



## Journal of psychiatric nursing

نشریه دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات درمانی ایران

شماره اول - سال اول - پاییز 1404

شماره مجوز: 1404-1-120/4295



## اعضای هیئت تحریریه نشریه روان یار:

سردبیر نشریه: امیررضا مرادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



گرافیسیت: فاطمه دینده

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



زهرا سادات میریونسی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



محمدحسن چارقدچی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



فاطمه عمیقی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



صدف سالم دزفولی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



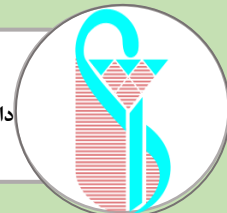
الهه علی بابایی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



نرگس محمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



## فهرست:

3 سخن سردبیر

4 شرح پژوهش

5 مفاخر جهانی روان پرستاری

6 اختلال وحشت زدگی

9 اختلال هویت تجزیه ای

12 روز جهانی سلامت روان

13 فصلنامه مرکز ایران

18 جدول

## شناسنامه:

صاحب امتیاز، مدیر مسئول و سردبیر: امیررضا مرادی

اعضاء هیئت تحریریه: امیررضا مرادی، زهرا سادات

میریونسی، محمد حسن چارقدچی، فاطمه عمیقی، صدف

سالم دزفولی، الهه علی بابایی، نرگس محمدی

گرافیسیت و صفحه آرا: فاطمه دینده

زمینه انتشار: علمی - فرهنگی

بازه انتشار: فصلنامه

شماره مجوز:

راه های ارتباطی:

کانال تلگرام نشریه:

<https://t.me/+kVINHeo6blc1ZDg>

آیدی تلگرام سردبیر: @AmirRezaMoradi1999



سردبیر: امیررضا مرادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



### سخن سردبیر:

روان یار تلاشی است برای دیده شدن نقش پرستاری روان در دنیایی که سلامت روان هر روز بیش از پیش به چالشی جدی بدل می شود. هدف ما از انتشار این نشریه، تنها انتقال دانش نیست؛ بلکه ایجاد فضایی برای گفت و گو، آگاهی بخشی و بازاندیشی در جایگاه پرستار روان پزشکی در نظام سلامت است. در روان یار می کوشیم پژوهش، تجربه بالینی و آموزش را در کنار هم بنشانیم تا پلی میان علم و عمل ساخته شود. باور داریم که پرستاران روان، نه فقط مراقبان بیماران، بلکه همراهان مسیر بهبود، آموزش دهندگان جامعه و بازیگران کلیدی سلامت روان هستند. امیدواریم این نشریه گامی هرچند کوچک در جهت ارتقای دانش، تقویت هویت حرفه ای و حساس تر شدن نگاهها به سلامت روان باشد.

باید چه کار کند. آن‌ها تصمیم گرفتند از دل مقالات و پژوهش‌های مختلف، تصویر واقعی‌تری پیدا کنند. پس مثل همه مرورهای درست و حسابی، شروع کردند به جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های علمی؛ هر مقاله‌ای که پیدا می‌کردند را غربال می‌کردند، کنار هم می‌گذاشتند و سعی می‌کردند از لابه‌لای روایت پرستاران بفهمند واقعاً چه خبر است.

کم‌کم داستان روشن شد. پرستارانی که در محیط‌های شلوغ روان‌پزشکی کار می‌کردند، اغلب احساس می‌کردند که نقش پرستار پیشرفته می‌تواند یک نیروی نجات‌بخش باشد؛ کسی که می‌تواند بین پزشک و پرستار نقش پل را بازی کند، بحران‌های حاد را مدیریت کند، آموزش‌های تخصصی بدهد و حتی رهبری تیم را برعهده بگیرد. اما با همین شور و شوق، یک گله هم همراهش بود: «هیچ‌جا به‌طور رسمی نگفته‌اند دقیقاً این نقش چطور باید اجرا شود.» یعنی پرستاران جایگاه را می‌دیدند، توانایی‌ها را می‌دیدند، اما چارچوب وجود نداشت.

در میان روایت‌ها، بعضی از پرستاران از تجربه‌های مثبت‌شان می‌گفتند؛ اینکه یک پرستار پیشرفته چطور باعث شده درمان بیماران سریع‌تر پیش برود، چطور باعث هماهنگی بهتر در تیم شده، و چطور توانسته به بار روان‌پزشکان کمک کند. اما در مقابل گروهی هم می‌گفتند چون سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها شفاف نیست، این نقش هنوز نیمه‌کاره مانده و آن‌طور که باید نمی‌تواند تاثیر بگذارد.

در پایان کار، **Duyilemi** و **Mabunda** به یک نتیجه ساده ولی مهم رسیدند: پرستار روان‌پزشکی پیشرفته پتانسیل عجیبی دارد، اما سیستم باید او را به رسمیت بشناسد. باید حدود اختیاراتش مشخص شود، آموزش‌های تخصصی‌اش تقویت شود و بقیه اعضای تیم هم بدانند دقیقاً با چه نقشی سروکار دارند. وقتی این پایه‌ها محکم شود، این نقش می‌تواند کیفیت مراقبت، سرعت مداخله و هماهنگی تیمی را چند برابر کند.

سردبیر: امیررضا مرادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



## شرح پژوهش:

عنوان مطالعه: «درک پرستاران از نقش پرستاران روان پزشکی پیشرفته در نظام مراقبت سلامت روان: یک مرور یکپارچه»



شرح مطالعه:

طی سال‌های اخیر، فشار روی سیستم‌های سلامت روان در دنیا بیشتر و بیشتر شده؛ بیماران زیادند، متخصصان کم‌اند، و تیم‌های درمانی مدام بین کمبود نیرو و حجم بالای مراجعات گیر می‌کنند. در این میان، یک نقش کلیدی همیشه مطرح بوده اما آن قدری که باید شناخته نشده: «پرستار روان‌پزشکی پیشرفته». نقشی که اگر درست تعریف شود، می‌تواند خیلی از بارهای درمانی را سبک کند. همین سؤال که «واقعاً پرستاران در میدان عمل چه تصویری از این نقش دارند؟» باعث شد دو پژوهشگر، **Duyilemi** و **F. E. Mabunda N. F.** دست‌به‌کار شوند و در سال 2025 یک مرور یکپارچه منتشر کنند تا بفهمند واقعاً ماجرا از نگاه پرستاران چیست.

وقتی **Duyilemi** و **Mabunda** سراغ این موضوع رفتند، اولین چیزی که چشم‌شان را گرفت این بود که هیچ‌کس دقیقاً نمی‌داند «پرستار روان‌پزشکی پیشرفته»

دیگران بود. تجربه‌های دوران نوجوانی او در زمان همه‌گیری آنفلوآنزای ۱۹۱۸ و مشاهده درد و رنج بیماران در جامعه، علاقه او به حرفه مراقبت و درمان را شکل داد.

پپلاو زنی بسیار منضبط، سخت‌کوش، و پیشگام بود؛ شخصیت او ترکیبی از تفکر تحلیلی، مهارت ارتباطی بالا و تمایل شدید به اصلاح سیستم‌های درمانی بود. هیلدگارد پپلاو در ۱۷ مارس ۱۹۹۹ در سن ۸۹ سالگی درگذشت.

**زندگی‌نامه حرفه‌ای و مسیر شغلی پپلاو در پرستاری**

### آموزش و تحصیلات:

پپلاو مسیر تحصیلی خود را با جدیت بسیار طی کرد:

۱۹۳۱: فارغ‌التحصیل از مدرسه پرستاری Pottstown Hospital School of Nursing

۱۹۴۳: دریافت لیسانس پرستاری از Bennington College

۱۹۴۷: دریافت فوق‌لیسانس پرستاری روان‌پزشکی از Columbia University

بعداً دکترای خود را در حوزه آموزش و پرستاری دریافت کرد. تحصیلات او پایه محکمی برای تدوین نظریه‌اش در پرستاری فراهم کرد. در دوران جنگ جهانی دوم، پپلاو به عنوان پرستار ارتش خدمت کرد و در مراکز درمانی ارتش آمریکا در اروپا با سربازان آسیب‌دیده روانی کار کرد. این تجربیات عمیق سبب شد توجه او بیش از پیش به پرستاری روان‌پزشکی جلب شود.

### شروع فعالیت دانشگاهی و حرفه‌ای:

پس از جنگ، پپلاو به آمریکا بازگشت و در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و دانشگاه‌ها به کار ادامه داد.

او به عنوان مدیر، استاد، پژوهشگر و مربی پرستاران فعالیت کرد. مهم‌ترین دوره کاری او در دانشگاه راتجرز بود.

به زبان خیلی ساده: این مرور یکپارچه نشان داد که «نقش هست، نیاز هست، توانایی هست؛ فقط تعریف و حمایت کم است». همین پیام آخر شاید مهم‌ترین چیزی باشد که این مطالعه به سیستم‌های سلامت یادآوری می‌کند.

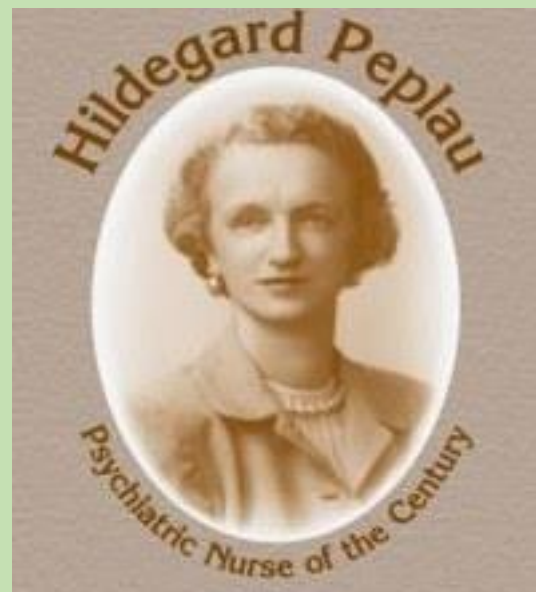
محمد حسن چارقدچی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



### مفاخر جهانی روان پرستاری:

هیلدگارد پپلاو (Hildegard E. Peplau)



هیلدگارد الیزابت پپلاو، نظریه‌پرداز برجسته پرستاری و «مادر پرستاری روان‌پزشکی مدرن»، در اول سپتامبر ۱۹۰۹ در شهر ریدینگ، ایالت پنسیلوانیا آمریکا به دنیا آمد. او فرزند دوم از شش فرزند یک خانواده مهاجر آلمانی بود.

خانواده او از نظر مالی محدود بودند، اما والدینش بر آموزش و پیشرفت تحصیلی فرزندان تأکید می‌کردند. پپلاو از کودکی فردی کنجکاو، منظم و علاقه‌مند به کمک به



تدوین نظریه مشهور «روابط میان فردی در پرستاری»

### جوایز و افتخارات

چکیده فعالیت حرفه‌ای او در کتاب مهمش با عنوان:

پپلائو جوایز مهمی دریافت کرد، از جمله:

Interpersonal Relations in Nursing (1952)

مدال «پیشگامان پرستاری» از ANA

منتشر شد که یکی از بنیادی‌ترین نظریه‌های پرستاری جهان است.

جایزه عالی خدمات پرستاری روان پزشکی

عنوان «یکی از ۵۰ شخصیت تأثیرگذار تاریخ پرستاری»

نظریه پپلائو چه می‌گوید؟

### تأثیرات ماندگار

پرستاری یک فرایند پویا، درمانی و بین فردی است که

میراث او شامل موارد زیر است:

شامل چهار مرحله است:

- ایجاد رشته پرستاری روان پزشکی مدرن
- تغییر نگاه جهانی به نقش پرستار
- گسترش ارتباط درمانی در تمام شاخه‌های پرستاری
- الهام بخش صدها پژوهش و نظریه پس از خودش

1. آشنا شدن (Orientation)

2. شناخت و کارکرد (Identification)

3. بهره برداری (Exploitation)

4. جدایی (Resolution)

او به درستی «مادر پرستاری روان پزشکی» شناخته می‌شود.

این نظریه برای اولین بار نقش پرستار را از یک فرد انجام‌دهنده دستورات پزشک به یک متخصص فعال در فرایند درمان تبدیل کرد. این نظریه پایه پرستاری روان پزشکی، آموزش پرستاری مدرن و ارتباط درمانی محسوب می‌شود.

### جمع‌بندی کوتاه:

### نقش رهبری در سازمان‌های پرستاری

هیلدگارد پپلائو پرستاری است که با نظریه روابط میان فردی، پرستاری را از یک حرفه صرفاً مهارتی به یک رشته علمی-درمانی تبدیل کرد. فعالیت او در آموزش، پژوهش، رهبری حرفه پرستاری، و به‌ویژه پرستاری روانی، تأثیراتی ماندگار بر نظام‌های بهداشت جهان گذاشت.

پپلائو در حرفه ی پرستاری نقش مدیریتی برجسته‌ای داشت:

• رئیس انجمن پرستاران آمریکا (ANA)

• بنیان‌گذار استانداردهای آموزشی برای پرستاری روان پزشکی

• مشاور سازمان جهانی بهداشت (WHO) در توسعه برنامه‌های سلامت روان

### تدریس و آموزش پرستاران

### اختلال وحشت زدگی (panic disorder)

اختلال وحشت زدگی شامل حملات پنیک مکرر و غیر منتظره می باشد. سن میانه (median age) در شروع

او بیش از ۲۰ سال در دانشگاه راتجرز تدریس کرد و یکی از تأثیرگذارترین مریبان پرستاری قرن بیستم شد. بسیاری از پرستاران و اساتید برجسته توسط او آموزش داده شدند.



صدف سالم دزفولی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران

### 13- ترس از مردن

حمله پنیک می تواند از یک حالت یا وضعیت آرام و یا از یک حالت اضطراب شروع شود. (یعنی فرد آرام است و مشکلی ندارد و ناگهان دچار پنیک می شود و یا از چیزی مضطرب است و ناگهان پنیک می کند.)

بعد از حداقل یک حمله ی پنیک، فرد به مدت یک ماه یا بیشتر یکی از موارد زیر یا هر دو مورد را تجربه می کند:

1- نگرانی مکرر و مداوم درباره ی وقوع مجدد حملات پنیک یا پیامد های آن (مثلا ترس از دست دادن کنترل، دچار حمله ی قلبی شدن یا دیوانه شدن) (به گفته ی بیماران)

2- تغییرات ناسازگارانه و چشمگیر یا معنادار در رفتار فرد که با این حملات مرتبط هستند. (مثلا فرد رفتاری در پیش می گیرد تا از این حملات اجتناب کند برای مثال ورزش کردن یا از قرار گرفتن در موقعیت های نا آشنا حذر می کند.)

**ویژگی اصلی حملات پنیک غیر منتظره بودن آن می باشد.**



فراوانی و شدت حملات پنیک متفاوت است. بعضی از حملات با فراوانی متوسط روی می دهند مثلا یک بار در هفته در بازه ی چندین ماهه. بعضی حملات ممکن است کوتاه تر باشند اما فراوان تر مثلا هر روز در بازه های چند هفته ای. بعضی از حملات نیز فراوانی کمتری دارند مثلا دو بار در ماه روی می دهند و چندین سال ممکن است دامه داشته باشد.

### اختلال وحشت زدگی در ایالات متحده ی آمریکا 20-24

سال می باشد.



حمله ی پنیک: حمله ی پنیک یا حمله ی وحشت زدگی (PANIC ATTACK) عبارت است از ترس شدید (intense fear) یا ناراحتی شدید (intense discomfort) و ناگهانی که در عرض چند دقیقه به اوج خود می رسد و در طی آن چهار مورد یا بیشتر از موارد زیر روی می دهد:

1- تپش سریع و نامنظم قلب، تپش قلب با صدای بلند

2- عرق کردن

3- لرزیدن

4- احساس تنگی نفس یا خفگی

5- احساس گیر کردن چیزی در گلو

6- درد یا ناراحتی در قفسه ی سینه

7- تهوع یا درد در ناحیه شکم

8- غش کردن

9- گر گرفتگی یا لرز گرفتن

10- پارستیزیاس (paresthesias) یا احساس بی حسی، مور مور شدن و سوزن سوزن شدن بدن

11- دی ریالیزیشن (واقعیت زدایی) یا دی پرسونالیزیشن (شخص زدایی)

12- ترس از دست دادن کنترل خود یا ترس از (دیوانه شدن)



## حمله ی پنیک شبانه (nocturnal panic attack):

یعنی بیدار شدن از خواب در حالت وحشت زدگی.

(با وحشت زدگی بعد از بیدار شدن کامل از خواب تفاوت دارد.)

### نگرانی های افراد با حملات پنیک:

#### 1-نگرانی های جسمی:

افراد نگران این هستند که مبادا حملات پنیک نشاندهنده ی یک بیماری خطرناک یا تهدید کننده ی جان هستند. مثلا بیماری قلبی یا اختلالات تشنجی.

#### 2-نگرانی های اجتماعی:

افراد نگران می شوند که مبادا بخاطر تظاهرات آشکار حملات پنیک جلوی دیگران خجالت زده شوند یا دیگران درباره ی آن ها قضاوت منفی داشته باشند.

#### 3-نگرانی های مرتبط با عملکرد روانی ناسازگارانه:

مثلا افراد فکر می کنند که در حال دیوانه شدن (going crazy) یا از دست دادن کنترل هستند.

### اما هنگام روی دادن حملات پانیک چه کاری انجام

#### دهیم؟

-روی تنفس به آرامی تمرکز کنید تا به شما کمک کند احساس آرامش کنید.

-همچنین ممکن است تمرکز بر آنچه در اطراف شما است، به جای آنچه که در بدن شما اتفاق می افتد، کمک کند. به عنوان مثال، شما می توانید:

1-به صدای یک موسیقی توجه کنید.

2-تمام اشیا قرمز رنگی که در اطراف شما هست را بشمارید.

3-به چیزهایی که می توانید در اطراف ببینید، بشنوید، یا بوی آن را احساس کنید توجه کنید.

شما همچنین می توانید با استفاده از اظهارات مقابله ای به خود اطمینان دهید. به عنوان مثال: به خودتان یادآوری کنید که اگرچه حملات هراس احساس وحشتناکی دارند، اما باعث نمی شوند که اتفاق بدی رخ دهد.

### درمان:

اکثر بیماران اگر درمان شوند، بهبود نمایانی در علائم پیدا می کنند. دو درمانی که بیشترین تاثیر را دارند، دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری (cbt) می باشد. با گروه درمانی و خانواده درمانی نیز می توان به بیمار و خانواده اش کمک کرد که خود را با واقعیت وجود این اختلال و مشکلات روانی-اجتماعی ناشی از آن سازگار سازد.

### دارو درمانی:

دو داروی آلپرازولام (Xanax) و پاروکستین (paxil) دو داروی موصل FDA برای درمان اختلال پانیک می باشند.

تجربه در مجموع برتری SSRIها و کلومیپرامین را بر بنزودیازپین ها، MAOI ها و داروهای سه و چهار حلقه ای را از نظر تاثیر و قابلیت تحمل عوارض نشان می دهد.

درمان دارویی از وقتی تاثیرش معلوم شد باید عموماً به مدت 8 تا 12 ماه ادامه پیدا کند. طبق داده های موجود اختلال پانیک مزمن است که ممکن است با قطع دارو عود کند.

### درمان های شناختی و رفتاری:

درمان های شناختی و رفتاری درمان های موثری برای اختلال پانیک هستند و از چندین گزارش بر می آید که این درمان ها بر دارو درمانی ارجحیت دارند. البته گزارش هایی نیز موجود است عکس این موضوع را نشان می دهد.

شخصی و/ یا حوادث آسیب زا که با فاموزشکلرس عادی مطابقت ندارد (DSM-5)

این اختلال نوعی آسیب روانی نمونه دار تجزیه ای است به این معنا که علایم همه ی اختلالات تجزیه ای دیگر مانند فراموشی، گریز، گسست از خویشتن، گسست از واقعیت و علایم مشابه در بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای شایع است. (علایم سبب ناراحتی عمده ی بالینی یافت عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر حوزه های کارکردی می شود DSM-5)

### تاریخچه این اختلال:

تا حدود سال ۱۸۰۰، معتقد بودند بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای از حالت مختلف تسخیر رنج می برند. در اوایل دهه ی ۱۸۰۰ بنیامین راش براساس گزارش های بالینی و دیگران توصیفی بالینی از پدیدارشناسی اختلال هویت تجزیه ای ارائه داد. بعداً هم ژان مارتین شارکو وهم پیر زانه علایم این اختلال را توصیف کردند و ماهیت تجزیه ای علایم ان را شناسایی کردند.

زیگموند فروید و یوگن بلولر هر دو این علایم را شناسایی کردند، هرچند فروید مکانیسم های روان یویشی را در پس علایم می دید و بلولر علایم مزبور را بازتابی از اسکیزوفرنیا می دانست شاید به دلیل افزایش آگاهی از مشکل کودک آزاری جنسی و جسمی وشاید هم به دلیل موارد توصیف شده در رسانه های عمومی (سه چهره هوا، سیبل)، آگاهی از اختلال هویت تجزیه ای افزایش یافته است. (این اختلال بخشی طبیعی از یک تجربه ی پذیرفته شده ی فرهنگی یا مذهبی نیست DSM-5)

### همه گیری :

در مورد اختلال هویت تجزیه ای اطلاعات همه گیر شناختی منظمی وجود ندارد. در مطالعات بالینی نسبت ابتلای زن به مرد بین ۵به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است.

### سبب شناسی:

در چندین مطالعه گزارش شده که ترکیب دارو درمانی با شناخت و رفتار درمانی موثر تر از هر کدام از این روش ها به تنهایی می باشد.

در شناخت درمانی در اختلال پنیک دو کانون عمده ی توجه عبارت است از نشان دادن اعتقادات غلط بیمار به وی و دادن اطلاعات صحیح درمورد حمله های پنیک.

مطلع ساختن بیمار از اعتقادات غلطش با تکیه و تمرکز بر تمایلی انجام می شود که بیمار برای تفسیر غلط احساسات خفیف جسمیش دارد به گونه ای که آن ها را دال بر غریب الوقوع بودن حمله ی پانیک، نابودی و مرگ خود می پندارد.

دادن اطلاعات صحیح درمورد حمله های پانیک نیز عبارت است از توضیح این نکته که حمله ی پانیک، اگر هم روی دهد، مدت محدودی دارد و مرگ آور و خطرناک نیست.

### زهرا سادات میریونسی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



## اختلال هویت تجزیه ای dissociative (identity disorder)

درنام اختلالی است که قبلاً به اختلال شخصیت چندگانه شهرت داشت. در بین تمامی اختلالات تجزیه ای بیش از همه در مورد این اختلال تحقیق صورت گرفته است.

مشخصه این اختلال وجود دو یا چند هویت یا حالات شخصیتی است که به طور مکرر کنترل رفتار شخص را به دست می گیرند و همراه با ان ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعات مهم شخصی وجود دارد که وسعت آن بیش از آن است که با فراموشکاری معمولی قابل توجیه باشد. (شکاف های راجعه در به یاد آوردن حوادث روزنامه اطلاعات مهم

خود اشاره می کند. به علاوه بیماران ممکن است در اشاره به خود از اسم کوچک استفاده کنند و یا هنگام توصیف خود و دیگران از عبارات خود ارجاعی فاقد شخصیت استفاده کنند: مانند «بدن».

بیماران اغلب حس عمیقی از نوعی تقسیم بندی درونی هماهنگ دارند یا بخش های درونی متعارض خود را به صورت انسان های مجزا تجسم می کنند در برخی موارد این بخشها اسامی خاص دارند و یا ممکن است بیمار آنها را با توجه به عاطفه یا کارکرد غالبشان بنامد مانند «عصبانی» یا «همسر». بیماران ممکن است به طور ناگهانی در زمینه اشاره به دیگران تغییر کنند، مثلاً به جای «پسر» بگویند «آن پسر».

### پیش آگهی:

در مورد سیر طبیعی اختلال هویت تجزیه ای درمان نشده چیز زیادی نمی دانیم. تصور می شود برخی از بیماران درمان نشده همچنان به روابط مبتنی بر سورفتار یا ماندن در خرده فرهنگ های خشن یا هر دو ادامه می دهند که این ممکن است منجر به آسیب دیدن فرزندانشان شده و امکان انتقال خانوادگی اختلال را فراهم سازد. بسیاری از صاحب نظران معتقدند درصدی از بیماران تشخیص داده نشده یا درمان نشده بر اثر خودکشی یا در نتیجه رفتارهای خطر جویانه خود فوت می کنند.

در بیماران دچار اختلالات همزمان عضوی، روان پریشانه (غیر از روان پریشی کاذب اختلال هویت تجزیه ای) و بیماری های طبی شدید، پیش آگهی بدتر است. اختلالات مقاوم خوردن و سوء مصرف مواد نیز با پیش آگهی نامساعدی همراهند. سایر عوامل حاکی از پیش آگهی نامساعد عبارتند از:

خصوصیات چشمگیر شخصیت ضداجتماعی، فعالیت های مجرمانه ادامه دار، ادامه ارتکاب سوء رفتار و تداوم قربانی شدن در حال حاضر، همراه با امتناع از ترک روابط مبتنی بر سوء رفتار. آسیب های مکرر در بزرگسالی همراه با دوره

اختلال هویت تجزیه ای ارتباط زیادی با تجربیات آسیب شدید اوایل کودکی (معمولاً سوء رفتار) دارد. میزان ترومای شدید کودکی در بیماران کودک و نوجوان دچار اختلال هویت تجزیه ای ۸۵ تا ۹۷ درصد گزارش شده است. سوء رفتار جسمی و جنسی شایعترین منبع گزارش شده آسیب کودکی در این افراد بوده است. نقش عوامل ژنتیکی فقط در این اواخر به صورت سیستماتیک مورد ارزیابی قرار گرفته است، اما در مطالعات مقدماتی شواهدی از نقش عمده عوامل ژنتیک یافت نشده است.

### تشخیص و خصوصیات بالینی:

ویرگی کلیدی در تشخیص این اختلال وجود دو یا چند حالت شخصیتی مجزا است. اما علائم و نشانه های زیاد دیگری هستند که جزء ویرگی های این اختلال محسوب می شوند و به دلیل تنوع زیاد در این زمینه، تشخیص گذاری مشکل است.

وضعیت روانی: وضعیت دقیق و مفصل در گذاشتن این تشخیص اهمیت اساسی دارد. بیماران مبتلا به این اختلال ممکن است به اشتباه مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال شخصیت مرزی یا تمارض واضح تلقی شوند

حافظه و علائم فراموشی: آشفتنگی تجزیه ای حافظه از چند طریق پایه تظاهر می کند و اغلب در شرایط بالینی قابل مشاهده است. بالینگر باید به عنوان بخشی از معاینه عمومی وضعیت روانی به طور متداول در مورد تجربیات کم کردن زمان، دوره های فراموشی مقطعی و شکاف های عمده در پیوستگی یادآوری اطلاعات شخصی پرس و جو کند. تجربیات تجزیه ای کم کردن زمان انقدر گسترده اند که نمی توان آنها را با فراموشکاری عادی توضیح داد و معمولاً شروع و خاتمه کاملاً مشخصی دارند.

بیماران دچار اختلال تجزیه ای اغلب در حافظه سرگذشتی خود (حافظه اتوبیوگرافیک)، بخصوص در مورد حوادث دوران کودکی، شکاف های عمده های را گزارش می کنند. شکاف های تجزیه ای در خاطرات سرگذشتی معمولاً حدود کاملاً مشخصی دارند و با افت طبیعی یادآوری خاطرات سرگذشتی در سنین خرد سالی مطابقت ندارند.

تغییرات تجزیه ای در هویت: از لحاظ بالینی **نخستین تظاهر** تغییرات تجزیه ای هویت به این صورت است که بیمار با ضمیر اول شخص جمع یا سوم شخص مفرد یا جمع به

های راجعه اختلال استرس حاد می تواند سیر بالینی را شدیداً عارضه دار و بغرنج کند.

## درمان

**روان درمانی:** روان درمانی موفقیت آمیز در بیمار دچار اختلال هویت تجزیه ای مستلزم آن است که بالینگر با طیفی از مداخلات روان درمانی آشنا بوده و مایل باشد برای ساختار بخشیدن به درمان فعالانه تلاش کند. وجوه درمانی مورد استفاده عبار تند از: روان درمانی روانکاوانه، شناخت درمانی، رفتاردرمانی و درمان دارویی بیمار آسیب دیده. آشنایی با درمان خانوادگی و نظریه سیستمها در کار با بیماری که از لحاظ ذهنی خود را به صورت سیستم پیچیده ای از خودهای مختلف با ائتلاف ها، روابط شبه خانوادگی و تعارضات درون گروهی احساس می کند مفید است. داشتن زمینه و تجربه درکار با بیماران دچار اختلالات شبه جسمی نیاز لحاظ بررسی علایم جسمی فراوان شایع دراین بیماران مفید است.

**شناخت درمانی:** بسیاری از تحریفات شناختی همراه با اختلال هویت تجزیه ای به آهستگی به فنون شناخت درمانی پاسخ می دهند و مداخلات شناختی موفقیت آمیز ممکن است منجر به ملال اضافی شود. گروهی از این بیماران از یک درمان حمایتی طولانی مدت که کاملاً معطوف به تثبیت مشکلات متعدد چند محوری آنها است فراتر نمی روند.

بیماران دچار اختلال هویت تجزیه ای مانند سایر بیماران دچار اختلالات شدید و مزمن روانپزشکی، به میزانی که بتوانند در درمان شرکت کنند، به درمان درازمدتی نیاز دارند که سبب محدود شدن علایم و کنترل کم کاری کلی زندگیشان شود.

**هیپنوتیزم:** مداخلات هیپنوتیزم درمانی اغلب سبب تخفیف تکانه های خود تخریبی یا کاهش علایمی نظیر خطوطر خاطره (فلش بک)، توهمات تجزیه ای و تجربیات تأثیر پذیری انفعالی می شود. آموزش خود هیپنوتیزم به بیمار ممکن است در بحران های خارج از جلسات به وی کمک کند. هیپنوتیزم دراززیایی حالات شخصیتی مبدل و عواطف و خاطرات جدا شده آنها مفید است. از هیپنوتیزم همچنین می توان برای ایجاد حالت روانی آرام استفاده کرد تا بتوان حوادث منفی زندگی را بدون اضطراب توانگاه بررسی نمود. بالینگرانی که از هیپنوتیزم استفاده می کنند

بایستی در زمینه کاربرد کلی آن و نیز کاربرد آن در گروه های دچار تروما آموزش دیده باشند بالینگر باید از مناقشات موجود در مورد تأثیر هیپنوتیزم بر روی گزارش درست خاطرات آگاه باشد و برای استفاده از هیپنوتیزم رضایت آگاهانه بیمار را اخذ نماید.

**مداخلات روان - دارویی:** داروهای ضدافسردگی اغلب در کاهش افسردگی و تثبیت خلق نقش مهمی دارند. انواعی از علایم PTSD، بخصوص علایم انگیزتگی مفرط و مزاحم، به طور نسبی به درمان دارویی پاسخ می دهند. گزارشاتی مبنی بر تأثیر نسبی داروهای SSRI، سه حلقه ای ها، ضدافسردگی های مهارکننده مونوآمین اکسیداز(MAOI)بتابلوگرها، کلونیدین (catapres) ضد تشنج ها و بنزودیازپین ها در کاهش علایم مزاحم و تکرار شونده، انگیزتگی مفرط واضطراب بیماران دچار اختلال هویت تجزیه ای وجود دارد. پروهش های اخیر حاکی است که پرازوسین (minipress) که انتاکنویست a-ادرنرژیک است ممکن است در کاهش کابوس های PTSD مفید باشد.

گزارش های موردی نشان می دهدکه در برخی افراد اگر EEG نابهنجار باشد، کاربامازپین ممکن است سبب کاهش پرخاشگری شود. بیماران دچار علایم وسواسی - جبری ممکن است به ضد افسردگی های ضد وسواس پاسخ دهند.

مطالعات برچسب - باز (open-label) حاکی است که نالترکسون (Revia) ممکن است در گروهی از بیماران آسیب دیده سبب کاهش رفتار های تکرار شونده جرح خویشتن شود.

نورولپتیک های آتی پیک (غیر متعارف)، نظیر ریسپریدون اضطراب توانگاه و علایم مزاحم PTSD در بیماران دچار اختلال هویت تجزیه ای مؤثر تر از نورولپتیک های تیپیک (متعارف) باشند و بهتر از آنها تحمل می شوند. گاهی بیماران شدیداً آشفته و فرسوده که اختلالشان مزمن شده است وبه سایر نورولپتیک ها پاسخ نداده اند، پاسخ مناسبی به کلوزاپین نشان میدهد.

**درمان با تشنج الکتریکی (ECT):** در برخی بیماران، در تخفیف علایم خلقی مقاوم مؤثر است و سبب تشدید مشکلات تجزیه ای حافظه نمی شود. تجربه بالینی در مراکز

دل‌ها را خاموش کرده است. بسیاری از دردهای روانی، بی‌صدا شکل می‌گیرند؛ آرام و تدریجی، تا جایی که انسان فراموش می‌کند «حال خوب» چه معنایی داشت.

با این حال، رنج روانی همچنان در حصار سکوت باقی مانده است. برچسب‌ها، قضاوت‌ها و سوءبرداشت‌ها، مانعی جدی در مسیر درمان‌اند. گویی انسان اجازه ندارد از خستگی ذهنش بگوید؛ گویی اندوه، اضطراب و ناامیدی باید پنهان بمانند. این در حالی است که پذیرش آسیب‌پذیری، نه نشانه ضعف، بلکه یکی از صادقانه‌ترین جلوه‌های انسان بودن است.

سلامت روان، مسئله‌ای صرفاً فردی نیست؛ بازتاب کیفیت روابط ما با یکدیگر و با جامعه است. خانواده‌ای که شنونده باشد، مدرسه‌ای که امنیت روانی را جدی بگیرد، محیط کاری که انسان را پیش از بهره‌وری ببیند و رسانه‌ای که آگاهی می‌آفریند، همگی در ساختن روانی سالم سهیم‌اند. جامعه‌ای که سلامت روان را نادیده می‌گیرد، دیر یا زود هزینه آن را در فرسایش سرمایه انسانی خود خواهد پرداخت.

روز جهانی سلامت روان، یادآور این حقیقت ساده اما



فراموش شده است که مراقبت از ذهن، به اندازه مراقبت از جسم ضروری است. همان‌گونه که درد جسم را جدی

مراقبت نالشیه در مورد بیماران شدیداً بدحال دچار اختلال هویت تجزیه ای نشان می‌دهد وجود نمای بالینی افسردگی اساسی همراه با خصائص ملانکولیک مقاوم و مداوم در تمام مبدل‌ها، پیش بینی کننده پاسخ خوب به ECT است. اما این پاسخ معمولاً نسبی است، همچنانکه در مورد اکثر درمان‌های جسمی موفقیت‌آمیزین بیماران چنین است

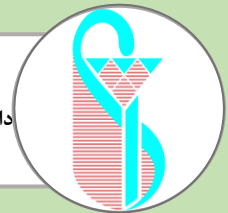
### درمان‌های کمکی:

- گروه درمانی.
- گروه‌های خودیار.
- کاردرمانی و درمان‌های ابرازی.
- حساسیت زدایی و بازپردازش با حرکات چشم (EMDR)

و در آخر اگر به کشف دنیای این بیماران علاقه مند هستید پیشنهاد میکنیم کتاب همزاد اثر فیودور داستایفسکی را که توصیف روانشناختی نسبتاً ملموسی از این اختلال دارد مطالعه کنید.

نرگس محمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



## 18 مهر | روز جهانی سلامت روان

جایی که ذهن آرام می‌گیرد، زندگی آغاز می‌شود.

سلامت روان، سکوتی عمیق در میان هیاهوی زندگی است؛ نقطه‌ای نامرئی که اگر نباشد، هیچ چیز آن‌گونه که باید، سر جای خود قرار نمی‌گیرد. ذهن آرام، زیربنای تصمیم‌های درست، روابط سالم و زیستن معنادار است. روز جهانی سلامت روان، بهانه‌ای است برای مکث؛ برای نگاهی دوباره به آنچه در درون ما می‌گذرد، حتی اگر سال‌هاست به گفتنش عادت نکرده‌ایم.

در جهان امروز، انسان بیش از هر زمان دیگری در معرض فرسودگی روانی قرار دارد. شتاب بی‌امان زندگی، فشار موفقیت، ناامنی‌های اقتصادی، تنهایی‌های پنهان در ازدحام روابط مجازی و ترس از دیده نشدن، ذهن‌ها را خسته و

فاطمه عمیقی  
دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران



## فصلنامه مرکز ایران:

### مقدمه:

سلامت روان یک جزء حیاتی از زندگی است که نیاز به توجه و مراقبت دارد. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)، حدود 1 نفر از هر 4 نفر در طول زندگی خود با مشکلی در سلامت روان مواجه می‌شود. این آمار نشان‌دهنده اهمیت توجه به این موضوع در سطح فردی و اجتماعی است. با آگاهی از عوامل مؤثر بر سلامت روان و استفاده از روش‌های پیشگیری و درمان، می‌توانیم کیفیت زندگی خود و دیگران را بهبود بخشیم و با ایجاد جوامع حمایتی و افزایش آگاهی در این زمینه، می‌توانیم به بهبود سلامت روان در سطح جهانی کمک کنیم. در این مطلب قصد داریم یکی از مراکز آموزشی و درمانی را معرفی کنیم.

### مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی ایران



مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی ایران در سال 1360 با نام مرکز روانپزشکی نواب صفوی شروع به کار کرد. در سال 1365 پس از تأسیس دانشگاه علوم پزشکی ایران، این مرکز با عنوان مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی، وظیفه آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و دستیاران روانپزشکی را به عهده گرفت. در حال حاضر و پس از گذشت چهل و چهارسال، این مرکز آموزشی-درمانی با

می‌گیریم، رنج روان نیز شایسته توجه، همدلی و درمان است. گفت‌وگو، آموزش، افزایش سواد روانی و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت روان، گام‌هایی ضروری برای ساختن آینده‌ای انسانی‌ترند.

در این روز، بیایید مهربان‌تر بشنویم، کمتر قضاوت کنیم و بیشتر بفهمیم. شاید کسی که کنار ماست، بیش از هر چیز به دیده شدن نیاز دارد. سلامت روان، نه یک امتیاز لوکس، بلکه حقی بنیادین است؛ حقی برای زیستن، نه فقط زنده ماندن.

### چرا ۱۸ مهر روز جهانی سلامت روان است؟

روز جهانی سلامت روان (World Mental Health Day) هر سال در تاریخ ۱۰ اکتبر برگزار می‌شود که در تقویم ایران مصادف با ۱۸ مهر است. این روز به ابتکار فدراسیون جهانی سلامت روان (WFMH) و با حمایت سازمان جهانی بهداشت (WHO) از سال ۱۹۹۲ نام‌گذاری شد.

هدف از تعیین این روز، افزایش آگاهی عمومی نسبت به اهمیت سلامت روان، کاهش انگ اجتماعی مرتبط با اختلالات روانی و جلب توجه سیاست‌گذاران به نقش سلامت روان در توسعه فردی و اجتماعی است. شواهد علمی نشان می‌دهد اختلالات روانی سهم قابل توجهی از بار جهانی بیماری‌ها و ناتوانی را تشکیل می‌دهند، در حالی که برای سال‌ها در حاشیه نظام‌های سلامت قرار داشته‌اند.

روز جهانی سلامت روان، فرصتی بین‌المللی برای گفت‌وگو، آموزش و طراحی مداخلات مبتنی بر شواهد فراهم می‌کند و بر ضرورت ادغام سلامت روان در سیاست‌های کلان بهداشتی تأکید دارد. هم‌زمانی این روز با ۱۸ مهر در ایران نیز بستری برای توجه علمی و اجتماعی بیشتر به این حوزه فراهم می‌سازد.



شامل بخش زنان و مردان (به یکی از خانه های صادرهای (خانه خیامی) در انتهای خیابان سرلشگر فلاحي (زعفرانیه) انتقال یافت که با مدیریت بیمارستان روانپزشکی رازی اداره میشود. بیمارستان روانپزشکی ایران از سال 1360 با نام مرکز روانپزشکی نواب صفوی شروع به کار کرد. در سال 1360 به دلیل نامناسب بودن فضای فیزیکی و مشکلات اداری، این مرکز تازه تأسیس منحل شد و بخش مردان آن به بیمارستان نواب صفوی و بخش زنان مجدداً به بیمارستان رازی منتقل شد. همزمان با آغاز جنگ تحمیلی، تأسیس مرکز اختصاصی برای بیماران دچار اختلال استرس پس از ضربه (موج انفجار) ضرورت یافت و با توجه به این نیاز و سیاست های کلان که مجروحان در مرکز جداگانه ای بستری شوند، مرکز نواب صفوی به طور اختصاصی به درمان بیماران روانپزشکی ناشی از جنگ اختصاص یافت. تا قبل از واگذاری آموزش پزشکی به وزارت بهداشت، مرکز روانپزشکی نواب صفوی با مدیریت بیمارستان روانپزشکی رازی اداره میشود. در سال 1365 به دنبال تأسیس دانشگاه علوم پزشکی ایران، این مرکز به عنوان مرکز آموزشی درمانی به این دانشگاه واگذار شد.

در ابتدا مجموع کارکنان درمانی و غیردرمانی این مرکز بیست و دو نفر بود که از بیمارستانهای رازی، اخوان، فیروزگر و مفید به این مرکز منتقل شدند. این مرکز در آن زمان، امکانات اولیه مانند جاده آسفالت، برق، آب و تلفن نداشت، به طوری که آب مصرفی مرکز با تانکر تأمین میشد. لوازم اداری اولیه برای راه اندازی از جمله میز، صندلی، تخت بیماران و لوازم التحریر کارکنان از لوازم اسقاطی وبیمارستان های دیگر به این مرکز فرستاده میشد.

در آن زمان مرکز برای جلوگیری از فرار بیماران امکانات حفاظتی نداشت. به همین دلیل بیماران زیادی از این مرکز فرار میکردند. پس از فرار بیمار، برای بازگرداندن او به بیمارستان، آمبولانس بیمارستان به همراه کارکنان به منزل بیمار فرستاده میشد. درمانگاه بیمارستان در سال 1365 راه

امکانات آموزشی و درمانی گسترده ای مانند روانپزشکی جامعه نگر، روان درمانی شناختی-رفتاری، روان درمانی تحلیلی، آزمایشگاه عصب شناختی، درمانگاه اختلال های جنسی، درمانگاه سوء مصرف الکل و مواد، بخش بستری الکل و اعتیاد، و همچنین یک مرکز درمانگاهی اقماری در حال خدمت رسانی به مردم است.

این مرکز تحت نام مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران در کیلومتر ۷ بزرگ راه لشکری (جاده مخصوص کرج)، جنب ورودی اتوبان ازادگان شمال، پشت پارکینگ تندگویان قرار دارد

با شماره تماس ۰۲۱-۴۴۵۰۳۳۹۵ الی ۹۹

آدرس سایت: [iph@iums.ac.ir](mailto:iph@iums.ac.ir)

ریاست فعلی مرکز جناب آقای دکتر کشاورز هستند که دوشنبه اخر هرماه از ساعت ۸ الی ۱۲ با تعیین وقت قبلی امکان ملاقات وجود دارد.

مدیریت مرکز آقای دکتر واسانی میباشد که یکشنبه ها ساعت ۸ الی ۱۲ با تعیین وقت قبلی امکان ملاقات وجود دارد

مترون مرکز سرکار خانم دستور میباشد که چهارشنبه ها از ساعت ۸ الی ۹ با تعیین وقت قبلی امکان ملاقات هست.

### تاریخچه مرکز وسیر تکاملی

در سال 1352 همزمان با برگزاری بازی های آسیایی در تهران، ساختمان فعلی بیمارستان روانپزشکی ایران به عنوان محلی برای اسکان دانشجویان و مهمانان ورزشکار طراحی و ساخته شد. بر اساس سوابق موجود، در آن زمان این ساختمان با نام «کانون دانشجویان» در اختیار نخست وزیر وقت قرار گرفت و پس از انقلاب به سازمان منطقه ای بهداری استان تهران واگذار شد. در سال ۱۳۵۹ بخشی از بیمارستان روانپزشکی رازی (بخش ابوریحان

اندازی شد و بیماران با مراجعه به درمانگاه، به صورت سرپایی درمان میشدند

اولین رئیس بیمارستان دکتر سید ضیاء حسینی، روانپزشک بود. اولین مدیر مرکز آقای کاتب و اولین مترون خانم حمیدیا بوده اند. این سه نفر مسئولیت اداره بیمارستان را در شرایط بسیار سخت پذیرفتند و با امکانات ناچیز بیمارستان را اداره میکردند. ریاست دکتر سید ضیاء حسینی تا سال 1365 ادامه داشت. ایشان در مدت ریاست خود اقداماتی برای بهبود وضعیت موجود انجام دادند که در ادامه مختصری از اقدامات ایشان شرح خواهد شد. احداث حمام داخل بخشها، ساخت آشپزخانه و سالن غذاخوری، احداث کاردرمانی، فعالسازی واحد مددکاری، به کارگیری سوپروایزر آموزشی و احداث بخش زنان از جمله فعالیت هایی بود که با وجود محدودیت های مالی و نیروی انسانی صورت گرفت. شروع به کار بیمارستان با یک بخش بستری (بخش مردان بود) و به مرور و بر اساس نیاز، بخش زنان نیز به آن اضافه شد.

یکی از پیشگامان روانشناس مرکز، دکتر بهروز بیرشک بود که در این مرکز کارش را آغاز کرد. به مرور زمان تعداد کارکنان در حوزه درمانهای غیردارویی افزایش قابل قبولی داشت و بیمارستان توانست کاردرمانگر و مددکار را به تیم درمانی خود اضافه کند. با انتقال خانم طاهره نجمایی و خانم ایمانخانی (مددکار) از بیمارستان رازی به مرکز روانپزشکی نواب در عمل، واحد مددکاری بیمارستان فعالیت خود را شروع کرد.

از نکات جالب و آموزنده در آن زمان، راندهای مرحوم دکتر بارز بود که با وجود درمانی بودن مرکز، ویزیت بیماران با حضور همه اعضای تیم درمانی شامل روانپزشکی، پرستار، روانشناس و مددکار انجام میشد و بیماران همه روزه ویزیت میشدند و اعضای تیم درمانی، همگی در طرحریزی درمان بیماران مشارکت فعال داشتند.

اگرچه خانواده ها بیماران را برای درمان به مرکز می آوردند، ولی معمولاً برای ترخیص بیماران مراجعه نمیکردند و ماندگاری بیماران به مدت طولانی در بیمارستان امری رایج بود. درنهایت بیماران با آمبولانس بیمارستان به منزل برگردانده میشدند

بیمارستان در سال 1360 تا 1365 بخش اورژانس، آزمایشگاه، داروخانه، درمانگاه، دندانپزشکی و خیاط خانه نداشت. در آن سالها واحد کاردرمانی و مددکاری نیز با نیروی انسانی کم و امکانات اندک فعالیت داشت. در این متن، درباره تنگناهای موجود در سال های اولیه تأسیس بیمارستان صحبت شده و محدودیتهای رفاهی و درمانی به طور خلاصه مرور شده است. این مشکلات یکباره رفع نشد، بلکه بهمرو زمان کم رنگ شد. در سال 1365 همزمان با تأسیس دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز روانپزشکی نواب صفوی با عنوان جدید «مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی نواب صفوی» به عنوان یک مرکز آموزشی درمانی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و با این تحول، اهداف جدید آموزشی برای بیمارستان تعیین شد. از سال 1367 به دلیل شدت بیماری پارکینسون دکتر سید ضیاء حسینی، دکتر اصغر الهی ریاست بیمارستان را عهدهدار شد.

با توجه به تاریخچه ذکرشده، یکی از مشکلات آن دوران، آشنانبودن کارکنان بیمارستان با بیماران روانپزشکی و نشانه های بیماری آنان بود. این ناآشنا گاهی منجر به رفتارهای نامناسب با بیماران میشد. نگرش منفی و رفتارهای خشن و انتقامجویانه نسبت به بیماران بین کارکنان غیردرمانی و گاهی نیز درمانی امری رایج بود. به همین دلیل معاون آموزشی مرکز آموزش کارکنان را در دستور کار قرار داد و با کمک خانم نیکواخلاق و خانم صنعتی به منظور ارتقای دانش و اصلاح نگرش کارکنان بیمارستان نسبت به افراد مبتلا به بیماریهای روانپزشکی برای بهیاران، کم کبھیاران، کارکنان خدماتی و نگهبانی کلاسهای آموزشی برگزار شد.



از سال 1380 دکتر محمد قدیری ریاست بیمارستان را بر عهده گرفت.

در سال 1382 با تصویب مسئولان دانشگاه علوم پزشکی ایران نام بیمارستان از «مرکز روانپزشکی شهیدنواب صفوی» به «مرکز روانپزشکی ایران» تغییر یافت.

از آنجا که درمانگاه بیمارستان بافتی فرسوده و فضای محدود داشت و امکانات درمانی و رفاهی برای بیماران و درمانگران نداشت، در سال 1386 درمانگاه جدید با ساختار مناسب راه اندازی شد. درمانگاه جدید بیمارستان طوری طراحی شده که تمام خدمات سرپایی، پذیرش، صندوق، تریخیص و نیز خدمات نوارنگاری (نوار مغز و قلب)، رادیولوژی و آزمایشگاه را در خود جای داده است. درمانگاه جدید کمک زیادی به رفاه و تکریم ارباب رجوع کرده است و از سرگردانی بیماران و خانواده های آنان در محوطه بزرگ بیمارستان جلوگیری میکند.

در سال 1388 بانک ژنتیک به منظور انجام مطالعات ژنتیک و اپیزنتیک در بیماران روانپزشکی راهاندازی شد. این مهم به دنبال تصمیم کمیته ژنتیک گروه روانپزشکی صورت گرفت.

در سال 1389 اورژانس جدید بیمارستان افتتاح شد و با ظرفیت آموزش دستیارانی به عنوان یکی از دوره های چرخشی آموزشی ارتقا یافت

بیمارستان با همکاری کمیته روانپزشکی جامعه نگر گروه روانپزشکی، مرکز خدمات روانپزشکی جامعه نگر را با هدف ارائه ی به بیماران و خدمات آموزشی به خدمات درمانی غیردارویی و دستیاران روانپزشکی راهاندازی کرد در سال 1388 با تأسیس این مرکز، خدمات آموزشی درمانی آن با آموزش بیماران و خانواده های آنها، پیگیری تلفنی و معاینه بیماران در منزل شروع شد

از سال 1392 خط تلفنی فوریتها به خدمات این مرکز اضافه شد.

پذیرش دانشجویان پزشکی و کاردرمانی و دستیاران روانپزشکی از سال 1368 شروع شد. نبود ساختار مناسب آموزشی و امکانات رفاهی برای آموزش از مهمترین مشکلات بیمارستان در بدو شروع آموزش بود که با تلاشهای معاونت آموزشی وقت، به مرور شکل و محتوای آموزشیدرمانی به خود گرفت. فعال شدن مجدد درمانی مرکز همراه با نگاهی نو به منظور بازتوانی بیماران از دیگر فعالیتهای این دوران بود. در دوران ریاست دکتر اصغر الهی، واحد دندانپزشکی بیمارستان تأسیس شد. اولین دندانپزشک مرکز، خانم دکتر هلن ساسانیان بود.

از دیگر اقدامات توسعه ای در ظرفیت بخشها و به منظور ضرورت تفکیک

بیماران اورژانسی از بیماران غیراورژانسی، راهاندازی بخش اورژانس در سال 1373 به ریاست دکتر میرفرهاد قلعه بندی بود.

در سال 1372 بخش کودکان بیمارستان با مشاوره و راهنمایی خانم دکتر هما دارابی و آقای دکتر محمدولی سهامی و با همکاری دکتر میرمحمدولی مجد و دکتر بهروز جلیلی و به ریاست دکتر مهرداد محمدیان راهاندازی شد

دکتر اصغر الهی با وجود بیماری تا سال 1385 به عنوان عضو هیئت علمی در بیمارستان فعالیت آموزشی داشت و در سال 1391 کالبد خاکی را وانهاد.

رئسای بعدی به ترتیب

دکتر مرتضی قدسی ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸

دکتر علی وحدانی به مدت یکسال ۱۳۷۸ تا ۱۳۷۹

ریاست بیمارستان را بر عهده داشتند

دکتر سید کاظم ملکوتی به مدت 6 ماه 1379 تا 1380 به عنوان سرپرست بیمارستان روانپزشکی نواب صفوی منصوب شدند.



بهبود کیفیت برای تمام واحدها به صورت فراگیر به منظور فرهنگسازی و آموزش و یکپارچه سازی بود.

در حال حاضر در این مرکز برنامه های آموزشی هر هفته برگزار میشود از جمله اموطش های عملی بر بالین، جلسه های گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب ها، سخنرانی های عمومی، نشست های مورد های دشوار، جلسه تمرین مصاحبه تشخیصی و جلسه های دسوپرویزن همچنین زمینه های پژوهش ها بسیار متنوع است و موضوعات گوناگونی از علوم پایه مرتبط گرفته تا مطالعات توصیفی تا مداخله هایی برای کاهش رنج بیماران و ... در برمیگیرد و علاقه مندان به همکاری پژوهش با این مرکز میتوانند با معاونت آموزشی یا هریک از اعصای علمی این مرکز تماس برقرار کرده و گفتگو و همفکری را آغاز کنند.

در سال 1390 بخش مهر با هدف ارائه خدمت به بیماران مبتال به نورو و با روکید شناختیرفتاری راه اندازی شد.

در سال ۱۳۹۳ آزمایشگاه عصب شناختی با هدف انجام پژوهش در حوزه عصبشناختی بیماران روانپزشکی راه اندازی شد.

در سال 1392 تا 1393 با توجه به افزایش بی سابقه مراجعان و نیاز به توسعه ارائه خدمات دارویی و غیردارویی به بیماران وابسته به مواد مخدر و الکل، درمانگاه سوء مصرف الکل و مواد و بخش بستری الکل و اعتیاد برای درمان این بیماران راه اندازی شد.

با حضور اعضای هیئت علمی علاقه مند و مسلط به آمار و روش تحقیق در مرکز روانپزشکی ایران، در سال 1393 واحد پژوهش فعالیت مجدد خود را آغاز کرد

در سال 1393 استقرار اعتباربخشی هدف بیمارستان قرار گرفت و از آنجایی که مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران ارائه خدمات روانپزشکی در محورهای درمانی و آموزشی و پژوهشی را به گیرندگان این خدمات برعهده دارد، این مهم به دنبال برگزاری سمینار اعتباربخشی توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران و در راستای استاندارد و بهینه سازی سیستم اعتبار بخشی به صورت یکپارچه در تمام واحدها آغاز شد تا براساس استانداردها و چکلیست های مربوطه، نواقص واحدها مشخص و رفع شود. مدیر پرستاری خانم زهرا طالبنیا به عنوان سرپرست تیم اعتباربخشی منصوب شد و همراه با کارشناسان دفتر بهبود کیفیت، این فرایند آغاز شد. از جمله اقدامات این فرایند، بررسی برنامه استراتژی

بیمارستان و بازنگری آن در اسفند 1392 و ابلاغ به واحدها، تدوین چک لیستها، تدوین فرم برنامه عملیاتی، آموزش نحوه تدوین برنامه عملیاتی به کارشناسان دفتر بهبود کیفیت توسط سرپرست واحد و برگزاری کلاس های


افقی :

- 1- یکی از ابزار های خود کشی- مرکز تفکر و کنترل اعمال ارادی بدن - از عناصر چهارگانه
- 2- داروی پایدار کننده اختلالات خلقی- توانایی بدن در درک گرما و سرما و لامسه و فشار
- 3- طولانی ترین شب سال- پایه و اساس اختلال پارانوئیدی
- 4- دانا و زیرک- نوع برنامه کاری پرستاران چه نام دارد
- 5- نهادی که وظایف مشخص و تقسیم کار معین دارد
- 6- انتهای خلفی کف پا
- 7- واکنش بیش از حد سیستم ایمنی بدن به یک آلرژن
- 8- قدرت ذهن- دوست و رفیق
- 9- اتاق بیماران روان باید چگونه باشد -محصول متابولیسم چربی که در دیابت دیده میشود
- 10- مهم ترین مهارت در ارتباط درمانی(گوش دادن) - حرف نفی در فارسی

عمودی :

- 1- حالتی روانی همراه با کاهش علاقه به فعالیت ها و کاهش انرژی
- 2- پاسخ دفاعی بدن در برابر میکروب ها / سی امین حرف فارسی
- 3- ماده ای مخدر که از گیاه شاهدانه گرفته میشود
- 4- طهارت بدون آب
- 5- تمایل درونی به یک فرد یا هدف- تالار تشریفاتی دوره هخامنشیان
- 6- شناخت عمیق فرد نسبت به خود
- 7- ضمیرملکی من
- 8- شاخه ای از زبان شناسی که به بررسی صداهای گفتار انسان می پردازد
- 9- حملات ناگهانی ترس شدید
- 10- بیرونی ترین پوشش بدن انسان- بیرون زدگی بافت یا عضو از محل طبیعی خود

### پاسخ جدول

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
1	ا	و	ه		خ	م		ر	ا	د	1
2	س	ح		م	و	ی	ت	ی	ل		2
3	ک	ش		ا	د	ل	ی		ت	ا	3
4	ی	ت	ف	ی	ش		م	ی	ه	ف	4
5	ن		و		ن	ا	م	ز	ا	س	5
6		ه	ن	ش	ا	پ			ب	ر	6
7	ه		ت	ی	س	ا	س	ح		د	7
8	ر	ا	ی		ی	د		ش	و	ه	8
9	ن	و	ت	ک		ن	م	ی	ا		9
10	ی	ن		ن	د	ا	د	ش	و	گ	10

پاییز، فصل مکث کردن و دوباره اندیشیدن است؛

فصلی که در آن ذهن بیش از هر زمان دیگر، نیازمند توجه، مراقبت و فهم عمیق تر می شود. نسخه پاییزه روان یار تلاشی است برای همراهی با این حال و هوا؛ نگاهی آرام اما دقیق به مفاهیم سلامت روان، نقش پرستاری روان پزشکی و پیچیدگی های تجربه انسانی. در این شماره کوشیده ایم دانش علمی را در کنار روایت، آموزش و مسئولیت حرفه ای قرار دهیم تا خواننده نه تنها بیاموزد، بلکه تأمل کند.

روان یار یک فصلنامه است، اما دغدغه های آن محدود به فصل ها نیست. این نشریه می خواهد صدای پرستاران روان باشد؛ آنان که در خط مقدم مراقبت، شنیدن و همدلی ایستاده اند. امیدواریم نسخه پاییزه، فرصتی برای عمیق تر دیدن، آرام تر خواندن و جدی تر اندیشیدن به سلامت روان باشد؛ همان قدر که پاییز، ما را به درون خودمان دعوت می کند.