

Kayropraktikte
Temel Eğitim
Ve
Güvenliği üzerine
WHO
Rehber Kitapçığı



**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**

Cenevre
2005



**WORLD FEDERATION
OF CHIROPRACTIC**



**Türkiye
Kayropraktik
Derneği**

Dünya Sağlık Örgütü Yayın Bilgi Bankası Katalogundan

Dünya Sağlık Örgütü

Kayropraktik eğitimi ve güvenliği üzerine Dünya Sağlık Örgütü rehber kitabı.

1.Kayropraktik-eğitim 2. Kayropraktik-Standard 3. Rehber I. Ünvan.

ISBN 92 4 159371 7

(NLM sınıflandırma: WB 905.7)

© Dünya Sağlık Örgütü

Bütün hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü yayınları Dünya Sağlık Örgütü, 20 Avenue Appia, 1211 Cenevre 27, İsviçre (Tel: +41 22 791 2476; Faks: +41 22 791 4857; e-posta: bookorders@who.int)' den temin edilebilir. Dünya Sağlık Örgütü yayınlarının - satış ve/veya ticari amaç gütmeyen dağıtım amaçlı- çoğaltılması veya tercüme yapılmaları için Dünya Sağlık Örgütü' nün yukarıda belirtilen adresine baş vurulması gerekmektedir (faks: +41 22 7914806; e-posta: permission@who.int).

Dünya Sağlık Örgütü, bu yayının içerisinde bulunan sunum ile hiçbir ülkenin, bölgenin, şehrin ve alanın yasal statüsünü kapsamaz. Haritalardaki noktalı çizgiler, üzerinde tam bir uzlaşma sağlanamamış ana sınırları temsil etmektedir.

Bu yayında bazı şirketlerin ve bazı ürün imal eden firmaların isimlerinin geçmesi, bunların Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylanmış olduğu anlamına gelmez.

Bu yayındaki bilgileri onaylamak için Dünya Sağlık Örgütü bütün önlemlerini almıştır. Bu yayın içindeki bilgiler okuyan kişinin takdirine ve anlayabilme yeteneğine bırakılmıştır. Hiçbir durum altında Dünya Sağlık Örgütü olan ve olabilecek zarardan sorumlu değildir.

İsviçre de basılmıştır.

Published by the WHO in 2005 under the title WHO Guidelines on Basic Training and Safety in Chiropractic

WHO 2005

The Director General of the WHO has granted translation rights for an edition in Turkish to the World Federation of Chiropractic, which is solely responsible for the Turkish edition.

İçindekiler

Teşekkür	4
Önsöz	5
Giriş	8
Amaçlar	9
Bu Dokümanın Kullanımı	9
	10
Terimler Sözlüğü	
Bölüm 1: Temel Kayropraktik Eğitimi	11
1. Genel Görüşler	11
1.1. Tarihsel Bilgi	11
1.2. Kayropraktik Felsefesi ve Temel Kayropraktik Teorileri	11
1.3. İdari ve Akademik Faktörler	12
1.4. İzleme ve Değerlendirme	12
1.5. İlave eğitim ve kariyer olanakları	12
2. Uygun Eğitim ve Öğretim Seviyeleri	13
2.1. Kategori I- Tam Kayropraktik Eğitimi	13
2.2. Kategori I- Sınırlı Kayropraktik Eğitimi	13
3. Kayropraktik Eğitim Modelleri	13
3.1. Kategori I (A)	13
3.2. Kategori I (B)	14
3.3. Kategori II (A)	14
3.4. Kategori II (B)	14
4. Tam Kayropraktik Eğitimi – I (A) Kategorisi	14
4.1. Amaç	14
4.2. Giriş gereklilikleri	14
4.3. Temel Eğitim	14
4.4. Ana Müfredat	15
5. Tam Kayropraktik Eğitimi – I (B) Kategorisi	18
5.1. Amaç	18
5.2. Özel kurslar	18
5.3. Temel Eğitim	18
6. Sınırlı Kayropraktik Eğitimi – II (A) Kategorisi	18
6.1. Amaç	18
6.2. Özel kurslar	19
6.3. Temel Eğitim	19
7. Sınırlı Kayropraktik Eğitimi – II (B) Kategorisi	19
7.1. Amaç	19
7.2. Özel kurslar	19
7.3. Temel Eğitim	20
8. Kayropraktikte Öğrencilerin İmtihan Edilmesi ve Değerlendirilmesi	20
9. Birinci dereceden sağlık çalışanları ve Kayropraktik	20
9.1. Birinci dereceden sağlık çalışanları – Miyoterapistler	20
9.2. Amaç	20
9.3. Kurs öğeleri	21
9.4. Eğitim metodu ve süresi	21

Bölüm 2: Kayropraktik Güvenliği Üzerine Rehber	21
1. Giriş	21
2. Spinal manipülatif terapiye karşı kontraendikasyonlar	22
2.1 Spinal manipülatif terapiye karşı mutlak kontraendikasyonlar	23
3. Hastalık kategorisiyle eklem manipülasyonuna karşı kontraendikasyonlar	24
3.1 Artiküler (eklemsel) düzensizlik	24
3.2 Kemik zayıflatıcı ve zarar verici hastalıklar	24
3.3 Kan dolaşımı ile ilgili ve hematolojik hastalıklar	25
3.4 Nörolojik hastalıklar	25
3.5 Psikolojik faktörler	25
4. Yardımcı ve destekleyici terapilere karşı kontraendikasyonlar	26
4.1. Elektro terapiler	26
4.2 Egzersizler ve tamamlayıcı destekleyici tedbirler	26
5. Sakatlıklar ve advers reaksiyonlar	26
5.1 Komplikasyonların ve advers reaksiyonların sebepleri:	26
5.2 Uygun olmayan uygulama örnekleri	26
5.3 Ciddi advers sonuçlar	27
5.4 Vasküler sakatlıklar	27
5.5 Manipülasyondan kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi	28
6. İlk yardım eğitimi	28
Ek 1: Katılımcı Listesi	29
Ek 2: Dört-yıllık, tam-zamanlı akredite edilmiş program örneği	31
Ek 3: Tam (dönüşüm) programı örneği	32
Ek 4: Sınırlı (dönüşüm) programı örneği	33
Ek 5: Sınırlı (standardizasyon) programı örneği	34
Referanslar	35

Teşekkür

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), geleneksel tıp alanında WHO ile işbirliğine dayalı projelerin gerçekleştirilmesinin bir parçası olan bu rehber kitapçığının geliştirilmesi ve basımı için İtalya, Lombardy Bölge Hükümeti tarafından sağlanan finansal ve teknik destek için teşekkür borçludur. Lombardy Bölgesi, Aralık 2004'de İtalya, Milan'da yapılan Kayropratik konulu WHO konsültasyonu için ev sahipliği yapmış ve finansal destek sağlamıştır.

Orijinal metni hazırlayan New Lambton, Avustralya'dan Dr. John A. Sweaney'e teşekkürler.

WHO; taslak metin üzerinde yorumlarını ve önerilerini bildiren 54'ten fazla ülkedeki uzmanları, ulusal otoriteleri ve profesyonel ve hükümete bağlı olmayan organizasyonları da içine alan 160'ın üzerinde eleştirmene minnetlerini sunar.

Taslak rehber kitapçığının gözden geçirilmesinde ve sonuca ulaştırılmasında emeği geçen Kayropratik konulu WHO konsültasyonu katılımcılarına (Ek 1'e bakın), konsültasyonun organizasyonunda WHO'ya yardımlarından ötürü, İtalya, Milan Eyalet Üniversitesindeki WHO Geleneksel Tıp İşbirliği Merkezine ve özellikle Müdür, Profesör Umberto Solimene'e, Uluslar arası İrtibat Bürosu Yetkilisi, Bayan, Elisabetta Minelli'ye özel olarak teşekkürlerimizi sunarız.

Önsöz

Son on yıl boyunca, geleneksel ve tamamlayıcı/alternatif tıp (TM/CAM) kullanımı, yalnızca, bunun çoğu kez sağlık koruması için tek olasılığı temsil etmekte olduğu gelişmekte olan ülkelerde değil, aynı zamanda gelişmiş ülkelerde de büyük ölçüde artmıştır. Kanada, Fransa, Almanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri gibi yüksek gelirli ülkelerin çoğunda, TM/CAM'i kullanan nüfus yüzdesi %50 civarındadır. Yüzdenin %20 civarında olduğu ve artmaya devam ettiği Lombardy Bölgesini de içine alan belli İtalyan bölgelerinde olduğu gibi bu İtalya'da da gerçekleşmektedir (%15'den az değildir).

Bu sorunla yüz yüze gelerek, doğru kullanıldığında vatandaşların sağlık ve esenliğinin korunmasına ve iyileştirilmesine katkıda bulunabilecek olan metotların doğru ve uygun kullanımı için gerekli koşulları yaratmak çok önemlidir. Bu uygulamaların geliştirilmesi, yalnızca emniyet, etkinlik ve kalite kriterlerine göre sağlanabilir. Bu prensipler, modern medikal uygulamayı karakterize eder ve tüketicilerin korunmasında en önemli temel esaslardır.

Lombardy Bölge Hükümeti tarafından üstlenilen TM/CAM etkinlikleri daima yukarıda sözü edilen kriterler tarafından yönlendirilecektir. TM/CAM, Bölgesel Halk Sağlığı Planı (2002-2004) içerisine dahil edilmiştir ve buna göre, tüketicilerin ve pratisyenlerin korunması için geniş kapsamlı bir sistem geliştirilmiştir – bir dizi idari kanun hükümleri sayesinde. TM/CAM'in kullanımı ve değerlendirmesi konusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Lombardy Bölge Hükümeti arasındaki dört- yıllık işbirliği planı, böyle bir süreçte ana ilkedir. Bölgedeki çok sayıdaki klinik ve gözleme dayalı çalışmaların artışı, TM/CAM metotlarının etkinliğinin değerlendirilmesi için önemli bir adım olarak ele alınacaktır.

Uygulamannın kalitesi büyük ölçüde, uzmanların eğitime dayanmaktadır. Bu nedenle, Lombardy Bölge Hükümeti, kayropratik uzmanları için gereklilikleri tanımlamayı amaçlayan bu Kayropratikte Temel Eğitim Ve Emniyet üzerine WHO Rehber Kitapçığının geliştirilmesini desteklemiştir. Bu rehber kitapçığının geliştirilme süreci, dünyanın dört bir tarafından uzmanları, ulusal otoriteleri ve profesyonel organizasyonları bir araya getiren Aralık 2004'de Milan'da düzenlenen WHO Konsültasyon toplantısını da içermektedir. Konsültasyonun sonuçlarından biri, bu rehber kitapçığın, yalnızca Lombardy Bölgesi için değil aynı zamanda tüm dünyada çeşitli ülkeler için de bir kaynak kitapçık olarak uygun olduğu görüşüydü. Bu düşünceyle, bu doküman, uzmanlar, politik ve idari otoriteler arasında Kayropraktik vatandaşların sağlığı ve herhangi bir Ruhsatlandırma ve Belgelendirme kanunu için emniyetli ve etkili bir çare olmasını isteyenler için önemli bir referans noktası olarak ele alınacaktır.

Alessandro Ce
Bölge Sağlık Bakanı
Lombardy Bölge Hükümeti

Giancarlo Abelli
Bölge Aile ve Sosyal Dayanışma Bakanı
Lombardy Bölge Hükümeti

Foreword

The World Federation of Chiropractic (WFC) represents member national associations of chiropractors in 89 countries, including the Turkish Chiropractic Association (TCA) in Turkey, and is privileged to have been a non-governmental organization (NGO) in official relations with the World Health Organization (WHO) since 1997.

As the chiropractic profession has become more established internationally during the past two decades, and with better evidence supporting the safety and effectiveness of chiropractic treatments, commercial exploitation of chiropractic education and the unqualified practice of chiropractic have become problems for the public and governments in a number of countries where the profession is not yet regulated by law. This, as Dr. Zhang, Coordinator, Traditional Medicine, WHO explains in her Introduction, is one of the reasons why WHO has prepared these Guidelines for health authorities. The WFC was honored to work with WHO in development of the original Guidelines, which WHO has released in three of its official languages English, French and Spanish.

Because of the significant potential value of these Guidelines to national authorities, both in providing an understanding of the chiropractic profession and the minimum necessary educational requirements for all students for safe and effective practice, the WFC has undertaken to publish translations of the Guidelines in a number of languages.

For this publication in Turkish the WFC has worked in collaboration with its member association in Turkey, the TCA. It wishes to give special thanks to the TCA and its President, Dr. Mustafa H. Agaoglu from Izmir, for arranging and funding the translation and the publication process.

Gerard Clum, DC
President
World Federation of Chiropractic

Teşekkür

Dünya Kayropraktik federasyonu, Türkiye Kayropraktik Derneği'nin de dahil olduğu 89 ülkenin ulusal Kayropraktik derneklerini temsil eder. 1997 senesinden beri dünya sağlık örgütü ile resmi ilişkilerde bulunan bir sivil toplum örgütüdür.

Son 20 yıldır Kayropraktik uzmanlığı uluslararası arenada yaptığı tedaviler ile güvenilirliği ve yeterliliği konusunda ciddi bir yer edinmiştir. Daha yasal tanımı olmayan ve yasal denetimi olmayan ülkelerde Kayropraktik uzmanlığının eğitimsiz kişiler tarafından yanlış icrasının ortamı yaratılmıştır. Bu sebepten ötürü dünya sağlık örgütü geleneksel tıp koordinatörü Dr. Zhang Kayropraktik eğitimi ve güvenliği üzerine dünya çapındaki sağlık bakanlıklarına ve otoritelerine resmi bir rehber kitabı hazırlamıştır. Dünya Kayropraktik federasyonu bu kitabın oluşumunda dünya sağlık örgütü ile yaptığı işbirliğinin sonucunda dünya sağlık teşkilatının üç resmi dilinde, ingilizce, fransızca ve ispanyolca yayımlanmasından gurur duyar.

Bu belgenin Kayropraktik mesleğinin yasasının olmadığı ülkelerde, Kayropraktik uzmanlığının anlaşılması ve öğrencilerinin daha güvenli ve verimli çalışabilmeleri için gerekli olan minimum eğitim standartlarının saptanması ile ulusal sağlık otoriteleri tarafından kullanımı için farklı lisanlarda tercüme edilmesi ve yayımlanması sorumluluğunu dünya Kayropraktik federasyonu üstlenmiştir.

Bu kitabın Türkçe tercümesinde ve yayımlanmasında, dünya Kayropraktik federasyonu üyesi olan, Türkiye Kayropraktik Derneği ile birlikte çalışmıştır. Dünya Kayropraktik federasyonu özellikle Türkiye Kayropraktik derneği başkanı, Dr. Mustafa H. Ağaoğluna tercüme ve yayımlanmasındaki uğraşlarından dolayı teşekkür eder.

Gerard Clum, D.C.
Başkan
Dünya Kayropraktik Federasyonu

Giriş

Kayropraktik, elle tedavi yöntemlerinin en çok kullanılan çeşitlerinden biridir. Şu anda tüm dünyada uygulanmaktadır ve 40 ulusal bölge hükümetinde kanunlarla düzenlenmiştir.

Sağlık hizmeti olarak, Kayropraktik, klasik bir yönetim yaklaşımı sunar, ruhsatlı uzmanlar gerektirmesine rağmen, her zaman yardımcı personele gerek duymaz ve bu nedenle minimal ek maliyetler yaratır. Bu nedenle, kayropraktikin yararlarından biri, sinir kas iskelet hastalıklarının düşük maliyetli yönetimi için potansiyel sunması olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); ülkeleri, ulusal sağlık hizmetlerinde emniyetli ve etkili ilaç tedavilerinin, ürünlerin ve uygulamaların düzgün kullanımı konusunda teşvik etmektedir ve desteklemektedir. Yukarıda tanımlanan durumun ışığında, kayropraktik eğitimi ve emniyetli biçimde uygulanması konusunda, bu tedavinin kontraendikasyonları üzerine bilgiyi de içeren bir rehber kitapçığı oluşturmaya ihtiyaç vardır.

Kayropraktik uygulaması ile ilgili yönetmelikler ülkeden ülkeye büyük ölçüde değişiklik göstermektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkeleri gibi bazı ülkelerde, Kayropraktik yasal olarak onaylanmıştır ve resmi üniversite dereceleri kurulmuştur. Bu ülkelerde, meslek yasaları düzenlenmiştir ve kurallarla belirlenmiş olan eğitim nitelikleri genellikle istikrarlıdır ve ilgili Akreditasyon Kurumlarının gerekliliklerini karşılar.

Fakat, pek çok ülke, henüz, kayropraktik eğitimini oluşturmamıştır ve kayropraktikin ruhsatlı biçimde uygulanmasını düzenleyecek kanunlar koymamıştır. Buna ek olarak, bazı ülkelerde, diğer ruhsatlı sağlık uzmanları ve meslekten olmayan uzmanlar spinal manipülasyon tekniğini kullanabilmekte ve akredite edilmiş bir programda kayropraktik eğitimi almamış olmalarına rağmen, kayropraktik hizmetleri sağladıklarını iddia edebilmektedirler.

Kayropraktik hizmetlerine olan talebin hızlı gelişimi ile birlikte, diğer sağlık hizmetleri uzmanları, kayropraktik konusunda ek nitelikler kazanmayı isteyebilmektedirler. Yeterli temel medikal eğitimi olan kişilerin, Kayropraktik uzmanı olmak için gerekli ek eğitim ve nitelikleri kazanması için dönüşüm programları geliştirilmiştir ve bunlar daha fazla yaygınlaştırılabilir. Bu programlar, farklı eğitim geçmişlerini ve önceki medikal eğitimleri dikkate almak için esnek olmalıdır.

Düzenleyici kanunların mevcut olmadığı ülkelerde, Kayropraktikin uygulanmasını yönlendiren herhangi bir eğitimsel, profesyonel ya da yasal sistem olmayabilir. Uzmanların, kayıt olmak ve hastaları korumak için teşvik edilmeleri için gerekli minimum eğitimsel gereklilikler bu dokümanda özetlenmiştir. Bu minimum gerekliliklerin onaylanması ve uygulanması her ülkenin durumuna bağlı olacaktır.

Eğitim sınırlamalarının olduğu, finansal kaynakların olmadığı ya da yerli halkın toplumun geneline bütünleşmesinin yetersiz olduğu bazı ülkelerde, miyoterapi (kas terapisi) konusunda özel eğitim almış birinci dereceden sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilirler. Bu ayrıca sağlık hizmetleri, tedavi edici müdahalelerin, kayropraktik prensiplerinin ve uygulamalarının ulusal sağlık programlarına girmesine sebep olur.

Bu programlar, aşağıda Bölüm 1'de 9. kısımda tanımlanmıştır.

Amaçlar

Halkı ve hastaları korumanın yanı sıra Kayropraktikin ruhsatlı ve emniyetli bir biçimde uygulanmasını kolaylaştırmak için, bu rehber kitapçığın amaçları şunlardır:

- Kayropraktik eğitimi için minimum gereklilikleri sağlamak
- Kayropraktikin ruhsatlı biçimde uygulanması için bir sınav ve ruhsatlandırma sistemini kurmada ulusal otoritelere bir referans olarak hizmet etmek
- Kaza risklerini minimize etmek için kontraendikasyonları gözden geçirmek ve tedavi sırasında oluşan komplikasyonların tedavisinde tavsiyelerde bulunmak ve kayropraktikin emniyetli biçimde uygulanmasını arttırmak

Bu Dokümanın Kullanımı

Rehber kitapçığın 1. Bölümü; her biri, medikal geçmişi olmayanlar, kayropraktiki kullanmak isteyen doktorlar ve birinci dereceden sağlık çalışanları da dahil olmak üzere farklı eğitim geçmişleri olan kursiyerler için tasarlanmış olan farklı eğitim programları için temel gereklilikleri kapsar. Bu bölüm, özellikle resmi eğitim derecesinin kurulmadığı yerlerde, çeşitli eğitim programlarının kurulması için referans sağlar. Eğer ulusal sağlık otoriteleri, eğitim programını değerlendirmek isterlerse, Uluslararası Kayropraktik Eğitimi Kuruluna danışabilirler (CCEI – www.cceintl.org). Bu kurum, bir akreditasyon kurumu gibi çalışmaz, fakat, diyalog ve iletişimle, onaylanmış akreditasyon kurumları arasındaki çeşitlilik anlayışını arttırır.

Kursiyerlerin yetkinliklerini sağlamak ve kayropraktikin ruhsatsız kişilerce uygulanmasını önlemek için, bu eğitim programına dayanarak bir sınav ve ruhsatlandırma sistemi kurulabilir ya da adapte edilebilir. Bunun, bazı ülkelerde önemli ve büyüyen bir problem olan kayropraktik eğitiminin ve uygulamasının ticari patlayışını caydırıp engelleyeceği umulmaktadır.

Rehber kitapçığın 2. Bölümü; spinal manipülatif terapinin emniyeti ve onun kullanımı ile ilgili kontraendikasyonları ile ilgilidir.

Dr. Xiaorui Zhang
Temel İlaçlar ve Geleneksel Tıp
İçin Teknik İşbirliği
Geleneksel Tıp Bölümü Koordinatörü
Dünya Sağlık Örgütü

Terimler Sözlüğü

Bu rehber kitapçığında kullanılan terimler aşağıda tanımlanmıştır.

Düzeltilme;

Eklemlere ve bitişindeki dokulara uygulanan kontrollü kuvvet, yön vererek mekanik manevra ile vertebralardaki ve/veya iskeletteki biyomekanik bozuklukları tedavi etme amacı ile kullanılan bir kayropraktik işlemidir. Kayropraktik uzmanları, eklemi ve nörofizyolojik fonksiyonunu etkilemek için yaygın olarak bu yöntemleri kullanırlar.

Biyomekanik;

İnsan hareketinin yapısal, fonksiyonel ve mekanik yönlerini ele alan bilim. Temel olarak, insan hareketi ile ilgilenen statik ya da dinamik yapıdaki harici kuvvetlerle ilgilenir.

Kayropraktik;

Sinir kas iskelet sistemleri bozukluklarının teşhisi, tedavisi ve önlenmesi ve bu bozuklukların genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili sağlık hizmeti veren, sublüksasyon (çıkık ve kırık olmayan eksen bozulmuş normal eklem) üzerinde özel bir odaklanma ile patolojik eklem biyomekaniğini düzeltme yapan ve vücudun doğal olarak işleyebilmesini sağlayan ve bu alan içerisine giren manüel teknikleri içeren bir uzmanlıktır.

Fiksasyon;

Fizyolojik hareketi sınırlandıran belli bir pozisyonda tamamen ya da kısmen hareket edemez hale gelmiş bir eklem durumu.

Eklem manipülasyonu;

Anatomik limitleri aşmadan, fizyolojik hareket alanının ötesine geçmeden bir eklemi hareket ettirmek için uygulanan bir manuel yöntem.

Eklem mobilizasyonu;

Eklem normal fizyolojik hareket alanı içerisinde kalarak uygulanan, itme ve/veya çekme olmayan bir manuel teknik

Sinir kas iskelet sistemi;

Bedenin biyomekaniğini, adalelerini, ligamanlarını, tendonlarını ve merkezi/periferi sinir sistemini içeren sistem.

Palpasyon;

Ellerle hissetme hareketi. (2) Deri altındaki dokuların şekline, büyüklüğüne, kıvamına, konumuna, kendiliğinden hareket edebilmesine ve sağlığına karar vermek amacıyla, muayene esnasında kullanılan bir teknik.

Postür ;

(1) Vücudun duruşu. (2) Dışarıdan gözlemlene ile beden parçalarının birbirine bağlı düzeni. İyi bir duruş, yapıların çalıştığı ya da dinlendiği duruşa (dik, yatarak, çömelerek, alçalarak) bakmaksızın vücudun incinme ya da kademeli biçim bozukluğuna karşı destekleyen yapılarını koruyan kas ve iskelet dengesinin durumudur.

Spinal manipülatif terapi

Hastanın sağlığını olumlu etkileme amacıyla, omurgayı ve paraspinal dokuları harekete geçirmek, düzeltmek, manipüle etmek, mobilize etmek, stimüle etmek ya da başka bir şekilde etkilemek için ellerin ve mekanik aletlerin kullanıldığı tüm yöntemleri içerir.

Sublüksasyon

Eklemde çıkık olmadan; ekseninin, hareket bütünlüğünün ve/veya fizyolojik fonksiyonunun bozulup patolojik hal aldığı ve merkezi/periferik nöral bütünlüğü etkileyebilecek olan fonksiyonel bir oluşumdur.

Sublüksasyon kompleksi (vertebral)

Sinir, kas, konektif doku, ligaman, hareket ve kan dolaşımını etkileyen, omurlarda oluşabilen eksen bozukluğuna verilen tanı.

¹ Bu tanım, statik görüntüleme çalışmalarında görünür olan ve önemli bir yapısal yer değişimi kastedilen medikal tanımdan farklıdır.

Bölüm 1: Temel Kayropraktik Eğitimi

1. Genel Görüşler

1.1. Tarihsel Bilgi

Spinal manipülasyonun (elle omurga tedavisi) tarihi, Hipokrat ve eski Yunan hekimlerine kadar uzanmasına rağmen (4), Kayropraktik keşfi, 1895’de Amerika Birleşik Devletleri, Davenport, Iowa’da başlar ve ilk kayropraktik okulu (6) ile 1897’te David Daniel Palmer’a (5) atfedilir.

Palmer, Kayropraktik mesleğinin teorisini ve metodunu, kendi tasarımıyla benzersiz taraflarını da katmasının yanı sıra medikal manipülasyon ve osteopatide içine alan çeşitli kaynaklardan yararlanarak geliştirmiştir. “Elle yapılan” anlamına gelen “Kayropraktik” veya bazen ‘Şiropraktik’ terimi, Palmer tarafından yaratılmış ve hastası olan rahip Samuel H. Weed bu yeni doğan mesleğin ismini modern tıbbın geldiği yerden, yunancadan almıştır.

Kayropraktik Amerika Birleşik Devletlerinde tıp eğitimi ve uygulamalarında reformların yaşandığı bir dönemde gelişmeye başlamıştır. O dönemde konvansiyonel tıp ve sayısız alternatif tedavi yaklaşımları içinde çok geniş tedavi olanakları vardı.

1.2. Kayropraktik Felsefesi ve Temel Kayropraktik Teorileri

Kayropraktik; sinir-kas-iskelet sistemleri hastalıklarının teşhisi, tedavisi ve önlenmesi ile ve bu hastalıkların genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili bir sağlık mesleğidir. Sublüksasyon üzerinde özel bir odaklanma ile eklem ve iskelet yapısını düzeltme ve/veya manipülasyonunu da içine alan manüel teknikler üzerinde durulur.

Kayropraktik felsefesini, diğer sağlık mesleklerinden ayıran kavram ve prensipler, ona en çok kayropraktik uzmanlarının verdiği değerden kaynaklanır ve bu, onların sağlık hizmetine karşı tutum ve yaklaşımlarını büyük ölçüde etkiler.

Meslek içerisindeki uzmanların çoğunluğu, kayropraktik felsefesinin; holizm (bütüncülük), vitalizm, naturalizm, muhafazakârlık, eleştirel rasyonalizm, hümanizm ve etik kavramlarını içerdiğini fakat bunlarla sınırlı olmadığını iddia ederler (9).

Omurga ve kas iskelet sisteminin oluşturduğu yapı ile sinir sistemi tarafından koordine edilen fonksiyonlar arasındaki ilişki kayropraktiğin temelini oluşturur. Ayrıca sağlığı koruma ve geriye kazandırma bakış açısı kayropraktiğin felsefi özüdür. (9, 10:167).

Kayropraktik uzmanları tarafından sublüksasyon ve vertebral sublüksasyon kompleksi olarak tanımlanan mekanik spinal fonksiyonel bozuklukların bir sonucu olarak ciddi nörofizyolojik bozuklukların oluşabileceği varsayılmaktadır (9, 10:169-170,11).

Kayropraktik manipülasyonları, cerrahi düzeye gelmemiş, kas, iskelet ve omurga sisteminin biyomekanik bozuklukları ve bunun sinir sistemi üzerinde yarattığı problemler üzerinde durmaktadır (10:169-170,11). Biyopsikososyal sebepler ve sonuçlar, hastanın tedavisinde önemli faktörlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmeti uzmanları olarak kayropraktik uzmanları, hastanın yararına olacağı durumlarda, diğer sağlık uzmanlarına danışmayı ve birlikte çalışmayı seçerler (10).

1.1. İdari ve Akademik Faktörler

Kayropraktik uzmanlarının eğitimi, belli idari ve akademik faktörleri içermektedir, örneğin:

- Kimler eğitilebilir?
- Uzmanların rol ve sorumlulukları neler olacaktır?
- Nasıl bir eğitim gerekmektedir?
- Bu eğitim nerede ve kimin tarafından sağlanacaktır?
- En baştan uygun programlar geliştirilmek zorunda mıdır, yoksa mevcut standardın altında olan dersler güçlendirilecek ya da uygun bir biçimde değiştirilecek midir?
- Uygun nitelikte Kayropraktik uzmanlığı öğretmenleri ve eğitmenleri mevcut mudur? Yoksa eğitilmeleri gerekmekte midir?
- Uzmanların, programların, eğitmenlerin ve kurumların resmi olarak onaylanması için nasıl bir mekanizma olacaktır?

1.2. İzleme ve Değerlendirme

Kayropraktikin ruhsatlı bir biçimde uygulanmasının ve düzgün kullanımının ortaya konması için, tüm mesleğin uzmanlarının, performanslarının, eğitim ve öğretimlerinin izlenebilmesi için sistemlere ihtiyaç vardır.

Mesleğin işleyişini düzenleyen çoğu ülke; ulusal, bölgesel, eyalet ya da illere ait sınavlar uygulamaktadırlar. Alternatif olarak, sağlık otoriteleri, kendi kendilerinin işleyişlerini düzenleme ve kişilerin yeterliliklerini temin etme haklarını profesyonel kuruluşlara delege edebilirler.

Geçmişte birçok ülkede olduğu gibi Kayropraktik mesleğinin yasal olarak onaylanmasından önce, hükümetler ve/veya sağlık otoriteleri bu mesleğin sağlık hizmetleri içerisine dahil etmenin pozitif ya da negatif sonuçlarını değerlendirmek isteyebilirler (12, 13, 14, 15, 16, 17).

1.3. İlave eğitim ve kariyer olanakları

Eksiksiz bir Kayropraktik programının kurulmasından önce, geçici program olarak, bu ülkelerde kayropraktik uzmanları oluşturmak ve Kayropraktik mesleğinin ruhsatlı biçimde uygulanmasını temin etmek için mevcut sağlık eğitiminin eksikliklerini giderecek “sınırlı eğitim” programlarının sağlanmasına ihtiyaç olabileceği kabul edilmiştir. Ülkelerin, kayropraktik uzmanlarını “sınırlı eğitim” programlarıyla nasıl onaylayacağı ise her ülkedeki duruma göre değişiklik gösterebilir.

“Kayropraktik” olarak uygulama yapan, sınırlı ya da resmi olmayan Kayropraktik eğitimine sahip kişiler, yönetmelikler yürürlüğe konulduğunda hükümetleri tarafından getirilen gereklilikleri karşılaması için eğitimlerini güncellemelidirler. Bu şekilde, bu personeller, yerel profesyonel işgücüne etkili bir biçimde dahil edilebilirler.

2. Uygun Eğitim ve Öğretim Seviyeleri

Bu rehber kitapçık, farklı ülkelerdeki çeşitli eğitim programlarını özetleyerek, her biri, sağlık sisteminde “kayropratik uzmanı” olarak uygulama yapacak sağlık uzmanlarını hazırlayan, iki Kayropratik eğitim seviyesini ve dört farklı ortamı ele almaktadır. Bu seçenekler, gereksinimlerini karşılayacak olan ülkeler için mevcuttur.

2.1 Kategori I - Tam Kayropratik Eğitimi

- Hiçbir medikal eğitimi ve deneyimi olmayan öğrenciler için tasarlanmış.
- Tıp hekimleri ya da diğer eş değer sağlık uzmanları için onaylanmış kayropratik uzmanı niteliği kazanmak için gerekli tamamlayıcı eğitimi.

2.2 Kategori I - Sınırlı Kayropratik Eğitimi

- Kayropratik yasası ve olması gereken Kayropratik fakültelerinin eksikliğinde medikal personel ya da diğer uygun sağlık uzmanları için sınırlı eğitim programları olabilir. Ama bu tam Kayropratik uzmanlığı unvanını kazandırmayacağı gibi mevcut tıp hekimlerinin hastalarına zarar vermeden minimum hizmet vermelerine yol açacaktır.

- Bu eğitim, Kayropratik yasası/yönetmeliği yapılarına kadar geçici bir program olarak ve/veya uluslar arası kriterler ile uyumlu bir Kayropratik programının geliştirilmesinde ilk aşama olarak ele alınmalıdır. Böyle bir kurs, minimum kaydedilebilirlik gereksinimiyle kurulmalıdır ve bu tip kurslardan, en kısa zamanda uluslar arası kriterlere uygun akademik programlara geçilmesi gereklidir.

- Kayropratik uygulaması ile ilgili yönetmelikleri olmayan fakat Kayropratik uygulaması ile ilgili yasaları tanıtmak ve yapmak niyetinde olan ülkelerdeki ve bölgelerdeki Kayropratik mesleğini icra eden ve etmek isteyen öğrenciler için asgari olarak kabul edilebilir seviyede yeterlilik kazanmak için gerekli olan eğitim.

Bu koşul, tam yetkinliğe yol açmayacaktır, fakat asgari seviyede kaydedilebilir standarda yol açacaktır. Bu tip eğitim programları geçici tedbirlerdir. Yasal ortam hazır olduğu takdirde ise uluslararası standarda uyarak kabul gören Kayropratik eğitim programlarına geçilmelidir.

3. Kayropratik Eğitim Modelleri

3.1. Kategori I (A)

Aşağıdaki modellerde bazı küçük farklar vardır; fakat, genel olarak, tam-zamanlı eğitimin kapsadığı üç ana eğitim yolu vardır:

Üniversite seviyesinde, dört yıllık full time Kayropratik eğitimi alınmadan önce 1-4 yıllık temel fen bilimleri içeren Kayropratik hazırlık programı bitirmek şarttır. Örnek olarak ek 2'ye bakın.

- Başvuru sahibinin üniversite giriş sınavındaki durumuna, üniversitenin kabul kriterlerine ve kontenjan sınırlamalarına bağlı olarak öğrencinin Kayropratik programına kabulü devlet ya da özel üniversitelerde sunulan beş yıllık birleştirilmiş Kayropratik lisans derecesi programı.

- İki ya da üç yıllık meslek öncesi lisansüstü eğitim programını tamamladıktan sonra ya çok özel olarak oluşturulmuş olan üniversite eğitimini başarılı bir şekilde tamamlama ya da Kayropratik bilimine uygun bir şekilde adapte edilmiş medikal eğitimi tamamlama.

3.2. Kategori I (B)

Önceden medikal ya da diğer sağlık mesleği eğitimini almış kişiler için programlar. Bu kurslar, başvuru sahibinin daha önceki eğitim geçmişine bağlı olarak uzunluğu ve konu gereklilikleri konusunda değişiklik gösterecektir, örnek olarak ek 3'e bakın.

3.3. Kategori II (A)

Önceden medikal ya da diğer sağlık mesleki eğitimini almış kişiler için "sınırlı" Kayropratik eğitim nitelikleri elde etmek için dönüşüm programları; yarı-zamanlı yapıda, tam yetkinliğe yol açmamasına rağmen tüm minimum gereklilikleri karşılayacak uygun bir biçimde yapılandırılmalıdır. Örnek olarak ek 4'e bakın.

3.4. Kategori II (B)

Bu programlarda, kurs içeriği ve uzunluğu, başvuru sahibinin daha önceki eğitim geçmişine ve deneyimlerine bağlı olarak büyük ölçüde değişiklik gösterebilir. Programların tamamlanması üzerine, kursiyerler, yarı-zamanlı çalışma ile ve (eğer temel seviye ise) güvenilir Kayropratik hizmetini sağlamak için yeterli bilgi ve yeteneği kazanmış olarak ilk Kayropratik lisans - seviyesi programının gerekliliklerini karşılıyor olacaklardır. Bu kurslar, tam yetkinliğe yol açmayacaktır. Örnek olarak ek 5'e bakın.

4. Tam Kayropratik Eğitimi – I (A) Kategorisi

Bu, önceden medikal ya da diğer sağlık mesleki eğitimi almamış kişiler için eğitim programlarını kastetmektedir.

4.1. Amaç

Bu seviyedeki amaç, hükümet yönetmeliklerinin yasalaştırıldığı ülkelerde kurulan gereksinimlerle yeterli bir eğitim sağlamaktır. Bu eğitime dayanarak, kayropratik uzmanları, bağımsız olarak ya da sağlık merkezleri ya da hastaneler içerisinde toplum seviyesinde sağlık hizmetleri ekibinin üyeleri olarak birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak mesleklerini icra ederler.

4.2. Giriş gereklilikleri

Başvuru sahibi, kabul edilebilmesi için bir lise eğitimi, üniversiteye girişi ve tıp ya da Kayropratik hazırlık programının gerektirdiği uygun temel fen bilimler eğitimi ile eşdeğerini tamamlamış olacaktır.

4.3. Temel Eğitim

Kullanılan eğitim modeline bakmaksızın, daha önceden ilgili sağlık eğitimi ya da deneyimi olmayanlar için dört yıllık tam-zamanlı eğitimde, 4200 saatten az olmamak koşulu ile öğrenci/öğretmen temas saatlerine ya da bunun eşdeğerine uygun bir programa gereklilik vardır. Bu, 1000 saatten az olmayacak şekilde denetim altında klinik eğitimi içermektedir.

4.4. Ana Müfredat

4.4.1 Eğitimsel amaçlar

Kayropraktik mesleğinin icrasında ustalık edinebilmek için gerekli bilgi, kavrama gücü, tutum, davranış, alışkanlık ve psikomotor becerilerinin kazanılmasını gerektirir. Müfredat ve öğrenci değerlendirme işlemleri, Kayropraktik uzmanı mezununun aşağıdaki becerileri göstereceği şekilde tasarlanmalıdır:

Aşağıdaki gibi, sağlık hizmeti mesleği olan Kayropraktik uzmanlığının temelini oluşturan bilgi ve beceriler hakkında kapsamlı bir kavrayış ve hâkimiyete sahip olmalıdır:

- Sağlık bilimleri konusunda, özellikle de vertebral subluksasyon ve sinir-kas-iskelet sistemi ile ilgili konularda temel bilgi edinmiş olmalıdır;
- Normal ve anormal çalışan insan lokomotor sisteminin biyomekaniği konusunda kapsamlı teorik kavrayış edinmiş olmalıdır ve özellikle de spinal biyomekaniğin uzman değerlendirmesi için gereken klinik yeteneğe sahip olmalıdır;
- Kayropraktik tarihçesine ve eşsiz kayropraktik sağlık hizmeti örneğine değer veriyor olmalıdır;
- Kayropraktik alanı içerisinde özellikle spinal (omurga) düzeltme/manipülasyon ve diğer manuel yöntemlerde belli bir beceri ve ustalık seviyesine ulaşmalıdır;
- Hastanın emniyetli ve uygun bir biçimde kayropraktik uzmanlığı ile tedavi edilip edilemeyeceğine ya da başka bir sağlık uzmanına ya da ayrı ya da ortak sağlık tesisine başvurması gerektiğine karar verme yetisine sahip olmalıdır.

Beklenen klinik seviyede, birinci basamak sağlık hizmeti uzmanlığını aşağıdaki gibi yerine getirmelidir:

- Hastalar tarafından bildirilen şikâyetlerin diferansiyel teşhisini (tanısını) koymayı ustaca gerçekleştirmelidir;
- Radyolojik tanısal görüntüleme, ortopedide, ağrı tedavisinde, sinir-kas-iskelet sisteminin rehabilitasyonunda ve/veya vertebral subluksasyonun tanı ve tedavisinde özel yetenek ve deneyim kazanmış olmalıdır;
- Klinik laboratuvar bulgularının yorumlanmasında yetkinlik kazanmış olmalıdır;
- Bilimsel ve klinik bilgilerin kritik biçimde değerlendirme yeteneğini kazanmış olmalıdır;
- Temel bilimsel/ medikal bilgiyi anlayabilmeli ve uygulayabilmelidir ve diğer sağlık hizmetleri sağlayıcılarına danışabilmeli/başvurabilmelidir;
- Etkili ve emniyetli bir biçimde, halka hizmet etmek ve onlarla iletişim kurmak için gerekli bilgi ve beceriye genel olarak sahip olmalıdır.
- İnsan vücudunun temel bilimsel verilerini uygulayabilmelidir.
- Sinir-kas-iskelet sisteminin patofizyolojisinin ve diğer anatomik yapılarla bağlantısının yanı sıra, normal ve anormal biyomekaniğin ve vücut duruşunun doğal yapısını anlayabilmelidir.
- Hastalarla tatmin edici bir hasta doktor ilişkisi kurabilmelidir.
- Klinik bilgileri bir araya getirebilmeli ve kaydedebilmelidir ve bu bilgiyi paylaşabilmelidir.
- Klinik laboratuvar bulgularını ve sinir-kas-iskelet sisteminin tanısal görüntülemesini doğru biçimde yorumlayabilmelidir.

- Doğru bir klinik tanı koyabilmelidir.
- Hastanın sıhhati ile ilgili sorumluluk kabul edebilmelidir.
- Uygun bakıma karar vermede sağlam muhakeme edebilmelidir.
- Yeterli tedaviyi sağlayabilmelidir.
- Süreklilik gerektiren sağlık hizmetini sağlayabilmelidir.
- Sağlık hizmetinde günümüzdeki modern metot ve tekniklerin uygulanmasını anlayabilmelidir.
- Bir kayropraktik uzmanının sorumluluklarını üstlenebilmelidir.
- Diğer sağlık disiplin içi ve disiplinler arası işbirliğine ve saygınlığa olanak tanımak için kayropraktik ve diğer sağlık hizmetleri mesleklerinin uzmanlık bilgisi ve faaliyet konusunun değerini takdir edebilmelidir
- Araştırma konularını seçebilmelidir, basit araştırma projeleri tasarlayabilmelidir, klinik çalışmaları kritik biçimde değerlendirebilmelidir ve birbirinden farklı birçok dalda araştırma programlarına katılabilmelidir.
- Kendini ömür boyu öğrenme ihtiyacına ve sürekli devam eden profesyonel gelişime adayabilmelidir.

4.4.2 Temel Bilim Öğeleri

Onaylı programlar, önkoşul olarak ya önemli temel bilim öğelerini gerektirirler ya da ilk-yıl müfredatı içerisinde kimya, fizik ve biyolojinin gerekli ünitelerini içerirler.

4.4.3 Preklinik Bilim Öğeleri

Kayropraktik programlarının içerisindeki Preklinik Bilim Öğeleri genellikle şunları içerir: Anatomi, fizyoloji, biyokimya, patoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji, toksikoloji, psikoloji, diyet uzmanlığı, beslenme, ve halk sağlığı.

4.4.4 Klinik Bilim Öğeleri

Klinik Bilim Öğeleri şunları içerecektir ya da kapsayacaktır:

Anam nez alma becerileri, genel fiziksel muayene, laboratuvar tanısı, diferansiyel teşhis (tanı), radyoloji, nöroloji, romatoloji, göz, kulak, burun, boğaz, ortopedi, temel pediatri, temel geriyatri, temel jinekoloji ve doğumbilim ve temel dermatoloji.

4.4.5 Kayropraktik bilimleri ve ek konular

Bunlar genel olarak şunları içerir:

- Uygulamalı nöroloji ve uygulamalı ortopedi;
- Aşağıdaki yöntemlerle hastanın özel Kayropraktik/biyomekanik teknikleri ile değerlendirmesi:
 - Yürüyüş ve duruş analizi;
 - Eklemlerin ve kemiksi yapıların statik ve hareketli palpasyonu (elle muayenesi);
 - Yumuşak doku tonusunun ve fonksiyonunun değerlendirilmesi;
 - Tanısal görüntüleme ve analiz;

- Kayropratik uzmanlığının tarihçesi, prensipleri ve sağlık hizmeti felsefesi;
- Kayropratik uzmanlığının uygulanmasına ilişkin etik ve hukuk sistemi;
- Geleneksel tıp ve tamamlayıcı/alternatif sağlık hizmetleri ile ilgili geçmiş çalışmalar.

4.4.6 Hasta Tedavi Müdahaleleri

Şunları içerir:

- Manüel yöntemler, özellikle mekanik spinal bozuklukların düzeltilmesi, spinal manipülasyon, diğer eklem manipülasyonu, eklem mobilizasyonu, yumuşak-doku ve refleks teknikleri;
- Egzersiz, rehabilite edici programlar ve diğer aktif sağlık hizmeti çeşitleri;
- Hasta tedavisinin psikososyal yönleri;
- Spinal sağlık (omurga sağlığı), duruş, beslenme ve diğer yaşam tarzı değişiklikleri konusunda hasta eğitimi;
- Belirtildiği gibi, acil tedavi ve akut ağrı tedavisi yöntemleri;
- Sırt desteklerinin ve ortopedik biliminin kullanımını da içine alabilecek olan diğer destekleyici tedbirler;
- Kontraendikasyonlar ve risk yönetimi yöntemlerinin, kayropratik sağlık hizmetinin kısıtlamalarının ve diğer sağlık uzmanlarına başvurma ile ilgili protokol ihtiyacının onaylanması

4.4.7 Dokümantasyon ve klinik kayıt-tutma

Şunları içerir:

- Ana şikâyetlerin, sağlık tarihsel öyküsünün, fiziksel muayene bulgularının, değerlendirilmesinin, tanının ve tedavi planının kaydedilmesi;
- Her hasta karşılaşmasının doğru dokümantasyonu;
- Tekrar-muayene bulguları ve bakım planlarında yapılan değişikliklerin dokümantasyonu;
- Mahremiyetin ve gizlilik konularının değerlendirilmesi;
- Onaylanan yükümlülükler;
- Sigorta ve yasal bildirim

4.4.8 Araştırma

Şunları içerir:

- Temel araştırma metodolojisi ve biyoistatistikleri;
- Kanıta dayalı yöntemlerin/protokollerin ve en iyi-uygulama ilkelerinin yorumlanması;
- Klinik kayıt tutmaya epidemiyolojik yaklaşım, dokümana özgü örnek çalışmaların teşvik edilmesi ve alan araştırma projelerine katılım;
- Klinik karar-almada eleştirel-düşünce yaklaşımının geliştirilmesi, basılı makalelerin ve ilgili rehber kitapların göz önüne alınması;
- İlgili güncel araştırma ve literatürdeki son gelişmeler hakkında bilgi sahibi olmak için gerekli becerilerin geliştirilmesi.

5. Tam Kayropratik Eğitimi – I (B) Kategorisi

Tam kayropratik eğitimi, giriş gerekliliklerini de içine alan, genel olarak dört yıldan yedi yıla kadar tam-zamanlı tersiyer çalışma gerektirir. Müfredat, süre ve nitelik bakımından medikal eğitimdeki ile aynı temel ve prelinik bilimler çalışması içerir.

Tıp doktorları ve diğer sağlık uzmanları, daha önceki eğitimleri göz önüne alınarak verilen krediler sebebiyle tam kayropratik eğitimi için gereklilikleri çok daha kısa sürede tamamlayabilirler.

5.1. Amaç

Böyle bir eğitim programının amacı, uygun sağlık hizmetleri uzmanlarına Kayropratik uzmanlığı vasfının kazandırılmasını sağlamaktır.

5.2. Özel Kurslar

Bu programlar, öğrenci grubunun eğitim deneyimlerine ve ortamlarına bağlı olarak tam-zamanlı ya da yarı-zamanlı olabilir. Programlar, daha önceki sağlık hizmetleri eğitiminde olmayan konuları kapsayacak biçimde tasarlanmıştır. Bu, özel kayropratik konularını ve bir kayropratik uzmanının gereklilikleri için eğitimin yetersiz olduğu tıbbi konularını da içerecektir.

5.3. Temel Eğitim

Eğitimin süresi daha önceki eğitim ve deneyimlerden alınan kredilere bağlı olacaktır, fakat, 2200 saati içeren iki ya da üç yıllık tam-zamanlı ya da yarı-zamanlı programlardan daha az olmama şartı ile artı 1000 saatten az olmayacak şekilde denetim altında klinik eğitimi.

6. Sınırlı Kayropratik Eğitimi – II (A) Kategorisi

Bazı ülkelerde, özellikle kayropratik eğitimi ilk başlatıldığında ve önceden, medikal ya da diğer sağlık hizmetleri eğitimine sahip önemli sayıda öğrenci bulunduğunda Kategori I' de özetlenmiş olan modellerin adapte edilmesi pratik değildir. Bazı hükümetlerde zaten yapılmakta olduğu gibi, bu öğrenciler, kayropratik hizmetlerinin sunumu için temel klinik becerileri, daha önceki eğitimlerinin süresine bağlı olarak, tam-zamanlı ya da yarı-zamanlı eğitim halinde çok daha sınırlandırılmış tamamlayıcı kursla elde edebilirler.

6.1. Amaç

Böyle bir eğitim programının amacı, uygun ve mevcut sağlık uzmanlarına sağlık hizmetleri sisteminde kayropratik uzmanı olarak çalışma vasfının kazandırılmasını sağlamaktır.

Bu tip program, kayropratik uzmanlığının ve uygulamalarının, emniyetli ve kabul edilebilir etkili seviyede erken tanıtımını kolaylaştırmak için geliştirilmiştir.

Bu tip programlar, eğitim rehberliği sağlayan bir işbirlikçi ortak olarak akredite edilmiş bir kayropratik programına sahip olmanın değerini son derece arttırır.

6.2. Özel Kurslar

Program, Kayropratik uygulaması için önemli olan ve daha önceki sağlık hizmetleri eğitiminde uygun bir şekilde işlenmeyen konuları kapsayacak biçimde tasarlanmıştır.

Yarı-zamanlı kurslar, sağlık hizmeti eğitimlerinin seviyesine bağlı olarak, kişilere göre kredilerin süresi uzatılarak mevcut işlerine devam eden pratisyenler için uygun olacak biçimde tasarlanmıştır. Örnek olarak ek 4'e bakın.

6.3. Temel Eğitim

Sağlık hizmeti için mevcut olan insan kaynaklarına bağlı olmasına rağmen, giriş gerekliliği normal olarak sağlık hizmeti pratisyeni olarak üniversite-seviyesinde eğitimin tamamlanmış olması olacaktır.

Eğitimin süresi iki ya da üç yıllık tam-zamanlı ya da yarı-zamanlı program 1800 saatten az olmayacak şekilde olacaktır. Bunun yanında 1000 saatten az olmayacak şekilde tasarlanmış denetim altında klinik eğitim deneyimi olacaktır.

7. Sınırlı Kayropratik Eğitimi – II (B) Kategorisi

Bu, kendilerini “kayropratik uzmanı” olarak tanımlayan, sınırlı eğitime sahip kişilerin, güvenilir uygulama için minimum gereklilikleri elde etmeleri için gerekli olan programları kasteder. Çoğu ülkede, minimum kayropratik eğitimi için resmi gereklilikler mevcut değildir. Bu, hasta güvenliği açısından istenmeyen bir durum olan kayropraktikin ruhsatsız biçimde uygulanmasına yol açar. Bu programlar, mezunları, kayropraktikin güvenilir biçimde uygulanması için kabul edilebilir minimal gereklilikleri kazanmaya hazırlar.

7.1. Amaç

Halk güvenliğinin ve uygun kayropratik hizmetinin sağlanması amacıyla, Kayropratik uzmanlığının bazı çeşitlerini kullanan mevcut pratisyenlerin bilgi ve becerilerini güncellemek. Bu yaklaşım yalnızca geçici tedbir olarak kullanıma koyulmalıdır.

7.2. Özel Kurslar

Uygulayıcıların mevcut eğitimleri büyük ölçüde değişiklik gösterdiğinden, bu durumları belirtmek için uyarılan eğitim modelleri de değişiklik gösterecektir. Geçmiş deneyimler, kursların geliştirilmesinin özel ihtiyaç-değerlendirme çalışmaları gerektirebileceğini ileri sürmektedir.

Ek 5'de kullanılan örnek, minimum gereklilikleri karşılayacak ya da aşacak biçimde tasarlanmış temel, üç-yıllık, yarı-zamanlı bir programdır. Başvuru sahibi uygulayıcıların, daha önceki eğitimlerine ve mevcut niteliklerine bağlı olarak krediler ya da karşılık ücretleri sunulur. Bu programlar için kabul gereklilikleri, niteleyici bir yerel programın tamamlanmış olması ve tipik olarak 2-3 yıllık uygun bir klinik deneyim süresinin olmasıdır.

Bu tip programlar, eğitim rehberliği sağlayan bir işbirlikçi ortak olarak akredite edilmiş bir kayropratik programına sahip olmanın değerini son derece dikkate almalıdırlar.

7.3. Temel Eğitim

Eğitimin süresi, tam-zamanlı ya da yarı-zamanlı programda 2500 saatten az olmaması şarttır. Ayrıca 1000 saatten az olmayacak denetim altında klinik eğitim deneyimi de dahil olması şarttır. Örnek olarak Ek 5'e bakın.

8. Kayropratik Uzmanlığında Öğrencilerin İmtihan Edilmesi ve Değerlendirilmesi

Hasta güvenliğini ve kayropratik uzmanlığının ruhsatlı biçimde uygulanmasını sağlamak için bağımsız sınav ve ruhsatlandırma sistemi gereklidir. Tam eğitim periyodunun tamamlanması üzerine, öğrencilerin kayropratik mesleğinin teorik bilgileri ve klinik yeterlilikleri resmi sınavlar aracılığıyla bağımsız olarak değerlendirilir.

Ruhsatlandırmanın korunması için sürekli devam eden profesyonel gelişim teşvik edilmelidir.

9. Birinci dereceden sağlık çalışanları ve Kayropratik

9.1. Birinci dereceden sağlık çalışanları – Miyoterapistler

Eğitim, multidisipliner düzenlemeler içerisinde, bireysel kayropratik uzmanları tarafından ulusal gereklilikleri karşılayan programlarla geliştirilmiştir. Bu kurslar, spinal manipülatif tekniklere başvurmadan, kayropratik sağlık hizmeti ilkelerini ve temel müdahalelerini uygulayan yerel hemşireler ve halk sağlığı çalışanları için temel kas iskelet yumuşak doku tekniklerini, masaj ve diğer tedavi becerilerini öğretmektedir. Bu eğitim, mevcut kültürel ve etnik meselelere karşı hassas olmalıdır ve pratik olduğu durumlar için yerel geleneksel uygulamaları araştırmalı ve benimsemelidir.

Kırsal ya da uzak alanlardaki insanların yaşam kalitesini arttıracak biçimde, değişime tabii olan kas iskelet sisteminin yapısal tedavisinin yanı sıra, ağrıyı dindirmek ve kas iskelet sistemi işlev bozukluğunun belirlenmesi için bazı teknikler birinci basamak sağlık çalışanlarına, özellikle de halk sağlığı çalışanlarına öğretilir (18).

Bu çalışanlar, çeşitli biçimlerde, halk sağlığı eğitiminde önemli bir role sahip olabilirler. Bunlar, sağlıklı yaşam tarzları, kas iskelet sistemi bozukluklarının önlenmesi ve diğer halk sağlığı konularında danışmanlığı içerebilir.

9.2. Amaç

Bu kursların amacı, halk düzeninde, diğer halk sağlığı tedbirlerine ek olarak tedavi ve eğitim sağlayacak olan birinci basamak sağlık çalışanı kategorisi yaratmaktır.

9.3. Kurs öğeleri

Kurslar; yerinde, mevcut gereklilikleri karşılamak için çeşitli yetkinlikleri ele alan esnek, zorunlu ve seçmeli ünitelerin bir birleşimini içerir. Bunlar, aşağıdaki öğelerden oluşur.

- tedavi edici masaj;
- özel miyoterapi teknikleri;
- kültürel olarak uygun sağlık ve yaşam tarzı önerileri;
- ideal kiloyu ve fiziksel aktiviteyi korumak, sigarayı bırakmak ve incinmeleri önlemek gibi, değiştirilebilir kas iskelet sistemi risk faktörlerinin belirlenmesi;
- kas iskelet sistemi değerlendirmesi;
- tetik-noktası teknikleri;
- miyofasiyal gerilim tekniği;
- derin doku stimülasyon tekniği;
- germe teknikleri;
- spor incinmeleri ilk yardımı (bağlama ve destekleme tekniklerini de içeren).

Eklem düzeltme/manipülasyonu, bu eğitim programlarından çıkarılmıştır. Bu tip bakımı gerektiren belirtiler, bir kayropratik uzmanı ya da diğer uygun nitelikli uzman tarafından hizmeti gerektirecektir.

1.3. Eğitim metodu ve süresi

Eğitim; uygulamalı çalışmaları, etkileşimli gösterimleri, klinik uygulamaları ve ödevleri içerir.

Böyle bir eğitim programının süresi (denetim altında), 300 saatten az olmayacaktır.

Bölüm 2: Kayropratik Güvenliği Üzerine Rehber

1. Giriş

Uсталıkla ve uygun bir biçimde kullanıldığında, Kayropratik sağlık hizmeti çok sayıda sağlık probleminin önlenmesinde ve tedavisinde güvencelidir ve etkilidir. Fakat yine de, kayropratik uygulamasında kullanılan manüel ve diğer tedavi protokollerine karşı bilinen riskleri ve kontraendikasyonları vardır.

Kayropratik sağlık hizmeti ve destekleyici araştırma bulguları için çeşitli belirtileri gözden geçirmek bu rehber kitapçığın kapsamının dışındayken, bu bölüm, Kayropratik uzmanları tarafından kullanılan birincil tedavi edici yöntemlere - genel olarak spinal manipülatif terapi olarak bilinen düzeltme, ve manipülasyon tekniklerine karşı kontraendikasyonları gözden geçirecektir.

Sağlık hizmetleri içerisindekilerin çoğunun anlayışına ters olarak, Kayropratik uzmanlığına özel manipülatif tekniklerin uygulanması ile eşanlımlı değildir ya da bununla sınırlı değildir. “Düzeltilme” ‘manipülasyon’ ve çeşitli manüel terapiler, bir Kayropratik uzmanının tedavi seçeneklerinin merkezi öğeleridir. Fakat, kurulmuş birinci basamak sağlık hizmeti olarak meslek, eğitim gerekliliklerine sahiptir ve böyle bir durumla ilgili sorumluluklara uyar.

Kayropratik uygulama; gözleme ve dokunmaya yönelik değerlendirmelerin yanı sıra iskelet sistemi görüntüleme, laboratuvar testleri, ortopedik ve nörolojik değerlendirmeleri de içine alan genel ve özel teşhis metotlarını içerir. Hasta tedavisi; spinal düzeltme ve diğer manüel terapileri, rehabilite edici egzersizleri, destekleyici ve yardımcı tedbirleri, hasta eğitimini ve danışmanlığını içerir. Kayropratik sağlık sistemi ilaç ve ameliyat kullanmadan sinir kas iskelet sisteminin konservatif tedavisi üzerinde durur.

2. Spinal manipülatif terapiye karşı kontraendikasyonlar

Spinal manipülatif tedavisi, Kayropratik uzmanlarının tarafından kullanılan temel tedavi edici yöntemdir ve spinal manipülasyon, aktif hareket sınırının ötesinde eklem kuvvetli pasif hareketini de işin içine soktuğu için Kayropratik uzmanları, manipülasyonu ve mobilizasyonu kontraendike eden risk faktörlerini belirlemelidirler (19,20,21).

Manipülasyonlar, bir eklemi, aktif ve pasif hareket alanlarından para fizyolojik alana hareket ettiren uzun-kollu kaldıraç teknikleri ya da kısa-kollu kaldıraç teknikleri içeren, yüksek-hız, düşük-genlik teknikleri (Kayropratik manipülatif düzeltmelerinin en yaygın çeşidi) olarak sınıflandırılabilir (22).

Mobilizasyon, eklem, pasif hareket alanı içerisinde kaldığı ve herhangi bir kuvvet uygulanmadan eklem doğal hareket açıları içerisinde hareket ettirildiği yerdir.

Spinal manipülatif tedaviye karşı kontraendikasyonlar; manipülasyonun ya da mobilizasyonun faydalı olmayabileceği, fakat herhangi bir zarara sebep olmayacağı böyle bir müdahale için endikasyon dışından manipülasyonun ya da mobilizasyonun yaşamı tehdit edici olabileceği mutlak kontraendikasyona kadar değişiklik gösterebilir. Pek çok durumda, manipülasyon ya da mobilizasyon omurganın bir bölgesinde kontraendikedir, fakat başka bölgede yine de faydalıdır (23). Örneğin, hipermobilitate, tedavi seçiminin manipülasyon olduğu başka bir bölgede hareket sınırlamasını telafi edebilecek olmasına rağmen omurganın bir bölgesinde manipülasyona karşı bir rölatif kontraendikasyon olabilir (24, 25). Şüphesiz, Kayropratik uzmanlarının manüel tedavideki ufukları, manipülasyon ya da mobilizasyon kullanımının ötesinde genişlemektedir ve ağrı ve kas spazmının azaltılması için tasarlanmış olan manüel traksiyon, pasif germe, masaj, tetik noktalarının Ischaemic kompresyonu ve refleks tekniklerini içermektedir.

Başarılı spinal mobilizasyon ve/veya manipülasyon, hipermobilitate ve instabilite alanları stabilize ederek omurganın gergin ya da hipomobil bölgelerine manipülasyon uygulanmasını içerir (26).

Kayropratik uzmanlığı tarafından geliştirilen pratik rehber kitapçığında (27, 28) ve genel kayropratik literatüründe (29, 30, 31) ele alınan eklem mobilizasyon ve/veya manipülasyonuna, özellikle de spinal eklem manipülasyonuna karşı çok sayıda kontraendikasyon vardır. Bunlar; Hastayı çok fazla riske soktuğu için, eklem manipülasyonunun ya da mobilizasyonunun herhangi bir kullanımının uygun olmadığı durumlarda mutlak (23, 32:290-291), ya da tedavinin; rölatif kontraendikasyonun varlığı anlaşılana kadar hastayı çok fazla riske sokabileceği ve hasta artık çok fazla risk altında olmayacak şekilde tedavinin değiştirilebileceği durumlarda rölatif olabilir. Fakat spinal manipülatif tedavi özellikle az-kuvvet ve yumuşak-doku teknikleri, mevcut incinme ya da rahatsızlığa bağlı olarak omurganın diğer bölgelerinde gerçekleştirilebilir. Açıkçası, rölatif kontraendikasyonlarda, tedavi seçimi; rölatif kontraendikasyonun mevcut olduğu çoğu

durumda her ikisi de güvenli bir biçim de uygulanabileceğinden az-kuvvet ve yumuşak-doku teknikleri tercih edilir.

Durumlar, mutlak kontraendikasyonlardan spinal manipülatif tedavi uygulanabilirliğine doğru listelenmiştir.

Daha sonra, hastalıklar kategorisi ile ilgili olduğu için, spinal manipülatif tedaviye karşı mutlak ve rölatif kontraendikasyonlar genel olarak özetlenmiştir.

2.1 Spinal manipülatif terapiye karşı mutlak kontraendikasyonlar

Kayropratik spinal manipülatif tedavinin amacının, farklı bir sebepten ötürü alınan hasta tedavisinde tesadüfen mevcut olabilecek tanımlanmış rahatsızlıkları etkilemesine gerek olmadan bir eklem kısıtlamasının ya da bozukluğunun düzeltilmesi olduğu anlaşılmalıdır. Bu durumdaki çoğu hasta medikal hizmete ve/veya ortak tedaviye başvurmayı gerektirecektir (33).

1. odontoid hipoplazisi, stabil olmayan os odontoideum vb. gibi anomaliler
2. akut kırık
3. spinal kord tümörü
4. osteomyelit (kemik iliği iltihabı), septik diskit ve omurga tüberkülozu gibi akut enfeksiyonlar
5. menenjiyal tümör
6. hematomlar, spinal kord ya da intrakanaliküler
7. habis omurga tümörü
8. kademeli ilerleyen nörolojik eksikliğin işaretleri ile birlikte fragmanlı disk fitiklaşması
9. üst servikal omurganın baziler invajinasyonu
10. üst servikal omurganın Arnold Chiari bozuk oluşumu (malformasyonu)
11. Bir omurun yerinden çıkması
12. anevrizmal kemik kisti, dev hücreli kemik tümörü, osteoblastom (selim bir kemik tümörü) ya da osteoid osteoma (bir kemik tümörü) gibi benign (iki taraflı) karakterli tümörlerin agresif çeşitleri
13. ameliyat sonrası fiksasyon/stabilizasyon protezleri
14. kas ya da diğer yumuşak dokuların neoplastik hastalıkları
15. pozitif Kernig ya da Lhermitte belirtileri
16. doğuştan, genel aşırı hareketlilik (hipermobilite)
17. instabilite belirtileri ya da modelleri
18. siringomiyeli
19. etiyojisi bilinmeyen hidrocefali
20. diyastematomiyeli
21. Cauda equina sendromu

NOT: Ameliyat sonrası fiksasyon/stabilizasyon protezlerinin bulunması durumunda, yumuşak doku manipülasyonunun güvenli bir biçimde kullanılabilmesine rağmen, hiçbir kemiksel manipülasyon gerçekleştirilmeyecektir. Spinal manipülatif tedavi de, yalnızca, patoloji, abnormalite ya da protezin yer almadığı bölgede endike olabilir.

3. Hastalık kategorisiyle eklem manipülasyonuna Karşı kontraendikasyonlar

3.1 Artiküler (eklemsel) düzensizlik

Romatoid artrit, Seronegatif Spondilartrit, demineralizasyon ya da anatomik sublüksasyonlu ya da dislokasyonlu bağ laksitesi gibi iltihabik durumlar, anatomik müdahale bölgelerinde eklem manipülasyonuna karşı mutlak kontraendikasyon gösterirler.

Bağ laksitesi, anatomik sublüksasyon ya da ankiloz belirtilerinin bulunmadığı sabakut ve kronik ankilozan spondilit ya da diğer kronik artropatiler (sinir sisteminden kaynaklanan eklem hastalıkları) patoloji alanında uygulanan eklem manipülasyonuna karşı kontraendikasyonlar değildir.

Dejeneratif eklem hastalığı, osteoartrit, dejeneratif Spondilartrit ve artrosiz ile aktif iltihabik evreler boyunca tedavi değişimi gerekebilir.

Spondilit ve spondilolistezis olan hastalarda, eklem manipülasyonu kullanıldığında dikkat gereklidir. Bu durumlar mutlak kontraendikasyonlar değildir, fakat aşamalı kayma farkı ile bir rölatif kontraendikasyonu temsil edebilirler.

Kırıklar ve dislokasyonlar, ya da bağ kopması ya da instabilite belirtileri ile iyileşmiş kırıklar anatomik alan ya da bölgede uygulanan eklem manipülasyonuna karşı mutlak kontraendikasyon gösterirler.

Atlantoaksiyal instabilite patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı mutlak kontraendikasyon gösterir.

Artiküler hiper mobilitate ve eklem stabilitesinin belirsiz olduğu koşullar patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı rölatif kontraendikasyon gösterirler.

Ameliyat sonrası stabil olmama belirtisi göstermeyen eklemler ya da segmentler eklem manipülasyonuna karşı bir kontraendikasyon değildir, fakat, klinik belirtilere (örneğin, tepki, ön-test toleransı, iyileşme derecesi) dayanarak rölatif kontraendikasyon gösterebilir.

Akut eklem ya da yumuşak doku incinmeleri, tedavi değişimini gerektirebilir. Çoğu durumda, patoloji alanındaki eklem manipülasyonu kontraendike değildir.

Travmanın, manipülasyona karşı mutlak kontraendikasyon olmamasına karşın, travmatik olaylardan şikayeti olan hastalar, hafif mobiliteden, segmental instabilitiye kadar değişiklik gösteren aşırı hareket alanları için titiz bir muayene gerektirirler.

3.2 Kemik zayıflatıcı ve zarar verici hastalıklar

Özellikle ağırlık taşıyan eklemlerin aktif genç avasküler doku ölümü, patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı bir mutlak kontraendikasyon gösterir.

Metabolik rahatsızlıklar nedeniyle zayıflamış olan kemiklerin manipülasyonu, patolojik kırılma riski nedeniyle bir rölatif kontraendikasyondur (34, 35). Kemiğin demineralizasyonu dikkatli inceleme gerektirir. Patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı bir rölatif

kontraendikasyon gösterir. Omurga ve kaburga kemikleri, osteoporotik kırılmalara karşı savunmasızdırlar ve uzun süreli steroid terapi geçmişi olan hastalar, osteoporozu olan hastalar ve menopoza girmiş kadınlar en hassas olanlardır (19:229, 36). Bening (iki taraflı) karakterli kemik tümörleri patolojik kırılmalarla sonuçlanabilirler ve bu nedenle, patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı rölatiften mutlağa doğru bir kontraendikasyon gösterirler. Tümör-benzeri ve disfazik kemik lezyonları, habis dönüşümü geçirebilirler ya da kemiği patolojik kırılma noktasına kadar zayıflatabilirler ve bu nedenle, patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı rölatiften mutlağa doğru bir kontraendikasyon gösterirler.

Habis kemik tümörlerini de içine alan habis tümörleri, patoloji alanında eklem manipülasyonunun mutlak kontraendike olduğu durumlardır.

Kemik ve eklem enfeksiyonu, patoloji alanında eklem manipülasyonuna karşı bir mutlak kontraendikasyon gösterirler.

Diskit ya da disk fitiklaşmaları gibi şiddetli ya da ağırlı disk patolojisi rölatif kontraendikasyonlardır ve zorlayıcı olmayan, hızlı olmayan ve geri tepkili olmayan manipülatif teknikler uygulanmalıdır.

3.3 Kan dolaşımı ile ilgili ve hematolojik hastalıklar

Vertebrobasilar yetersizliği sendromunun klinik tablosu özel dikkat gerektirir ve bu nedenle, patoloji alanında servikal eklem manipülasyonuna karşı rölatiften mutlağa doğru bir kontraendikasyon gösterir. Bu daha önce inme geçirmiş hastaları da içerecektir (37).

Bir ana damarı kapsayan anevrizma teşhisi yapıldığında, patoloji alanı içerisinde eklem manipülasyonu için rölatiften mutlağa doğru bir kontraendikasyon bulunabilir.

Kanama, antikoagulan (pıhtı önleyici) terapinin ve bazı kan diskrazilerinin (kan bozukluğu) potansiyel bir komplikasyonudur. Bu bozukluklar, eklem manipülasyonuna karşı bir rölatif kontraendikasyon gösterirler.

3.4 Nörolojik hastalıklar

Akut miyelopati, intrakraniyal hipertansiyon belirtileri ve semptomları, menenjit belirtileri ve semptomları ya da akut Cauda equana sendromu; eklem manipülasyonuna karşı mutlak kontraendikasyon gösterirler.

3.5 Psikolojik faktörler

Kayropratik sağlık hizmeti arayan hastaların toplam tedavisi içinde psikolojik faktörlerin dikkate alınması önemlidir. Bazı sapkın davranış biçimleri, devam eden ya da kalıcı tedaviye karşı rölatif kontraendikasyon gösterirler. Ruhsal kökenli şikayetleri olan hastaları, organik rahatsızlıkları olanlardan ayıramama uygun olmayan tedavi ile sonuçlanabilir. Ayrıca, hastayı yetkili uzmana göndermekte geciktirir. Piskiyatrik değerlendirme gerekebilecek hastalar, yalandan kendini hasta gibi gösterenleri, histeri nöbeti olanları, hastalık hastası (hipokondriyak) olanları ve bağımlı kişilikleri olanları içerir (25:162).

4. Yardımcı ve destekleyici terapilere karşı kontraendikasyonlar

4.1. Elektro terapiler

Kayropraktik uygulamasında yardımcı terapiler, ultrason, İnterferansiyel Akım ve Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS) gibi elektro terapileri içerebilir. Bu şekildeki tedaviler için kullanılan ekipmanların düzgün bir biçimde bakımlarının yapılması ve uygun teknik özelliklere ve klinik göstergelere uygun olarak kullanılması gerekmektedir, ancak bu koşullarda, bu tedavi edici metotlar yalnızca çok sınırlı zarar verme riski oluştururlar (38, 39, 40).

4.2 Egzersizler ve tamamlayıcı destekleyici tedbirler

Kayropraktik uygulamasında, çok geniş çeşitlilikte rehabilite edici egzersizler ve destekleyici tedbirler kullanılır. Her hastanın kendi kişisel gereksinimlerine uygun olarak egzersiz programı yazılmalıdır ya da egzersiz seviyesi, genel olarak başlangıçta daha ölçülü olacak ve zaman içerisinde artacak biçimde kişilerin kısıtlamalarını ve ihtiyaçlarını belirleyecek şekilde özel olarak tasarlanmalıdır. Bu koşullarda, uzmanın bilgisi ve sağduyu ile belirlenemeyen önemli kontraendikasyonlar yoktur (41).

5. Sakatlıklar ve advers reaksiyonlar

5.1 Komplikasyonların ve advers reaksiyonların sebepleri:

Henderson'a bakın (42):

- bilgi eksikliği
- beceri eksikliği
- rasyonel tutum ve teknik eksikliği

5.2 Uygun olmayan uygulama örnekleri

Henderson'a bakın (42):

- uygun olmayan teşhis koyma teknikleri
- uygun olmayan radyolojik görüntüleme değerlendirmesi
- başka uzman hekime başvurmada gecikme
- hastayı tekrar-değerlendirmede yetersizlik
- uzmanlar arası yetersiz işbirliği
- hasta toleranslarını hesaba katmama
- yetersiz ve uygun olmayan teknik seçimi ya da uygulaması
- aşırı ya da gereksiz manipülasyon kullanımı.

5.3 Ciddi advers sonuçlar

Manipülasyon, ağrının dindirilmesinin ve omurganın biyomekanik problemlerinin yapısal gelişiminin sağlanmasında diğerlerine göre nispeten emniyetli, etkili ve korunumlu bir yöntem olarak ele alınır. Fakat tüm tedavi edici müdahalelerde olduğu gibi, komplikasyonlar oluşabilir. Her ikisi de nadir olmasına rağmen, ciddi nörolojik komplikasyonlar ve vasküler kazalar rapor edilmiştir (43).

5.3.1 Servikal bölge

- Vertebrobasiler sakatlıklar (yukarıdaki bölüm 2, 3,3.maddesine bakın)
- Horner sendromu (44)
- Diyafragmatik felç (45)
- Miyelopati (46)
- Servikal disk lezyonları (25:66)
- Patolojik kırılmalar (47, 48)

5.3.2 Torakal bölge

- Kaburga kırığı ve kostokondral seperasyon (49)

5.3.3 Lomber bölge (bel bölgesi)

- Orijinal olarak bir disk incinmesinden kaynaklanan nörolojik semptomlarda artışı (50)
- Cauda-equina sendromu (51, 52)
- lomber disk fitiklaşması (52)
- Abdominal Aort Anevrizma Rüptürü (53)

5.4 Vasküler sakatlıklar

Anlaşılır biçimde, vasküler sakatlıklar, spinal manipülatif tedavinin başlıca eleştirilerinden sorumludur. Fakat, şuna dikkat çekilmiştir: “manipülatif tedavi eleştirileri, servikal manipülasyondan sonra, arteriyal travma sebebiyle özellikle beyin sapında ciddi incinme olasılığını vurgulamaktadır. Tecrübeli ellerde, çok az ters yan etkiyle, yararlı sonuçlar veren tedavi edici bir yöntemi kötü olarak nitelendirmek için bu sakatlıkların çok nadir olarak raporlanması gerekmektedir” (43).

Çok nadir durumlarda, maruz kalan hastanın servikal omurgasına manipülatif düzeltme neredeyse tesadüfen çok ciddi bir sonuca yol açan final zorlayıcı harekete dönüşür (54, 55, 56, 57).

5.4.1 Mekanizma

Vertebrobasiler arter yetersizliği, vertebral arterlerden birinin ya da her ikisinin de ya da onların dallarının geçici olarak, kısmen ya da tamamen engellenmesinin bir sonucudur. Bu sıkışmadan kaynaklanan Vertebral arter sendromunun işaretleri ve semptomları; baş dönmesi, sersemlik, dengesizlik, beden işlevlerinde düzensizlik, yürüme güçlükleri, mide bulantısı ve/veya kusma, disfazi, yüzün ve/veya vücudun bir kısmında uyuşukluk ve spinal manipülatif tedavi sonrası ani ve şiddetli boyun/baş ağrısını içerir (43:579).

Çoğu arteriyel tromboz ve infarksiyon durumu genellikle yaşlılarda oluşur ve doğal olarak kendiliğinden olur ve travmayla ilgili değildir.

5.4.2 Vaka sıklığı

Nedeni servikal manipülasyona bağlanan vertebral arter sendromu genç hastalarda oluşur. Ortalama yaş 40'ın altındadır ve kadınlarda erkeklerden daha sıklıkla oluşur. 1980'de, Jaskoviak, Ulusal Kayropraktik Koleji kliniklerinde 15 yıllık periyot içerisinde, manipülasyonla ilgili tek bir vertebral arter sendromu vakası olmadan beş milyon tedavinin verildiğini hesapladı (58).

Serebral vasküler incinmenin gerçek vaka sıklığının, rapor edilen vaka sıklıklarının sayısından çok daha fazla olabileceğinin anlaşılmış olmasına rağmen, bu alandaki araştırmalarda onaylı otoriteler tarafından yapılan hesaplamalar, onlarca milyon manipülasyon içerisinde bir ölüm (59), 10 milyonda bir (60) ve bir milyonda bir (61) kadar azdan, birazcık daha önemli olan "400,000 servikal manipülasyon içinde bir önemli komplikasyona" (62) kadar değişiklik gösterir.

Ciddi komplikasyonlar çok nadirdir ve ters olan olayların yalnızca tedavi edici müdahalelere bağlanması olası görünmemektedir.

5.5 Manipülasyondan kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi

Manipülatif tedaviden kaynaklanan vakalar ve sakatlıklar, hastanın tarihsel öyküsünün ve muayene bulgularının dikkatli biçimde değerlendirilmesi ile önlenabilir. Uzun süreli kortizon kullanımını ve antikoagülan (pıhtı önleyici) terapisini de içeren bir arada varolan hastalıklar ve ilaç tedavisi kullanımı hakkında bilgi araştırılmalıdır. Detaylı ve çok titiz bir muayene gerçekleştirilmelidir. Uygun tekniklerin kullanımı çok önemlidir ve Kayropraktik uzmanı, potansiyel olarak tehlikeli olarak bilinen tekniklerin kullanımından kaçınmalıdır (19:234-235).

6. İlk yardım eğitimi

Kayropraktik teki tüm onaylanmış programlar, ilk yardım konusunda ya kurum içerisinde öğretilen ya da Kızıl Haç gibi otoritelerden alınması gereken standart kursları içerir. Tam-zamanlı, dönüşüm ya da standardizasyon programları olup olmamasına bakmaksızın tüm eğitim programlarında durum böyledir. Ayrıca, risk yönetimi kurslarında da, incinme olasılığını minimize etmek için gerekli yöntemler ve incinme oluştuğunda uygulanacak uygun eylem üzerinde zaman harcanmaktadır.

EK.1: Katılımcıların Listesi

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Kayropratik Danışmanlığı
2-4 Aralık, 2004, Milan, İtalya

Katılımcılar

Dr. Abdul Al Bedah Riyad, Sudi Arabistan Sağlık Bakanlığı Komplementer ve alternatif tıp danışmanı

Dr. Maurizio Amigoni Lombardy Bölgesi, Milan, İtalya, Sağlık Sorumlusu

Dr. Sassan Behjat, Abu Dabi, Birleşmiş Arap Emiretleri, Sağlık Bakanlığı, Alternatif ve komplementer tıp bürosu koordinatörü

Bayan Anna Caizi, Lombardy Böşgesi, Milan, İtalya, Ticari sistem iskeletinin Tüketici hakları ve korunması ve genel kongreler, fuarlar ve genel market direktörü

Dr. Martin Camara, Makati Şehri, Filipin, Baro Üyesi, Filipin Alternatif ve geleneksel tıp enstitüsü

Dr. Margaret Coats, Londra, İngiltere, Şef Yönetici, Genel Kayropratik Komisyonu

Dr. Alessandro Discalzi, Lombardy Bölgesi, Milan, İtalya, Genel aile ve sosyal dayanışma direktörü

Bay İgwe Lawrence Eleke, Federal Sağlık Bakanı, Nijerya, Ulusal geleneksel tıp geliştirme programı Asistan direktörü

Bay Michael Fox, Londra, İngiltere, Şef yönetici, Galler Entegre Sağlık Programı

Dr. Ricardo Fujikawa Novo Hamburgo, Brasilya, feevale Üniversitesi

Dr. Edward Tin-Tak Lee, Hon Kong, Çin Cumhuriyeti, Kayropratik Komisyon başkanı

Profesor Jean-Pierre Meersseman, Cenova, İtalya, İtalya Kayropratik Derneği, Kayropratik Uzmanı

Profesor Emilio Minelli, WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Geleneksel Tıp İş Birliği Bürosu, Biyoklimatoloji araştırma merkezi, Biyoteknoloji ve Doğal Tıp, Milan Eyalet Üniversitesi, Milan, İtalya

Dr. Koichi Nakagaki, Kokusai Kayropratik okulu, Osaka, Japonya

Dr. Susanne Nordling, Başkan, Konvensyonel olmayan tıp iletişim komisyonu, Alternatif Tıp Komisyonu, Sollentuna, İsveç

Bayan Lucia Scrabbi, Planlama Unitesi, Sağlık direktörü, Lombardy, Milan, İtalya

Profesör Vladimir S. Shoukhov, Sağlık memuru, Uluslar arası Kızılhaç ve Kızılay toplulukları, Moskova, Rusya

Profesör Umberto Solimene, WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Geleneksel Tıp İş Birliği Bürosu, Biyoklimatoloji araştırma merkezi, Biyoteknoloji ve Doğal Tıp, Milan Eyalet Üniversitesi, Milan, İtalya

Dr. John Sweaney, New Lambton, Avustralya

Dr. U Sein Win, Yönetici, Geleneksel Tıp Bölümü, Sağlık Bakanlığı, Yangon, Myanmar

RESMİ ORGANİZASYONLARIN TEMSİLCİLERİ

World Chiropractic Alliance (Dünya Kayropraktik Birliği) Dr. Asher Nadler, Uluslar arası Baro Üyesi, İsrail Kayropraktik Doktorları, Kudüs, İsrail

Dr. Yannick Pauli, Dünya Sağlık Örgütüne Bağlantı, Lozan, İsviçre

World Chiropractic Federation (Dünya Kayropraktik Federasyonu) David Chapman Smith, Genel Sekreter, Avukat, Toronto, Ontario, Kanada

Dr. Anthony Metcalfe, Başkan, Teddington, Middlesex, İngiltere

YEREL SEKRETER

Bayan Elisabetta Mineli WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Geleneksel Tıp İş Birliği Bürosu, Milan Eyalet Üniversitesi, Milan, İtalya

WHO (DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ) SEKRETERLİĞİ

Dr. Samuel Azatyan, Teknik görevli, Esensyal ilaçlar ve geleneksel tıp teknik bölümü, Dünya sağlık örgütü, Cenevre, İsviçre

Dr. Xiaorui Zhang, Koordinatör, Esensyal ilaçlar ve geleneksel tıp teknik bölümü, Dünya sağlık örgütü, Cenevre, İsviçre

EK.2:

Dört-yıllık, tam zamanlı akredite edilmiş program örneği

Yılları ve saatleri ile birlikte, Tipik sömestre esaslı kayropratik programında öğretilen Kategori 1(A) dersleri

BÖLÜM	İLK YIL (Saatler)	İKİNCİ YIL (Saatler)	ÜÇÜNCÜ YIL (Saatler)	DÖRDÜNCÜ YIL (Saatler)
BİYOLOJİ BİLİMLERİ	İnsan Anatomisi (180) Mikroskopik Anatomi (140) Nöroanatomi (72) Sinir Bilimi I (32) Biyokimya (112) Fizyoloji (36)	Patoloji (174) Laboratuar Tanı Koyma (40) Mikrobiyoloji & İntaniye (100) Sinir Bilimi II (85) Beslenme (60) İmmünoloji (15)	Laboratuar Tanı Koyma (32) Toksikoloji (12)	Klinik Beslenme (26) Halk Sağlığı (40)
KLİNİK BİLİMLERİ	Normal Radyografik Anatomi (16) Radyasyon Biyofiziği ve Korunma (44)	Tanı Koyma Giriş Dersi (85) Kemik Patolojisine Giriş (48) Normal Röntgen Varyantlar ve Röntgenometri (40)	Ortopedi ve Römötoloji (90) Nörolojik Tanı (40) Tanı & Semptomatoloji (120) Ayırıcı Tanımlama (30) Radyolojik Teknoloji (40) Artrit (Eklem İltihabı) & İncinme (48)	Klinik Psikoloji (46) Acil Sağlığı (50) Çocuk Sağlığı (20) Kadın Sağlığı (30) Geriyatri (20) Batın, Göğüs ve Özel Radyografik Yöntemleri (40)
KAYROPRAKTİK BİLİMLERİ	Kayropratik Prensipleri I (56) Tmel Vücut Mekanığı (96) Kayropratik Teknikleri (100)	Kayropratik Prensipleri II (60) Kayropratik Teknikleri II (145) Spinal Biomekanığı (40)	Kayropratik Prensipleri III (42) Kayropratik Teknikleri III (145) Klinik Biyomekanik (100) Yardımcı Kayropratik Tedavisi (60) Hukuk Bilimi ve Uygulama Gelişimine Giriş (16)	Birleştirilmiş Kayropratik Uygulaması (90) Hukuk Bilimi ve Uygulama Gelişimi (50)
KLİNİK STAJI	Gözlem I (30)	Gözlem II (70)	Gözlem III (400)	İntörnlük (750) Stajyerlik Yardımcı Terapi (30) Klinik Labratuar (20) Klinik X ışını Teknoloji (70) Yorum (70) Gözlemci IV (30)
Araştırma			Uygulamalı Araştırma ve Biyometri (32)	Araştırma İnceleme Projesi
Toplamlar	914	962	1207	1382
TOPLAM DERS SAATLERİ Dört-yıllık tam-zamanlı çalışma için	4465 artı araştırma projeleri			

EK.3:

Tam (dönüşüm) programı örneği

Kategori I(B), Aslında dönüşüm programları öğrenci grubunun medikal eğitimlerinin değerlendirilmesine bağlıdır. Buna göre kayropratik eğitiminin tüm gerekliliklerini başarılı bir şekilde tamamlayacak biçimde tasarlanır.

BÖLÜM	İLK YIL (Saatler)	İKİNCİ YIL (Saatler)	ÜÇÜNCÜ YIL (Saatler)
BİYOLOJİ BİLİMLERİ	Spinal Anatomi (45) Laboratuvar Tanı Koyma (30) Patoloji (60) Fizyoloji (45)	Patoloji (120)	Klinik Beslenme (45)
KLİNİK BİLİMLERİ	Radyoloji (90) Sinir - Kas - İskelet Sistemi Tanısı (30)	Radyoloji (90) Nöroloji (45) Fiziksel Tanı (30) Sinir - Kas - İskelet Sistemi Tanısı (30)	Pediyatri (45) Geriyatri (30)
KAYROPRAKTİK BİLİMLERİ	Kayropratik Tarihi (30) Kayropratik Prensipleri & Felsefesi (20) Spinal Biyomekanik (60) Statik ve Dinamik Spinal Palpasyon (30) Kayropratik Teknikleri (180)	Kayropratik Prensipleri & Felsefesi (20) Statik ve Dinamik Spinal Palpasyon (60) Kayropratik Teknikleri (120)	Kayropratik Prensipleri & Felsefesi (20) Kayropratik Teknikleri (60)
KLİNİK STAJI	Gözlemtim Altında Klinik Stajı (120)	Gözlemtim Altında Klinik Stajı (225)	Gözlemtim Altında Klinik Stajı (500)
Araştırma			Araştırma (25)
Toplamlar	740	740	725
TOPLAM DERS SAATLERİ Üç-yıllık ya da tam-zamanlı çalışma için	2205		

EK.4: Sınırlı (dönüşüm) programı örneği

Kategori II(A). Sağlam bir medikal eğitimi olan kişilerin Kayropraktik uzmanı olarak güvenilir biçimde ve oldukça etkili uygulama yapmak için gereken minimal kaydedilebilir gereklilikleri edinmeleri için uygundur

BÖLÜM	İLK YIL (Saatler)	İKİNCİ YIL (Saatler)	ÜÇÜNCÜ YIL (Saatler)
BIYOLOJİ BİLİMLERİ	Spinal Anatomi (45) Patoloji (60) Fizyoloji (45)	Patoloji (60)	Klinik Beslenme (30)
KLİNİK BİLİMLERİ	Tanısal Görüntüleme (45) Nöroloji (45) Sinir-Kas-İskelet Sistemi Tanısı (30)	Tanısal Görüntüleme (45) Nöroloji (45) Fiziksel Tanı (30) Sinir-Kas- İskelet Sistemi Tanısı (30)	Pediyatri (45) Geriyatri (30)
KAYROPRAKTİK BİLİMLERİ	Kayropraktik Tarihi (30) Kayropraktik Prensipleri & Felsefesi (20) Spinal Biomekanik (60) Statik ve Dinamik Spinal Palpasyon (30) Kayropraktik Teknikleri (90)	Kayropraktik Teknikleri & Felsefesi(20) Statik ve Dinamik Spinal Palpasyon (60) Kayropraktik Teknikleri (90)	Kayropraktik Teknikleri & Felsefesi(20) Kayropraktik Teknikleri (60)
KLİNİK STAJI	Gözetim Altında Klinik Stajı (100)	Gözetim Altında Klinik Stajı (220)	Gözetim Altında Klinik Stajı (420)
Topamlar	600	600	605
TOPLAM DERS SAATLERİ Üç-yıllık yarı-zamanlı çalışma için	1805		

EK.5: Sınırlı (Standardizasyon) programı örneği

Kategori II (B). Öğrencinin mevcut bilgi ve becerilerinin değerlendirilmesi yoluyla belirlenen eksiklikleri belirtir ve mezunların Kayropratik uzmanı olarak emniyetli ve minimal kaydedilebilir standartları kazanmalarını sağlar

BÖLÜM	İLK YIL (Saatler)	DL	DR	CP	İKİNCİ YIL (Saatler)	DL	DR	CP	ÜÇÜNCÜ YIL (Saatler)	DL	DR	CP
BİYOLOJİ BİLİMLERİ	Anatomi Biyokimya Fizyoloji Patoloji Halk Sağlığı Klinik Beslenme	56 56 56 70 56 56	24 4 4 12 4 4		Laboratuvar Tanılama	42	8					
KLİNİK BİLİMLERİ					Fiziksel Tanılama Ortopedi / Nöroloji Radyoloji Klinik Teşhis	56 56 56 56	14 14 16 9		Baş/Servikal Omurga Sağlığı Torakal/Bel Omurga & Pelvis Sağlığı Kalça/Diz/Ayak bileği/ Ayak Sağlığı Omur/Dirsek/El bileği/ El Sağlığı Özel Toplum Sağlığı	70 70 70 70 56	20 20 20 20 24	
KAYROPRAKTİK BİLİMLERİ	Biyomekanik Kayropratik Prensipieri	56 42	16 5		Hasta Tedavi Yöntemleri	42	18		Kayıt Tutma & Dökümantasyon & Kalite Güvencece	42	16	
KLİNİK STAJI				400				400				400
Araştırma	Bilgisayar Becerileri Uygulamalı Çalışma			6	Araştırma Metodolojisi İlk Yardım / Acil Sağlık Hizmeti	56 28	24					
Toplamlar		448	71	406		486	103	400		378	100	400
TOPLAM DERS SAATLERİ Dört-yıllık tam-zamanlı çalışma için	2790	DL = Uzaktan Öğretim (Kendi kendine öğrenme) DR = Binada (Dersler ve Uygulamalı çalışmalar) CP = Klinik Stajı (Gözetim altında)										

References

Introduction

Meade TW et al. Low back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *British Medical Journal*, 1990, 300(6737):1431-37.

Meade TW et al. Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low back pain: results from extended follow up. *British Medical Journal*, 1995, 311(7001):349-351.

Baldwin ML et al. Cost-effectiveness studies of medical and chiropractic care for occupational low back pain: A critical review of the literature. *Spine*, 2001, 1(2):138-147.

Part 1

Withington BT. *Hippocrates, with an English translation*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1928.

Palmer DD. *The chiropractor's adjustor*. Portland, OR, Portland Printing House, 1910.

Gibbons RW. Medical and social protest as part of hidden American history. In: Haldeman S, ed. *Principles and practice of chiropractic*. East Norwalk, CT, Appleton Lang, 1992:17.

Palmer DD. *Three generations: a history of chiropractic*. Davenport, Iowa, Palmer College of Chiropractic, 1967:29.

Ehrenreich B, English E. *For her own good*. New York, Anchor/Doubleday, 1978:16.

Coulter ID. What is chiropractic? In: McNamee KP. *The chiropractic college directory, 1997-98, 5th ed*. Los Angeles, CA, KM Enterprises, 1997.

World Federation of Chiropractic. Consensus statements and the ACC position paper on chiropractic: The chiropractic paradigm (Proceedings of the conference on Philosophy in Chiropractic Education). Fort Lauderdale, FL, World Federation of Chiropractic Toronto, 2000.

Gatterman MI, Hansen DT. Development of chiropractic nomenclature through consensus. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 1974, 17(5):308.

Guthrie HN. *Report of the Honorary Royal Commission to Inquire into Provisions of the Natural Therapists Bill in Western Australia*. Perth, Western Australian Government Printer, 1961.

Lacroix G. *Report of the Royal Commission on Chiropraxy and Osteopathy*. Quebec, Government of Quebec, 1965.

Teece J. *Report of the New South Wales Health Commission Inquiry into the Question of Registration of Chiropractors*. Sydney, New South Wales Government Printer, 1975.

Webb EC. *Report of the Committee of Inquiry into Chiropractic, Osteopathy, Homeopathy and Naturopathy*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1977.

Guidelines on basic training and safety in chiropractic 42

Inglis BD, Fraser B, Penfold BR. *Chiropractic in New Zealand report: Commission of Inquiry into Chiropractic*. Wellington, New Zealand Printer, 1979:105-106.

Bingham T. *Report of the Kings Fund Working Party on Chiropractic*. London, King's Fund, 1993.

Vindigni D, Perkins J. Identifying musculoskeletal conditions among rural indigenous peoples. *Australian Journal of Rural Health*, 2003, 11(4):187-192.

Part 2

Gatterman M. Standards for contraindications to spinal manipulative therapy. In: Vear HJ, ed. *Chiropractic standards of practice and quality of care*. Gaithersburg, MD, Aspen Publishers Inc, 1992.

Vear HJ. Standards of chiropractic practice. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 1985, 8(1):33-43.

Gatterman MI. Indications for spinal manipulation in the treatment of back pain. *Journal of the American Chiropractic Association*, 1982, 19(10):51-66.

Haldeman S. Spinal manipulative therapy in the management of low back pain. In: Finneson GE, ed. *Low back pain*, 2nd ed. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1980:260-280.

Gatterman MI. Contraindications and complications of spinal manipulation therapy. *Journal of the American Chiropractic Association*, 1981, 15:575-586.

Palmer DD. *The science, art and philosophy of chiropractic*. Portland, OR, Portland Printing House, 1910:101.

Gatterman MI. *Chiropractic management of spine related disorders*. Baltimore, MD, Lippincott, Williams & Wilkins, 1990.

Cassidy JD, Potter GE. Motion examination of the lumbar spine. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 1979, 2(3):151-158.

Haldeman S, Chapman-Smith D, Petersen DM, eds. *Guidelines for chiropractic quality assurance and practice parameters*. Gaithersburg, MD, Aspen Publishers, 1992.

Henderson DJ et al., eds. *Clinical guidelines for chiropractic practice in Canada*. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 1994 (Suppl.), 38(1).

Singer KP. Contraindications to spinal manipulation. In: Giles LGF, Singer KP, eds. *The clinical anatomy and management of low-back pain*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997:387-391.

Giles LGF. Diagnosis of thoracic spine pain and contraindications to spinal mobilization and manipulation. In: Giles LGF, Singer KP, eds. *The clinical anatomy and management of low-back pain*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997:283-297.

Terrett AGJ. Contraindications to cervical spine manipulation. In: Giles LGF, Singer KP, eds. *The clinical anatomy and management of low-back pain*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997:192-210.

Stoddard A. *Manual of osteopathic medicine*, 2nd ed. London, Hutchinson, 1983.
Haynes-Mazion LM. Contraindications to chiropractic manipulation with specific technique alternatives. Phoenix, AZ, K & M Printing, 1995.

Stoddard A. *Manual of osteopathic practice*. London, Hutchinson, 1969:279.

Maitland GD. *Vertebral manipulation*, 3rd ed. London, Butterworth, 1973:4.

Bohannon AD, Lyles KW. Drug-induced bone disease. *Clinics in geriatric medicine*, 1994, 10(4):611-623.

Walker B, ed. *Risk Management Continuing Education Module*. Chapter 1 Neck manipulation and vertebrobasilar stroke, Chapter 5 Musculoskeletal complications of spinal manipulation. Chiropractic and Osteopath College Australasia, Ringwood, Victoria, 2002.

Belanger A. *Evidence-based guide to therapeutic physical agents*. Baltimore, MD, Lippincott, Williams & Wilkins, 2003.

Low J, Reed A. *Electrotherapy explained*, 3rd ed. Oxford, Butterworth-Heinemann Ltd, 2000.

Robertson V et al. Guidelines for the clinical use of electro-physical agents. Melbourne, Australian Physiotherapy Association, 2001.

Kleynhans AM. Complications and contraindications to spinal manipulative therapy. In: Haldeman S, ed. Modern developments in the principles and practice of chiropractic. New York, NY, Appleton-Century-Crofts, 1980:133-141.

Henderson DJ. Vertebral artery syndrome. In: Vear HJ, ed. Chiropractic standards of practice and quality of care. Gaithersburg, MD, Aspen Publishers, 1992:137-138.

Kleynhans AM, Terrett AG. Cerebrovascular complications of manipulation. In: Haldeman S, ed. Principles and practice of chiropractic, 2nd ed. East Norwalk, CT, Appleton Lang, 1992.

Grayson MF. Horner's syndrome after manipulation of the neck. British Medical Journal, 1987, 295:1382-83.

Heffner JE. Diaphragmatic paralysis following chiropractic manipulation of the cervical spine. Archives of Internal Medicine, 1985, 145:562-563.

46. Kewalramani LS et al. Myelopathy following cervical spine manipulation. American Journal of Physical Medicine, 1982, 61:165-175.

Mann T, Refshauge K. Causes of complication from cervical spine manipulation. Australian Journal of Physiotherapy, 2001, 47(4):255-266.

Brynin R, Yomtob C. Missed cervical spine fracture: chiropractic implications. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 1999, 22(9):610-614.

Grieve GP. Incidents and accidents of manipulation. In: Grieve GP, ed. Modern manual therapy. New York, NY, Churchill Livingstone, 1986:873-889.

Bromley W. National Chiropractic Mutual Insurance Company: stronger than ever. Journal of the American Chiropractic Association, 1989, 26:52.

Laderman JP. Accidents of spinal manipulation. Annals of the Swiss Chiropractors' Association, 1981, 7:162-208.

Guidelines on basic training and safety in chiropractic Gallinaro P, Cartesegna M. Three cases of lumbar disc rupture and one of cauda equina associated with spinal manipulation (chiropraxis). Lancet, 1983, 1(8321):411.

Kornberg E. Lumbar artery aneurysm with acute aortic occlusion resulting from chiropractic manipulation – a case report. Surgery, 1988, 103(1):122-124.

Haldeman S, Kohlbeck F, McGregor M. Unpredictability of cerebrovascular ischemia associated with cervical spine manipulation therapy: a review of sixty-four cases after cervical spine manipulation. Spine, 2002, 27(1):49-55.

Rothwell D, Bondy S, Williams J. Chiropractic manipulation and stroke: a populationbased case-controlled study. Stroke, 2001, 32:1054-60.

Haldeman, S et al. Clinical perceptions of the risk of vertebral artery dissection after cervical manipulation: the effect of referral bias. Spine, 2002, 27(5):334-342.

Haldeman S et al. Arterial dissections following cervical manipulation: the chiropractic experience. Journal of the Canadian Medical Association, 2001, 2, 165(7):905-906.

Jaskoviak PA. Complications arising from manipulation of the cervical spine, manipulation and head/neck movement. Journal of the Canadian Chiropractic Association, 1985, 29:80-89.

Maigne R. Manipulations vertebrales et les thromboses vertébrobasilaires [Vertebral manipulations and vertebrobasilar thromboses]. Angéiologie, 1996, 21:287.

Haldeman S. Testimony, Mason H v Forgie D, Judicial district of Saint John, New Brunswick, December 1984 (S/C1569/82).

Gutmann G. Verletzungen der arteria vertebralis durch manuelle Therapie [Injuries to the arteria vertebralis from manual therapy]. *Manuelle Medizin*, 1985, 2:1-4.

Dvorak J, Orelli F. How dangerous is manipulation of the cervical spine? *Manuelle Medizin*, 1982, 20:44-28.

