

با مشارکت اساتید و اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

اثر تمرینات تنفس عمیق بر کاهش علائم حمله پانیک  
تأثیر هنر درمانگری بر بیماران مبتلا به PTSD  
معرفی سندروم نورولپتیک بدخیم  
۵ نمونه از برترین استارت‌آپ‌های ایرانی در زمینه روان



استاد حمید آسایش، دکتر مینا گائینی، آقای حسین هزارخانی، محمدحسین مرشد زاده، فائزه بقایی، علیرضا کیومرثی، علی نورمحمدی، مبین عالی، محدثه زمانی، روزان تهرانی راد، هاجر کریم تبار، فاطمه زنگنه، سید محمدحسین بابایی، محمدباقر شفیعیان، کیانا دادمحمد، امید ترانی، زهرا نجف پور، محمدامین شکری، زهرا پیمانی، مهنا آقایی

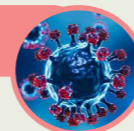
کیما بیگی، سها خراسانیان، زهرا اکبری، محمدامین هوشنگی شایان، مهنا آقایی



سخن سردبیر..... ۵

مفهوم تاب‌آوری در گفتگو با استاد آسایش..... ۱۴

## کارگروه ۱



معرفی بیماری..... ۶

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

مقاله کیس ریپورت..... ۸

اختلال شخصیت مرزی

اختلال وسواس اجباری

فارماکولوژی..... ۱۱

سندروم نورولپتیک بدخیم (NMS)

تاثیر هنر درمانگری بر بیماران مبتلا به PTSD

اختصارات و اصطلاحات..... ۱۳

تفسیر نوار مغزی (EEG)

## کارگروه ۲



۱۶..... ژنتیک

نقش سروتونین در اختلالات روانی

ژنتیک رفتاری

تاثیر ژنتیک بر افزایش خطر خودکشی

نقش عوامل ژنتیکی در اختلال بیش فعالی (ADHD)

## کارگروه ۳



۲۱..... اورژانس

کانورژن و اقدامات حیاتی

افتراق کانورژن با سایر بیماری‌ها در اورژانس

۲۳..... مراقبت‌های ویژه

مراقبت‌های Suicide

## کارگروه ۴



۲۵..... طب سنتی و سبک زندگی

بررسی تاثیر بخور گیاهی اسطوخودوس بر کاهش اضطراب در بیماران با استرس شغلی

مطالعه رابطه مصرف دمنوش گیاهی سنبل‌الطیب با کیفیت خواب در بیماران مبتلا به بیماری بی‌خوابی مزمن

اثر تمرینات تنفس عمیق بر کاهش علائم حمله پانیک

تحلیل باورهای عمومی درباره بیماری‌های روانی، مانند «ضعف شخصیت»، و تاثیر آن بر مراجعه بیماران به خدمات روان پرستاری

نقش مراقبت‌های روان پرستاری همراه با ماساژ درمانی در کاهش علائم استرس پس از سانحه

## کارگروه ۵



۳۰..... معرفی دستگاه

دستگاه ECT

۳۲..... تکنولوژی روز دنیا

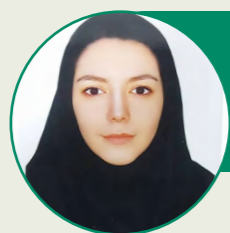
تحریک عمیق مغز در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری

سنسوری‌روم در بیماران اختلال روان بستری در بیمارستان

۵ نمونه از برترین استارت‌آپ‌ها و محصولات تولید شده در زمینه روان

۳۶..... ایران ما

متفورمین به عنوان مکمل داروی ضد افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD)



## سخن سردبیر

با سلام و احترام؛

در دنیای امروز، با افزایش فشارهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بیماری‌های روانی به یکی از چالش‌های بزرگ جوامع تبدیل شده است. این بیماری‌ها نه تنها بر کیفیت زندگی فردی تأثیر می‌گذارند، بلکه می‌توانند روابط خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین شناخت بهتر آن، می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات باشد.

در این شماره از نشریه Scientific Plus، به موضوعی پرداخته‌ایم که همواره مورد توجه پژوهشگران و دانشجویان قرار داشته است: «روان». روان، به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و جذاب‌ترین حوزه‌های علم، نه تنها بر علوم پزشکی بلکه بر علوم انسانی، اجتماعی و حتی هنر تأثیرات عمیقی دارد.

امیدواریم مطالب ارائه شده در این شماره بتواند آگاهی شما را درباره مسائل روان افزایش داده و گامی مؤثر در جهت کاهش تبعیض و استیگما نسبت به افرادی باشد که با مشکلات روانی دست و پنجه نرم می‌کنند.

با آرزوی موفقیت برای همه شما عزیزان،

ستاره احمدی



«امام علی علیه السلام»:

«الْقَلْبُ الْحَزِينُ مَخْفُوفٌ بِرَحْمَةِ اللَّهِ.»

«دل غمگین در پناه رحمت خداوند است.»

## اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)



محمد حسین مرشد زاده  
پرستاری بهمن ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم



استرس پس از سانحه (PTSD) یک اختلال روانی است که ممکن است پس از تجربه یک رویداد آسیب‌زا مانند جنگ، تجاوز، تصادف رانندگی یا بلایای طبیعی رخ دهد. افراد مبتلا به PTSD ممکن است مدام رویداد آسیب‌زا را به یاد آورند و دچار احساسات و تصاویر ذهنی مکرر و شدید مربوط به آن شوند.

همچنین علائم این بیماری بدین شرح است:

### ۱. بازگشت خاطرات آسیب‌زا:

- فلش‌بک‌ها: بازگشت ناگهانی و ناخودآگاه به لحظات رویداد آسیب‌زا، با احساس حضور مجدد در آن موقعیت.

- کابوس‌های شبانه: خواب‌های آشفته و مکرر که رویداد آسیب‌زا را بازنمایی می‌کنند.

- اضطراب شدید: احساس اضطراب و ناراحتی شدید در مواجهه با محرک‌هایی که یادآور رویداد آسیب‌زا هستند.

### ۲. اجتناب از یادآوری:

- اجتناب از مکان‌ها، افراد یا فعالیت‌ها: دوری از مکان‌ها، افراد یا فعالیت‌هایی که یادآور رویداد آسیب‌زا هستند.

- مشکل در یادآوری جزئیات رویداد: فراموشی جزئی یا کامل برخی از جزئیات رویداد آسیب‌زا.

- بی‌حسی عاطفی: احساس بی‌تفاوتی نسبت به اطراف و از دست دادن توانایی احساس عواطف.

### ۳. تغییرات در تفکر و خلق:

- احساس گناه: سرزنش خود به خاطر رویداد آسیب‌زا یا احساس ناتوانی در جلوگیری از آن.

- شرم: احساس شرمندگی به خاطر آنچه اتفاق افتاده است.

- خشم: خشم شدید نسبت به فرد یا افرادی که به او آسیب رسانده‌اند.

- افسردگی: احساس غمگینی، بی‌ارزشی و ناامیدی شدید.

### ۴. تغییرات در برانگیختگی:

- مشکل در خوابیدن: بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و دشواری در به خواب رفتن.

- تحریک‌پذیری: به آسانی عصبانی شدن و حالت آماده باش همیشگی برای مقابله با خطر.

- مشکل در تمرکز: دشواری در تمرکز بر کار یا فعالیت‌های روزمره.

- هوشیاری بیش از حد: احساس همیشگی قرار داشتن در معرض خطر.

شدت و مدت علائم PTSD در افراد مختلف متفاوت است. برخی افراد ممکن است تنها چند علامت خفیف را تجربه کنند، در حالی که برخی دیگر با طیف وسیعی از علائم شدید مواجه می‌شوند.

خوشبختانه این بیماری قابل درمان است و راهکارهایی برای بهبود و درمان وضعیت PTSD معرفی شده که در اینجا به سه روش آن اشاره شده که عبارتند از:

### ۱. روان‌درمانی:

روان‌درمانی خط اول درمان PTSD است و به افراد کمک می‌کند تا افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با رویداد آسیب‌زا را مدیریت کنند. برخی از روش‌های مؤثر عبارتند از:

- درمان شناختی رفتاری (CBT): شناسایی و تغییر افکار و باورهای منفی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای جدید.



- حساسیت‌زدایی و بازپردازش حرکات چشم (EMDR): به یاد آوردن خاطرات آسیب‌زا در حین تمرکز بر یک محرک بصری متناسب برای پردازش خاطرات و کاهش شدت علائم.

- درمان پردازش شناختی: تمرکز بر تغییر الگوهای فکری که باعث ایجاد و تداوم PTSD می‌شوند.

- روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: تمرکز بر لحظه حال و پذیرش احساسات و افکار دشوار.

### ۲. دارو درمانی:

دارو درمانی به عنوان مکمل روان‌درمانی استفاده می‌شود و به کاهش علائم مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات خواب کمک می‌کند. داروهای رایج عبارتند از:

- مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs): تنظیم سطح سروتونین در مغز برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب.

- مهارکننده‌های بازجذب سروتونین-نوراپی‌نفرین (SNRIs): تأثیر بر سطح سروتونین و نوراپی‌نفرین برای کاهش علائم PTSD.

- داروهای ضد اضطراب: کاهش اضطراب و بهبود خواب.

### ۳. درمان‌های مکمل و جایگزین:

علاوه بر روان‌درمانی و دارو درمانی، برخی روش‌های مکمل و جایگزین نیز می‌توانند مفید باشند، از جمله:

- یوگا و مدیتیشن: کاهش استرس و بهبود آرامش.

- طب سوزنی: کاهش درد و اضطراب.

- ماساژ درمانی: کاهش تنش عضلانی و بهبود آرامش.

درمان PTSD فرآیندی تدریجی است و بهبودی کامل ممکن است زمان‌بر باشد. برای انجام این مهم صبر و پشتکار ضروری است. بهترین نتیجه درمانی معمولاً با ترکیب روان‌درمانی و دارو درمانی حاصل می‌شود. حمایت خانوادگی و دوستان نیز می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

منابع:

American Psychiatric Association (APA), november2022,what is posttraumatic stress disorder(ptsd),Jeffrey Guina

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>



اختلال شخصیت مرزی (BPD) یک اختلال روانی است که با نوسانات شدید خلق و خو، روابط بین فردی ناپایدار و تکانشگری مشخص می‌شود. افراد مبتلا به BPD ترس شدیدی از رها شدن دارند و در تنظیم احساسات خود، به‌ویژه خشم، مشکل دارند. همچنین، ممکن است رفتارهای تکانشی و خطرناک مانند رانندگی پرخطر و خودآزاری از خود نشان دهند.

### علائم:

- ترس از رها شدن
- روابط ناپایدار
- خودانگاره یا حس ناپایدار از خود
- تغییرات سریع خلق و خو
- رفتارهای تکانشی و پرخطر
- خودآزاری مکرر یا رفتارهای خودکشی
- احساس پوچی مداوم
- مشکلات در کنترل خشم
- افکار پارانوئیدی گذرا



### علل:

۱. ژنتیک
۲. تغییرات در مغز: ارتباط نادرست بین بخش‌هایی از مغز که احساسات و رفتار را کنترل می‌کنند.
۳. سوءاستفاده و آسیب‌های دوران کودکی

### درمان:

- ۱) روان درمانی:
  - رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT): نوعی درمان است که به طور خاص برای درمان افراد مبتلا به BPD طراحی شده است.
  - درمان مبتنی بر ذهنیت (MBT): یک گفتار درمانی است که به افراد کمک می‌کند تشخیص دهند و بفهمند دیگران ممکن است چه فکر و چه احساسی داشته باشند.
  - درمان متمرکز بر انتقال (TFP): برای کمک به بیماران در درک احساسات و مشکلات بین فردی خود از طریق رابطه بین بیمار و درمانگر طراحی شده است.
- ۲) داروها:

- داروها نمی‌توانند BPD را درمان کنند، اما می‌توانند به درمان سایر بیماری‌هایی که همراه با BPD هستند، مانند افسردگی، تکانشگری و اضطراب کمک کنند.

منابع:

[borderline-personality-disorder-bpd-۹۷۶۲/https://my.clevelandclinic.org/health/diseases](https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/borderline-personality-disorder-bpd-۹۷۶۲)

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/۲۰۲۷-۲۳۷-sjuc>

<https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/borderline-personality-disorder/overview>

<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/what-is-bpd/treating-bpd>

[pdf.IJSHR00/April۲۰۲۳\\_۲\\_Issue\\_۸.https://ijshr.com/IJSHR\\_Vol](pdf.IJSHR00/April۲۰۲۳_۲_Issue_۸.https://ijshr.com/IJSHR_Vol)

[CASE\\_REPORT-TUNC\[A\].pdf-۳۶۰۲-https://jagjournalagent.com/phd/pdfs/PHD](CASE_REPORT-TUNC[A].pdf-۳۶۰۲-https://jagjournalagent.com/phd/pdfs/PHD)

### گزارش موردی:

مورد اول: یک زن ۴۲ ساله با شکایت اصلی پرخاشگری و خشم، پنج بار اقدام به خودکشی در یک ماه، خلق و خوی ناپایدار، رفتارهای مخاطره‌آمیز و تکانشی (خودآزاری و مصرف خودسرانه دارو)، توهم، علائم روان‌پریشی گذرا، و آسیب‌های اجتماعی، روانی و شغلی، در بیمارستان بستری شد.

مورد دوم: یک زن ۲۱ ساله با سابقه مشکلات خانوادگی فراوان؛ خانواده از تولد وی ناراضی بوده و او در کودکی مورد آزار فیزیکی مادر خود قرار گرفته است. او در فقر و شرایط اقتصادی نامناسب زندگی می‌کرده، در مدرسه با دوستانش دعوا و درگیری داشته و اقدام به خودآزاری با چاقو کرده است. خود را از دیگران منزوی کرده و فعالیت اجتماعی کمی داشته است. در روابط عاشقانه‌اش، مورد خشونت عاطفی و فیزیکی قرار گرفته و به دلیل ترس از رها شدن، تسلیم خواسته‌های شریک خود می‌شده است. معاینه روانی نشان‌دهنده علائمی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خشم و افکار خودکشی بوده است.

تصور کنید صبح زود از خواب بیدار می‌شوید و پیش از رفتن به محل کار، بارها و بارها چک می‌کنید که آیا درب خانه قفل است یا خیر. یا هنگام خروج از خانه، ناگهان اضطراب شدیدی به شما دست می‌دهد که شاید اجاق گاز روشن مانده باشد و مجبور می‌شوید برگردید و از آن اطمینان حاصل کنید. این رفتارها ممکن است برای بسیاری از ما طبیعی به نظر برسند؛ اما اگر این افکار و رفتارها بیش از حد تکرار شوند و وقت زیادی را صرف وسواس‌ها و اجبارها کنند، کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهند. این کاهش کیفیت زندگی می‌تواند در روابط اجتماعی و خانوادگی، عملکرد شغلی و تحصیلی اختلال ایجاد کند و نشانه‌ای از اختلال وسواس اجباری (OCD) باشد. لازم به ذکر است که این رفتارها باید از امیال شدید لذت‌بخش مانند پرخوری یا قمار، رفتارهای ناشی از مصرف مواد، یا شرایط پزشکی مانند تند حرکتی در بیماران پارکینسون، تفکیک شوند.

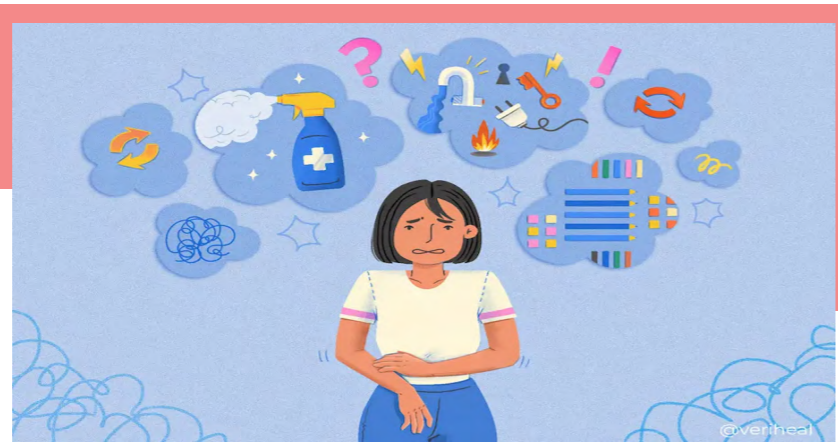
علائم OCD شامل دو مؤلفه اصلی است: **وسواس‌ها** و **اجبارها**. بر اساس معیارهای DSM-5، برای تشخیص OCD نیازی به وجود هر دو مؤلفه نیست و حضور یکی از آن‌ها به تنهایی کافی است.

**وسواس‌ها:** افکار، تصاویر یا ایده‌های تکراری و مزاحم که موجب اضطراب شدید می‌شوند.

**وسواس‌ها:** افکار، تصاویر یا ایده‌های تکراری و مزاحم که موجب اضطراب شدید می‌شوند.

۱) افکار: افکار وسواسی کلماتی هستند که دائم در ذهن شما زنگ می‌زنند و تکرار می‌شوند.

۲) ترس‌ها: ترس‌های وسواسی عبارتند از: احساسات، انگیزه‌های ناگهانی یا نگرانی‌هایی درباره این موضوع که مبادا کاری نابجا، ناشایست یا نامطلوب انجام دهند.



وسواسی و رفتارهای اجباری است. اما در GAD، اضطراب به دلیل نگرانی‌های کلی درباره زندگی روزمره بروز می‌کند.

**OCD و اختلال شخصیت وسواسی-جبری OCPD:** یک اختلال شخصیت است که شامل کمال‌گرایی افراطی و نیاز به کنترل می‌باشد. اما OCD یک اختلال اضطرابی است. مبتلایان به OCPD اغلب رفتارهای خود را مناسب می‌دانند، اما مبتلایان به OCD از غیرمنطقی بودن رفتارهای خود آگاه هستند.

### نمونه‌های کیس ریپورت افراد مبتلا به OCD

وسواس شستشو با شدت زیاد: برنیس، ۴۶ ساله، با سابقه‌ی سه دوره روان‌درمانی و دو بار بستری، از ۱۲ سال پیش و پس از مرگ پدرش بر اثر ذات‌الریه، به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) مبتلا شده است. برنیس وسواس شدیدی به آلودگی دارد و از لمس اشیایی مانند چوب و پاکت نامه می‌ترسد. او خانه‌نشین است و حتی از تلفن استفاده نمی‌کند. برای کاهش اضطراب، به انجام رفتارهای اجباری می‌پردازد که زندگی او را به‌طور کامل

۳) ایماژها (تصاویر ذهنی): تصاویر ناخوانده و مزاحم هستند که در ذهن شکل می‌گیرند و معمولاً صحنه‌هایی پر از خشونت، ترسناک، از لحاظ اخلاقی مذموم، عجیب و غریب و نامطلوب را نشان می‌دهند. تصاویر ناراحت‌کننده شامل زوفیلیا، کودک‌آزاری یا آدم‌کشی فجیع هستند.

**اجبارها:** رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری که فرد احساس می‌کند مجبور به انجام آنهاست تا با وسواس‌ها مقابله کنند یا با آنها کنار بیایند. این اعمال معمولاً شکل رفتارهای فیزیکی را به خود می‌گیرند. مثل شستن دست‌ها یا چک کردن مکرر قفل درها.

برخلاف وسواس‌ها که باعث افزایش اضطراب و دیسترس (رنج و عذاب شخصی) می‌شوند، وظیفه اجبارها خنثی کردن وسواس‌ها یا کاستن از دیسترس است.

### مقایسه OCD با اختلالات مشابه

OCD و اختلال اضطراب فراگیر (GAD): هر دو اختلال شامل اضطراب هستند. اما در OCD اضطراب عمدتاً ناشی از افکار





بدن هر ۶ ساعت تا دوز کلی ۱۰ میلی گرم در روز تجویز می‌شود).

در صورت امکان مصرف داروی خوراکی برای بیمار می‌تواند از قرص خوراکی دانترولن ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه استفاده کرد.

از آنجایی که سندرم نورولپتیک بعد از تجویز داروهای ضد دوپامینرژیک به وجود می‌آید، یک داروی دوپامینرژیک (مثل بروموکرپتین ۲۰ تا ۳۰ میلی‌گرم در روز در چهار دوز) می‌تواند به برنامه دارویی بیمار اضافه شود. درمان باید ۵ الی ۱۰ روز ادامه داشته باشد.

### بازگشت به درمان روانپزشکی

در صورت شروع مجدد داروی روانپزشکی بیمار، بایستی بر اساس نظر پزشک معالج، داروهای ضد جنون با قدرت پایین یا داروهای دسته SDA (آنتاگونیست سروتونین - دوپامین) شروع شود.

لازم به ذکر است که در بیشتر موارد، مصرف خودسرانه و بدون تجویز روانپزشک این مشکلات را ایجاد می‌کند. پس بهتر است برای استفاده از هر کدام از داروهای روانپزشکی بیمار حتماً زیر نظر یک روانپزشک و طبق نسخه داروی مورد نیاز را مصرف نماید.

-سفتی و دیستونی شدید عضلانی، ترمور و لرزش

-فقدان حرکت (موتیسم)، سکوت، گیجی و آشفتگی

-تشنج

### یافته‌های آزمایشگاهی شامل:

افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون (WBC)، سطح کراتینین فسفوکیناز (CPK)، آنزیم‌های کبدی، میوگلوبین پلاسما و میوگلوبینوری (وجود میوگلوبین در ادرار که گاهی منجر به نارسایی کلیوی می‌شود).

### شروع علائم

معمولاً هر یک از این علائم که مربوط به سندرم بدخیم نورولپتیک باشد، سه روز بعد از شیوع بیماری خود را نشان می‌دهند. اغلب، اولین علامت اضطراب است که قبل از تغییرات قابل توجه در سطح هوشیاری بروز می‌کند. در صورت عدم درمان، این سندرم می‌تواند ۱۰ تا ۱۴ روز طول بکشد.

### تشخیص

در مراحل اولیه، علائم NMS ممکن است به اشتباه نادیده گرفته شده و یا به عنوان تشدید روان‌پریشی اشتباه تفسیر شوند.

### اقدامات درمانی و مراقبتی

اولین اقدام، قطع فوری کلیه داروهای ضد جنون

کنترل دما و خنک کردن بیمار

کنترل علائم حیاتی و الکترولیت‌ها

کنترل مایعات دریافتی و عملکرد کلیه‌ها (کنترل I/O)

برقراری تعادل مایعات با تجویز وریدی مایعات

استفاده از داروی شل کننده عضلات جهت کاهش سفتی عضلات (دانترولن ۰/۸ تا ۲/۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن

### سندرم بدخیم نورولپتیک (NMS):

سندرم حاد و پرخطری است که معمولاً به عنوان عارضه جانبی داروهای آنتی سایکوتیک (ضد جنون‌ها) می‌باشد که با هر دوزاژ و در هر زمان مصرف از مدت درمان ممکن است بروز کند.

مردان بیش‌تر از زنان و افراد جوان بیش‌تر از افراد مسن به این عارضه مبتلا می‌شوند.

میزان مرگ و میر ناشی از آن ۲۰ تا ۳۰ درصد می‌باشد.

در صورت مصرف بالای داروهای قوی این دسته، میزان مرگ و میرها افزایش می‌یابد.

داروهایی که باعث این بیماری می‌شوند در دو گروه نسل اول یا نسل دوم ضد جنون‌ها دسته بندی می‌شوند:

### داروهای نسل اول:

هالوپریدول	برومپریدول
فلوفنازین	پرومازین
کلپرومازین	تیوریدازین
لوکسپاین	تری فلوتوپیرازین
پرفنازین	

### داروهای نسل دوم:

اولانزاپین	زیزراندین
ریسپریدون	آریپیپرازول
کوئتیاپین	

### علائم این عارضه دارویی:

-هیپرترمی شدید

-تعریق

-اشکال در بلع

-افزایش ضربان قلب و فشار خون

-تغییر سطح هوشیاری



وسواس آسیب به خود و دیگران با شدت متوسط تا زیاد: جان، مرد ۲۸ ساله، به بخش روان‌پزشکی بیمارستان مراجعه کرده و از افکار مزاحم و تکراری درباره‌ی آسیب رساندن به خود و دیگران شکایت دارد. این افکار باعث اضطراب و ناراحتی شدید او می‌شوند. او افکار خشونت‌آمیز در مورد آسیب رساندن به خانواده و دوستانش دارد و نگران است که نتواند این افکار را کنترل کند. همچنین، افکار خودآزاری از جمله خودکشی و خودزنی دارد. جان به دلیل این افکار، مجبور به انجام رفتارهای اجباری برای کاهش اضطراب خود می‌شود. علائم او از نوجوانی آغاز شده و با گذشت زمان تشدید شده‌اند. به دلیل این افکار و اضطراب شدید، در دوران دبیرستان دچار مشکلات تحصیلی و اجتماعی شد. در ۲۰ سالگی، به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) مبتلا تشخیص داده شد و درمان اولیه با مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRI) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) آغاز گردید.

اشیای بارزش در میان آنها می‌داند. در پاسخ به این سوال که آیا ممکن است به خاطر نگهداری این وسایل، چیزهای بارزش دیگری مانند خانه، دوستان یا حتی جان خود را از دست بدهد، پاسخی ندارد.

وسواس فکری-جنسی با شدت زیاد: ستاره، زن ۳۰ ساله و متأهل، به بیمارستان مراجعه کرده و از ناراحتی، شکاکیت، خود سرزنشی، افکار مرگ، شنیدن صداها و بی‌خوابی شکایت دارد. او سابقه‌ی پزشکی چهار ساله دارد. او فرزند شش ساله‌ی خود را به عنوان «عشق» خود می‌شناسد. چهار سال پیش، احساسات جنسی نسبت به همکاران زن خود داشته و تصور می‌کرده که این احساسات متقابل است و افکارش توسط آنها خوانده می‌شود. در طول معاینه روان‌پزشکی، محتوای افکار او حاکی از علائم شبه‌اسکیزوفرنی مانند پارانوئا و هذیان‌های ربایش فکر و تزریق فکر بود. بلافاصله پس از بستری و ارزیابی، با تشخیص اولیه‌ی اسکیزوفرنی تحت درمان قرار گرفت. اما بعداً تشخیص به اختلال وسواس فکری-عملی غیرمعمول تغییر یافت و درمان او نیز اصلاح شد.

تحت تاثیر قرار داده و تقریباً تمام ساعات بیداری‌اش را به خود اختصاص داده است. او صبح‌ها ۳ تا ۴ ساعت در حمام می‌ماند و صرف غذا نیز چندین ساعت طول می‌کشد.

وسواس فکری تقارن با شدت خفیف: علیرضا، ۲۲ ساله، می‌گوید: «همیشه باید دفترچه‌هایم را مرتب کنم. اگر چیزی نامرتب باشد، نمی‌توانم روی درس‌هایم تمرکز کنم.» این موضوع کمی وقت‌گیر است، اما زندگی او را مختل نمی‌کند.

وسواس احتکار با شدت زیاد: حسام، مرد ۳۶ ساله‌ای که به دلیل عفونت ریوی در بیمارستان بستری است، در طول ویزیت پزشک به ناگاه شروع به گریه می‌کند و اظهار می‌کند که بی‌خانمان است و نمی‌تواند وضعیت زندگی خود را سامان دهد. او دو هفته‌ی گذشته را در زیرزمین آپارتمانی سیری کرده و از سرویس بهداشتی عمومی پارک استفاده می‌کرده‌است. آپارتمان شخصی او مملو از مجلات، روزنامه‌ها، کتاب‌ها و زباله‌های مختلف است و به همین دلیل قادر به زندگی در آن نیست. حسام به یاد نمی‌آورد آخرین بار چه زمانی چیزی را دور انداخته است و دلیل نگهداری این وسایل را احتمال وجود

منابع:

National Institute of Mental Health (NIMH), 2021  
Neurology Innovations, 2023  
American Psychiatric Association (APA), 2020  
World Health Organization (WHO), 2019  
Nature Neuroscience Journal, 2022  
Journal of Anxiety Disorders, 2021  
Mago Clinic, 2020  
Frontiers in Psychiatry, 2022  
Journal of Virtual Reality in Clinical Practice, 2023  
Nature Neuroscience Journal, 2022  
Microbiome Research Journal, 2023  
Food & Drug Administration, 2023  
Diagnostic confusion about OCD and schizophrenia: A case report

Clinical case report: considerable improvement of severe and difficult-to-treat obsessive-compulsive disorder with comorbid depression

Psychopathology according to DSM5 - Dr. Mehdi Ganji

# اختصارات و اصطلاحات

## تفسیر نوار مغزی (EEG)

مبین عالی

پرستاری بهمن ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم



### چالش ها

یکی از چالش‌های مهم در تفسیر EEG، ماهیت نویزی و پیچیدگی بالای این سیگنال‌ها است. سیگنال‌های مغزی به شدت تحت تأثیر نویزهای خارجی مانند حرکت عضلات، پلک زدن و نویز الکتریکی دستگاه‌ها قرار می‌گیرند. برای مقابله با این چالش، از روش‌های پردازش پیشرفته مانند فیلترگذاری تطبیقی و تکنیک‌های کاهش نویز استفاده می‌شود. علاوه بر این، تفسیر دقیق EEG نیازمند یکپارچه‌سازی اطلاعات با سایر روش‌های تصویربرداری مغزی مانند fMRI و MEG است تا دقت تشخیص افزایش یابد.

### اهمیت و آینده EEG

تفسیر EEG نقش حیاتی در تشخیص و مدیریت اختلالات مغزی دارد. ترکیب روش‌های تحلیلی کلاسیک با الگوریتم‌های پیشرفته پردازش سیگنال، دقت و کارایی این فرایند را افزایش داده است. با پیشرفت‌های اخیر در حوزه هوش مصنوعی و یادگیری ماشین، آینده تفسیر EEG به سمت خودکارسازی و افزایش دقت در تشخیص‌های پزشکی پیش می‌رود که می‌تواند تحول قابل توجهی در حوزه علوم اعصاب و پزشکی ایجاد کند.

با خواب را شناسایی می‌کنند. دقت این روش به تجربه و مهارت متخصص بستگی دارد. در روش‌های محاسباتی، تکنیک‌های پردازش سیگنال مانند تبدیل فوریه سریع (FFT) و تبدیل موجک برای استخراج ویژگی‌های EEG به کار می‌روند. همچنین، مدل‌های یادگیری عمیق (Deep Learning) با تحلیل خودکار این سیگنال‌ها قادر به تشخیص اختلالاتی مانند صرع و اسکیزوفرنی هستند.

### نمونه‌هایی از تفسیر چشمی:

**صرع:** فعالیت تشنجی به صورت امواج تپشی سریع و شدید در نوار مغز ظاهر می‌شود.

**سکته مغزی:** کاهش یا قطع جریان خون به یک ناحیه مغزی باعث کاهش یا توقف فعالیت الکتریکی در آن ناحیه می‌شود.

**آلزایمر:** کاهش فعالیت الکتریکی در نواحی مختلف مغز، به ویژه قشر مغز، مشاهده می‌شود.

**میگرن:** تغییرات در الگوهای امواج مغزی ممکن است نشان‌دهنده میگرن باشد.

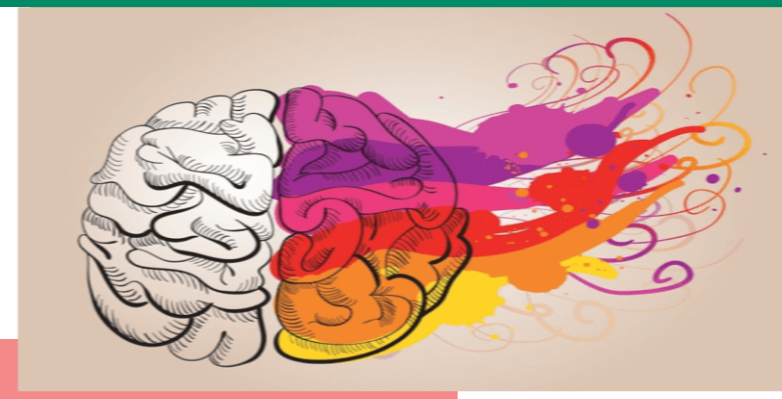
علاوه بر موارد ذکر شده، اختلالاتی همچون ADHD، آلزایمر و برخی اختلالات خواب، نیز با EEG قابل تشخیص هستند.

الکتروانسفالوگرافی (EEG) یکی از روش‌های کلیدی برای بررسی فعالیت الکتریکی مغز است که به‌طور گسترده در پزشکی و علوم اعصاب مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش با ثبت امواج مغزی، امکان تشخیص و پایش بسیاری از اختلالات عصبی را فراهم می‌آورد. تفسیر داده‌های EEG نیازمند دانش عمیق در زمینه فیزیولوژی مغز، پردازش سیگنال و الگوریتم‌های تحلیلی است.

سیگنال‌های EEG شامل امواج مختلفی مانند دلتا، تتا، آلفا، بتا و گاما هستند که هرکدام نشان‌دهنده وضعیت خاصی از فعالیت مغزی می‌باشند. امواج دلتا با خواب عمیق، امواج تتا با حالت آرامش، امواج آلفا با استراحت ذهنی، و امواج بتا و گاما با پردازش شناختی مرتبط هستند. از EEG برای تشخیص بیماری‌ها مثل صرع، میگرن، تحلیل عملکرد مغزی در بیهوشی، تحلیل اختلالات خواب و ارزیابی تأثیر داروها بر مغز استفاده می‌شود.

### تفسیر EEG

تفسیر EEG به دو روش اصلی انجام می‌شود: **تحلیل چشمی توسط متخصصان** و **پردازش خودکار با الگوریتم‌های محاسباتی**. در تحلیل چشمی، پزشکان با بررسی الگوهای سیگنال، ناهنجاری‌هایی مانند تخلیه‌های صرعی و تغییرات مرتبط



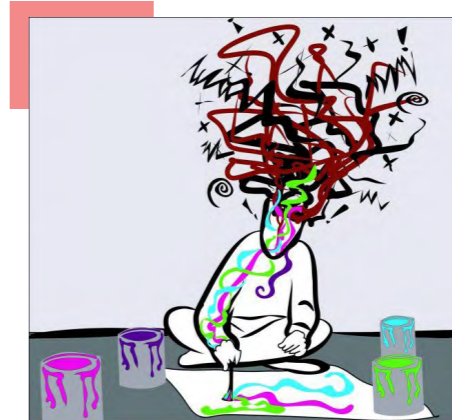
# تأثیر هنر درمانگری بر بیماران مبتلا به PTSD

علی نورمحمدی

پرستاری مهر ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم



فضای کنترل‌شده، توسعه مهارت‌های مقابله‌ای (مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریتی جدید نقطه قوت این روش درمانی است) تنها گوشه‌ای از تأثیرات هنر درمانی بر این اختلال است.



### شواهد پژوهشی:

- مطالعه‌ای بر روی کهنه سربازان و جانبازان جنگی مبتلا به PTSD نشان داد که پس از ۱۲ جلسه هنر درمانی، کاهش معناداری در کابوس‌ها و رفتارهای اجتنابی تجربه کردند.

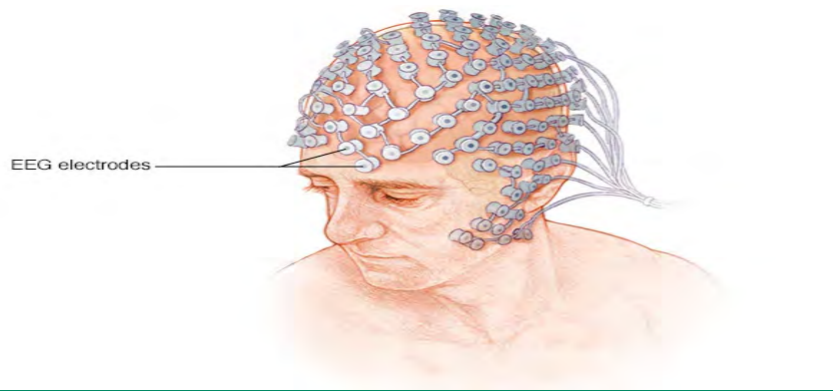
- نتایج پژوهشی بر روی بازماندگان سوءاستفاده جنسی نمایان کرد که نقاشی و مجسمه سازی به بازماندگان کمک می‌کند تا احساس شرم و گناه را کاهش و کنترل بهتری روی اضطراب و تروماها داشته باشند.

- مطالعه‌ای بر روی ۲۴ کودک مبتلا به PTSD نشان داد که ۱۲ جلسه هنر درمانی منجر به کاهش معنادار علائم اضطراب و

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یک وضعیت روانی ناتوان‌کننده است که پس از مواجهه با رویدادهای تروماتیک شدید مانند جنگ، تجاوز یا بلایای طبیعی ایجاد می‌شود. علائم آن شامل اضطراب شدید، بیش‌فعالی، اختلالات شدید خواب، گوشه‌گیری و مشکلات در روابط بین فردی و تغییرات منفی در خلق‌وخو و شناخت است. درمان‌های مرسوم مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT) و دارودرمانی مؤثر هستند، اما برخی بیماران به این روش‌ها پاسخ نمی‌دهند یا به دنبال رویکردهای کم‌تهاجمی‌تر می‌گردند.

هنر درمانی (Art Therapy) یک روش درمانی است که از ابزار و فرایندهای هنری مختلف برای بهبود سلامت روانی و تسهیل بیان هیجانات، پردازش خاطرات تروماتیک و تقویت تنظیم هیجانی بیماران مبتلا می‌کند. از آنجا که بسیاری از بیماران مبتلا به PTSD در بیان کلامی تروما مشکل دارند، هنر به شکل ایمن و غیرمستقیم، امکان انتقال این تجربیات پیچیده را فراهم می‌سازد. مطالعات گوناگون نشان می‌دهند که فعالیت‌های هنری مناطق مغزی مرتبط با پردازش هیجانی (مانند آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی) را تعدیل می‌کنند و تعادل بین نیمکره چپ و راست را بهبود می‌بخشند. این فرایندها به کاهش علائم بیش‌برانگیختگی و اجتناب کمک می‌کنند. هنر درمانی، به عنوان یک رویکرد خلاقانه و غیرکلامی، اخیراً توجه محققان را به عنوان مکملی برای درمان PTSD جلب کرده است.

کاهش استرس و اضطراب (با بیان احساسات به شکل غیرکلامی)، افزایش اعتماد به نفس (با بروز خلاقانه افکار سرکوب شده)، تقویت ارتباطات (انتقال بدون ترس و ایمن تجربیات)، کنترل احساسات منفی (کنترل واکنش‌ها و بیش‌برانگیختگی‌ها با فعالیت هنری)، روبه‌رو شدن با خاطرات آسیب‌زا (روبرویی با خاطرات آسیب‌زا در یک



منبع:

Vandana, J., & Nirali, N. (2021). A review of EEG signal analysis for diagnosis of neurological disorders using machine learning. *Journal of Biomedical Photonics & Engineering*, 7(4), 40201

Supriya, S., Siuly, S., Wang, H., & Zhang, Y. (2021). Epilepsy detection from EEG using complex network techniques: A review. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*, 16, 292-306

منابع:

Song JE, McFerran K. A critical literature review: deconstructing narratives of trauma in art therapy with young people. *International Journal of Art Therapy*. 2024 Jan 2;29(1):19-29

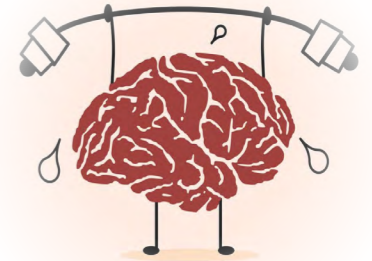
Malhotra B, Jones LC, Spooner H, Levy C, Kaimal G, Williamson JB. A conceptual framework for a neurophysiological basis of art therapy for PTSD. *Frontiers in human neuroscience*. 2024 Apr 22;18:1351757

Schnitzer G, Holttum S, Huet V. A systematic literature review of the impact of art therapy upon post-traumatic stress disorder. *International Journal of Art Therapy*. 2021 Oct 2;26(4):147-60

Davis, Heather E. «Art therapy with Veterans: a comprehensive review of the literature with recommendations.» (2018)

Campbell, M., et al. (2016). \*Art Therapy for Veterans with PTSD: A Case Study Series\*. *Arts in Psychotherapy*

## مفهوم تاب‌آوری در گفتگو با استاد آسایش



استاد حمید آسایش  
هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

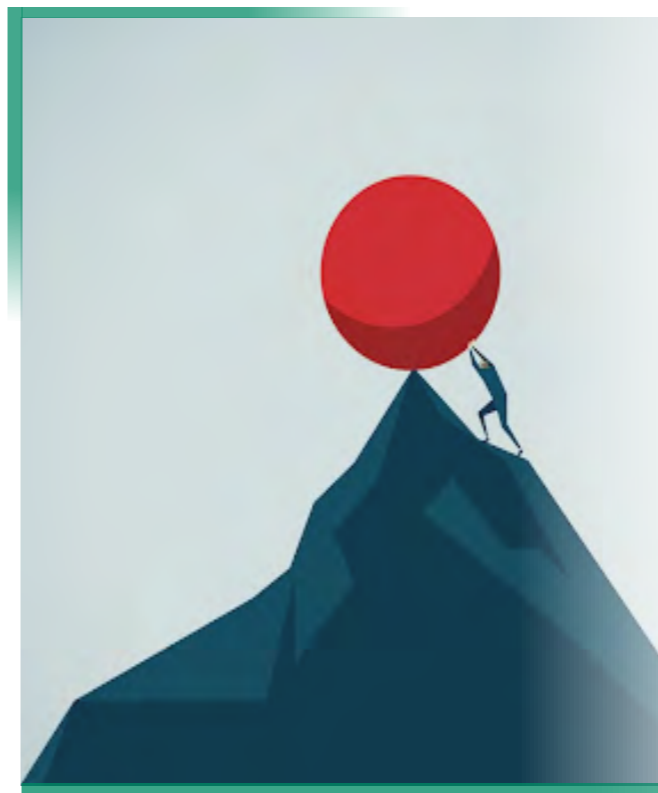


خب، در دنیای واقعی اون چیزی که اتفاق میفته با این افکار ما متفاوت. چون به درستی ارزیابی رو صورت نمیدیم، صورت‌بندی مون غلطه، بنابراین دچار پوچی و یأس و ناامیدی میشیم. یکی از در واقع اتفاقاتی که بایستی درون ما تغییر کنه و اون دست خودمون هست، تغییر همین این خطاهای شناختی یا کم‌تر کردن یا کم‌رنگ کردن اینها هستش. اینا اگه اتفاق بیفته میتونه کمک بکنه که هم تاب‌آوری ما بره بالا و بعد از اون هم اضطراب و افسردگی کاهش پیدا کنه. تو این زمینه خیلی کار شده و تقریباً میشه گفتش که برای کسانی که مخصوصاً در حالت‌های خفیف تا متوسط افسردگی قرار دارند، میتونه خیلی کمک کننده باشه. این روزا می‌تونید به راحتی از کتاب‌هایی که بهشون بیوتراپی میگن تو این زمینه استفاده کنید. به نکته مهمی که وجود داره اینه که معمولاً افراد از اینکه این مشکلاتشون رو بیان کنن و در واقع از کمک‌هایی که ما می‌گیریم کمک‌های روانشناختی -یه مشاوره که کمک میکنه، یه استاد، یه دوست و ...- این حالت وجود داره که اگر من اینا رو باز بکنم بده؛ در واقع یه انگه که معمولاً ممکنه که پیرامون این موضوعات وجود داشته باشه که خود این مانع میشه که این افراد اصلاً سراغ این نوع کمک‌ها بیان. البته اگر مثلاً کلاس‌های گروهی باشه فکر می‌کنم استقبال بشه و حالا بالاخره یه درصدی بهشون کمک میشه و برخی از مشکلاتشون حل میشه. این جز مهارت‌های زندگی همه محسوب میشه، نه فقط دانشجویها. ولی به هر صورت میشه اختصاصی هم تو محیط‌های آموزشی به اینا پرداخت.



یکی از مفاهیمی که این روزها می‌خواندم و هی میدیدم که همه جا راجع بهش صحبت میشه، مفهوم تاب‌آوری بود؛ به خصوص تو شرایط فعلی، که عموم جامعه با مشکلات خاصی دست و پنجه نرم میکنن. با توجه به اینکه این موضوع روی دانشجویها هم تاثیر خاص خودشو می‌ذاره، به کوچولو اگه میشه راجع به مفهوم تاب‌آوری صحبت کنیم و اینکه چیکار کنیم که این افسردگی رو برای خودمون کم‌رنگ کنیم. من تو خیلی از بچه‌ها میبینم که افسردگی دیگه به اون معنی براشون نیست که حالشون همیشه بد باشه، همیشه نشون بدن، خیلی‌ها رو میبینم که وقتی میرن پیش دوستانشون همه چی اوکیه، میگن، میخندن؛ ولی وقتی تنها میشن اون خلق پایین و تو تنهایی خودشون دارن.

به زبان ساده بخواهیم بگیم تاب‌آوری، مجموعه توانمندی‌ها یا مهارت‌هایی هستش -مهارت به معنی این نیستش که شما به صورت یدی یه کاری بلد باشید، اینکه شما توانمندی درست فکر کردن هم داشته باشید، خودش میشه در واقع یه مهارت- که میتونه کمک کنه به اینکه شما بتونید در مقابله با چالش‌های زندگی‌تون بهتر عمل کنید.



یه جمله گفتید که خیلی برای من جالب بود، این ترس توی وجود همه هست و مثل یه انگ براشون میمونه. بچه‌ها خیلی میترسن از اینکه قضاوت بشن و با توجه به اینکه ترابی رفتن و روان درمانی هنوز خیلی جا نیفتاده توی جامعه ما، عموم کسانی که دچار افسردگی خفیف هستن سعی میکنن که این مسئله رو خودشون به تنهایی حل بکنن و با توجه به اینکه تجربه کافی ندارن، خیلی وقت‌ها این باعث بدتر شدن شرایط میشه.

متأسفانه این دقیقاً در تمام دنیا وجود داره. اختصاص به یه کشور نداره و تو همه جا هست ولی بعضی جاها خب کم‌تره. این فرهنگ بالاخره باید تغییر بکنه. البته این انگ فقط با بیماری‌های روانی نیست. با بیماری‌های مختلفی وجود داره مثل صرع، نازایی و HIV. البته نگرش‌ها خیلی بهتر شده منتها بایستی یه سری از مواردی هم طراحی کرد که افراد تو کلاسای آموزشی عمومی شرکت کنن، نه لزوماً کسانی که میخوان کمک روانشناسی دریافت کنن.



میشه لطفاً راجع به این پارامترها پیش‌تر توضیح بدید. چه فاکتورهایی به نظرتون باعث میشه که ظرف ما بزرگتر بشه؟

ببین، گام اولش فکر می‌کنم، خودآگاهی. اول بایستی ما بتونیم این ویژگی رو تو خودمون افزایش بدیم و از ویژگی‌های خودمون اطلاعات کافی رو به دست بیاریم. بدونیم که بالاخره یه سری نقاط ضعف و یه سری نقاط قوت داریم. خودآگاهی خودش تمرینات زیادی داره که بعد از اینکه اتفاق افتاد، میریم سراغ پارامتر بعدی که در واقع خطاهای شناختی هستش که افراد دارن. گاهی اوقات ما یک سری باورهای اشتباه توی ذهنمون داریم و با این باورها مدام داریم زندگی می‌کنیم و حوادث و اتفاقات پیرامون خودمون رو ارزیابی می‌کنیم.

می‌تونم بگم که انگار شما با همه پارامترها، یک ظرفی رو برای خودتون می‌سازید؛ این ظرف، هرچقدر غنی‌تر باشه، می‌تونه چالش‌ها و مشکلات بیش‌تری رو تو خودش جا بده. برعکس، ممکنه که ما از اون پارامترهایی که تاب‌آوری رو می‌سازن ضعیف‌تر باشیم و ظرفمون کوچک‌تر باشه





محدثه زمانی  
پرستاری هممن ۱۴۰۰ علوم پزشکی قم

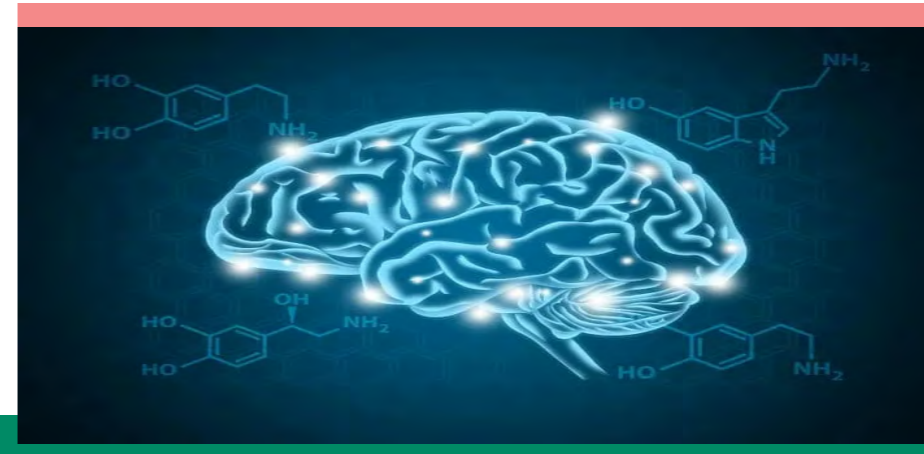
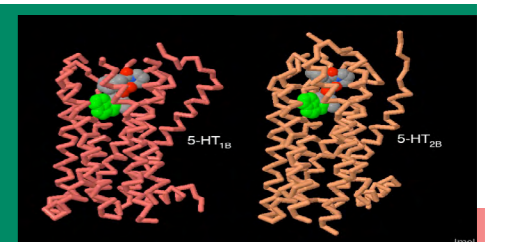
سروتونین HT-0، یک انتقال‌دهنده عصبی است که در تنظیم خلق‌وخو، رفتار و احساسات نقش کلیدی دارد و در اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب نقش مهمی ایفا میکند. HT-0 از نورون‌های خاصی در مغز ترشح می‌شود و مسیرهای مختلفی در مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله قشر جلوی مغز و هیپوتالاموس.

#### مسیر سروتونین:

HT-0 یک انتقال‌دهنده عصبی مونوآمین است که از نورون‌های مغزی با فرمول مولکولی  $C_{12}H_{12}N_2O$  تولید می‌شود. این انتقال‌دهنده از هسته رافه ساقه مغز آغاز شده و به مناطق مختلف مغز می‌رسد. چرخه کارکرد HT-0 شامل سنتز، انتقال سیگنال و تخریب است. سنتز آن عمدتاً از نورون‌های HT-0 و قسمت کمی از دستگاه گوارش تأمین می‌شود.

سنتز HT-0 به وسیله آنزیم تریپتوفان هیدروکسیلاز انجام می‌شود و سپس HT-0 به گیرنده‌های مختلف متصل شده و از طریق ناقل‌های مخصوص دوباره به نورون‌های پیش‌سیناپسی جذب می‌شود. این فرایند نهایتاً تحت تأثیر آنزیم مونوآمین اکسیداز قرار می‌گیرد که HT-0 را تجزیه می‌کند.

نورون‌های HT-0 از مغز به مناطقی از جمله قشر پیش‌پیشانی، هیپوتالاموس و آمیگدال گسترش می‌یابند که در تنظیم



رفتارهایی نظیر احساسات، پاداش، خواب و تصمیم‌گیری نقش دارند. فرآیند آزادسازی HT-0 همچنین تحت تأثیر نورون‌های دیگر از نواحی مختلف مغز قرار دارد، که نشان‌دهنده پیچیدگی و اهمیت این انتقال‌دهنده در سلامت روانی است.

#### آنزیم‌های سنتز سروتونین:

سنتز سروتونین HT-0 تحت تأثیر آنزیم TPH است که شامل دو ایزومر TPH1 در بافت‌های محیطی و TPH2 در سیستم عصبی مرکزی می‌باشد. اختلال در عملکرد این آنزیم‌ها با بیماری‌های روانی مانند افسردگی و اسکیزوفرنی مرتبط است.

#### انتقال‌دهنده سروتونین:

ژن HTT SLC6A4-0 مسؤوّل انتقال دوباره HT-0 از فضای سیناپسی به پایانه‌های پیش‌سیناپسی است. پلی‌مورفیسم‌های این ژن، به ویژه در ناحیه پروموتور، بر فعالیت ترشحی و کارایی انتقال‌دهنده تأثیر می‌گذارند. این انتقال‌دهنده نقش کلیدی در تنظیم غلظت HT-0 و اثرات ضدافسردگی دارد.

#### گیرنده‌های سروتونین:

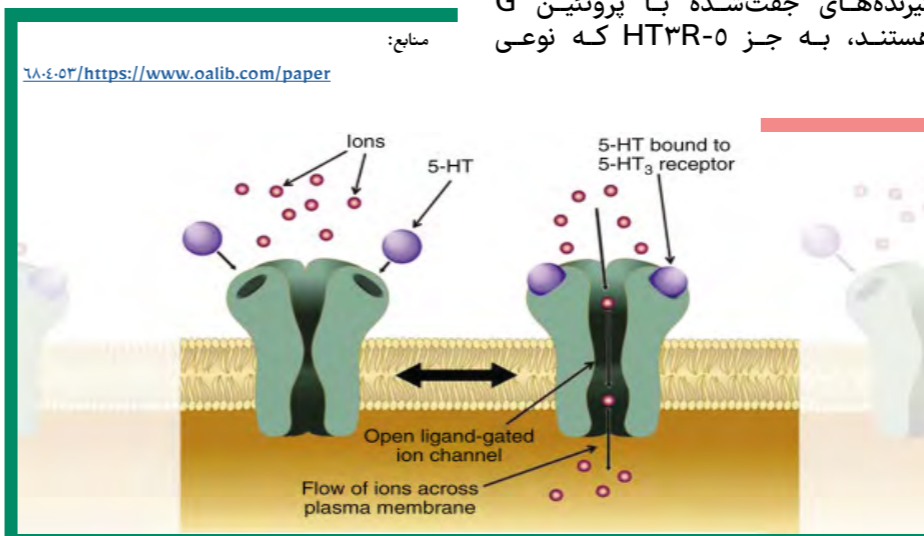
گیرنده‌های HTR 0 بخشی از خانواده گیرنده‌های جفت‌شده با پروتئین G هستند، به جز HT3R-0 که نوعی

کانال یونی است. زیرگروه‌های مختلف این گیرنده‌ها، به ویژه HTR1A-0 و HTR4-0، در پاتوژنز بیماری‌های روانی و اختلالات خلقی نقش عمده‌ای دارند. تغییرات ژنتیکی در این گیرنده‌ها می‌تواند بر بیان و فعالیت آنها تأثیر بگذارد و با اختلالات روان‌پزشکی مرتبط باشد.

#### اختلالات مرتبط با سروتونین:

گیرنده‌های سروتونین به ویژه HT2A-0 ارتباط مستقیمی با اختلالاتی مانند اسکیزوفرنی دارند. این گیرنده‌ها می‌توانند آزادسازی دوپامین را تحت تأثیر قرار دهند و مهارکننده‌های آنها می‌توانند اثرات روان‌پریشانه را کاهش دهند. مطالعات نشان داده‌اند که پلی‌مورفیسم‌های ژنتیکی در گیرنده‌های سروتونین می‌توانند به درمان و پیش‌بینی علائم اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی کمک کنند.

این ترکیب از آنزیم‌ها، انتقال‌دهنده‌ها و گیرنده‌های سروتونین، زمینه‌ساز درک بهتر از نقش سروتونین در اختلالات روانی و توسعه درمان‌های موثرتری برای این اختلالات است.



فرد تعداد مولکول دوپامین و تعداد گیرنده‌های آن متفاوت است. پس حتی این ویژگی رفتاری هم دست خوش تأثیر ژنتیک و مولکول DNA است.

**ژن جنگجو:** بررسی و مطالعات بر روی مولکول DNA تهبکاران نشان داده است که تعداد قابل توجهی از آنان در ژن آنزیم منوآمین‌اکسیداز (MAO) نوع A دچار اختلال و نقص هستند. این آنزیم دو نوع A و B دارد که در صورت اختلال، تغییراتی در میزان مقدار پیام‌رسان‌های عصبی مانند سروتونین و دوپامین ایجاد می‌کند که منجر به پرخاشگری، افسردگی و رفتارهای ضداجتماعی و سوءمصرف مواد در فرد می‌شود. به همین دلیل ژن رمز کننده‌ی آنزیم منوآمین‌اکسیداز ژن جنگجو نام گرفته است.

نقش ژن‌ها در بیماری‌های روانی در طول دهه‌های گذشته با استفاده از روش‌های متفاوت بررسی شده است. این آزمایش‌ها بر روی دوقلوهای همسان و خانواده‌های عادی و افرادی که به فرزندخواندگی پذیرفته شدند، انجام شده است و به نظر می‌رسد بیماری‌های اسکیزوفرنی، اوتیسم، ADHD و دیسلکسی ارت‌پذیری بالاتر از ۷۰ درصد را دارند.

**در نهایت رفتار انسانی، همچون سایر صفات زیستی، تحت تأثیر تعامل ژن و محیط است.** ژنتیک رفتاری، با تمرکز بر این تعامل، نویدبخش پیشرفت‌های قابل توجهی در درک و درمان اختلالات روانی-رفتاری است. تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند منجر به توسعه‌ی روش‌های درمانی مؤثرتر شود.

حتی شکلات باشد. اما بعضی مغزها به دلیل زمینه ژنتیکی، مستعدتر می‌باشند. در نتایج تحقیقات بر روی دوقلوهای همسان دیده می‌شود که میزان اعتیاد در این نوع دوقلوها نسبت به دوقلوهای ناهمسان بسیار بیش‌تر است و این به همان علت شباهت صددرصدی ژنتیکی بین دوقلوهای همسان است.

**اجتناب از صدمه خوردن:** اجتناب از صدمه خوردن از بنیادی‌ترین و پایدارترین ابعاد روان‌شناختی در انسان است. این شخصیت‌های متفاوت است. همچنین نمی‌توان اثر محیط بر فنوتیپ را نادیده گرفت؛ برای مثال، در بررسی دوقلوهای همسانی که در کودکی از هم جدا شده‌اند و در محیط متفاوتی رشد کرده‌اند، علی‌رغم وجود تشابه ژنتیکی، دیده می‌شود که از لحاظ رفتاری متفاوت هستند. پس باید در ارزیابی ویژگی‌های فیزیولوژیک رفتاری و روانی در انسان، نقش ژن و محیط با هم بررسی شود.

**مفهوم رفتار با بیان ویژگی‌های رفتاری قابل درک می‌باشد.** به اختصار به چند ویژگی رفتاری و اثر ژنتیک و محیط بر آنها می‌پردازیم:



**شخصیت هیجان‌انگیز:** در انسان ثابت شده است که افراد مختلف، به کارهای هیجان‌انگیز متفاوتی دست می‌زنند و این به انگیزه‌های درونی و ساختار مغزی در هر فرد بستگی دارد. صفات‌های تهیج‌پذیری، هیجان‌طلبی، ماجراجویی و احساس رها بودن از هر قید و بندی از ویژگی‌های افرادی است که خواهان انجام اعمال خطرآفرین هستند. این احساسات با ترشح هورمون دوپامین ارتباط مستقیم دارد. ترشح مولکول شیمیایی دوپامین در مغز باعث ایجاد حس لذت و سرخوشی می‌شود. باید در نظر گرفت که در هر

در طول ۱۵۰ سال گذشته، کشف مولکول DNA به دانشمندان علوم پزشکی و زیستی کمک کرده است تا به بررسی اثر این مولکول در فیزیولوژی انسان و ویژگی‌های ظاهری و نیز صفات شخصیتی و رفتاری او بپردازند. ژنتیک رفتاری شاخه‌ای از علم ژنتیک است که به بررسی تأثیر عوامل ژنی بر رفتار فرد می‌پردازد. نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که بیش‌ترین تعداد ژن از کل ژن‌های انسان در مغز بیان می‌شود و این علت پیچیدگی فرایندهای مغزی و ایجاد شخصیت‌های متفاوت است. همچنین نمی‌توان اثر محیط بر فنوتیپ را نادیده گرفت؛ برای مثال، در بررسی دوقلوهای همسانی که در کودکی از هم جدا شده‌اند و در محیط متفاوتی رشد کرده‌اند، علی‌رغم وجود تشابه ژنتیکی، دیده می‌شود که از لحاظ رفتاری متفاوت هستند. پس باید در ارزیابی ویژگی‌های فیزیولوژیک رفتاری و روانی در انسان، نقش ژن و محیط با هم بررسی شود.

**مفهوم رفتار با بیان ویژگی‌های رفتاری قابل درک می‌باشد.** به اختصار به چند ویژگی رفتاری و اثر ژنتیک و محیط بر آنها می‌پردازیم:

**رفتار عصبی و پرخاشگرانه:** رفتاری است که اکثر انسان‌ها در طول زندگی از خود بروز داده‌اند، اما به وضوح دیده می‌شود که در بعضی جوامع این رفتار رواج بیش‌تری دارد. علت انتقال، ژن‌های بد و یا رفتار بد به نسل‌های بعدی نیست؛ بلکه حساسیت‌های ژنتیکی به فاکتورهایی است که در محیط زندگی وجود دارد که باعث می‌شود فنوتیپ عصبانیت ظاهر شود.

**افسردگی:** به گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود ۳۵۰ میلیون نفر در دنیا با افسردگی درگیر هستند که تحقیقات بر روی دوقلوهای همسان و ناهمسان نشان داده است که ارت‌پذیری این ویژگی رفتاری-روانی حدود ۴۰ تا ۷۰ درصد است.

**شخصیت و رفتار اعتیادپذیر:** مطالعات نشان داده‌اند که به‌طور کلی، هر مغزی مستعد اعتیاد است که این وابستگی می‌تواند به الکل، مواد مخدر، سیگار و یا

منابع:

Living with Our Genes: The Groundbreaking Book About the Science of Personality, Behavior, and Genetic Destiny. Authors: Dean H. Hamer, Peter Copeland. Publisher: Knopf Doubleday Publishing Group, 1999

MOTEVALIZADEH ARDAKANI, A. (2009). GENETIC, BEHAVIOR AND CULTURE. MEDICAL ETHICS, 3(7), 65-83. SID: <https://sid.ir/paper/195658/en>

Harrison PJ, Owen MJ (2003). Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. the Lancet 361, 417-419

# تاثیر ژنتیک بر افزایش خطر خودکشی



آقای حسین هزارخانی  
رئیس اداره مشاوره و سلامت روان  
دانشگاه علوم پزشکی قم



پژوهش‌های متعدد در کشورهای مختلف نشان می‌دهند که عوامل ارثی، استعداد خانوادگی، اختلال ژنتیکی نیز در بروز خودکشی نقش مهمی دارد. به موجب این پژوهش‌ها، اعضای خانواده‌ای که پدر یا مادر آن خانواده دست به خودکشی زده‌اند، شش برابر بیش از کسانی که سابقه‌ی خودکشی در خانواده‌ی آنها وجود نداشته، تمایل به خودکشی داشته‌اند.

**سروتونین (5-هیدروکسی تریپتامین)**، نوعی انتقال‌دهنده‌ی عصبی است که توسط نورون‌ها ترشح می‌شود. سروتونین به کمک آنزیم هیدروکسی‌تریپتوفان دکربوکسیلاز از هیدروکسی‌تریپتوفان و آن نیز به کمک آنزیم هیدروکسیلاز از تریپتوفان موجود در غذاها در سلول‌های کرومافین‌روده سنتز می‌شود. سروتونین بر ده‌ها میلیون از یاخته‌های مغز اثر می‌گذارد و در انجام بسیاری از رفتارها دخالت دارد. در واقع سروتونین اثری حفاظتی روی یاخته‌های مغز دارد و از تخریب مغز در دوران پیری جلوگیری می‌کند. سروتونین در دو مرحله، یکی به کمک آنزیم 5-هیدروکسی‌تریپتوفان دکربوکسیلاز از ۲ تا ۵ هیدروکسی‌تریپتوفان و آن نیز با عمل آنزیم هیدروکسیلاز از تریپتوفان موجود در غذاها سنتز می‌گردد و به‌وسیله‌ی پلاکت‌های خون به بافت‌های مختلف بدن منتقل می‌شود.

پژوهش‌های دانشگاهی اخیر نشان داده است که **ژن 5-HTT (5-Hydroxytryptamine)** بر میزان تولید سروتونین در مغز اثر می‌گذارد و روی فعالیت‌های روانی انسان نقش ایجاد نشاط و شادی دارد. بررسی‌های متعدد نشان داده است کسانی که سروتونین کم‌تری دارند، بیش‌تر از

غم‌زدگی و افسردگی رنج می‌برند و از شادی کم‌تری برخوردارند. به همین دلیل کسانی که مبتلا به افسردگی و یا دچار اختلال وسواس فکری هستند، با داروهای افزایش‌دهنده‌ی سروتونین بهبود می‌یابند.

تحقیقات دانشمندان در سال‌های اخیر نشان داده است که جهش برخی از ژن‌ها و کاهش کاربرد طبیعی آنها می‌تواند تمایل به خودکشی را افزایش دهد.

توجه به نقش جهش **ژن SKA2** در خودکشی و نیز چند ژن دیگر، حداقل نفوذ ژنتیک را در برخی از خودکشی‌ها توجیه می‌نماید. در واقع می‌توان گفت که کارکرد طبیعی ژن SKA2 در کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، مختل شده است. این ژن ترشح هورمون کورتیزول را کنترل می‌کند و جهش آن سبب می‌شود که مهار کورتیزول میسر نباشد. از این‌رو، تغییرات اپیزنتیک SKA2 می‌تواند افکار و رفتار خودکشی را در برخی از افراد توجیه نماید. این کارکرد ژن شاید وسیله‌ای باشد که بتوان از رخ دادن برخی از خودکشی‌ها پیشگیری نمود.

اخیراً پژوهشگران ژنی را شناسایی کرده‌اند که وجود آن در افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند، نسبت به آن دسته از کسانی که تمایل به خودکشی نداشته‌اند، به مراتب بیش‌تر است. این یافته می‌تواند پزشکان را در شناسایی بیمارانی که احتیاج به مراقبت و مواظبت بیش‌تری دارند، یاری رساند. براساس یکی از این پژوهش‌ها که با آزمایش روی ۴۰۰ فرد مبتلا به افسردگی حاد انجام شده است، در حدود یک‌سوم از کسانی که در گذشته اقدام به خودکشی کرده بودند، دارای ژنی موسوم به **RGS2** بودند.

آزمایش دیگری نیز که روی ۵۴۰ فرد از کسانی که خودکشی کرده بودند انجام شده، همین نتیجه را نشان می‌دهد.

در بررسی دیگری که روی ۴۱۲ فرد سفیدپوست مبتلا به افسردگی شدید زده بودند انجام شد، مشخص گردید که سویه‌ای از ژن **RGS2**، در افرادی که خودکشی کرده بودند بیش‌تر بوده است. این بررسی نشان داد که **۴۳ درصد** از افرادی که دست به خودکشی زده‌اند، **دو کپی از ژن RGS2** را دارند. بررسی ارتباط پلی‌مورفیسم ژن **RGS2** با خودکشی نشان داده است که این ژن می‌تواند فعالیت تعدادی از گیرنده‌های انتقال‌دهنده‌ی عصبی را تحت‌تأثیر قرار دهد و فرد را به سوی رفتارهای خودکشی سوق دهد. به طور کلی، اگر با بررسی‌های بیش‌تر همه‌ی ژن‌هایی را که احتمالاً در خودکشی نقش دارند شناسایی شوند، گام بسیار مهمی در یافتن روش‌های پیشگیرانه برداشته خواهد شد.

پژوهش‌های متعدد دانشگاهی نشان داده است که جهش ژنی یا نقص‌های ژنتیکی می‌تواند تمایل به خودکشی را افزایش دهد. بررسی‌هایی که در دانشگاه‌های معتبر آمریکا انجام شده حاکی از آن است که تغییر در کارکرد برخی از ژن‌ها در بروز خودکشی مؤثر بوده است.

بررسی روی **DNA** بیمارانی که به افسردگی مبتلا بوده‌اند و قصد خودکشی داشته‌اند و مقایسه‌ی آن با **DNA** افراد سالم، نشان داده است که جهش دست‌کم دو ژن، کارکرد یاخته‌های عصبی را مختل می‌کند و میل به خودکشی را در آن افراد ایجاد می‌نماید. بررسی‌های دانشمندان اروپایی نیز برای یافتن اثر تغییرات ژنی در اقدام به خودکشی، نتایج مشابهی داشته است. مقدار سروتونین در مغز افراد افسرده‌ای که خودکشی می‌کنند

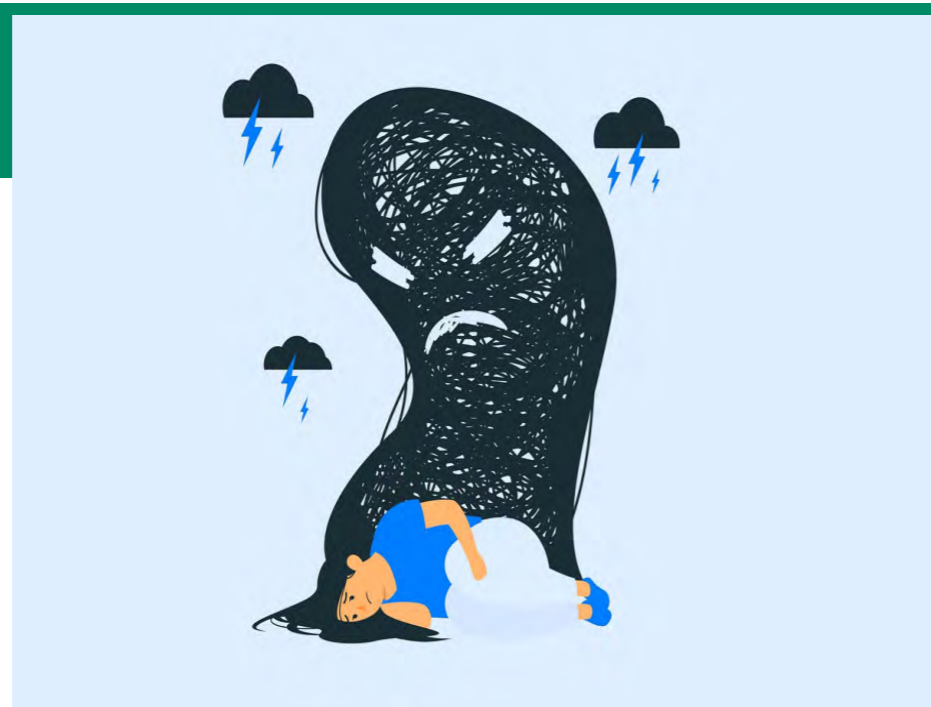
بر مقدار سروتونین افراد سالم تفاوت معناداری دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که با استرس و یا حملات عصبی ناشی از رخداد‌های غم‌انگیز و خبرهای ناگوار در زندگی، میزان سروتونین مغز کاهش می‌یابد.

**فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز (Brain-Derived Neurotrophic Factor: BDNF)** پروتئینی می‌باشد از خانواده‌ی نوروتروفین که در رشد و تکثیر و بقاء و مرگ یاخته‌های نورونی و غیرنورونی مؤثر هستند.

این پروتئین که به وسیله‌ی **ژن BDNF** کد می‌شود، سبب رشد و توسعه‌ی سیستم عصبی مرکزی و محیطی می‌گردد. **نوروتروفین‌ها**، در سیستم عصبی نقش دارند. ژن تولیدکننده‌ی فاکتور نورون‌زایی مشتق شده از مغز، روی



کروموزوم ۱۱ انسان قرار دارد و پایین بودن سطح آن، هم به طور مستقیم و هم غیرمستقیم، از طریق نقش خود در افسردگی شدید، اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، اختلال وسواسی اجباری و برخی از اختلال‌های دیگر با خودکشی ارتباط دارد. پژوهش‌هایی که پس از مرگ روی بافت کسانی که خودکشی کرده‌اند انجام شده است نشان می‌دهد که اگر چه هنوز نمی‌توان با قطعیت سهم **BDNF** را در خودکشی مشخص نمود اما کاهش سطح آن در **PEC** و هیپوکامپ افرادی که خودکشی کرده‌اند و سابقه‌ی افسردگی مآزور داشته‌اند، بحث‌انگیز است.



منابع:

Bewernick BH, Hurlmann R, Matusch A, Kayser S, Grubert C, Hadrysiewicz B, Axmacher N, Lemke M, Cooper-Mahkorn D, Cohen MX, Brockmann H, Lennartz D, Sturm V, Schlaepfer TE. Nucleus accumbens deep brain stimulation decreases ratings of depression and anxiety in treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry*. 2010 Jan 15;67(2):110-6. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.09.013. PMID: 19914605

Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. CRP, IL-6 and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):736-44. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.004. Epub 2013 Jul 17. PMID: 23870425

Lyoo IK, Yoon S, Kim TS, Lim SM, Choi Y, Kim JE, Hwang J, Jeong HS, Cho HB, Chung YA, Renshaw PF. Predisposition to and effects of methamphetamine use on the adolescent brain. *Mol Psychiatry*. 2015 Dec;20(12):1516-24. doi: 10.1038/mp.2014.191. Epub 2015 Feb 10. PMID: 25666756; PMCID: PMC5653271



### علت بروز اختلال تبدیلی:

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که اختلال تبدیلی می‌تواند ناشی از فعالیت‌های غیرطبیعی در مغز باشد. شرایط پرتنش، استرس‌های شدید یا شوک‌های روانی می‌توانند در ایجاد یا تشدید این اختلال نقش داشته باشند.

### درمان اختلال تبدیلی:

- دارو درمانی (معمولاً برای کنترل علائم همراه مانند افسردگی یا اضطراب)
- روان‌درمانی (از جمله روان‌درمانی پویایی، شناختی-رفتاری و هیپنوتیزم)
- تحریک مغزی (در موارد خاص)
- درمان شناختی-رفتاری (CBT)

در اختلال تبدیلی، فرد با علائم جسمی به پزشک مراجعه می‌کند. پس از رد شدن بیماری‌های جسمی، احتمال ابتلا به اختلال تبدیلی و سایر اختلالات روانی بررسی می‌شود. در این اختلال، به‌نظر می‌رسد بخشی از مغز که در کنترل هیجانات نقش دارد، در تعامل با دیگر بخش‌های مغز دچار اختلال شده و پردازش اطلاعات را مختل می‌کند. این اختلال در پردازش اطلاعات می‌تواند در درازمدت به علائم دیگری مانند افسردگی، خستگی و دیگر مشکلات روانی منجر شود.

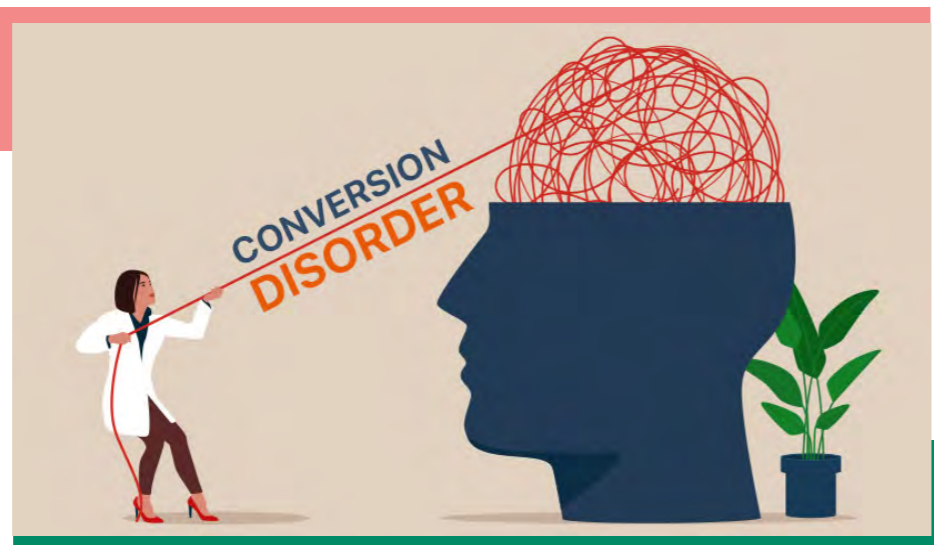
### عوامل تشدیدکننده اختلال تبدیلی:

- سابقه خانوادگی اختلالات روانی در اعضای درجه یک
- اختلالات روان‌شناختی دیگر مانند اضطراب و افسردگی
- استرس‌های شدید و رویدادهای آسیب‌زا (تراوما)
- وجود برخی بیماری‌های عصبی
- جنسیت: زنان تا دو برابر بیشتر از مردان در معرض خطر ابتلا به این اختلال هستند.

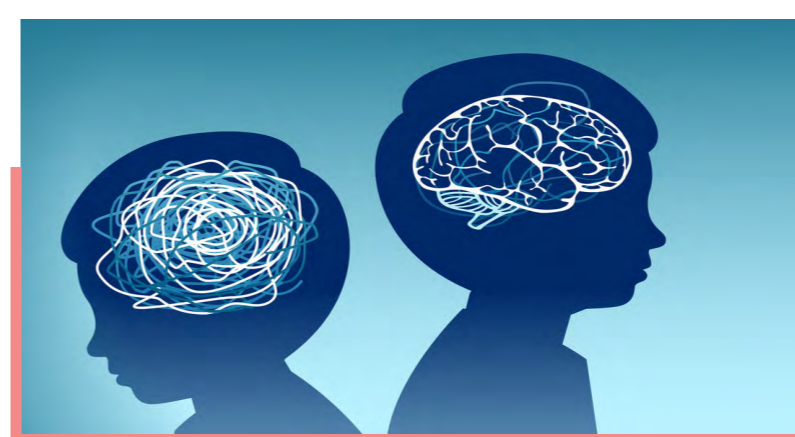
اختلال تبدیلی نوعی بیماری روانی است که در آن فرد، علائم جسمی مانند اختلال گفتار، فلج و لرزش را تجربه می‌کند. این علائم، اگرچه واقعی به نظر می‌رسند و فرد به شدت از آن‌ها رنج می‌برد، اما منشأ روانی دارند و پس از بررسی‌های پزشکی، هیچ بیماری جسمی زمینه‌ای تشخیص داده نمی‌شود. اختلال تبدیلی نادر است و شیوع آن حدود پنج نفر در هر صد هزار نفر برآورد می‌شود. در صورت بروز علائم به صورت متناوب یا مداوم، مراجعه به پزشک ضروری است.

### نشانه‌های شایع اختلال تبدیلی:

- علائم اختلال تبدیلی اغلب شامل اختلالات حسی، حرکتی و مشکلات جسمی می‌شوند. برخی از علائم شایع عبارتند از:
  - اختلال شنوایی و کم‌شنوایی
  - ناهماهنگی اندام‌های بدن
  - از دست دادن تعادل و مشکلات راه رفتن
  - تشنج



## نقش عوامل ژنتیکی در اختلال بیش‌فعالی (ADHD)



### تأثیر متقابل ژن و محیط:

مهم است که توجه داشته باشیم که عوامل ژنتیکی تنها عامل تعیین‌کننده در ایجاد ADHD نیستند. عوامل محیطی مانند قرار گرفتن در معرض سموم در دوران بارداری، عوارض زایمان و تجربیات نامطلوب دوران کودکی نیز می‌توانند خطر ابتلا به این اختلال را افزایش دهند. به نظر می‌رسد که ADHD ناشی از تأثیر متقابل پیچیده بین ژن‌ها و محیط است، به این معنی که افراد با زمینه ژنتیکی خاص ممکن است در مواجهه با عوامل محیطی خاص بیشتر مستعد ابتلا به این اختلال باشند.

شواهد قوی نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی نقش اساسی در ایجاد ADHD دارند. تحقیقات در حال انجام به شناسایی ژن‌های خاص مرتبط با این اختلال و درک بهتر چگونگی تعامل آنها با عوامل محیطی برای ایجاد علائم ADHD ادامه می‌دهد. این دانش می‌تواند به توسعه روش‌های تشخیصی و درمانی مؤثرتر برای افراد مبتلا به این اختلال کمک کند.

از این ژن‌ها در مسیرهای عصبی مرتبط با انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین و نورآدرنالین، که نقش حیاتی در توجه، انگیزش و کنترل تکانه ایفا می‌کنند، دخیل هستند. برخی از ژن‌های مورد مطالعه عبارتند از:

- ژن‌های مرتبط با دوپامین: ژن‌هایی مانند DAT1 حامل دوپامین، DRD4 گیرنده دوپامین D4 و DRD5 گیرنده دوپامین D5 مورد بررسی قرار گرفته‌اند و ارتباط معنادار آنها با ADHD در مطالعات مختلف بررسی شده است.

- ژن‌های مرتبط با نورآدرنالین: ژن‌هایی مانند ADRA2A گیرنده آلفا 2 آدرنرژیک نیز با ADHD مرتبط دانسته شده‌اند.

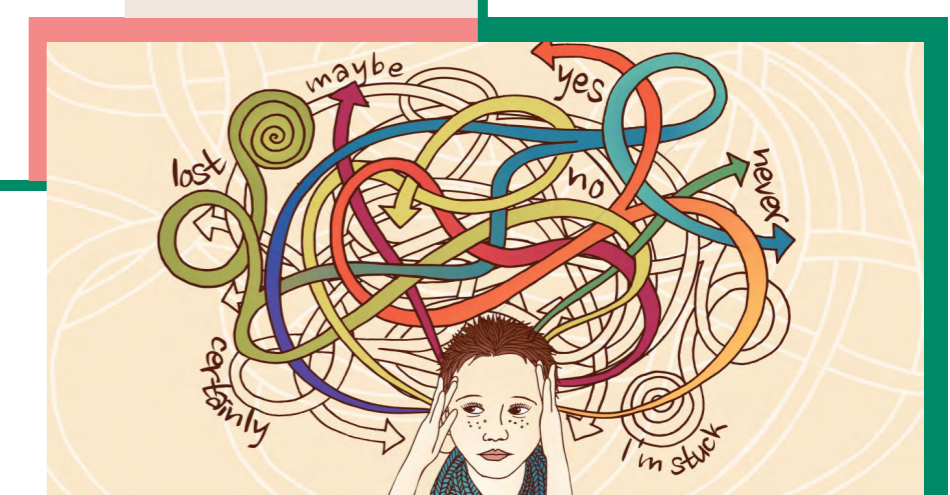
اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) یک اختلال عصبی-رشدی شایع است که با الگوهای مداوم بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود. این اختلال می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی افراد داشته باشد. در حالی که علل دقیق ADHD هنوز به طور کامل شناخته نشده است، تحقیقات گسترده نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی نقش مهمی در ایجاد این اختلال ایفا می‌کنند.

### وراثت‌پذیری ADHD:

مطالعات خانوادگی، دوقلوها و فرزندخواندگی به طور مداوم نشان داده‌اند که ADHD به شدت ارثی است. تخمین زده می‌شود که وراثت‌پذیری این اختلال بین ۷۰ تا ۸۰ درصد باشد، به این معنی که تغییرات ژنتیکی تا حد زیادی مسئول تفاوت‌های فردی در استعداد ابتلا به ADHD هستند. این میزان وراثت‌پذیری مشابه سایر اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی است.

### ژن‌های مرتبط با ADHD:

اگرچه هیچ ژن ADHD واحدی وجود ندارد، تحقیقات متعددی ژن‌های متعددی را شناسایی کرده‌اند که به نظر می‌رسد در ایجاد این اختلال نقش دارند. بسیاری



منابع:

Kian N, Samieefar N, Rezaei N. Prenatal risk factors and genetic causes of ADHD in children. World J Pediatr. 2022 May;18(5):308-319. doi: 10.1007/s12519-022-00524-6

Larsson H, Asherson P, Chang Z, Ljung T, Friedrichs B, Larsson JO, Lichtenstein P. Genetic and environmental influences on adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms: a large Swedish population-based study of twins. Psychol Med. 2013 Jan;43(1):197-207. doi: 10.1017/S0033291712001067

منابع:

- <https://www.verywellmind.com>
- <https://www.webmd.com>
- <https://my.clevelandclinic.org>
- <https://sohaclinic.com>



# مراقبت‌های ویژه

## مراقبت‌های Suicide

دکتر مینا گائینی

دانشیار و مدیر گروه آموزشی روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی قم



اقدام به خودکشی در سالمندان کمتر از جوانان است، اما نرخ خودکشی موفق در سالمندان بالاتر است.

### نشانه‌ها و علائم خطر خودکشی

- اقدام قبلی یا خودکشی خیالی (تفکرات خودکشی)
- اضطراب، افسردگی، خستگی روانی
- در دسترس بودن وسایل خودکشی
- نگرانی از تاثیر خودکشی بر اعضای خانواده
- بیان افکار خودکشی
- تنظیم وصیت‌نامه، بخشیدن اموال و ...
- بحران‌های زندگی (فوت نزدیکان، بیماری صعب‌العلاج، مشکلات مالی و ...)
- سابقه خانوادگی خودکشی
- بدبینی یا ناامیدی فراگیر

ناگهانی ولی بدون میل واقعی به مردن عمل می‌کنند تا آنها که با آرزوی جدی مرگ به این عمل اقدام می‌ورزند، تفاوت می‌کند. در بین این دو گروه، افرادی وجود دارند که نسبت به مرگ بیش‌تر احساس دوگانه دارند و در اثر افسردگی با چنان بی‌تفاوتی اقدام می‌کنند به گونه‌ای که مرگ یا زندگی برایشان اهمیتی ندارد.

### همه‌گیر شناسی

اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است (حدود چهار برابر) در حالی که استفاده از روش‌های تهاجمی برای خودکشی (استفاده از سلاح گرم، حلق‌آویز یا پرش از بلندی و ...) در مردان بیش‌تر است که این امر احتمال میزان خودکشی موفق را در مردان افزایش می‌دهد. زنان بیش‌تر از داروها و سموم برای خودکشی استفاده می‌کنند.

میزان خودکشی در هر دو جنس با افزایش سن افزایش می‌یابد. این افزایش در مردان پس از ۴۵ سالگی و در زنان پس از ۶۵ سالگی به اوج خود می‌رسد. اگرچه

خودکشی پدیده‌ای پیچیده است که فاقد علت واحد و مشخص می‌باشد. این پدیده، نتیجه‌ی تعامل گسترده‌ای از عوامل زیستی، ژنتیکی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است.

سابقه‌ی خودکشی به قدمت تاریخ بشر می‌رسد و در طول تاریخ، به عنوان اقدامی عمدی برای پایان دادن به زندگی توسط انسان، ثبت شده است. امیل دورکیم، جامعه‌شناس فرانسوی (۱۸۹۷)، خودکشی را چنین تعریف کرده است: مرگی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم، بر اثر اقدامی که خود فرد می‌کند و در عین حال به نتیجه رفتارش (مرگ) آگاهی دارد، روی می‌دهد. بین خودکشی و اقدام به خودکشی باید تفاوت قائل شد. خودکشی مرگ عمدی و آگاهانه به دست خود می‌باشد و اقدام به خودکشی اقدامی عمدی و برنامه‌ریزی شده برای مردن است که منجر به مرگ نمی‌شود. کسانی که به طور مکرر به خود آسیب می‌زنند، رفتار شبه خودکشی دارند.

شدت قصد در اقدام به خودکشی متغیر است و از قصد افرادی که با تصمیم

# افتراق کانورژن با سایر بیماری‌ها در اورژانس

سید محمد حسین بابایی  
اتاق عمل ۱۴۰۲ علوم پزشکی قم



## ۲- افتراق از صرع

دقیق، تصویربرداری و آزمایش‌های لازم برای اطمینان از نبود علل جدی ضروری است. پس از رد علل جسمی، ارزیابی روان‌شناختی و مداخله مناسب، شامل ارجاع به متخصص روان‌پزشکی یا روان‌شناس، توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

افتراق کانورژن از دیگر بیماری‌ها در اورژانس نیازمند آگاهی و دقت در معاینه و تشخیص است. تشخیص صحیح نه تنها از درمان‌های غیرضروری جلوگیری می‌کند، بلکه به ارائه مراقبت مناسب به بیمار کمک می‌کند.



در صرع، حملات تشنجی با تغییرات الکتریکی در نوار مغزی همراه است. همچنین، در صرع پس از حمله، معمولاً علائم پس‌افتادگی (postictal state) مشاهده می‌شود. اما در کانورژن، نوار مغزی طبیعی است و پس از حمله هیچ علامت نورولوژیک باقی نمی‌ماند.

## ۳- افتراق از بیماری‌های عصبی-عضلانی

بیماری‌هایی مانند میاستنی گراویس یا مالتیپل اسکلروزیس با ضعف عضلانی واقعی همراه‌اند که در معاینات فیزیکی و تست‌های تشخیصی (مانند الکترومیوگرافی) قابل تشخیص است. در کانورژن، ضعف عضلانی بدون علت فیزیولوژیک و معمولاً غیرمنطقی است.

### مدیریت بیمار در اورژانس

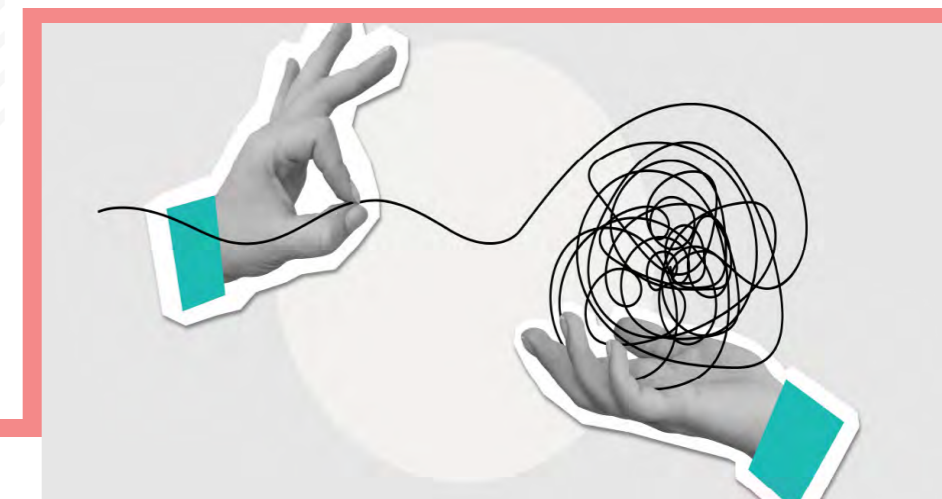
در مواجهه با بیماری که احتمال کانورژن دارد، ابتدا باید تمامی علل ارگانیک احتمالی رد شود. انجام معاینات

اختلال تبدیلی یا کانورژن، یکی از اختلالات روان‌شناختی است که با علائم جسمی مانند ضعف، فلج یا تشنج بروز می‌کند، اما علت آن روان‌شناختی است و نه ارگانیک. در اورژانس، افتراق این بیماری از دیگر اختلالات با علائم مشابه، مانند سکته مغزی، صرع یا بیماری‌های عصبی-عضلانی، اهمیت زیاد دارد. عدم تشخیص صحیح ممکن است به درمان‌های نامناسب و حتی آسیب به بیمار منجر شود.

## تشخیص افتراقی کانورژن در اورژانس

### ۱- افتراق از سکته مغزی

بیماران مبتلا به سکته مغزی معمولاً علائم یک‌طرفه (مانند فلج یک سمت بدن) دارند که با یافته‌های تصویربرداری مغزی (مانند CT یا MRIL) تأیید می‌شود. در مقابل، در کانورژن علائم معمولاً الگوی غیرعادی و تغییرپذیری دارند و تصویربرداری مغزی طبیعی است.



منابع:

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)

## بررسی تاثیر بخور گیاهی اسطوخودوس

### بر کاهش اضطراب در بیماران با استرس شغلی



محمد حسین مرشد زاده  
پرستاری بهمن ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم

بنابراین، قبل از مصرف اسطوخودوس، حتما لیست داروهای مصرفی خود را به پزشک اطلاع دهید.

• کاهش فشار خون: مصرف زیاد اسطوخودوس ممکن است باعث کاهش فشار خون شود. افرادی که از فشار خون پایین رنج می‌برند، باید در مصرف اسطوخودوس احتیاط کنند.

• خواب‌آلودگی: اسطوخودوس دارای خاصیت آرام‌بخشی است و ممکن است باعث خواب‌آلودگی شود. بنابراین، از مصرف اسطوخودوس قبل از رانندگی یا انجام کارهایی که نیاز به هوشیاری دارند خودداری کنید.

#### ملاحظات

• بارداری و شیردهی: زنان باردار و شیرده باید قبل از مصرف اسطوخودوس با پزشک خود مشورت کنند.

• کودکان: مصرف اسطوخودوس در کودکان باید با احتیاط و تحت نظر پزشک انجام شود.

• عمل جراحی: افرادی که قرار است تحت عمل جراحی قرار بگیرند، باید حداقل دو هفته قبل از عمل مصرف اسطوخودوس را قطع کنند.

**نکته:** اسطوخودوس یک گیاه دارویی است و نباید به عنوان جایگزینی برای درمان‌های پزشکی استفاده شود. در صورت داشتن هرگونه بیماری یا مشکلی، حتما با پزشک خود مشورت کنید.

باشد. در زیر به برخی از اثرات احتمالی بخور اسطوخودوس بر کاهش اضطراب شغلی اشاره می‌کنیم:

• کاهش استرس و تنش: بوییدن اسطوخودوس می‌تواند به کاهش سطح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول کمک کند و احساس آرامش و تسکین را افزایش دهد.

• بهبود کیفیت خواب: اضطراب شغلی می‌تواند منجر به مشکلات خواب شود. اسطوخودوس می‌تواند به بهبود کیفیت خواب و کاهش بی‌خوابی کمک کند که این موضوع می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب در طول روز منجر شود.

• کاهش علائم فیزیکی اضطراب: برخی از علائم فیزیکی اضطراب شامل افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و تعریق است. اسطوخودوس می‌تواند به کاهش این علائم فیزیکی کمک کند.

• افزایش تمرکز و توجه: اسطوخودوس می‌تواند به افزایش تمرکز و توجه در محیط کار کمک کند که این موضوع می‌تواند به کاهش استرس ناشی از حجم بالای کارها و وظایف کمک کند.

• ایجاد حس آرامش و رفاه: بوییدن اسطوخودوس می‌تواند به طور کلی حس آرامش و رفاه را در فرد افزایش دهد و به کاهش احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی کمک کند.

#### عوارض احتمالی

• حساسیت: برخی افراد ممکن است به اسطوخودوس حساسیت داشته باشند. در صورت بروز علائمی مانند خارش، قرمزی پوست، تورم یا مشکل تنفسی، مصرف اسطوخودوس را قطع کرده و به پزشک مراجعه کنید.

• تداخل دارویی: اسطوخودوس ممکن است با برخی داروها مانند داروهای ضد انعقاد خون تداخل داشته باشد.

اسطوخودوس، گیاهی با رایحه آرام‌بخش و خواص درمانی فراوان، از دیرباز در طب سنتی برای درمان انواع بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گرفته است. یکی از مهم‌ترین کاربردهای آن، اثر آرامش‌بخشی و کاهش اضطراب است. در دنیای پراسترس امروز، بسیاری به دنبال روش‌های طبیعی برای مدیریت استرس شغلی هستند. در اینجا، به بررسی تاثیر بخور گیاه اسطوخودوس بر کاهش اضطراب شغلی خواهیم پرداخت.

#### چرا اسطوخودوس برای کاهش اضطراب مفید است؟

• آرامش‌بخش سیستم عصبی: رایحه اسطوخودوس به طور مستقیم بر سیستم عصبی مرکزی تاثیر گذاشته و به کاهش فعالیت آن کمک می‌کند. این امر باعث ایجاد احساس آرامش و کاهش اضطراب می‌شود.

• افزایش سطح سروتونین: سروتونین، هورمونی است که به عنوان هورمون شادی شناخته می‌شود. اسطوخودوس با افزایش سطح سروتونین در مغز، به بهبود خلق‌وخو و کاهش استرس کمک می‌کند.

• کاهش کورتیزول: کورتیزول، هورمون استرس است. اسطوخودوس با کاهش سطح کورتیزول در بدن، به کاهش اضطراب کمک می‌کند.

• بهبود کیفیت خواب: خواب کافی برای مدیریت استرس بسیار مهم است. اسطوخودوس با بهبود کیفیت خواب، به کاهش استرس و اضطراب کمک می‌کند.

#### تاثیر بخور اسطوخودوس بر کاهش اضطراب شغلی

• بخور اسطوخودوس به عنوان یک روش طبیعی و مکمل برای کاهش اضطراب شغلی شناخته شده است. وجود ترکیباتی مانند لینالول و استات لینالیل، می‌تواند تأثیرات آرام‌بخش و ضد اضطراب داشته

#### مداخلات ضروری شامل

- اجتناب از تنها گذاشتن بیمار در اتاق
- وجود یک چراغ کم نور در اتاق در زمان خواب جهت مشاهده رفتار بیمار در مورد خودکشی
- دور نگه داشتن وسایل خطرناک از جمله وسایل برنده، کبریت و وسایل شیشه‌ای از دسترس بیمار
- مشارکت بیمار در فعالیت‌ها
- گفت‌وگو در مورد احساسات مربوط به خودکشی
- فراهم نمودن زمینه تخلیه احساسات خصمانه و خشم (فرو بردن خشم در خود می‌تواند به شکل افسردگی و خودکشی ظاهر شود)
- استفاده از منابع موجود اجتماعی برای کمک و حمایت بیمار (خانواده و دوستان نزدیک)

#### فواید بستری بیمار در بیمارستان:

- امکان ارزیابی بیشتر
- تقویت قوای جسمی و روانی و استراحت فرد
- تمدد قوا عاطفی و روانی خانواده و اطرافیان
- دور شدن بیمار از استرسورها

در بیمارانی که به صورت سرپایی تحت درمان قرار می‌گیرند، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت از بیمار در خصوص افکار و رفتار خودکشی ضروری است. در صورت وقوع خودکشی، علی‌رغم مراقبت‌های انجام‌شده، باید با خانواده بیمار مانند افراد داغ‌دیده رفتار شود و به آنها احترام و توجه لازم نشان داده شود.

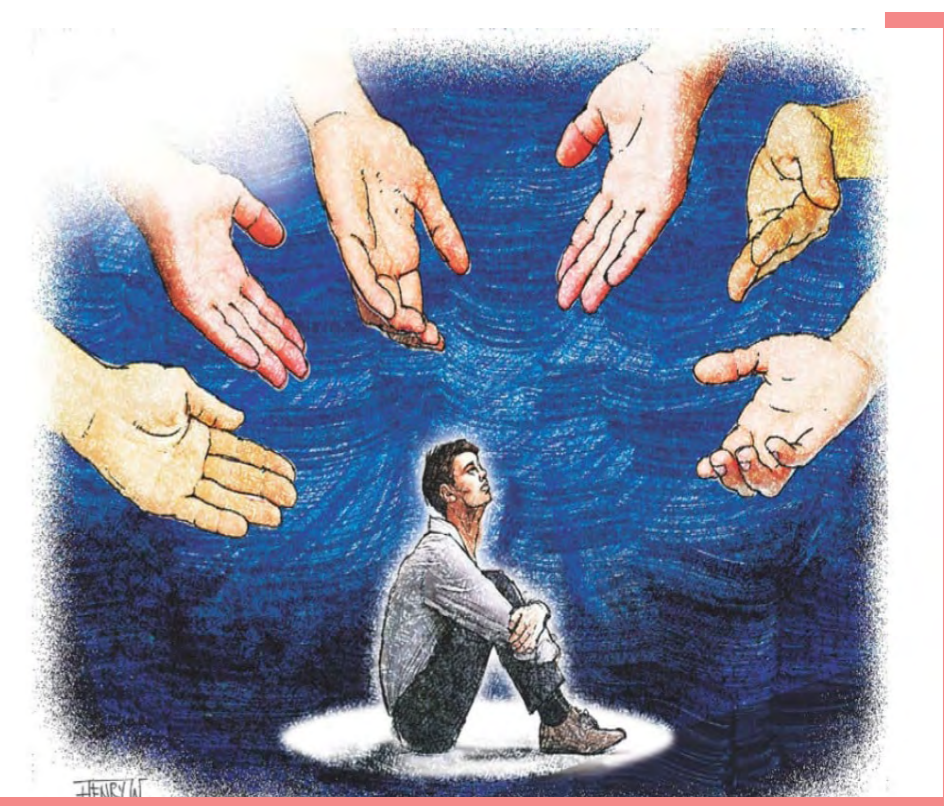
#### مراقبت از بیمار با افکار و یا رفتار خودکشی

اگر تشخیص داده شود که بیمار در معرض خطر قریب الوقوع رفتار خودکشی است، باید بیمار در بیمارستان بستری شود یا به شکل دیگری محافظت شود.

در مواردی که بیمار سیستم حمایتی قوی ندارد و یا در مورد بیمارانی که سابقه



طرح و نقشه و یا اقدام به خودکشی داشتند، بستری ضروری می‌باشد. ممکن است خطر خودکشی آنی به نظر نرسد؛ اما تا زمانی که بیمار افسرده است، احتمال خودکشی وجود دارد.



منابع:

Boland, R. Verduin, M. Kaplan-Sadock Psychiatry Summary. Translator: Sama Sadat and Shahram Mohammad Khani. Ibn Sina Publications, 2021

Koshan, M., Waqi, S. Psychiatric Nursing Based on DSMV (Mental Health 2). Andisheeh Rafi Publications, 2023

#### مراقبت‌های لازم در خودکشی

در بررسی این بیماران موارد ذیل مورد توجه می‌باشد:

اخذ شرح حال کامل روانپزشکی و معاینه وضعیت روانی

سوال در مورد افکار، قصد، طرح و اقدام به خودکشی

شناسایی عوامل خطر خودکشی

سوال در مورد قصد و طرح خودکشی باید به طور مستقیم باشد. (مثال: «آیا تا به حال اقدام به خودکشی کرده‌اید؟» یا «آنقدر احساس بدی داری که ممکن است به خودت صدمه بزنی؟» یا «آیا فکر می‌کنید زندگی برای شما دشوار است و قادر به ادامه آن نیستید؟»)

سوال از بیمار در مورد افکار خودکشی، خطر خودکشی را افزایش نمی‌دهد. طرح چنین سوالی از طرف پزشک یا پرستار، این احساس را به بیمار می‌دهد که بیش‌تر از طرف آنها درک شده است و همین احساس خطر خودکشی را کاهش می‌دهد. در ارزیابی، حساسیت، حمایت و توانایی خانواده در نظارت بر احتمال خودکشی بیمار باید مورد توجه قرار گیرد.

منابع:

Jazini Darcheh, Saeed and Dehghan Abnavi, Samaneh and Mousavi, Elahe and Zabih Rad, Jaber, 2019. The effect of aromatherapy with lavender extract on the level of occupational stress of operating room personnel. <https://civiliica.com/doc/1144162>

<https://www.virascience.com/thesis/791992>

# اثر تمرینات تنفس عمیق بر کاهش علائم حمله پانیک

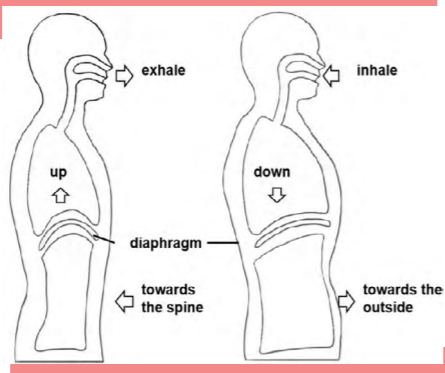


کیانا دادمحمد  
پزشکی ۱۴۰۰ علوم پزشکی مشهد

۴ ثانیه از طریق بینی نفس بکشید.  
۷ ثانیه نفس را نگه دارید.  
۸ ثانیه به آرامی از طریق دهان بازدم کنید.  
این چرخه را ۳ تا ۸ بار تکرار کنید.

## نتیجه گیری

حملات پانیک می‌توانند هر فردی را در مقاطع مختلف زندگی تحت تأثیر قرار دهند. اگرچه این حملات ناخوشایند و گاهی ناتوان‌کننده هستند، اما تکنیک‌های تنفس عمیق و کنترل‌شده می‌توانند به کاهش علائم و مدیریت آن‌ها کمک کنند. با این حال، در مواردی که حملات مکرر و شدید باشند، مراجعه به متخصص روان‌پزشک یا روان‌شناس ضروری است. تمرین مداوم روش‌های تنفسی می‌تواند به کاهش استرس، بهبود کیفیت زندگی و افزایش آرامش ذهنی کمک کند. به یاد داشته باشید که آرامش شماست.



## ۲) تکنیک تنفس دیافراگمی

این روش به تنفس عمیق‌تر و آرام‌تر کمک می‌کند.

روی زمین دراز بکشید یا راحت بنشینید.

یک دست را روی قفسه سینه و دست دیگر را روی شکم قرار دهید.

۳ ثانیه از طریق بینی نفس بکشید و اجازه دهید شکم منبسط شود.

۳ ثانیه به آرامی بازدم کنید.

این روند را برای یک دقیقه تکرار کنید.



## ۳) تکنیک تنفس شیر (پرانایاما)

این تکنیک، که از یوگا الهام گرفته شده، به آزادسازی تنش‌های فیزیکی و ذهنی کمک می‌کند.

روی صندلی یا زمین در وضعیت راحت بنشینید.

از طریق بینی نفس عمیق بکشید و شکم را پر کنید.

آیا تا به حال دچار حملات ناگهانی شده‌اید که با تنگی نفس، تپش قلب، احساس غیرواقعی بودن یا وحشت شدید همراه باشد؟ این علائم می‌توانند نشانه‌ای از حملات پانیک باشند. حملات پانیک هستند، به‌طور ناگهانی و بدون هشدار رخ می‌دهند. هنگام احساس خطر یا ناامنی، سیستم عصبی سمپاتیک فعال شده و موجی از واکنش‌های فیزیکی و روانی ایجاد می‌شود. یکی از روش‌های مؤثر در کاهش شدت این حملات، استفاده از تکنیک‌های تنفس عمیق و کنترل‌شده است.

## روش‌های کنترل حملات پانیک

مدیریت حملات پانیک شامل دو رویکرد کلی است:

۱- درمان دارویی که معمولاً شامل تجویز بنزودیازپین‌ها یا داروهای ضدافسردگی توسط پزشک متخصص است.

۲- درمان‌های غیردارویی مانند مدیتیشن، ذهن‌آگاهی، ورزش و تکنیک‌های تنفس عمیق که می‌توانند به کاهش علائم کمک کنند.

**تنفس کنترل‌شده** یکی از راه‌های مؤثر برای تنظیم سطح اکسیژن و دی‌اکسید کربن در بدن است که می‌تواند از تشدید علائم پانیک جلوگیری کند. در ادامه، چند تکنیک مؤثر تنفس را بررسی می‌کنیم.



## ۱) تکنیک ۴-۷-۸ (روش دکتر اندرو ویل)

این روش به آرامش سیستم عصبی کمک کرده و واکنش‌های استرسی را کاهش می‌دهد.

در یک وضعیت راحت بنشینید.

نوک زبان را پشت دندان‌های بالایی قرار دهید.

# مطالعه رابطه مصرف دمنوش گیاهی سنبل‌الطیب با کیفیت خواب در بیماران مبتلا به بی‌خوابی مزمن



محمد باقر شفیعیان  
پرستاری ۱۴۰۲ علوم پزشکی قم



بی‌خوابی مزمن یکی از مشکلات شایع در جوامع مدرن تأثیرات منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد داشته باشد. این اختلال خواب به طور معمول با مشکلاتی نظیر سختی در به خواب رفتن، بیداری‌های مکرر در طول شب و احساس خستگی در طول روز همراه است. بی‌خوابی مزمن می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و بیماری‌های جسمی ایجاد شود. در این راستا، استفاده از داروهای گیاهی به عنوان یک روش درمانی جایگزین در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. یکی از گیاهانی که به دلیل خواص آرام‌بخش و خواب‌آور خود شناخته شده، سنبل‌الطیب (Valeriana officinalis) است. این گیاه به عنوان یک درمان طبیعی برای مشکلات خواب، به‌ویژه در افرادی که از عوارض جانبی داروهای شیمیایی رنج می‌برند، مطرح شده است.

## تأثیر سنبل‌الطیب بر کیفیت خواب

بر اساس مطالعات مختلف، مصرف سنبل‌الطیب می‌تواند تأثیر مثبتی بر کیفیت خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی مزمن داشته باشد. در یک مطالعه تصادفی کنترل‌شده که بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به بی‌خوابی مزمن انجام شد، گروهی که روزانه ۴۰۰ میلی‌گرم عصاره سنبل‌الطیب را به مدت چهار هفته مصرف کردند، نسبت به گروه کنترل که دارونما دریافت کردند، بهبود معناداری در کیفیت خواب خود گزارش کردند. بیماران در این مطالعه همچنین کاهش زمان لازم برای به خواب رفتن و افزایش مدت زمان خواب را تجربه کردند. همچنین، نتایج برخی مطالعات دیگر نشان داده‌اند که سنبل‌الطیب می‌تواند به کاهش علائم اضطراب و استرس کمک کند که خود عاملی مهم در بروز بی‌خوابی است. بنابراین، استفاده از سنبل‌الطیب به عنوان یک درمان طبیعی می‌تواند نه تنها کیفیت خواب را بهبود بخشد، بلکه احساس آرامش بیشتر نیز برای افراد فراهم کند.

## مکانیسم عمل

مکانیسم دقیق اثر سنبل‌الطیب بر خواب هنوز به طور کامل شناخته نشده است، اما برخی مطالعات نشان داده‌اند که این گیاه ممکن است با افزایش سطح GABA (یک انتقال‌دهنده عصبی آرام‌بخش) در مغز عمل کند. GABA نقش مهمی در تنظیم خواب و آرامش دارد و افزایش آن می‌تواند به کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب کمک کند. علاوه بر این، ترکیبات موجود در سنبل‌الطیب

ممکن است با کاهش فعالیت‌های مغزی مرتبط با استرس و اضطراب، فرد را برای خواب آماده‌تر کنند. همچنین برخی تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف سنبل‌الطیب می‌تواند با تأثیر بر سیستم هورمونی بدن، سطح ملاتونین را افزایش دهد که این امر نیز به تنظیم الگوهای خواب کمک می‌کند.

## عوارض جانبی

سنبل‌الطیب معمولاً به عنوان یک گیاه بی‌خطر شناخته می‌شود، اما ممکن است برخی عوارض جانبی خفیف مانند سردرد، سرگیجه یا ناراحتی معده را ایجاد کند. همچنین، مصرف آن باید با احتیاط در کنار داروهای دیگر انجام شود؛ زیرا ممکن است تداخلات دارویی ایجاد کند. همچنین توصیه می‌شود افرادی که باردار هستند یا شیردهی دارند، قبل از مصرف سنبل‌الطیب با پزشک مشورت کنند. از آنجا که سنبل‌الطیب ممکن است باعث خواب‌آلودگی شود، بهتر است از رانندگی یا انجام کارهایی که نیاز به هوشیاری دارند بعد از مصرف آن پرهیز شود.

مطالعات نشان می‌دهند که مصرف سنبل‌الطیب می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به بی‌خوابی مزمن مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، نیاز به تحقیقات بیشتر برای تعیین دوز مناسب، مدت زمان مصرف و تأثیرات بلندمدت آن وجود دارد. همچنین توجه به شرایط فردی و مشورت با پزشک قبل از شروع هر نوع درمان گیاهی ضروری است تا بهترین نتایج حاصل شود.

منابع:

Mihajlovic, M., et al. (2019). «The effect of valerian root on sleep quality: A systematic review and meta-analysis.» \*Sleep Medicine Reviews\*, 46, 1-10

Medicine. AaOs. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2020

Sarris J, et al. Herbal medicine for anxiety, stress, and insomnia: A systematic review. Journal of Clinical Psychiatry. 2013

Perry N, et al. Valerian: A review of its efficacy and safety. Phytotherapy Research. 2018

Ernst E. The role of complementary and alternative medicine in the management of sleep disorders. Sleep Medicine Reviews. 2006

منابع:

National Institute of Mental Health (NIMH). (2023). Panic Disorder: When Fear Overwhelms. Retrieved from: <https://www.nimh.nih.gov>

Verywell Health. (2023). Breathing Exercises for Panic Attacks. Retrieved from: <https://www.verywellhealth.com>

# تحلیل باورهای عمومی درباره بیماری‌های روانی، مانند «ضعف شخصیت»، و تاثیر آن بر مراجعه بیماران به خدمات روان پرستاری



امید تزاری  
پرستاری مهر ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم

خود را نیز همان‌گونه می‌بینند و احساس شرم و ناتوانی می‌کنند.

در بسیاری از موارد، این استیگما باعث می‌شود که افراد از دریافت کمک خودداری کنند، زیرا مراجعه به متخصصان روان‌شناسی و روان‌پرستاری به‌مثابه تأیید ضعف شخصیت تلقی می‌شود. چنین شرایطی نه‌تنها روند درمان را مختل می‌کند، بلکه می‌تواند فرد را در چرخه‌ای از انزوا و اضطراب گرفتار سازد.

## ۳. عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر نگرش به بیماری‌های روانی

نگرش جوامع نسبت به سلامت روان، تحت تاثیر عوامل متعددی شکل می‌گیرد که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

**نقش سنت و مذهب:** در برخی فرهنگ‌ها، بیماری‌های روانی به نیروهای ماورایی، گناهان گذشته یا ضعف ایمان نسبت داده می‌شوند. این دیدگاه‌ها باعث می‌شود که افراد به‌جای مراجعه به متخصصان، به روش‌های سنتی یا غیرعلمی روی بیاورند.

**سطح تحصیلات و آگاهی عمومی:** جوامعی که در آنها آموزش‌های مرتبط با سلامت روان ارائه می‌شود، نگرش بازتری نسبت به این موضوع دارند. در مقابل، در جوامعی که این آگاهی کم‌تر است، مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌پرستار می‌تواند با احساس شرم همراه باشد.

**وضعیت اقتصادی:** فقر و عدم دسترسی به خدمات سلامت روان، مانع دیگری در مسیر مراجعه به متخصصان است. در برخی موارد، افراد به دلیل هزینه‌های بالای درمان، مشکلات روانی خود را نادیده می‌گیرند.

## ۴. چگونه می‌توان این باورهای نادرست را تغییر داد؟

برای کاهش تاثیر باورهای نادرست درباره بیماری‌های روانی، راهکارهای زیر پیشنهاد می‌شود:

**آموزش و آگاهی‌بخشی عمومی:** از طریق برنامه‌های آموزشی در مدارس، دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری می‌توان دانش عمومی را درباره سلامت روان افزایش داد.

**تغییر نقش رسانه‌ها:** رسانه‌ها می‌توانند به‌جای بازتولید کلیشه‌های منفی درباره بیماران روانی، تصویری واقعی‌تر و همدلانه‌تر از آنان ارائه دهند.



**حمایت سیاست‌گذاران:** دولت‌ها و نهادهای بهداشتی می‌توانند با تصویب قوانین حمایتی، هزینه‌های درمان را کاهش داده و دسترسی به خدمات روان‌پرستاری را تسهیل کنند.

**گفت‌وگو و کاهش تابو:** صحبت کردن درباره سلامت روان در فضاهای عمومی، خانوادگی و حرفه‌ای می‌تواند به کاهش استیگما کمک کند. تجربه‌های شخصی افراد مشهور و تاثیرگذار در این زمینه نیز می‌تواند مشوقی برای مراجعه افراد به خدمات تخصصی باشد.

## نتیجه‌گیری

نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی درباره بیماری‌های روانی، نقش مهمی در تمایل افراد به دریافت خدمات روان‌پرستاری ایفا می‌کنند. تصور نادرست از بیماری‌های روانی به‌عنوان ضعف شخصیت، موجب می‌شود که افراد در سکوت و انزوا رنج ببرند و از کمک‌های حرفه‌ای پرهیز کنند. با این حال، تغییر این باورها از طریق آموزش، آگاهی‌بخشی، تغییر روایت‌های رسانه‌ای و سیاست‌گذاری‌های حمایتی امکان‌پذیر است. برای ساختن جامعه‌ای که در آن سلامت روان به‌اندازه سلامت جسمانی اهمیت داشته باشد، باید بر کاهش استیگما و افزایش پذیرش اجتماعی این مسائل تمرکز کرد.

منابع:

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Pertick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415

World Health Organization (WHO). (2021). Mental health: Strengthening our response. Retrieved from www.who.int

# نقش مراقبت‌های روان پرستاری همراه با ماساژ درمانی در کاهش علائم استرس پس از سانحه



محمد سالارگل محمدی  
پرستاری مهر ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم



خدمات سلامت می‌شود که خود عاملی مهم در فرآیند درمان PTSD محسوب می‌شود.

## ترکیب مراقبت‌های روان‌پرستاری با ماساژ درمانی

ترکیب مراقبت‌های روان‌پرستاری با ماساژ درمانی می‌تواند نتایج مثبتی برای بیماران مبتلا به PTSD داشته باشد. پرستاران با استفاده از مهارت‌ها و دانش خود در زمینه سلامت روان، می‌توانند برنامه‌های جامع برای بیماران طراحی کنند که شامل جلسات مشاوره، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و همچنین جلسات ماساژ باشد.

این رویکرد چندجانبه نه تنها به کاهش علائم PTSD کمک می‌کند بلکه باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران نیز خواهد شد. تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران که تحت چنین مراقبت‌هایی قرار گرفته‌اند، نسبت به بیماران که فقط درمان دارویی دریافت کرده‌اند، پیشرفت بیشتری را تجربه کرده‌اند.

در نتیجه نقش مراقبت‌های روان‌پرستاری همراه با ماساژ درمانی در کاهش علائم PTSD بسیار حائز اهمیت است. این رویکرد ترکیبی نه تنها به تسکین علائم فیزیکی و روحی کمک می‌کند بلکه باعث ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات نیز خواهد شد. بنابراین، ادغام این دو روش در برنامه‌های درمانی برای بیماران مبتلا به PTSD باید مورد توجه قرار گیرد تا بتوانیم بهترین نتایج را برای آنها فراهم کنیم.



منابع:

Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (2007). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press

Field, T. (2014). «Massage therapy for children and adolescents: A review of the literature.» *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(1), 1-8

Meagher, M.W., & Armitage, R. (2016). «The role of massage therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder.» *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 9(2), 3-10

منابع:

World Health Organization (WHO). (2021). Mental health: Strengthening our response. Retrieved from www.who.int



امید ترابی  
پرستاری مهر ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم

الکتروشوک درمانی (ECT) یک روش پزشکی است که شامل عبور جریان الکتریکی خفیف از مغز است که باعث تشنج کوتاه مدت می‌شود. ثابت شده است که این روش اثرات مثبت قوی بر شرایط سلامت روانی شدید و مقاوم به درمان دارد. تاریخچه ECT به بیش از ۸۰ سال قبل بازمی‌گردد.

### چرا از ECT استفاده می‌شود؟

ECT می‌تواند گزینه مناسبی برای طیف وسیعی از سنین باشد. این روش می‌تواند به کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مخصوصاً افراد بالای ۶۰ سال کمک کند و به میزان زیادی و به سرعت علائم شدید چندین بیماری روانی را بهبود بخشد، از جمله:

- ۱- افسردگی شدید: به ویژه هنگامی که علائم دیگری وجود دارد؛ از جمله فاصله گرفتن از واقعیت (روان‌پریشی)، میل شدید به اقدام به خودکشی
- ۲- افسردگی مقاوم به درمان: افسردگی شدیدی که با داروها یا درمان‌های دیگر بهتر نمی‌شود.
- ۳- شیدایی شدید: حالت سرخوشی شدید، بی‌قراری یا بیش‌فعالی که به عنوان بخشی از اختلال دوقطبی رخ می‌دهد.

۴- کاتاتونیا: که شامل کمبود حرکت، حرکات سریع یا عجیب، فقدان تکلم و سایر علائم است. این مربوط به اسکیزوفرنی و برخی دیگر از شرایط سلامت روان است. در برخی موارد، یک بیماری پزشکی باعث کاتاتونی می‌شود.

۵- آشفتگی و پرخاشگری: در افراد مبتلا به زوال عقل، که درمان آن سخت است، بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد و دیگران را مجروح و ناراحت می‌کند.

- در دوران بارداری، زمانی که دارو ممکن است کم‌تر مورد استفاده قرار گیرد تا احتمال آسیب رساندن به جنین در حال رشد کاهش یابد.

- در افراد مسن که نمی‌توانند عوارض جانبی دارو را تحمل کنند و از سایر اشکال درمانی تسکین نیافته‌اند.

- در افرادی که درمان‌های ECT را به مصرف دارو ترجیح می‌دهند.

### اقدامات قبل از ECT

قبل از شروع ECT، پرستاران و کادر درمانی به بیمار توضیح می‌دهد که ECT چیست و چگونه کار می‌کند و بیمار باید رضایت آگاهانه کتبی را امضا کند. در مواقعی که فرد خیلی بیمار است و نمی‌تواند برای خودش تصمیم بگیرد، فرایند رضایت توسط قانون کنترل می‌شود (مثلاً یک قیم منصوب از سوی دادگاه). آنها همچنین مطمئن خواهند شد که فرد هیچ‌گونه بیماری یا دلایل زمینه‌ای که ممکن است به این معنی باشد که نباید ECT دریافت کند، ندارد.

چندین آزمایش که قبل از انجام این روش انجام می‌شود شامل:

- آزمایش خون و ادرار و برخی از نمونه‌ها شامل شمارش کامل خون، عملکرد



تیروئید، عملکرد کلیه و موارد دیگر است. - آزمایشات تصویربرداری روی جمجمه، مغز و ستون فقرات. اینها ممکن است شامل گرافی ساده با اشعه X و اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT) باشد.

### - الکتروکاردیوگرام

\* در صورت وجود حمله قلبی اخیر یا سایر بیماری‌های قلبی ناپایدار و شرایطی که ICP افزایش پیدا می‌کند (مانند فشارخون داخل جمجمه یا تومورهای مغزی) و دیگر موارد مانند سکنه مغزی اخیر، آنوریسم یا سایر علل خونریزی در مغز و بیماری‌های شدید ریوی مانند بیماری انسدادی مزمن ریه، ECT انجام نمی‌شود و یا ارائه‌دهندگان روند درمان را طوری تنظیم می‌کنند که با در نظر گرفتن این موارد بیمار بتواند ECT دریافت کند.

### ECT چگونه انجام می‌شود؟

ECT با بیهوشی عمومی شروع می‌شود که فرد را به خواب عمیقی می‌برد و مانع احساس درد، ناراحتی یا اضطراب می‌شود؛ همچنین شل‌کننده عضلانی نیز تزریق

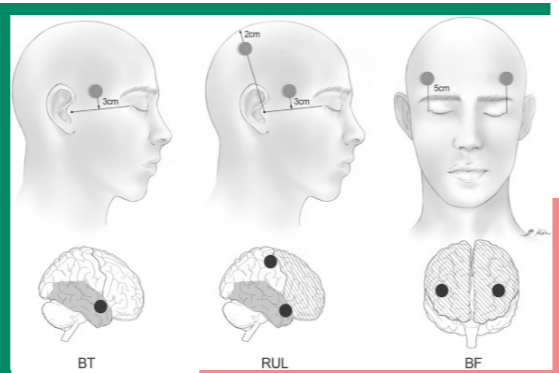


می‌گردد تا از هرگونه آسیب یا فشاری که ممکن است در طول تشنج رخ دهد جلوگیری کند.

قبل از انجام ECT محافظ در دهان قرار می‌گیرد تا از دندان‌ها محافظت کند و همچنین یک مسیر وریدی مناسب جهت تزریق دارو برای بیهوشی با مقابله با هرگونه عوارض جانبی فراهم می‌کند. در مرحله بعدی الکترودهایی را که نقاط تماسی برای عبور جریان الکتریکی هستند و به ژل آغشته شده‌اند (جهت جلوگیری از تحریک و سوختگی)، روی پوست سر قرار می‌گیرد. قرارگیری الکترودها در مکان‌هایی صورت می‌گیرد که کم‌ترین احتمال ایجاد عوارض جانبی را دارد. سه روش مختلف برای این کار وجود دارد:

۱) یک طرفه راست: این محل دارای هر دو الکتروده در سمت راست سر شما است. یک الکتروده بین شقیقه و انتهای ابروی بیمار خواهد بود. الکتروده دیگر نزدیک بالای سر شما، دقیقاً بالای گوش راست خواهد بود.

۲) Bifrontal: الکترودهایی که با استفاده از این پیکربندی قرار می‌گیرند، در طرف مقابل پیشانی، درست بالای انتهای ابرو قرار دارند.



۳) Bitemporal: این قرارگیری شامل یک الکتروده است که با ناحیه شقیقه در دو طرف سر هماهنگ است.

بعد از قرارگیری الکترودها، جریانی با ولتاژ ۷۰ تا ۱۲۰ ژول به سر بیمار در طی چند ثانیه وارد می‌شود که متعاقب آن تشنج ایجاد می‌شود که مانند یک انفجار در مغز اتفاق می‌افتد و باعث می‌شود سلول‌های مغزی آسیب‌دیده به سرعت شل‌یک کنند. این باعث تغییرات الکتریکی و شیمیایی در نحوه عملکرد آن ناحیه از مغز و بهبود عملکرد آن مناطق می‌شود.

تشنج ناشی از ECT معمولاً بین ۳۰ تا ۹۰ ثانیه طول می‌کشد. در مواردی که بیش‌تر طول بکشد با استفاده از داروهای تزریقی تشنج را متوقف می‌کنند.

\* یک بیمار معمولاً دو یا سه بار در هفته برای مجموع ۶ تا ۱۲ درمان، بسته به شدت علائم و سرعت واکنش علائم به درمان، ECT دریافت می‌کند.

### عوارض و خطرات

مانند هر روش پزشکی، ECT خطراتی دارد. درمان ECT با از دست دادن موقت حافظه و مشکل موقت یادگیری همراه است. برخی از افراد در به خاطر سپردن رویدادهایی که در هفته‌های قبل از درمان یا قبل از آن رخ داده‌اند، مشکل دارند. در بیش‌تر موارد، مشکلات حافظه ظرف چند ماه بهبود می‌یابد. برخی از بیماران ممکن است مشکلات طولانی‌تری، از جمله شکاف دائمی در حافظه را تجربه کنند.

شایع‌ترین عوارض جانبی ECT در روز درمان شامل حالت تهوع، سردرد، خستگی، گیجی و از دست دادن خفیف حافظه است که ممکن است از چند دقیقه تا چند ساعت طول بکشد.

در این قسمت به یک سری از باورهای مردم نسبت به شوک درمانی می‌پردازیم:

۱- «شوک درمانی باعث آسیب مغزی دائمی می‌شود.»

- ECT باعث آسیب دائمی به مغز یا کاهش ضریب هوشی (IQ) نمی‌شود.

۲- «شوک درمانی یک روش دردناک و وحشتناک است.»

- در گذشته، ECT بدون بیهوشی انجام می‌شد، اما امروزه بیمار تحت بیهوشی عمومی و شل‌کننده عضلانی قرار می‌گیرد و هیچ دردی احساس نمی‌کند.

۵- «شوک درمانی برای همه اختلالات روانی استفاده می‌شود.»

- درست است که برای طیف گسترده‌ای از بیماری‌های روانی به کار می‌رود ولی مانند سایر روش‌های درمانی برای همه اختلالات مناسب نیست و در موارد مشخص با دستور پزشک استفاده می‌شود.

در نهایت شوک درمانی (ECT) یک روش علمی و ایمن است که در شرایط خاص می‌تواند نجات‌بخش باشد. بسیاری از باورهای غلط درباره این روش ناشی از تصورات قدیمی و ناآگاهی از پیشرفت‌های پزشکی است. اگرچه این روش عوارضی دارد، اما فواید آن در موارد مناسب از خطراتش بیش‌تر است.



منابع:

Kellner, C. H., Greenberg, R. M., Murrough, J. W., Bryson, E. O., Briggs, M. C., & Pasculli, R. M. (2012). ECT in treatment-resistant depression. *American Journal of Psychiatry*, 169(12), 1238-1244

Haq, A. U., et al. (2015). Comparative effectiveness of electroconvulsive therapy in unipolar and bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 185, 245-249

Kellner, C. H., et al. (2016). Continuation Electroconvulsive Therapy vs Pharmacotherapy for Relapse Prevention in Major Depression: A Multisite Study From the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *JAMA Psychiatry*, 73(2), 133-140

۳- «شوک درمانی فقط در بیماران شدید و خطرناک استفاده می‌شود.»

- اگرچه این روش معمولاً برای موارد شدید و مقاوم به درمان دارویی استفاده می‌شود، اما فقط برای افراد خطرناک نیست و برای طیف وسیعی از بیماران مفید است.

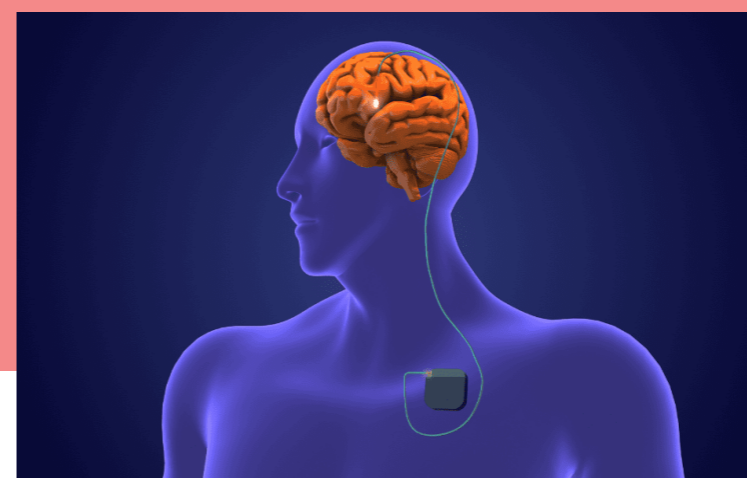
۴- «شوک درمانی شخصیت بیمار را تغییر می‌دهد.»

- ECT ممکن است در کوتاه‌مدت بر حافظه تأثیر بگذارد، اما شخصیت فرد را تغییر نمی‌دهد.



## تحریک عمیق مغز در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری

زهرا نجف پور  
علوم آزمایشگاهی مهر ۱۴۰۳ علوم پزشکی قم



یک دستگاه تحریک عمیق مغز (DBS) شامل اجزای زیر است:

۱) یک لید تحریک که تحت هدایت استریوتاکتیک کاشته شده و مجهز به نواحی تماس الکترودی است که تحریک را به ناحیه هدف در مغز ارسال می‌کنند. این لید معمولاً دارای چندین ناحیه تماس می‌باشد (معمولاً ۴-۸) که می‌توان ناحیه‌تماس موردنظر برای تحریک را انتخاب کرد که این انعطاف‌پذیری افزایش یافته کمک می‌کند تا هرگونه تغییری در هدف‌گیری که ممکن است در حین کاشت الکترودها رخ دهد، تنظیم شود.

۲) یک دستگاه قفل کننده برای نگه داشتن لید در جای خود و پوشاندن حفره‌ای که در طول جراحی ایجاد شده است.

۳) یک ژنراتور پالس کاشتنی (IPG) که در دیواره قفسه سینه به صورت زیرپوستی قرار می‌گیرد.

۴) یک کابل تمدید زیرپوستی که لید را به IPG متصل می‌کند.

\*معمولاً تحریک عمیق مغز (DBS) شامل دو مرحله جداگانه است:

**مرحله اول:** کاشت لید جراحان با استفاده از تصاویر مغزی دقیق مانند MRI، محل دقیق قرار دادن الکترودها را مشخص می‌کنند و معمولاً در حالی انجام می‌شود که بیمار هوشیار است، زیرا امکان آزمایش‌های تحریک (برای مشاهده اثرات حاد و عوارض جانبی) در حالی که لیدها در جای خود ثابت می‌شوند، وجود دارد.

**مرحله دوم:** قرار دادن IPG تحت بیهوشی عمومی انجام می‌شود و می‌تواند بلافاصله پس از کاشت الکترودها یا چند روز بعد انجام شود.

مکانیسم‌های دقیق فیزیولوژیکی تحریک عمیق مغز (DBS) هنوز به طور کامل درک نشده‌اند، اما به طور کلی اعتقاد بر

این است که این‌روش از طریق تحریک و یا مهار پدنه‌های سلول‌های عصبی نزدیک به الکتروود و آکسون‌های مجاور عمل می‌کند. تحریک با فرکانس پایین به صورت موضعی تحریک‌کننده است، در حالی که تحریک با فرکانس بالا می‌تواند فعالیت محلی را کاهش داده و یک ضایعه عملکردی معکوس ایجاد کند.

### مزایای DBS

- موثر برای بیماران مقاوم به درمان: بیمارانی که به داروها و CBT پاسخ نمی‌دهند، با این روش نتایج بسیار مثبتی مشاهده می‌کنند.

- تنظیم‌پذیر: دستگاه پالس‌ساز قابل تنظیم و برنامه‌ریزی مجدد است.

- کم‌خطر: با اینکه جراحی مغز محسوب می‌شود، ریسک عوارض جدی کمی دارد.

### معایب DBS

- هزینه بالا: این روش هزینه‌بر است و ممکن است تحت پوشش بیمه نباشد.

- نیاز به پیگیری مداوم: بیمارانی که این روش را انتخاب می‌کنند باید دائماً تحت پیگیری پزشک باشند.

\*مطالعات زیادی اثربخشی DBS در کاهش علائم OCD را تأیید کرده‌اند. بر اساس یک مطالعه منتشر شده در مجله American Journal of Psychiatry، DBS موجب کاهش ۳۰ تا ۵۰ درصدی علائم وسواسی-جبری در بسیاری از بیماران شده است؛ بنابراین این روش می‌تواند به عنوان راهی نوین جهت پیشرفت در عملکردهای روزانه و کیفیت زندگی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

منابع:

WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/MESH

SHARMA LP, GANESH UM, ARUMUGHAM SS, SRINIVAS D, VENKATASUBRAMANIAN G, REDDY YJ. DEEP BRAIN STIMULATION - A PRIMER FOR PSYCHIATRISTS. ASIAN J PSYCHIATR. 2024 DEC

## سنسوری روم در بیماران اختلال روان بستری در بیمارستان



استاد حمید آسایش  
هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

در مورد مناسب بودن آنها برای بیماران دارای پرخاشگر شدید وجود دارد. کارکنان بخش‌های روانپزشکی تأکید می‌کنند که اگرچه اتاق‌های حسی می‌توانند مفید باشند، اما نباید در مواقع لزوم جایگزین مداخلات سنتی مانند جداسازی و مهار فیزیکی شوند. به طور کلی، به نظر می‌رسد اتاق‌های حسی تأثیر مثبتی بر سطح استرس برای بیماران و کارکنان در محیط‌های روانپزشکی دارند. آنها مزایای درمانی را ارائه می‌دهند که تنظیم هیجانی را افزایش می‌دهد و دیسترس روان‌شناختی را کاهش می‌دهد و در عین حال محیط کار را برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های روانپزشکی نیز بهبود می‌بخشد، با این حال، اجرای دقیق و در نظر گرفتن نیازهای فردی بیمار برای ارتقای این مزایا ضروری است.

اتاق‌های حسی به طور قابل توجهی فرایند درمانی را با ارتقای تنظیم هیجانی، کاهش اضطراب، بهبود تمرکز، توانمندسازی بیماران از طریق انتخاب و تسهیل ارتباط بهتر بین بیماران و درمانگران افزایش می‌دهند. ادغام آنها در محیط‌های درمانی مختلف نشان دهنده یک رویکرد تحول‌آفرین است که نیازهای متنوع افرادی را که به دنبال حمایت سلامت روان هستند، برآورده می‌کند. در حالی که اتاق‌های حسی پتانسیل درمانی ارزشمندی به همراه دارد، درمانگران در اجرای آنها با چالش‌های مختلفی از جمله کمبود مطالعات در این زمینه، نیازهای آموزشی، محدودیت‌های منابع، تنوع در فعالیت‌های بالینی و ضرورت رویکردهای فردی در استفاده از آن مواجه می‌شوند. پرداختن به این چالش‌ها برای به حداکثر رساندن اثربخشی مداخلات حسی در محیط‌های مراقبت روان‌پزشکی ضروری است.

تکنیک‌های خودآرام‌سازی، اضطراب، بی‌قراری و پریشانی را مدیریت کنند. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که اتاق‌های حسی می‌توانند به طور قابل توجهی دیسترس را در بین بیماران کاهش دهند. به عنوان نمونه، یک مطالعه در بین نوجوانان بستری در بخش روانپزشکی نشان داد که میزان دیسترس به طور قابل توجهی پس از استفاده از اتاق حسی کاهش یافته است. به ویژه برای کسانی که سابقه پرخاشگری و اختلالات اضطرابی داشتند. بررسی سیستماتیک دیگری نشان داد که ۵۷٪ تا ۹۲٪ از شرکت‌کنندگان کاهش دیسترس را پس از استفاده از اتاق حسی گزارش کردند.

**تنش‌زدایی و پیشگیری از اقدامات اجباری:** اتاق‌های حسی می‌توانند به عنوان ابزار موثری برای تنش‌زدایی و پیشگیری از اقدامات اجباری مانند مهار فیزیکی، جداسازی و تزریق اجباری دارو برای کنترل پرخاشگری بیماران باشد. هرچند شواهد محدودی وجود دارد که مستقیماً استفاده از اتاق حسی را با کاهش میزان جداسازی و مهار فیزیکی یا مکانیکی مرتبط می‌کند، ولی بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که این اتاق‌ها به کنترل پرخاشگری و تنظیم هیجانی کمک می‌کنند. بر اساس دیدگاه کارکنان و بیماران، اتاق‌های حسی را می‌توان به‌عنوان جایگزین‌های مؤثر برای محدودیت‌های فیزیکی بیماران در بخش استفاده نمود.

**توانمندسازی بیمار:** این اتاق‌ها با اجازه دادن به بیماران برای انتخاب تجربیات حسی خود، احساس توانمندی و خودکارآمدی را در مراقبت از خود تقویت می‌کنند.

به طور خلاصه، کارکنان و بیماران بخش‌های روانپزشکی از مزایای بالقوه اتاق‌های حسی در بخش‌های روانپزشکی را آگاه هستند و بر نقش آنها در ارتقای آرامش و تقویت ارتباطات تأکید می‌کنند. در حالی که بسیاری از کارکنان اتاق‌های حسی را مثبت ارزیابی می‌کنند، نگرانی‌هایی

اتاق حسی در بخش‌های روانپزشکی یک روش نوآورانه برای ایجاد یک محیط درمانی طراحی شده است که به تنظیم هیجانی و کنترل استرس بیماران با بکارگیری روش‌های حسی کمک می‌کند. این تکنیک توانبخشی پس از معرفی در سال ۱۹۷۰، برای گروه مختلف بیماران، به ویژه در توانبخشی کودکان مورد استفاده قرار گرفته است ولی طیف مختلفی از افراد از قبیل افراد سالم، سالمندان و بیماران دارای اختلالات روانپزشکی می‌توانند از مزایای این روش استفاده کنند. اتاق‌های حسی مجهز به انواع ابزار و وسایلی هستند که حواس مختلف را تحریک می‌کنند. این عناصر کلیدی شامل موارد زیر است:

**محرك‌های بینایی:** استفاده از نورها و رنگ‌های آرام‌بخش و پخش صحنه‌های ویدئویی آرامش‌بخش و سایر جلوه‌های بصری آرام‌کننده

**عناصر لمسی:** تجهیزاتی مانند صندلی‌های کیسه‌ای لوبیا، پتوهای وزن دار، اسباب‌بازی‌های نرم و توپ‌های استرس که تحریک لمسی را فراهم می‌کنند

**اجزای شنیداری:** انواعی از موسیقی‌های ملایم یا صداهای طبیعت که از طریق دستگاه‌های صوتی پخش می‌شوند به ایجاد یک فضای آرام کمک می‌کنند

**محرك‌های بویایی:** از عطرها و گرم‌های معطر دست می‌تواند برای تحریک حس بویایی استفاده می‌شود

بیماران این اختیار را دارند که **تجارب حسی خود را کنترل کنند** و بر اساس ترجیحات خود انتخاب کنند که با چه محرک‌هایی درگیر شوند که اغلب با ماهیت محدودکننده محیط‌های معمول، به ویژه در بخش‌های روانپزشکی در متفاوت است.

**اهداف اولیه استفاده از اتاق‌های حسی عبارتند از:**

**تنظیم هیجانی:** آنها به بیماران کمک می‌کنند تا با ایجاد فضایی امن برای

منابع:

Novak T, Scantian J, McCaul D, MacDonald N, Clarke T. Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. Australasian Psychiatry. 2012 Oct;20(5):401-6

West M, Melvin G, McNamara F, Gordon M. An evaluation of the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric inpatient unit. Australian occupational therapy Journal. 2017 Jun;64(3):253-63

Haig S, Hallett N. Use of sensory rooms in adult psychiatric inpatient settings: A systematic review and narrative synthesis. International Journal of mental health nursing. 2023 Feb;32(1):54-75

Björkdahl A, Perseus KI, Samuelsson M, Lindberg MH. Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. International Journal of Mental Health Nursing. 2016 Oct;25(5):472-9

Hedlund Lindberg M, Samuelsson M, Perseus KI, Björkdahl A. The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. International Journal of mental health nursing. 2019 Aug;28(4):930-9

Davies R, Murphy K, Sethi F. Sensory room in a psychiatric intensive care unit. Journal of Psychiatric Intensive Care. 2020 Apr 1;16(1):23-8



## ۵ نمونه از برترین استارت‌آپ‌های ایرانی و محصولات تولید شده در زمینه روان



محمد امین شکری  
پرستاری مهر ۱۴۰۱ علوم پزشکی قم



امروزه با توجه به افزایش فشارهای اجتماعی، اقتصادی و محیطی، مشکلات روانی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس به طور فزاینده‌ای در جوامع مختلف شایع شده‌اند که در این راستا، استارت‌آپ‌ها در زمینه روان‌شناسی و سلامت روان به عنوان یک پاسخ نوآورانه به چالش‌های روزافزون در این حوزه ظهور کرده‌اند که با ارائه راه‌حل‌های دیجیتال و مبتنی بر فناوری، می‌توانند دسترسی به خدمات درمانی را تسهیل کنند و به افراد کمک کنند تا سلامت روان خود را بهتر مدیریت کنند.

استفاده از فناوری‌های نوین مانند اپلیکیشن‌ها، پلتفرم‌های مشاوره آنلاین و ابزارهای سنجش روان‌شناختی، امکان ارائه خدمات شخصی‌سازی شده و مقرون به صرفه را فراهم می‌آورد. این استارت‌آپ‌ها همچنین می‌توانند به کاهش ترس و اضطراب مرتبط با مراجعه به متخصصان سلامت روان کمک کنند و افراد را ترغیب کنند تا بدون ترس از قضاوت، به دنبال کمک باشند. بنابراین، ضرورت و اهمیت استارت‌آپ‌ها در این زمینه نه تنها به بهبود کیفیت زندگی افراد کمک می‌کند، بلکه به توسعه یک اکوسیستم حمایتی و آگاهانه در حوزه سلامت روان نیز می‌انجامد.

حال به معرفی ۵ استارت‌آپ برتر در زمینه روان می‌پردازیم:

### «زی دکتر»

یکی از استارت‌آپ‌های برجسته در زمینه خدمات روانشناسی آنلاین، «زی دکتر» است. این پلتفرم از سال ۱۴۰۰، خدمات مشاوره‌ای روانشناسی آنلاین ارائه می‌دهد. ویژگی‌های بارز این پلتفرم شامل موارد زیر است:

- تنوع مشاوره‌ها: مشاوره‌های روانشناسی در زمینه‌های مختلف از جمله استرس، اضطراب، افسردگی، مشکلات خانواده و زناشویی

- دسترسی آسان: کاربران می‌توانند به راحتی و از طریق اپلیکیشن موبایل زی دکتر، به خدمات مشاوره دسترسی پیدا کنند.

- امنیت اطلاعات: زی دکتر با بهره‌گیری از تکنولوژی رمزنگاری پیشرفته، اطلاعات

کاربران خود را از دسترس افراد غیرمجاز محفوظ می‌دارد.

- هیئت مشاوران حرفه‌ای: این پلتفرم با داشتن تیمی از مشاوران مجرب و متخصص، امکان ارائه راهکارهای دقیق و کاربردی را فراهم کرده است.



### «ای سنج»

استارت‌آپ دیگری که توجه بسیاری را به خود جلب کرده، «ای سنج» است. این سامانه از سال ۱۳۹۷ فعالیت خود را آغاز کرده و خدمات مختلفی از جمله انجام تست‌های روانشناسی آنلاین را ارائه می‌دهد. نکات برجسته این سامانه عبارتند از:

- بانک تست‌های روانشناسی: ای سنج دارای بیش از ۵۰ تست معتبر روانشناسی است که با استفاده از آن‌ها کاربران می‌توانند شناخت دقیقی از مشکلات خود پیدا کنند.

- پرتال کاربری جامع: کاربران ای سنج می‌توانند نتایج تست‌های خود را بررسی

کرده و روند پیشرفت خود را مشاهده کنند.

- گزارشات تحلیلی: این سامانه گزارشات تحلیلی دقیقی براساس نتایج تست‌ها ارائه می‌دهد که به کاربران کمک می‌کند تا اقداماتی مناسب برای بهبود سلامت روانی خود انجام دهند.

- پشتیبانی مستمر: تیم پشتیبانی ای سنج همیشه آماده پاسخگویی به سوالات و رفع مشکلات کاربران است.



### «پزشکت»

پلتفرمی که از سال ۱۳۹۸ در زمینه مشاوره‌های روانشناسی آنلاین فعال بوده، «پزشکت» نام دارد. این پلتفرم دارای ویژگی‌های زیر است:

- مشاوره آنلاین و تلفنی: پزشکی با ارائه خدمات مشاوره از راه دور، به کاربران این امکان را می‌دهد تا در هر زمان و مکان به مشاوران دسترسی داشته باشند.

- بازخوردهای سریع و دقیق: کاربران پزشکی می‌توانند از طریق سیستم بازخورد، نظرات و پیشنهادات خود را ثبت کنند و در کوتاه‌ترین زمان ممکن پاسخ دریافت کنند.

- کارگاه‌ها و وبینارها: این پلتفرم با برگزاری کارگاه‌ها و وبینارهای مختلف در زمینه روانشناسی، به کاربران کمک می‌کند تا دانش و مهارت‌های روانشناسی خود را ارتقا دهند.

- شبکه‌ای از متخصصان: پزشکی با داشتن شبکه‌ای گسترده از متخصصان روانشناسی، امکان ارائه خدمات متنوع و حرفه‌ای را فراهم کرده است.



### «حال»

از دیگر استارت‌آپ‌های موفق، «حال» است که از سال ۱۳۹۶ فعالیت می‌کند. این پلتفرم با ویژگی‌های زیر به کاربران خدمت‌رسانی می‌کند:

- محتوای آموزشی: حال با ارائه محتوای آموزشی در زمینه‌های مختلف روانشناسی، به کاربران کمک می‌کند تا با مسائل روانشناسی آشنا شوند و راهکارهای علمی را برای حل مشکلات خود به کار بگیرند.

- مشاوره‌های تخصصی: این پلتفرم با ارائه مشاوره‌های تخصصی در زمینه‌های مختلف از جمله کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان، به کاربران کمک می‌کند تا بتوانند مشکلات مرتبط با هر گروه سنی را حل کنند.

- پشتیبانی ۲۴/۷: حال با ارائه پشتیبانی ۲۴ ساعته و در تمام روزهای هفته، این اطمینان را به کاربران می‌دهد که در هر زمان می‌توانند از خدمات مشاوره‌ای بهره‌مند شوند.

- تخفیفات و پیشنهادهای ویژه: برای جذب بیشتر کاربران، حال تخفیفات و پیشنهادهای ویژه‌ای را در زمان‌های مختلف ارائه می‌دهد.



### «سیمیاروم»

استارت‌آپ «سیمیاروم» که از سال ۱۳۹۱ در حوزه مشاوره آنلاین روانشناسی و خانواده فعالیت می‌کند، دارای ویژگی‌های برجسته‌ای است:

- تمرکز بر خانواده: سیمیاروم با تمرکز بر مسائل و چالش‌های خانوادگی، به مشاوره‌های مرتبط با ازدواج، طلاق، تربیت فرزندان و روابط خانوادگی می‌پردازد.

- برنامه‌های آموزشی: این پلتفرم با برگزاری برنامه‌های آموزشی و دوره‌های مختلف، به ارتقای سطح دانش و آگاهی اعضای خانواده کمک می‌کند.

- پرسش و پاسخ آنلاین: کاربران سیمیاروم می‌توانند سوالات خود را به صورت آنلاین با مشاوران در میان بگذارند و پاسخ‌های حرفه‌ای دریافت کنند.

- پکیج‌های متنوع: سیمیاروم با ارائه پکیج‌های متنوع و خدمات مختلف، نیازهای مختلف کاربران را پوشش می‌دهد.

منابع:

<https://zidoctor.com/aboutus>

<https://esanj.ir/about-us>

<https://pezeshket.com/pages/about>

<https://haal.ir/about-us>

<https://simiaroom.com>

## متفورمین به عنوان مکمل داروی ضد افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD)



زهرا پیمانی  
پرستاری ۱۴۰۲ علوم پزشکی قم

افسردگی یک اختلال خلقی رایج است و علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است و به طور قابل توجهی در بار جهانی بیماری نقش دارد. طبق آمار بدست آمده از مرکز داده‌های آماری در سال ۱۹۹۰ درصد افرادی که دچار افسردگی بوده‌اند برابر با ۳/۹۲ درصد بوده در حالی که این آمار در سال ۲۰۱۹ به ۵/۴۸ درصد رسیده است. با توجه به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال افسردگی اساسی (MDD) مستلزم وجود پنج علامت یا بیش‌تر در عرض دو هفته که دو علامت آن باید خلق افسرده یا بی‌لذتی (از دست دادن علاقه یا لذت) باشد و یا حداقل باید یکی از این دو علامت به همراه ۴ علامت دیگر وجود داشته باشد. علائم دیگر شامل از تغییر اشتها یا وزن، مشکلات خواب، بی‌قراری یا عقب‌ماندگی روانی- حرکتی، از دست دادن انرژی، کاهش تمرکز، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط و افکار خودکشی هستند.

گرچه در چند دهه اخیر استراتژی‌های مختلفی برای بهبود نتایج درمان افسردگی ارائه شده است، اما بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به MDD به درمان‌های موجود پاسخ کامل نمی‌دهند. این محدودیت‌ها محققان را به جستجوی داروهای جدید یا بررسی کاربرد مجدد برخی داروها برای درمان MDD سوق داده است.

**دیابت و افسردگی** اختلالات ناتوان کننده مزمن هستند که می‌توانند به صورت همبود رخ دهند. تصور می‌شود که آنها نه تنها از طریق عوامل محیطی و رفتاری،



بلکه از طریق مکانیسم‌های مولکولی نیز مرتبط هستند. **درک رابطه بین افسردگی و دیابت** پیامدهای مهمی برای کشف راه‌های جدید برای درمان دارد. افسردگی ممکن است ناشی از عوامل محیطی قابل مقایسه باشد که متابولیسم گلوکز را تنظیم می‌کند و همچنین می‌تواند به طور مستقل بر تصمیمات تغذیه و شیوه زندگی تأثیر بگذارد و افراد را مستعد ابتلا به دیابت کند. از نظر بیولوژیکی، سه مسیر برای رابطه دو طرفه بین دیابت و افسردگی برجسته شده است. اولاً، **هیپرگلیسمی** که با علائم افسردگی مرتبط است. ثانیاً، بر اساس مطالعات متعدد، **مقاومت به انسولین** به عنوان ارتباطی بین دیابت و افسردگی مطرح شده است. ثالثاً، **افزایش التهاب** هم در بیماران دیابتی و هم در بیماران افسرده کشف شده است و علائم افسردگی به طور موثر با داروهای ضد التهاب درمان شده است. از آنجایی که

بسیاری از داروهای ضد دیابت هر سه مسیر را تحت تأثیر قرار می‌دهند، این فرضیه وجود دارد که داروهای ضد دیابت ممکن است به درمان افسردگی در بیماران دیابتی کمک کند و احتمالاً پلی داروسازی را کاهش دهد. در ادامه بررسی خواهیم کرد که آیا متفورمین، که به عنوان یک داروی خط اول برای دیابت نوع دوم استفاده می‌شود، می‌تواند برای درمان علائم افسردگی در بیماران دیابتی استفاده شود یا خیر.

متفورمین، داروی خط اول در درمان دیابت نوع ۲، با کاهش تولید گلوکز کبدی و جذب روده‌ای آن، بهبود حساسیت بافتی به انسولین و تقویت نورونز، عملکرد حافظه فضایی و محافظت از مغز در برابر استرس اکسیداتیو، شناخته می‌شود. شواهد نشان می‌دهند که این دارو، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلالات متابولیکی، می‌تواند به بهبود علائم افسردگی کمک کند.



### نقش سروتونین در افسردگی و تأثیر متفورمین روی سروتونین

مقاومت به انسولین و اختلالات متابولیکی و در نتیجه کاهش عملکرد سلول‌ها برای ترشح سروتونین با افزایش خطر ابتلا به افسردگی مرتبط هستند؛ یافته‌های جدید نشان می‌دهد که متفورمین می‌تواند جذب سروتونینی توسط ناقل سرت و سایر ناقل‌های کاتیونی را کاهش دهد و بر روی افزایش سطح سروتونین تأثیر بگذارد. همچنین این دارو می‌تواند از طریق کاهش تولید گلوکز در کبد و بهبود حساسیت به انسولین، در افزایش عملکرد سلول‌ها برای ترشح سروتونین، موثر باشد.

از طرفی دیگر متفورمین می‌تواند ترکیب میکروبیوم روده را تغییر دهد. میکروبیوم روده نقش مهمی در تولید و تنظیم نوروترنسمیترها، از جمله سروتونین دارد. برخی از باکتری‌های روده‌ای قادر به تولید پیش‌سازهای سروتونین هستند و تغییر در ترکیب میکروبیوم می‌تواند به افزایش سطح سروتونین منجر شود و در بهبود علائم افسردگی نقش به‌سزایی داشته باشد.



مکانیسم دیگر این دارو اثر بر روی مسیرهای سیگنالینگ مختلف از جمله مسیر AMPK می‌باشد که با فعال‌سازی AMPK می‌تواند به بهبود عملکرد نوری و حافظه، افزایش سطح فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز (گروهی از پروتئین‌ها که نقش حیاتی در رشد، بقا، تکامل و عملکرد نورون‌ها ایفا می‌کنند) و افزایش تولید نوروترنسمیترها از جمله سروتونین کمک کند.

### نقش التهاب در افسردگی و تأثیر متفورمین بر التهاب

اختلال افسردگی اساسی (MDD) با افزایش التهاب در بدن مرتبط است. فعال شدن سیستم ایمنی در مواجهه با عفونت یا آسیب، موجب آزادسازی مواد التهابی مانند سایتوکاین‌ها می‌شود. افزایش سطح سایتوکاین‌های التهابی، به‌ویژه در طولانی‌مدت، می‌تواند عملکرد مغز را مختل کند. سایتوکاین‌های التهابی مانند TNF و IL-6 که از سلول‌های چربی ترشح می‌شوند، سیگنال‌دهی انسولین را مختل کرده و در بروز افسردگی نقش دارند. متفورمین از طریق خواص ضد التهابی، آنتی‌اکسیدانی، ضد آپوپتوتیک می‌تواند از



چسبیدن سلول‌های التهابی به اندوتلیوم جلوگیری کند و به بهبود علائم افسردگی منجر شود.

در نهایت، اگرچه شواهد اولیه امیدوارکننده هستند، اما نیاز به تحقیقات بیش‌تری وجود دارد تا اثرات متفورمین به عنوان یک درمان مکمل برای افسردگی اساسی بهتر درک شود.

منابع:

Scientific Research Monthly of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Volume 28, Number 3

Comprehensive Reference of Pharmacology of Iranian Generic Drugs

Guyton Physiology

Mahmoud S. Abdallah1, Esraa M. Mosalam2, Abdel-Aziz A. Zidan3 et al. The Antidiabetic Metformin as an Adjunct to Antidepressants in Patients with Major Depressive Disorder: A Proof-of-Concept, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial • 2020 Original Article Volume 17, Issue 4p1897-1906 October

Chieh-Hsin Lee 1, Fabrizio Giuliani. The Role of Inflammation in Depression and Fatigue. (2019) 19;10:1696/ doi: 10.3389

Jian Zhang ,Rongyi Sun ,Yang Cai ,Bo Peng ,Xi Yang andKeming Gao Efficacy and Safety of Antidiabetic Agents for Major Depressive Disorder and Bipolar Depression: A Meta-Analysis of Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trials/. Med. (2024), 13(4), 1172

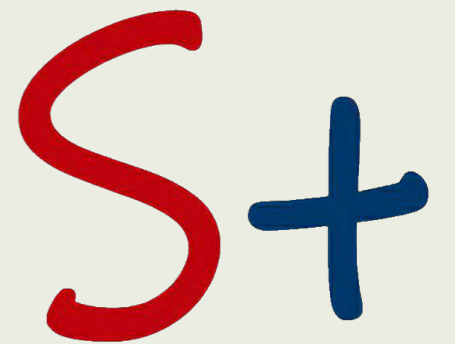
## افتخارات نشریه scientific plus

کسب رتبه گرید B کشوری خانه نشریات وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۱

کسب رتبه نشریه برتر دانشگاه علوم پزشکی قم  
در سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰

همکاری با دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور در  
طول سابقه فعالیت

همکاری با اساتید و اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

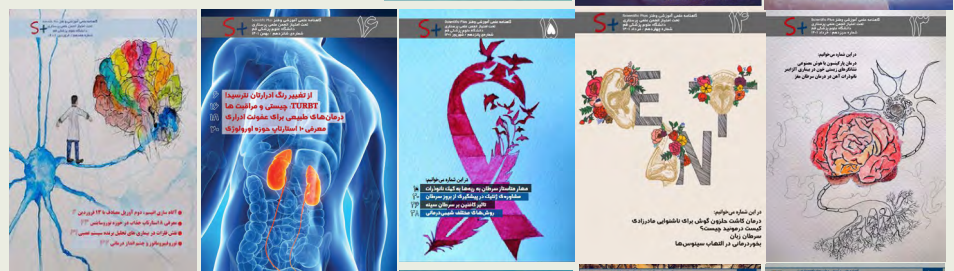


گاهنامه علمی آموزشی  
Scientific Plus

# فراخوان نشریه

گاهنامه Scientific Plus از دانشجویان  
علاقه مند به فعالیت در نشریات ، جهت  
همکاری در نشریه دعوت به عمل می  
آورد. همچنین اعضای این گاهنامه می  
توانند پس از همکاری در چهار شماره  
از نشریه گواهی دریافت کنند

۰۹۳۰۰۹۵۵۰۷۵  
@insidevillain  
@nursing\_muq



برای مطالعه هر یک از شماره های قبلی روی آن کلیک کنید.