (۶) بطوریکه در سال ۱۹۹۹ تخمین زده شده است که ۲۸/۹ درصد جمعیت امریکا حداقل از یک نوع از درمانهای CAM در سال گذشته استفاده کرده بودند که شایعترین آن نیایش یا بهبود روحانی بود (۷). همچنین بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماریها و مرکز ملی پیشگیری امریکا، در سال ۲۰۰۲، ۶۲ درصد افراد مورد بررسی از دعا و نیایش بعنوان نوعی CAM در یکسال گذشته استفاده کرده بودند (۸).

در ایران نیز برخی انواع درمانهای معنوی و روحانی وجود دارد. یکی از این روش های درمانی که مدتی است بصورت سازمان یافته انجام می شود، فرادرمانی است. بر طبق نظریه فرادرمانی، عناصر تشکیل دهنده جهان هستی عبارتند از: ماده، انرژی و آگاهی (شعور). در این نگرش، انسان مجموعه ای است از جسم، روان، ذهن و کالبدهای متعدد و ناشناخته دیگر که هر یک از این اجزا دارای شعور یا آگاهی مخصوص به خود می باشد. از مجموع شعور اجزاء، شعور کل حاصل می شود. شعور کل (یا شبکه شعور کیهانی) مجموعه هوشمندی، خرد و آگاهی حاکم بر جهان هستی است که عنصر اصلی جهان هستی را تشکیل می دهد. در فرادرمانی با نگاه به دیگر ابعاد وجودی انسان و بدون مداخله در روند درمان

معمول کمی، به بهبود وضعیت بیماران اقدام می گردد. از نظر فرادرمانی، بیماری عبارت است از اختلال در هر یک از کالبدها، سیستم‌های درونی یا اجزای انسان. از اینرو در این نگرش عرفانی توجه به کل وجود انسان اساس درمان او را تشکیل می دهد. فرادرمانی بر اساس نظریه‌ای بنام "پیوند شعوری" یا "اشتراک شعوری اجزا" بنا شده است. بر اسای این تئوری، هرگاه بین شعور اجزا و شعور کل ارتباط برقرار شود، شعور کل قادر به اصلاح، ترمیم و درمان شعور اجزا (شامل جسم و روان) از طریق شعور ذهن خواهد بود. با پیوند شعور جزء و کل، "حلقه پیوند شعوری" تشکیل شده و بخش مدیریت توزیع شعوری ذهن تجهیز می گردد و در ارتباط با کلیه‌ی اجزاء قرار گرفته، در نتیجه همه اجزاء تحت اسکن قرار می گیرند. اسکن عبارت است از زیر ذره بین قرار گرفتن اجزای وجودی فرد از طریق پیوند شعوری به منظور کشف معایب و بیماری‌های آشکار و پنهان وجود او. پس از برقراری ارتباط در فرادرمانی، بیمار بطور خودکار تحت اسکن قرار گرفته و بیماری‌های او آشکار شده، در ابتدا اولویت بندی بیماریها صورت می پذیرد. پس از آن فرآیند درمان با بیرون ریزی آغاز می گردد. بیرون ریزی روندی است که بدنبال آن سلول آثار بیماری‌ها و مشکلات گذشته و حال خود را آشکار می کند و با تداوم ارتباط ها آثار بیماری ها بتدریج و مطابق با نمودارهای تجربی بدست آمده از بین می رود(۹).

با توجه به اینکه مکانیسم اثر درمانهای مکمل متفاوت از مکانیسم اثر درمان های معمول پزشکی است، تردید های زیادی در مورد اثربخشی و کارآمدی این روش ها در درمان بیماران وجود دارد. از اینرو امروزه مطالعات و پژوهش های زیادی در سراسر دنیا در مورد کارایی و اثربخشی انواع مختلف طب مکمل در جریان است. مطالعه حاضر نیز به منظور معرفی فرادرمانی بعنوان یکی از انواع طب مکمل و بررسی تاثیر آن در کاهش علایم و بهبود بیماران مبتلا به برونشکتازی انجام شد.

روش کار طراحی مطالعه

این کارآزمایی بالینی در سالهای ۱۳۸۸-۱۳۸۷ در بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه در بیمارستان مسیح دانشوری انجام شد. خصوصیات کلی طرح برای هر یک از بیماران توضیح داده شد و عنوان گردید که انجام مداخله عارضه جانی برای آنها ندارد. بیمارانی که قادر به انجام تست های عملکردی ریه بودند و در مطالعه دیگری شرکت نداشتند، انتخاب شدند و از تمامی آنها رضایت کتبی اخذ شد. مطالعه دارای تاییدیه اخلاقی از بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بود. ۳۴ بیمار در مطالعه شرکت کردند. پس از ثبت مشخصات بیماران و انجام تست های ریه، از هر ۳ بیمار بطور تصادفی یک بیمار در گروه شاهد و دو بیمار در گروه فرادرمانی (۱۱ بیمار در گروه شاهد و ۲۳ بیمار در گروه فرادرمانی) قرار گرفتند. فرد تقسیم کننده بیماران از وضعیت تست های بیمار اطلاعی نداشت. سنجش ها در ماه سوم پس از مداخله نیز تکرار شد. تمام سنجش ها در زمان پایدار بودن بیماران انجام گردید. در طول دوره مطالعه تفاوتی بین دو گروه از نظر شیوه

درمان بیماری غیر از انجام مداخله وجود نداشت.

متغیرهای مورد سنجش

خصوصیات دموگرافیک بیماران (سن، جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات) و مدت زمان بیماری در بدو مطالعه ثبت گردید. میزان تقریبی خلط روزانه، کلاس عملکردی بیمار (I، حال عمومی خوب، IV، عدم توانایی در انجام کارهای معمول)، تست پیاده روی شش دقیقه و FEV_1 در بدو مطالعه و ماه سوم در بیماران مورد سنجش قرار گرفت. در پایان مطالعه نیز میزان رضایت بیماران از مداخله انجام شده با استفاده از یک مقیاس چهار قسمتی (I، رضایت خوب، IV، عدم رضایت) سنجیده شد.

مداخلات انجام شده

مداخله انجام شده در گروه فرادرمانی توسط ۴ نفر از فرادرمانگران انجام شد. فرادرمانگر فردی است که قبلاً تحت آموزش فرادرمانی قرار گرفته است. هر یک از بیماران پس از دریافت توضیحاتی در مورد کلیات فرادرمانی، تحت فرادرمانی قرار گرفت. فرادرمانی بر اصل گرفتن ارتباط تحت نظر فرادرمانگر استوار است. به اینصورت که در مرتبه اول فرادرمانگر از بیمار می خواهد حدود ۵ دقیقه چشمان خود را ببندد و حتی المقدور افکار مزاحم را از خود دور کند و تنها احساسات و موارد پیش آمده را بدون پیش داوری در مورد آنها مشاهده کند (شاهد یا ناظر بودن). پس از ارتباط بیمار می تواند موارد تجربه شده خود را بازگو نماید. ارتباط گرفتن در دفعات بعدی نیاز به حضور فرادرمانگر نداشته و تنها لازم است وی در جریان آن باشد به این معنی که فرادرمانگیر (بیمار دریافت کننده فرادرمانی) زمانی از روز را برای گرفتن ارتباط به فرادرمانگر اعلام می نماید. فرادرمانی وابسته به زمان، مکان، شخص و خصوصیات وی نیست و از راه دور نیز قابل انجام است. از بیماران خواسته شد روزانه حداقل یکبار ارتباط بگیرند. فرادرمانگران هفته ای یکبار با استفاده از تماس تلفنی علاوه بر پرسش در مورد انجام ارتباطات و احساسات ایجاد شده برای بیماران، بیمار را تشویق به داشتن ارتباط روزانه می کردند. در ماه سوم نیز ارتباط در حضور فرادرمانگر انجام شد. در گروه شاهد همان توضیحات اولیه توسط یک نفر غیر فرادرمانگر به بیمار داده شده، از وی خواسته شد که همان کارها را انجام دهد. بیماران گروه شاهد نیز به روش مشابهی تحت پیگیری قرار گرفتند.

آنالیز آماری

از نرم افزار SPSS ۱۳ برای آنالیز آماری استفاده شد. برای توصیف متغیرها از میانگین (انحراف معیار) یا میانه (محدوده بین چارکی) و فراوانی (درصد) استفاده شد. تست های آماری مورد استفاده شامل آزمون مجذور کای، تست t مستقل، تست t زوجی، آزمون Mann-Whitney U، آزمون Wilcoxon Signed Ranks و آزمون McNemar بود. به منظور آنالیز بهتر داده ها، کلاس عملکردی بیماران و میزان رضایتمندی آنها بصورت دوحالتی در نظر گرفته شد. $P \text{ value} > 0.05$ ، بعنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.



بیمار جوان ۲۱ ساله، مجرد، دیپلم و ساکن تهران می باشد که از بدو تولد دچار سرماخوردگی های متعدد و عفونت های شدید مزمن می شده است که معمولاً با حالات شبه آسم همراه بوده است. از حدود سال ۱۳۸۵، بیمار حملات تنگی نفس با هیپوکسی شدید داشته که پس از مراجعه به پزشک معالج و گرفتن عکس رادیولوژی قفسه سینه و اسکن، با تشخیص برونشکتازی به بیمارستان مسیح دانشوری ارجاع گردیده است. در بیمارستان فوق با درمانهای روتین از قبیل اسپری های برونکودیلاتور و پردنیزولون خوراکی و در عفونتهای راجعه با سیپروفلوکسازین، بیمار تحت درمان و پیگیری بوده تا اینکه در ۱۸ سالگی در لیست پیوند قرار می گیرد. بیمار از حدود سال ۱۳۸۴ دچار اضطراب، طپش قلب، لرزش دست و پا و عصبانیت زود هنگام می شود که تا قبل از شروع "فرا درمانی" ادامه داشته است.

بیمار در تاریخ ۸۷/۶/۱۷ وارد طرح تحقیقاتی "فرا درمانی" در مرکز تحقیقاتی بیمارستان مسیح دانشوری گردیده، که در ارتباطهای اولیه ۳ بار در روز، احساس ترس شدید و لرزش در سراسر بدن توسط بیمار گزارش شده است که با ادامه ارتباطهای "فرا درمانی" تنگی نفس و حال عمومی وی بهتر می شود، اما نیاز به اکسیژن بیمار، ۱۸ ساعت در روز بوده است. در حین گرفتن ارتباطهای بعدی نیز احساس سرما، لرزش شدید، سردرد و سرگیجه وجود داشته که پس از اتمام ارتباط، وضعیت تنفس بهتر شده و کلاً وضع عمومی بیمار بهتر می شود و نیاز به اکسیژن کمتر می گردد.

در تاریخ ۸۷/۱۱/۱۳ بنا به گزارش بیمار؛ مصرف آنتی بیوتیکها برای اولین بار قطع شده، از نظر اعصاب کاملاً بهتر گردیده، حالات اضطرابی و طپش قلب بطور کلی از بین رفته و خلط بیمار نیز به مقدار اندکی رسیده است.

در گزارشات بعدی نیز بصورت تدریجی تنگی نفس و سرفه و خلط بیمار از بین رفته، میزان کورتیکواستروئید از ۵۰ به ۱۵ میلی گرم کاهش پیدا کرده و نیاز به اکسیژن بیمار در طول روز بسیار کمتر شده و تقریباً به صفر رسیده و تنها به مصرف چند ساعت در شب محدود گردیده است و حتی بیمار در نوروز سال ۸۸ موفق به بازی با توپ بمدت یکساعت،

آنهم بدون بروز مشکل تنفسی و یا نیاز به اکسیژن می گردد. دردهای بدنی بیمار بسیار کمتر شده و یکی از نکات قابل توجه، افزایش وزن بیمار بوده که تا تاریخ ۸۸/۳/۳۰ به ۱۲ کیلوگرم و در ماههای بعدی همین سال به ۱۶ کیلوگرم اضافه وزن رسیده است.

هم اکنون بیمار در وضعیت بسیار خوبی بسر می برد و مصرف کورتون و آنتی بیوتیک وی قطع شده است. تمام علائم عصبی، طپش قلب، اضطراب، دردهای بدن، ترس و پرخاشگری نیز بطور کلی برطرف شده و میزان خلط به صفر نزدیک گردیده است.

نتایج تستهای بیمار که از آغاز "فرا درمانی" تا کنون در چند مرحله اخذ و در جدول ثبت شده به شرح زیر می باشد: در تست پیاده روی بیمار، مسافت طی شده در جلسه اول ۱۲۷ متر، با نیاز به اکسیژن بوده که در هفته دوازدهم به ۴۷۶ متر، بدون نیاز به اکسیژن رسیده است.

در تست اسپرومتری، میزان FEV₁، افزایش چشمگیری نداشته و از ۲۵ به ۲۶ درصد رسیده است. نسبت FVC/FEV₁ از ۵۱/۶ به ۶۱/۹ درصد افزایش یافته و میزان خلط از روزانه ۲ لیوان در ابتدای طرح، به مقدار ناچیزی در هفته دوازدهم بعد از شروع طرح رسیده است.

کلاس کاربردی بیمار نیز از III به I رسیده که به معنی امکان بهره برداری زمانی بیشتر بیمار جهت انجام کارهای شخصی و بیرون از منزل، بطور انفرادی می باشد.

دیدگاه بیمار

بیمار پس از گرفتن ارتباطهای "فرا درمانی"، بطور محسوسی تغییر کرده و علاوه بر بهبود وضعیت تنفسی، خلط، سرفه و از بین رفتن علائم عصبی، بخاطر برگشت به وضعیت طبیعی یعنی امکان ورزش و انجام کارهای بیرون از منزل، علاقه بسیاری به ادامه درمان با استفاده از این روش پیدا کرده و روز به روز بهتر می شود.

پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۶/۱۷ کد بیمار: ۱۹۶۸۱۲ شماره پرونده: ۰۸-۷۵-۰۰

جنس و وضعیت تاهل: ☒ مرد ☐ زن ☒ مجرد ☐ متأهل

تحصیلات: ☐ بیسواد ☒ زیردیپلم ☐ دیپلم یا لیسانس ☐ بالای لیسانس

سن: ۲۰ سال مدت بیماری: ۲۰ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۱۶/۱۷	۱۲۷ متر	۱۸ ساعت در روز	۸۵	۸۱
۸۷/۸/۵	۳۶۵ متر	ندارد	۹۰	۶۰
۸۷/۱۰/۱	۴۱۶	ندارد	۸۸	۷۳

تست اسپیرومتری								میزان رضایتمندی		توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد			
۸۷/۱۶/۱۷	۲۵	۴۰	۵۱/۶	۱۳		√				اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۸/۵	۱۹	۳۶	۵۳	۸		√				مراجعه اول طرح
۸۷/۹/۲۴	۲۶	۲۷	۶۹/۱	۷		√				مراجعه دوم طرح

میزان خلط بیماران برونشکتازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۱۶/۱۷	۲ لیوان	III	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۸/۵	بدون خلط	II	مراجعه اول طرح
۸۷/۹/۲۴	بدون خلط	I	مراجعه دوم طرح



بیمار پسر ۱۹ ساله، مجرد، ساکن بابل. سال ۱۳۸۱، بیمار بعلت داشتن مدفوع چرب و گاهی اوقات عرق شبانه به پزشک مراجعه کرده که پس از عدم امکان بررسی دقیق در بابل به تهران آمده و در بیمارستان مفید، تست عرق جهت بیمار انجام گرفته که تشخیص فیبروز کیستیک به همراه برونشکتازی داده شده است. بیمار بطور متناوب علائم تنگی نفس و سرفه مزمن را داشته و در سال ۱۳۸۴ که در دریا مشغول آب تنی بوده دچار تنگی نفس، کبودی و خفگی شده که با تب و لرز توام بوده است. پزشک معالج با تشخیص سرماخوردگی حاد درمان آنتی بیوتیکی، برای ایشان تجویز نموده و بمدت ۵ تا ۶ ماه بطور متناوب تحت این درمانها قرار داشته است.

زمستان سال ۱۳۸۴ بیمار با حمله مجدد تنگی نفس در بیمارستان تحت بررسی قرار گرفته که مجدداً تشخیص فیبروز کیستیک به همراه برونشکتازی برای ایشان داده شده است. این روند تا سال ۱۳۸۶ ادامه داشته تا اینکه بیماری تشدید شده و با نیاز ۲۴ ساعته به اکسیژن در منزل ماندگار می شود.

در تاریخ ۱۳۸۷/۶/۱۰ بیمار وارد طرح تحقیقاتی "فرادرمانی" در بیمارستان مسیح دانشوری شده و در ابتدا با سه بار ارتباط در روز درمان را شروع می کند. در گزارشهای اولیه احساس سنگینی سر، دیدن ذرات معلق جلوی چشم و در ادامه احساس سبکی و آرامش داشته است. در گزارشات بعدی که اتصالات بطور غیرحضور و در منزل انجام می شده، گاهی احساس سنگینی سر، گرما و سرگیجه داشته که بتدریج برطرف شده است. پس از یک ماه، در بررسی مجدد تنگی نفس بسیار بهتر شده و نیاز به اکسیژن به چند ساعت، آنهم در زمان انجام فعالیت کاهش پیدا کرده است. البته بیمار در اواخر طرح ارتباطات خود را بطور نامنظم انجام داده، اما بعلت بهبودی سریع علائم پس از ارتباط، بیمار

احساس بسیار خوبی داشته، تنفس راحت تر شده و توانسته به کسب و کار خود بپردازد. تا اینکه در اردیبهشت سال ۱۳۸۸ طبق گفته مادر بیمار، بهبودی بسیار محسوسی را بصورت عدم نیاز به اکسیژن در ۲۴ ساعت، از بین رفتن خلط و نداشتن تنگی نفس، پیدا میکند و تنها در زمان سرماخوردگی بیمار اندکی تنگی نفس و کمی خلط دارد.

بررسی آزمایشگاهی

نتایج تستهای بیمار که از آغاز "فرادرمانی" در سه مرحله بفاصله ۲ تا ۳ ماه گرفته شده به شرح زیر می باشد:

در تستهای پیاده روی ۶ دقیقه، مسافت طی شده در ابتدای طرح ۳۷ متر با نیاز به اکسیژن بوده و در ۸ ماه بعد به ۴۳۲ متر بدون نیاز به اکسیژن رسیده است. در تست اسپرومتری میزان FEV_1 از ۱۸ به ۲۵ درصد رسیده است و نسبت FEV_1/FVC از $49/3$ به $82/7$ در آخرین جلسه پیگیری رسیده که نشان دهنده کاهش اختلال انسدادی است. میزان رضایتمندی بیمار نیز افزایش داشته است. میزان خلط بیمار از یک سوم لیوان در آغاز به مقدار بسیار کمی در ۸ ماه بعد از فرادرمانی رسیده است. و درجه عملکردی نیز از به II رسیده است.

دیدگاه بیمار

علیرغم نامنظم بودن ارتباطات "فرادرمانی" گرفته شده توسط بیمار، نامبرده از نتایج درمان بسیار راضی بوده و بهبودی خود را مدیون روش "فرادرمانی" می داند.



پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۶/۳۱ کد بیمار: ۱۷۹۶۳۶ شماره پرونده: ۹۳۹۷۱

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☒ زن ☐ مجرد ☒ متاهل ☐

تحصیلات: بیسواد ☐ زیردیپلم ☐ دیپلم یا لیسانس ☒ بالایی لیسانس ☐

سن: ۱۸ سال مدت بیماری: ۶ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۶/۳۱	۳۷۰ متر	خارد	۸۵	۷۶
۸۷/۱۱/۲۷	۴۲۲ متر	-	۸۵	۷۵
۸۸/۵/۲۵	۴۳۲ متر	-	۸۷	۸۲

تست اسپیرومتری								میزان رضایتمندی		توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد			
۸۷/۶/۳۱	۱۸	۳۲	۴۹/۳	۷		√				اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۱۱/۲۷	۲۳	۲۷	۷۱/۳۲	۱۳	√					مراجعه اول طرح
۸۸/۵/۲۵	۲۰	۳۱	۵۳	۱۰	√					مراجعه دوم طرح

میزان خلط بیماران بروشکنازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۶/۳۱	یکه سوم لیوان	II	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۱۱/۲۷	بسیار کم	II	مراجعه اول طرح
۸۸/۴/۶	بسیار کم	II	مراجعه دوم طرح

بیمار آقای ۵۰ ساله، متاهل، لیسانس و ساکن تهران است که سابقه بیماری برونشکتازی را از ۷ سال پیش بصورت تشدید علائم تنفسی از قبیل تنگی نفس + خلط زیاد، با عفونتهای ریوی (پنومونی) داشته است. بیمار در تاریخ ۸۷/۶/۱۰ وارد طرح تحقیقاتی "فرا درمانی" شده و روزی ۲ بار ارتباط "فرا درمانی" را انجام داده است. در ابتدای طرح در تست پیاده روی (۶mw)، مسافت طی شده با استفاده از اکسیژن ۶۶ متر بوده که در ۶ ماه بعد به ۱۷۰ متر، آنهم بدون نیاز به اکسیژن رسیده است. در تست اسپیرومتری در ابتدای طرح FEV₁، ۱۴ درصد گزارش شده که پس از ۶ ماه به ۵۵ افزایش پیدا کرده است. نسبت FEV₁/FVC نیز از ۴۷/۱ به ۹۶/۹۵ درصد افزایش یافته است.

میزان خلط بیمار از نیم لیوان در روز به صفر در ماه ششم، کاهش یافته و میزان رضایتمندی ایشان نیز بسیار افزایش داشته است. و در کل پس از ارتباطات "فرا درمانی"، تنگی نفس و درد سینه بسیار کاهش داشته و احساس آرامش پیدا کرده است. البته شایان ذکر است که در پایان سال ۱۳۸۷، بیمار پیوند ریه شده، اما تنها بعلت تغییراتی که در طی "فرا درمانی" برای ایشان رخ داده گزارش فوق تنظیم گردیده است.



پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۶/۱۰ کد بیمار: ۱۰۳۴۶۲ شماره پرونده: ۰۹۱۲۲۴

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☒ زن ☐ مجرد ☐ متاهل ☒

تحصیلات: بیسواد ☐ زیردیپلم ☐ دیپلم یا لیسانس ☒ بالای لیسانس ☐

سن: ۵۰ سال مدت بیماری: ۷ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۶/۱۰	۶۶ متر	دارد	۹۸	۹۱
۸۷/۹/۱۷	۱۴۰ متر	دارد	۹۵	۹۱
۸۷/۱۲/۱۱	۱۷۰ متر	ندارد	۹۳	۹۰

تست اسپرومتری								میزان رضایتمندی		توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV (25-75) %	خوب	متوسط	بد			
۸۷/۶/۱۰	۱۴	۳۳	۴۷/۱	۶	√					اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۹/۱۷	۱۶	۲۶	۵۰/۹	۱۷	√					مراجعه اول طرح
۸۷/۱۲/۱۱	۵۵	۴۶	۹۶/۹۵	۹۷	√					مراجعه دوم طرح

میزان خلط بیماران برونشکنازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۶/۱۰	نیم لیوان	II	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۹/۱۷	کمتر از نیم لیوان	II	مراجعه اول طرح
۸۷/۱۲/۱۱	بدون خلط	I	مراجعه دوم طرح

بیمار آقای ۳۴ ساله، متاهل، ساکن همدان که مشکل ریه بیمار از دوران بچگی و نوجوانی حدود ۲۰ سال پیش وجود داشته و در آن دوران بعلت آنژینهای چرکی حاد و تنگی نفس مرتباً بستری می شده و بدون تشخیص قطعی بصورت نامنظم تحت درمان با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف بوده است. مسائل بیمار بصورت علائم ویزینگ و تنگی نفس در سال ۱۳۸۰ بگونه ای تشدید گشته که بیمار به کلینیک آلرژی تهران مراجعه کرده و با تشخیص آسم آلرژیک تحت درمانهای دارویی + اسپری کورتیکو استروئیدی قرار گرفته و بعلت عدم درمان قطعی پس از مراجعات مکرر به مراکز پزشکی مختلف در انتها به بیمارستان مسیح دانشوری مراجعه و پس از بررسیهای تخصصی از قبیل: اسپرومتری و تست ۶ دقیقه ای قدم زدن با تشخیص برونشکتازی بستری و تحت درمان با اسپری برونکودیلاتور و آنتی بیوتیک قرار گرفته و از ۲ سال گذشته پس از بستری شدن در بیمارستان شریعتی، متخصصین نیاز به اکسیژن را برای ایشان ضروری تشخیص داده و پس از آن بیمار حدوداً ۱۲ ساعت در روز نیاز به اکسیژن داشته است. تا اینکه بیمار در تاریخ ۸۷/۶/۳ وارد طرح تحقیقاتی "فردرمانی" برونشکتازی در بیمارستان مسیح دانشوری می گردد.

در ابتدای طرح تحقیقاتی، ارتباطهای بیمار سه بار در روز بوده که در گزارش اول که بصورت حضوری در بیمارستان بوده، احساس گرما، سبک شدن و بهبودی وضعیت تنفسی را داشته است. اما در گزارشات بعدی غیرحضوری، تنگی نفس بیمار بتدریج بهبود پیدا کرده، لیکن در زمان ارتباط سرفه ها در ابتدا تشدید شده که پس از حدود یک ماه بتدریج از بین رفته و خلط بیمار بسیار کمتر شده است. از طرف دیگر نیاز به اکسیژن به ۱ تا ۲ ساعت در روز، آنهم با میزان و فشار اکسیژن بسیار کمتری نسبت به قبل (تقلیل فشار از ۶ به ۲) کاهش یافته است.

بیمار در پائیز سال ۱۳۸۸ بعلت سرماخوردگی شدید بستری شده که طبق اظهار نظر وی، علیرغم سرد بودن محل

زندگی (همدان) ، علاوه بر بالا بودن سرعت بهبودی، علائم حیاتی ایشان نیز برخلاف سالهای قبل حالت اضطراری نداشته است. نتایج تستهای بیمار از آغاز "فرادرمانی" تا کنون، که در سه مرحله گرفته شده بطور خلاصه در زیر آورده شده است.

در تست پیاده روی بیمار (تست ۶ دقیقه قدم زدن) ، مسافت طی شده در ابتدای طرح ۱۸۲ متر، با نیاز به اکسیژن بوده است که بتدریج در مراجعات بعدی سیر صعودی داشته و در ۸ ماه بعد به ۳۰۸ متر، آنهم بدون نیاز به اکسیژن رسیده است. در تست اسپرومتری بیمار، FEV_1 از ۱۹ به ۲۴ درصد افزایش پیدا کرده و میزان خلط که در آغاز یک سوم لیوان بوده (حدود ۳۰۰ CC)، به ۱۰۰ CC کاهش یافته است.

دیدگاه بیمار

بیمار با توجه به بهبودی علائم بویژه تنگی نفس، ارتباطهای "فرادرمانی" را ادامه داده و از آنجا که هر سال معمولاً علائم بیماری تشدید می شده، در یک سال اخیر با امید بیشتری به درمان فکر می کند و از نتیجه "فرادرمانی" بر روند بهبودی خود بسیار راضی می باشد.



پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۶/۳ کد بیمار: شماره پرونده:

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☒ زن ☐ مجرد ☐ متاهل ☒

تحصیلات: بیسواد ☐ زیردیپلم ☐ دیپلم یا لیسانس ☒ بالای لیسانس ☐

سن: ۳۴ سال مدت بیماری: ۲۰ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۶/۱۰	۱۸۲ متر	دارد	۸۷	۷۸
۸۷/۹/۲۴	۲۵۵ متر	-	۸۲	۶۷
۸۸/۲/۲۷	۳۰۸ متر	ندارد	۷۹	۸۶

تست اسپرومتری		میزان رضایتمندی			توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب متوسط بد
۸۷/۶/۱۰	۱۹	۳۱	۸۱	۷	✓
۸۷/۹/۲۴	۱۷	۲۸	۶۹/۶	۸	✓
۸۸/۲/۲۷	۲۴	۳۶	۶۹	۱۱	✓

میزان خلط بیماران برونشکنازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۶/۱۰	۳۰۰	II	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۹/۲۴	۳۰۰	II	مراجعه اول طرح
۸۷/۱۲/۱۸	۱۰۰	II	مراجعه دوم طرح

بیمار آقای ۶۰ ساله، متاهل، بازنشسته، ساکن تهران است که از سال ۱۳۶۴ مشکل تنفسی غیرحاد بصورت تنگی نفس و ضعف شروع شده، تدریجاً تا سال ۱۳۷۵ این مشکلات ادامه داشته، بصورت سرپایی به پزشک مراجعه و با درمانهای دارویی ساده از قبیل آنتی بیوتیک خوراکی، مکمل ویتامینی و شربتهای مختلف نظیر اکسپکتورانت پیگیری می شده تا اینکه در سال ۱۳۸۷ مشکل تنفسی بیمار افزایش داشته بصورتی که با تنگی نفس حاد و احساس خفگی به بیمارستان مراجعه و با تشخیص آلرژی حاد بصورت سرپایی با دستورات غذایی خاص و اسپری ضدحساسیت مرخص شده است. بدنبال آن مشکلات بیمار منجر به بازنشستگی وی شده و اینها تا سال ۱۳۸۳ ادامه داشته که پس از مراجعه به پزشک متخصص ریه و انجام سی تی اسکن با تشخیص برونشکتازی در "بیمارستان ۵۰۵" و سپس "مسیح دانشوری" تحت درمان و پیگیری ماهیانه قرار گرفته است. تا سال ۱۳۸۵ بیمار اکسیژن مصرف نمی کرده اما از این سال بعلت تشدید تنگی نفس به دستگاه اکسیژن ساز به میزان ۳ تا ۴ ساعت در روز و از سال ۱۳۸۶ بصورت دائمی وابسته بوده است. درمانهای دارویی از قرار: قرص endoxan ۵۰ میلی گرم روزی ۲ عدد، قرص flomacyl و از سال ۱۳۸۷ varfarin روزی یک عدد بوده است.

بعلت وجود خلط زیاد (حدود نصف لیوان) بیمار قادر به انجام کارهای روزانه خود در منزل نبوده و بعلت روند نزولی سلامت، بطور ماهیانه به بخش درمانگاهی بیمارستان "مسیح دانشوری" مراجعه نموده است. تا اینکه در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۸ وارد طرح تحقیقاتی "فرا درمانی" برونشکتازی در بیمارستان "مسیح دانشوری" شده و "فرا درمانی" را شروع می نماید. ارتباطهای "فرا درمانی" ایشان بمدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در روز و بعد از نمازهای روزانه بوده است که با احساس

گرما، گزگز دست و گرفتگی عضلات پشت گردن همراه بوده و در گزارشات بعدی که بصورت غیرحضوری و تلفنی توسط فرادرمانگر گرفته شده، بیمار حال عمومی بسیار بهتری داشته، راحت تر نفس می کشیده، فشار اکسیژن از ۶ به ۴ رسیده، درد زانوها و پشت گردن بیمار بسیار بهتر شده و توانسته ساعاتی در روز بدون اکسیژن در منزل کارهای ساده شخصی، از قبیل: مسواک زدن و شستشو و نمازخواندن را انجام دهد. در ضمن بیمار بعلت آب مروارید دچار کاهش دید بوده که در خلال انجام "فرادرمانی" بهتر شده و در تاریخ ۱۳۸۸/۳/۲۴ طبق گفته بیمار روحیه ایشان بالاتر رفته، اضافه وزن پیدا کرده، مصرف اکسیژن روزانه به ۲ تا ۳ ساعت و فشار ۳ تقلیل یافته و قادر به انجام رانندگی، بدون داشتن همراه شده و امکان حضور را در بیمارستان پیدا می کند.

بررسی آزمایشگاهی

در آزمایشات انجام شده برای این بیمار، تست پیاده روی ۶ دقیقه در ۴ نوبت و فاصله ۲ ماه انجام شده که مسافت طی شده در ابتدای طرح (قبل از فرادرمانی) ۱۷۰ متر با نیاز به اکسیژن بوده که با انجام "فرادرمانی" و پس از گذشت ۶ ماه به ۲۷۵ متر و بدون نیاز به اکسیژن می رسد. در اسپرومتری ابتدای طرح و قبل از "فرادرمانی"، $FEV_1 = 60\%$ بوده که نشاندهنده انسداد متوسط تا شدید است، اما در آخرین بررسی پس از ۶ ماه به ۷۶ درصد رسیده که در محدوده می نیمم می باشد. نسبت FVC/FEV_1 از مقدار $76/6$ به $98/8$ افزایش یافته که بیانگر کاهش شدت اختلالی می باشد. همچنین میزان خلط بیمار از حدود نصف لیوان در ابتدای طرح، به مقدار بسیار ناچیزی، آنهم پس از سرماخوردگی کاهش می یابد.

دیدگاه بیمار

بیمار از روند درمان خود با روش "فرادرمانی" بسیار رضایت دارد.

پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۱۰/۸ کد بیمار: شماره پرونده:

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☒ زن ☐ مجرد ☐ متاهل ☒

تحصیلات: بیسواد ☐ زیردیپلم ☒ دیپلم یا لیسانس ☐ بالای لیسانس ☐

سن: ۶۰ سال مدت بیماری: ۱۰ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه	O2 Sat ثانویه
۸۷/۱۰/۸	۱۷۰ متر	دارد	۶۹	۵۶
۸۷/۱۰/۲۹	۴۰۰ متر	دارد	۷۰	۵۷
۸۸/۳/۲۴	۲۷۵ متر	دارد	۹۳	۵۹

تست اسپرومتری								توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد	
۸۷/۱۰/۸	۶۰	۵۶	۷۶/۶	۱۰۵		√		اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۱۰/۲۹	۶۰	۵۴	۸۹/۳	۹۳		√		مراجعه اول طرح
۸۸/۳/۲۴	۷۶	۶۱	۹۸/۸	۹۵	√			مراجعه دوم طرح

میزان خلط بیماران برونشکازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۱۰/۸	نصف لیوان	III	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۱۰/۲۹	نصف لیوان	II	مراجعه اول طرح
۸۸/۳/۲۴	بسیار کم	II	مراجعه دوم طرح



بیمار دختر ۲۴ ساله، مجرد، دیپلم و ساکن تهران می باشد. سابقه بیماری برونشکتازی به حدود ۶ سال پیش برمیگردد که با تنگی نفس شدید و عفونت های مکرر و درمانهای روتین آنتی بیوتیک و اسپری های برونکودیلاتور همراه بوده است.

در تاریخ ۸۷/۶/۲۴ بیمار وارد طرح تحقیقاتی "فرا درمانی" در بیمارستان شده است، و در گزارش اول، پس از برقراری ارتباط "فرا درمانی" در بیمارستان، احساس گرما در ناحیه قفسه سینه و سرفه شدید داشته، و در ارتباطات بعدی احساس سبکی و راحت تر شدن جریان تنفس را گزارش نموده است. احساس بهبودی و آرامش تا ۶ ماه ادامه داشته است. نتایج تستهای بیمار از آغاز "فرا درمانی" تا کنون که در سه مرحله گرفته شده به شرح زیر می باشد:

در تست پیاده روی (تست ۶ دقیقه قدم زدن)، مسافت طی شده در آغاز و قبل از شروع طرح ۱۶۵ متر، با نیاز به اکسیژن بوده، اما پس از گذشت ۲۰ هفته از انجام "فرا درمانی" به ۳۵۰ متر و بدون نیاز به اکسیژن رسیده است. میزان اشباع اولیه اکسیژن از ۸۸ درصد در بدو طرح به ۹۳ درصد افزایش یافته است و در تست اسپرومتری، مقدار FEV₁ از ۳۵ به ۶۹ درصد رسیده، که تغییر شدت انسداد را از شدید به خفیف نشان می دهد. میزان خلط بیمار از بسیار زیاد به بسیار کم در انتهای طرح رسیده است.

دیدگاه بیمار

در کل بعلت راحت شدن تنفس و سبکی و بهبودی حال عمومی، نظر بیمار نسبت به این روش مثبت بوده؛ و علاقمند به ادامه این درمان میباشد.

پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۶/۲۴ کد بیمار: شماره پرونده:

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☐ زن ☒ مجرد ☒ متاهل ☐

تحصیلات: بیسواد ☐ زیردیلم ☐ دیپلم یا لیسانس ☒ بالای لیسانس ☐

سن: ۲۴ سال مدت بیماری: ۶-۷ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۶/۲۴	۱۶۵ متر	دارد	۸۸	۸۱
۸۷/۹/۳	۳۶۰ متر	-	۸۶	۶۸
۸۷/۱۱/۶	۳۲۲ متر	-	۹۳	۹۰

تست اسپرومتری					میزان رضایتمندی		توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد
۸۷/۶/۲۴	۳۵	۴۹	۶۰/۷	۱۶		√	
۸۷/۹/۳	۴۳	۵۲	۷۲	۲۳		√	
۸۷/۱۱/۶	۵۴	۶۳	۷۳/۵	۳۱	√		

میزان خلط بیماران برونشکنازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۶/۲۴	مقدار زیاد	IV	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۹/۳	کمتر از قبل	III	مراجعه اول طرح
۸۷/۱۱/۶	کمتر از قبل	II	مراجعه دوم طرح

بیمار خانم ۵۰ ساله، متاهل، ساکن تهران که از ۱۵ سال پیش (حدود سال ۱۳۷۳) با مشکلات تنفسی گذرا ولی عود کننده درگیر بوده است. در سال ۱۳۸۵ که بعلت تنگی نفس و سرماخوردگی به پزشک عمومی مراجعه می نماید با تشخیص آنژین چرکی، داروهای ساده از قبیل: آنتی بیوتیک و مسکن دریافت نموده و با آزمایش خون و تشخیص فقر آهن هم تحت درمان دارویی بوده است. مدتی بعد بعلت جراحی ترمیمی، نیاز به رادیوگرافی سینه پیدا کرده که با تشخیص سارکوئیدوز در بیمارستان بستری و تحت درمان با پردنیزولون قرار گرفته است. در همان زمان پس از یک سری مشکلات خانوادگی و روحی متعاقب آن و فشار عصبی زیاد دچار تنگی نفس شدید، کبودی صورت و بدن شده که به بیمارستان مسیح دانشوری مراجعه کرده و با فشار ریوی بالا بستری شده است. سپس با تشخیص برونشکتازی شدید و با ۵۰ میلی گرم کورتیکواستروئید روزانه و اکسیژن مرخص می شود.

بیمار خلط بسیار زیادی پیدا کرده و بدون اکسیژن امکان انجام کوچکترین حرکتی را نداشته و تا چند ماه بطور متناوب در بیمارستان مسیح دانشوری بستری شده و با وجود درمان دارویی متأسفانه نه تنها بهبودی نداشته بلکه در طول خواب نیز نیاز به اکسیژن پیدا می کند. در تاریخ ۱۳۸۷/۶/۱۷ بیمار وارد طرح تحقیقاتی "فرا درمانی" در بیمارستان مسیح دانشوری شده که در گزارشات اولین ارتباط "فرا درمانی" ابتدا احساس اضطراب و تنگی نفس، و در ادامه احساس آرامش، سبکی و تنفس راحت را گزارش می نماید. بتدریج نیاز به اکسیژن بیمار کمتر شده بطوری که در اوقات خواب احتیاج به اکسیژن نداشته و در طول روز، تنها در حین انجام فعالیتهای شدید به اکسیژن نیاز پیدا می کند و دوز کورتون از ۵۰ mg به ۱۰ و سپس ۷/۵ میلی گرم در روز رسیده و بیمار احساس خوبی پیدا می کند و تنها در زمان سرماخوردگی، کمی تنگی نفس و افزایش خلط پیدا می کند.

در گزارشهای ۶ ماه بعد، بیمار آرامش زیادی داشته، نیاز به اکسیژن بسیار کم شده و حالت افسردگی که در ابتدای طرح بسیار زیاد بوده بصورت قابل توجهی کمتر شده و ساعتها بیرون از منزل را بدون نیاز به اکسیژن می گذراند.

بررسی آزمایشگاهی

در آزمایشات انجام شده برای این بیمار، تست پیاده روی ۶ دقیقه که در ۳ نوبت و بفاصله ۲ تا ۳ ماه صورت پذیرفته، مسافت طی شده در ابتدای طرح ۳۱۲ متر با استفاده از اکسیژن بوده است. اما بدنبال انجام "فرا درمانی" و پس از ۶ ماه مسافت طی شده به ۴۲۰ متر، آنهم بدون نیاز به اکسیژن می رسد. همچنین در اسپرومتری، FEV₁ از مقدار ۴۶ درصد ابتدای طرح به ۴۸ در انتهای طرح می رسد که البته تغییر محسوسی پیدا نمی کند.

میزان خلط بیمار در ابتدای طرح قابل توجه نبوده و در انتهای آن به صفر می رسد. درجه عملکردی بیمار از ناتوانی در کارهای خانه و سبک III به توانایی نسبتاً نرمال در بیرون و داخل خانه II رسیده است.

دیدگاه بیمار

بیمار پس از اثر درمانی بر روند بهبودی بیماری خود، کلاسهای فرا درمانی را آغاز کرده و امیدوار است این ارتباط را

پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۶/۱۷ کد بیمار: ۲۱۶۷۲۷ شماره پرونده: ۰۹۴۰۹۲

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☐ زن ☒ مجرد ☐ متاهل ☒

تحصیلات: بیسواد ☐ زیردیلم ☐ دیلم یا لیسانس ☒ بالای لیسانس ☐

سن: ۵۰ سال مدت بیماری: ۱۰ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۶/۱۷	۳۱۲	نیاز دارد	۹۶	۸۱
۸۷/۹/۱۷	۴۳۰	-	۸۹	۷۱
۸۷/۱۲/۱۱	۴۲۰	-	۹۰	۷۰

تست اسپرومتری					میزان رضایتمندی		توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد
۸۷/۶/۱۷	۴۶	۴۵	۹۸	۶۴		√	
۸۷/۹/۱۷	۴۸	۴۳	۹۵/۶	۷۰		√	
۸۷/۱۲/۱۱	۴۸	۴۱	۹۷/۷۳	۱۲۴	√		

میزان خلط بیمارانی پروتکتازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۶/۱۷	ندارد	II	
۸۷/۹/۱۷	ندارد	II	
۸۷/۱۲/۱۱	ندارد	I	

بیمار جوان ۲۷ ساله، متاهل، تحصیلات زیردیپلم، ساکن کرج می باشد و سابقه بیماری وی به ۱۲ سال پیش بر می گردد که بصورت عفونت های راجعه، تنگی نفس و هیپوکسی بوده که با تشخیص آلرژی و حساسیت تحت درمان بوده و از سال ۱۳۸۶ که علائم تشدید شده به بیمارستان مسیح دانشوری مراجعه نموده است. در سال ۱۳۸۷ با سابقه پنوموتوراکس راست در زمینه برونشکتازی دو بار (اردیبهشت و آبان ماه) بستری گردیده و ضمن آشنایی با "فرادرمانی"، در تاریخ ۱۳۸۷/۸/۱۲ وارد این طرح تحقیقاتی می شود. وضعیت بیمار قبل از ورود به طرح، درمان با اسپری برونکودیلاتور + سیپروفلوکسازین + پرونیپولون (۵۰۰ mg در روز) و نیاز به اکسیژن بوده است.

در ابتدای طرح تحقیقاتی "فرادرمانی" در گزارش اول که بصورت حضوری جهت بیمار آغاز شده، احساس آرامش و بهبودی تنگی نفس حاصل گردیده، و در گزارش دوم، بر اساس ۳ بار ارتباط در روز؛ بیمار چند ساعتی در خیابان راه رفته، تنگی نفس نداشته، میزان خلط وی از نصف لیوان تا حد قابل توجهی کاسته شده و از آرامش و حال عمومی خوبی برخوردار می گردد. در گزارشهای بعدی و بنا به اظهار خود بیمار، میزان سرماخوردگی وی از ۴ تا ۵ بار در فصل زمستان سالهای قبل، به یکبار تنزل یافته و پیاده روی های ۲ ساعت در روز را تجربه می کند. همچنین احساس سبکی و از بین رفتن خلط و تنگی نفس و قطع آنتی بیوتیک از بهترین علائم بهبودی بیمار بوده است.

بیمار در طول یکسال درمان با "فرادرمانی"، ۱۵ کیلوگرم افزایش وزن داشته (از ۵۹ به ۷۴ کیلوگرم)، و در هفته های اخیر (آذر ماه ۱۳۸۸)، بمدت نیم ساعت فوتبال بازی کرده که پس از ۲/۵ سال این امکان برای وی فراهم می گردد. با توجه به موارد فوق و عدم استفاده بیمار از کورتون و آنتی بیوتیک، می توان چنین نتیجه گرفت که در کل علائم حاد بیماری در ایشان از بین رفته است.

نتایج تستهای بیمار از آغاز "فرادرمانی" تا کنون که در ۳ مرحله گرفته شده و در جدول ثبت گردیده، بطور خلاصه به شرح زیر می باشد:

در تست پیاده روی (۶ mw) بیمار پس از شروع طرح، مسافت طی شده ۴۲۰ متر و بدون نیاز به اکسیژن بوده، که در مقطع زمانی دوم پس از شروع طرح به ۵۵۹ متر افزایش پیدا کرده است.

در تست اسپیرومتری، در ابتدای طرح $FEV_1 = 25\%$ بوده که در مقطع دوم به ۳۴ درصد رسیده و FVC از ۳۵ به ۵۵ درصد افزایش یافته که نشان دهنده کاهش اختلالات انسدادی است.

میزان خلط بیمار در مقطع اول پس از شروع طرح نیم لیوان، و در مرحله دوم به مقدار خیلی ناچیزی رسیده است. کلاس رضایتمندی بیمار از III به I رسیده که نشانه وضعیت عمومی بسیار خوب بیمار است.

دیدگاه بیمار

بنا به گفته بیمار پس از شروع "فرادرمانی"، حال عمومی و وضعیت فیزیکی وی بهبودی زیادی داشته و همچنان با گرفتن ارتباطهای "فرادرمانی"، این روند ادامه دارد ولذا از آشناسدن وبکارگیری این روش درمانی بسیارراضی می باشد.

پرسشنامه طرح فرادمانی

تاریخ: ۸۷/۸/۱۲ کد بیمار: ۱۰۳۲۲۵ شماره پرونده: ۰۶۵۴۱۱

جنس و وضعیت تاهل: مرد ☒ زن ☐ مجرد ☐ متاهل ☒

تحصیلات: بیسواد ☒ زیردیلم ☐ دیلم یا لیسانس ☐ بالای لیسانس ☐

سن: ۲۷ سال مدت بیماری: ۱۲ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۸/۱۲	۴۲۰ متر	-	۸۷	۷۳
۸۷/۹/۲۴	۵۴۶ متر	-	۸۸	۶۷
۸۷/۱۲/۱۸	۵۵۹	-	۸۹	۷۶

تست اسپرومتری					میزان رضایتمندی		توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد
۸۷/۸/۱۲	۲۵	۳۵	۵۸/۷	۱۲		√	
۸۷/۹/۲۴	۳۲	۴۵	۵۹/۷	۱۵	√		
۸۷/۱۲/۱۸	۳۴	۵۵	۶۳	۱۴		√	

میزان خلط بیماران برونشکتازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۸/۱۲	تیم لیوان	III	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۹/۲۴	کم	I	مراجعه اول طرح
۸۷/۱۲/۱۸	خیلی کم	I	مراجعه دوم طرح

بیمار آقای ۶۲ ساله، متاهل، تحصیلات زیر دیپلم، ساکن تهران، سابقه بیماری را از حدود ۱۲ سال پیش با عفونتهای مکرر ریه و پنومونی داشته است. از ۸ سال پیش علائم و مشکلات بیمار تشدید شده، بطوری که چندین بار در بیمارستان پارس بستری شده و طبق آزمایشات بعمل آمده، سندرم مادرزادی همراه با برونشکتازی شامل کمبود آلفا-۱ آنتی تریپسین تشخیص داده شده است. همچنین برای بیمار چندین بار عمل لاواژ انجام شده، اما با توجه به عدم کسب بهبودی قطعی درمانهای متداول از قبیل اسپری های کورتیکواستروئید و آنتی بیوتیک خوراکی برای بیمار تجویز شده، تا اینکه در سال ۱۳۸۳ جهت بررسی تخصصی در بیمارستان مسیح دانشوری بستری گردیده است.

در تاریخ ۸۷/۷/۲۱، بیمار وارد طرح تحقیقاتی "فرا درمانی" و در گزارش اول با گرفتن ارتباط "فرا درمانی" احساس درد در پشت گردن و کتفها و سنگینی در ناحیه قفسه سینه داشته و بعد از آن کاملاً سبک و سر حال می شده است. در گزارشات بعدی احساس بهتری داشته و تنگی نفس وی پس از یک ماه بطور قابل توجهی کمتر شده است. همچنین نیاز به اکسیژن بیمار بسیار کم و ناچیز گردیده و خلط نیز بطور قابل توجهی کمتر شده است. طبق آخرین گزارشات بیمار روزی ۲ نوبت ارتباط می گیرد و حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد احساس بهبودی دارد.

نتایج تستهای بیمار از آغاز "فرا درمانی" تا کنون که در سه مرحله گرفته شده به شرح زیر می باشد:

در تست پیاده روی ۶ دقیقه، مسافت طی شده از حداقل ۴۴۸ به ۴۷۲ متر رسیده و میزان اشباع اکسیژن اولیه از ۸۸ به ۹۴ درصد افزایش پیدا کرده است. در تست اسپیرومتری بیمار FEV₁ از ۸۷ به ۹۵ درصد رسیده است و نیز نسبت FVC/FEV₁ از ۸۳/۲ به ۹۲/۵ رسیده، که نشان دهنده کاهش شدت انسداد و اختلال در مسیر بازدمی است.

میزان خلط بیمار از نصف لیوان در بدو مطالعه به میزان بسیار ناچیزی رسیده است.

دیدگاه بیمار

میزان رضایتمندی بیمار از این روش به طرز قابل توجهی بالا بوده و در مجموع احساس بسیار خوبی از این انتخاب داشته و بشدت روند درمان خود را پیگیری میکند.

پرسشنامه طرح فرادرمانی

تاریخ: ۸۷/۷/۲۱ کد بیمار: ۱۴۹۶۰۰ شماره پرونده: ۰۸-۰۳-۶۶

جنس و وضعیت تاهل: ☒ مرد ☐ زن ☐ مجرد ☒ متاهل

تحصیلات: ☐ بیسواد ☒ زیردیپلم ☐ دیپلم یا لیسانس ☐ بالای لیسانس

سن: ۶۲ سال مدت بیماری: ۱۲ سال

6 mw test

تاریخ	مسافت طی شده	نیاز به اکسیژن	O2 Sat اولیه %	O2 Sat ثانویه %
۸۷/۷/۲۱	۴۶۲ متر	دارد	۸۸	۸۰
۸۷/۱۱/۲۷	۴۴۸ متر	-	۹۴	۸۸
۸۸/۵/۲۵	۴۷۲ متر	-	۹۴	۹۰

تست اسپیرومتری				میزان رضایتمندی			توضیح
تاریخ	FEV1 %	FVC %	FEV/FVC %	FEV(25-75) %	خوب	متوسط	بد
۸۷/۷/۲۱	۸۷	۸۳	۸۳/۲	۸۳	✓		
۸۷/۱۱/۲۷	۹۴	۸۶	۸۶/۳۵	۱۱۳	✓		
۸۸/۵/۲۵	۹۵	۸۱	۹۲/۵	۱۳۲	✓		

میزان خلط بیماران برونشکنازی			
تاریخ	میزان خلط (mil lit)	Functional Class	
۸۷/۷/۲۱	یک چهارم لیوان	II	اولیه (قبل از طرح)
۸۷/۱۱/۲۷	بسیار کم	II	مراجعه اول طرح
۸۸/۵/۲۵	خلط ندارد	II	مراجعه دوم طرح

نتیجه و بحث

نتایج

خصوصیات دموگرافیک بیماران

محدوده و میانگین (انحراف معیار) سن بیماران به ترتیب برابر ۶۲-۱۱ سال و ۳۱ (۱۳) سال بود. ۲۵ بیمار (۷۴٪) مرد بودند. ۱۷ بیمار (۵۰٪) متاهل بوده و ۲۴ نفر (۷۱٪) تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند. محدوده و مدت بیماری در تمام بیماران به ترتیب ۴۱-۲ سال و ۱۶ (۱۰) سال بود. خصوصیات دموگرافیک و مدت بیماری بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۱).

سنجش های پایه

مسافت طی شده حین تست پیاده روی شش دقیقه در گروه فرادرمانی به میزان معنی داری کمتر از گروه شاهد بود ($P=0.003$ ، تست t مستقل). همچنین تعداد بیماران نیازمند اکسیژن حین تست در گروه فرادرمانی به میزان معنی داری بیش از گروه شاهد بود ($P=0.016$ ، آزمون مجذور کای). دو گروه از نظر میزان افت اکسیژن حین تست، درصد اشباع اکسیژن در ابتدای تست، FEV_1 ، میزان خلط و کلاس عملکردی III یا IV تفاوتی نداشتند ($P<0.05$).

سنجش مجدد

در بیماران گروه فرادرمانی تغییرات مثبت معنی داری شامل افزایش میزان مسافت طی شده ($P=0.023$)، کاهش میزان خلط ($P=0.014$) و کاهش کلاس عملکردی ($P=0.031$) نسبت به مرحله اول صورت گرفته بود (جدول ۲). همچنین تعداد بیماران نیازمند دریافت اکسیژن حین انجام تست پیاده روی در گروه فرادرمانی کاهش یافته بود، هر چند که از نظر معنی داری بینابینی بود ($P=0.063$ ، McNemar Test). در گروه شاهد تفاوت آماری معنی داری در تستهای عملکردی ریه و کلاس عملکردی بیماران بین مرحله اول و دوم وجود نداشت ($P<0.05$). میزان خلط بیماران گروه فرادرمانی نسبت به گروه شاهد به میزان معنی داری کاهش یافته بود ($P=0.028$ ، آزمون Mann-Whitney U). تفاوت معنی داری بین دو گروه در سایر موارد و نیز کلاس عملکردی بیماران وجود نداشت ($P<0.05$). در مجموع ۲۱ بیمار (۹۱٪) از گروه فرادرمانی احساس رضایت خوبی از مداخله انجام شده داشتند در صورتیکه تنها ۱ بیمار (۹٪) از گروه شاهد دارای احساس رضایت خوبی بود ($P>0.001$ ، Chi-Square Tests).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرادرمانی در بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه اثرات مفیدی در کاهش شدت بیماری داشت بطوریکه باعث افزایش مسافت طی شده در تست پیاده روی شش دقیقه، کاهش نیازمندی به اکسیژن در طی تست، کاهش میزان خلط بیماران و نیز بهبود کلاس عملکردی بیماران نسبت به گروه شاهد شد که از درمان طبی مشابهی اما بدون مداخله فرادرمانی برخوردار بودند. همچنین بیماران از انجام فرادرمانی احساس رضایت و راحتی خوبی داشتند.

own health)، ۹/۶٪ موارد استفاده از CAM را تشکیل می‌داده است (۸). همچنین اکثریت امریکایی‌ها در حال حاضر بر قدرت درمان دعا و نیایش اذعان دارند. در یک گزارش از Time/CNN، ۸۲٪ امریکایی‌ها اعتقاد داشتند دعا و نیایش می‌تواند بیماریهای جدی را بهبود دهد، ۷۳٪ معتقد بودند دعا و نیایش برای سایرین باعث بهبود بیماری آنها می‌شود و ۶۴٪ نیز از پزشک خود می‌خواستند برایشان دعا کنند (۱۳).

اثرات مفید و متعددی از دعا و نیایش نیز در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. نشان داده شده است که تغییرات معنوی در بیماران بطور مؤثری با افزایش رفاه در زندگی، شادی بیشتر، اعتماد به نفس بالاتر در حل مشکلات و کاهش تنش‌ها و عصبانیت‌ها همراه است (۱۴). در برخی مطالعات نیز اثر شفاگران در کاهش رشد سلولهای سرطانی، تسریع ترمیم زخم، کاهش درد از راه دور، اثر بر درد و محدودیت گردن و ... نشان داده شده است (۱۵، ۱۶). اثرات دعا و نیایش در ناباروری، درد، بی‌خوابی و تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی، (۱۷)، کاهش شدت نارسایی قلبی (۱۸) و کاهش استرس و در نتیجه کاهش شدت بیماری پسوریازیس نیز گزارش شده است (۱۹). همچنین مطالعه در مورد دعا از راه دور برای بیماران ایدزی نشان داد که نیاز به ویزیت بیماران توسط پزشک، تعداد بستری در بیمارستان و نیز روزهای بستری به میزان قابل توجهی کاهش یافت (۲۰).

در واقع امروزه اعتقاد بر این است که وارد عصری شده ایم که در آن پزشکی و علم بصورت غیر موضعی درآمده است یعنی عصری که در آن فعالیتهای ذهنی شامل دعا و نیایش دارای اثرات دوردست قابل مشاهده است، درست به مانند فیزیک جدید که به ما در تعریف مجدد رابطه ماده، زمان و فضا کمک کرده است، پزشکی جدید نیز می‌تواند به ما در ارتباطات بین فردی و حوادث در ورای مرزهای سنتی تعریف شده کمک نماید (۱۲).

از این رو امروزه اعتقاد بر این است که سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان است، لذا ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی ممکن است یکی از راه‌های مناسب برای پیشگیری از بیماریها و یا سازگاری با آنها باشد (۲۱). در واقع سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه هماهنگی بین نیروهای درونی فرد فراهم کرده و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک به خدا، خود، جامعه و محیط که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند، مشخص می‌شود (۲۲). از این حیث می‌توان گفت که بسیاری از Mind-Body Interventions از جمله فرادرمانی به شیوه‌های مختلف درصدد ارتقای سطح سلامت معنوی به منظور درک بهتر جهان هستی و در نتیجه فرآیند بیماریها و درمان آنها می‌باشند.

با این حال باید اذعان کرد که اگرچه نظریات و تئوریهای درمانهای مکمل از نظر علم مدرن پزشکی چندان پذیرفته شده نیست، اما بسیاری از مردم خصوصاً در کشورهای غربی از این نوع درمانها استفاده می‌کنند. از اینرو بنظر می‌رسد کارآیی این نوع درمانها است که کلید این تناقض است و امروزه نگاه کل گرایانه به طب در درمان بیماریها در حال پذیرش عمومی است به گونه‌ای که در یک مطالعه در امریکا عنوان شده است که نارضایتی از درمان‌های پزشکی معمول عامل استفاده از طب مکمل نیست بلکه نگاه کل گرایانه (Holistic) به پزشکی، نگهداری سلامتی با استفاده از مواد طبیعی و نگاه فلسفی به زندگی است که دلیل اصلی اقبال به این شیوه‌های درمان است.

در این مطالعه چند تئوری در مورد استفاده از طب مکمل مورد بررسی قرار گرفت. از جمله آنها نارضایتی از طب

معمول و هماهنگی طب مکمل با باورها، اعتقادات، مذهب و نگاه افراد به زندگی بود. نتایج نشان داد که تنها ۴/۴٪ افراد بدلیل عدم رضایت از طب معمول از طب مکمل استفاده کرده اند و اکثر افراد طب مکمل را با ارزش های مورد نظر خودشان، باورهایشان و نگاه فلسفی به زندگی همسو و هم جهت دیده بودند (۲۳).

همچنین یک مطالعه در پزشکان با تخصصهای مختلف در مناطق مختلف امریکا نشان داد که ۶۰٪ آنها در سال گذشته و ۳۸٪ آنها در ماه گذشته توصیه هایی به بیماران خود در مورد استفاده از طب مکمل داشتند، پزشکان در ۴۰٪ موارد در مورد خودشان از درمانهای مکمل استفاده کرده بودند و در ۲۳٪ موارد نیز این درمانها را برای بیماران خود استفاده می کردند (۲۴).

با وجود استفاده روز افزون از انواع مختلف درمانهای مکمل و جایگزین، مواردی نظیر هزینه بالا، انجام در محل های خاص یا توسط افراد خاص، نیاز به تجویز دارو در برخی انواع درمانها، نیاز به فرد آموزش دیده در تمام موارد درمان و ... را می توان از جمله موانع فراگیر شدن بیشتر این نوع درمانها دانست. مزیت فرادرمانی بر سایر درمانهای مکمل در این است که درمانی ساده و قابل استفاده در هر مکان و زمان است و نیازی به تجویز دارو و در نتیجه تحمیل هزینه به بیمار را ندارد. فرادرمانی با طب رایج نیز تداخلی نداشته و این دو می توانند بصورت همزمان انجام شوند.

با این همه، شاید بتوان بزرگترین مزیت فرادرمانی را عدم وجود خطای تشخیصی و درمانی دانست زیرا در فرادرمانی هوشمندی کل با تشخیص بیماریها و اولویت بندی آنها به درمان می پردازد و فرادرمانگر تنها وظیفه برقراری ارتباط بیمار با هوشمندی کل را دارد. احساس رضایت و راحتی بیماران را نیز می تواند یکی از مزیت های دیگر این شیوه درمانی جدید دانست. همچنین تمام افراد قادرند با گذراندن دوره های کوتاه مدت این شیوه درمانی، به درمان سایرین بپردازند. یکی از مشکلات فراروی تحقیقات در مورد Mind-Body Interventions، از جمله فرادرمانی، نبود شیوه استاندارد این نوع درمانها است. از اینرو در مطالعه حاضر تمام تلاش بر این بود که یک شیوه یکسان برای تمام افراد مورد مداخله چه در گروه مورد و چه در گروه شاهد در نظر گرفته شود.

از دیگر مشکلات این مطالعه اطمینان از انجام کارهای درخواست شده (برقراری ارتباط در طول شبانه روز) توسط بیماران هر دو گروه بود که سعی شد با تماس های تلفنی بیماران تشویق به انجام منظم این اعمال گردند. با وجود این مشکلات می توان گفت که این مطالعه اولین نمونه در زمینه بررسی اثر فرادرمانی بر یکی از بیماریهای مزمن است و امید است با استفاده از مطالعات وسیع تر آتی در مورد سایر بیماریها، کارآیی این شیوه ساده درمان مورد اثبات قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرادرمانی می تواند بعنوان یکی از درمانهای مکمل در بیماران برونشکازی مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود وضعیت بالینی بیمار و نیز شیوه و کیفیت زندگی آنها منجر شود.

فرادرمانی در تقسیم بندی انواع درمانهای مکمل و جایگزین در گروه Mind-Body Interventions قرار می گیرد و لازم است مطالعات گسترده تری به منظور اثبات اثرات آن و نیز مدت زمان ماندگاری اثرات آن در سایر

1. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2297e/>
2. Goldbeck-Wood S, Dorozynski A, Lie LG, et al.; Complementary medicine is booming worldwide. ; BMJ. 1996; 313:131-133.
3. سازمان جهانی بهداشت سازمان ملل متحد، مرکز تحقیقاتی NCCAM زیر نظر وزارت بهداشت و سازمان ملی بهداشت امریکا.
4. Carlson LE, Bultz BD.; Mind-body interventions in oncology. ; Curr Treat Options Oncol. 2008 Jun;9(2-3):127-34. Epub 2008 Aug 13.
5. Wahbeh H, Elsas SM, Oken BS. ; Mind-body interventions: applications in neurology. ; Neurology. 2008 Jun 10;70(24):2321-8.
6. Abbot NC, Harkness EF, Stevinson C, Marshall FP, Conn DA, Ernst E. ; Spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized, clinical trial. ; Pain. 2001 Mar;91(1-2):79-89.
7. Ni H, Simile C, Hardy AM. ; Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey. ; Med Care. 2002 Apr;40(4):353-8.
8. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. ; Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. ; Adv Data. 2004 May 27;(343):1-19.
9. طاهری محمدعلی. انسان از منظری دیگر. چاپ اول. تهران: نشر ندا، ۱۳۸۶
10. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. ; Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. ; Natl Health Stat Report. 2008 Dec 10;(12):1-23.
11. <http://en.wikipedia.org/wiki/Ayurveda>
12. Dossey L. Healing Words: The Power of Prayer and the Practice of Medicine. San Francisco: Harper San Francisco; 1993.
13. Time/CNN. Time. June 24, 1996:21
14. Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. ; Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. ; Altern Ther Health Med. 2002 Jul-Aug;8(4):64-6, 68-70, 72-3.
15. Tsubono K, Thomlinson P, Shealy CN. ; The effects of distant healing performed by a spiritual healer on chronic pain: a randomized controlled trial. ; Altern Ther Health Med. 2009 May-Jun;15(3):30-4.
16. Gerard S, Smith BH, Simpson JA. ; A randomized controlled trial of spiritual healing in restricted neck movement. ; J Altern Complement Med. 2003 Aug;9(4):467-77.
17. Benson H. Timeless Healing: The Power and Biology of Belief. New York: Scribner; 1996.
18. Byrd R. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. Southern Med J. 1988;81(7):826-829.
19. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, et al. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). Psychosom Med. 1998;60(5):625-623.
20. Sicher F, Targ E, Morre D II, Smith H. A randomized double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced AIDS: Report of a small scale study. WJM. 1998;169(6):356-363.
21. Mc Clain CS, Rosenfeld B, Breitbart w. Effect of spiritual well being on end of life despair in terminally ill cancer patients. Lancet; 2003.361:1603-1607.
22. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: human health and function.4thed. Philadelphia:Lippincott; 2003.p.1383,1392.
23. Astin JA. ; Why patients use alternative medicine: results of a national study. ; JAMA. 1998 May 20;279(19):1548-53.
24. Borkan J, Neher JO, Anson O, Smoker B. Referrals for alternative therapies. J Fam Pract. 1994;39:545-550.

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک و مدت زمان بیماری بیماران

P value	گروه شاهد	گروه فرادرمانی	
*۰.۸۹۱	۳۲ ± ۱۰	۳۱ ± ۱۵	سن (میانگین و انحراف معیار)
\$۰.۴۴۹	۹ (%۸۲)	۱۶ (%۷۰)	جنس (مرد)
\$۰.۸۵۰	۸ (%۷۲)	۱۶ (%۷۰)	تحصیلات (کمتر از دیپلم)
\$۰.۰۶۳	۸ (%۷۲)	۹ (%۳۹)	وضعیت تاهل (متاهل)
*۰.۶۴۲	۱۷ ± ۸	۱۵ ± ۱۱	مدت بیماری (میانگین و انحراف معیار)

* تست t مستقل

\$ آزمون مجذور کای

جدول ۲. مقایسه نتایج تستهای عملکردی ریه، میزان خلط و کلاس عملکردی بیماران نسبت به بدو مطالعه*

گروه شاهد (n=11)			گروه فرادرمانی (n=23)			
P value	۳ ماه بعد	بدو مطالعه	P value	۳ ماه بعد	بدو مطالعه	
نتایج تست پیاده روی شش دقیقه						
\$۰.۵۴۵	۴۳۴ ± ۱۴۸	۴۱۹ ± ۹۳	\$۰.۰۲۳	۳۵۸ ± ۱۲۰	۳۱۶ ± ۱۳۴	مسافت طی شده (متر)
\$۰.۸۳۲	۸۴ ± ۸	۸۵ ± ۹	\$۰.۷۵۷	۸۷ ± ۷	۸۷ ± ۶	اشباع اکسیژن در ابتدای تست (%)
\$۰.۰۶۲	۱۲ ± ۶	۱۹ ± ۱۰	\$۰.۳۶۲	۱۵ ± ۸	۱۴ ± ۱۰	میزان افت اکسیژن (%)
*۱.۰۰۰	۱ (%۹)	۱ (%۹)	*۰.۰۶۳	۷ (%۳۰)	۱۲ (%۵۲)	نیاز به اکسیژن حین تست
\$۰.۰۶۴	۳۷ ± ۱۷	۳۶ ± ۱۹	\$۰.۸۴۱	۳۴ ± ۲۱	۳۴ ± ۲۰	FEV ₁ (%)
\$۰.۳۴۳	۲۰۰ (۳۰-۴۰۰)	۲۵۰ (۵۰-۴۰۰)	\$۰.۰۱۴	۵۰ (۰-۲۰۰)	۲۰۰ (۰-۳۰۰)	میزان تقریبی خلط روزانه (می سی)
*۱.۰۰۰	۴ (%۳۶)	۳ (%۲۷)	*۰.۰۳۱	۳ (%۱۳)	۹ (%۳۹)	کلاس عملکردی III یا IV

* میزان تقریبی خلط روزانه بصورت میان (IQR)، نیاز به اکسیژن حین تست و کلاس عملکردی III یا IV بصورت فراوانی و درصد و مابقی موارد بصورت میانگین و انحراف معیار گزارش شده است.

\$ آزمون t زوجی

* آزمون McNemar

\$ آزمون Wilcoxon Signed Ranks

نخستین پژوهش دانشگاهی

تاثیر فرادرمانی بر بیماری برونشکتازی

گفتگو از: مهدی نیرومنش

اشاره:

خانم دکتر کتایون نجفی زاده، متخصص داخلی و فوق تخصص بیماریهای ریوی و ICU، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رئیس واحد پیوند در بیمارستان مسیح دانشوری، از ابتدای سال ۱۳۸۸، پروپوزال علمی مصوبی را با عنوان بررسی اثر فرادرمانی بر بیماری برونشکتازی کاندید پیوند ریه آغاز کردند.

• خانم دکتر نجفی زاده آشنایی شما با فرادرمانی از کجا آغاز شد؟

O بخش پیوند ریه که بنده مسئولیت آن را دارم، حدود ۹ سال است راه اندازی شده است. الان تمام بیماران نیاز به پیوند و متخصصان ریه می دانند که یکشنبه هر هفته ساعت یک بعد از ظهر می توانند به این بخش مراجعه کنند تا آزمایشهای مربوطه انجام شود. پس از طی مراحل، بیماران در لیست پیوند ریه قرار می گیرند. متأسفانه در حال حاضر، حدود ۲۰۰ بیمار در انتظار پیوند ریه هستند، در حالیکه ظرفیت پیوند ریه در سال ۸ الی ۱۰ مورد است و من مجبورم هر ماه لیست افراد را به روز کنم، چون تعدادی به علت فوت از لیست انتظار خارج شده و افراد جدیدی وارد می شوند و این موضوع بسیار آزار دهنده است. به همین دلیل در جستجوی روش های دیگری بوده ایم که امید را به بیماران در حال انتظار بازگرداند.

چند ماه پیش به طور اتفاقی با گروهی آشنا شدم که از روشی برای درمان استفاده می کردند به نام "فرادرمانی". این گروه، خودشان از پزشکان بودند و دوره فرادرمانی که یکی از شاخه های طب مکمل است را گذرانده و بدنیاال تحقیقات پزشکی بودند. با توجه به سابقه ای که من در "پارامدیسین" داشتم و با یکی دیگر از شاخه های طب مکمل به نام "طب سوزنی" هم آشنایی دارم، به من پیشنهاد شد تا مسئولیت این کار تحقیقاتی را بر عهده بگیرم. با کمک این گروه یک طرح تحقیقاتی علمی با موضوع "تأثیرات فرادرمانی بر بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه" نوشتیم. بخش مربوط به بیماری بر عهده من بود و بخش های مربوط به "فرادرمانی" را دوستان پزشک فرادرمانگر تنظیم کردند. از آن پس یکشنبه ها در کلینیک پیوند، فرادرمانگرها می آمدند و بیماران ضمن انجام کارهای مربوط به کلینیک، تحت فرادرمانی هم قرار می گرفتند.

• یعنی تحقیقات را به دست فرادرمانگران سپردید؟

O تحقیقات باید کاملاً علمی و مطابق استانداردهای دانشگاهی تنظیم و اجراء می شد تا به نتایج آن هیچ گونه ایراد علمی وارد نباشد. لذا بیماران داوطلب را به دو گروه تقسیم کردیم، یکی گروه "تلقین" یا "شاهد" و دیگری گروه "مورد". گروه "مورد" در اختیار فرادرمانگران بودند و به دستورهای فرادرمانگران عمل می کردند. اما گروه "شاهد" دقیقاً مشابه

همان کارها و دستورات را انجام می دادند، اما کسانی که دستور می دادند فرادمانگر نبودند. یعنی کارهایی که گروه "شاهد" انجام می دادند مشابه و نمایشی از فرآیندی بود که فرادمانگران به گروه "مورد" دستور می دادند. این کار مطابق استاندارد علمی تحقیقات پزشکی انجام می شود و می خواهد ثابت کند روش درمانی مورد تحقیق، علاوه بر تلقین کار دیگری هم انجام می دهد یا خیر؟

مرحله دیگر، انجام آزمایش های گوناگون برای تک تک بیماران "مورد" و "شاهد" بود. شامل تست تنفسی، پیاده روی و دیگر آزمایش ها. وقتی بیماران تحت "فرادرمانی" قرار می گرفتند و گروه "شاهد" تحت تلقین، مجدداً این آزمایشها و تستها تکرار می شد. این مراحل را همه پزشکان می شناسند. من از این جهت بر جزئیات تاکید می کنم که بدانید متفاوت بودن روش "فرادرمانی" با طب رایج مانع از آن نشد که اصول علمی و استاندارد تحقیقات پزشکی را رعایت نکنیم.

• چه مدت این تحقیقات ادامه داشت؟

۰ حدود سه ماه پس از آغاز پروژه تحقیقاتی، نتایج تستها و آزمایش های گروه "مورد" را بررسی کردیم. نتایج جالب توجه بود. با اینکه تحقیقات ما دو سو کور بود و هیچ جهت دهی قبلی نداشت و بنده هیچ ذهنیتی از ثمربخش بودن این روش نداشتیم، بطور واضح و معناداری، تستهای بیماران، بهبود را نشان می داد. توجه داشته باشیم، بیمارانی که در این تحقیقات شرکت داشتند همه به آخر خط رسیده بودند و همگی در لیست پیوند ریه قرار داشتند و بدون پیوند ریه و با روشهای درمانی رایج هیچ امیدی به بهبود آنها نبود. مشکلی که در تحقیقات پیش آمد این بود که حال برخی از بیماران "مورد" آنقدر خوب شد که دیگر برای مراحل بعدی تحقیقات حاضر به مراجعه و ادامه همکاری نشدند. چون برخی از این بیماران از شهرستانها و با مشقت های فراوان به این کلینیک مراجعه می کردند و پس از سه ماه که فرادمانی نتایج خودش را بروز داد، آنقدر حال برخی بیماران خوب شده بود که وقتی درخواست می کردیم بار دیگر مورد آزمایش و تست قرار بگیرند تا نتیجه تحقیقات ما تکمیل شود، حاضر به سفر به تهران یا مراجعه به بیمارستان نبودند. لذا مجبور شدیم به دلیل رعایت استاندارد علمی، نام این بیماران که بهبود کامل داشتند اما از ادامه همکاری سرباز زدند را از لیست تحقیقاتی پزشکی خارج کنیم. متأسفانه در گروه "شاهد" هم چون بیماران مطابق معمول روند بیماری شان هیچ تاثیری نمی دیدند، حالشان روز به روز رو به وخامت می رفت و برخی حاضر به ادامه همکاری با گروه تحقیقاتی نشده و از لیست خارج شدند. در نهایت مجبور شدیم تحقیقات را در همان مرحله خاتمه دهیم و نتایج آن را بررسی کنیم. نیاز به مصرف اکسیژن در تست پیاده روی بیماران گروه مورد ۲۰٪ کاهش یافته بود در حالی که در گروه شاهد تغییری نکرده بود. ضمناً میزان مسافت طی شده در تست نیز به طور معنی داری در گروه فرادمانی نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرده بود. نتیجه تحقیقات این بود که فرادمانی بر بیماران برونشکتازی اثر مثبت دارد. هم در کاهش حجم ترشحات، هم در افزایش توان فعالیتهای جسمی و هم در کاهش نیازشان به اکسیژن. نتایج درخشان این تحقیقات ما را برآن داشت تا سه پروپوزال دیگر تهیه کنیم. اول تاثیر فرادمانی بر بهبود بیماران مبتلا به فیبروز ریه، دوم تاثیر فرادمانی بر بهبود نارسایی های قلبی بیماران کاندید پیوند قلب و سوم تاثیر فرادمانی بر بیمارانی که مبتلا به پرفشاری اولیه شریان ریوی هستند. این سه گروه، بیمارانی هستند که تا کنون علم پزشکی درمان موثری برایشان نمی شناسد. در این سه پروپوزال هم دقت کامل شده است تا دو سو کور باشد و گروه شاهد که تحت تلقین هستند مورد مقایسه قرار گیرند.

یکی از ایرادهایی که برخی به پارامدیسین یا طب مکمل وارد می کنند این است که مدعی می شوند، بیشتر بهبودی بیماران در شاخه های طب مکمل مربوط به تلقین است. به همین دلیل، خیلی حساس هستیم که هیچگونه خدشه ای از این نظر به نتایج تحقیقات وارد نباشد. بویژه که در فرادمانی از هیچ دارو و ابزاری استفاده نمی شود و شاید بیش از دیگر شاخه های طب مکمل مانند طب سوزنی، زیر ذره بین باشد که آیا این بهبودی های باورنکردنی نتیجه اثر فرادمانی است یا تلقین.

• آیا ریزی که در گروه "مورد" و گروه "شاهد" داشتید خللی در تحقیقات وارد نکرد؟

O خیر؛ ما در گروهی که تحت فرادرمانی بودند ۹۱ درصد رضایت از بهبودی داشتیم. یعنی مسافتی که در ۶ دقیقه طی می کنند را اندازه گیری و مقایسه کردیم، میزان خلطشان را مقایسه کردیم و نیازشان را به اکسیژن. در هر سه مورد بهبود قابل توجه و غیر قابل تفسیر از نظر پزشکی وجود داشت. افرادی که مراجعه نکردند را از آمار خارج کردیم، با همه شان ارتباط تلفنی داریم، همگی در رضایت کامل هستند اما چون مراجعه نکردند مجبور شدیم نتایج آنها را از آمار خارج کنیم. در گروه "شاهد" که تحت تلقین بودند فقط ۹ درصد احساس رضایت داشتند که از نظر آمار تأیید می شود که تأثیرات فرادرمانی ارتباطی به تلقین ندارد.

متوسط سن بیماران ۳۱ سال بود، ۷۴ درصد مرد بودند، ۵۰ درصد متأهل، ۷۱ درصد تحصیلات زیر دیپلم و به طور متوسط با سابقه ۱۶ سال بیماری وارد تحقیقات شدند که پس از ۳ ماه نتایج مثبت آن پدیدار شد. البته این گروه هفته ای یکبار پیگیری تلفنی می شدند.

• آیا نتیجه این تحقیقات، رفع بیماری این گروه بوده است؟

توجه داشته باشید این گروه End Stage هستند و به آخر خط رسیده اند و علم پزشکی هیچ کاری برایشان نمی تواند انجام دهد غیر از پیوند. در حال حاضر امکان پیوند برای همه آنها هم وجود ندارد. این بیماران در معرض خطر مرگ هستند و تنگی نفس شدید دارند و با حداقل فعالیت زندگی می کنند. بنابراین هرکاری که کمی بهبودی را به همراه داشته باشد، امید به زندگی را در آنها افزایش می دهد. فرادرمانی برای این گروه نتایج مثبت و بهبودی به همراه داشته است و این نتیجه قابل توجهی است.

• غیر از این تحقیقات، نتایج دیگری هم از تأثیر فرادرمانی دیده اید؟

O بله؛ یک مورد، بیماری بود که پس از پیوند ریه، در حین جراحی ورید تنگ شده بود. هم در سی تی اسکن و هم در اکوی قلب واضح بود که ورید تنگ شده است. به همین دلیل خون داخل ریه درست تخلیه نمی شد و ورم آن روز به روز بیشتر می شد. بیمار بیهوش و زیر دستگاه بود. یک روز که جناب آقای طاهری بنیانگذار فرادرمانی هم در بیمارستان بودند، من حال این بیمار را بیان کردم. ایشان وی را تحت فرادرمانی قرار دادند. فردای آن روز ورم بیمار به کلی از بین رفت و همان روز او را از زیر دستگاه بیرون آوردیم. پزشکان همکار تحلیل های مختلفی در مورد این رخداد داشتند اما من با تجربه هایی که در پارامدیسین دارم بر این باور هستم که هدف بهبود بیمار است با استفاده از هر روش ممکن. هدف قابل تحلیل بودن فرآیند درمان نیست. ممکن است فرادرمانی از نظر علم پزشکی قابل ارائه نباشد، مهم این است که منجر به بهبود بیمار می شود. مورد دیگر، بیماری بود که ۴۰ روز از عمل پیوند ریه اش می گذشت و ریه اش ورم داشت و امکان جدا کردنش از دستگاه نبود و به کمک آرام بخش مصرف اکسیژن را به حداقل رسانده بودیم. من یک سفر به بلژیک داشتیم؛ شب قبل از سفر از دوستان پزشک فرادرمانگر که هر هفته به بیمارستان می آمدند خواهش کردم این بیمار را نیز تحت فرادرمانی قرار دهند و توضیح دادم که امیدی به زنده ماندن او نیست.

روزی که از سفر برگشتم مشاهده کردم دیگر آن بیمار زیر دستگاه نیست. شک نداشتم که فوت کرده است، اما در کمال ناباوری دیدم حال بیمار خوب است. تصور کردم همکاران روش دیگری را پیش گرفته اند یا داروهای دیگری تجویز شده است، اما دیدم بیمار تحت همان داروهایی بوده است که قبل از سفر تجویز کرده بودم. از همکاران بخش پرسیدم چطور مریض بهبود پیدا کرده، کسی توضیحی نداشت. بالاخره یکی از پرستاران گفت این بیمار هم تحت فرادرمانی بوده است. من تازه یادم افتاد که خودم قبل از سفر به دوستان پزشک فرادرمانگر سفارش ایشان را کرده بودم.

• آیا در مسیر این تحقیقات با مشکل و معضلی هم روبرو شدید؟

0 وقتی گروه "شاهد" را معلوم کردیم، باید عده ای را تعیین می کردیم که شبیه دستورات فرادرمانگران را به بیماران گروه "شاهد" بدهند. برای پزشکان فرادرمانگر واضح بود که این گروه با تقلید فرآیند فرادرمانی هیچ نتیجه ای نخواهند گرفت اما از نظر علمی این کار ضروری بود. مجبور شدم این فرآیند را برای آقای طاهری بنیانگذار فرادرمانی که از دور بر کار پزشکان فرادرمانگر نظارت داشتند توضیح بدهم. این گفته از نظر اخلاقی خیلی برای ایشان سنگین بود، می گفتند وقتی می توان برای درمان بیماران کاری کرد، کمک نکردن غیر اخلاقی محسوب می شود. من توضیح دادم، این روش تنها راه علمی پذیرفته شده در مقایسه آماری و تحقیقات پزشکی است. ایشان گفتند: اگر می خواهید ما برای این گروه کار فرادرمانی انجام ندهیم، باید هیچ اطلاعات و گزارشی از ایشان ارائه نکنید. چون اگر اطلاعات ایشان را به ما بدهید وجدانمان اجازه نمی دهد از فرادرمانی بی نصیب باشیم و کار آماری شما خراب می شود. ما هم مجبور شدیم گروه "شاهد" را به دور از گروه "مورد" تحت نظر قرار دهیم، بطوریکه گروه فرادرمانگران از اسم و مشخصات و گزارش ایشان بی اطلاع بودند و این کار سختی بود.

• به نظر شما اگر فرادرمانی بن بست پزشکی را گشوده است، راه گسترش آن در دنیای پزشکی چیست؟

0 دنیای پزشکی باید بپذیرد که همه چیز در قالب های قابل تحلیل علمی نمی گنجد و فراتر از آن هم چیزهایی هست. این تحقیقات تبدیل به مقاله شده است و به زودی به چند نشریه معتبر خارجی ارائه می گردد. به نظرم باید دهها مقاله نظیر این مقاله تهیه و در نشریات معتبر پزشکی انتشار یابد تا سازمان بهداشت جهانی فرادرمانی را به رسمیت بشناسد. در نهایت لازم می دانم از کلیه همکاران گروه فرادرمانی بخصوص جناب آقای استاد محمد علی طاهری و همچنین سرکار خانم دکتر ویدا پیرزاده، خانم دکتر شیلا میرزاده، سرکار خانم زرگر، که صادقانه و خالصانه یاری نمودند سپاسگزاری نمایم. ضمناً مراتب تشکر خود را از تیم زحمت کش پیوند بیمارستان مسیح دانشوری، جناب آقای دکتر حمیدرضا ویشه، سرکار خانم دکتر فریبا قربانی، سرکار خانم دکتر شادی شفقی و کلیه پرسنل محترم درمانگاه پیوند اعلام می دارم. حمایت های خالصانه جناب آقای دکتر حمیدرضا جباری نیز شایسته تقدیر فراوان است.

پایان





Faradarmani

M. A. Taheri

Any auxiliary and supplementary treatment method out of the scope of new medical treatment methods is called **complementary and alternative** or **cam** medicine.

CAM is divided in five general groups by world health organization among which Faradarmani is classified among the fourth group of treating physical disease through the mind (**mind-body intervention**) and a subset to **mental healing**.

Faradarmani has been founded on the basis of “sapient bond” or “union of integral parts ‘ sapience” theory upon which when there is a connection between partial sapience with whole sapience or sagacity, the sapience mind might be able to proceed to correct and treat himself, his soul and body where healing would happen. Faradarmani would proceed treating the patient as a qualitative complementary treatment with a glance to the nature of human existence without intervening the quantitative treatment process.

منتشر شده از گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

