



این مقاله پزشکی توسط گروه فرادرمانی و سایمنتولوژی زیر نظر استاد محمد علی طاهری (بنیانگذار دوطب مکمل فرادرمانی و سایمنتولوژی) در ایران به انجام رسیده است. در تاریخ پاییز 1389 در مجله دانش پزشکی ویژه نامه فرادرمانی شماره 4 به سردبیری آقای سید شهاب الدین صدر در ایران به چاپ رسیده است

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 فرادمانگر 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. فرادمانگران 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 فرادمانگر انجام شده و تست های عملکردی تکرار گردید. بیماران گروه شاهد تحت مداخله ای مشابه اما توسط یک نفر غیر فرادمانگر 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 فرادمانی 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 فرادمانی کاهش یافته بود. همچنین بیماران پس از انجام فرادمانی 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 فرادمانی 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، فرادمانی، 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، فرادمانی است. بر طبق نظریه فرادمانی، 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 فرادمانی با نگاه به دیگر ابعاد وجودی انسان و بدون مداخله در روند درمان

معمول کمی، به بهبود وضعیت بیماران اقدام می‌گردد. 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 می‌دهد. 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 می‌گردد و در ارتباط با کلیه اجزاء قرار گرفته، در نتیجه همه اجزاء تحت اسکن قرار می‌گیرند. 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 می‌پذیرد. پس از آن فرآیند درمان با بیرون ریزی آغاز می‌گردد. بیرون ریزی روندی است که بدنبال آن سلول آثار بیماری‌ها و مشکلات گذشته و حال خود را آشکار می‌کند و با تداوم ارتباط ها آثار بیماری ها بتدریج و مطابق با نمودارهای تجربی بدست آمده از بین می‌رود(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 کارآیی 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 علائم 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 "فرادرمانی" ادامه داشته است.

بیمار در تاریخ ۸۷/۶/۱۷ وارد طرح تحقیقاتی "فرادرمانی" 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 "فرادرمانی" 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 "فرادرمانی" 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 FEV_1 ، افزایش چشمگیری نداشته و از ۲۵ به ۲۶ درصد رسیده است. نسبت FVC/FEV_1 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 "فرادرمانی"، بطور محسوسه 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 متاهل

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

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

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکتازی		
	میزان خلط (mil lit)	تاریخ	
III	۲ لیوان	۸۷/۱۶/۱۷	اولیه(قبل از طرح)
II	بدون خلط	۸۷/۸/۵	مراجعه اول طرح
I	بدون خلط	۸۷/۹/۲۴	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 توأم 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 "فرا درمانی" 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 ۴۹/۳ به ۸۲/۷ 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 II به III 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	خارده	۸۵	۷۶
۸۷/۱۱/۲۷	۴۲۲ متر	-	۸۵	۷۵
۸۸/۵/۲۵	۴۳۲ متر	-	۸۷	۸۲

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

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکنازی			تاریخ	
	میزان خلط (mil lit)				
II	یکد سوم لیوان			۸۷/۶/۳۱	اولیه (قبل از طرح)
II	بسیار کم			۸۷/۱۱/۲۷	مراجعه اول طرح
II	بسیار کم			۸۸/۲/۶	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 اسپرومتری 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

مدت بیماری: ۷ سال

سن: ۵۰ 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

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

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

توضیح	میزان رضایتمندی			تست اسپیرومتری				تاریخ	
	بد	متوسط	خوب	FEV(25-75) %	FEV/FVC %	FVC %	FEV1 %		
		√		۷	۸۱	۳۱	۱۹	۸۷/۶/۱۰	اولیه (قبل از طرح)
		√		۸	۶۹/۶	۲۸	۱۷	۸۷/۹/۲۴	مراجعه اول طرح
		√		۱۱	۶۹	۳۶	۲۴	۸۸/۲/۲۷	مراجعه دوم طرح

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکنازی		
	میزان خلط (mil lit)	تاریخ	
II	۳۰۰	۸۷/۶/۱۰	اولیه (قبل از طرح)
II	۳۰۰	۸۷/۹/۲۴	مراجعه اول طرح
II	۱۰۰	۸۷/۱۲/۱۸	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، تدریجا 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 "فرادرمانی" برونشکتازی در بیمارستان "مسیح دانشوری" شده و "فرادرمانی" را شروع می نماید. ارتباطهای "فرادرمانی" 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 غیرحضور و تلفنی توسط فرادمانگر 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 مروراید دچار کاهش وزن شده که در خلال انجام "فرادمانی" 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 بفاصله ۲ ماه انجام شده که مسافت طی شده در ابتدای طرح (قبل از فرادمانی) ۱۷۰ متر با نیاز به اکسیژن بوده که با انجام "فرادمانی" و پس از گذشت ۶ ماه به ۲۷۵ متر و بدون نیاز به اکسیژن می رسد. در اسپیرومتری ابتدای طرح و قبل از "فرادمانی"، $FEV_1 = 60\%$ 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 اختلاتی 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 "فرادمانی" 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

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

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکازی		تاریخ	
	میزان خلط (mil lit)			
III	نصف لیوان		۸۷/۱۰/۸	اولیه(قبل از طرح)
II	نصف لیوان		۸۷/۱۰/۲۹	مراجعه اول طرح
II	بسیار کم		۸۸/۳/۲۴	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 "فرادرمانی" در بیمارستان شده است، و در گزارش اول، پس از برقراری ارتباط "فرادرمانی" 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 "فرادرمانی" 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 "فرادرمانی" 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 زیردیپلم 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

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

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکنازی		
	میزان خلط (mil lit)	تاریخ	
IV	مقدار زیاد	۸۷/۶/۲۴	اولیه (قبل از طرح)
III	کمتر از قبل	۸۷/۹/۳	مراجعه اول طرح
II	کمتر از قبل	۸۷/۱۱/۶	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 متاسفانه نه تنها بهبودی نداشته بلکه در طول خواب نیز نیاز به اکسیژن پیدا می کند. در تاریخ ۱۳۸۷/۶/۱۷ بیمار وارد طرح تحقیقاتی "فردرمانی" در بیمارستان مسیح دانشوری شده که در گزارشات اولین ارتباط "فردرمانی" 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 "فردرمانی" و پس از ۶ ماه مسافت طی شده به ۴۲۰ متر، آنهم بدون نیاز به اکسیژن می رسد. همچنین در اسپیرومتری، 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 فردرمانی 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

مدت بیماری: ۱۰ سال

سن: ۵۰ 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	۴۳۰	-	۹۰	۷۰

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

Functional Class	میزان خلط بیمارانی پروتکتازی		
	میزان خلط (mil lit)	تاریخ	
II	ندارد	۸۷/۶/۱۷	اولیه (قبل از طرح)
II	ندارد	۸۷/۹/۱۷	مراجعه اول طرح
I	ندارد	۸۷/۱۲/۱۱	مراجعه دوم طرح

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 "فردرمانی"، 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 "فردرمانی" 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 "فردرمانی"، 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 "فردرمانی" 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 اسپرومتری، 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 "فردرمانی"، حال عمومی و وضعیت فیزیکی وی بهبودی زیادی داشته و همچنان با گرفتن ارتباطهای "فردرمانی"، این روند ادامه دارد ولذا از آشناسدن و بکارگیری این روش درمانی بسیار راضی می باشد.

پرسشنامه طرح فرادرمانی

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

جنس و وضعیت تاهل: مرد زن مجرد متاهل

تحصیلات: بیسواد زیر دیپلم دیپلم 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

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

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکتازی			تاریخ	
	میزان خلط (mil lit)				
III	تیم لیوان			۸۷/۸/۱۲	اولیه (قبل از طرح)
I	کم			۸۷/۹/۲۴	مراجعه اول طرح
I	خیلی کم			۸۷/۱۲/۱۸	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 کورتیکوسترئوئید 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 "فرادرمانی" و در گزارش اول با گرفتن ارتباط "فرادرمانی" 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 "فرادرمانی" 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 FEV_1 از ۸۷ به ۹۵ درصد رسیده است و نیز نسبت FVC/FEV_1 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

مدت بیماری: ۱۲ سال سن: ۶۲ 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

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

Functional Class	میزان خلط بیماران برونشکتازی		
	میزان خلط (mil lit)	تاریخ	
II	یک چهارم لیوان	۸۷/۷/۲۱	اولیه (قبل از طرح)
II	بسیار کم	۸۷/۱۱/۲۷	مراجعه اول طرح
II	خلط ندارد	۸۸/۵/۲۵	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 ۱۰ (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 ($P=0,030$ ، 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 بینایی 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 ($P>0,01$ ، 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.

هدف از درمان بیماری‌های جسمی از طریق ذهن (Mind-Body Interventions) بالا بردن ظرفیت ذهن به منظور تاثیرگذاری بر عملکرد جسم و در نهایت درمان بیماریها است. از نمونه‌های این روش می‌توان به مدیتیشن (Meditation)، دعا (Prayer)، درمان ذهنی (Mental Healing)، استفاده از هنر و موسیقی برای درمان و... اشاره کرد. امروزه درمانهای معنوی و روحانی (Spiritual healing) از جمله درمانهای محبوب CAM است (۶).

فرادرمانی را می‌توان یکی از انواع درمانهای معنوی و روحانی در نظر گرفت. در این نوع درمان که بر پایه عرفان ایرانی است، توجه به کل وجود انسان اساس درمان را تشکیل می‌دهد. از اینرو فرادرمانی نیز به مانند بسیاری از شیوه‌های درمانی Mind-Body Interventions نوعی درمان کل نگر است. در فرادرمانی هوشمندی حاکم بر جریان هستی منشا درمان محسوب می‌گردد به گونه‌ای که در صورت ارتباط شعور هر یک از اجزا با این شعور کل، روند تشخیص و درمان آغاز می‌گردد. از اینرو فرادرمانگران نقشی بجز برقراری ارتباط بیمار با هوشمندی کل نداشته و تشخیص، اولویت بندی بیماریها و درمان آنها در صورت تداوم ارتباطات، تماماً توسط هوشمندی کل انجام می‌شود. روند درمان عموماً از طریق فرآیندی بنام برون ریزی صورت می‌پذیرد که طی آن سلول آثار بیماریها و مشکلات گذشته و حال خود را آشکار کرده و با تداوم ارتباطها این مشکلات بتدریج و مطابق با نمودارهای تجربی بدست آمده از بین می‌رود (۹).

اگرچه پذیرش چنین تئوری‌هایی از نظر علمی سخت می‌نماید، اما باید توجه داشت که در بسیاری از موارد درمانهای Mind-Body Interventions چنین تئوری‌هایی موجود بوده و در حال حاضر تنها شیوه بررسی آنها ارزیابی اثرات آنها است نه خود تئوری. بعنوان مثال در آیورودا (Ayurveda) که یک سیستم پزشکی قدیمی هندی است، عقیده بر این است که اساس موجودیت انسان نوعی انرژی هوشمند کیهانی (آگاهی کیهانی) است و درمان بر پایه تطبیق انرژی‌های درونی بدن انسان با تغییرات انرژی‌های محیطی و حفظ تعادل انرژی‌های طبیعی کلیت وجود انسان صورت می‌پذیرد (۱۰، ۱۱).

اگرچه استفاده از درمانهای روحانی و معنوی در بسیاری از کشورها خصوصاً کشورهای شرقی سابقه ای طولانی دارد، اما پیشرفتهای علمی در داروها، جراحی و سایر شیوه‌های درمانی برای بیماریها باعث شد نگرش پزشکی نوین به اهمیت ذهن، روان یا معنویات بعنوان یک شیوه مهم درمان که پیش از آن استفاده می‌شد، تغییر کند و تا زمانی که با استفاده از این شیوه‌های نوین بیمار درمان می‌شد، دعا و نیایش به فراموشی سپرده شد. این وضعیت تا اواسط دهه ۱۹۵۰ وجود داشت. در این زمان علاقه جدید به درمان بیماریها از طریق ذهن (Mind-body medicine) ایجاد شد به گونه‌ای که امروزه درمانهای معنوی و روحانی (Spiritual healing) از جمله دعا و نیایش یک جزء اصلی و مهم در درمان بیماریها و حفظ سلامتی آمریکایی‌ها به حساب می‌آید (۱۲) و تحقیقات وسیعی در مورد آنها در حال انجام است. بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماریها و مرکز ملی پیشگیری آمریکا، در سال ۲۰۰۲ دعا و نیایش جزء شایعترین انواع CAM مورد استفاده بوده است بطوریکه دعا و نیایش برای سلامتی خود (prayer specifically for one's own health)، ۴۳٪، دعا و نیایش دیگران برای سلامتی فرد (prayer by others for one's own health)، ۲۴/۴٪، و شرکت در گروه‌های دعا و نیایش برای سلامتی خود (prayer participation in prayer group for one's own health)، ۲۴/۴٪.

own health)، ۹/۶٪ موارد استفاده از CAM را تشکیل می‌دهد (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 نارسای 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 فرادمانی 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 کل‌گرایانه 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 کل‌گرایانه (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 برونشکتازی 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.
 ۳. 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.
 ۹. طاهری محمدعلی. انسان از منظری دیگر. چاپ اول. تهران: نشر نانا، 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*. 4th ed. 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 JD, 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 (٪)
*۰.۰۰۰	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)
*۰.۰۰۰	۴ (٪۳۶)	۳ (٪۲۷)	*۰.۰۳۱	۳ (٪۱۳)	۹ (٪۳۹)	کلاس عملکردی III یا IV

*میزان تقریبی خلط روزانه بصورت مدیان (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